

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011 年 10 月 25 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002

住所

札幌市中央区北2条西7丁目

電話番号 011-251-3897

評価機関名 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第10-006号

代表者氏名 会長 三宅 浩次

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	藤田 裕行	総合	第0089号
	(2)	坂上 智之	福祉	第0008号
	(3)	萩原 寧昭	福祉	第0094号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	知的障害者通所授産施設			
事業所名称	ワークランドのぞみ			
設置者名称	社会福祉法人 緑星の里			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 緑星の里			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010 年 5 月 10 日	~	2011 年 10 月 25 日	
利用者調査実施時期	2011 年 2 月 16 日	~	2011 年 3 月 10 日	
訪問調査日	2011 年 3 月 25 日			
評価合議日	2011 年 10 月 7 日			
評価結果報告日	2011 年 10 月 25 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

北海道社会福祉協議会

②事業者情報

名称： 社会福祉法人 緑星の里	種別： 知的障害者通所授産施設
代表者氏名： 理事長 鈴木 健 司	45 名
所在地： 059-1365 苫小牧市字植苗121の7	TEL 0144-58-2276

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

○法人と連携した経営分析と事業計画などへのフィードバック
法人として実施している経営分析は、ベッド稼働率や事業活動収支などの財務、職員の勤務状況、有休休暇消化率などの人事労務について、年次ごとに目標となる指標を設定し、事業報告において実績を評価しています。また、障害者福祉に関する制度改正に伴う新体系移行を円滑化するための中期計画に、その結果を反映し、定期的な見直しを図っています。

○利用者尊重の取り組み
利用者を尊重したサービスの提供については、理念、倫理綱領、職員行動規準に明示し、玄関ホールに掲示すると共に、職員会議で周知徹底しています。また、人権侵害ゼロへの誓い運動に参画したことを示す職員署名を掲示するなど、具体的取り組みも行っています。利用者本位、プライバシー保護に基づくマニュアルを作成し、全職員に配布しています。

○苦情解決のための体制整備
苦情が発生した場合の対応について、法人としてその仕組みを整備しています。重要事項説明書にて契約時に説明しており、その解決方法について説明した文書を施設内に掲示しています。第三者委員を2名配置しています。随時、家族と意見交換を行い、自治会で出た意見に対しては、職員会議などで話し合いを行い、早急に解決しています。

◇改善を求められる点

○人事管理・人材育成の個別化
法人本部に人事課を設置し、人事考課などの人事管理、人材育成の研修計画を推進しています。しかし、施設特性に応じた生活支援スキルに関しては個別計画の策定までには至っていません。今後の職員のキャリアパス整備も視野に入れ、日常的に実施しているOJTの充実と併せて、きめ細かな個別研修計画を策定することを望みます。

○継続的自己評価の取り組み
昨年は自己評価を実施できませんでした。今回の第三者評価の自己評価については、職員全員で取り組み施設長が確認して作成しています。職員参画の下で、分析や優先順位の検討を行い、課題を共有化することを期待します。また、具体的なサービスの向上に向け、職員参画の下で検討を行い、改善計画の作成・実施に期待します。

○サービス実施記録内容

サービスの実施記録については個別に記録していますが、通所日に実施した作業記録となっています。個別支援計画の内容と支援経過記録が連動するように意識はしているものの、計画からサービス提供まで機能するような記録とまでにはなっていません。より具体的な記録の作成を期待します。

○より具体的な支援計画の策定

個別支援会議で関係職員の合議により、個別の支援計画書が策定されており、利用者や家族に説明を行い同意を得ています。今後は、利用者や家族の参加など利用者の意向把握も取り入れ、一人ひとりの能力向上を目指した、より具体的な支援計画になることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度の結果を真摯に受け止め改善を図りながら、より一層利用者本位の支援に向け、取り組んでまいりたいと思います。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 23 年 3 月 9 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 緑星の里		
事業所名 (施設名)	知的障害者通所授産施設 ワークランド のぞみ	種別	知的障害者通所授産施設
所在地	〒 059-1365 苫小牧市字植苗 1 2 1 の 7		
電 話	0144-58-2276		
F A X	0144-58-3303		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	鈴木 敏昭		
調査対応ご担当者	鈴木 敏昭 (所属、職名：施設長)		
利用定員	45 名	開設年	平成 11 年 4 月 1 日
理念・基本方針：	五共の理念 本人、家族、地域、職員、社会が「支え合って共に生きる」の実践		
開所時間 (通所施設のみ)	09:00~15:40		

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)	
日中一時支援 (市単独事業)	

【利用者の状況に関する事項】（平成23年3月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	2名	9名	6名	6名	7名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
6名	3名	3名	1名	5名	0名
					合計
					48名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	1名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	1名	2名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名	名
合計	4名	2名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
30名	17名	名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

6ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
1名	2名	1名	1名	1名	4名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
0名	1名	5名	2名	2名	3名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
25名	0名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

(平均利用期間： 10年2ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成23年3月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	15名	1名	1名	1名	12名
非常勤	2名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	1名	名	1名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	0名 (名)
介護福祉士	2名 (名)
保育士	2名 (名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	503.03 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	10年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²	
(2) 園庭面積	m ²	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	m ²	
(3) 敷地面積	m ²	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 21 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

189 人

・ボランティアの業務

利用者支援補助、生産活動、館内外清掃、演奏、

【実習生の受け入れ】

・平成 21 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

自治会活動、支援計画作成時のモニタリング時等

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

(ワークランドのぞみ)

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	「共感共生」「共学共有」「共励共働」「共慈共愛」「共支共老」の5共の理念は、シンボルマークにも現わされているとおり、利用者、家族、職員、地域の人、広く社会の人が理解し合い、手を取りあって希望の社会を作りあげてことを表している。その中には、障害を負っている方の尊厳を守ることをの表明も含まれている。事業所広報誌に明示され、ホームページにおいても公開されている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人理念は、理想ではなく、法人全体の目標であり、法人、並びに事業所の「多くの方々と手をたずさえ、ともに歩む」という基本方針による実現を目指している。具体的には、職員自らが独自に策定した行動基準と共に施設内に掲示している。
Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	朝礼や人事考課の個別面談において、利用者本位の視点から、理念・基本方針の周知を図っている。また、新人職員研修や職員会議などの機会に理解を促している。言葉遣いなど、職員自らが理念に基づく行動基準を策定するという結果に現れている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用開始時の説明や年一回開催している家族懇談会で理解を促している。第三者評価のアンケートにおいても高い評価を得ている。利用者に関しては、毎月開催している自治会などで説明しているが、通所施設であることも影響してか、理解の温度差がある（半々程度）。資料の工夫などの必要性がある。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	a	H24年度までに実施しなければならない新体系移行を前倒しして実現するため、3年後のビジョンづくりが急務となって中期的な計画を策定している。併せて、法人内の職員の適正配置や人材育成を効果的に推進するため、法人内に人事課を設置している。
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。	a	障害者自立支援法や関連制度の動向を受け入れる際の課題を解消していくため、中期計画を踏まえた単年度計画に具体的な目標を設定している。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b	事業計画の策定及び評価・見直しは、職員が事業所の方向性について別途協議する機会設定が難しいことから、職員会議や日常的ミーティングで把握した意見などを踏まえ、施設長と管理的職員が担っている。今後は、計画策定のための現場の意見集約及び評価・見直しの仕組みを改め、より組織的な職員参画を推進することに期待したい。

<p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者にも周知されている。</p>	<p>b</p>	<p>職員には職員会議などで事業の留意点や進め方を説明している。家族には、家族懇談会で説明し、第三者評価のアンケートにおいても高い評価を得ている。利用者に関しては、毎月開催している自治会などで説明しているが、理解の温度差がある（半々程度）。説明の仕方や資料の工夫などによる改善の必要性を認識している。</p>
--------------------------------------	----------	--

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
<p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<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>b</p>	<p>定期的に行われる職員会議や自治会において、管理者としての役割を示している。事業報告書の人事労務管理の目標・評価において、職員とのコミュニケーションの必要性が認識されており、個々の意見などが増える一方で全体の共通理解の構築には指導力を充分、発揮できなかったという反省が表記されている。</p>
<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>a</p>	<p>管理者自ら、道知障がい福祉協会、日胆地区施設協議会、法人内研修などの研修や勉強会に参加し、障害者自立支援法などの理解に努め、情報を収集している。職員には、倫理綱領・職員行動基準の順守を事業計画にも明記し、会議・朝礼において順守すべき法令などを周知、徹底している。</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>a</p>	<p>事業計画に、新体系移行を踏まえ、利用者一人ひとりの特性を活かし、健康、安全に留意した支援を提供することを明記している。また、家族アンケートを実施しその結果を職員と協議して、職員個人の価値観ではなく、法人理念の実現に向けたサービス提供を指示している。</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>a</p>	<p>外部機関による法人の経営指標やデータを活用し、通所施設の基準職員数が少なく、利用者への支援のために昼休みが充分取れない状況を把握した。また、笑顔と余裕あるサービスを実現するために有休消化の改善などが課題としてとらえられ、基準外の職員3名を配置した。</p>

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
<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>	<p>a</p>	<p>法人、並びに事業所独自の家族アンケートなどにより利用者ニーズを把握し、新事業体系移行に伴う地域ニーズの変化を踏まえて、中・長期計画、事業計画に、事業所運営の方向性を反映させている。</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>	<p>a</p>	<p>事業計画に掲げた財政目標について、ベッド稼働率（利用率）・収支見込みの指標を分析、評価し、新体系移行による新たな経営課題に対応することを見通した事業所経営を図っている。</p>
<p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p>	<p>a</p>	<p>外部機関による監査を実施している。業務委託により、法人経営の指標を設定し、事業所における目標と分析・評価を可能にしている。</p>

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
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。	a	人事労務管理の目標、職員処遇のための基本方針を明記している。法人が求めるスキルについては法人内研修などを通じ、獲得する機会を設けている。また、有給休暇消化率などの労務管理に関する指標も分析・評価して、基準外であっても必要な職員配置を実現している。
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。	a	法人内に「人事課」を設置し、労務管理の一元化を図っている。人事考課については人事考課マニュアルを策定し、公平・適正な評価を行うための評価者研修を実施している。ただ、マニュアル化が進むにつれ、想いや豊かな人間性が評価されづらい面に危惧を感じている。客観性を担保しつつ想いも一つの要素となる仕組みを目指している。
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	職員の有給休暇消化率などの労務管理指標があり、目標を設定して推進している。事業所への人員配置に関しても計画的に実施している。メンタルヘルスも含めた相談体制は、管理者による定期的な面談と、法人内に設置された相談窓口がある。いつでも、様々な悩みごとに臨機応変に対応する機能としては改善の余地がある。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターに加入し、その機能を積極的に活用している。また、法人内の職員親睦的な行事なども実施している。
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	事業計画の人事労務管理における目標として「職員個々に目的ある研修の計画的実施」を掲げている。資格取得については、サービス管理責任者2名取得を目指している。また、パート職員の正職員雇用要件として、社会福祉主事取得を設定している。資格取得は給与などの査定に影響がある。
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。	c	法人としての研修計画などはあるが、事業所内で研修受講希望を募っても積極的な応募は無い状況である。新年度に向けては、道内（名寄市）で受講できるようになったジョブコーチ研修の希望が出ている。個別研修計画・台帳などの整備を行っておらず、人事考課に連動するキャリアパスの重要性を考えると導入を検討することを期待したい。
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。	c	個別の研修受講に関する効果測定は実施していない。復命にあたっては、他職員への内容の伝達は実施しておらず、研修計画などの評価・見直しの機会が持たれていない。伝達研修・レポートなど、効果測定のを設けることを期待したい。
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
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。	a	実習は、法人として受け入れ施設（実習指導者になる課長配置施設）を固定化したことにより、実習担当課が担当している。法人としては、実習生受け入れの方針を定め、積極的に受け入れる方針を打ち出している。また、実習生受け入れマニュアルは法人として整備している。

<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>	<p>a</p>	<p>法人として、スケジュールや利用者への対応などに関するオリエンテーションを実施し、実習生受け入れ施設に応じたプログラムを整備している。</p>
--	----------	---

Ⅱ-3 安全管理

	<p>第三者評価結果</p>	<p>コメント</p>
<p>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。</p>		
<p>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>	<p>a</p>	<p>運営規程に定められている緊急時・非常災害時の対応に基づき、事故防止対策委員、防災・設備点検担当者を配置し、緊急時の各種対応マニュアルを整備している。利用者の健康管理や職員への研修、地域資源との連携などについては、法人全体の課題として取り組んでいる。</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>	<p>b</p>	<p>法人としては、事故報告、ヒヤリハット事例報告の提出、分析検討を実施している。事例検討を通じて事故などの未然防止に努める体制や研修も整備している。ただし、事業所単体としては、ヒヤリハットの事例が少なく、事業所内の具体的課題の集約に関する意識向上を期待したい。</p>

Ⅱ-4 地域との交流と連携

	<p>第三者評価結果</p>	<p>コメント</p>
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。</p>	<p>a</p>	<p>理念、基本方針に地域との共生を謳っている。法人が開催している緑星祭りは、利用者、家族会のほか地域住民3千人が集う行事として定着している。また、苫小牧市のふれあい広場への出店、地域の小・中学校との交流会におけるレクリエーション企画、地域のゴミ拾い活動への参画など積極的に取り組んでいる。</p>
<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>	<p>b</p>	<p>法人としては、町内会との防災訓練を実施している。また、在宅障害者や家族への相談活動などを実施している。事業所としては、通所施設の機能を活かしたグループホームへのバックアップなどを担っているが、地域住民への障害理解を促すような講習会などの啓発活動には参画していない。</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>	<p>a</p>	<p>法人として、中・高校生の福祉体験ボランティアなど、ボランティア受け入れを積極的に推進し、指導者を配置し、受け入れマニュアルを整備している。事業所でも通年で活動している2名の方や、企業の定期的な奉仕活動を受け入れている。また、利用者の親が「シソジュース」づくりを担ってくれている。</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>	<p>b</p>	<p>地域の中の社会資源（福祉行政、災害関係機関など）や、かかりつけ医など、個々の利用者に関する社会資源について、事業所として把握している。社会資源マップなど、全職員が共有しやすい資料整理の工夫など、改善の余地があり期待したい。</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>	<p>a</p>	<p>苫小牧市地域自立支援協議会「結」によるネットワークを通じ、地域生活支援センター、就労支援センター、職親会などとの連携、情報共有を図っている。また、法人内事業所との協働により、地域における生活支援にも取り組んでいる。</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。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	法人の相談支援事業や地域自立支援協議会の相談事業、市内関係機関などの連絡会議により情報を収集し、ニーズの把握に努めている。
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。	a	障害者福祉の変化に伴う利用者の地域生活移行、在宅生活支援のニーズを的確に把握し、法人全体として中期的な展望のもとで事業・活動に取り組んでいる。

評価対象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

		第三者評価結果
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	利用者を尊重したサービスに関しては、施設内に掲示した理念、倫理綱領、職員行動規準に明示しており、職員会議などで職員に周知している。また、人権侵害ゼロへの誓い運動に参画したことを示す職員署名を掲示するなど、具体的取り組みに努めている。
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。	a	利用者の権利と職員の行動基準に関しては、法人の基本的姿勢として職員に周知している。プライバシーの保護マニュアルを整備しており、各サービスマニュアルにもプライバシー保護を謳い、職員会議などで職員に周知している。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	b	利用者の自治会活動を通じて意向の把握に努めている。法人として家族アンケートを実施している。利用者一人ひとりから聞き取りアンケートを実施するなど、利用者から直接意向を確認する取り組みを期待したい。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b	分析結果、改善計画について、事業計画や事業報告に文書化して家族などに説明している。利用者参画による、利用者満足の向上に向けた取り組みを期待したい。
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。		
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。	b	事務室前に、相談方法及び手順について文書掲示している。施設の相談担当職員及び第三者委員の顔写真と氏名を掲示して、相談する相手を選べる配慮をしている。また、設備的な課題と思われるが、相談場所を事務室内に設定しており、カーテンでプライバシーに配慮しているものの、相談しやすい環境とは言い難い状況である。
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。	a	重要事項説明書などで苦情対応について説明している。苦情・意見の申し立て及び解決方法を説明した文書を掲示している。第三者委員を配置している。
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。	a	通所サービスなので、送迎時に家族と意見交換の機会があり、その場で解決できることが多く、苦情に発展するケースは少ない。自治会で出た意見に対しては、職員会議などで話し合いを行い、早急に解決している。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
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。	c	一昨年は自己評価を行ったが、昨年は職員の退職など職員の入替わりがあり自己評価を実施できなかった。今回の第三者評価の自己評価については、職員全員で作成し施設長が確認して作成している。
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。	c	事前に自己評価を行い課題は確認できている。職員参画の下で、分析や優先順位の検討を行い、課題を共有化することを期待したい。
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。	c	具体的な改善計画作成のため、職員参画の下で検討を行い、サービスの向上に向けた取り組みに期待したい。
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。		
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。	a	理念、倫理綱領、職員行動基準に利用者本位、プライバシー保護を明示し、それに基づいたマニュアルを作成している。マニュアルは全職員に配布しており周知している。
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。	b	マニュアルの見直しは定期的に行うこととしているが、必要な時に見直しを行っている。定期的なマニュアルの確認とともに、変更したマニュアルについては職員への周知の取り組みを期待したい。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	一人ひとり個別に記録されており、個別支援計画の内容と支援経過記録が連動するように意識している。主に、通所日に実施した作業記録となっており、計画からサービス提供まで機能するように、より具体的な記録の作成を期待したい。
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。	a	記録の管理責任者、文書の保存年限が決められている。個人情報保護及び情報開示についての取り決めをしている。
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。	a	ミーティングや申し送りで情報を周知している。出席できない場合も、記録で内容を確認できる仕組みがある。個別支援会議で個別支援計画など、情報を共有している。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
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。	a	ホームページで法人理念、詳細な事業内容を公開し、理念の説明と施設概要（外観の写真付）を掲載した多色刷のパンフレットを作成し、公共的な場に置いている。また、見学や体験も希望があれば対応している。
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。	a	契約書や重要事項説明書は、分かりやすい内容としている。サービス開始時に、サービス内容や利用料など、利用者と家族に説明を行っている。さらに、利用者や家族の同意を得て、契約書を取り交わしている。

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。		
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。	b	通所サービスなので、家族が主体的役割を果たすため、サービスの移行時には、側面的な支援として口頭での情報提供をしている。文書による引き継ぎやサービス終了後の相談体制の確立を期待したい。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	a	組織で統一したフェースシート及びアセスメント表を活用し、計画作成時には見直しを行い、一人ひとりの利用者の情報を整理している。
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。	a	組織で統一した様式を使用して、利用者や家族の意向、ニーズや課題を把握して整理している。
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。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	b	個別支援会議で関係職員の合議により、個別の支援計画書を策定しており、利用者や家族に説明を行い同意を得ている。一人ひとりの能力向上を目指した、より具体的な支援計画になることを期待したい。
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。	b	3ヶ月ごとにサービスの実施状況について確認しており、1年ごとに計画の見直しを行っている。状態の変化などにより、随時見直しを行う仕組みとしているが、きめ細やかな対応とまでなっていないので、今後の充実を期待したい。