

(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) 松代福祉企業センター

- 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 (評価細目ごと)			
適切な福祉サービスの実施	1 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)	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。	法人の基本理念に則り、県や法人で行っている人権研修に積極的に参加すると共に、法人で行っているアンケートにより、施設の人権意識の把握に努めている。 法人の基本理念には、利用者の人権を尊重する一文が載せられているが、施設の運営規程や事業計画には、人権に関する記述が少ない。利用者の経済的な活動に重きを置かれがちな当施設において、より一層の人権意識の向上を目指すために、施設の行動規範の見直しを期待したい。		
					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であり、個々のサービスの実施方法等に反映されている。			
					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。			
					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。			
		(2)利用者満足の向上に努めている。	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。	b)	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。		法人の「個人情報に対する基本方針」に則り、適切に支援が行われている。しかし、設備面においては、利用者の更衣室の一部は、利用者全員の共用の休憩スペースと隣接しているなど、必ずしもプライバシーの保護に配慮した設備とは言えない。早急な改善が必要と思われる。	
					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。			
					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。			
					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。			
					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。			施設の運営規程に利用者ニーズに添った支援を掲げ、個別支援計画策定時のアセスメントにより、利用者ニーズの把握を行うと共に、利用者からの個人相談を日常的に受け付け、利用者の意向の把握に努めている。 利用者一律の満足度のアンケート調査は行われていない。利用者の満足度をより適確に把握するため、定期的な満足度調査の実施が必要と思われる。
					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。			
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。								

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	1	(2)	利用者満足の上に向けた取り組みを行っている。	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>	利用者の満足度調査が行われていない。満足度調査の早急な実施を期待したい。
		(3)利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b)	<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>	施設の家族的な雰囲気の中、職員のスペースも常に開放されており、利用者は職員に何時でも相談できる雰囲気が感じられた。また、必要に応じて、個室での相談が可能な環境も設備されている。しかし、相談方法の掲示物はなく、利用経験の短い利用者等にも配慮した分かりやすい相談方法の掲示が望まれる。
			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、説明するとともに、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>	苦情解決の体制を示した掲示物があり、施設長が責任者となり、対応している。苦情件数が少ないため、ここ数年は公表するまでには至っていないが、必要に応じて公表できる体制にはある。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	1	(3)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	<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>	利用者からの意見や苦情に対しては、適確且つ早急に解決され、支援方法の見直しが行われている。しかし、解決方法のマニュアルや記録はない。利用者からの意見や苦情は施設にとっては大切な財産であり、解決までの過程も貴重な経験となるため、適切なマニュアルに則り、経験や情報の蓄積が必要と思われる。
	2 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行っている。	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)	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。	今回、初めて第三者評価を受審し、施設長・主任を中心に改善に向けて取り組みを始めた。
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。						
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。						
			(1)質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。	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。	c)	187 職員の参画により評価結果の分析・検討を行っている。
	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。					
		課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c)	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。	今回の受審結果が、施設の事業計画に反映され、改善に向けた取り組みが計画的に進むことを期待したい。
					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。	
					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。	
					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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	2	(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。	b)	<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>	<p>生産活動を主に行っている施設のため、契約企業からの指示書があり、それに従って、利用者の仕事は進められている。また、それに従った支援が行われ、日々作業日報に記録されている。</p> <p>生産活動が主な指示書のため、利用者の尊厳に配慮した記述はない。行動障害など、課題の多い利用者にも配慮した作業の進め方等についての支援方法を明確にしておく必要があると思われる。</p>
			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>	<p>基本的な仕事の進め方は、契約企業からの発注状況や利用者の状況の変化に伴い、順次見直しがされている。特に、行動障害など課題の多い利用者に対する配慮は、施設長以下、職員全員の課題だと認識しており、支援方法の大きな改善の最中であり、今後の結果に期待したい。</p>
		(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>パソコンのネットワークを活用した支援ソフトを用いて記録が行われ、適切な記録に心がけている。</p> <p>生産活動を主に行う施設のため、利用者一人ひとりに配慮した記録は少ない。個々の記録の内容にも統一性に欠ける部分もある。今後、利用者の自立と施設全体の生産性の向上を目指す意味でも、利用者個々の記録の充実と、それに基づいた支援方法の改善を期待したい。</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>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	2	(3)	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>	パソコンのネットワークを活用した支援ソフトを用いて情報の共有化が図られており、毎月の職員会議の他、日常においても、共有する課題の検討が行われている。
		(4)利用者の自立支援の取組みが行われている。	利用者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>	利用者の日々の作業量や生産量によって、作業能力を公平に判断しており、利用者の能力を最大限に活かすための工夫がされている。 作業量や生産量の他の作業能力の評価基準がなく、企業との契約作業以外の作業能力の評価は充分とは言えない。利用者の一般就労を目指す際の目安となるような作業評価の記録が必要と思われる。
		(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>	生産性の向上と利用者の精神的な安定を求めて、作業内容や作業環境の改善を日々行っている。 就業規則は、分かり易く整理され、利用者に配布されている。労災事故については、施設賠償保険で対応できるようになっている。 施設のあらゆる箇所に老朽化が目立ち、バリアフリーの設備もない。特に利用者の休憩スペースやトイレなどの環境は老朽化が目立ち、利用者がくつろげる環境とは言えない。 早急な改善が必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)	
	3 サービスの開始・継続	(1)サービスの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)	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。	ホームページにおいて、施設の機能や作業風景等を、画像を交えて紹介している。また、利用が見込まれる利用者には、市の担当者や相談支援専門員から、詳細な情報が提供されている。施設のパンフレットはあるが、改善の余地があり、今後、施設をより多くの方に理解してもらうために、関係機関だけでなく、地域住民の目の届きやすい場所に置く必要があると思われる。
					218	事業所を紹介するビデオを作成している。	
					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。	
					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。	
					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。	
		(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。	a)	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。	利用開始にあたっては、重要事項説明書に沿って、説明を行い、利用契約を行っている。
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
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。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)	
	4 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)	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。	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が、充分とは言えない。利用者個々の障害特性などにより深くアプローチしたアセスメントの充実を期待したい。
					229	利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適應できるよう支援している。	
		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)	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。	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。	
				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。		
(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)	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。	個別支援計画が策定されているが、必ずしもアセスメントの結果に添った支援目標とはなっていない。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。 個別支援計画の更なる充実を図り、それに添った日頃の生産活動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分かり易く記載された記録の充実が必要と思われる。		
			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間で協議、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。			
			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。			
定期的サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		a)	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。	6ヶ月毎に個別支援計画のモニタリングが行われているが、個別支援計画を含めて、必ずしも充分とは言えない。個別支援計画と共に更なる改善を期待したい。		
			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。			