

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：社会福祉法人いなほ福祉会 いなほ作業所 | 種別：就労継続支援B型 |
| 代表者氏名：理事長 掛橋 郁雄 | 定員(利用者数)：35名(39名) |
| 所在地：和歌山県東牟婁郡那智勝浦町中里575 TEL：0735-57-0334 | |

③訪問調査日 平成 25 年 11 月 27 日

④総評

◇特に評価の高い点

・平成10年に法人資格を取得し平成11年に作業所を開設した当事業所は、就労継続支援B型の事業所に移行しハンディキャップのある人が地域の一員として自己実現のできる豊かな人生を送ることを目的に経済的な自立を支援するという事業所の明確な基本方針を持って運営され、理念・基本方針・事業計画は、明確でわかりやすいものとなっている。

・職員は明るく親しみやすい雰囲気、利用者者に寄り添って業務していることが伺える。

・事業運営は、健全な経営によって堅実な財務状況を保っている。

・施設長は、現場経験が豊富で自らが率先して取り組みの姿勢を示すことにより、リーダーシップを発揮している。

・職員勤務時間は、就業規則の時間制度を導入することにより、残業時間の減少及び、休暇の取得が等が容易になり労働条件の改善となっている。

・利用者の経済的自立を確立するために、パン製造販売事業と利用者の社会的体験、事業と学習の組み合わせの工夫により販路拡大の効果が見られる。

・利用者の自治会活動では、利用者の主体的な運営が尊重されており、利用者が自由に安心して過ごせる場の提供となり見守りと支援の体制がうまく整備されている。

食事は地域で取れた食材を使用するなど豊かで、質・量共に満足できる水準である。

◇改善を求められる点

・理念・基本方針等について、職員には周知されているが、施設を利用する利用者に対して、周知の取り組みが不十分のように感じられるため、施設内に大きく掲示する等、誰が見てもわかるような工夫が望まれる。

・就労支援継続B型事業所として必要な規定、マニュアルが十分とは言えない。不足しているマニュアルの策定に合わせて、職員への周知と活用など、サービスの標準化と向上に向けての仕組みづくりに努められることを期待する。

・職員の質の向上に向けた体制については十分に確立されておらず、職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示し、職員の研修計画を策定していくことを希望する。

・利用者のニーズや課題の検討方法を含め、サービス支援計画策定の手順の標準化と個別支援計画に利用者の意向を反映させ、個人の能力に応じた就労支援や社会参加の姿勢を明確にし、計画策定とサービス提供の仕組みの整備が望まれる。

・会議録や研修録、ミーティングや申し送り等の記録の整備に取り組み、職員が共通認識を持てるよう期待する。

⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

これまで障がいのある人たちの働く場として、職員と障がいのある人たちが共に手を携えながら歩いてきました。そうした中、現在の支援が、障がいのある人たちの自立を支援したり、又いきいきと働くためのふさわしい環境を準備し、そのための必要な支援が適切に行われているのか、疑問を感じていました。距離に近いほど、長く勤務すればするほど、自らを客観視することが難しくなると感じていました。今回、第三者評価を受け、作業所運営や支援のありようを客観的にご指摘いただいたことは貴重でした。マニュアルの策定などが不十分な点は、必要と感じながらも忙しさにかまけて、後回しにしてしまっていたりと反省しかりです。感性を大切にしながらも、組織として運営している以上は、様々な課題や問題に対して共通の認識をもってことに当たっていかねば、間違った対応や利用者に対し不利益をもたらすことにもなりかねません。指摘のあった内容等、見直しながら改善すべきところは改善していきたいと思っております。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

| 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。 | | |
| <p>I-1-(1)-① 理念が明文化されている。</p> <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 | <p>平成10年の法人設立当初より、障害福祉の目的や使命を掲げた理念を作成・明文化し、障害者支援の地域拠点として、生活支援や作業支援を通じて利用者一人ひとりの豊かな発達と社会的自立を目指している。また、事業所としての社会的役割を果たすことを明確にし、事業計画、パンフレット、ホームページに記載されている。</p> |
| <p>I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。</p> <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 | <p>理念に基き整合性を確保し、今年度の基本方針として、事業所が目指す事業展開と運営、実施する福祉サービスを明文化し、今年度の取りくみを明らかにしている。支援の方向性や取り組み内容を具体的に明らかにすることで職員の行動規範ともなっている。</p> |
| 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、職員採用時に説明し理解を求めている。月に2回職員会議を実施し、管理者が職員に方針を伝え共通の理解を図っている。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| <p>I-1-(2)-② <u>理念や基本方針が利用者等に周知されている。</u></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> | b | <p>理念や基本方針は、初回面接時にパンフレットを配布し説明を実施しているが、利用者にとって印刷内容がわかりやすいものとなり利用者自身が理解しているかは確認していない。2ヶ月に1回家族会議を開催し、年度初めに事業計画を配布し説明しているが十分でない。</p> |
| <p>I-2 計画の策定</p> | | |
| <p>I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</p> | | |
| <p>I-2-(1)-① <u>中・長期計画が策定されている。</u></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) —</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>事業計画は、具体的に法人の進むべき方向や果たすべき役割を提示し、活動方針を明らかにすると共に、新たに取り組む事業について明確で具体的な課題を明示したものとなっている。中・長期計画は見直しを行っている。</p> |
| <p>I-2-(1)-② <u>中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</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) —</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>中・長期計画の内容を反映し、事業所が取り組むべき課題や目標を明確にした具体的な事業計画を策定している。今年度事業計画は、製パン事業の運営が軌道に乗ったことを評価したうえでさらに推し進め、販路の確保など新たな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> <p>【判断基準】 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。 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。 c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p> | a | 年間計画は職員参画のもとで、職員会議において各事業所管理者・職員・事務員も含め評価し検討している。さらに経営会議・理事会・評議会においても検討し策定されている。 |
| <p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。</p> <p>【判断基準】 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。 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。 c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。</p> | a | 計画の取り組みにあたっては資料を作成し利用者に配布するとともに、利用者向けの資料にはイラストなども交え、理解を促すよう説明に工夫し配慮している。 |
| 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。 | | |
| <p>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。</p> <p>【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。</p> | a | 管理者として自らの役割と責任についてしっかりと自覚し、次世代への継承までを意識した上で業務分掌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している。また、日ごろから職員に説明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-(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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> | a | <p>管理者は各種研修会等に参加し、遵守すべき法令等の理解に努めている。職員への法令遵守に関する通達は、会議等で伝達している。</p> |
| <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> <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> | a | <p>管理者は、職員のありのままの姿を受容し職員自らが学ぶ意欲を持っていることを評価して、望む研修への参加を支援している。また、業務を整理し業務量の軽減につとめ職員の時間保障を行う等、サービスの質の向上に関し意欲を持ち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> <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> | b | <p>職員が意欲を持って業務に取り組めるよう、働きやすい環境を設定することに力を注いでいる。経営や業務の効率化と改善に向けても、職員の同意を得て取り組み、努力しているが十分でない。指針を明確にする等一歩進んだ取り組みを期待したい。</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> | b | <p>社会福祉事業全体の動向等については情報誌などを活用して把握している。地域潜在利用者に関するデータの収集や地域福祉ニーズの把握には取り組めていない。また、支援学校と家族会の要望や声を理事会で発表する場を設定するなど努力している。支援学校との連携など、利用者の受け入れの取り組みは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> | b | <p>半期の試算表を通して収支バランスの把握は行っているが、地域ニーズの把握と稼働率の分析、利用者の推移や利用率の分析は実施できていない。周辺環境や地域の潜在的利用者数、他の作業所の情報収集などを行い、課題を洗い出し、職員に周知するよう工夫されたい。</p> |
| <p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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>外部監査は実施していない。第三者による外部監査を受け、経営改善に役立てられたい。</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。 | c | 必要な人材の確保や、人事管理に関する理解はあるが、プランは確立されていない。有効な人事管理と有資格職員の配置について、具体的な計画を策定し取り組まれたい。 |
| <p>【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。</p> | | |
| 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。 | a | 人事考課の目的や効果を理解したうえで、2年前から客観性を担保した人事考課を実施している。実施に当たっては事前に個人面談を実施し、事業所として職員に期待する役割を明確につたえ、公平性・透明性を確保した考課を実施し、記録し職務分掌などに活用している。 |
| <p>【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。</p> | | |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 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。 | a | 変形労働時間を採用しそれに基づいた勤務表を作成し、所定労働時間を管理している。職員の休暇希望も日々の事業運営に支障のない範囲で受け入れている。個別面談も実施し職員の就労向上に努めている。 |
| <p>【判断基準】 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。 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。 c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p> | | |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <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> | b | <p>福利厚生センターには加入していないが、職員の希望の聴取は行っている。</p> |
| <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> | b | <p>組織が求める基本姿勢や意識を明示し、職員の経験年数や担当部署に応じた研修等への参加を促すなど、質の向上に向けた基本姿勢を明示している。専門資格取得者が1名であることから、組織として資格取得に向けた支援や配慮への取り組みを期待する。</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>職員は研修に参加し報告書を作成し提出している。事業所として専門資格の必要性をさらに意識し職員に伝え、事業所としてのバックアップ支援を行うことや、研修計画を作成し、情報収集を行い、OJT/OffJTを適宜実施して、総合的な事業所のサービスの質の向上を目指すことを期待する。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <p>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> | c | <p>研修終了レポートを作成し、伝達講習なども実施しているが、研修計画を作成していないため評価・見直しには至っていない。</p> |
| <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;"> <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> | b | <p>実習生の受け入れについては、受け入れ時の担当者を決め、基本的にすべて受け入れることを明示している。大学と覚書を取り交わし、教育学部生の実習受け入れ体制を整備している。受け入れに関するマニュアルはなく、実習指導者への研修も行っていない。</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;"> <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> | b | <p>実習生用プログラムは整備していない。育成については受け入れ担当者が理念の説明や、支援内容を適時説明するなど積極的に協力している。職種に応じた実習プログラムの作成を期待する。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|------|-----------------|-------|
|------|-----------------|-------|

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。

- 【判断基準】
- 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。
 - 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。
 - 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。

b

緊急時(事故、感染症の発生時など)組織として連絡方法や支援体制について整備している。利用者の安全確保に関する検討や救急法の研修などは一部実施されている。消防署や医療機関、地域の自治会などとの情報交換や協力体制の構築にも取り組まれたい。

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。

- 【判断基準】
- 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。
 - 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。
 - 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。

b

ヒヤリハット・事故の事例収集は行なっているが発生要因の分析は実施していない。発生要因の分析を行い未然防止に役立てると共に、安全確保・事故防止に関する研修も実施し事故防止等の安全確保に向けて実効性のある取り組みを進め、定期的に評価・見直しを行ない、いっそうの利用者の安全確保の対策を構築されたい。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。

- 【判断基準】
- a) 利用者と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) 利用者と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) 利用者と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

事業所設立当初より地域交流を意識し、地域との関わりを重視している。地域との接点を意識し、「夏祭り」「パンまつり」などの施設行事は、障害のある人の働く姿を見てもらい知ってもらうことが啓発につながるとの思いで、積極的に地域の人に参加をよびかけ交流を行っている。利用者の日常的な活動への支援は、事業所の立地条件(市街地から遠い)から利用できる社会資源も少なく、実施していない。

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <p>II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> </div> | b | <p>製パン事業を通じて事業所としての機能を地域に還元している。特にパン祭りは、事業所に地域の人々を招き入れ理解を得ている。今後は製パン事業にとどまらない、施設紹介や活動の紹介、広報誌や印刷物の配布、介護やサービス利用についての相談支援事業や技術講習会の主催等、地域住民が自由に参加できる多様な支援活動を期待する。</p> |
| <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> </div> | b | <p>地域との交流の接点として「夏祭り」を企画し、中学生のボランティアを積極的に受け入れていたが、本年度から中止をしている。受け入れについての姿勢はあるが、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。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明確にし、パンまつり・リサイクルバザーでの受け入れと募集への広報活動を行い、ボランティア講座を開催したり体験学習を実施するなどボランティアの育成に取り組まれない。</p> |
| <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> | b | <p>防災や地域との連携については実施している。個々の利用者の状況に応じた医療機関の資料を作成し、職員室に貼り出す等、職員間で必要な情報は共有されている。施設の役割や機能を明確に理解してもらい、事業所としての役割を達成するために、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られたい。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <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> | b | <p>居宅相談支援事業所と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。関係機関・団体と連携は取っている。施設の社会状況を考慮し、近隣の障害者施設や支援学校とも協力し、ネットワークを形成し、協働してさらに具体的な問題解決に取り組みたい。</p> |
| <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> | b | <p>利用者・家族との面談や相談、支援学校の父兄との懇談会等を通して、ニーズの把握に努めている。今後は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・児童委員等と定期的に会議を開催し情報交換を行なう、地域住民に対する相談支援事業を実施するなど、さらなる福祉ニーズの把握に努められたい。</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>把握した福祉ニーズに基づいて、法人として福祉事業所やグループホーム、児童保育通園事業など多彩で具体的な事業・活動を行っている。また中・長期計画、事業計画に明示している。</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> | b | <p>理念・基本方針に利用者が主人公であると明示し、主体性の尊重と自己実現を目指してサービスを実施している。福祉サービスにかかる学習会を利用者、家族、職員対象に実施している。人権擁護にかかる身体拘束や虐待防止についても、人権擁護意識をたかめ、相互に尊重しあう組織風土を醸成するために、今後も更にOJTや外部研修への参加を推奨し利用者を尊重したサービス提供に取り組まれない。</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> | c | <p>プライバシーの保護は基本であるとの認識はあるが、マニュアルは作成していない。早急にマニュアルを作成し、職員研修を実施し、全職員がプライバシー保護についての理解を深め、基本的知識と姿勢、意識について共通理解もつように、組織として具体的に取り組まれない。</p> |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| <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> <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> | c | <p>中・長期計画には具体的なサービスの取り組みについては明示しているが、利用者の満足度を目指す姿勢を明示した文書はない。満足度についての間接的な評価を受けることはあるが、利用者の満足度を図る取り組みはしていない。今後は利用者アンケート等を実施し、希望や要望の把握をすすめ、満足度向上に向けたサービスの実施に取り組まれない。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <p>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上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> | c | <p>日常の就労場面においては、職員は利用者の支援や相談・助言に気軽に応じているが、利用者満足に関する調査を実施していないため結果の活用に至っていない。利用者満足に関する担当者・担当部署を設置し、把握した結果を分析し、検討会議を設置して、利用者参画のもとで、検討や改善に向けた取り組みを行っていただきたい。</p> |
| <p>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> <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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div> | a | <p>職員は常に利用者の様子を観察し静かに見守っている。また若い職員が多く、職員や利用者同士が互いに尊重し、思いやりを持って挨拶や言葉かけを積極的に行うなどよい雰囲気をもたらし出している。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。相談は利用者や相談内容に応じて事務所や相談室で行うなど配慮している。苦情・相談のポスターも掲示されている。</p> |
| <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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div> | b | <p>家族会などにも要望や苦情について問い合わせなどの取り組みを行っている。苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置も行い体制を整備している。今後は第三者委員の設置や、苦情の検討内容や対応策を利用者や家族等に必ずフィードバックするとともに、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> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <p>Ⅲ-1-(3)-③ <u>利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</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</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> </div> | c | <p>対応マニュアルは整備していない。利用者や家族からの意見には迅速に対応し、家族にフィードバックしているが、マニュアルがないため手順にそって同じ対応ができているとは言いがたい。</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>Ⅲ-2-(1)-① <u>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。</u></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> | b | <p>ヒヤリングにより利用者尊重の姿勢や人権擁護、プライバシー保護等標準的な個々のサービスについては実施されているが、自己評価は実施されていない。サービス内容・評価は職務分掌表において管理者・サービス管理責任者の業務と明記されているが、提供されているサービスの定期的な評価はなされていない。</p> |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|--|
| <p>Ⅲ-2-(1)-② <u>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。</u></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> | c | <p>組織としての課題は把握しているが、提供しているサービスの評価を実施していない。</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> | C | <p>課題の洗い出しや、改善策、改善計画を策定していない。自らが提供しているサービスについて把握している課題を、PDCAサイクルを活用し改善に向け取り組まれない。</p> |
| <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> | C | <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の活用が十分ではない。支援計画は作成されているが明確な反映が確認困難である。研修や個別指導により職員への周知徹底を図り、個々の利用者へのよりよいサービス提供へつなげられない。</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> | C | <p>実務上での標準的なサービス実施方法は随時見直しているが、マニュアルの見直しや改訂についての記録を確認できない。定期的な見直しを計画するとともに、PDCAサイクルを活用し、サービスの質に関する職員の共通意識を育てられたい。</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> | b | <p>サービスの実施状況について記録されているが、一人ひとりの利用者のアセスメント・モニタリング、利用者の状態について、個々の職員により記録方法が違うなどばらつきがある。個々の支援記録についても職員会議で検討を行い全員で共有し、記録内容にばらつきが生じないように工夫されたい。</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> | c | <p>重要事項説明書には個人情報保護及び情報の開示について定められているが、責任者は明記されていない。個人情報保護管理責任者を決め、個人情報保護及び情報開示の視点を持ち利用者の記録の保管、保存、廃棄に対する規定を定めると共に責任者を明確にし、適切に管理されたい。職員に対しては個人情報保護と情報開示の観点から教育や研修を実施されたい。</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>朝礼、終礼において利用者の状況把握を行うとともに情報の共有も含めた日々の申し送りを実施し、情報が職員間で的確に把握・共有されるよう取り組んでいる。定期的な検討会も実施している。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| 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>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> | b | <p>施設のパンフレットは理念が明記され、法人の発足から現在の事業展開、日課、年間行事などが記されている。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おりアクセスも容易である。障害を持つ利用者に対して写真や・図・絵などを使用し、よりわかりやすく工夫したり、玄関等に来所者が手に取れるようパンフレットを置くなど工夫されたい。</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> | b | <p>サービス利用開始前の面接時に、重要事項を提示して利用者及び家族に説明を行っている。サービス利用開始時に契約書・重要事項説明書において同意を得ているが、契約書・重要事項説明書ともに利用者にわかりやすいものとはなっていない。就業規則は利用者向けにわかりやすい言葉で、振り仮名をうつなどの工夫がされている。</p> |
| 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>対象者は少ないが一般就労への移行にあたっては、サービスの継続性を配慮し就労支援センターなどの関係機関と連携している。情報の提供、引継ぎや申し送りを実施し、スムーズな移行ができるように配慮している。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| 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。 | | |
| <p>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> <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> | b | アセスメント、モニタリングは施設内で統一した様式を用いているが、定期的な見直しは行われていない。 |
| <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> <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> | b | サービス開始前に利用者のアセスメントを実施している。利用者の状況や希望を把握するように努めているが、ニーズ・課題を具体的に支援計画に反映し支援を実施できるよう定期的な見直しの手順は定められていない。 |
| 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> | b | サービス実施計画策定の統括責任者を設置し、個別支援計画は作成されているが、個々の利用者の就労支援のみならず医療やリハビリテーション、メンタル面も含めた総合的な視点にいたらない。サービス実施責任者が一人で作成するのではなく、利用者・家族への説明も含め策定会議には利用者や家族も参加できるなど、策定に向けた具体的な手順や体制の構築に取り組みたい。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <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> <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> </div> | <p>b</p> | <p>モニタリングは実施しているが定期的実施することについて定められていない。サービス実施計画は、利用開始時のアセスメントに続き、継続利用時には定期的な面談などでモニタリングを実施されたい。実施計画は定期的に評価と見直しを行ない、職員会議等で検討し支援の方向性を職員で共有し周知を図るように仕組みを整備されたい。</p> |

(別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

| 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><u>A-1-(1)-① 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> <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> | a | 意思伝達に制限のある利用者については、担当職員がパソコンを使用したり、写真を示すなどの工夫を行い、その人の意思や希望を正しく理解し円滑なコミュニケーションをはかれるよう努力している。職員は利用者同士の関わり合いを通じて利用者の様子に配慮し、見守りとサインの発見や確認に努めている。 |
| <p><u>A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。</u></p> <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> | a | 利用者自治会が結成されており、月に2回自治会を開催している。自治会メンバーが中心となって他施設の見学や交流会への参加等の企画や運営を行い、会議の進行も利用者が行うなど、利用者の主体的な活動を尊重している。会議開催前には職員のサポートを得て、自治会役員が事前会議を行う等、主体的な活動を行っている。 |
| <p><u>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。</u></p> <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> | b | 利用者の心身の状態が安定している場合は、見守りの姿勢を保ち落ち着いて支援できている。出張などで職員数が少ないときで不安定な利用者がある場合は、個別支援をいかに行うかなど、対応について事前に確認しておくことが望まれる。 |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|--|
| <p>A-1-(1)-④ <u>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。</u></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> | b | <p>社会生活力を高めるために事業所として取り組んでいる製パン事業を通して、本人の希望と能力に応じた活動を選択し、利用者の持てる力を引き出せるよう、かかわりを工夫している。利用者が、障害の理解や、地域社会での生活に必要な学習や訓練、また人権意識を高められるよう、情報や資料の提供を行われない。</p> |

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事

| | | |
|---|---|--|
| <p>A-2-(1)-① <u>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。</u></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>食事は、栄養量や食事形態に配慮し提供されており、利用者個々の状態に応じた支援と見守りが行われている。大半の利用者は自分で食事が可能であり、自立を尊重した食事摂取となっている。</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>A-2-(1)-② <u>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。</u></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>年に1回嗜好調査を行い利用者が希望する献立を盛り込み、季節感あふれる地元の食材を採用したり、調理法や味つけに工夫をしている。また、主食のご飯と味噌汁は保温容器に入れ、利用者の喫食時間に応じて提供されている。</p> |
|---|---|--|

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|---|
| <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>製パン事業の展開から、現在食堂として利用している部屋は、昼食時間を除き製パン作業の袋のラベル貼りと出来上がったパンの袋詰の作業場とした併用使用しているが、食事時間になれば利用者が自主的に片づけをして食堂として使用している。食堂は明るく清潔である。食事時間は12時～13時までで、作業時間に配慮し、利用者の好む時間に友人や職員と一緒に自由に摂ることができる。</p> |
| <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> | - | 該当なし |
| <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> | - | 該当なし |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <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) ー</p> <p>c) 環境は適切ではない。</p> </div> | - | 該当なし |
| 2-(3) 排泄 | | |
| <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) ー</p> <p>c) 介助は快適に行われていない。</p> </div> | b | <p>利用者の様子を観察しながら誘導や声かけを行うなど、安全やプライバシーに配慮した介助を実施している。利用者が自力でチェックや後始末ができるように個別支援を行うなど配慮や工夫をしている。また、食品を扱っていることから、食品衛生への対応に配慮している。排泄のチェックや記録は行っていないため、健康管理の面からも取り組みを工夫されたい。</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) ー</p> <p>c) 清潔かつ快適ではない。</p> </div> | a | <p>トイレは男女別に設けられ、プライバシーに配慮した構造となっており、車椅子対応トイレも設置している。毎日清掃が実施され、汚れた際にはその都度清掃し清潔を保っている。車椅子対応トイレには冷暖房設備が取り付けられている。</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 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。</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> | - | 該当なし |
| <p>A-2-(4)-② 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。</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> | - | 該当なし |
| <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> | - | 該当なし |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|---|
| <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) ー</p> <p>c) 配慮していない。</p> </div> | ー | 該当なし |
| <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;"> <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> | ー | 該当なし |
| <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> | C | <p>健康診断を実施している。インフルエンザの予防注射などは、基本的には自己責任としている。医療機関との連携を深め、健康相談や、専門職による健康面での説明の実施、歯科医師や歯科衛生士による口腔衛生の指導等の実施にむけた健康管理マニュアルの作成が望まれる。</p> |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|--|-----------------|--|
| <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> | b | <p>嘱託医や協力医療機関と提携契約し、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が、利用者は個々に主治医がいるため、その主治医との情報交換は行えておらず連携は十分とはいえない。健康面に変調があったときの対応は、職員間で情報共有されている。マニュアルとして作成し必要に応じて手順の見直しを図り、必要時に迅速かつ適切な医療が受けられる体制を整備されたい。</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> | c | <p>利用者に合わせて服薬の声かけなどのサポートを行っているが、薬についての適切な情報の取得は処方箋コピーの保管にとどまっている。薬の保管や服薬確認、記録などについてマニュアルを用意され、さらに確実に支援されたい。</p> |
| <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>日常的には製パン事業が主体の活動であるため、第三土曜日をレクリエーションの日とし、自治会で利用者の希望を募り、温泉・映画・食事会・ボーリングなどを実施している。さらに旅行積み立てを行い、年に1回1泊旅行を計画し実施している。旅行は各種資料を取り寄せポイントを張り出すなどの情報提供を行い、利用者が楽しみを膨らませるなど工夫をしている。</p> |

| 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> | - | 該当なし |
| <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> | - | 該当なし |
| <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> | - | 該当なし |

| 評価項目 | 評価結果 (a・b・c) | 評価の理由 |
|---|-----------------|-------|
| <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) ー</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div> | ー | 該当なし |
| <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) ー</p> <p>c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> </div> | ー | 該当なし |