

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	第2共働舎花の会		
運営法人名称	社会福祉法人 花の会		
福祉サービスの種別	生活介護		
代表者氏名	施設長 牛 嶋 亮		
定員（利用人数）	50 名		
事業所所在地	〒 569-1042 大阪府高槻市南平台三丁目29番10号		
電話番号	072 - 697 - 7033		
F A X 番号	072 - 697 - 7032		
ホームページアドレス	https://hananokai.info/dai2.html		
電子メールアドレス	hana-dai2@orion.ocn.ne.jp		
事業開始年月日	平成 20 年 3 月 1 日		
職員・従業員数※	正規	17 名	非正規 8 名
専門職員※	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士 2名 ・精神保健福祉士 1名 ・介護福祉士 1名 ・看護師 1名 ・管理栄養士 1名 ・社会福祉主事 1名 <p style="text-align: right;">*一部重複あり</p>		
施設・設備の概要※	[居室]		
	[設備等] ・作業室（6） ・相談室 ・医務室 ・食堂 ・多目的室 ・浴室		

※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】 「共に学び 共に働き 共に生きる」

【基本方針】

メンバーとワーカーが相互に成長できる関係性を築き、地域の中でいきいきとした生活を送る

(1) メンバーと「思い」を共有し、一緒に働き、活動する。

(2) 生産活動の活性化

(3) メンバーが安心して地域で生活が送れるように、地域への働きかけを展開する。

【施設・事業所の特徴的な取組】

事業は生活介護ですが、作業がベースの活動内容です。主な内容は、年に2回の大バザー(コロナ過で中止となっています)や花の会ショップ(水・金開催)農作業、軽作業、花配達、グループホームの夕食製造などの作業をしています。作業を通して地域のネットワークに入り、働くことで、障がいの有無に関係なく、自分自身の存在価値を感じる、また、何かしらの達成感や充実感のある生活を獲得することを目指しています。

行事や余暇活動もあり、一泊研修旅行、花の会運動会、プールレクリエーション、土曜日開所の創作活動など、それぞれのライフスタイルで地域の中でいきいきと暮らすことを目標をしてサービス提供しています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 NPOかなびの丘
大阪府認証番号	270040
評価実施期間	令和4年11月9日～令和4年11月10日
評価決定年月日	令和5年1月31日
評価調査者(役割)	1601B048 (運営管理・専門職委員) 1401B017 (運営管理・専門職委員) () () ()

【総評】

◆評価機関総合コメント

第2共働舎花の会の生活介護事業所は、高槻市中西部の名神高速道路沿線の北側に位置し、JR摂津富田駅から車で約10分程の場所にあり、周りはマンションや会社、ため池等も多く静かな環境にあります。

建物は2階建てで1階には、作業室や相談室、事務室、調理室などがあり、2階には食堂や職員室、会議室、多目的室などがあります。利用者の定員は50名で、現在46名の利用者が通所し、リサイクル品の回収や整理・値付け・販売、ねじ作業、農作業と、昼食づくりやグループホームへの夕食づくりと配食作業を行なうなど、花の会全体の「食事」面を担っています。

事業所は、月曜から土曜日まで開所し、「仕事の場」「憩いの場」「また明日もここに来たいと思える居場所づくり」を目指しています。

「花の会」は昭和58年、無認可作業所からスタートし、平成10年に社会福祉法人花の会を設立して今日に至っています。法人では、高槻市内で障がい児・者を対象とした各種支援事業を展開し、日中活動支援の生活介護事業のほか、児童発達支援・放課後デイサービス、地域生活支援として短期入所事業とガイドヘルパー、グループホーム、就労継続B型事業、就労移行支援、相談支援事業等と幅広く地域に根差した福祉サービスを行なって、地域とのつながりを大切にし、なくてはならない存在となっています。

◆特に評価の高い点

1. 理念・基本方針の明確化と周知徹底

「ともに学び、ともに働き、ともに生きる」という理念・基本方針をホームページや事業計画、パンフレット等に明文化し、入職時研修や事業所別会議等で職員に周知して、それに基づいた支援が実践されています。また、利用者や家族、職員が参加する花の会総会等でも周知され、利用者と職員ではなく「人與人」との関係性を重視し、ともに成長していく関係性を築いていく理念が徹底されていることが伺われます。

2. 将来を描く仕組みづくりの充実

目標管理シートに職員の目標項目や目標期限等を設定し、目標管理の面談を行なって進捗状況や達成度を確認しています。また、キャリアパスと業務評価表があり、評価基準にもとづき職務遂行能力や貢献度などで人事考課を実施するなど、職員が将来を描ける仕組みづくりができています。

3. 中期計画や単年度計画の充実

理念や基本方針を基に中期計画を策定し、その計画は、法人や事業所の目指す将来、目標設定や課題、人権尊重や利用者支援、人材確保と育成・定着、地域交流等を網羅しています。中期計画を基に単年度計画を策定し、その計画は、重点目標と実現計画、利用者支援、活動内容、職員配置・研修、余暇支援等の実現できる行動計画になっています。J:COMIによる人材確保の特集番組「福祉人材の取組み」として放送されたこともあります。

4. 福祉サービスの質の向上に向けた取組み

入職者研修で社会人としての心構えや支援方法を学ぶほか、人権擁護や虐待防止研修、支援会議等を行いサービスの質向上に努めています。毎月、人権研修や支援内容、「共に生きる」等の研修を行いサービスの質向上に努めています。また、年1回虐待防止チェックの実施や年3回業務振り返りチェックシートを活用しての業務点検、事業所別会議等で支援内容や、サービス内容の評価・分析を行いサービスの質向上を図っています。

5. 地域交流と地域関連施設との連携

法人の夏祭りやバザーにリサイクル品や飲食物を販売するほか、自治会祭りや市社協祭り、高槻市福祉展などに出店し、利用者や職員、家族が参加し交流を図っています。また、高槻市事業所連絡会や民間社会福祉施設連絡会等に参画、他法人や他事業所と情報交換や連携をし、福祉センターでショウケースを設置して、物品の陳列や福祉展なども行なっています。

6. 法人内の連携

社会福祉法人花の会では、特に日中活動支援諸事業所との連携や補完関係が日常的に行われ、単体の施設では対応できない部分を、お互いに補い合い、利用者への安心や安全につながっている部分が高く評価できます。

◆改善を求められる点

1. 施設長の役割と責任、不在時の権限委任の明確化

施設長の役割や責任を明確にする文書がなく、職員への周知が不十分です。業務分担表等に施設長の役割や責任を明記し、事業所別会議や全体調整会議等を通して職員に周知することが望めます。また、施設長不在時の権限委任の体制が不明確です。今後、業務分担表等に平常時における権限委任を明記し、事業所別会議や全体調整会議等を通して職員に周知することが望めます。

2. ボランティア受入れマニュアルの作成

事業計画にボランティア受入れの基本姿勢がありますが、ボランティア受入れのマニュアルがありません。受入れマニュアルの作成が望めます。

3. 人材育成と人材確保

施設長・副主任を中心とする指示命令系統は明確ですが、現場で起こる様々な事象について、チームで協議し判断する力を育成することも必要です。そのためには、職員の教育体制を強化し、「して見せてさせてみて 誉める」を積み重ね、徐々に権限委任を進めることが望めます。また、離職を防止するための工夫や人材を確保する手段を、法人全体として協議、検討する機会を持つことが望めます。

4. 環境整備

利用者満足度調査でも要望として上がっている生活環境の快適性向上が急務です。定期的な環境チェックの実施とともに、ハード面での簡易な整備や施設全体の整理整頓を組織ぐるみで取り組んでいくことが強く求められます。コロナ対策のための喚起を含め、5S活動（整理・整頓・清潔・清掃・躰）を推進できるよう『仕組みづくり』からの検討が必要です。

5. 災害対策及びBCP作成

行政が発行しているハザードマップに沿い、花の会緊急避難ハザードマップを作成中です。利用者や職員の安否確認の具体的な方法が明確になっておらず、各団体との防災訓練も未実施です。また、BCP策定作業も道半ばです。できるだけ速やかに、災害に対する体制や文書化を進め、万全の体制を整えることが強く望めます。棚の固定や落下物の防止等、利用者に二次被害が及ばないように、安全点検を定期的に行うことも求められます。

6. マニュアルの整備と定期的な見直し

福祉サービスを提供するにあたり、マニュアルはサービスの質を担保するために必要不可欠なものです。同時に、一度作成されたマニュアルは定期的な見直しを行わなければ、有効性の評価ができないばかりか、その時々に合わせて標準化もできません。法人全体で、まずマニュアルの見直しの時期や方法をルール化することが望めます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審することにより、自己点検だけでは気づきにくい課題も改めて認識することが出来ました。また高評価いただいた点はこれに満足することなく、利用者の地域生活が豊かになる為、更に改善出来る様に努力していきます。改善点に関しては、以下の通りの取り組みを進めます。

- 1、施設長の役割と責任、不在時の権限委任の明確化
役割と責任、不在時権限委任を業務分担表への明記、職員への周知を図ります。
- 2、ボランティア受入マニュアル作成
マニュアル作成を行います。
- 3、人財育成と人材確保
チームでの取り組み強化と効果的な人材確保と離職防止のための取組みを検討します。
- 4、環境整備
安心・安全を確保できるようにチームで検討して改善を図ります。
- 5、災害対策及びBCP作成
BCP作成の上で定期点検を行います。
- 6、マニュアル整備と定期的見直し
適時、マニュアルの更新と現状に見合った内容の変更、職員への周知を図ります。

◆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)	<p>■理念・基本方針は、ホームページや事業計画、パンフレット、広報誌等に明文化するとともに、入職時研修や方針会議、花の会総会等で職員に周知しています。また、法人の使命や目指す方向が明示され職員の行動規範となる内容になっています。</p> <p>■利用者や家族への周知は、ホームページやパンフレット、広報誌に掲載するほか、利用者や家族、職員が参加する年1回開催の花の会総会で資料を配布・説明しています。</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。	a
(コメント)	<p>■社会福祉事業全体の動向は、高槻市の障害者連絡協議会や事業所連絡会の会合、法人本部の資料、福祉新聞等から把握・分析しています。また、高槻市障害福祉計画については、施設長が事業所連絡会の事務局を担当しており計画の内容をしっかりと把握しています。</p> <p>■施設長が利用者数の推移や福祉サービスのニーズ等に関するデータ収集、コスト分析などを行なっています。</p> <p>■事業運営について職員の理解が低いようですが、今後、職員の意識を高めるために経営についての研修会実施や、全体職員会議等、さまざまな機会でのコストや利用率等の説明を期待します。</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>■事業所の経営課題は、法人の運営会議や事務局長会議等で分析するとともに、事業所の管理者会議や事業所別会議等で把握・分析・対応しています。また、理事会等を通して理事や監事と情報共有し協議・検討しています。</p> <p>■事業所の経営課題は、朝礼や事業所別会議、職員全体調整会議等で総括会議資料や事業計画を配布し周知に努めています。</p> <p>■今年度は、人件費高騰やコロナ対策、経費削減が大きな課題になり対策を立てて対応中です。</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。	a
(コメント)	<p>■理念や基本方針を基に中期計画を策定し、その計画には、理念や目指すべき目標、利用者の人権尊重と生活支援、人材の確保と育成・定着、地域貢献等を網羅しています。</p> <p>■中期計画は、収支の数値目標や具体的な成果を設定する内容で、必要に応じて法人の事務局会議で見直しがされています。今後、利用者数等で対比できる数値目標の記載を期待します。</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。	a
(コメント)	<p>■単年度の事業計画は、中期計画の課題内容を反映した実現可能なものを策定しています。計画は、基本方針や重点目標、事業運営や職員配置、利用者支援、生産活動内容、社会参加・余暇活動の充実、職員研修等の実際的な行動計画になっています。今後は、様々な面で対比可能な数値目標の設定が期待されます。</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>■単年度の事業計画は、事業所別会議等で策定して法人の運営会議で決定し、方針会議や花の会総会、研修等で職員に周知しています。</p> <p>■事業計画の評価・見直しは、定められた時期や手順に基づいて事業所別会議で行なっています。今後、作成の手順書を作成することを期待します。</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>■利用者や家族、職員が参加する花の会総会で事業計画と事業報告書を配布・説明しています。また、不参加の家族にも資料を送付しています。</p> <p>■利用者の会でも事業計画などを配布・説明されていますが、計画内容は利用者が理解するには難しいようです。今後、ルビを振ったり、利用者によりわかりやすい内容や文言を工夫した資料類を作成して説明することが望まれます。</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>■入職者研修で社会人としての心構えや支援方法を学ぶほか、人権擁護や虐待防止研修、支援会議等を行いサービスの質向上に努めています。また、毎月、人権研修や支援内容、「共に生きる」等の研修を行いサービスの質向上に努めています。</p> <p>■年1回虐待防止チェックの実施や年3回業務振り返りチェックシートを活用しての業務点検、また、事業所別会議等で支援内容やサービス内容の評価・分析を行いサービスの質向上を図っています。</p> <p>■今回、第三者評価初受審ですが、今後も受審すると確認しています。</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)	<p>■チェックシートを用いた業務振り返りや虐待防止チェックを実施後、評価・分析して課題等を文書化し、事業所別会議や全体調整会議等で職員に周知しています。また、パソコンの共有ホルダーでいつでも確認できるようにしています。</p> <p>■評価後の課題について改善策や改善計画は、事業所別会議や全体調整会議で検討しています。今回の第三者評価評価受審結果は、事業所別会議等で検討し、花の会総会での報告や、掲示するなどして周知するとしています。</p>	

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)	<p>■施設長は、事業所の経営や管理に関する方針や取組みを方針会議や全体職員会議、事業所別会議等で説明しています。また、自らの役割や責任を花の会総会、新人研修等で説明されていますが、役割や責任を明確にした文書がありません。今後、業務分担表等を作成し、その中に職務や職責内容を明記するほか、研修や会議等を通して職員に周知することが望まれます。</p> <p>■災害と防犯時の役割や責任を方針会議や事業所別会議、全体職員会議等で説明されていますが、施設長不在時の権限委任等の体制ができていません。今後、平常時や有事における権限委任等を業務分担表等に明記することが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■施設長は、保健所等が実施する食品衛生法やHACCP(食品等のハザード除去・低減の管理手法)のほか、経理関係など諸研修や導監査合同説明会に参加し、感染症対応はじめ人権擁護、労働関係等の法令について学んでいます。また、合同説明会や講習会等で学んできた内容は、事業所別会議や全体職員会議等で職員に説明しています。</p> <p>■新人職員研修では、就業規則や雇用契約など法人の各規程について説明しています。関係する法令は、障害者虐待防止法や個人情報保護法等のほか、消費者契約法、生活保護法、リサイクル法、感染症対策法等と多方面にわたります。今後、関係法令のリストアップを行なって、重要・優先度を考慮しながら、職員へのいっそうの周知を図っていくことが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■サービスの質向上のため業務振り返りチェックシートの活用や虐待防止チェックのほか、目標管理シートを作成後、法人の事業運営会議や管理者会議等で評価・分析を実施しています。評価後、職員面談して意見を聞き指導・助言を行なっています。</p> <p>■施設長は、管理者会議や事業所別会議等に参加し、直面する課題の改善に向けて取り組んでいます。</p> <p>■サービスの質向上に向けて研修担当者を配置し、研修の計画・立案し実施していますが、研修報告や研修参加状況について一覧できるものが整えられていません。今後、事業報告書などに研修実施(参加)一覧の掲載が望まれます。</p>	

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。	b
(コメント)	<p>■施設長は、経営改善や業務の実効性を高めるために人事や労務、財務などの分析を本部事務局の担当と共に行なっています。その結果や改善策等については、管理者会議や事業所別会議等で協議を行い、毎月の事業所別会議や全体職員会議、面談を通して職員に周知しています。</p> <p>■職員を配置基準よりも多く採用し勤務体制が組みやすい状況を整え、有給休暇等も取りやすくなっています。一方で、休憩場所や休憩の取り方が不明確です。</p> <p>■各職員会議や面談等を通して職員の意見や要望を聞き、便座の保温や保温洗浄(女性用)を取付けるなどの対応を図っています。</p>	

	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>■事業所に必要な人材や人員体制に関しては、事業計画にサービス管理者や看護師、栄養士など専門職の配置計画が示されてありますが、質の高いサービス提供に必要なの有資格者(社会福祉士や介護福祉士等)の具体的な採用計画は明記されていません。</p> <p>■必要な人材は、ハローワークやホームページ、法人求職説明会等を通して確保しています。人材育成は、新採用者・中途入職者への研修のほか、施設内外の研修を通して行われていますが、研修内容やプログラムの評価・分析・検討、その後の再計画といった一連の取組みが不十分です。</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>■理念や基本方針に「期待する職員像」を明確にして、入職時研修や事業所別会議、全体職員会議、職員面談等で周知しています。</p> <p>■業務評価表に職員の採用や昇進・昇格等の基準が定められ昇格テストも実施しています。また、業務評価表に基づき職務遂行能力や貢献度などを評価する人事考課を実施し、人事考課会議で評価を協議・決定しています。</p> <p>■職員個々の目標管理シートや等級基準表(キャリアパス)、人事考課制度、職員面談が整備させていて、将来を描くことのできる仕組みとなっています。</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り組んでいる。	a
(コメント)	<p>■職員の勤務内容や有給休暇取得状況などの資料を法人本部の担当者が作成し、労務管理の責任者として施設長が把握しています。</p> <p>■職員の心身の健康と安全のため年1回の健康診断やストレスチェックを実施するとともに、チェックの結果、問題があれば産業医と面談し指導・助言を得ています。また、職員が望めば産業医に相談することもできます。</p> <p>■職員の余暇活動をサポートするために「大阪民間社会福祉事業従事者共済会」への入会や親睦会などを実施しています。</p> <p>■働きやすくするために職員加配や勤務体制の変更、有給休暇の取得促進や時短等に取り組んでいます。また、施設として研修の充実や法人として資格取得助成制度も検討されています。</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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■「期待する職員像」を理念や基本方針に明示し、目標管理シートでも職員一人ひとりの目標項目や目標期限等を明確にしています。 ■施設長は、職員の目標管理のため全職員に年3回面談を行い、目標の設定や進捗状況、達成度の確認を行って、次年度につなげています。 	
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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■事業方針や計画等には、人材育成を最重要課題の一つとして位置づけ、職員の成長を期す文言は見られますが、実現に向けた方策等について、それ以上の踏み込んだ記述は見られません。 ■施設内研修は、担当者が教育や研修内容等を検討し、管理者会議で決定後、実施しています。法人研修は、法人本部の担当者が研修内容等を検討・実施しています。 ■研修に関するアンケートの実施など、研修内容やプログラム内容の評価・検討が尽くされているとは言えません。それぞれの担当に委ねられるのではなく、育成・教育がより組織的に取り組めるような仕組みづくりが望まれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■施設長が職員の専門資格表をファイリング・把握しています。また、業務に必要な研修や資格取得に関する情報は、職員会議や回覧、パソコンで提供しています。 ■入職者研修や法人・施設内研修等を実施するとともに、先輩等が個別にOJTを実施・指導されています。今後、OJT指導のチェックシートを作成するなどして充実を図っていくことを期待します。 ■階層別やテーマ別研修等は、法人内研修や施設内研修のほか、大阪府社会福祉協議会等が実施している諸研修を活用しています。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画に実習生等の受入れに関する基本姿勢を明記し、実習受け入れマニュアルが整備され、実習指導者講習会も受講していますが、福祉サービスに関わる専門等向けのプログラムがありません。今後、それらに対応できるプログラムの作成が望まれます。 ■実習受け入れ校の実習担当教員と実習前打合せや振り返りのほか、実習中は電話やメール等で連絡を取り合っています。 	

		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。	a
(コメント)	<p>■ホームページに理念や基本方針、事業内容、活動状況、事業計画、予算・決算等を公表しています。また、広報誌にも理念や基本方針、事業内容、活動状況のほか、法人や事業所の存在意義・役割等を明記しています。</p> <p>■パンフレットや広報誌は、施設玄関、法人内事業所に置かれています。今後、市役所や市社協、関係施設、各相談支援事業所、自治会などへの配布が期待されます。</p> <p>■苦情受付体制についての説明文書は玄関に掲示してあります。第三者委員は2名置いています。近年、苦情の受付はないとのことで、あれば花の会総会等で公表するとしています。ただ、苦情の内容と対応については、その概要を事業所内で掲示したりホームページなどで一般に開示することが求められていることについての認識は必要です。</p> <p>■今回初受審の第三者評価の結果は、ホームページで開示し、利用者、家族等にも公表する予定です。</p>	
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)	<p>■法人が定めた経理規程に事務や経理等のルールを定め事務や経理業務等を行うとともに、入職者研修や各会議等で職員に周知しています。</p> <p>■毎月、法人本部による事務や経理などのチェックを受けるほか、会計事務所の指導・助言を得て、会計処理方法等で必要な改善をしています。さらに、事業や財務について公認会計士の監査や指導も受けています。</p>	

		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。	b
(コメント)	<p>■事業計画に地域との関わりの基本姿勢を明示するとともに、地域の祭りやイベント等の情報や案内が届けば玄関に掲示されていますが、利用者への説明が足りないようです。今後、地域のイベント説明や資料の配布のほか、社会資源のリストなども作成し、情報の提供が望まれます。</p> <p>■自治会祭りや市社協祭り、高槻市福祉展などの行事に出店、また、法人の夏祭りやバザーではリサイクル品や飲食物を販売し、職員や利用者、家族が参加して定期的に交流を図っています。</p> <p>■利用者のニーズに応じて、買い物や散歩、通院を行なっています。必要に即して、職員が付添い、グループホームの世話人、ガイドヘルパーも活用しています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■事業計画にはボランティア受入れの基本姿勢が明文化されています。また、ボランティア登録簿が作成され、受け入れ前には、利用者への接し方など注意事項の説明が行われています。今後、ボランティアの意義はじめ、受け入れの留意点、活動に関する要点を文書化した「受入れマニュアル」の作成が望まれます。</p> <p>■事業計画に学校教育等の協力の基本姿勢を明文化し、中学校の体験学習や施設見学の受入れています。</p>	

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)	<p>■市の事業所連絡会や障害者団体連絡協議会、民間社会福祉施設連絡会等に参画し、他の法人や事業所と情報交換や連携を行なっています。参加した会議の内容は事業所会議や全体調整会議等で報告・説明しています。</p> <p>■地域の社会資源の関する情報を職員間で共有できていません。今後、社会資源リストを作成し、利用者向けに説明や掲示するとともに職員間での共有が望まれます。</p> <p>■サービス利用料のことなどでは、市と交渉を行なったりもしています。</p>	
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)	<p>■市内の各種連絡会に参画し、情報交換や連携等を通してニーズ把握をしています。</p> <p>■法人内の他事業所が開いている「月1回子ども食堂」のネットワークに加わり、スタッフを提供し、弁当の配布などを行っています。</p> <p>■毎週水・金曜日の2回定期的なリサイクル品販売や、5月の大バザーや7月の夏祭りにリサイクル品や飲食物の販売を行うなかで、多くの地域の人たちと触れ合いがなされています。</p> <p>■今年度、地域の福祉ニーズ把握のために新たな部署が設けられました。ニーズや生活課題の把握に向けた積極的な動きを期待します。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■所属する諸連絡会の事業所等と共同で、市の福祉センターにショウケースを常設し、物品の陳列や福祉展などを行なっています。</p> <p>■法人内の事業所が行う「子ども食堂」に参画するほか、サポートステーションとして、『居場所カフェ』や『子育て支援タイム』といった事業も行なっています。</p> <p>■花の会本部が市から「第2次福祉避難所」の指定を受けており、当事業所にあっても3日間の備蓄物品を備えています。</p>	

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)	<p>■利用者を尊重する姿勢が、法人の理念や基本方針に明文化され、それを基に福祉サービスが実施されています。</p> <p>■法人内で入職時研修・階層別研修等で周知し、虐待防止宣言等をベースに不適切な支援ゼロに取り組んでいます。また、定期的に「業務振り返りチェックシート」を用い、利用者への支援を振り返る機会とし、管理者が必要な対策を講じています。</p> <p>■利用者を尊重する実践のための方策は講じられていますが、明確に形としたものがありません。早急に「倫理綱領」の策定が望まれます。</p>	

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)	<p>■個人ロッカーの設置やケア場面でのさまざまな配慮など、利用者のプライバシー保護等の権利擁護を重視した実践が行われています。個人情報保護の文書整備はなされていますが、それとは別に、日常的なプライバシー保護に関するマニュアルを整え、職員への共通理解と周知を図っていくことが望まれます。</p> <p>■利用者や家族には、花の会ニュースやモンパの会等でプライバシー保護についての取組が伝えられています。</p>	

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)	<p>■実施する福祉サービスの内容や、事業所の特性を紹介したパンフレットを用意し、利用者にわかりやすいような言葉や写真、図で示されています。</p> <p>■利用希望者や支援学校の生徒には、家族説明会等を開催し、施設のサービス内容を伝え、実習希望者の都合に合わせた日時の調整など便宜を図っています。</p>	
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>■サービスの開始は実習を経て（最短3日）本人や家族の確認の上、利用者が理解しやすいよう（ジェスチャーや写真等を用いて）説明しています。</p> <p>■福祉サービスの開始や変更にあたっては、説明文にルビを振ったり写真を用いるなど、具体的な活動が利用者にわかりやすくイメージしやすいようにしています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者の受け入れ方法はマニュアル化し、あらゆる障がいを想定した上で、標準化された手順に沿って進められるような準備が必要です。</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>■他のサービスへの移行の場合は、ケース記録の内容を軸に引継ぎが行われています。実習を希望する利用者には、担当者が同行する場合があります。</p> <p>■他事業所へは文書による引継ぎはありません。また福祉サービスが終了した場合の利用者・家族に対し、その後の相談方法や担当者についての十分な説明がなされていません。どちらの場合にも引継ぎ文書を作成し、継続性に配慮した対応が求められます。</p>	

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。	a
(コメント)	<p>■利用者満足度調査を年1回行い、利用者満足の向上を図り、結果はホームページに掲載します。2020年度の満足度調査結果で、親亡き後の生活の場の確保を希望する意見が多く出され、GH間の連携強化と、新たなGHも開設されました。</p> <p>■「みんなの会(当事者会)」や班会議で利用者からの要望・意見を聞き取り、同会のリーダー会議でも話し合う場を持っています。上がってきた要望を事業所別会議で協議し、できるだけ要望に添えるよう検討しています。</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>■苦情解決の体制が確立しており、説明文書は玄関に掲示してあります。第三者委員は2名置き、受付記録と解決を凶った記録は適切に保管されています。また、利用者や家族が苦情を申し出やすい環境を作るため、日ごろから声掛けや関わりを持ち、安心して発言できるようにしています。</p> <p>■出された苦情は、事業報告書には掲載されていますが、今後は、苦情の内容と対応についてその概要を事業所内で掲示したりホームページなどで一般に開示することが求められます。</p> <p>■玄関に掲示されてるポスターに、苦情受付担当者の氏名が記載されていませんでした。また利用者に対して、苦情の仕組みをわかりやすく説明した掲示物や資料を用意することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■意見箱の設置をはじめ、利用者が「みんなの会(当事者会)」や班会議といった場でも意見を出しやすい環境を作るよう努めています。また多目的室・作業室などを用いることで、リラックスして意見を述べやすいようにしています。</p> <p>■毎年一回、「みんなの会」が主体となって第三者委員との面談の機会を設け、他の場では出しにくい要望や意見を聞いてもらえる機会としています。</p> <p>■意見を述べる機会は複数設けられていますが、より効果的な活用を促すために、わかりやすい資料を用意するなど、利用者への周知方法の工夫が望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者からの相談や意見は、担当者の記録によって全職員は把握できています。すぐに対応できるものには迅速に対応し、組織内での検討を要するような場合には、利用者にもその旨を伝えています。</p> <p>■意見を受けた際の記録方法や手順、対策後の検討等はマニュアルに定められ、職員に周知されています。</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>■利用者の安全・安心を目的とするリスクマネジメント体制が確立され、虐待防止委員会においてヒヤリハットやインシデント等の報告が行われています。</p> <p>■事故報告は法人で取りまとめられていますが、より適切な対応・対策が講じられるためには、施設単位での事例の集積と詳細な分析を行い、各事例への対応の評価や対策の実効性などについての検証が望まれます。</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>■感染症の予防や発生時における対応は、役職者と看護師を中心に体制整備されています。</p> <p>■感染症予防や安全確保に関する研修は、職員全体を対象に行われています。</p> <p>■コロナウイルス感染症への対策として、体温チェックや抗原検査が適切に行われています。</p> <p>■感染症対応マニュアルの定期的な見直しは、最新の情報を取得する機会でもあるので、看護師を中心に、職員全員で読み合わせをすることが望まれます。</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行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■災害時の利用者の安全確保体制は整備できています。行政のハザードマップに基づいて、緊急避難用マップを作成中です。 ■二次避難所の指定を受けており、3日分の食料が備蓄されています。 ■利用者・職員の安否確認の割り振りはできていますが、具体的な方法は決められていません。また、防災計画に基づいた各種団体等との訓練は未実施です。BCPの策定を含め、災害に対する万全の準備を進めることが求められます。 ■施設全体の安全点検（棚や備品の固定、落下物の危険性等）を定期的に行い、利用者に二次被害が及ばないように、早急な検討・対応が望まれます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■業務マニュアルを策定し、標準的な実施方法がルール化され、利用者の尊重や権利擁護に関わる基本姿勢も明文化されています。職員には終礼やモニタリングの機会やOJTにおいても、標準的な実施方法の確認と周知徹底されています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■見直しは、日々の支援の振り返りの際やケース会議、6か月ごと(4月・10月)に実施するモニタリングの中でも行われています。 ■業務マニュアルの見直しは定期的に、また随時行われていますが、あらかじめ内容の精査方法や手順を明確にしておくことが望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■多職種によるアセスメントが行われ、利用者や家族の意向を尊重しながら個別支援計画を作成しています。 ■嘱託医や看護師・栄養士等の、専門職からの意見も聞ける体制を整えています。必要に応じて、支援懇談会やケース会議を開催しています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■担当者が利用者・家族からの聞き取りやび関係機関からの情報を収集し、定期的なモニタリング（評価・検討会議）を実施しています。見直しの内容は、PCや各種会議で共有されます。 ■今後、計画作成の作業手順、評価・見直しの方法や周知まで、現に行われている一連の流れをマニュアル化しておくことが望まれます。 	
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"> ■利用者個々のケースファイルで利用者情報を集約し、個別支援計画に基づいた日々の記録が行われています。業務マニュアルに記録の方法が示されていますが、個々の職員によって記述のあり方に差異が見られます。今後、「記録要領」などによる標準化と研修によってスキルアップを図っていくことが望まれます。 ■PCの記録システムでの共有を図り、二段階認証で情報の漏洩を防止しています。また、事業所別会議や班ミーティング等においても情報共有ができています。 	

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。	b
(コメント)	■個人情報保護規程や文書管理規定において、記録に関する規程が定められています。適正な記録の管理については、マニュアルを使用して研修が行われています。 ■記録管理の保管・保存・廃棄・情報提供の規程等に関しては、法制や時勢の変化に順応することが重要です。定期的に見直しの機会を持ち、適切な記録管理体制を保持しておくことが望まれます。

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)	<p>■「ともに学び、ともに働き、ともに生きる」を基本理念とし、職員と利用者は“一緒に仕事をする仲間”という意識を持って、対等な立場で個人個人の意思決定を尊重した支援を行なっています。</p> <p>■個別支援計画に基づき、その日の体調や気分配慮して所属作業班にこだわらず、自己選択を大切に支援しています。集団行動が難しい利用者には時間をかけ、ゆっくりと利用者に寄り添い、本人の意思を確認しながら進めています。</p>	
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)	<p>■虐待防止委員会を設置し、権利侵害の防止に取り組んでいます。「業務振り返りシート」を活用して、日々の支援の振り返りを定期的に行なっています。また、利用者にも虐待防止のパンフレットを配布し、周知を図っています。</p> <p>■事業所別会議の中で、権利侵害防止等について検討する機会を持っています。また、権利侵害（またはそれに近い）行為が発生した場合には、発生原因の究明とその防止策を検討し、再発の防止に注力しています。</p>	

		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)	<p>■利用者の自立のために、自分でできる事は無理のない範囲で、自分でできるように、見守り支援を基本としています。職員は個別支援計画に基づき、利用者が行うことを先取りせず、待つ姿勢を持つようにしています。</p> <p>■一人ひとりの利用者の「自身ではできない事」を明確にして、その事には他者の力を借りながら、一方で、苦手なことにも挑戦するという動機付けも行なっています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■意思表示が困難な利用者には、ジェスチャーや写真等を使用し、思いや希望を汲み取っています。利用者の連絡ノートの記入の仕方を個別に工夫し、利用者自身も記録ができるような方法（なぞったり、点と点を結ぶなど）を取り入れています。</p> <p>■利用者の意思を把握するため、家族や成年後見人からの聞き取りを行なっています。今後、多様な利用者により良くコミュニケーションをとるための知識と技術を学ぶ専門的研修への積極的参加や、スーパーバイザー・学識経験者からのアドバイスを定期的に持つていくことが望まれます。</p>	

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)	<p>■利用者からの相談は、施設長や職員がその都度丁寧に対応しています。相談時には、まずは利用者の意思を受容し、より良い関係性を築くことを大切にしています。</p> <p>■相談内容は終礼やケース検討で共有し、必要に応じて計画相談員にも介入を求めます。心身の状態変化がある場合には、個別支援計画の変更を検討します。</p> <p>■職員は、利用者を「地域生活者」の一人と受けとめて接し、安定した社会生活につながる支援を常に意識しています。</p>	
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)	<p>■個別支援計画に基づき、利用者の希望に応じた活動や作業が提供されています。作業の所属班は決められていますが、その日の利用者の状況や希望に合わせて、班を超えた別な作業にも取り組めるよう配慮しています。</p> <p>■新しい活動や行事は「みんなの会」で話し合い、利用者が主体となって進めていけるよう、側面的な支援を行なっています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■より特別な配慮を必要とする利用者については、できる限り多くの情報を収集し、詳細なアセスメントを基に作成された個別支援計画に沿って支援を行なっています。利用者の日々の情報は終礼で共有し、職員間で支援方法を検討しています。</p> <p>■種々の研修や検討会議を実施し、利用者の個別性に配慮した支援を実施していますが、より良質な支援提供のためには、専門研修の受講や高度な知識の習得を積極的に進めることが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■日中活動場所での生活を通して、利用者の持てる力が発揮できるように、個別支援計画に基づいた支援を行なっています。</p> <p>■「みんなの会」や利用者参加の給食会議(ランチ会議)を定期的開催し、利用者の嗜好を反映させたメニューを提供しています。また、利用者の状況に応じた、低カロリー食やアレルギー食に対応し、家族向けの試食会の開催や栄養相談にも応じています。</p> <p>■利用者の心身の状況に合わせた排泄や移動・移乗等が行われていますが、行為・行動ごとの支援方法や手順が定められていません。標準化した文書の作成と周知が望まれます。</p>	
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。	c
(コメント)	<p>■利用者ができるだけ安全・安心に過ごせるスペースを確保するため、混雑を防ぐ配慮や気分転換のため戸外への散歩を行なうなど、可能な範囲で工夫されています。</p> <p>■利用者満足度調査でも要望として上がっている生活環境の快適性向上が急務です。定期的な環境チェックの実施とともに、ハード面での簡易な整備や施設全体の整理整頓を組織ぐるみで取り組んでいくことが強く求められます。</p>	
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)	<p>■利用者が主体的に取り組めるように、無理をせず、声掛けや見守りを基本としていますが、個別支援計画内に訓練の要素の内容を設定し、作業活動内での機能訓練や生活訓練が実践されています。</p> <p>■セラピストの配置はありませんが、看護師と訓練内容等について相談や協議を行ったうえで個別支援計画に位置づけ、定期的な評価や見直しが行われています。今後、PTやOTなど外部の専門職活用についての検討を期待します。</p>	

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)	<p>■利用者の健康管理は、年2回の健康診断や年1回の歯科健診、関係機関からの申し送り及び情報提供などによって行われています。また、毎月の体重測定・定期的なバイタルチェックを看護師と職員が協力して行い、情報共有されています。</p> <p>■体調不良時の対応方法については、現場での一定の共有はできていますが、今後、マニュアル等での標準化による周知徹底が望まれます。</p>
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。 b
(コメント)	<p>■服薬管理やアレルギー対応は、役割や管理方法が決められ適切に行われています。また、看護師が不在時には法人内他事業所の看護師と連携し対応する体制が整っています。</p> <p>■医療的ケアを実施するにあたっては、個別支援計画内に位置づけたケアについての個別の対応ルールや手順を決め、明文化しておくことが求められます。</p>
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)	<p>■利用者の希望や意向を把握し、社会参加に向けて工場見学などを実施しています。また、絵画・工芸展への応募や出品等の生きがい支援にも積極的に取り組んでいます。</p> <p>■余暇時間を利用して、利用者の希望する調理実習や学習ができるように、一人ひとりに合わせたプログラムを用意し実施しています。</p> <p>■利用者の得意とする分野や可能性を作品にし、オリジナル商品として販売もしています。</p>
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)	<p>■利用者の希望する生活に向けて、グループホーム等の空き情報の提供や体験のための調整を行なっています。グループホームの体験や短期入所利用では、利用者が不安なく進められるように、タイミングを図りながら丁寧に運んでいます。法人内の体験や利用については、特別な配慮事項等の情報がスムーズに共有でき、連携体制が整っています。</p>
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。 b
(コメント)	<p>■家族とは、日々の連絡帳を基本に、必要な場合にはその都度、家族に電話で報告しています。また、「花の会」活動（利用者・家族・職員による定例会）や家族会に協力し、家族等との信頼関係を深めています。</p> <p>■利用者が急変した時の連絡方法等に関するルール化ができていません。緊急連絡先や救急搬送先情報等の整理及び緊急時マニュアルの作成が求められます。</p>

		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)	生活介護事業所であり、発達支援は、評価対象外となります。	

		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。	—
(コメント)	生活介護事業所であり、就労支援は、評価対象外となります。	
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。	—
(コメント)	生活介護事業所であり、就労支援は、評価対象外となります。	
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。	—
(コメント)	生活介護事業所であり、就労支援は、評価対象外となります。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	
調査対象者数	人
調査方法	

利用者への聞き取り等の結果（概要）

--

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