

# 福祉サービス第三者評価結果報告書

## ①第三者評価機関

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会

## ②評価対象事業所

名称：社会福祉法人つばさ福祉会 エコ工房四季	種別：就労継続支援B型
代表者氏名：理事長 川端 浩之	定員(利用者数)： 40名 (38名)
所在地：和歌山県東牟婁郡串本町古座1004	TEL：0735-72-1900

## ③訪問調査日 平成 23 年 11 月 16 日

## ④総評

### ◇特に評価の高い点

#### ①利用者本位の福祉サービスの取り組み

設立5年目ではあるが、福祉サービスの基本姿勢を取り入れ厳しい内的基準を課した理念と基本方針を明示し、事業所の置かれた環境及び社会状況からどのような利用者も受け入れるという姿勢を貫き、定員枠も増加申請し、あわせて職員の増加も計画している。また利用者については詳細なアセスメントを実施、利用者一人ひとりの状態や希望を分析・検討し、利用者の個性に配慮した個別支援計画に基づいてニーズに添った支援を行なっている。障がいを持っていても地域住民の一員として主体的に活動ができるように作業は個々の利用者の希望や状態に応じて4種目・4班を構成、用意している。特にモニタリングについては利用者の本人評価と職員評価を行い時間をかけて丁寧に分析し、利用者のストレングスを重視し自立にむけたエンパワメントの視点で支援を実施している点は高く評価できる。

#### ②地域との交流と連携

地域との交流や連携については、地域における施設の存在意義を明確にし、利用者主体の地域への働きかけに取り組む姿勢は評価できる。また、地域における障がい者施設の中核的施設として、利用者の増加に対する増員への対応や、シェアリングハウス構想など、地域ニーズにとどまらない障がい者福祉の大きな問題に対しても積極的に取り組み、地域や行政に対して積極的に働きかけている姿勢は高く評価できる。

### ◇改善を求められる点

#### ①職員の質の向上

組織として必要な人材や資格について認識し、研修や資格取得等を推奨し積極的に取り組んでいるが、各職員に対する個別の研修計画を策定していない点が惜まれる。現在実施している職員自己評価や人事考課制度を実施し、法人の基本姿勢に沿った職員一人ひとりの教育・研修計画を策定し実施することにより、さらなる職員の質の向上とよりよいサービスの提供につながると期待できる。

#### ②計画の整理

障がい福祉サービス提供の核となる理念及び基本方針は、法人の目指すべき方向を明確に示した高い理想に裏打ちされたものとなっており、中・長期計画と事業計画も策定されているが、中・長期計画「5. 今後の法人活動の予定」の章を、目標（ビジョン）に対して課題や問題点を解決し、目標を達成するための具体的な数値を示し整理されれば、より一層明確で理解が深まるものになると考える。

#### ③自治会・家族会の組織化

利用者の主体的な活動を尊重する姿勢を示され日々の活動の中でも実施されているが、さらに利用者の自治会を組織し、利用者の意向を尊重しながら主体的な活動の発展を促すように支援を深めるよう期待する。

#### ④ボランティアの受け入れ

ボランティア受け入れについても地域との交流や連携の一環として、「エコ工房四季」の活動への理解を求め良好な関係を築き利用者の活動範囲を広げ、利用者との相互交流を促すという視点から、取り組まれるよう希望する。

## ⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

共同作業所を経て、障害者自立支援法に基づく事業所運営に取り組み始めて5年が経過しようとしています。この間、本当に一から始める事が数多くあり、我武者羅に前に突き進んできましたが一度立ち止まり、今後の運営の重点課題がどこにあるかを知るためにも今回第三者評価を受けたこと、また、適切な評価をいただいたことに感謝致します。今後はそれら評価内容を更なる事業発展に向けてのバネとしたいと考えています。

## ⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

(別紙)

## 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

事業所名：社会福祉法人つばさ福祉会 エコ工房四季

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I 福祉サービスの基本方針と組織 I-1 理念・基本方針 I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
<u>I-1-(1)-① 理念が明文化されている。</u>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。</p> <p>b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。</p> <p>c) 法人の理念を明文化していない。</p> </div>	a	障害福祉の基本に則って利用者の主体性を尊重し、エンパワメントの理念に基づいた理念を明文化し、生活支援や作業支援を通じて個人の可能性を伸ばし社会的役割を果たし自立を目指す姿勢を「3つの挑戦」と表現し、広報誌やパンフレット、ホームページに記載している。
<u>I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。</u>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。</p> <p>b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。</p> <p>c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。</p> </div>	a	法人理念との整合性を確保し、「障害」とは個人と環境との関係であると明示し、利用者支援にさいしては「主体性の尊重」「利用者中心主義」「ニーズ優先」「ストレングスモデル」を掲げ職員の行動規範としてふさわしい基本方針が策定されており、広報誌、パンフレット、ホームページに記載されている。

福祉サービス第三者評価 共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
<p>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を職員に配付していない。</p> </div>	a	<p>理念や基本方針は、職員会議で管理者が職員にその内容を常に説き伝え、理解を促す取り組みを行ない共通の理解を図っている。</p>
<p>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p> </div>	a	<p>利用者に理念や基本方針を初回面接時に配布し、理解を促すための丁寧な説明を実施し、作業終了時の夕方のミーティングでも常に利用者に「社会的役割を果たそう。持っている力を社会へ還元しよう」と伝えている。</p>

福祉サービス第三者評価 共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-2 計画の策定 I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。</p> </div>	a	<p>理念・基本方針に則り、社会福祉法人としての使命を明確にし、活動方針を明らかにしている。また、新たな障がい者雇用の場の創設など特色のある事業展開や人材育成、施設整備など具体的な課題を明示し、組織体制や設備の充実を図ると共に、さらなる課題の取り組みにむけたビジョンを展開し、法人の進むべき方向や果たすべき役割を提示したものとなっている。</p>
<p>I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>飛節整備、改修</p> <p>a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。</p> </div>	a	<p>地域ニーズを的確に把握した上で、中・長期計画の内容を反映し、施設が取り組むべき課題や目標とする具体的な数値を示した事業計画を策定している。今年度事業計画は社会福祉法人としての運営が軌道に乗ったと評価し、さらなる質の向上への展開を期待して策定されている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
<p>I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p> </div>	a	<p>年度末に職員が担当する各計画の評価を行いボトムアップで意見を上げている。その結果に基づいて次年度の取り組みについて、主任会議で集約し職員全体で計画策定を行っている。一連の過程が職員全体で取り組めるよう配慮し、年度途中であっても必要時には評価や見直しを行なっている。</p>
<p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画を職員や利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。</p> </div>	a	<p>新たな計画を実施するときや新たな取り組みを開始する時にはわかりやすい資料を作成し配布するとともに、理解を促すよう説明に工夫や配慮をし実施している。利用者の自治会や家族会は組織されていないが機会を捉えて説明は実施している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-3 管理者の責任とリーダーシップ I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         【判断基準】                          a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。                          b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。                          c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。                     </div>	a	管理者自らの役割と責任については、組織図・業務分掌表・業務分担表を作成し管理者としての役割と責任について明らかにすると共に、オリエンテーションで説明し理解を促している。
I-3-(1)-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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         【判断基準】                          a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。                          b) 管理者自ら、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が、十分ではない。                          c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。                     </div>	a	管理者は必要に応じて各種研修会等に参加し、遵守すべき法令等を正しく理解している。法令遵守に関する通達などは、研修や職員会議で確実にフィードバックし理解を促している。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> <p>I-3-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	a	<p>職員の自己評価は、自施設の評価表を作成し年1回実施し、評価・分析を行い職員会議で検討している。管理者は職員会議にオブザーバーとして参加し、職員の自由な発言を促し受け止めると共に、必要に応じて助言を行い、指導力を発揮している。</p>
<p>I-3-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	a	<p>各種研修会には計画的・積極的に参加し、経営や業務の効率化と改善に向けて常に検討している。また、主任会議・職員会議等でも職員と共に業務の効率化と改善に向けて分析や検討を行い、理念や方針の実現に向けて具体的に取り組んでいる。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ 組織の運営管理</p> <p>Ⅱ-1 経営状況の把握</p> <p>Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p> <p>Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。</p> </div>	a	<p>広範な紀南地方の潜在利用者等のデータの収集や地域福祉ニーズの把握、新宮と田辺の中間地域で他に受け入れ施設がないといった社会状況や環境を的確に把握し、どのような利用者でも受け入れるという明確な姿勢をもって利用者の受け入れなどの取り組みを積極的に行なっている。</p>
<p>Ⅱ-1-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。</p> </div>	a	<p>地域ニーズの把握と稼働率の分析などを的確に実施し、職員に周知し、定員枠の拡大など改善に向けた取り組みを積極的に行なっている。</p>

福祉サービス第三者評価 共通基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。</p> <p>b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。</p> <p>c) 外部監査を実施していない。</p> </div>	c	<p>社会福祉法人として県による実地指導は毎年受審しているが、外部監査については実施していない。第三者による外部監査を受け、経営改善に役立てられるよう望まれる。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-2 人材の確保・養成 II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         【判断基準】                          a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。                          b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。                          c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。                     </div>	a	サービスの質の向上のために必要な相談援助業務専門職や社会福祉士等の人材確保や人員体制に関する考え方が確立されており、それに基づいた資格取得や研修参加等の人事管理が実施されている。
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         【判断基準】                          a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。                          b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。                          c) 定期的な人事考課を実施していない。                     </div>	c	人事考課は導入していないが必要性は感じている。人事考課制度を導入しその活用に期待したい。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> <p>II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p> </div>	a	<p>有給休暇の消化率や時間外労働のデータを記録し定期的にチェックし把握している。職員の自己評価を実施し意向や要望を把握・分析し改善を行なっている。職員も働きやすい環境であると評価している。</p>
<p>II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 福利厚生事業を実施していない。</p> </div>	a	<p>福利厚生センター及び社会福祉協議会の退職金共済へ加入し、施設としての慶弔金規定も設け、職員の総合的な福利厚生事業を実施している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> <p>Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。</p> <p>c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>社会福祉士や精神保健福祉士の取得に配慮し、年度毎に計画を立案し参加を促すなど職員の質の向上に向けた基本姿勢を明示している。またタイムリーな研修や職員の自主的な研修参加についても推奨している。</p>
<p>Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。</p> </div>	c	<p>職員一人ひとりについて個別の計画は策定していない。今後は人事考課制度の導入と共に一人ひとりの職員の技術・知識水準の向上と育成に、教育・研修計画を活用されたい。</p>
<p>Ⅱ-2-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。</p> </div>	b	<p>個別の計画は策定していないが、職員研修は評価シートや年間スケジュールで割り振りを行い、職員は研修報告レポートの提出や研修内容を職員会議で伝達するなど発表の機会を設け、職員の質の向上に配慮している。個々の職員の研修計画を策定し評価・分析を行いその結果をより効果的に計画に反映されたい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</p> <p>Ⅱ-2-(4)-① 実習生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ている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) 実習生の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>実習生の受け入れに対する基本姿勢を明示し、受け入れマニュアルを策定すると共に、学校と覚書を取り交わす等体制を整備している。</p>
<p>Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 実習生受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 実習生を受け入れていない。</p> </div>	a	<p>専門性を意識し効果的な学習が期待できるよう、実習生用プログラムを整備し、育成については積極的に協力している。現在までに受け入れは一人であるが、引き続き今後も地域福祉の発展にも配慮した人材育成に取り組んでいただきたい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-3 安全管理 Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。 Ⅱ-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。</p> </div>	a	<p>各種緊急対応マニュアルを作成し、事故や災害発生時の連絡方法や支援体制について検討している。地区の防災特別会員として地域機関との情報交換を行うなど協力体制を作っている。事故や感染症のみならず、想定外の自然災害として津波に対する対策の必要性を強く認識し、地域にも働きかけるなど、緊急避難について関係機関との情報交換や協力体制の構築に取り組んでいる。</p>
<p>Ⅱ-3-(1)-② 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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。</p> </div>	b	<p>アクシデント・インシデントの事例収集は詳細に行い経過の記録も行なっているが発生要因の分析は実施していない。事例の発生要因の分析を行い、職員及び利用者の危険予知能力を高め、意識の啓発を行い、未然防止に役立てると共に、安全確保の実施状況や実効性について定期的に評価・見直しを行なう取り組みを進めていただきたい。津波対策として地区と協議し、津波到達予想時間8分という地域性から緊急避難場所として裏山の整備を進めている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-4 地域との交流と連携 II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。 【判断基準】 a) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 b) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 c) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	a	古座地区特別会員として地域との関わりを重視し、施設広報誌の地域回覧を実施している。施設行事(祭り)にも地域の人に呼びかけ参加してもらっている。利用者には希望に応じて公共交通機関を利用したり、新宮市のスーパーへ買い物に行くなど援助を行なっている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 【判断基準】 a) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 b) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 c) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	b	講習会や研修会、相談窓口の設置など取り組みを検討し、広報誌の地区回覧を実施しているが十分ではない。日々の取り組みや実践を地域で紹介すると共に、障がい者への対応方法や技術講習会などを主催し、地域住民が自由に参加できる多様な活動を実施し、施設が有する機能を地域に還元する取り組みを期待する。
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 【判断基準】 a) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。 b) ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。 c) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。	c	必要性は感じているが、ボランティアの受入に関する基本姿勢を明示していない。ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明示しボランティアに担当してもらおう役割を確認し、募集ポスターの作成・掲示やチラシ配布などの広報活動、ボランティア講座の開催や体験学習の実施などボランティアの育成に取り組んでいただきたい。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> <p>II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>b) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>c) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。</p> </div>	a	<p>個々の利用者の状況に対応できる医療機関やハローワーク・あーちなど関係機関との連携を密にし、施設評議員には地区の民生委員2名が参画している。職員間で必要な情報は共有されている。今後は当該地域の関係機関・団体との連携や必要性を含めたリストやマップなどの資料を作成し、利用者への情報提供に資する取り組みにつなげて欲しい。</p>
<p>II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。</p> <p>c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。</p> </div>	a	<p>定期的及び必要に応じてサービス担当者会議やケースカンファレンスを開催し事例検討を行なっている。社会福祉士勉強会には職員が誰でも参加できる体制をとっている。近隣に障がい福祉施設が少ないという施設の置かれた社会状況はあるが、県下の他の施設や支援学校とも協力し問題解決に取り組んでいただきたい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</p> <p>II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p> </div>	a	<p>日々のサービス提供の中からニーズを探ったり、地域の具体的なニーズを把握するアンケートの実施や、民生委員との会議を開催し情報交換を行なう等、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p>
<p>II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。</p> <p>b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。</p> </div>	a	<p>把握した地域福祉ニーズに基づき、中・長期計画を策定し、シェアリングハウス構想などを持ち、事業所利用定員の増加に伴い施設拡充を計画し古座病院の施設借入について行政との交渉を開始するなど、ニーズに添った具体的な事業を計画し活動を行なっている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施		
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。		
<p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。</p>	a	<p>主体性の尊重、エンパワメントに関しては利用者を尊重した理念・基本方針を明示し、職員会議や支援計画作成検討会で研修を実施し、共通理解を持つための取り組みを行っている。「虐待防止指針」を活用し身体拘束や虐待防止の周知徹底を図り人権擁護に配慮している。また、利用者との対話を重視している。今後も更にOJTや外部研修への参加を推奨し利用者一人ひとりの人権に配慮したサービス提供に取り組んでいただきたい。</p>
<p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>b) 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が、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	a	<p>プライバシー保護に関する規定・マニュアルを整備し、職員研修を実施して基本的知識と姿勢、意識について共通理解を図っている。利用者にもプライバシー保護について説明している。今後も利用者自身が自らのプライバシー保護への関心を高め理解を深めるように取り組みを継続し充実しされることを期待する。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。</p> <p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。</p> <p>b) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>中・長期計画で利用者満足の上昇を目指す姿勢を明示すると共に、利用者アンケートを実施しその要望の把握とサービスの実施に向けた取り組みを行なっている。今後も利用者の意思疎通の状況に応じて家族への聴取を行なうなど、移行や希望を把握するための更なる工夫を期待する。</p>
<p>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。</p> </div>	a	<p>利用者満足の上昇に向けた中・長期計画や利用者規定を利用者に説明し、行事計画の立案から運営には利用者にも携わってもらっている。課題の解決には終礼ミーティングなどで検討している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
<p>Ⅲ-1-(3)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。</p>	a	朝礼や作業の場でも職員は利用者の様子を観察し利用者への日常的な言葉かけを積極的に行うなどの対応をし、日頃から何でも話せる、相談できる信頼関係の構築に努め、個別相談にも柔軟に対応できる体制を整えている。相談室を設け日常的に相談や話し合いに自由に利用している。
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 苦情解決の仕組みが確立していない。</p>	a	苦情解決の体制を整備しその仕組みを説明した資料を利用者に配布すると共に、資料を掲示している。また、苦情はその正確な経過と結果を記録し利用者・家族へフィードバックしている。利用者数の増加に伴い、より迅速に苦情解決を図るよう、今後は第三者委員の設置や、ホームページ等で結果を公表するなどの取り組みを期待する。
<p>Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p>	a	対応マニュアルを整備し利用者や家族からの意見には迅速に対応し、その記録と報告を行い、職員で評価・検討しサービスの改善に反映させている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2 サービスの質の確保 Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。</p>		
<p>Ⅲ-2-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>サービス内容について定期的に自己評価を行い、結果の分析、検討を行なっている。サービスの質の向上とよりよいサービスの提供を期待して今回の第三者評価受審を行われている。今後も定期的な第三者評価の受審を実施するなど、サービスの質の向上に向けてPDCAサイクルに基づいた改善の仕組みづくりを推奨して行かれることに期待する。</p>
<p>Ⅲ-2-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。</p> <p>b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。</p> <p>c) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。</p> </div>	a	<p>全職員が参画し評価の結果を分析し、得られた結果や課題は議事録作成を行うと共に職員間で共有化を図っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。</p> <p>b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。</p> </div>	a	<p>評価の結果から明確になった課題を、全職員が参画して改善策や改善計画を策定し実施している。PDCAサイクルを活用し計画の見直しや再立案を行なうことでさらなるサービスの質の向上が期待できる。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-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。</p> <p>Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>b) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>c) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。</p> </div>	a	<p>利用者尊重や人権擁護、プライバシー保護等標準的な個々のサービス実施について各種マニュアルを作成し活用すると共に、個別支援計画、作業支援計画へ反映させ、個々の利用者へのよりよいサービス提供を行なっている。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。</p> <p>b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。</p> <p>c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。</p> </div>	a	<p>各種サービスの標準的な実施方法については年2回自己評価を実施し、検証を行なっている。個別支援計画、作業支援計画は6ヶ月に1回の作成・見直しを原則として実施し、職員や利用者からの意見が反映される仕組みが確立し実施している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。</p> </div>	a	<p>利用者一人ひとりのサービス実施計画に基づくサービスが実施され、支援経過、施設外就業支援経過記録などの実施状況が詳細かつ適切に記録されている。また支援記録は職員会議で計画の検討を行う際にも全員で共有し、記録内容にばらつきが生じないように工夫されている。</p>
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。</p> </div>	a	<p>個人情報保護管理責任者を決めて、個人情報保護及び情報開示の観点から利用者の記録の責任者、保管、保存、廃棄に対する規定が定め、個別ファイルを作成し定期的に確認を行うなど適切に管理している。職員に対しては個人情報保護と情報開示の観点から研修を実施し個人情報保護について周知徹底している。</p>
<p>Ⅲ-2-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。</p> </div>	a	<p>情報の共有も含めた日々の申し送りを実施し、情報が的確に把握・共有されるよう取り組んでいる。定期的にケース検討会を開催し施設内で情報を共有する仕組みを作っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-3 サービスの開始・継続 Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p> <p>Ⅲ-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。</p> <p>b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。</p> </div>	a	<p>施設のパンフレットは理念や利用者像、特色、活動内容などを盛り込みイメージがわかりやすいように工夫している。インターネット上にホームページを開設し施設を紹介している。施設のパンフレット・紹介資料を公共施設に設置している。体験利用や見学、暫定利用などサービス選択ができるように工夫し、利用者の希望に対応している。</p>
<p>Ⅲ-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。</p> </div>	a	<p>サービス開始時には理解しやすいようにフリガナを振るなどの工夫をした重要事項説明書を示し口頭で利用者説明し同意を得て契約、署名・捺印を得ている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
<p>Ⅲ-3-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。</p> </div>	a	<p>サービスの継続性を配慮し引継ぎや申し送りの手順を定め、一般就労やトライアル雇用など移行にあたっては関係機関と連携し、スムーズな移行が可能のように関係者で会議を開催し、支援の経過を記録している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-4 サービス実施計画の策定 Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。 Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。</p> <p>b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。</p> </div>	a	<p>アセスメントは施設内で統一した様式を用い、その項目は詳細で利用者の状況を的確に反映したものである。またモニタリングは6ヶ月毎に実施している。</p>
<p>Ⅲ-4-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。</p> <p>b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。</p> <p>c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。</p> </div>	a	<p>利用者全てについて、アセスメントを実施し、6ヶ月ごとのモニタリングでは「評価小項目とランクについて」を利用して利用者本人の自己評価と職員による評価も実施している。また、利用者と面談し理解と自覚を促す取り組みを行うと共に、利用者の状況や希望を把握し見直しを図っている。利用者ごとのニーズ・課題を具体的に明示し個別支援計画に反映し効果的な支援を実施している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。</p>	a	<p>個別支援計画を策定するための手順を定め体制を確立し、利用者の同意を得て実施計画の策定を行なっている。一人ひとりの利用者についてニーズや課題に基づく支援の留意点などが詳細に記載されている。</p>
Ⅲ-4-(2)-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。		
<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p>	a	<p>サービス実施計画は、利用開始時には3ヶ月、継続利用時には約6ヶ月毎にモニタリングを実施し利用者自身の自己評価を元に面談を行いその記録を行なっている。実施計画は面談で得られた利用者の同意に基づく結果を元に利用者の意向にそって計画の見直しを行うなど、組織的な仕組みを定め評価と見直しを行ない、職員会議で検討して支援の方向性を共有し周知を図っている。</p>

(別紙)

## 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

事業所名：社会福祉法人つばさ福祉会 エコ工房四季

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
A-1 利用者の尊重 1-(1) 利用者の尊重		
<p>A-1-(1)-① <u>コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。</p> <p>b) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。</p> <p>c) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていない。</p> </div>	a	<p>コミュニケーションについて支援が必要な利用者にはそれぞれの担当者が配慮し、障がい種別に応じた個別対応を工夫し意思の疎通を測っている。日常的な関わり合いを通じて利用者の様子に気を配りながらこえかけや話しかけを行い、サインの発見と確認に心がけている。特に双方向のコミュニケーションが測りにくい知的障がいや自閉症の方に対しては家族や知人等代弁者を介しての信頼関係の構築等の手段も検討している。</p>
<p>A-1-(1)-② <u>利用者の主体的な活動を尊重している。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>b) 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。</p> </div>	a	<p>利用者の出勤時のタイムカードの導入や昼食時のセルフサービスなど、利用者が主体的に活動しているという気持ちを尊重している。また利用者同士でもお互いを認め合い各自の役割を尊重し、豊かな交流が図れている。終了時のミーティングは利用者主催で行ない、職員がアドバイザーとして参加するなど自主活動を支援している。今後は利用者の自治会などを組織し、利用者同士で支え合い協力しあう主体的な活動を側面から支援する体制を検討されたい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 見守りと支援の体制が整備されている。</p> <p>b) 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。</p> <p>c) 見守りと支援の体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>個別支援計画に見守りの視点を盛り込み利用者の持てる機能の発展を促す側面的な支援を行ない、施設利用時の職員や他の利用者との自由な交流を見守っている。</p>
<p>A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。</p> <p>b) 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムが十分ではない。</p> <p>c) 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがない。</p> </div>	a	<p>個別支援計画において利用者のエンパワメントを引き出し自立を支援する明確な視点を持って丁寧に立案されている。事業所は精神障がいと知的障がいの方が利用されているが、障がいの理解や日常生活に必要な訓練や教育についてそれぞれに必要な十分な情報が提供され、学習や体験の機会を設けている。</p>

福祉サービス第三者評価 種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>A-2 日常生活支援 2- (1) 食事</p> <p>A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。</p> <p>b) サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない。</p> <p>c) サービス実施援計画に基づいた食事サービスが用意されていない。</p> </div>	a	<p>食事の提供は栄養バランスや食事形態に配慮し利用者個々の状態に応じた支援と見守りを提供できるように明示されている。食事の介助等は自立を尊重し、必要な部分のみを介助し見守り支援を行なっている。</p>
<p>A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。</p> <p>b) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。</p> <p>c) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫をしていない。</p> </div>	a	<p>給食会議には利用者の代表も参加し2週間に1回のメニューを決定し、自施設で利用者が作った野菜を調理するなど食費を安く抑え美味しく楽しく季節感を盛り込んだ食事を提供するように工夫している。</p>
<p>A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 喫食環境に配慮している。</p> <p>b) 喫食環境の配慮が十分ではない。</p> <p>c) 喫食環境に配慮していない。</p> </div>	a	<p>食堂は明るく清潔である。昼食は作業時間に配慮し個人が好む時間に12時~13時までの時間帯で自由に摂ることができる。</p>

福祉サービス第三者評価 種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(2) 入浴</p> <p>A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。</p> <p>b) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮していない。</p> </div>	非該当	—
<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に沿って行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に沿って行われていない。</p> </div>	非該当	—
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 環境は適切である。</p> <p>b) —</p> <p>c) 環境は適切ではない。</p> </div>	非該当	—

福祉サービス第三者評価 種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(3) 排泄</p> <p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 介助は快適に行われている。</p> <p>b) —</p> <p>c) 介助は快適に行われていない。</p> </div>	<p>非該当</p>	<p>—</p>
<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 清潔で快適である。</p> <p>b) —</p> <p>c) 清潔かつ快適ではない。</p> </div>	<p>a</p>	<p>トイレはプライバシーに配慮した構造で、手すりを設置し、車椅子対応トイレも有る。またEM菌の利用により高い防臭効果を得ている。利用者が班を決めて清掃を担当して毎日実施され清潔を保っている。汚れた際にはその都度清掃している。トイレには冷暖房設備はないが、温暖な土地柄であり温度差については心配はない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2- (4) 衣服</p> <p>A-2-(4)-① <u>利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。</p> </div>	a	<p>通所系事業所であることから基本的に通所の日常着は利用者の個性や好みに任されている。作業服・運動着など必要に応じて支給しているが、利用者の好みと意思を尊重し作業においても私服着用も認めている。</p>
<p>A-2-(4)-② <u>衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切に行われている。</p> <p>b) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応が適切に行われていない。</p> </div>	a	<p>男女別の更衣室があり作業や天候不順による衣類が濡れたり汚れたりした場合にも速やかに適切に対応している。必要に応じて職員が助言を行ったり家族に連絡するなど連携を図っている</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(5) 理容・美容</p> <p>A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。</p> </div>	<p>非該当</p>	<p>—</p>
<p>A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 配慮している。</p> <p>b) —</p> <p>c) 配慮していない。</p> </div>	<p>非該当</p>	<p>—</p>

福祉サービス第三者評価 種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(6) 睡眠</p> <p>A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 配慮している。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 配慮していない</p> </div>	<p>非該当</p>	<p>ー</p>

福祉サービス第三者評価 種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(7) 健康管理</p> <p>A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切である。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 適切ではない。</p> </div>	a	<p>年に1回健康診断を実施し、3ヶ月に1回身体計測を行い適切な体重管理に務めている。肥満傾向の利用者が多いことから、毎週金曜日には指導者が訪問しエアロビクス体操を実施している。インフルエンザの予防については加湿器つき空気清浄機を設置し感染予防に努めている。歯科衛生士による歯磨き指導も検討している。</p>
<p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p> <p>b) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。</p> <p>c) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。</p> </div>	a	<p>利用者の多くが受診しているくしもと町立病院を協力医療機関として提携し、緊急時の体制を整備し必要に応じて適切な医療を迅速に受けられるようにしている。また利用者が日頃から受診していることから情報交換は容易であり、必要に応じて事業所利用時の利用者の状況を提供するなど連携をはかっている。</p>
<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 確実に行われている。</p> <p>b) ー</p> <p>c) 確実に行われていない。</p> </div>	非該当	ー

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p> <p>A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。</p> <p>b) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。</p> <p>c) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。</p> </div>	a	<p>余暇・レクリエーションは利用者の希望を募り、各作業班で検討し実行委員会へ持ち寄り計画するなど、利用者の希望に沿ったレクリエーションを実施している。新宮市の大型スーパーや家電量販店への買い物なども利用者の意向にそって計画され利用者に大変喜ばれている。</p>

福祉サービス第三者評価 種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(9) 外出、外泊</p> <p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に応じて行われていない。</p> </div>	非該当	—
<p>A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の希望に応じて行われていない。</p> </div>	非該当	—

福祉サービス第三者評価 種別専門基準(障害者・児)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>2-(10) 所持金・預かり金の管理等</p> <p>A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。</p> <p>b) 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。</p> <p>c) 管理体制が整備されていない。</p> </div>	非該当	—
<p>A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>b) —</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div>	非該当	—
<p>A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>b) —</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div>	非該当	—