

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。		
1	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念は法人のHPやパンフレットに掲載されており、職員会議や利用者との面談などの機会を作って伝えられています。 ■基本方針は重要事項説明書、運営規程に記載され、利用者、その家族、職員にわかりやすく説明されています。 	

		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。		
2	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所説明会以外の機会でも市役所に直接出向いて福祉行政に関する情報を収集するなど、行政との連携に努め地域福祉の動向と内容を把握、分析しています。 ■労務管理や社会福祉などで法改正があった場合には研修を受講するなどして事業経営に関する情報把握と分析を行っています。 	
3	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所独自の経営状況や改善点については明確になっており、経営課題は理事や監事に共有化が図られています。 ■社員総会、理事会議事録や事業報告書は職員にも公開されており、経営課題の周知が職員に対しても図られています。 	

		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。		
4	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■10年後、50年後のスパンで事業をどのように展開していきたいのか、という事業計画があります。 ■上記のスパンでの事業計画に基づく中長期計画があります。 ■中長期的な計画に基づく収支計画は、明確化されたものではありません。 	
5	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■収支計画は前年実績との対比により策定されています。 ■事業計画は経営課題を踏まえた中長期計画をもとに、単年度で具体的、実行可能なものとなっています。 	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		

6	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画を策定するにあたり、職員会議等で職員の意見を聞いて職員の参画を確保できています。 ■事業計画の作成後は、職員会議で職員への周知が行われており、職員からの質問にも対応するようにしています。 	

7	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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画、収支はHPに公開され理解を促しています。 ■定期的に行われる家族会に職員が同席し、理事会、社員総会において承認された事業計画、事業報告の説明が行なわれ、周知が図られています。 	

			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。			
8	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス向上を目指した職員会議や面談、三者会議（理事長、主任、リーダー）をして事業所の全員が共通の認識を持ち、福祉サービス向上への取組を行っています。 ■とくに、サービスの向上につながる相談や提案があった場合は随時三者会議を行って早期の改善を行うようにしています。 ■第三者評価を令和元年度から大阪府基準のものを受審を始めています。これから、第三者評価の評価基準、着眼点を参考にしたサービスの質の向上に向けた取組が望まれます。 	
9	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス向上のために職員会議、職員との個別面談、三者会議を行い、改善案を策定し実行はされています。 	

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。			
10	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促している。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者の役割について、重要事項説明書、運営規程での説明があります。 ■管理者の職務分掌を定めていて、職員に対して会議や研修において役割を表明しています。 ■災害時における役割、分担が明確になっています。 	
11	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は遵守すべき各法令を理解しています。 ■管理者は、遵守すべき法令についての研修に参加し、職員へのフィードバックを行っています。 	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■担当者会議、職員会議、家族会を定期的に行い、職員や利用者との個別面談を行うことによりサービスの質の向上に取り組んでいます。 ■利用者、家族、職員からの言葉を大切に、事業所運営やサービスの向上に繋ぐようにしています。 	
13	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) ■職員の処遇改善や環境整備など、職場環境改善に対して意欲的に取り組んでいます。

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。

14	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■人材の定着のため採用当初は教育係をつけてOJTで教育を行うようにしています。 ■資格取得、スキルアップを旨として本人の希望をきくようにしています。 ■現在は人員計画通りの体制を組めているが、将来を見据えた人材育成、人員採用を行っています。 	
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の個別面談は1名につき必ず年2回（春・秋）行われています。 ■期待する人物像については、キャリアパスを定め、明確に職位、職責、職務内容が定められています。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の就業状況は個別に把握できるように努めています。 ■有給休暇の取得にも努め、取得率100%を達成できており、育児時短制度の利用もあります。 ■時間外勤務は、業務の効率化に努めることにより抑えられています。 ■賃金については、手当の出し方など、職員の意向を聞き、不公平な状況から改善ができています。 	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念に基づく職員1人1人の目標設定が文書化できていませんが、職員1人1人に対する面談が行われています。 ■全員が最低年1回以上の研修を受講する研修計画を立てており、実行されています。 	
18	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念、基本方針に基づく教育、研修体系を作っていくことが必要ですが、外部研修、施設内研修を含め、年間の研修計画は策定されており、実施されています。 	
19	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員一人一人について、教育・研修の機会が確保され、適切に教育、研修が実施されています。 ■福祉に係る研修はシフト調整して勤務内で受講でき、給料を支払い、研修費用（受講料、交通費）は事業所負担しています。 	

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。

20	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。	c
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■実習生受け入れは行っていません。 	

		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。		
21	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■HP等の活用により理念、基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されています。 ■利用者や職員だけではなく、利用者の保護者・家族に対しても定期的な家族会の開催を通じて情報を公開できています。 	
22	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■経理、決算書類について、作成したら外部の経理の専門家に確認してもらい、監事による監査を毎年受けています。 	

		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。		
23	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が午前中に散歩で地域を歩いたり、前の道を掃除したりする活動を通じて地域とつながりを持てるように支援を行っています。 ■利用者の個別的状況に応じて、普段の生活やイベントを通じ、地域と交流を持てる機会を確保しています。 	
24	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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ボランティアの受け入れに関する基本姿勢は明確ではないものの、長年継続して受け入れを行えています。 ■事業所を卒業された利用者の家族で作るボランティアグループは毎月1回、授産所の作業で出た糸を利用して座布団を作成し、販売したお金を寄付するなどの活動を継続してくれています。 ■地域の高校で福祉についての講義を行い、学校教育への協力も行いました。 	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所内に利用者、職員が閲覧できる地域の連携機関のリストがあります。 ■堺市西区の障がい福祉事業所の連絡会に参加したり、他の授産所などと地域のバザーやイベントに出品するなど、関係機関、団体との定期的な交流を行っており、連携ができています。 	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設のイベントに地元の住民を招待し、交流を図っています。 ■災害時の地域における役割についての確認に努めています。 	
27	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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■支援につながっていない障がい者に対し継続的に訪問をするなど、できる支援を行うよう、努めています。 ■地域の会館に人形劇の公演を招致し、公益活動に貢献しました。 	

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。		
28	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) ■本事業所は親、支援学校、行政、後援会が中心となって設立された経緯があり、利用者本位の福祉サービスを行い、「人権の尊重と自己決定の支援」を行うことを目的としています。 ■その考え方を歴代理事長、理事、職員が引継ぎ、職員会議やケース会議等での周知を行えています。	
29	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。	a
	(コメント) ■プライバシー保護のマニュアルがあり、研修や職員会議を定期的に行い、職員の理解が図られています。	
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。		
30	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) ■重要事項説明書で丁寧に説明して情報の提供を行っています。 ■HPやパンフレット、事業所の概要説明ファイルにより事業所の特性をわかりやすく説明ができています。	
31	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) ■サービスの開始、変更にあたっては重要事項説明書を作成、変更して利用者、その家族に説明を行い、サインや押印により同意を得ています。重要事項説明書はフリガナを加えたり、文字を大きくするなどして、利用者に対してわかりやすい様式の使用に努めています。	
32	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) ■他事業所へやむを得ず引き継ぐ場合、担当者や管理者から障がい者本人への面会や電話による聞き取りを行い、スムーズに次の事業所でのサービスが受けられるような支援を行うようにしています。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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) ■定期的に利用者が自分の意見を言える「勉強会」を行っています。また、定期的に5~6名の利用者に対して面談を行い、利用者満足につながる意見を聞ける仕組みを整備し、運用に努めています。	
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。		
34	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) ■苦情解決マニュアルを策定し、苦情、意見に対応する体制ができています。 ■苦情の公表は、事例に応じて行うようにしています。 ■事例があった場合は職員会議があれば報告し、なければホワイトボードに記載して周知ができています。 ■第三者委員会は組織されてはいませんが、第三者的な立場で事業所の運営を確認する後援会が存在しています。	
35	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談室が完備されており、個別に相談ができる環境となっています。 ■職員を基準よりも手厚く配置して利用者の話を1：1で傾聴しやすい環境として、傾聴に努めています。 ■「忙しそうだから何を言ってもきいてもらえない」と利用者にも思わせることがないように職員配置と職員教育を行っています。 	
36	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■当日出勤している職員の写真が掲示されていて、利用者が相談しやすい環境ができています。 ■利用者からの相談、意見はその場でできるだけすぐに聞くようにし、「後で」とは言わないようにしています。 ■相談の内容は職員会議（欠席者にはホワイトボードでの周知）で共有され、迅速に対応しています。 	

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。		
37	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。 (コメント) ■事故発生時や緊急時のマニュアルがあり、職員に周知しています。 ■職員には、定期的に事故防止の研修が行われています。 ■ヒヤリハット事例の収集、対応策の検討も行われています。
38	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。 (コメント) ■感染症防止マニュアルがあり職員に周知されており、嘔吐対応キットも完備されています。 ■感染症の防止や利用者の健康づくりに関する研修を提携している看護師が定期的に行っており、職員、利用者ともに感染症予防や発生時の安全確保についての意識の向上に努めています。
39	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やっている。 (コメント) ■避難訓練を年2回行っています。春は消防、秋は地震の訓練としています。 ■消防訓練では実際に地元の消防署に来てもらって研修もしていただき、地震の訓練は周辺施設と合同で分担を決めて行っています。 ■食料や備品についても、周辺施設との連携をして、利用者に不自由をさせないような体制を整えています。 ■災害時利用者を帰宅させずに事業所内で過ごす場合の訓練を利用者に対して行っています。 ■災害時の親との連携をとれる連絡網も職員に周知されています。

		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。		
40	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。 (コメント) ■運営規程、重要事項説明書に標準的なサービスの実施方法が明記され、利用者に説明され、それに基づいてサービスが行われていますが、より多くの実施方法についての文書化が望まれています。
41	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。 (コメント) ■各種マニュアルの見直しの記録はありませんが、月2回の職員会議、三者会議での検証、見直しが行われています。
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。		
42	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。 (コメント) ■サービス管理責任者が利用者宅を訪問し、アセスメントを行っています。 ■アセスメントに基づく個別支援計画原案をサビ管が作成し、サービス担当者会議で意見を求めています。意見を求め、修正があれば修正し、確定した個別支援計画は文書により利用者に説明が行われています。 ■以上の手続きを守り、個別支援計画の適切な策定に努めています。
43	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。 (コメント) ■6か月に1回以上のモニタリングを行い、個別支援計画の見直しを行っています。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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。

	<p>(コメント) ■サービス提供記録は提供日、内容その他必要事項を記入しやすい様式にして、職員により差が出たり、記録の記載に無駄に長時間かからないような体制づくりに努めています。</p>	
45	<p>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。</p>	a
	<p>(コメント) ■記録はファイリングし、5年間鍵付き書庫に保管しています。 ■個人情報保護について定期的に研修が行われており個人情報の利用同意書を利用者本人と家族からもらっています。</p>	