

(別添2)

### 事業評価の結果(評価対象)

福祉サービス種別： 社会事業授産施設

第三者評価の判断基準

事業所名(施設名) 長野授産所

- a・・・着眼点を全て実施している状態
  - b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
  - c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態  
実施している状態

| 評価対象         | 評価分類              | 評価項目                  | 評価細目                                     | 評価 | 着眼点  | 講評<br>(評価細目ごと)  |
|--------------|-------------------|-----------------------|--|----|--|---|
| 適切な福祉サービスの実施 | 1<br>利用者本位の福祉サービス | (1)利用者を尊重する姿勢を明示している。 | 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。 | a) | <p>155 施設が掲げている理念や基本方針には、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示されている。</p> <p>156 サービス提供に関する基本姿勢が、利用者を尊重したものとなっており、個々のサービスの実施方法等に反映されている。</p> <p>157 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を年1回以上実施している。</p> <p>158 利用者の身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。</p>                 | 施設の倫理綱領や行動規範に利用者の尊厳を守ることを記載し、虐待防止マニュアルを整備している。<br>虐待や人権に関する施設外の研修に積極的に参加すると共に、施設内でも研修や会議での確認を行っている。 |
|              |                   |                       | 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。        | a) | <p>159 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備がされている。</p> <p>160 利用者のプライバシーを保護するため、施設・設備面での工夫や改善に取り組んでいる。</p> <p>161 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</p> <p>162 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。</p> | 法人の「個人情報に対する基本方針」に則り、適切に個人情報が守られている。  |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                                   | 評価細目                                  | 評価 | 着眼点  | 講評<br>(評価細目ごと)  |
|------|------|--|---------------------------------------|----|--|---|
|      | 1    | (2)利用者満足<br>の向上に努めて<br>いる。             | 利用者満足<br>の向上を意図した<br>仕組みを整備し<br>ている。  | b) | <p>163 利用者が施設を利用する際の満足（職員の対応、施設の状況等）の向上を目指す姿勢を明示した文書がある。</p> <p>164 利用者が施設を利用する際の満足度に関するアンケート調査等を年1回以上行っている。</p> <p>165 利用者が施設を利用する際の満足度を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を行っている。</p>   | 利用者満足度調査は行われていないが、個別支援計画書作成の際に利用者の満足度や意向を聞き取り、施設運営に反映されている。 |
|      |      |  | 利用者満足<br>の向上に向けた取<br>り組みを行って<br>いる。   | c) | <p>166 利用者が施設を利用する際の満足度に関する調査の担当者（担当部署）を定めている。</p> <p>167 調査結果を検討するために、利用者参画のもとで検討会議等を行っている。</p> <p>168 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。</p>   | 担当部署はないが、利用者の満足を得られるための取り組みは、日常的に行われている。                    |
|      |      | (3)利用者が意<br>見等を述べやす<br>い体制を確保し<br>ている。 | 利用者が相談<br>や意見を述べや<br>すい環境を整備<br>している。 | a) | <p>169 利用者からの意見・要望等を受け付ける相談窓口を設置している。</p> <p>170 利用者からの意見・要望等に対する担当者及び責任者を定めている。</p> <p>171 利用者に相談方法や相談相手がわかるよう、説明した文書を作成している。</p> <p>172 利用者に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。</p> <p>173 相談や意見を述べやすいよう、相談室を設ける等、部屋の配置に配慮している。</p> | 施設長が日頃から利用者の輪の中に入り、積極的に利用者の思いを引き出している。                      |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目                       | 評価 | 着眼点  | 講評<br>(評価細目ごと)   |
|------|------|------|----------------------------|----|--|--|
|      | 1    | (3)  | 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | a) | <p>174 苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)を整備している。</p> <p>175 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。</p> <p>176 苦情に基づいて改善を求められた事項については、申立て人に説明することが義務づけられている。</p> <p>177 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p> <p>178 苦情が施設単独で解決困難な場合、外部の相談機関等に協力を求めている。</p> | <p>主任支援員が中心となり、苦情解決マニュアルに則り、苦情の受付を行っている。記録に残されている苦情の数が少ない。今後は、より多くの苦情や意見を受け付け、一層の改善に努めることを期待したい。</p> |
|      |      |      | 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。    | a) | <p>179 利用者からの意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。</p> <p>180 整備されたマニュアルに沿って、記録や報告等が実施されている。</p> <p>181 意見や提案のあった利用者には、状況を速やかに報告している。</p> <p>182 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>183 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>  | <p>利用者からの意見や提案に対しては、職員会議の他、日常的に職員間での話し合いが頻繁に行われており、速やかな対応が出来ている。</p>                                 |

| 評価対象 | 評価分類                        | 評価項目                                  | 評価細目                            | 評価   | 着眼点   | 講評<br>(評価細目ごと)  |
|------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|---|---|
|      | 2<br>サービスの質の確保              | (1)質の向上に向けた取り組みを組織的にしている。             | サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。   | a)   | <p>184 施設自らサービス内容の評価基準を定め、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。</p> <p>185 自己評価・第三者評価等に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>186 評価結果を分析・検討する場（職員検討会議等）が、組織として定められ実行されている。</p> | 法人の自己評価基準に則り、毎年自己評価を行うと共に、今回、第三者評価の受審が行われた。                               |
|      |                             |                                       | 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。 | a)   | <p>187 職員の参画により評価結果の分析・検討を行っている。</p> <p>188 分析した評価結果やそれに基づく課題をとりまとめ、文書化している。</p> <p>189 とりまとめた評価課題を各職員が共有し、理解している。</p>  | 評価結果は、職員会議等で検討されている。  |
|      |                             |                                       | 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。        | a)   | <p>190 評価結果から明確になった課題について、職員が一緒になって改善策や改善計画を策定する仕組みがある。</p> <p>191 職員による改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。</p> <p>192 必要に応じて改善策や改善計画の見直しを行っている。</p>                           | 施設内で解決できる課題は速やかに解決し、長期的な改善が必要な建物の老朽化対策等は、法人本部で検討し、長期計画に記載されているが改善に至っていない。 |
|      | (2)個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。 | a)                              | <p>193 基本的な仕事の進め方を文書にまとめ、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底している。</p> <p>194 基本的な仕事の進め方についてまとめた文書には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。</p> <p>195 基本的な仕事の進め方についてまとめた文書に基づいてサービスが実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</p> | 利用者の作業手順については、委託業者からの細かい指示書に従い、支援されている。基本的な支援の実施方法は、各種マニュアルの他、施設で定めた「支援の基本」の4原則に則り、支援されている。   |   |
|      |                             | 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)                              | <p>196 基本的な仕事の進め方についてまとめた文書は、見直しの時期やその方法が定められている。</p> <p>197 基本的な仕事の進め方についてまとめた文書の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。</p>   | 施設を取り巻く環境、利用者ニーズの変化に対応すべく、頻繁な意見交換でスピーディーに対応できている。施設内で判断の難しい事柄については、法人本部での客観的な判断が得られる体制が確立している。  |   |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目                    | 評価細目                           | 評価 | 着眼点   | 講評<br>(評価細目ごと)   |
|------|------|-------------------------|--------------------------------|----|---|--|
|      | 2    | (3)サービス実施の記録を適切に行っている。  | 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。   | a) | <p>198 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。</p> <p>199 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</p> <p>200 記録する職員により記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。</p>                                      | <p>パソコン上で支援ソフトを使い、記録が整備されている。</p> <p>個別支援計画に対する記録はあるが、それ以外の記録を含めて、幅広い角度からの観察と記録を期待したい。</p>   |
|      |      |                         | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。         | a) | <p>201 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>202 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。</p> <p>203 利用者から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。</p> <p>204 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p>      | <p>法人の管理規定に則り、適切に管理されている。</p>  |
|      |      |                         | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。     | a) | <p>205 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>206 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>207 パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。</p> | <p>支援ソフトによる電子化がされており、適切に情報の共有が行われている。毎月の職員会議で課題の検討が行われている。</p>   |
|      |      | (4)利用者の自立支援の取組みが行われている。 | 利用者への自立に向けた更生計画に基づいた取組みがされている。 | a) | <p>208 一人ひとりに合った実施計画と実施方法を決定するため、組織的な検討がされている。</p> <p>209 一人ひとりの利用者の作業能力評価を適切に行っている。</p> <p>210 作業設備又は作業分担は、利用者の身体的状況等を勘案して作成したものとなっている。</p>                                  | <p>本来、一般就労を目的とした施設ではないが、施設内での授産活動に留まることなく、能力に応じた一般就労も果たし、自立に向けた積極的な取り組みを行っている。</p> <p>日々の作業状況を適切に評価し、作業能力や作業量に応じた工賃の支給が行われている。</p> <p>長時間の作業が困難な利用者に対しては、生活習慣の確立を目標にするなど、スモールステップからの支援も行われている。</p> |

| 評価対象 | 評価分類            | 評価項目                   | 評価細目                          | 評価 | 着眼点   | 講評<br>(評価細目ごと)  |
|------|-----------------|------------------------|-------------------------------|----|---|---|
|      | 2               | (5)働く場としての整備が行われている。   | 利用者に配慮した整備がされている。             | b) | <p>211 障害の程度、特性に合わせた作業内容を準備している。</p> <p>212 働きやすい作業環境を作るため、具体的な工夫、改善がされている。</p> <p>213 バリアフリーの対応をしている。</p> <p>214 休憩、交流スペースが整備されている。</p> <p>215 就業の規則等が整備されている。</p> <p>216 労働災害の発生防止に配慮した整備がされている。</p>  | 利用者の作業能力に応じた作業が働きやすい環境の中で提供されている。<br>施設の老朽化のため、身体機能の低下した利用者に対する配慮が今後の課題として事業計画には盛り込まれている。         |
|      | 3<br>サービスの開始・継続 | (1)サービス提供の開始を適切に行っている。 | 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。 | b) | <p>217 インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。</p> <p>218 事業所を紹介するビデオを作成している。</p> <p>219 施設の理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。</p> <p>220 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。</p> <p>221 施設の見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p> | サービス内容や授産作業の内容は、施設の性質上、公共施設などには配置されていないが、ホームページには記載されている。また、利用が見込まれる人に対しては、市の担当部署より詳細な情報が提供されている。 |
|      |                 |                        | サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。   | a) | <p>222 利用者や家族等に対し、サービス開始前に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、説明している。</p> <p>223 サービス開始時には、サービス内容や料金等について、利用者や家族等が同意した旨の文書を作成してもらっている。</p> <p>224 利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。</p> <p>225 重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者や家族等にもわかりやすいように工夫している。</p>          | 利用開始にあたっては、重要事項説明書に則り、説明を行い、利用契約を行っている。   |

| 評価対象 | 評価分類             | 評価項目                       | 評価細目                                      | 評価 | 着眼点   | 講評<br>(評価細目ごと)   |
|------|------------------|----------------------------|---|----|---|--|
|      | 3                | (2)サービスの継続性に配慮した対応を行っている。  | 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | c) | <p>226 利用者が、他の施設や地域・家庭へ移行するにあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>227 サービスを終了した利用者やその家族等が、利用後も相談できる窓口や担当者を施設に設置している。</p>  | 施設の特性上、一般就労や他の事業所への変更は想定していないが、行政機関や法人内の施設と連携し、適切な支援が行われている。   |
|      | 4<br>サービス実施計画の策定 | (1)利用者のアセスメントを行っている。       | 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。                  | a) | <p>228 利用者の身体状況や、生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</p> <p>229 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適応できるよう支援している。</p>  | 決められた様式により、適切にアセスメントが行われ、情報の整理がされている。  |
|      |                  |                            | 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。                | b) | <p>230 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続が決められている。</p> <p>231 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。</p>   | アセスメントで得られた情報やニーズに対して、職員会議等で検討されているが、課題の背景や原因に迫る検討記録が少ない。個別支援計画作成までの過程についても、検討の記録を整理することが望まれる。                                       |
|      |                  | (2)利用者に対するサービス実施計画を策定している。 | サービス実施計画を適切に策定している。                       | a) | <p>232 利用者のサービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>233 サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</p> <p>234 サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。</p> | 個別支援計画が策定されているが、アセスメントに対する支援目標の設定を行い、授産作業を通して得られる社会性など、一人ひとりの具体的なニーズに添った支援目標の追加を期待したい。<br>日頃の授産作業の様子が適切に記録され、定期的な個別支援計画の達成度が記録されている。 |
|      |                  |                            | 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。                | a) | <p>235 サービス実施計画の見直しについて、見直し時期、検討会議開催、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、定めて実施している。</p> <p>236 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知している。</p>  | 個別支援計画の達成度は毎月評価され、加えて6ヶ月毎にモニタリングされている。   |