

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書 【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	すみれ共同作業所	
運営法人名称	社会福祉法人 大阪福祉事業財団	
福祉サービスの種別	生活介護	
代表者氏名	細貝 大二郎（理事長）、松村 秀明（施設長）	
定員（利用人数）	70 名 （72名）	
事業所所在地	〒 536-0001 大阪市城東区古市1丁目21番38号	
電話番号	06 - 6934 - 4607	
FAX番号	06 - 6934 - 8698	
ホームページアドレス	http://www.sumire-sagyouso.com/	
電子メールアドレス	e-sumire@lapis.plala.or.jp	
事業開始年月日	昭和53年4月1日	
職員・従業員数※	正規 20 名	非正規 20 名
専門職員※	社会福祉士1名、介護福祉士18名、保育士4名 看護師1名	
施設・設備の概要※	[居室] なし	
	[設備等] 食堂1、浴室1、調理室1、更衣室5、医務室1 フリースペース1、カフェ1、商品販売スペース1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	1 回
前回の受審時期	平成 22 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

1. 私たちは、利用者みなさんの思いをしっかりと受けとめ、つねに利用者みなさんにとっての最善の利益を考えた支援に努めます。
2. 私たちは支援者として、その人の個性を大切に、障害特性や年齢、そして心身の健康に配慮した支援に努めます。
3. 私たちは、どんな障害があっても、働く権利と社会参加の機会、休日を含めた豊かな日中活動を保障し、一人ひとりがその人らしい暮らしを築くための支援に努めます。
4. 私たちは、家族が担う負担の大きさを理解し、家族の思いや願いに寄り添った支援に努めます。
5. 私たちは、障害者支援の専門職として常に自覚を持って資質の向上に努めるとともに、福祉労働者として法人綱領にもとづいて行動します。
6. 障害者支援に携わる者として、障害者が適切に必要な援助を受けながら障害を意識せずに人として当たり前で暮らせる社会の実現に向けて運動を広げます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 入浴設備、宿泊可能な設備を備えており、家族の状況に応じて緊急の場合は、宿泊を伴う対応が可能です。
2. どんなに重い障がいがある人でも、働く場を提供するとともに、多種・多様なクラブ活動や趣味を生かした取り組みをしており、利用者に豊かな暮らしを提供しています。
3. 直営方式による昼食の提供を行っており、安心・安全な食材選びから食事作りまで、職員が責任を持って調理をしています。また、適温給食、急な対応にも対応することができます。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成28年12月8日～平成29年2月20日
評価決定年月日	平成29年2月20日
評価調査者（役割）	1001C024（運営管理委員） 0701B031（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

すみれ共同作業所は1978年（昭和53年）4月1日、大阪市内で初めての「知的障害者通所更生施設」として、スタートしました。立地場所は大阪市内でも住宅地の中にあり、事業所の前は学校という落ち着いた環境となっています。設立から40年近く経過していますが、建物内部は清潔に維持・管理されています。

「どんな重い障がいがあっても、集団活動を通じて、働く意義と喜びを得ながら、なかまを大切に作る心を育て合うこと」をめざしています。自分自身で暮らしを築く力を育むことを目標に、地域のボランティア、家族会、利用者自治会が一体となり、豊かな日中活動を提供しています。作業所内での活動だけでなく余暇活動や自立に向けた取り組み等、その人がその人らしく生きていくための生活を一緒に考える、利用者にとってかけがえのない存在となっています。

就労継続支援B型事業を廃止し、全体が生活介護事業となっています。また、事業所に併設して、相談事業や移動支援等の事業を行い、地域ニーズに対応できる体制となっています。

利用者の障がいの重度化、高齢化等これまでにない新たな課題へも前向きに取り組んでいます。また家族の高齢化も重なり、通所方法については家族送迎から事業所による車両送迎となる人が増えています。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の見込となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

■利用者の主体性を尊重した個別支援

基本方針や事業計画に利用者の尊重が明示され、個別支援に重きを置くことを職員間の共通認識としています。生け花や美術などのクラブ活動、家族会や自治会が計画する郊外レクリエーションなどの余暇活動、希望に応じた外出など、主体的な活動が行えるよう側面的な支援を行っています。

■地域交流への取り組み

近隣住民が利用できるカフェやショップの運営、地域ボランティアの協力を得て実施している多様な活動、そして「福祉まつり」への参画など、地域との交流を積極的に進めています。

■法人内の人事交流

法人内の人事異動によって、支援対象が「障がい児」から「障がい者」に変わるなどにより、異なる職務体験を通じた職員の育成と、新たな視点の導入による事業や支援の見直しを図っています。

■清潔な施設管理

施設内が定期的な清掃（業者への委託）と、職員の努力とで清潔に管理されており、利用者にとって快適な環境となっています。

◆改善を求められる点

■事業計画等の利用者への周知の工夫

施設内の掲示板などには行事やお知らせなどが写真や絵で掲示されており、利用者に情報が伝わるよう工夫しています。事業の基本方針や計画などについても、同様な工夫を行うことで周知をさらに進めていくことが望めます。

■さらなるマニュアルの充実・活用

マニュアル化が不十分な点については、今実施していることを改めて整理・再検討し、迷った時に判断・行動が統一されるよう明文化することが求められます。特に利用者の健康管理の項目においては、通所時に想定しうる発熱や下痢・てんかん等の緊急時の対応や、服薬における明確なルールづくりが必要です。また、実際の行動をマニュアルと照らし合わせてフィードバックしていくことなどにより、さらなるサービスの質の向上が求められます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価を受けた内容については、施設として真摯に受けとめ、職員会議で指摘された内容を全職員に伝え、不十分なところ、改善すべきところはしっかり見直していこうと確認しました。

また、これまでのやり方にこだわるのではなく、新しい視点、第三者から見た視点から、もう一度自らを振り返ることの大切さを学ばせていただきました。改善を指摘されたところだけでなく、いいところ長所についても気づかされました。

いいところ、改善の必要なところを含めて、今回のこの評価をしっかりと受けとめ、よりよい支援に努めていくことを、管理者だけでなく全職員で再確認するいい機会となりました。ありがとうございました。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	<p>■法人理念と基本方針、事業所の理念（「めざすもの」）が一連のものとして作成されています。法人理念には説明があり、事業所理念についても分かりやすい言葉で書かれるなど、周知を意図したものとなっています。</p> <p>■職員への説明の機会は継続的で、周知が図られています。利用者・家族への説明は十分ではなく、絵や写真を活用し、利用者にも分かりやすくした資料の作成などの工夫が望まれます。</p>	

		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅰ-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
(コメント)	<p>■経営環境が大きく変化する中で、福祉事業全体の動向等について法人内の施設長会や加盟団体等から情報を収集し分析しています。</p> <p>■地域の福祉計画は把握されており、市や福祉施設連絡会・自立支援協議会での情報を基に、福祉計画と事業所の課題をつなげるよう努めています。自立支援協議会における地域の児童・障がい・高齢者のデータや事業所間の交流、また併設している相談事業からニーズを収集し、経営環境や課題の把握に努めています。</p>	
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<p>■法人の施設長会では財務資料等に基づく分析や課題整理を行い、短中期戦略として経営課題が明らかにされています。貸金体系の見直しを検討されるなど、具体的な取り組みが行われています。</p> <p>■事業所においても企画会議にて現状を把握し、課題を明らかにするための取り組みをしています。</p>	

	評価結果
--	-------------

I - 3 事業計画の策定

I - 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I - 3 - (1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
(コメント)	<p>■中長期計画は企画会議で案を作成し、職員会議にて検討しています。中長期計画は8年間の計画として策定されており、毎年、理念の学習と検討が入っています。計画は、長期となっているため途中で見直しを行い、その都度、変更・修正されています。</p> <p>■各年度の計画には資金積立も入っていますが、収支計画として具体的な数字により作成することが望まれます。</p>	
I - 3 - (1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
(コメント)	<p>■事業計画は毎年作成し、報告もまとめられています。数値目標等の記載が見受けられませんでした。施設長会議の資料には苦情やレスパイト利用（在宅でケアしている家族の休息のために、一時的にケアを代替する家族支援サービス）などのデータが出ています。それらを目標として単年度計画に入れるなどにより、実施状況の評価がしやすい内容とすることが望まれます。</p>	

I - 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。

I - 3 - (2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
(コメント)	<p>■事業計画は、各班で検討し、職員会議を経て企画会議で策定され、その内容を職員会議で報告しています。次年度計画は、1月に今年度の評価を行い、2月の企画会議で案を立てており、事業計画の見直しは半期で行うなど時期や手順が決まっています。</p>	
I - 3 - (2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
(コメント)	<p>■事業計画の中でも、利用者参加に関わる行事計画については、写真の活用など参加促進への工夫があります。事業計画においてもそういった工夫が望まれません。</p>	

	評価結果
--	-------------

I - 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I - 4 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I - 4 - (1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
(コメント)	<p>■サービスの質は、法人のチェックリストに基づいて確認するもの(年1回)と、毎月一人ひとりが事業所のチェック表に基づいて行うものがあります。評価結果は企画会議を経て、職員会議で検討し、事業所全体での取り組みとなっています。</p> <p>■第三者評価も2回目の受審であり、質の向上につなぐための定期的な受審を心掛けています。</p>	

I - 4 - (1) - ②	評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
(コメント)	■自己チェックにより明らかになった事業所の課題は、統一様式で法人に提出しています。法人に提出した課題についての改善策は、職員会議で検討する仕組みになっています。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ - 1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ - 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ - 1 - (1) - ①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
(コメント)	■管理者の役割・責任は職員会議等で表明されていますが、明文化されたものではありません。そのため、有事の際の管理者の権限移譲についても不明確で、福祉避難所指定を受けていることもあり、職務分掌などにおいて早急な対応が求められます。	
Ⅱ - 1 - (1) - ②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
(コメント)	■法令を理解する取り組みが行われており、それらを業務の中で生かしていけるようにしたい、という管理者の姿勢があります。	
Ⅱ - 1 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ - 1 - (2) - ①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	■週1回の企画会議、セルフチェックなど何重ものサービスを評価する仕組みがあり、管理者はその中心となっています。 ■職員自身がサービスにおける課題を発見し、見学や検討によって深めていけるよう、職員のグループ活動の時間を月1回、設定しています。また、それらの発表の機会を作るという取り組みを行っています。	
Ⅱ - 1 - (2) - ②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	■業務改善に向けて、健康対策委員会の設置や労災・健康調査を実施しています。また管理者による職員との個別面談、「働きやすい環境にむけた職員アンケート」等から要望を把握し、改善につなげるなど、管理者として積極的な取り組みを進めています。	

	評価結果
--	-------------

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
(コメント)	<p>■事業所の職員は退職者も少なく、人材は安定しています。人材確保は、法人の人事委員会において年間の採用計画が立てられています。</p> <p>■採用後の資格取得は、奨励金を出すなど積極的に進めていますが、専門職配置等、必要とする人材について計画の策定が望まれます。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<p>■人事基準はハンドブックに記載され、毎年、全職員に配付しています。育成制度において、管理者評価と自己評価を突き合わせて改善課題の共有に努めています。複数の項目から職員の諸能力を把握し、客観的な検討材料としています。</p> <p>■キャリアパスは作成されており、職員にとって今後への目標・指標となっています。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a
(コメント)	<p>■職員の離職が少ないことは、働きやすい環境にあることを示しています。</p> <p>■福利厚生は、全国福利厚生共済会・大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加えて、法人共済会もあり、リフレッシュ休暇の取得やリフレッシュ奨励金、親睦会などが実施されています。</p>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■職員育成の仕組みがあり、機能していますが、一人ひとりの目標の水準が不明確です。個別面談をとおした目標設定や振り返りも行われていますが、中間期の面接は実施していません。</p>	
II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
(コメント)	<p>■研修計画の基本は、法人の研修計画によるものであり、見直しは教育研修委員会でされています。</p>	
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
(コメント)	<p>■新任職員には先輩職員がついて、OJTを行っています。事業所内・外の研修参加を積極的に促し、職員は目標を持って参加、事後報告を提出しています。</p>	

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
(コメント)	<p>■実習担当者は社会福祉の諸研修を受講しています。</p>	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
(コメント)	■ホームページや「自立支援協議会」、「福祉まつり」などをおして情報を提供し、地域に法人・事業所の役割を伝えています。	
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
(コメント)	■事務関係のルールはハンドブック等で明確にされ、全体への周知が図られていますが、役割や責任についても職務分掌などにより明確化することが望まれます。	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
(コメント)	■地域の社会資源マップ等を事業所内に掲示しています。事業所のカフェ、ショップは地域との日常の交流の場となっている他、「福祉まつり」により地域交流の機会を設けています。	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
(コメント)	■定期的にボランティアが来所し、絵手紙や習字等の活動プログラムを応援しています。ボランティアには受け入れ時に利用者への関わり方を説明する他、日々の活動の中でも利用者への対応の仕方を伝えるなど、必要な援助を行っています。 ■中学生の実習だけでなく、教員への実習も実施しています。	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
(コメント)	■自立支援協議会の社会資源マップや資料が作業室に掲示され、利用者にも見えるようにしています。定期的な自立支援協議会や施設連絡会の会議があり、関係団体と一緒に地域の課題を共同で解決していく仕組みがあります。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	■「福祉まつり」では、施設を開放し、相談事業を併設するなど地域に向けた取り組みを行っています。またショップ等への来店や地域のアクションプランへの参加など、事業所と地域との相互交流が図られています。事業所による講演会等は開催していません。 ■災害時の区の福祉避難所として指定を受けています。	

II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談事業や居宅系事業を実施しており、利用状況をとおして地域ニーズを把握しています。自立支援協議会においても、参加事業所との交流から地域ニーズを把握しています。把握したニーズから、中長期計画の項目にあがっているものもあります。 ■事業所のエリアで「福祉まつり」や「大阪府社会福祉協議会の生活困窮者レスキュー事業」も実施しています。 	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者尊重のサービス提供は規程が設けられており、その基本姿勢が「利用者支援ハンドブック」に記載されている個々の支援の実施方法に反映されています。 ■人権への配慮について、毎月、チェックリストに基づいて確認が行われています。 	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入浴・排泄支援マニュアルは整備されていますが、プライバシーに関する事項についての記載は不十分な状況です。着替えコーナーの設置や相談室も確保されているので、プライバシー全般についての規程等の整備が望まれます。 ■虐待防止委員会は年3回開催されており、発生時には招集されることになっていますが、発生時からの対応方法について明示はなされていません。 	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■地域の支援学校在学生を対象とした市内の「合同施設説明会」において、利用希望する在学生および家族へパンフレットを配付しています。 ■パンフレットは絵や写真を多様に用いており分かりやすさの工夫をしています。 ■利用希望者に対しては、見学・体験を随時受け入れ、その都度、個別に施設の説明を行っています。 ■家族に対しての説明は、パンフレットを用い丁寧に行っていますが、本人に対しての説明において、より分かりやすくする工夫が望まれます。 	

Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
(コメント)	<p>■サービスの開始時は、重要事項説明書・生活介護運営規程を用い、副施設長が説明をしています。</p> <p>■説明にあたっては、利用者のペースに合わせたゆっくりとした説明を行い、わからないことがあるときは、何度も質問ができる雰囲気づくりに努めています。</p> <p>■障害支援区分5及び6の利用者が大半を占めている現状があり、意思決定が困難な利用者も在籍しています。これらの方々への対応は、その都度、行っていますが、実施している配慮についてルール化することで、より適切な運用を図ることが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
(コメント)	<p>■事業所の変更についての事例や取り組みを確認しましたが、サービスの継続性に配慮した明確な対応には至っていません。</p> <p>■今まで行ってきた対応をもとに、サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書を定めることが望まれます。手順を明確にすることで、家族の同意のもと、他の事業所や関係機関とのより良好な連携が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■利用者自治会・家族会が活発に行われており、利用者満足の上昇を目的とする取り組みを実施しています。</p> <p>■利用者自治会は、毎月、職員が側面的に支援し、充実した内容になっています。</p>	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
(コメント)	<p>■苦情解決の仕組みは確立しており、重要事項説明書での説明のほか、施設内にも、その窓口や対応の方法が掲示されています。</p> <p>■苦情への対応は、事業所内で迅速に検討する他、法人にもその内容を報告し、必要があれば法人全体でも検討します。</p> <p>■苦情に対するフィードバックは迅速に行っています。公表については、年度ごとに法人として実施していますが、家族同意のもと、事業所内での掲示などが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
(コメント)	<p>■長年、通所している方が大半を占めており、日々の相談や意見は自治会や一人ひとりの連絡帳等で把握しています。</p> <p>■職員との信頼関係が構築されており、担当職員へ相談できる環境が整っています。第三者委員や意見箱を設置し意見の吸い上げを行う仕組みはありますが、利用者から直接、意見を述べてくるものがほとんどです。</p> <p>■相談しやすい雰囲気と個人に配慮した環境を整え、傾聴と検討を行っています。</p>	
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
(コメント)	<p>■相談や意見を受けた際の対応は迅速に行っていますが、その手順や対応策についてのマニュアルはありません。現在、行っている具体的な支援方法を整理・検討・明文化し、マニュアルとして活用することが望まれます。</p>	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
(コメント)	<p>■ヒヤリハットや事故があった時は、「利用者支援ハンドブック」にある手順に基づき、職員会議や企画会議の中で迅速に対応を話し合っています。</p> <p>■再発防止策の検討は、「企画会議」にて行われていますが、発生要因の分析は十分ではありません。対応策の実施状況の確認や実効性の評価を含め、リスク把握した後の対応や体制の整備が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■「職員ハンドブック」にて感染症の予防と発生時の対応手順を明文化しています。</p> <p>■感染症の予防や安全確保に関する勉強会は、支援会議で実施しています。具体的な感染症予防策として風邪予防のため、外出プログラムの後は、緑茶でうがいをしています。</p> <p>■施設内には、ウイルス除去の器具が各作業室に設置されており、ノロウイルス等の消毒セットも準備し、その対策を図っています。</p>	
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	b
(コメント)	<p>■地震・火災・台風・大雨等の事業所として考えられる非常時の対応体制を整備しています。</p> <p>■福祉避難所として指定を受けており、非常時には地域の障がい者の受け入れが可能です。</p> <p>■水や乾パン等の備蓄は若干あるとのことでしたが、現在、食料だけでなく備品等の備蓄を含め非常時に備えた福祉避難所としての体制を検討しています。今後、地域の自治会とも連携した非常時の対応が望まれます。</p> <p>■安否確認の方法について施設内での方法は整えられていますが、外出時や通所・帰宅途上時の方法の確立までには至っていません。多様な日中プログラム・余暇も充実しており、施設外の活動も積極的であることから、各場面における安否確認の方法の検討が望まれます。</p>	

評価結果

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
(コメント)	<p>■「職員ハンドブック」および「利用者支援ハンドブック」が支援の根底となるマニュアルとなっています。</p> <p>■利用者尊重、権利擁護等をはじめ、支援に関わる姿勢を明示しています。</p> <p>■「職員ハンドブック」および「利用者支援ハンドブック」は、年度初めの支援会議等で周知していますが、実施状況の確認は必要時に行う程度で仕組みの確立までには至っていません。</p>	

Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■「職員ハンドブック」および「利用者支援ハンドブック」は、毎年、改定され、年度ごとに全職員へ配付しています。 ■「利用者支援ハンドブック」は一人ひとりの福祉サービス実施計画の内容が反映されており、チーフ会議や支援会議においてその内容を検討しています。 	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■各作業室のチーフが中心となり年に1度アセスメントを行っています。 ■各作業室の職員が合議する体制は整えられていますが、部門を横断した取り組みまでには至っていません。臨床心理士による発達診断や看護師の連携も取れる環境であるため、必要に応じ、部門を横断した様々な職種による協議が望まれます。 ■支援困難ケースの対応については、医療機関に相談しながら、企画会議やチーフ会議、さらには、職員会議で対応を検討しています。 	

Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画は半年に一度見直しを行っています。 ■見直しの手順は概ね決まっていますが、見直しから関係職員に周知するまでの一連の手順を明文化したものではありません。緊急に個別支援計画を変更する仕組みも同様です。長年の流れで行っており、手順の明示が望まれます。 ■個別支援計画の見直しは行われていますが、評価から次の計画作成までの記録が不明瞭です。次の計画作成までに検討した事項を記録し、具体的なニーズを引き出す取り組みが望まれます。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■パソコンを用いた記録を行っています。 ■記録要領の作成には至っておらず、日々、口答での記録の書き方に関する指導を行っています。今後、記録要領の整備が望まれます。 ■情報共有を目的とする会議は必要に応じ行っています。本人を取り巻く外部の関係機関と連携した取り組みを行っています。 	

Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■記録の保管・保存は重要事項説明書に記載していますが、廃棄については明記していません。廃棄については、溶解の手法を取っており、今後、重要事項説明書への加筆が望まれます。 ■個人情報の不適正な利用や漏えいを防止するため、パソコンはパスワード管理しています。また、情報の持ち出しは禁止しており対策を講じています。 ■個人情報の取り扱いについては、開始時に家族・本人に説明しています。長年の利用者も多いことから、個人情報の取扱いについて定期的に説明する機会を設けることが望まれます。 	

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■日々の支援の中で利用者との信頼関係を形成し、重度の利用者に対しても、その人とコミュニケーションができるよう固有のサインの発見やコミュニケーション手段の確立を日常的に行っています。 ■筆談を含む言語的コミュニケーションだけでなく、絵カードや写真など一人ひとりに応じた非言語的コミュニケーションにも力を入れています。 ■臨床心理士の発達診断を活用し、意思伝達に制限のある利用者の意図や希望を正しくくみ取る取り組みを行っています。また、コミュニケーションボード等の福祉機器の活用も行っています。 	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■重度の利用者が大半ですが、自治会活動が活発であり、継続できるよう職員は側面的な支援を行っています。 ■他施設の利用者との交流会にも積極的に参加を促しており、必要に応じ、職員が付き添ってサポートしています。 ■利用者自治会だけでなく家族会も運営しており、随時、事業所の職員と協議する場があります。 	
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■具体的な場面ごとに、一人ひとりに応じた見守りと支援の体制を検討しています。 ■利用者一人ひとりの力が発揮できるよう、「支援会議」等で最善策の検討を行っています。その時には本人や家族の意向を尊重しています。 	
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者のエンパワメントに基づく、学習・訓練プログラムを用意しています。グループに分かれ、交通機関の利用や調理実習等の取り組みをしています。 ■自立支援協議会で作成した社会資源マップを活用した、地域のさまざまなイベントの情報提供を行っています。 ■重度の障がいがある方においても、その能力を最大限に引き出せるよう、繰り返し一貫性のある支援が行われています。 ■家族会や自治会等において、差別解消法の話や身近なニュースをとおして情報提供しています。 	
A-1-(1)-⑤	体罰や虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策や、万が一に備えての取組が徹底されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■「虐待防止委員会」が年3回、法人で開かれ、人権に対する取り組みを行っています。また、研修も定期的に行っています。 ■虐待防止マニュアルが作成されていますが、万一、虐待があった際の職員に対する処分規程の明文化は行われていません。 ■日常の支援を終礼で振り返ることで虐待防止に努めています。 	

A-1-(1)-⑥	利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画が作成され、同意を徹底しています。 ■利用者の意向を尊重し、必要な福祉サービスを具体的に明示しています。外部のサービスも積極的に活用しています。 ■サービスの記録の公表は、その手順が重要事項説明書に明文化されています。 	
A-1-(1)-⑦	利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	非該当
(コメント)	通所事業所のため非該当。	
A-1-(1)-⑧	家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	非該当
(コメント)	通所事業所のため非該当。	
A-1-(1)-⑨	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■自傷・他害の行動障がいのある利用者が数名在籍しています。原因の究明・除去の検討が支援会議等で持たれていますが、対応の根拠となる指針等の明文化までには至っていません。 ■服薬調整で対応した事例がありますが、今後、服薬だけでなく臨床心理士や時には他機関とも連携し、環境改善を含めた包括的な支援が望まれます。 	

		評価結果
A-2 日常生活支援		
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■自営での給食を提供しています。 ■介助方法や支援方法に関するマニュアルが用意されています。 ■体調が悪い時には臨機応変に体調に応じた食事を提供しています。 	
A-2-(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■自治会において食事に関する意見が出たり、各作業室でリクエストメニューの検討が行われています。 ■月に一度、利用者からのリクエストに応じ、献立に反映しています。 ■栄養士による嗜好調査を年2回実施しています。 ■給食部の会議で利用者の嗜好の把握やメニューの検討を行っています。 	
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■70名定員の大規模通所施設です。各作業室ごとに食事の時間を決めていますが、利用者の変調時には臨機応変に対応しています。 ■職員・利用者が一緒に食事を同じテーブルで摂っています。 	

A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	非該当
(コメント)	通所事業所で入浴は行っていないため非該当。	
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
(コメント)	通所事業所で入浴は行っていないため非該当。	
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	非該当
(コメント)	通所事業所で入浴は行っていないため非該当。	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	b
(コメント)	<p>■現在、定時誘導が必要な利用者やおむつ着用の利用者が数名います。その時の状況に応じ、部分的な介助をしています。</p> <p>■排泄介助に関するマニュアルは整備していますが、具体的な対応は一人ひとりの状況に応じたものとなっており、標準的な方法の確立には至っていません。今後、汚物の処理の方法や失禁への対応等、明文化していくことが望まれます。</p> <p>■排泄チェックリストの活用は行っておらず、必要に応じ、連絡帳等で情報共有しています。</p>	
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
(コメント)	<p>■トイレは清潔に保たれており、採光・におい等も気になることはありませんでした。</p> <p>■歴史ある作りですが、掃除が細やかに行われています。</p> <p>■トイレ環境の点検・改善のための検討は、チーフ会議や企画会議で行っています。利用者の高齢化にともない、手すり設置を検討しています。</p>	
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	非該当
(コメント)	通所事業所のため非該当。	
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	非該当
(コメント)	通所事業所のため非該当。	
A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	非該当
(コメント)	通所事業所のため非該当。	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当
(コメント)	通所事業所のため非該当。	

A-2-(6) 睡眠	
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	非該当
(コメント) 通所事業所のため非該当。	
A-2-(7) 健康管理	
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	c
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■「健康カルテ」や「フェイスシート」の中で、健康状況の把握を行っています。 ■健康診断の実施や感染症の予防等の取り組みをしています。また、食事の前に、嚥下体操をしたり、活動プログラムに散歩を取り入れる等、健康の維持・増進に取り組んでいます。 ■口腔ケアについては、2か月に一度、歯科健診を行い、歯科衛生士から口腔ケアの方法を助言してもらい、実践しています。 ■健康管理マニュアルについては、「利用者支援ハンドブック」の中に明文化している箇所がありますが、内容的には不十分です。今後、利用者の健康管理に関する手法を職員間で共有するために、その手順などを明文化していくことが望まれます。 	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■月に一度、嘱託医の健康相談があります。 ■変調時の対応マニュアルでは、ケガ・呼吸・脈拍停止等の手順は明示していますが、発熱や下痢、てんかん等について、手順は確立しているものの明文化までには至っていません。 	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなわれている。	c
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■通所時間内に内服が必要な利用者が数名います。「健康カルテ」には、一人ひとりの服薬状況が記録されています。 ■通所時、1回ずつ薬を預かり、保管・服用まで支援を行っています。内服については、習慣化した施設のルールはありますが、その手順の明示までには至っていません。 	
A-2-(8) 余暇・レクリエーション	
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■余暇・レクリエーションは、利用者の希望に応じ多様な内容となっています。郊外でのレクリエーションでは、担当者を決めて意向を聞いています。 ■自治会を通じ、ボランティア等を活用して充実した活動を行っています。 ■利用者が主体的に企画・立案できるよう、自治会だけでなく、各作業室でも話し合う機会があり、両場面ともに職員が助言等の側面的な支援をしています。「はりきりグループ」が天王寺動物園への外出について、企画から活動までを行った事例があります。 ■地域内の社会資源が活用できるよう、その情報提供も行っていきます。 	

A-2-(9) 外出、外泊	
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■外出の機会が定期的であり、自治会と協働しながらその意向に沿えるよう支援を行っています。 ■余暇では、利用者一人ひとりに応じた外部サービス（移動支援）を使い、社会参加の機会を作っています。 ■安全確保にも力を入れており、利用者は連絡先を明示したカードを携帯し、不測の事態に備えています。 	
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	非該当
(コメント) 通所事業所のため非該当。	
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等	
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	非該当
(コメント) 通所事業所のため非該当。	
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■現在、個人で新聞・雑誌の購読の事例はありませんが、対応は可能です。 ■休憩時間には、自由にテレビを見ることができ、便宜を図るとともに利用者の楽しみになっています。 	
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	非該当
(コメント) 通所事業所であり、喫煙する人がいないため非該当。	
A-2-(11) 生活環境の整備	
A-2-(11)-① 一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■一人になれる場所や少人数でくつろげる場所があります。また、多様な障がい特性に応じており、畳の場所なども用意されています。 ■相談室を設けており、家族等との面会時の個人情報に配慮しています。 	
A-2-(11)-② 心地よく生活できる環境への取組がなされている。	b
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■歴史ある施設ですが、ハード面の取り組みも積極的に行っています。 ■生活環境に配慮した心地よい環境を整備しています。 ■大規模な通所施設ではありませんが、障がい特性に応じたグループでの日中活動を行っています。各作業室はバランスの取れた配置（物理的な環境・状況、利用者の人数・特性、職員の体制等において）となっており、賑やかながらも、集中して作業に取り組めるよう工夫しています。 	
A-2-(12) 日中活動支援	
A-2-(12)-① 個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■サービス等利用計画は、一人ひとりの意向を尊重した内容となっています。 ■利用者によっては、複数の生活介護事業所に通所しています。 ■日中活動・余暇等、利用者が活動しやすい環境を検討し、ニーズに答えています。 	

障がい福祉分野の内容評価基準 –授産施設としての対応–

判断基準項目	評価結果
A-3 授産施設としての対応	
A-3-(1) 授産施設としての対応	
A-3-(1)-① 就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	非該当
(コメント) 授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-② 働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	非該当
(コメント) 授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-③ 働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	非該当
(コメント) 授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-④ 工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	非該当
(コメント) 授産施設ではないため非該当。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	すみれ共同作業所の利用者の代理人
調査対象者数	70人
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

すみれ共同作業所を、現在利用されている方の代理人70名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、34名の方から回答がありました。（回答率49％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「本人のことが考えられて生活が送れるようになっている」
●「他人に知られたくない秘密を守るなど、本人のプライバシーは守られている」
●「食事は、おいしく、楽しく、ゆったりと食べることができる」
●「トイレは清潔で気持ちよく使える。介助が必要な時すぐに対応してくれる」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「今年の支援計画は、本人の同意のもとで作成された」
について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等