

し別 紙

福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称：株式会社 マスネットワーク	所在地：長野県松本市巾上 9-9
評価実施期間：平成 30 年 5 月 1 日～平成 30 年 8 月 3 日	
評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載） 060802 060872 050231	

2 福祉サービス事業者情報（平成 30 年 5 月 1 日現在）

事業所名：篠ノ井授産所 (施設名)	種別：社会事業授産施設
代表者氏名： 理事長 寺田 裕明 (管理者氏名) 所長 小出 和彦	定員（利用人数）：60(50) 名
設置主体：社会福祉法人 長野市社会事業協会 経営主体： 同上	開設（指定）年月日： 昭和 43 年 4 月 1 日
所在地：〒388-8003 長野市篠ノ井小森 583 番地	
電話番号：026-292-0198 FAX 番号：026-292-0158	
ホームページアドレス： http://nagano-shajikyo.or.jp/index.html	
職員数	常勤職員： 9 名 非常勤職員 0 名
専門職員	(専門職の名称) 主任兼サービス管理責任者 1 名
施設・設備 の概要	建物の状況 (設備等) 建築年月 昭和 57 年 3 月 敷地面積 4, 141. 31 m ² 建物面積 732. 63 m ² (鉄骨造亜鉛メッキ鋼板葺平屋建) 倉庫 66. 24 m ² (木造カラー鉄板葺平屋建) 事務室 1 休憩室 1 食堂兼会議室 1 男女更衣室 各1 男女トイレ 各1 障害者用 1 作業室 4

3 理念・基本方針

基本理念

長野市社会事業協会は、利用者の人としての尊厳を大切に、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいきと自立した日常生活が送れるよう、利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努めます。

基本的視点

- ・私たちは、利用者や家族の声を大切に、利用者とは対等な立場で信頼関係を築きます。
- ・私たちは、サービスの質の評価を行い、公正で良質かつ適切なサービスを提供するよう努め

ます。

- ・私たちは、地域やその他の関係機関と連携し、より充実したサービスが受けられるよう努めます。
- ・私たちは、サービス内容の情報提供行い、個人情報 を適正に取扱い、事業運営の透明性の確保に努めます。
- ・私たちは、専門性を高めるため、常に研鑽し、資質の向上に努めます。

平成 14 年 12 月 19 日

4 福祉サービス事業者の特徴的な取り組み

1 事業について。

社会福祉法及び障害者総合支援法に基づき、就労又は職業訓練の機会及び便宜を図り、様々な生活課題を抱える利用者が、自ら進んで社会・経済活動に参加できるよう自立に必要な支援を行っている。そして、利用者自身の障害の有無・程度に拘らず、作業種目、作業時間、作業量などについての利用者自身の意思決定を尊重しながら、2法混在型の利用者支援を行っている。

2 運営方針について。

- (1) 利用者の就労、日中活動の場として、明るく作業のしやすい環境づくりに努めている。
- (2) 様々な利用目的を持つ利用者に対し、多様な就労の形態での支援を通じ、一人ひとりが望む形での自立を支援している。
- (3) 利用者のニーズを反映させた個別支援計画を作成し、一般労働市場における雇用など利用目的が実現できるよう支援している。
- (4) 取引業者と信頼関係を深め、充実した作業の確保に努めている。
- (5) 職員の資質向上のための研修により専門性を高め、また、リスクマネジメント体制の確立を図るなど、利用者サービスの質の向上に努めている。
- (6) 法人内の障害者支援南部事業部事業所間及び3授産所間の連携とサービス機能の充実や事業の効率化を図っている。

3 事業内容について。

下記の作業を通じ、利用者自身の目的に沿って支援し、工賃アップに努めている。

食品箱(袋)詰	凍り豆腐の袋詰め、箱詰め・味だしスープ止め。 カップみそ汁用レトルト製品の折込み。 お土産用菓子、贈答用製品類の詰合せ。
紙器加工	お土産用菓子類の箱折り・その他各種箱折り、糊付け。
プラスチック加工	きのこ瓶のキャップ組立・パッキン入れ。
シール貼り	ハーブ製品のシール貼り。
封入作業	パンフレット、ティッシュ、通販用袋入れ。
衣類梱包	衣類の値札貼り、タグ付け、袋入れ。
施設外作業	野菜の収穫、片付け。

5 第三者評価の受審状況

受審回数 (前回の受審時期)	今回初受審
----------------	-------

6 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

◇特に良いと思う点

○施設長を中心とした改革の意欲

施設長は、管理者としてリーダーシップを発揮し、職場の意識改革に積極的に取り組んでいる。定期的な職員会議や利用者との月例会など、組織としての機能の充実を図ると共に、施設長自らが「職員心得」を作成し、基本理念及び行動規範、事業計画など職員一人ひとりの進むべき道を示している。

施設長の強いリーダーシップの下、職員一人ひとりが考えて行動できる施設を目指している。今後、職員相互の信頼・協力関係が強化され、更に充実した施設になることを期待したい。

○経営分析への取り組み

法人を中心に様々な角度からの経営分析と施設の課題の発見に努めている。当施設は、全職員の努力により、高い収益率に満足することなく、現状の課題の解決と、施設に求められる社会的な要望に対して、目を背けることなく真摯に向きあっている姿が感じられた。

社会事業授産という福祉の業界では余り目立たない事業でこのような結果をもたらすことは、決して経営陣だけの努力だけでなく、職員一人ひとりの努力と忍耐の結果と推測される。

今後の更なる発展のために、組織として高い評価を受けるだけでなく、職員一人ひとりがその報いを受けられ、そして、更なる努力、仕事のやりがいに繋がるよう職員の待遇が少しでも改善されることを期待したい。

○利用者への分かりやすい説明と理解への努力

当施設の利用に際しては、重要事項説明書や当施設のルールを記した「篠ノ井授産所の利用について」という文書を作成し、分かりやすい説明に心がけている。

また、利用者の「月例会」を毎月開催し、利用者の要望や問題の解決と相互理解に努めている。これらの結果は、施設内にルビや絵を交えるなど分かりやすい形で掲示され、周知が図られている。

施設からの一方的なサービスや就労の機会の提供に留まらず、利用者と共に施設を作り上げていく姿が感じられた。

◇特に改善する必要があると思う点

○個別支援計画及びサービス提供記録などの記録整備

当施設は、社会事業授産と就労継続B型の機能を併せ持つ施設でありながら、利用者の高齢化や重度化にも取り組んでいる。サービス管理責任者は、「利用者を就労だけでなくトータルで理解しなければならぬ」との強い責任感を感じている。

しかし、利用者を客観的に科学的に理解しなければならない「アセスメント」は、その評価項目が少なく、利用者の全体像や丁寧な課題や問題の抽出に至っていない。加えて、抽出結果を分析する「課題検討（二次アセスメント）」アセスメントの過程がないため、個別支援計画は、利用者をトータルで支援するものとなっていない。

また、日々のサービス提供記録（支援記録）は、導入された「支援ソフト」（福祉の森）に頼るが余り、記録の不備が見受けられ、電子ベース、紙ベース両方の記録が不十分で閲覧しづらいものとなっている。

利用者に関する計画や記録は、単に監査のために行うものではなく、利用者に対して安全かつ適切な支援を行うための基本的なツールである。加えて、昨今では、これらの情報を積極的に利用者やその家族に開示することを求められている。PDCA サイクルの基本に立ち返り、個別支援計画の策定から、支援の実施、記録に至る支援過程の見直しが早急に求められる。

○リスクマネジメントに裏付けされた支援とマニュアルの整備

当施設には、授産作業の手順を示したマニュアルは分かりやすく保存されていたが、福祉施設のサービスについてのマニュアルは見受けられなかった。「防災・防犯」対策にも力を入れ、マニユ

アルの整備を行い、それぞれの訓練や会議の記録の中にあるが、日常的に確認し、実行できるマニュアルとして整備されていない。日常の支援について、今一度見直しを行い、「直ぐに取り出して、何時でも使えるマニュアル」の整備が早急に必要である。

また、日常のヒヤリハット・事故事例の収集についても、授産作業の生産事故と福祉サービスの支援上の事故が同じファイルで保存されており、その数も極めて少ない。日常の福祉サービスの過程においてどのような危険が存在するか、積極的に事例を収集分析し、マニュアルや支援方法の改善を確実なものとするのが求められる。

苦情解決においても、日常的に上げられた苦情や要望をリスクマネジメントやマニュアルの修正のため、積極的に記録・収集・分析を行う必要がある。

当施設は、高い志の下、積極的な支援が行われている。これらの過程を常に記録分析することで、より一層高いレベルの支援に発展することが期待できる。

○職員間のチーム力の強化

当施設は、施設長の強いリーダーシップで本調査の時期において、様々な改革を行い、組織力の強化が進んでいる。一般に大きな改革においては、早い決断力と実行力が不可欠である。

今後、更なる改革を安定して進めていくためには、職員間で課題を解決していく力がチームの強化につながると思われる。そのため、リーダーである施設長がチームで話し合い、意見を出しやすい雰囲気を作り、それに真摯に耳を傾け、互いを認め合う関係性が重要と思われる。

また、これらの過程において、全ての職員が様々な危機に対して、決断と実行が出来る力強い組織人に育つことに期待したい。

7 事業評価の結果（詳細）と講評

事業評価の結果(評価対象Ⅰ及びⅡ)(別添1)

事業評価の結果(評価対象Ⅲ)(別添2)

8 利用者調査の結果

アンケート方式の場合(別添3-1)

9. 第三者評価結果に対する福祉サービス事業者のコメント

(平成30年8月10日記載)

今回、初めて福祉サービス第三者評価を受審致しました。本体事業は、社会事業授産という福祉事業を展開していますが、併せて障がい者の就労支援事業である基準該当就労継続B型事業も行っています。様々な背景を抱える利用者さんの人権擁護や目的や願いの達成と、職員の専門性・質の向上を柱として、ここ数年施設運営を進めてまいりました。

春からの利用者アンケート実施、一般職員自己評価、幹部職員合議評価、各種資料の提出、訪問調査、結果報告会というスケジュールの中、振り返ると新たな視点からの確かな評価を受け、当事業所が解決すべき課題などが明らかとなりました。個別支援計画及びサービス提供記録の精査の必要、作業支援以外の福祉サービスマニュアルの整備、リスクマネジメントの内容の充実、職員の組織力向上等々です。今回の評価を明日への課題として、どう具体的に施設運営に反映させていくか、達成しているサービス内容は、さらに充実させるべく、また、事業目的の達成に向け一層傾注する所存であります。評価まことにありがとうございました。

(福) 長野市社会事業協会
篠ノ井授産所
所長 小出和彦

事業評価の結果（評価対象Ⅰ及びⅡ）

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・・・着眼点をすべ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)	
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針を確立している。	① 理念を明文化している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 法人が目指している理念が文書（事業計画等の法人・施設内の文書、広報誌、パンフレット等）に記載されている。	○法人の基本理念が示され、「利用者の尊厳、地域社会でその人らしく自立した生活、利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努める」と法人の使命・役割が示されている。	
				<input checked="" type="checkbox"/> 2 理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。			
				<input checked="" type="checkbox"/> 3 理念から、個人の尊厳の保持を旨とし、社会的役割を果たすという考え方を読みとることができる。			
			② 理念に基づく基本方針を明文化している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 4 実施する福祉サービスの基本的な考え方や姿勢を明らかにした基本方針を事業所ごとに定め、文書（事業計画等の法人・事業所内文書、広報誌、パンフレット等）に記載されている。		○法人の理念に沿い、基本的視点が明文化され、「利用者に対する姿勢や地域との関わり方、組織のもつ機能」として具体化している。
				<input checked="" type="checkbox"/> 5 基本方針は、法人の理念に基づいた内容となっている。			
				<input checked="" type="checkbox"/> 6 基本方針は、職員が業務を行う際のより所となるよう具体的な内容となっている。			
	(2) 理念や基本方針を周知している。	① 理念や基本方針を職員に周知している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 7 理念や基本方針を施設の誰もが見やすい箇所に掲示している。	○理念・基本方針は、施設の玄関ホールに掲示している。職員は、理念・基本方針を年度初めに読み合わせなどにより周知している。 ○職員が理念・基本方針の理解を深め、実行できるように、「事業の基本的理解、個別支援の基本、作業支援の基本、職員行動規範」を作成し、職員への配布をしている。		
			<input checked="" type="checkbox"/> 8 理念や基本方針を職員会議などの定期的な会合や朝礼などの日常的な機会を捉えてわかりやすく説明している。				
			<input checked="" type="checkbox"/> 9 理念や基本方針を年1回以上会議や研修を通じて全職員に説明している。				
			<input checked="" type="checkbox"/> 10 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。				

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)		
I	1	(2)	② 理念や基本方針を利用者等に周知している。	b)	<input type="checkbox"/>	11 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成するなどして利用者や家族等の理解を促す取組を行っている。	○施設長から利用者が集まる月例会で年度初めに利用者個々に利用目的が異なり、利用者の人としての尊厳を大切にしよう話をしている。 ○理念・基本方針は、施設の考え方・姿勢を示すため、利用者などにも分かりやすい説明や工夫が求められる。	
					<input type="checkbox"/>	12 障害を持つ利用者等に対して周知の方法に工夫や配慮をしている。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	13 理念や基本方針を入所者が集まる機会や家族会等で資料をもとに説明している。		
					<input type="checkbox"/>	14 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
	2 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。	① 中・長期計画を策定している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/>	15 理念や基本方針の実現に向けた中・長期（3～5年）の目標（ビジョン）を明確にしている。	○中・長期計画は、法人として10年間の中・長期総合計画を策定し、前期の分析・評価により後期計画に繋げている。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	16 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	17 中・長期計画（3～5年）は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	18 中・長期計画に基づく取組を行っている。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	19 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。		
		(2) 事業計画を適切に策定している。	② 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/>	20 中・長期計画に基づいて、年度ごとの事業計画を策定している。	○中・長期計画を踏まえた事業計画は、毎年、中長期計画に基づき運営方針、事業内容が示されている。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	21 事業計画には、各年度における目標や事業内容が具体的に示されており、単なる行事計画になっていない。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	22 事業計画は、客観的に目標達成の程度が分かるように、目標を数値で示す等の配慮をしている。		
<input checked="" type="checkbox"/>					b)	23 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、計画を策定する幹部職員と現場の職員が合議する仕組みがある。		○各計画の策定は、現場の状況を把握し計画策定し、施設長の方針を職員との職員会議で合議する仕組みがある。今後、職員が積極的に意見を出しやすい工夫が必要と思われる。
						<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	25 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。							
<input checked="" type="checkbox"/>	26 評価の結果に基づいて各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)		
I	2	(2)	② 事業計画を職員に周知している。	a)	■	27 各計画を会議や研修において説明している。	○事業計画などについては職員会議などで説明し、周知している。各計画の進捗状況は利用実績、授産事業の売り上げ状況などを明らかにしている。	
					■	28 各計画をわかりやすく説明した資料を作成するなど、より理解しやすいような工夫を行っている。		
					■	29 各計画の進捗状況を確認し、理解を促すための周知の継続的な取組を行っている。		
			b)	□	30 利用者あるいはご家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。	○事業計画の利用者などへの周知はより具体的な言葉で、利用者に関わる事業計画の周知が望ましい。		
					□			31 子どもや高齢者、障害を持つ利用者等に対して周知の方法に工夫や配慮をしている。
					■			32 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任を明確にしている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a)	■	33 管理者は、法人の目指す方向（理念、ビジョン、使命、経営・運営方針等）を明確に語ることができる。	○施設長の自らの責任・役割は、業務分掌に示されている。緊急時などによる施設長の役割についても危機管理マニュアルなどにより確認できる。また、施設長は、施設の方針を職員に文書にて示している。	
					■	34 管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。		
					■	35 管理者は、自らの役割と責任について組織の広報誌等に掲載して表明している。		
					■	36 平常時のみならず、緊急時（事故、災害等）における管理者の役割と責任について、明確化している。		
a)	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	■	37 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	○施設長は法令遵守に努め、法人の定款等の理解、職員が果たすべき倫理の周知や守るべき法令など具体的な文書作成により、わかりやすく説明をしている。				
		■	38 管理者は、福祉分野はもとより、消費者関連、雇用・労働、防災、環境への配慮等福祉以外の分野についても守るべき法令、倫理等をリスト化するなどして明確化・明文化している。					
		■	39 管理者は、全職員に対して守るべき法令、倫理等を周知し、また守るための具体的な取組を行っている。					

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)		
I	3	(2) 管理者がリーダーシップを発揮している。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a)	■	40 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について、年1回以上、評価・分析を行っている。	○施設長は質の向上に意欲を持ち、昨年度末から利用者アンケート・職員アンケートを行い、結果は運営場面にどのように活かすことができるかを検討していく予定である。今後、課題について、職員間で検討し質の向上につながるよう更なるリーダーシップに期待したい。 ○行動規範は、分かりやすい言葉で課題を正しく理解できるよう表示し、法令遵守に積極的に取り組んでいる。	
					■	41 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を汲み取るための具体的な取組を行っている。		
					■	42 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。		
					■	43 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
			② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a)	■	44 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。		○施設長は、経営、業務の効率化や改善に向け、職員の働きやすさ、人員配置、環境整備などの改善に意識をした取り組みを行っている。また、組織内で同様の意識形成に努めることが今後の課題として認識している。
					■	45 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。		
					■	46 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。		
					■	47 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
		(3) 重要事項を納得性のある方法で決定している。	① 重要事項について、実情を踏まえた意思決定を行っている。	a)	■	48 施設にとっての重要事項について、情報を十分集めると共に関係者から意見を聞いて、意思決定を行っている。	○重要な事項は、法人本部、事業部、福祉事務所などと連携し協議を進めている。また、職員には会議の中で周知している。	
					■	49 施設にとっての重要事項にかかる意思決定手順を、職員に周知している。		
			② 重要な意思決定内容を関係者に説明・周知している。	a)	■	50 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その内容と決定経緯を全職員に説明し、理解を得ている。	○重要事項決定について、利用者には月例会にて説明している。	
					■	51 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その関連する事項を決定経緯を含めて入所者や家族会に伝えている。		
	■			52 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その関連する事項を決定経緯を含めて業務の連携先や地域に伝えている。				
	■							

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)		
Ⅱ 組織の運営管理	1 経営状況の把握と透明性の確保	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	a)	■	53 社会福祉事業全体の動向について、各種会議に出席する等して、積極的に把握している。	○社会福祉事業全体の動向については、法人本部やインターネット等の情報収集を行っている。また、利用者統計を定期的に作成し、利用者像の変化や福祉サービスのニーズなど中・長期計画に反映されるよう様々な面から検討に努めている。	
					■	54 入所者数・入所者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。		
					■	55 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。		
					■	56 把握した情報やデータに基づいて、中・長期計画や各年度の事業計画を策定・見直ししている。		
			② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a)	■	57 サービスのコスト分析や入所者の推移、利用率等の分析を年1回以上行っている。		○施設長は、経営分析を定期的に行い、法人の経営分析研修など書記とともに出席し内容・資料を職員へ周知している。今後、提供するサービスを効果的に行うため、職員同士の検討の場を設定するなど組織的な取り組みに期待したい。
					■	58 提供するサービスを効果的に行うため、その内容・人員配置・所要時間等について検証している。		
					■	59 改善に向けた取組に基づいて、中・長期計画や各年度の事業計画を策定・見直ししている。		
					■	60 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。		
		(2) 地域社会に対して透明性の高い組織となっている。	① 経営状況を公開している。	c)		□	61 入所者や家族等に経営状況に関する情報を記載したパンフレット・広報紙等を配布し、情報提供を行っている。	○経営状況は、ホームページで公開している。しかし、利用者や地域住民、家族などには目に触れにくく、広報誌などにより、更なる地域への透明性の確保に期待したい。
						□	62 経営状況に関する情報を誰もが目にふれやすい方法（ホームページやパンフレット等）で地域社会に開示し、透明性の確保を図っている。	
② 外部監査を実施している。	a)			■	63 公認会計士等の専門家による外部監査を実施している。	○外部監査を法人で実施している。		
				■	64 外部監査の結果に基づいた経営改善を実施している。			

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)	
Ⅱ	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制を整備している。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a)	■	65 常勤職員について、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が確立している。	○法人が目標とする福祉サービスの質を確保するために、必要な人材や基本的な考え方、人事管理を法人全体で行っている。施設長は、どのような人材が必要かについては法人と検討している。 ○職員採用、人材育成は法人として一括で行っている。また、自己啓発制度により資格取得時の費用補助がある。
				■	66 非常勤職員について、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が確立している。		
				■	67 職員採用、人材育成を計画的・組織的に行っている。		
				■	68 必要な人材や人員体制について具体的なプランを定めている。(介護支援専門員や介護福祉士等の有資格職員の配置等)		
				■	69 必要な人材や人員体制についての具体的なプランに基づいた人事管理が実施されている。		
			b)	■	70 職種・雇用形態に関わらず、全ての職員の人事考課を年1回以上行っている。	○自己申告制度により、職員の意向は直接法人に届く仕組みになっている。 ○目標管理制度が今年度からすべての職員に実施され、一次面接を主任が行い、二次面接を施設長が行う仕組みが出来上がった。今後の人事考課の目的や役割が人材能力開発、育成に活用されることを期待したい。 ○自己申告制度にもとづく、全体の異動状況などは職員へ公表している。今後、人事考課制度による職員へのフィードバックが望まれる。	
			■	71 人事考課の目的や効果を正しく理解し、考え方や位置づけを明確にしている。			
			■	72 人事考課の基準や方法を職員に明確に示している。			
		■	73 人事考課について職員が納得できるように取り組んでいる(十分な説明、制度構築への職員の参画等)。				
			□	74 人事考課の結果は、職員のやる気向上や成長につながるように本人にきちんとフィードバックされている。			
		(2) 職員一人ひとりの主体的な判断と行動により組織の能力向上を図っている	① 職員に、職務分掌を明示し、役割と責任を明確にしている。	a)	■	75 個々の職員の職務について、役割と責任を文書で定めている。	○職員の役割は職務分掌として示し、権限移譲についても分掌表に記載がある。
				■	76 サービスを提供する現場に近い職員が、可能な限り現場で判断し行動できるような取組(権限委譲、責任の明確化等)を行っている。		
② 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みを構築している。	a)		■	77 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みがある。	○日常業務は、その日の業務により横断的に支援する仕組みがある。すべての職員が班ごとの業務内容を行えるよう協力体制がある。		
	■		78 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みを全職員に周知している。				
	■		79 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みが機能している。				

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)		
II	2	(2)	③ 職員が改善事項を提案する仕組みを構築している。	a)	■	80 職員が改善事項を提案する仕組みがある。	○法人には、職員提案制度がある。施設内の改善事項は、ヒヤリハットとして提出し、分析・改善を職員会議で話し合っている。さらに、職員間で積極的に地位や部門にとらわれずに意見を出し合い、職員自ら解決策を見出し、組織の能力向上につながることに期待したい。	
					■	81 職員が改善事項を提案する仕組みを全職員に周知している。		
					■	82 職員から提案された改善事項に基いた改善を実施している。		
		(3) 職員の就業状況に配慮している。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があるれば改善する仕組みを構築している。	a)	■	83 担当者や担当部署を設置して、職員の意向・意見を把握・分析している。		○有給休暇については、法人からの指示もあり、出来る限り取得に努め、職員が互いに協力し合う体制がとれている。 ○時間外労働については、納期が決められた授産活動もあり、時間外労働が必要な時期もあるため、時間外手当が支給されている。時間外労働については、直属の上司等と、管理者の複数の確認によって行われ、実態についても施設内で共有し、業務改善などの取り組みにも期待したい。
					■	84 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、毎月チェック・分析している。		
					■	85 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。		
		■	86 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。					
	② 職員の不安やストレスを受け止めるなど健康維持に関する仕組みを構築している。	a)	■	87 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	○法人としては、「心の健康づくり」があり、産業カウンセラーを業務委託で設置し、相談できる体制にある。しかし、男女の性差もあり日常的に管理者以外に日々の不安やストレスについて相談できる体制の工夫に期待したい。			
				88 職員が不安やストレスを気軽に相談できる仕組み（相談担当職員やカウンセラー、専門家等）がある。				
				89 職員が不安やストレスを相談できる仕組みを全職員に周知している。				
				90 職員が不安やストレスを相談できる仕組みが機能している。				
	③ 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a)	■	91 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。	○福利厚生は、職員互助会「親和会」があり様々なイベントがある。			
92 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生事業の充実に取り組んでいる。								

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)	
II	2	(4) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。	a)	■	93 目指す福祉サービスを実施するために、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を、基本方針や中・長期計画の中に明示している。	○職員の教育・研修に関する基本姿勢は、法人の理念・基本方針、事業計画の中に示している。 ○教育・研修計画は、法人の研修委員会で計画している。職階別、職種別に法人が研修計画を立て実施している。 ○人権擁護関連研修については伝達研修を実施し、「職員心得や行動規範、利用者支援の基本」の中でも具体的にわかりやすく説明し職員に配布している。 ○研修計画に基づき、復命書にて実施し、「振り返り研修」として職員との共有を図っている。 ○個別の研修・教育の評価・分析は、法人として研修委員会が行い、次年度の研修内容の見直しをしている。 ○新人教育は法人の研修担当が行っている。接遇マナー、規程、規則の理解などについて研修プログラムがある。また、研修指導者の要件は法人の研修委員会で文書で定めている。
				■	94 実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、組織が職員に求める専門技術や専門資格を、基本方針や中・長期計画の中に明示している。		
			② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいて具体的な取り組みを行っている。	a)	■	95 職種・雇用形態に関わらず、すべての職員について、基本姿勢に沿った個々の教育・研修計画が策定されている。	
				■	96 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。		
				■	97 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。		
				■	98 職種、雇用形態に関わらずすべての職員に、年1回以上人権の尊重に関する研修を行っている。		
				■	99 外部の機関・団体による研修に、年1回以上職員を参加させている。		
			③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a)	■	100 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。	
					■	101 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けるなどして他の職員との共有化を図っている。	
					■	102 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。	
					■	103 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。	
			④ 新人職員に対する指導を適切に行っている。	a)	■	105 職種・雇用形態に関わらず、全ての新人職員のための初任者研修プログラムがある。	
					■	106 新人職員を指導する者の要件を、文書で定めている。	

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)
II	2	(5) 実習生や他事業所職員の研修の受け入れを適切に行っている。	① 実習生や他事業所職員の研修の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	b)	<input type="checkbox"/> 107 実習生や他事業所職員の研修の受け入れに関する基本姿勢を、文書で定めている。 <input type="checkbox"/> 108 実習生や他事業所職員の研修の受け入れに関する基本姿勢を会議等で職員に説明している。 <input type="checkbox"/> 109 実習生や他事業所職員の研修の受け入れについて、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 110 受け入れにあたっては、学校や研修派遣元の事業所との覚書を取り交わす等によって、実習や研修における責任体制を明確にしている。 <input type="checkbox"/> 111 実習・研修指導者に対する研修を実施している。 <input type="checkbox"/> 112 実習・研修内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。 <input checked="" type="checkbox"/> 113 学校や研修派遣元の事業所側と、実習・研修内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習・研修期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 114 介護福祉士、看護職員、ホームヘルパー等の職種に配慮したプログラムを用意している。	○実習生は、職場実習として養護学校の学生がほとんどである。今後、養成校実習受け入れ、職場実習受け入れなど、それぞれの実習受け入れの目的など含め基本姿勢・研修受け入れのオリエンテーションなどマニュアルの作成が望まれる。
II	3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取り組みを行っている。	① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制を整備している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 115 管理者は入所者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 116 事件・事故、災害、衛生管理に対する知識と体制がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 入所者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 118 担当者等を中心に年1回以上安全確保に関する検討会を開催し、検討会には、現場の職員も参加している。 <input type="checkbox"/> 119 事故等の種別ごとに対応できるマニュアル等を作成し、年1回以上研修・訓練等で職員に周知している。 <input type="checkbox"/> 120 休日・夜間の関係機関との連携がとれている。 <input type="checkbox"/> 121 災害・事故等の緊急時にも家族と連絡が取れるように連絡網を作っている。	○防災・防犯対策訓練を定期的に行い、施設長を中心とした対策がマニュアル化されている。しかし、通所時（通勤）の事故や感染症などの想定される様々な事故に対する検討は充分とは言えない。防災・防犯を含めた様々な非常事態を想定した対策の検討と、検討記録とは別の分かりやすいマニュアルの整備が早急に必要と思われる。

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)		
II	3	(1)	② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組みを行っている。	a)	■ 122	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。	○当施設は、市の福祉避難所として登録され、食料品などの備蓄体制も整備されている。また、施設の近隣には、警察署・消防署があり、緊密な連携が可能な環境にある。	
				■ 123	災害時の対応体制が決められている。			
				■ 124	利用者および職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。			
				■ 125	食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。			
				■ 126	地元の消防署、警察、自治会など連携するなど工夫して訓練を実施している。			
			③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	b)	□ 127	入所者の安全を脅かす事例収集の仕組みを整備し、実施している。		○安全管理・事故防止の研修に積極的に参加し、施設内で伝達研修も行われている。 ○ヒヤリハット・事故の事例収集が行われているが、事例数が少なく、授産作業の発注事故などの授産作業のミスと混同して記録されている。利用者の安全確保を目的とした積極的な事例の収集と分析が求められる。
				□ 128	収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。			
				■ 129	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。			
				■ 130	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、年1回以上評価・見直しを行っている。			
4 地域との交流と連携	(1) 地域との適切な関係を確保している。	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b)	■ 131	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	○日中の授産施設という施設の性質上、日常的に地域とのつながりを求めることは困難と思われるが、このような状況においても、近隣の農家の作業を施設の受託作業として引き受け、利用者の収入源とするだけでなく、授産作業をとおして地域との結びつきを深めている。		
			■ 132	入所者の助けになる地域の福祉に関する情報や地域イベント情報等を収集し、掲示板の利用等で入所者に提供している。				
			■ 133	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。				
			■ 134	利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制が整っている。				
			□ 135	事業所や利用者への理解を得るために、町内会、子ども会、老人会など地域の諸団体と連絡をとり、施設の行事に地域住民を招待するなど、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。				
			■ 136	利用者の日常的な活動（買い物や通院等）について、個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。				

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)	
Ⅱ	4	(1)	② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	■ 137	地域における福祉の主体として、責任を果たすための事業所の方針・役割を文書で定めている。	○日中の授産施設という施設の性質上、主体的に地域福祉に積極的に関わることが困難であるが、福祉避難所や地域行事の際の駐車場の開放など、できる限りの施設機能の活用を行っている。 ○地域に向けて施設を紹介する活動は、ホームページのみで広報誌など発行はない。地域に向けて積極的に施設の情報を発信することは、施設や利用者の地域への理解を深めるだけでなく、授産活動の開拓にも繋がるものと思われる。より一層の広報活動をとおして、利用者の工賃アップや社会参加が発展することを期待したい。
					■ 138	地域における福祉の主体としての活動を職員に周知し、具体的な方法を定期的に話し合うなどして理解を図っている。	
					□ 139	介護等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	
					□ 140	住民が自由に参加できる地域ニーズに即した多様な支援活動を行っている（介護相談・介護者の集い等）。	
					□ 141	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	
					■ 142	地域住民の行事等のため、施設を開放している。	
		(2) 関係機関との連携を確保している。	① 必要な社会資源を明確にしている。	a)	□ 143	ボランティア受入れに関する基本姿勢を文書で定めている。	○利用者の自立や収入を求める施設として、現状ではボランティアの活用の場面が想定しづらい。しかし、管理者や職員は、施設の置かれている状況や諸問題の解決にボランティアの活用が今後必要との認識がある。今後の検討と発展に期待したい。
					□ 144	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	
					□ 145	ボランティアに対して必要な研修を行っている。	
							■ 146
				■ 147	地域の関係機関・団体の機能や連絡先について、職員会議で説明する等職員間で情報の共有化を図っている。		

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)		
II	4	(2)	② 関係機関等との連携を適切に行っている。	a)	■	148 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	○利用者の高齢化と、障害者の比率が増える現状に対して、全ての職員が日中の就労の場と収入を提供する施設の従来の役割に限界を感じ、利用者の生活全体を把握し、関係機関と共に支援する必要性を感じている。生活介護・障害福祉・老人福祉等の様々な関係機関と連携をとり既存の法を超えた支援が出来る施設に発展することが期待できる。	
					■	149 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。(地域に適当な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。)		
		(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。	b)	■	150 地域の関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		○本施設は、社会事業授産の特殊性と、一般的な就労継続B型の事業を併せ持つ中、一般的な福祉施設以上に様々な行政機関や関係機関と連携を取り合っている。このような現状では地域の民生委員や地域住民との関係を発展させることは極めて困難な状況にある。しかし今後、利用者の生活全体を把握する上では、地域との関係強化が必要な場面も想像される。地域との結びつきを今後どのように展開するか新たな検討を望みたい。
					□	151 民生委員等と定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
					□	152 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
		(3)	② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動を行っている。	a)	■	153 把握した福祉ニーズに基づいて、独自の事業・活動を行っている。(在宅サービス、相談事業等)		
■	154 把握した福祉ニーズに基づいて行っている独自の事業・活動について、中・長期計画や事業計画の中に明示している。							

(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)利用者満足の上昇に努めている。	①利用者満足の上昇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）の上昇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利用者満足の上昇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。		
		(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。				

利用者調査の結果

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

1 調査概要

調査対象者	利用者本人
調査方法	アンケート方式
利用者総数(人)	60人
調査対象者数(人)	26人
有効回答者数(人)	26人
利用者総数に対する回答者割合(%)	43%

2 利用者調査全体のコメント

利用者は、施設内の仕事や活動にほぼ満足と感じているようです。作業が中心の生活支援であり、施設以外の不安や要望などは相談する場面は少ないようです。今後の全生活支援を外部を含め誰がどのように支援できるか、最終目標に向けた将来像を見据えた支援体制も今後の課題と思われます。しかし、職員の法令遵守に沿った利用者への関わりには利用者の満足度が高く、また、施設の方針などへの理解についての回答は少なく、今後のわかりやすい説明の課題が感じられます。

3 利用者調査の結果

調査項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまらない) 判定不能
問1 施設の中は安全に働けるようになってますか	17人 68%	6人 24%	2人 8%	0人 0%
調査に答えてくれた利用者の7割近い方は、安全に働ける環境と回答しています。更なる安全性への検討が必要と思われます。				
問2 施設は清潔ですか	14人 56%	8人 32%	3人 12%	0人 0%
半数の利用者は、清潔な施設と感じています。建物の古さや設備面では難しい評価と思われます。				
問3 あなたがやってみたいと思うような仕事や活動内容になってますか	18人 69%	7人 27%	1人 4%	0人 0%
利用者のすべてに満足と感じる支援体制は難しい面もありますが7割の方は、仕事や活動に満足されています。				
問4 仕事や仲間はたのしいですか	12人 50%	9人 38%	3人 12%	0人 0%
半数の利用者は、仕事や仲間に満足されていますが、利用者個々のすべての目標も違い難しい課題だと思います。				
問5 工賃・給料の支払の仕組みはわかりやすく説明されていますか	12人 50%	11人 46%	1人 4%	0人 0%
工賃・給料の支払いの仕組みを理解されている方は半数の方です。理解の方法に工夫が必要と思われます。				
問6 施設の職員に気軽に相談できますか	16人 64%	6人 24%	3人 12%	0人 0%
6割を超える利用者は、職員に気軽に話ができているようです。いいえ と答えた方の意見も分析していきたいものです。				
問7 施設では、施設職員への相談のほか、施設職員以外への相談先を紹介していますか	7人 35%	6人 30%	7人 35%	0人 0%
施設職員以外の相談窓口や相談先を紹介し、施設以外の人との関係の理解も必要と思われます。				

調査項目		実数					
コメント		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまらない) 判定不能		
問8	職員は、他の人に知られたくないあなたの秘密などを守ってくれますか	22人 88%	2人 8%	1人 4%	0人 0%		
職員は、個人情報に留意した対応ができ、利用者も安心しているようです。							
問9	職員は、あなたや他の利用者の言うことをきちんと聞いてくれますか	19人 79%	2人 8%	3人 13%	0人 0%		
職員が利用者の声に耳を傾けている様子が見える項目です。							
問10	職員はいつも同じように接してくれますか	20人 80%	4人 16%	1人 4%	0人 0%		
職員の対応に満足されているようです。							
問11	利用者同士うまくいかないときに、職員は間に立って対応してくれますか	13人 57%	7人 30%	3人 13%	0人 0%		
利用者同士の個別対応の難しさを感じる項目です。							
問12	施設では、あなたの施設以外での生活についても心配してくれますか	12人 52%	5人 22%	6人 26%	0人 0%		
施設以外の生活に不安を感じている意見も聞かれ、更なる利用者のアセスメントの見直し、今後の個別支援に課題を感じる項目です。							
問13	あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	16人 62%	6人 23%	4人 15%	0人 0%		
利用者の6割の方は、自分の意見や不満を気軽に話しているようですが作業が中心の生活支援の中、難しさを感じる項目です。							
問14	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	12人 52%	8人 35%	3人 13%	0人 0%		
現状の不満や要望に対し、利用者の全生活の支援の難しさを感じる項目です。							
問15	利用する前に、施設の利用方法や仕事(活動)内容等について、わかりやすい案内(説明やパンフレットなど)がありましたか	11人 73%	1人 7%	3人 20%	0人 0%		
回答者が半数近くに減っている項目であり、全体の理解は半数程度です。							
問16	施設の方針(施設が目指していること、施設の運営方針や理念など)について、案内(説明やパンフレット、掲示など)がありましたか	9人 60%	3人 20%	3人 20%	0人 0%		
調査回答は少なく、施設の理念・方針の更なる工夫に期待したい項目です。							
問17	施設の話聞いて、利用したいとおもいましたか	10人 63%	5人 31%	1人 6%	0人 0%		
調査回答は少なく、施設の理解の工夫を感じます。							
		満足	どちらか といえば 満足	どちらとも いえない	どちらか といえば 不満	不満	非該当
問18	現在利用している施設を総合的に見て、どの程度満足していますか	9人 35%	7人 27%	7人 27%	1人 4%	2人 7%	0人 0%
利用者満足度は、6割程度です。更なる今後の利用者アンケートなどでの分析に期待したいと思います。							