評 価 セ 発 第５５号
令和７年１１月２７日

社会福祉法人　太陽の家
別府第１ワークセンター
理事長　山下　達夫　様

社会福祉法人大分県社会福祉協議会
福祉サービス評価センターおおいた
代表委員　宮 川 浩 臣

福祉サービス第三者評価 評価報告書の送付について

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
さて、この度は、「福祉サービス第三者評価」を受審いただきありがとうございました。別添評価報告書を送付いたします。
評価結果に対して意見が無い場合は「評価報告書の結果について（回答書）」及び「結果の公表について（回答書）」を返送いただき、意見がある場合は「挙証資料」を添付いただきますようお願いいたします。
また、公表する場合は、ＷＡＭ－ＮＥＴホームページに掲載いたします。

【返送先】
福祉サービス評価センターおおいた
〒870-0907 大分市大津町２－１－４１
TEL:097-558-1560　FAX:097-558-1990

評　価　報　告　書

福祉サービス第三者評価項目（障害者・児施設版）
（評価項目の構成）

Ⅰ．福祉サービスの基本方針と組織

1. 理念・基本方針
2. 経営状況の把握
3. 事業計画の策定
4. 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

Ⅱ．組織の運営管理

1. 管理者の責任とリーダーシップ
2. 福祉人材の確保・育成
3. 運営の透明性の確保
4. 地域との交流、地域貢献

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
2. 福祉サービスの質の確保

A-1　利用者の尊重と権利擁護

A-2　生活支援

A-3　発達支援

A-4　就労支援

訪問調査日　　令和　7年　　11月　　11日
調査実施の時間　　開始　　10時　00分　～　終了　15時　　15分

施　設　名　別府第1ワークセンター

主任評価調査員
（記入者）　氏名　　衛藤　清孝

同行調査員　氏名　　山本　裕子

施設側対応者

（職　名）	（氏　名）
別府本部長	恒松　克巳
別府工場課　課長	石本　龍一

ヒヤリングをした職員数　　2　人

※記入方法
●調査の結果を調査員同士が話し合い、主任調査員がご記入下さい。
●第三者評価基準(障害者・児施設版）の判断基準に基づき「a」「b」「c」の欄のいずれかに○を付け、その判断した理由や根拠を記入して下さい。
※評価項目について
●評価項目は64項目です。

自 己 評 価 調 査 書

福祉サービス第三者評価項目（障害者・児施設版）
（評価項目の構成）

Ⅰ．福祉サービスの基本方針と組織

1. 理念・基本方針
2. 経営状況の把握
3. 事業計画の策定
4. 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

Ⅱ．組織の運営管理

1. 管理者の責任とリーダーシップ
2. 福祉人材の確保・育成
3. 運営の透明性の確保
4. 地域との交流、地域貢献

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
2. 福祉サービスの質の確保

A-1　利用者の尊重と権利擁護

A-2　生活支援

A-3　発達支援

A-4　就労支援

自己評価調査日　　令和 7 年 11 月 11 日

施 設 名　　別府第1ワークセンター

自己評価調査責任者

職 名	別府本部長
氏 名	恒松 克巳
Ｔ Ｅ Ｌ	0977-66-0277

※記入方法

●「評価報告概要表」の「全体を通して」と「特記事項（優れている点、要改善について）についての記入をお願いします。

●第三者評価基準(障害者・児施設版）の判断基準に基づき「a」「b」「c」の欄のいずれかに〇を付けて下さい。

●「判断した理由や根拠」の欄を具体的に記入して下さい。
（「b」「c」と判断した場合は、必ず「改善すべき点等の特記事項」をお書き下さい。）

※評価項目について

●評価項目は64項目です。

1 評価報告概要表

全体を通して（優れている点、独自に工夫している点など）
（施設概要） ・太陽の家は、創設者中村裕氏のチャレンジ精神「No Charity, but a Chance！」を理念に、1965年に別府市に創設以来、障がいのある人が取り残されることのない社会を目指しており、障がいがあっても働く能力には関係なく、働く場所や地域で生活をするユニバーサルな環境づくりに取り組んでおり、多くの障がい者の社会参加を支援している。 ・障がいがある人もない人も互いに支えあい、地域で共に生活ができる福祉の町づくり「共生社会」を目指している。 ・地域に開かれた施設づくりに取り組んでおり、体育館、トレニーグルーム、スーパーマーケット、銀行の支店等が太陽の家の敷地内に設置されており、地域住民との交流の場となっている。また、今年度は創立60周年記念行事が企画され、多くの人が参画しており、共生社会への理解度が高まっている。 ・福祉事業は、施設入所支援、就労移行支援、就労定着支援、就労継続支援A型・B型、障がい者就業・生活支援センター、特別養護老人ホーム等である。地域交流の場として、太陽の家ミュージアム、コミュニティセンター、サンスポーツセンター等があり、地域の福祉の町づくりに寄与している。また、太陽の家とオムロン等の企業が資本金を出資して設立した共同出資会社（オムロン太陽・ソニー太陽、三菱商事太陽、ホンダ太陽等）は、障がいのある人が多く雇用されており、多様な働き方が提供されている。別府市以外にも、日出町、杵築市、愛知県、京都府等で事業を展開している。 ・[就労継続支援A型事業別府第1ワークセンター]は2011年4月に開設、利用定員は40名で、利用者に一般就労に必要な技能・技術等の習得を支援するために就労の場を提供している。利用者は、オムロン太陽、ソニー・太陽からの受注業務、電気機器部品の組立、倉庫管理業務等に従事している。 利用者に応じて適切な仕事内容、配慮した環境づくり、レイアウトの変更、治具の工夫等によって生産の効率化・迅速化が図られており、就業時間は一般企業と同様である。尚、賃金は県内の他のA型事業所と比較しても高いクラスである。 （全体的に優れている点、工夫している点） 【中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。】 ・2022年度から2030年度までの中・長期計画を策定しており、将来目標として「障がいのある人が取り残されることのない社会」を掲げている。「働く、暮らす、地域環境」の3つ柱にそれを推進していくため「組織の基盤」で構成されている。各項目毎に重点目標を掲げて、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な活動内容になっている。評価は年度単位で実施しており、理事会、評議会に報告している。また、中・長期計画は3期に分かれており、各期の終了時に計画の見直しを行っている。

分　野	特記事項（優れている点、要改善について）
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織	（優れている点） 【中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。】 ・2022年度から2030年度までの中・長期計画を策定しており、将来目標として「障がいのある人が取り残されることのない社会」を掲げている。「働く、暮らす、地域環境」の3つ柱にそれを推進していくため「組織の基盤」で構成されている。各項目毎に重点目標を掲げて、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な活動内容になっている。評価は年度単位で実施しており、理事会、評議会に報告している。また、中・長期計画は3期に分かれており、各期の終了時に計画の見直しを行っている。
Ⅱ 組織の運営管理	（優れている点） 【地域との関係が適切に確保されている。】 ・地域の方々と共に生活をする福祉の町づくりを進めており、利用者が地域の人々と交流でき、余暇が楽しめる必要な情報を、ラウンジの掲示板で情報提供を行っている。また、地域活動やクラブ活動、レクリエーション行事の参加については、必要があれば関係する職員（関係＝職場担当、クラブ担当）が参加している。地域との交流については、法人が毎年実施する夏祭りや、更に、今年度より実施している地域連携推進会議のメンバーに地域の方々、利用者、利用者の家族、職員等が参加しており、地域社会との交流の機会が広がっている。
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	（優れている点） 【利用者を尊重する姿勢が明示されている。】 ・法令遵守（ｺﾝﾌﾟﾗｲｱﾝｽ）規程、ハラスメント防止規程、利用者人権擁護規程等を策定しており、利用者を尊重した福祉サービスの提供に取り組んでいる。また、職員に対しては、eラーニング等で研修を実施している。なお、年に1回利用者満足度調査を実施しており、利用者の意向等の状況の把握、評価を行っている。
A-1 利用者の尊重と権利擁護	（優れている点） 【利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。】 個別支援計画作成時、一人ひとりモニタリング等を実施し、利用者の意向を踏まえた個別支援計画を作成している。 （要改善点）
A-2 生活支援	（優れている点） 【利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。】 ・個別支援計画作成時、一人ひとりモニタリング等を実施し、利用者の意向を踏まえた個別支援計画を作成している。また、個別支援計画は最低でも6ヶ月毎の見直しを実施している。 ・機能訓練等必要な方に関しては、PT、OTと連絡調整を行い、個別支援計画に反映するようにしている。 （要改善点）
A-3 発達支援	（優れている点） （要改善点）
A-4 就労支援	（優れている点） 【利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。】 ・個別支援計画作成時に、利用者の障害、配慮事項を把握し、ニーズに沿った作業を提供するよう努めている。 ・協力企業と一緒に改善活動に取り組み、障害に配慮したレイアウト変更や治具の作成等行っている。 ・1回/年に業務内容、取り組み、勤務状況を考慮した考課査定を実施し、昇給について検討を行っている。 ・賃金引き上げのための単価交渉や、新規作業の取り込み等行っている。・協力企業と連携することで、一般企業への就職の機会につながるよう支援している。

分野・領域			項目数	評価		
				a できている	b 十分でない	c できていない
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織			小計 9項目	9	0	0
	1	理念・基本方針	1項目	1	0	0
	2	経営状況の把握	2項目	2	0	0
	3	事業計画の策定	4項目	4	0	0
	4	福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	2項目	2	0	0
Ⅱ 組織の運営管理			小計 18項目	17	1	0
	1	管理者の責任とリーダーシップ	4項目	4	0	0
	2	福祉人材の確保・育成	7項目	7	0	0
	3	運営の透明性の確保	2項目	2	0	0
	4	地域との交流、地域貢献	5項目	4	1	0
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施			小計 18項目	18	0	0
	1	利用者本位の福祉サービス	12項目	12	0	0
	2	福祉サービスの質の確保	6項目	6	0	0
A-1 利用者の尊重と権利擁護			小計 2項目	2	0	0
	1	利用者の尊重と権利擁護	2項目	2	0	0
A-2 生活支援			小計 13項目	14	0	0
	1	生活支援	13項目	14	0	0
A-3 発達支援			小計 1項目	0	0	0
	1	発達支援	1項目			
A-4 就労支援			小計 3項目	3	0	0
	1	就労支援	3項目	3	0	0
			合計 64項目	63	1	0

2 調 査 報 告 書

Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

○ →該当する項目へ丸印を入れてください。合計は自動的に計算します。

Ⅰ-1 理念・基本方針

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅰ-1-(1)	理念、基本方針が確立・周知されている。					
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			理念である「No Charity, but a Chance!」(保護より機会を！)「世に身心(しんしん)障がい者はあっても仕事に障がいはあり得ない」太陽の家の存在意義として広報媒体(ホームページ、パンフレット等)に必ず記載されており、法人が目指すべき方向を具体的に表している。基本方針は、「共に理解し、共に学び、共に前を向いて」、行動指針は、「コミュニケーションを図り、互いを知る」等と明文化されている。理念、基本方針、行動指針は職員採用時に研修として組み込まれ、利用者や家族には利用契約の中で説明を行っている。また、マスコミの取材も多数あり、マスメディアの報道を通して、法人の理念や基本方針が多くの視聴者等に広く周知が図られている。	
理念・基本方針 計		1	0	0		

Ⅰ-2 経営状況の把握

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅰ-2-(1)	経営環境の変化等に適切に対応している。					
Ⅰ-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	○			新制度、報酬改定等は県や各種団体の説明会に積極的に参加している。また、県や市町村の各種福祉計画についても把握に努めている。地域の支援学校や自立支援協議会等の関係機関から、福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化等の情報を得ることが出来ている。定期的に経営状況の把握・分析が行われており、福祉サービスのコスト分析や利用率はサービス利用状況表等のデータ等により、毎月の定例会議にて現状が適切に把握、分析されている。	
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	○			経営分析については、外部の経営コンサルによる診断等に基づいて法人の経営課題や問題点を明らかにしている。診断結果については、理事会、評議委員会等に報告し、課題については議事録にて職員にも周知している。なお、課題として、物価上昇等による経費負担増を挙げている。	
経営状況の把握　計		2	0	0		

Ⅰ-3 事業計画の策定

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅰ-3-(1)	中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
Ⅰ-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	○			2022年度から2030年度までの中・長期計画を策定しており、将来目標として「障がいのある人が取り残されることのない社会」を掲げている。「働く、暮らす、地域環境」の3つ柱にそれを推進していくため「組織の基盤」で構成されている。各項目毎に重点目標を掲げて、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な活動内容になっている。評価は年度単位で実施しており、理事会、評議会に報告している。また、中・長期計画は3期に分かれており、各期の終了時に計画の見直しを行っている。	
Ⅰ-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	○			中・長期計画の内容を反映した単年度事業計画は、実行可能な具体的な計画が策定されている。実施内容の評価ついては毎月評価を行っており、「経営会議」にて四半期毎に結果報告を行っている。	
Ⅰ-3-(2)	事業計画が適切に策定されている。					
Ⅰ-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	○			事業計画については、定められた時期に各職場で前年度の評価を行った後に新年度の事業計画を策定している。前年度の評価は職員の参画・理解のもと組織的に評価を行っており、結果については理事会・評議員会等に報告をしている。新年度の計画は年度当初にｷｯｸｵﾌ会議を開催し職員に周知され、理解している。更に、事業計画を基本にして各課の計画が策定されている。	
Ⅰ-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	○			事業計画において、事業所の作業に係る主な内容について利用者に説明を行っている。また、福祉サービスに係る計画については必要に応じて利用者、家族へ説明を行っている。	
事業計画の策定　計		4	0	0		

Ⅰ-4　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅰ-4-(1)	質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。					
Ⅰ-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	○			ISO9001と同様の方法で、法人全体で内部監査を行って組織的にチェックを実施している。福祉サービスの質の向上については、福祉サービス改善委員会を実施しており、福祉サービスの内容について、組織的に評価が行われている。また、委員会に外部委員を配置しており、第三者の評価も受けている。	

Ⅰ-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	○			内部監査の結果については、実施報告書により改善点、良かった点について全体報告会にて報告され、職員間で情報の共有化が図られているさ。 改善点については是正計画を立案し是正実施を行い、その結果について、被監査先管理者、監査員、監査員管理者等がその有効性について確認を行っている。	
福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組　計		2	0	0		

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅱ-1-(1)	管理者の責任が明確にされている。					
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	○			事務局組織規程及び職種定義表にて管理者の役割や責任について明記されており、役割と責任について全職員が確認出来る内容となっている。また、有事における管理者不在時の権限委譲等については明文化されている。	
Ⅱ-1-(1)-②	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。	○			遵守すべき法令等については、管理者は施設長研修及びeラーニング、職員はeラーニングにて重要法令の周知及び研修を実施（年1回必須）して取り組んでいる。管理者は法令について改定内容の有無と内容について法令遵守チェックシートに基づいて確認を行っている。また、利害関係者との適正な関係を保持している。	
Ⅱ-1-(2)	管理者のリーダーシップが発揮されている。					
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	○			福祉ｻｰﾋﾞｽの質について、支援計画、支援会議録、ｹｰｽ記録等にて、定期的、継続的に評価・分析を行っている。課題があった場合は各種専門員会（体制）へ提言を行い、改善のために取組んでいる。また、福祉ｻｰﾋﾞｽに対しての満足度調査などから課題抽出し福祉ｻｰﾋﾞｽの質の向上を目指している。職員にたいしては、福祉サービスの質の向上の為の教育・研修をeﾗｰﾆﾝｸﾞによる研修や、専門研修の機会の充実に取り組んでいる。	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	○			人事・労務・財務等、必要な情報はすべてﾃﾞｰﾀで管理し確認をしている。財務に関しては毎月、収支状況等について経営会議や部内会議にて報告している。また、現場報告会に参画して、業務改善等に指導力を発揮している。	
管理者の責任とリーダーシップ　計		4	0	0		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅱ-2-(1)	福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。					
Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	○			中長期計画の中で「4組織の基盤、⑧人材確保・育成」を重点目標としており、働きやすい職場づくり、専門職の育成等を掲げている。また、教育研修規程に沿って新人から管理職に至るまでの階層別の育成・教育を行っている。学校訪問やホームページ、SNS等を活用した福祉人材確保の採用活動を行っている。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	○			職員職務等級規程（能力適正評価表、業務成績評価表）を定めており、一定の基準にもとづいた職務に関する成果や貢献度等を評価している。また、管理職との面談を実施し、職員の意向・意見等（目標申告カード）を確認し、適性を見極めた人事配置にも努めている。	
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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	○			労働安全衛生委員会を月1回開催し、衛生管理者による職場巡視を週1回行い、働きやすい職場環境改善に努めている。原則として、年2回は管理職との個別面談があり、職員の希望や悩み相談に応じている。各本部に職場環境委員を配置しており、職員が相談できる窓口を幅広く選択できるような組織内の工夫をしている。また、公認心理士を常勤で配置しており、必要に応じて個別面談を実施している。	
Ⅱ-2-(3)	職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
Ⅱ-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			職員一人ひとりに目標管理シート（MBO）の作成を義務付けており、毎年、作成時と半期毎に面談による進捗状況の確認を実施している。目標達成の成果については、賞与査定や能力評価査定に繋げている。	
Ⅱ-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	○			期待する職員像は、「職業能力開発計画」の中で明示されており、教育研修計画は「太陽の家職員研修体系」に基づいて、教育・研修が実施されている。	
Ⅱ-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	○			職員の知識、技術水準等については、今年度に「力量表（仮）」を作成し運用する計画を立て実施している。 外部研修の情報は適宜に情報提供を行っており、参加についても現場のコンセンサスを得て、参加できるよう配慮している。	
Ⅱ-2-(4)	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。					

Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	○			社会福祉士の実習では、社会福祉士実習指導者が3名在籍しており、社会福祉士会のプログラムに沿った実習が行われている。今後、精神保健福祉士の実習プログラムも提供する計画もあり、実習生等の研修・育成について体制は整備されている。	
福祉人材の確保・育成　計		7	0	0		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅱ-3-(1)	運営の透明性を確保するための取組が行われている。					
Ⅱ-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	○			ホームページ等を活用して、法人の理念や基本方針・行動指針や、当事業所が提供する福祉サービスの内容等の実施状況報告書・スコア表等を開示しており、情報公開が適切に行われている。	
Ⅱ-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	○			年1回の監事監査、公認会計士による年4回の監査、外部コンサルタントの経営分析等を実施しており、適正な経営・運営に取り組んでいる。	
運営の透明性の確保　計		2	0	0		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅱ-4-(1)	地域との関係が適切に確保されている。					
Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	○			地域の方々と共に生活をする福祉の町づくりを進めており、利用者が地域の人々と交流でき、余暇が楽しめる必要な情報を、ラウンジの掲示板で情報提供を行っている。また、地域活動やクラブ活動、レクリエーション行事の参加については、必要があれば関係する職員（関係＝職場担当、クラブ担当）が参加している。地域との交流については、法人が毎年実施する夏祭りや、更に、今年度より実施している地域連携推進会議のメンバーに地域の方々、利用者、利用者の家族、職員等が参加しており、地域社会との交流の機会が広がっている。	
Ⅱ-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		○		2020年に太陽ミュージアムは、障がい者の仕事や生活、スポーツを体験し、その楽しさや工夫を多くの人に知ってもらうために開館されており、来場者年々増加している。また、市内の小学校の社会見学のコースとなっており福祉学習の施設としての役割をはたしている。なお、学校教育への協力として、地元小学校の評議員、支援学校の評議員として参画して運営に協力をしている。	法人全体としては既にボランティアの受け入れや福祉学習の施設としての協力が行われており、今後、当施設の姿勢や受け入れ方針や体制を明確にするマニュアルの策定について検討することを期待する。
Ⅱ-4-(2)	関係機関との連携が確保されている。					

Ⅱ-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	○			関係機関・団体との定期的な連絡会として、自立支援協議会の就労部会、相談支援部会などに参加しており、地域の課題について情報を共有し、解決に向けた取組を行っている。	
Ⅱ-4-(3)	地域の福祉向上のための取組を行っている。					
Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	○			法人が主催で行う会議で、福祉サービス改善委員会、地域連携推進会議等を通じて、民生委員から地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	○			法人は、公益的な事業として障がい者就業・生活支援センター等の事業を展開しており、共生社会を目指して地域社会における福祉向上に積極的に役割を果たしている。また、地域の防災対策として、被災時における福祉サービスの還元としてDWATへの支援体制や、地域の防災拠点として津波避難所に指定されている。なお、障害を抱えたウクライナからの避難の方を受入れなどを行い、現在は市民として自立した生活ができるよう支援も行われている。	
地域との交流、地域貢献　計		4	1	0		

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

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅲ-1-(1)	利用者を尊重する姿勢が明示されている。					
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	○			法令遵守（ｺﾝﾌﾟﾗｲｱﾝｽ）規程、ハラスメント防止規程、利用者人権擁護規程等を策定しており、利用者を尊重した福祉サービスの提供に取り組んでいる。また、職員に対しては、eラーニング等で研修を実施している。なお、年に1回利用者満足度調査を実施しており、利用者の意向等の状況の把握、評価を行っている。	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	○			個人情報管理規程、特定個人情報取扱規程等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが行われている。	
Ⅲ-1-(2)	福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。					
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	○			ホームページを開設しており、利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報公開を行っている。また、利用希望者のみならず、広く一般の見学希望者も随時受入れ対応している。利用希望者に対しては利用までの流れ等や、福祉サービス利用に関するアドバイス等について個別に必要な情報提供が行われている。	

Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	○			福祉サービス開始時にはオリエンテーションの時間を設定しており、各種規程、重要事項説明書等で説明を行っている。また、変更時にもその都度説明を行い、個別に同意を得たうえでその内容を書面で残している。	
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○			他の福祉施設・事業所への移行等、福祉サービスの継続性に配慮した支援は、次の福祉施設・事業所の担当職員が引継ぎを実施しており、記録に残している。	
Ⅲ-1-(3)	利用者満足の向上に努めている。					
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	○			年に1度、満足度調査を実施しており、調査結果を事業所内に掲示している。また、福祉サービス改善委員会を開催し、結果に対する改善策等を公表している。	
Ⅲ-1-(4)	利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。					
Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○			福祉サービスに関する苦情対応規程にもとづき、利用者や家族等からの満足度を高めるとともに、信頼を確保するため、苦情解決に関する必要な事項を定め取り組んでいる。また、苦情受付担当者を含む苦情解決の仕組みについて、事業所内に掲示物を掲示している。	
Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	○			事業所内にはプライバシーに配慮した相談室を設置おり、相談しやすい、意見を述べやすいスペースが確保されている。重要事項説明書で利用者が相談したい時や、意見を述べたい時等の方法や相談相手を選択できるよう説明をしている。	
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	○			モニタリングや定期面談を実施しており、ケース記録や個別支援計画に反映させている。また、年1回の満足度調査を実施し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。	
Ⅲ-1-(5)	安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。					
Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	○			安全衛生管理・委員会規程にもとづいたリスクマネジメント体制が整備されており、安心・安全な福祉サービスの提供に努めている。また、衛生管理者による職場巡視の実施をしている。職員に対しては、安全確保・事故防止に関するeラーニングにて研修が行われている。	
Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	○			感染対策委員会規程にもとづいた感染症の予防と発生時等の対応を行っている。また、事業継続(BCP)も整備している。職員に対しては、eラーニングにて研修が行われている。	
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	○			事業継続計画(BCP)を整備しており、災害時における利用者の安全確保の体制が整備されている。。また、定期的に消防署等と連携した法人全体での総合災害活動訓練を実施している。	
利用者本位の福祉サービス　計		12	0	0		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
Ⅲ-2-(1)	提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。					
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	○			重要事項説明書にて提供する福祉サービスの実施方法等文書化され、それにもとづいた福祉サービスが行われている。職員にも研修や個別の指導等について周知されている。	
Ⅲ-2-(1)-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。	○			定期的なモニタリングを実施しており、検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。	
Ⅲ-2-(2)	適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。					
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	○			アセスメントにもとづき利用者の必要なニーズを把握している。個別支援会議には利用者を交えた各担当職員（サービス管理責任者、職業指導員、生活支援員、看護士、栄養士）が参加し、協議を実施しており、利用者のニーズに沿った個別支援計画を策定している。	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	○			6か月ごとにモニタリングを実施し、計画の見直しを行っており、個別支援会議には利用者を交えた各担当職員が参加し、利用者のニーズに沿った個別支援計画を作成している。また、計画に変更があった際は都度個別支援会議を開催している。	
Ⅲ-2-(3)	福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	○			提供した福祉サービスは適切に記録をしており、記録はセキュリティ対策されたPCにて管理され、関係職員がいつでも確認し情報が共有できる体制になっている。情報共有を目的とした会議として総合支援会議を定期的に開催をしている。	
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。	○			文書管理規程、個人情報管理規程、特定個人情報取扱規程等規程が定められ、個人情報が適切に管理されている。また、職員に関してはeラーニングにて教育や研修が行われている。	
福祉サービスの質の確保　計		6	0	0		

3 調 査 報 告 書 （障害者・児福祉サービス版）

A－1 利用者の尊重と権利擁護

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A－1-(1)	自己決定の尊重					
A－1-(1)-①	利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	○			個別支援計画作成時、一人ひとりモニタリング等を実施し、利用者の意向を踏まえた個別支援計画を作成している。	
A－1-(2)	権利擁護					
A－1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	○	－		・利用者人権擁護規程があり、利用者虐待防止、身体拘束等適正化の指針が明示されている。 ・職員はeラーニング等による研修を実施。 ・利用者に対しては重要事項説明書にて取り組みを周知している。 ・過去に虐待や身体拘束の事例なし。	
利用者の尊重と権利擁護　計		2	0	0		

A-2 生活支援

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-2-(1)	支援の基本					
A－2-(1)-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	○			・サービス等利用計画をもとに、個別支援計画作成時、一人ひとりモニタリング等を実施し、利用者の意向を踏まえた個別支援計画を作成している。 ・個別面談を実施し、生活の自己管理に向けたアドバイスや、必要によっては行政手続きの支援等を実施している。	
A－2-(1)-②	利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	○			・個別に定期面談を実施し、意思疎通を図っている。状況によっては家族や関係機関との連絡調整を行っている。 ・外国人利用者（聴覚障害）の方に対し、翻訳アプリの活用や、手話通訳を依頼し、コミュニケーションを図っている。	
A－2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	○			・定期面談等実施し、利用者とのコミュニケーションを図っている。 ・支援が必要な内容に関しては関係部署を集めた会議や、課内連絡会で情報共有を行っている。	

A－2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	○			・個別支援計画作成時、一人ひとりモニタリング等を実施し、利用者の意向を踏まえた個別支援計画を作成している。また、個別支援計画は最低でも6ヶ月毎の見直しを実施している。 ・法人の実施するレクリエーションや、地域の行事に関する情報提供は行っている。	
A－2-(1)-⑤	利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	○			・支援が必要な内容に関しては関係部署を集めた会議や、課内連絡会で情報共有を行っている。 ・職員は専門知識習得のためのeラーニング視聴や外部研修に参加している。	
A-2-(2)	日常的な生活支援					
A－2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	○			・日常生活動作等の確認については支援会議にて確認したり、医師からの情報などから必要な利用者には栄養面に配慮した食事を食堂にて提供している。また利用者がリハビリスタッフに日頃から自由に身体機能の相談できる環境を整えている。	
A-2-(3)	生活環境					
A－2-(3)-①	利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	○			・衛生管理者によるパトロールや、作業場内における5S活動を実施し、安心、安全な環境維持に努めている。 ・満足度調査をもとに、安心、安全環境確保に努めている。 ・面談や一時的な退避場所として相談室を設置している。	
A-2-(4)	機能訓練・生活訓練					
A－2-(4)-①	利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	○			・個別支援計画作成時、一人ひとりモニタリング等を実施し、利用者の意向を踏まえた個別支援計画を作成している。また、個別支援計画は最低でも6ヶ月毎の見直しを実施している。 ・機能訓練等必要な方に関しては、PT、OTと連絡調整を行い、個別支援計画に反映するようにしている。	
A-2-(5)	健康管理・医療的な支援					
A－2-(5)-①	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	○			・法人内に健康相談室を設けており、看護師による健康相談等受けれるようになっている。 ・利用者の体調変化への対応として、必要であれば主治医との連絡調整を行っている。 ・職員は感染症等の研修を受講している。	
A－2-(5)-②	医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	○			・医師からの診断書等などの指示があれば、看護師と連携し、それに基づいた配慮や対応を行っている。	
A-2-(6)	社会参加、学習支援					

A－2-(6)-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	○			・ニーズによっては社会資源の活用方法等の情報提供を行っている。	
A-2-(7)	地域生活への移行と地域生活の支援					
A－2-(7)-①	利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	○			・A型事業所のため利用者はすでに地域生活を行っている。面談等を通じ、ニーズによっては社会資源の活用方法等の情報提供を行っている。	
A-2-(8)	家族等との連携・交流と家族支援	○				
A－2-(8)-①	利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	○			・ニーズや状況によっては家族との連絡調整は行っている。また、家族の生活状況等について相談があれば必要なアドバイス等を行っている。	
生活支援　計		14	0	0		

A-3 発達支援

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-3-(1)	発達支援					
A－3-(1)-①	子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。					
発達支援　計						

A-4 就労支援

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-4-(1)	就労支援					
A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	○			・利用者一人一人の希望や、ニーズ、職能を把握し、適正な作業の提供、支援を行っている。 ・業務に必要な資格取得や、協力企業への実習等、一人一人の能力向上に努めている。	
A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。	○			・個別支援計画作成時に、利用者の障害、配慮事項を把握し、ニーズに沿った作業を提供するよう努めている。 ・協力企業と一緒に改善活動に取り組み、障害に配慮したレイアウト変更や治具の作成等行っている。 ・1回/年に業務内容、取り組み、勤務状況を考慮した考課査定を実施し、昇給について検討を行っている。 ・賃金引き上げのための単価交渉や、新規作業の取り込み等行っている。・協力企業と連携することで、一般企業への就職の機会につながるよう支援している。	
A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	○			・協力企業への実習の実施や、情報共有を行い、一般就労への可能性を模索している。 ・一般就労移行後は職場訪問等、職場定着に向けた支援を行っている。	
就労支援 計		3	0	0		

FAX　097－558－1990

評価報告書の結果について（回答書）

施設名	

（　）特に意見なし

（　）意見あり

※　「挙証資料」および別添「意見書」を添付ください。

（申し出先および事務局）
福祉サービス評価センターおおいた
〒870-0907 大分市大津町２－１－４１
TEL:097-558-1560　FAX:097-558-1990

意見がある場合のみ

評価結果に対しての意見書

施 設 名

ご記入者職名及び氏名

令和　　年　　月　　日

○意見書の記入方法

意見のある項目No.を記入してから意見をご記入ください。用紙が不足する場合はコピーしてください。
意見書用紙は、パソコンで作成され入力されても結構です。
原則として挙証資料（ご意見の根拠、裏づけとなる資料）を添付してください。

意見書郵送先住所
〒870－0907
大分市大津町2－1－41　大分県総合社会福祉会館内
福祉サービス評価センターおおいた

結果の公表について（回答書）

令和　　年　　月　　日

施設名	

（　）公表する　　（　）公表しない

↓

受審事業者のコメント　※必ずご記入ください。

（返送先および事務局）
福祉サービス評価センターおおいた
〒870-0907 大分市大津町２－１－４１
TEL:097-558-1560　FAX:097-558-1990