

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 | ライズテック |
| 運営法人名称 | 株式会社RISEtech |
| 福祉サービスの種別 | 就労継続支援A型 |
| 代表者氏名 | 代表取締役 山川裕也 |
| 定員（利用人数） | 20名 |
| 事業所所在地 | 〒599-8273 大阪府堺市中区深井清水町3282番地尾崎ビル2階 |
| 電話番号 | 072 - 281 - 7077 |
| FAX番号 | 072 - 281 - 7078 |
| ホームページアドレス | 現在作成中 |
| 電子メールアドレス | risetech2023701@gmail.com |
| 事業開始年月日 | 令和5年7月1日 |
| 職員・従業員数※ | 正規 4名 非正規 1名 |
| 専門職員※ | 看護師1名 |
| 施設・設備の概要※ | [居室] |
| | [設備等] 訓練作業室5、相談室兼多目的室1、事務室1、洗面所1、トイレ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 | 0回 |
| 前回の受審時期 | 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】

理念

We can RISE

「できる」の可能性をすべての人に

「やってみればできるんだ！」という感覚をすべての人に味わってほしい。これが、私たちの切なる願いです。ライズグループのゴールは、あらゆる事業を通して、すべての人が、心身健やかに、自分らしく生きられる世界を作ること。そのために、人間の持つ無限大の可能性を信じたい。「できる」と信じることで、次の一歩へ。私たちは利用者さんとともに、歩み続けます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

①事業者内で行う軽作業以外に施設外就労先（外部委託を受けた内職作業や軽作業）での作業内容の幅が広いことです。
②利用者の得意・不得意により作業をチェンジすることなど、きめ細かい支援を心がけています。利用者がより一般就労に近い仕事を希望した場合には、一般就労レベルの仕事をお任せすることもあります。
③作業は、時間に追われるのではなく、障がい（個性）にあった時間経過で支援します。
職員や同僚と接することでコミュニケーション能力を身に付け、作業を通して集中力を養い、仕事に誇りと責任感を持ち、収入を得ることへの喜びなど、就労に必要な基本的能力を養っていきます。

【評価機関情報】

| | |
|-----------|---|
| 第三者評価機関名 | 一般社団法人 障がい・介護福祉事業支援協会 |
| 大阪府認証番号 | 270050 |
| 評価実施期間 | 令和6年3月2日～ 令和6年3月7日 |
| 評価決定年月日 | 令和6年3月7日 |
| 評価調査者（役割） | 2201B020（運営管理・専門職委員） 1801B037（運営管理委員） （ ） （ ） （ ） |

【総評】

◆評価機関総合コメント

南海電鉄泉北高速線深井駅から徒歩15分の交通至便の事業所です。作業内容は軽作業を中心に、施設外就労先には唐揚げ店などもあり、利用者の障がい特性や程度にあわせて種類や難度などが多様に用意されています。税理士、社労士、行政書士などの士業による事業所サポートを行っています。また、堺市市議会議員が顧問となり、研修や利用者の面談等を行うなど、他事業所ではあまり行われていない取組を行っています。

◆特に評価の高い点

- ①利用者の得意不得意に対応できるように、作業内容ごとに細かくマニュアルが作成されており、障がい特性に合わせて仕事ができるように工夫されています。また、マニュアルには写真や絵が多く使われており非常に見やすくなっています。従業員の声掛けや面談を随時行い、生活や仕事の不安を取り除いています。このため、利用者の離職率は低いです。
- ②会議、ミーティングが都度行われており、士業などによる分析をもとに運営改善を都度行っています。
- ③適正な福祉サービス実施方法が確立しており、アセスメント、モニタリングもしっかり行われています。サービス提供記録についても月1回の会議とDROPBOXによっても職員が情報共有しています。

◆改善を求められる点

- ①中長期的な経営課題や今後の具体的な事業展開は存在していますが、単年度の計画が文書化されていません。数値目標や成果目標も定められていません。具体的な内容の単年度の事業計画、収支計画を文書化し、評価や見直しを行くことが求められます。
- ②職員一人ひとりの育成のため、目標設定や目標管理が十分ではありません。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回第三者評価をしていただいて半年という短い中でできていること、できていないことをはっきりと知ることができたので、できている部分は継続・向上して行き、できていないことですぐにできること（マニュアル作成や災害時備蓄等）はすぐに対応していきたいと思えます。

◆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。 | a |
| (コメント) | 運営規程、重要事項説明書いずれもモデルをもとに作成されており、入職時を含め研修にて職員への周知も図られています。 | |

| | | 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。 | a |
| (コメント) | コロナ禍で集団指導は実施されておらず、書類提出という形で参加しています。平均利用者数など利用者数の集計表も作成されており、会議等で周知が図られています。 | |
| 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) | 現在の経営課題は、単価の高い仕事を獲得して行くことであり、現在取引のある企業も含め、地元の企業との関係も途切れないように努力を続けています。 | |

| | | 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。 | a |
| (コメント) | 事業計画・収支計画いずれも作成されており、目標も明確にされています。内容自体は数値目標も設定されており、明確であり随時見直しもされています。 | |
| 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。 | c |
| (コメント) | 複数年分の計画は作成できていますが、単年度の計画は未作成になっています。 | |
| 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) | 事業計画は職員の意見が反映されるようになっており、評価・見直しも随時行われ、会議等で職員への周知もされています。 | |

| | | |
|-----------------|---|---|
| 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。 | c |
| (コメント) | 事業計画は利用者の混乱を招く恐れがあるという判断のもとで、あえて伝えることはしていません。 | |

| | | 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。 | b |
| (コメント) | サービスの自己評価は実施されておらず、文書化もされていませんが、第三者評価は今後も積極的に受審する予定にしています。 | |
| I - 4 - (1) - ② | 評価結果にもとづき組織として取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。 | b |
| (コメント) | 自己評価は文書化されていませんが、課題は職員間で共有し、意見の交換を行っています。具体的な改善例としては、点滅ランプ・ドアを外す・加湿器を設置する等利用者の安全性や快適性に関する変更が行われました。 | |

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。 | a |
| (コメント) | 管理者は、自らの経営管理の方針や取組を重要事項説明書にて明確にしており、役割・責任についても会議等で表明しています。また管理者不在時の権限委任等も明確化されています。 | |
| 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) | 管理者は、取引業者や行政関係者等と適切な関係にあります。また会議等において法令に関する研修を実施し、周知を図っています。 | |
| 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) | 管理者は改善のための委員会等に参画し、方針・改善点・困ったこと等について話ができており、同時に質の向上のための研修も行っています。 | |
| Ⅱ - 1 - (2) - ② | 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | a |
| (コメント) | 管理者は組織の「理念」「基本方針」の実現のため、人員配置を工夫したり、職員が働きやすい環境を整備する等の取組を行っています。また意識を形成するための取組を会議体等で発言するようにしています。 | |

| | | 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。 | a |
| (コメント) | 「人材確保育成方針・計画」が作成されており、それに沿って必要の都度採用や育成を行っています。求人はハローワークやチラシ等で行っています。 | |
| II-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| (コメント) | 処遇改善加算はⅠを算定しており、キャリアパスによって「期待する職員像」が明確になっており、職員への周知もできています。 | |
| 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) | 労務管理の責任者は社長であり、有給休暇管理表や残業管理表を整備し、ワーク・ライフ・バランスに配慮しています。また個別面談も随時行い、健康相談については看護師が窓口になっています。資格取得補助・新年会等の福利厚生も充実しています。 | |
| 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) | 職員1人1人の業務上での目標設定ができていますが、育成に向けての目標設定として明確にされていません。個別面談は随時行っており、達成度の確認は行われています。 | |
| 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) | 期待する職員像は明示はできており、年間研修計画も作成されています。計画の見直しは各年度ごとで行っています。 | |
| 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) | 年間研修計画が作成されており、また専門資格の把握もできています。新任には個別でOJTも行っています。堺市が実施している研修「障がい特性の理解について」等への参加実績があります。 | |
| 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研修・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) | 実習生の受け入れ体制やプログラムの整備はできています。 | |

| | | 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。 | b |
| (コメント) | 財務状況等は未公表であり、苦情相談については重要事項説明書にて公表しています。法人の理念や基本方針は、重要事項説明書・運営規程で公表を行っています。事業内容・活動を印刷した配布物があり、地域に配布しています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | マニュアルは定めていませんが税理士、社労士に相談し、助言を得る仕組みはできています。また、適正な事業運営のための確認を専門家に相談し改善するようにしており、行政書士の助言を定期的に受けています。 | |

| | | 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) | 地域への働きかけは積極的には行っていませんが、地域の飲食店舗と、利用者の施設外就労先とも支援の連携をしています。利用者には地域情報のパンフレットを並べて周知するようにしています。 | |
| 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) | ボランティアの受け入れ体制やマニュアルの整備はできています。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | 利用者ごとの相談支援や医療機関のリストは未作成ですが、サービス担当者会議には出席し、関係機関等との連携を図っています。 | |
| 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 | 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | a |
| (コメント) | ワムネット、市役所、区役所、相談員等からの情報により、地域の福祉ニーズや生活課題を把握しています。 | |
| II-4-(3)-② | 地域の福祉ニーズ等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) | 青パトカーによる防犯パトロールを行い、行政との連携に努めています。また広報担当を選任し支援学校訪問や地域のイベント参加を積極的に行っています。 | |

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。 | b |
| (コメント) | 運営規程に「利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った」との表現がされており、さらに人権研修も行われています。また生産活動マニュアルは、わかりやすく整備されており、利用者の障がい特性に応じた対応もできています。 | |
| Ⅲ-1-(1)-② | 利用者のプライバシー保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) | プライバシー保護マニュアルは未作成ですが、虐待防止についてのマニュアル、規定は整備されており、職員への周知もできています。別個の相談室が設けられており利用者のプライバシーに関する配慮は行えています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | 利用希望者には重要事項説明書による説明を行い、見学・体験利用も行っています。また、パンフレット等を使った説明も行われています。なお、重要事項説明書にはルビ版が用意され、障がい特性に対応した配慮が行われています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | パンフレットを配布し、見学を随時行っており、重要事項説明書と契約書の説明を丁寧に行っています。苦情の受付については、管理者が重要事項説明書で説明しています。また、サービスの提供にあたっては、利用者の同意も得ながら自己決定を尊重するようにしています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | 他の福祉サービスや家庭への移行時、引継ぎ文書は必要に応じて作成しています。利用終了から半年間は連絡をとるようにしています。声かけは随時行っていますが、利用社からの相談方法や相談の担当者を記載した文書のお渡しまでできていません。 | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| Ⅲ-1-(3)-① | 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b |
| (コメント) | 利用者満足度調査などは行われていませんが、モニタリングの面談の時に付随しての聞き取り調査は行われています。 | |
| 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。 | c |
| (コメント) | 第三者委員の設置はできていませんが、意見箱は設置しており、苦情・相談の意見の収集を行っています。結果の報告も相談者に回答できています。 | |
| 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) | 利用者が相談できる環境として、相談室を設置し、普段からの関係性を構築、利用者が指名して相談できるようにしています。顧問の市議会議員の先生が利用者面談も行うこともあり、積極的にモニタリング時に声掛けするようにしています。 | |

| | | |
|-----------|--|----------|
| 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。 | a |
| (コメント) | 苦情・相談対応マニュアルを整備し利用者が相談しやすく意見を述べやすい配慮を行っています。意見箱を設置し利用者からの意見を聞く体制を構築しています。解決等に時間がかかる場合はまずは説明を行い理解を得るようにしています。 | |

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。 | a |
| (コメント) | 事故防止マニュアルを整備し、職員に周知しています。研修は行っていませんが今後実施する予定です。ヒヤリハット事例の収集集積はできており、職員参画のもと対応策を検討し、周知するようにしています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | 感染症マニュアルを整備し、定期的に見直しを行っています。また委員会も設置しており、指針の整備も行っています。担当者はサビ管で、年1回の研修訓練も行っています。 | |
| 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行っている。 | b |
| (コメント) | 災害対策マニュアルは整備しています。利用者や職員の安否確認方法についても周知を行っています。ハザードマップを確認しており、水、食料などの備蓄も行われています。 | |

| | | 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。 | a |
| (コメント) | 支援のマニュアルとして、訓練作業マニュアルが各作業ごとに作成され、職員・利用者ともに周知しています。またマニュアルどおりになっているかどうかの確認は、ホワイトボードに記入して周知するほか、検品も行われています。マニュアルの見直しも随時行っています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | 個別支援計画の担当者はサビ管であり、事業所内で職種をまたいでの連携や相談支援事業所とも連携して個別支援計画を作成しています。モニタリングと日々の記録による評価を実施し、支援困難な利用者はケース会議を開催して検討しています。 | |
| 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支援計画を適切に策定している。 | a |
| (コメント) | アセスメントは、定まった様式を使用し、手法は確立されています。具体的な利用者ごとのニーズ把握は時間をかけて行っています。 | |
| Ⅲ-2-(2)-② | 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | a |
| (コメント) | 個別支援計画の評価見直しを行い、必要に応じて変更しています。評価見直しについては、モニタリングを行い、必要な場合はアセスメントも行っています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | 利用者の状況に応じた日々の記録様式を定めることにより、日々のサービスが適切に行われていることの確認をするようにしています。記録方法は管理者がチェックしています。LINEにより職員間で日々のサービス実施の記録が共有できている他、月1回の会議とDROPBOXによって職員間で情報共有はできています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | 記録管理の責任者は管理者で、利用者の記録の保管期間については運営規程で定めています。保管、廃棄に関する明記はありませんが、記録の情報提供についての記載は重要事項説明書にあります。個人情報漏洩に関する対策や対応についても職員周知はしっかりと行えています。 | |

障がい福祉分野の内容評価基準

| | | 評価結果 |
|-----------------|--|------|
| A-1 利用者の尊重と権利擁護 | | |
| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | |
| A-1-(1)-① | 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | a |
| (コメント) | 個別支援を行う際は、利用者の自己決定を尊重する支援を行っています。また利用者の主体的な活動は、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すような支援を行っています。一人ひとりへの合理的な配慮も行っています。 | |
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| A-1-(2)-① | 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | a |
| (コメント) | 規程・マニュアルはあり、権利擁護に関する取組を利用者に周知しています。権利侵害の防止について利用者に朝礼などで具体的な事例を話して周知しています。相談員との連携、情報共有により身体的・経済的虐待の有無を確認。また身体拘束についてはマニュアルを整備し、研修、ミーティングを実施しています。権利侵害が発生した場合の再発防止についてもマニュアルにて明記されています。 | |

| | | 評価結果 |
|------------------|---|------|
| A-2 生活支援 | | |
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| A-2-(1)-① | 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | a |
| (コメント) | 自立・自律に配慮した個別支援のため、見守り姿勢を基本とした支援を行っています。生活を自己管理できるような支援や、行政手続き（ハローワーク、就労支援）への支援も行っています。 | |
| A-2-(1)-② | 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | a |
| (コメント) | 心身の状況に応じたコミュニケーションを行うため、レクリエーションの時間を有効利用しています。聴覚障がいの利用者については、メールでやり取りをする等、個別できめ細かい配慮を行っています。 | |
| A-2-(1)-③ | 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | a |
| (コメント) | 利用者の選択や決定、理解のための情報提供や説明を行っています。相談内容については職員間での検討・理解・共有を行っています。 | |
| A-2-(1)-④ | 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 | a |
| (コメント) | 作業内容は、利用者の希望やニーズを考慮して割り振るようしており、活動やプログラム等へ参加するための支援も行っています。また利用者の意向にもとづき忘年会等も開催しています。 | |
| A-2-(1)-⑤ | 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。 | a |
| (コメント) | 利用者の障がいによる行動や生活の状況等を把握し、担当者会議において職員間での支援方法の検討を行っています。また利用者間での作業グループの編成や席順の考慮などの調整も必要に応じて行っています。 | |
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
| A-2-(2)-① | 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 | a |

| | | | |
|--------------------------|-----------|---|----------|
| | (コメント) | 食事は持参の他、弁当の注文も事業所がまとめて行っています。弁当は3か所の業者から選択可能で、利用者の嗜好を考慮した内容になっています。 | |
| A-2-(3) 生活環境 | | | |
| | A-2-(3)-① | 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 | a |
| | (コメント) | 安心・安全・清潔に配慮した訓練作業室を心がけています。休息スペースとして相談室を解放し、いつでも気分転換できるようにしています。 | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | | |
| | A-2-(4)-① | 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | a |
| | (コメント) | 生活訓練が必要な利用者については、作業をしながら声かけをし、生活の自立・自律ができるような支援をしています。作業を通じて日常生活での必要知識を伝える支援も行っています。また関係職種は連携し、定期的モニタリングを実施することにより、支援内容の検討を図っています。 | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | | |
| | A-2-(5)-① | 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | b |
| | (コメント) | 日々の利用者の健康状態の把握は、常駐の看護師により行われています。このほか「健康相談」や「健康面での説明の機会」等も定期的に行っています。しかし、利用者の体調変化等における対応手順が文書化されておらず、今後備えて置くことが望まれます。 | |
| | A-2-(5)-② | 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | a |
| | (コメント) | 医療的な支援についてのマニュアルや実施手順、個別の計画は策定されています。また看護師による指導・助言のもと安全管理体制も構築されており、職員への研修や個別指導等も定期的に行われています。 | |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | | |
| | A-2-(6)-① | 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 | a |
| | (コメント) | 利用者の地域生活に必要な情報提供、体験機会の提供を行っています。また利用者の意向を尊重し、日中活動を通じた「学習支援」も行っています。 | |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | | |
| | A-2-(7)-① | 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | a |
| | (コメント) | 利用者の地域移行に必要な情報提供、体験機会の提供を行っています。また一般就労のための就労体験の提供などの他、地域の関係機関との連携も行われています。 | |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | | |
| | A-2-(8)-① | 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | a |
| | (コメント) | 就労継続支援A型なので利用者を窓口とした家族との連携はほとんどありません。家族との連携が必要な場合には、相談支援と協力のうえ、定期的な面談を実施したり、必要に応じて相談に応じるように努めています。サービス担当者会議への出席により、家族支援に関して相談支援等との連携は取られています。 | |

| | | 評価結果 |
|--------------|---------------------------------|------|
| A-3 発達支援 | | |
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| A-3-(1)-① | 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | — |
| (コメント) | 子どもの利用者はいないため非該当です。 | |

| | | 評価結果 |
|--------------|---|----------|
| A-4 就労支援 | | |
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| A-4-(1)-① | 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | a |
| (コメント) | 一般就労や就労継続に向けた面談を行い、一人ひとりの意向・状況に応じた支援をしています。また支援の内容、仕事の内容につき定期的な利用者との話し合いも行われています。 | |
| A-4-(1)-② | 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | a |
| (コメント) | 利用者の意向や障がいの状況に応じた時間・内容・工程等となっています。作業内容ごとにマニュアルが細かく作成されており、多様な仕事ができるように工夫されています。賃金規程が作成されており、規程通り適切に支払われています。また、社労士に相談をしながら、労働安全衛生法への配慮も適切に行っています。 | |
| A-4-(1)-③ | 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 | a |
| (コメント) | 職場開拓に努め、ハロワークや就ボツとの連携を行い、利用者と企業とのマッチングを行っています。一般就労した利用者は現在いませんが、一般就労から離職した場合には受け入れを行っています。 | |

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

| | |
|--------|--------|
| 調査対象者 | 利用者 |
| 調査対象者数 | 2人（男性） |
| 調査方法 | ヒヤリング |

利用者への聞き取り等の結果（概要）

①人権への配慮

人権への配慮はしっかりされており、利用者に対して従業員は親切に接しているが、ダメなことはダメとしっかりと指摘している。嫌な思いなどはしたことがなく、楽しく通所されている。いつも親切に接してくれることから、あまり迷惑をかけたくないという気持ちも現れています。

②個別支援プログラム

重要事項説明書や利用契約について、細かく説明しています。作業については、利用者の得手不得手を見ながら、できる作業や作業工程の中から切り出してくれるなど、親身です。個別支援計画は話をしっかり聞いて、作成してもらっています。地域での生活情報については、尋ねれば教えてくれます。

③日常生活支援

昼食時間は1時間あり、事業所で食べる方他外食される方もいます。トイレは比較的綺麗です。通所中、体調などが優れないときは、従業員が声掛けしてくれます。また一人になりたいときは個室作業スペースもありますので、希望する場合にはそちらに行き作業することも可能です。

④事業所での生活

週5日から6日、10時から16時まで勤務しています。有給もしっかり取れる仕組みになっています。

⑤その他

お勧めできるポイントはきめ細かな支援内容としっかり話を聞いてくれるところです。

- ・サービス時間中の電話やスマートフォンは、私用でなければ使用可能です。
- ・「やめなさい。ダメ。」などの言葉もなく、会話は適切です。
- ・個人的にいやな思いをしたことはありません。
- ・地域の行事なども、朝礼や聞けば教えてくれます。
- ・昼食はお弁当を注文してくれて、メニューもいろいろ選べます。
- ・スタッフさんが親切に教えてくれます。
- ・普段あまり会話はありませんが、相談できるスタッフはいます。
- ・タバコを吸うのですが、喫煙場所もあります。

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 |