

(別添2)

事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別： 社会事業授産施設

事業所名（施設名）篠ノ井授産所

第三者評価の判断基準

- 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)	
Ⅲ 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。	①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。	○法人理念や施設の行動規範を記した資料を綴った「職員ハンドブック」を職員全員に配布し、始業時の引き継ぎや会議で確認を行っている。 ○施設の行動規範に利用者のプライバシーに対する心構えや規定を記載し、全員に配布している。また、年度初めなど、様々な機会に読み合わせを行い周知に努めている。
					■ 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。	
					■ 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)	■ 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。	
				■ 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。		

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)		
Ⅲ	1	(2)利用者満足の上 向上に努めている。	①利用者満足の上 向上を意図した 仕組みを整備し ている。	a)	■	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）の上 向上を目指す姿勢を明示した文書がある。	○昨年度から利用者アンケートを実施している。 また、利用者個々への聞き取りについては、年度 末の個別支援計画策定時に実施している。	
					■	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。		
			②利用者満足の上 向上に向けた取 り組みを行って いる。	a)	■	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。		○毎月行われている利用者自治会（以下月例会） では、利用者調査の結果のみならず、様々な意見 が利用者から述べられ、施設運営に活かされてい る。これらの結果で、日常業務の改善のみなら ず、職員の行動規範の見直しなど、幅広い場面で の改善が行われている。
					■	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 なっている。		
					■	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。		
	(3)利用者が意見 等を述べやすい体 制を確保してい る。	①利用者が相談 や意見を述べや すい環境を整備 している。	a)	■	169 利用者からの意見・要望を受け付ける相談窓口を設置している。	○毎月の月例会のみならず、日常的に利用者から の意見や要望を受け付ける環境が整っている。 ○施設内の複数の掲示板には、旅行のアンケート 結果など、様々な情報や要望が掲示されていた。		
				■	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。			
				■	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。			
				■	172 利用者へ、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。			
				■	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。			

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)	
Ⅲ	1	(3)	②苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b)	■	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。	○苦情受け付けのポスターはあるが、投書箱は設置されていない。受付担当者は施設長が就任しているが、女性の担当者がいない。同性にしか明かせない悩みも予想されるので、男女双方の苦情受付担当者が必要と思われる。（第三者委員は女性） ○一般的な苦情として受け付けた事例については、法人本部に報告されているが、広報誌など積極的に外部に公表する手段がないため、法人内の内部処理に留まっている。施設の広報と透明性の確保のために広報紙等の媒体を用意し、積極的な情報の発信が早急に求められる。 ○苦情解決の一般的なシステムはあるが、その事例は極めて少ない。月例会や日常的な会話からの苦情についても、職員が積極的に苦情として受け付け、利用者の立場に立った支援の姿を見つめ直す資料として頂きたい。
					■	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。	
					■	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。	
					□	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。	
					■	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。	
		(3)	③利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	■	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。	○法人の苦情解決システムに則り適切に記録されている。しかし、月例会や日常の会話の中で出された意見についても、積極的に苦情として取り上げ、施設の改善のための貴重な財産とする意識が必要と思われる。
					■	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。	
					■	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。	
					■	182 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	
					■	183 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	

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)		
Ⅲ	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。	①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。	○第三者評価の受審は今回が初めてだが、施設内で独自の評価基準を定め、職員アンケートを実施し、結果の評価分析を行い、改善に努めている。	
					■	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。		
			②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)	■	187 職員の参画により評価結果の分析・検討を行っている。		○自己評価（職員アンケート）の結果はグラフ化し、職員会議で分析・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。		
					■	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。		
		③課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b)	■	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。	○自己評価（職員アンケート）結果は、職員会議で分析が行われているが、実際の具体的な行動は充分ではないという職員の謙虚な姿勢がうかがわれた。今回の第三者評価での気づきに対しても、施設の貴重な財産として認識し、更なる改善の実行を期待したい。		
				□	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。			
		(2)個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	①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)	□	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。	○利用者のプライバシー保護の姿勢は、法人の規定の他に施設長の作成した「職員心得」に記載され、周知が行われている。 ○標準的なサービスの実施方法は、各生産過程の作業の進め方については明確になっているが、福祉サービスとしての標準的実施方法を記したマニュアルはない。福祉サービスを提供する施設の視点に立ち返り、日常の業務の見直しと、業務マニュアルの作成が早急に必要と思われる。	
					■	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。		
					□	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。		

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)				
Ⅲ	2	(2)	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。	c)	<input type="checkbox"/>	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。	○標準的なサービスの実施方法を記したマニュアルがないため、業務の見直しが場当たりので困難な状況にある。定期的な業務の見直しと、その過程が明確となるような仕組みの構築が望まれる。			
					<input type="checkbox"/>	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。				
				(3)サービス実施の記録を適切に行っている。	①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。	b)		<input checked="" type="checkbox"/>	198 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。	○一人ひとりの記録はあったが、記録の内容に差がある。少ない職員で多くの利用者の記録を整備することは容易なことではないと想像できるが、パソコンによる支援ソフトを活用した記録方法の改善が必要と思われる。
								<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
								<input type="checkbox"/>	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。	
					②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)		<input checked="" type="checkbox"/>	201 記録管理の責任者が設置されている。	
	<input checked="" type="checkbox"/>	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。								
	<input checked="" type="checkbox"/>	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。								
	<input checked="" type="checkbox"/>	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。								
	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	○日中の授産活動のみの当施設では、職員の勤務時間も一定のため、職員間の情報の共有が出来やすい環境にある。 ○各種会議の議事録の多くが電子化されていることが確認できなかった。また、それらが利用者一人ひとりの記録に反映されていることも確認できなかった。電子化、ネットワーク化による情報の共有について、今一度検討し、改善が必要と思われる。					
			<input checked="" type="checkbox"/>	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。						
			<input type="checkbox"/>	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。						

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)	
Ⅲ	2	(4) 利用者の自立支援の取組みが行われている。	① 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。	b)	■	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。	○利用者一人ひとりにあった作業の種目や量を決定する裏付けとなる作業能力の客観的な評価を確認することが出来なかった。利用者が重度化・高齢化する中、利用者の作業能力やその変化について、評価し、記録できる評価基準の設定が必要と思われる。
					□	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。	
■	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。						
		(5) 働く場としての整備が行われている。	① 利用者に配慮した整備がされている。	a)	■	211 障害の程度、特性に合わせた作業内容を準備している。	○利用者一人ひとりのニーズに合った作業の提供と、環境の整備が出来る限り工夫されている。また、それぞれの作業種目間での協力体制も出来ており、施設全体に一体感が感じられた。
					■	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。	
					■	213 バリアフリーの対応をしている。	
					■	214 休憩、交流スペースが整備されている。	
					■	215 就業の規則等が整備されている。	
					■	216 労働災害の発生防止に配慮した整備がされている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)	
Ⅲ	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。	①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。	○ホームページで施設の情報を公開し、来訪者にはスライドで施設の機能や活動を紹介している。また、利用希望者には、行政機関の担当部署や相談支援センターなどの関係機関から情報提供されている。しかし、広く一般の人や地域の方に施設を分かりやすく知らせるパンフレットや広報紙はない。様々な社会情勢の変化の中、新たな展開を求める当施設にとって、一般の市民に親しみやすいパンフレットや広報紙が必要と思われる。
					■	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)サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	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。	○重要事項の中で、特に必要なことを「篠ノ井授産所の利用について」という文書に分かりやすく記載している。このような文面を発展させ、より柔らい表現や視覚に訴える表現などを工夫し、更に多くの人が分かりやすい重要事項説明書の工夫を期待したい。	
				■	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。		○関係機関と連携をとり、利用者の社会参加や自立に向けて、利用者の全体像を理解した支援に努めたいという意欲が感じられた。
■	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。						
(2)サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	①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。	■	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。	○関係機関と連携をとり、利用者の社会参加や自立に向けて、利用者の全体像を理解した支援に努めたいという意欲が感じられた。		
			■	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)	
Ⅲ	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。	①定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	b)	■ 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。	○支援ソフトによるアセスメントシートでアセスメントが行われているが、設問や評価項目が少なく、利用者の全体像の把握に至っていない。アセスメントの過程の重要性を再度確認し、利用者の全体像やニーズの把握のための改善が求められる。	
				□ 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。			
			②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。		○アセスメントの過程や課題の抽出が充分でないため、十分な課題の分析が行われていない。利用者のちょっとした悩みやニーズの見落としが、大きな問題や利用者の人生を左右する危険性、また、可能性を逃すことにも繋がりがかねない。より丁寧なアセスメントと課題の分析が必要と思われる。
				□ 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。	①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。	○利用者一人ひとりの個別支援計画は、施設内での個別支援計画の手順により策定している。個別支援計画責任者は、サービス管理責任者が行い、利用者の意思決定支援の基本原則に沿い、利用者意向を計画に反映している。班ごとに関係職員の合議により個別支援計画書が策定されている。	
					■ 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。		
■ 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。							
②定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b)		□ 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。	○定められた手順で個別支援計画書の評価・見直しが行われ、月例の職員会議や日常の引継ぎ等で周知が行われている。しかし、社会事業授産においては、6か月毎の改訂が行われていないケースもあり、状況の変化によってはそれ以上の見直しが必要である。			
		■ 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。					