

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009年7月30日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 069-0863

住所

江別市大麻新町14-9 ナルク江別 内

電話番号 011-388-1251

特定非営利活動法人
 評価機関名 ニッポン・アクティブライフ・クラブ
 ナルク北海道福祉調査センター

認証番号 北海道 第09-00

代表者氏名 代表 森 卓 郎



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)	吉 村 信 義	組織・福祉	1
	(2)	植 松 直	福祉	132
	(3)	霜 山 幸 雄	組織	119
	(4)	小 田 恵 子	福祉	120
	(5)			
サービス種別	知的障害者通所授産施設			
事業所名称	ベーカリーサンライズ			
運営法人名称	社会福祉法人あけぼの福祉会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2009年1月6日	～	2009年7月30日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2009年5月21日			
評価合議日	2009年6月9日			
評価結果報告日	2009年7月30日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input type="radio"/> 同意あり <input checked="" type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所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

特定非営利活動法人
ニッポン・アクティブライフ・クラブ

②事業者情報

名称：ペーカリーサンライズ	種別：知的障害者通所授産施設
代表者氏名： 宮内 均	定員(利用人数)：30(25) 名
所在地：〒045-0001 岩内郡岩内町字大浜17-18	Tel 0135-62-0573

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

1. 高い設備環境と指導力について
施設機能が授産設備の高度化とともに利用者の安全性や効果・効率的な生産設備となっていて、社員(利用者)の作業参加志向や意欲を高める条件を備えている。
2. 創造的な製品開発と人的作業環境について
社員の意欲向上のための指導職員の明るく楽しませる指導態度、内部規律の厳正さと快い緊張がバランスある職場作り、優れた製品作りに活かされている。
3. 関連事業との連携について
こうした生活環境を支えるあけぼの学園との事業連携や父母会との連携が綿密にできていて、相互の運営を活力あるものとしている。

◇改善を求められる点

1. 労働環境等について
授産活動のウエイトが社員の経済的自立支援を目的とすることから非常に高くなる傾向があり、一方、製品の品質・生産量の確保などの諸条件が職員のオーバーワークになるなど、多くの課題を担っている。これらの解消に苦慮し努力しておられるが社員へのレクリエーションや生活支援など生活への配慮に一層の工夫を期待したい。
2. 指導上の関連性について
生活支援と授産工場での就労支援は両輪の関係にあり、グループホームでの生活指導との連携と工場での就労支援との相互の緊密な関係をより強化されるよう期待したい。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

当授産施設は、法人が障害をもつ方の自立支援を目指して入所支援施設に続き、在宅の方の支援施設として取り組んできた過程についてご理解を賜りました。ご講評の中で、授産支援についての取り組みを評価いただくとともに、改善点についてのご指導を頂きましたが、概ね標準点に近い結果であったと理解し、安堵いたしました。
ご指導いただきました改善事項を真摯に受け止め、更に、利用者の方の自立支援の向上に努めて参ります。
今後も継続して評価をお受けし、私共が提供するサービス支援の状況を常に見定め、より充実した支援となるよう鋭意努めて参ります。

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 21 年 4 月 22 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人あけぼの福祉会		
事業所名 (施設名)	ベーカリーサンライズ	種別	知的障害者通所授産施設
所在地	〒 045-0001 岩内郡岩内町字大浜17-18		
電話	0135-62-0573		
FAX	0135-62-9000		
E-mail	sunrize@guitar.ocn.ne.jp		
URL	http://akebono-swc.or.jp		
施設長氏名	宮内 均		
調査対応ご担当者	田中 裕幸 (所属、職名：法人事務局総務課長)		
利用定員	30名	開設年	平成 7 年 6 月 1 日
<p>理念：①利用者の方一人ひとりの意思を尊重する。 ②利用者の方一人ひとりの個別的な支援に努める。 ③利用者の方の尊厳を大切に、権利擁護に努める。 ④明るく、暖かく、清潔な施設運営を目指す。</p> <p>ベーカリーサンライズは、パンの製造・販売を授産科目として、地域を拠点とする開かれた施設づくりを目指しております。</p> <p>平成21年度は、法の定める新支援体系移行のための準備期間として支援を行い、利用者の方の意思を十分に尊重し、能力、適正に応じ、一般就労移行へ向けた支援体制を構築するとともに、合わせて福祉的就労分野における就労継続支援B型移行への支援を行うこととし、利用者の方の社会的、経済的自立の支援に努めてまいります。</p> <p>支援方針の柱：①あけぼの福祉会倫理規程とベーカリーサンライズ職員行動規準を日常の利用者支援の基本とする②規則正しい生活リズムの確立 ③就労意欲の向上 ④社会人としての自覚を養成 ⑤豊かな人間関係の育成 ⑥生活習慣の獲得 ⑦社会自立への経済的支援 ⑧利用者の方の高齢化に伴う休日体制の確立 ⑨一般就労に向けた支援の促進</p>			
開所時間 (通所施設のみ)	7:00~14:30		

【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)

--	--

【利用者の状況に関する事項】（平成21年4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	0名	8名	4名	3名	3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
5名	1名	1名	名	名	名
					合計
					25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	1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	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	1名	名	名	名	名	1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）	名	名	名	名	名	名	名
合計	2名	1名	名	名	名	1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
3名	20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	1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	1名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
2名	2名	3名	1名	1名	2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
3名	1名	2名	0名	1名	6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
名	名	1名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間: 5年)

【職員の状況に関する事項】 (平成21年4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	9名	1名	1名	3名	4名
非常勤	2名	名	名	名	2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	名	名	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	名 (名)
介護福祉士	名 (名)
保育士	1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	482.91㎡		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	年	
(4) 改築年	平成	15年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡		
(2) 園庭面積	㎡		
(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	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(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 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

【実習生の受け入れ】

・平成 20 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 _____ 人

その他 1 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。

利用者主体の会議〔（社員会議）・月一回及び情報伝達事項があれば随時開催〕を通じて様々な意見を聞き、その内容については記録に留め、更なるサービスの提供に反映できるよう努めている。また、苦情受付箱を設置し、苦情、要望等の意見を集約している。

【その他特記事項】

※「北海道日本ハムファイターズ」応援活動の実施
プロ野球球団「北海道日本ハムファイターズ」の応援活動（選手交流、チームヘパンの提供等）を通じて、利用者の方のより一層のやる気と励みに繋げている。

※各コンクールへの参加
授産活動における製パン技術のレベルアップと、新たな商品開発に向けた取組みのため、全国の障がい者の方の授産製品を対象としたコンテスト、全国パンコンテスト[ユニバーサルベーキングカップ（全国セルフ協主催で2年に1回の開催）]及び北海道加工食品フェアコンクール等への積極的な参加を行っている。

〈受賞歴〉

- ・第1回全国パンコンテスト―「審査員特別賞受賞」
- ・第2回全国パンコンテスト―「チームワーク賞受賞」「ファッションデザイン賞受賞」
- ・第13回北海道加工食品フェアコンクール―「奨励賞受賞」
- ・第14回北海道加工食品フェアコンクール―「優秀賞受賞」

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	事業計画書・職員行動規準・パンフレットなどに理念を明記して法人や事業所の使命を明らかにしている。
I-1-1 (1) -② 理念に基づき基本方針が明文化されている。	a	理念に基づき基本方針が明文化され、理念との整合性を明らかにしている。
I-1-1 (2) 理念や基本方針が職員等に周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	年初に理念・法人倫理規程を配布し周知に努めている。従来の定例的な会議や研修は十分ではない。今回の自己評価の試みは確認の証となる。
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	利用者自治会で説明するとともに、身元引受人を通して周知している。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (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) -① 中・長期計画が策定されている。	a	組織体制・施設設備整備の計画は収支計画とともに策定している。法人の構想と事業所との整合した計画書は明文化されていない。
I-2-1 (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	中長期の事業計画と収支計画に基づき計画的に実施されている。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	b	計画と事業の実施計画は管理職レベルで組織的に行っている。各計画の実施状況について関係職員や利用者の意見を取り込めるようにすることが求められる。
I-2-1 (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	事業計画書を職員に配布説明を行い周知している。利用者への周知も身元引受人などの理解によって支えられている。

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
I-3-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (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。	a	管理者は自らの責任と役割りを明確にして組織内の信頼も確かにしている。指導性も高い。
I-3-1 (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。	a	関係法令の認識を高め研修への参加も順次行い、その成果を会議や研修報告で活かすよう努めている。職場規律や意欲の向上に活かしている。
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (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。	a	作業各部署が円滑に業務が遂行できるよう社員の配置・作業内容を確認し、日常生活管理などきめ細かな指導を徹底している。
I-3-1 (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。	a	作業の工程が製品の質を決めることから、社員の意欲的な参加と精力的な作業の効果・効率の向上に常に努めている。

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
II-1-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
II-1-1 (1) -① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	社会福祉事業全体の動向を把握するため、社会福祉関係団体のセミナー等に参加し情報収集している。利用者数等についても、養護学校・地域の行政担当者などから情報収集し地域での特徴・変化等を把握、事業計画に反映されている。今後、潜在的利用者に関するデータ等を収集することが求められる。
II-1-1 (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。	b	サービスのコストやサービス利用者の推移、利用率等の分析を定期的に行い新体系移行に伴う取り組みが事業計画に反映されている。経営状況や改善すべき課題について、職員会議等で周知しているが、なお多くの職員へ周知される取り組みを期待する。
II-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	c	外部監査は行われていないが、財務の観点から監査できる監事により年4回の監査を実施し、指摘事項に基づき経営改善を実施している。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
II-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-1 (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	就職希望者がいない中、事業所として必要な人員配置基準は順守されている。専門的知識を持っている人材確保は難しく、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランを確立する取り組みが望まれる。
II-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	人事考課基準は策定していないが、施設長など複数の経営層の協議による評価体制が確立され安定した人事考課が行われている。なお、本年度外部コンサルタントに依頼し人事考課基準を策定中である。
II-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-1 (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	職員の有給休暇取得状況などが記録され、土・日曜日を休日とするなど就業状況の改善に向けた取り組みがなされている。また、職員と定期的に個別面接を行い相談しやすい仕組みが整備されている。
II-2-1 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	北海道民間社会福祉事業職員共済会への加入、法人職員親睦会による職員の交流など福利厚生に取り組んでいる。
II-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-1 (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	職員の教育・研修は、法人的行動規範に基づき実行され、専門資格取得のため勤務免除の配慮もしている。
II-2-1 (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。	b	教育・研修は、法人的行動規範に基づき、それぞれの職種に合わせ個別に該当する研修を受けている。今後は個々の職員の持つ技量、専門資格の必要性などを把握し実施する取り組みが望まれる。
II-2-1 (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。	b	研修に参加した職員はレポートを作成し、職員会議で報告・施設内研修で発表する機会が設けられているが、評価・分析など、さらなる取り組みを期待する。
II-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-1 (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	介護等体験実習生を受け入れ、受け入れマニュアルが整備され、覚書を取り交わし責任体制を明確にしている。利用者・職員への事前説明も適切に行われている。
II-2-1 (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。	a	実習が計画的に学べるよう実習生個人に応じたプログラムを用意し、学校との連携も図られている。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-1 (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。	a	「感染対策・緊急対応マニュアル」など各種マニュアルが整備され、社員会議及び毎日行われる「日中打合せ」で職員・社員に周知している。また、自動体外式除細動器を設置するとともに避難訓練を実施。消防署職員による救命講習を受け利用者の安全確保に努めている。
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。	a	機械類の操作手順のマニュアルを作成し、機械に直接掲示するなど安全確保に努めている。事故が発生した場合は、事故報告書を作成、速やかに発生要因を分析、未然防止策を検討のうえ支援会議で周知、社員には「日中打ち合わせ」で周知している。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	事業計画書に地域貢献に向けた取り組みを明示し、パンの販売（配達等）、除雪ボランティア、小中学生を対象に日本ハムファイターズ0Bの協力による野球教室開催など地域への働きかけを積極的に行っている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	新聞・テレビの取材報道、地域へ向けて広報誌を配布。小中学生の社会見学受入れ、地域開放事業として、児童を対象に製パン体験など機能の地域還元を努めている。
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。	c	ボランティアを確保することが難しい地域であり、又、授産活動については受入れ難いが、ボランティア講座等を開催し、ボランティア希望者が増加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 必要な社会資源を明確にしている。	a	個々の利用者の状況に対応できるよう病院、警察、行政等の情報は職員間で共有し、関係機関・団体との連携を図っている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	製パン講習会等に参加し連携の機会を確保するとともに、病院、障害児親の会と定期的に連絡会を開催している。今後は、地域との関係機関・団体とのネットワーク化に取組み、共通する問題の解決に向けて協同して取組むことを期待する。
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。	b	障害児親の会と連携し地域の福祉ニーズの把握に努めている。事業所内には「意見箱」が設置されている。今後は民生委員等と連携を図るなど積極的な取組みが望まれる。
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	把握した福祉ニーズに基づき、法人としてグループホーム、ショートステイ事業を行っている。事業計画書には障害者自立支援法移行後についても明示している。

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	コメント
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	理念や基本方針に明記し、法人の倫理規程・職員行動規準で利用者の尊重・人権尊重に関する職員研修・拘束・虐待の禁止など共有化の取り組みを徹底している。
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	個人の秘密などの順守に関する規定化と周知を徹底した研修による職員間の認識の共有化をはかっている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	a	参加意欲や新しい製品への関与など社員会議を開いてパンの製品化への興味と意欲を高める取り組みをしている。
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。	a	月例の社員主体の会議を開き作業での意向を汲み取り、現場で活かす試みを重ねている。

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。	a	生活と就労の両面で担当職員が複数の相談を受け止める方法を常例的に行って実践の場に活かしている。
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	第三者委員制度のみでなく、公示して何時でも苦情を受け止める職員の取り組みに重点を置いた対応をしており、苦情解決の体制が整っている。
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	苦情への対応は即応して解決に当たっている。

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。	b	従来の会議や協議結果の評価を活かしながら、今回の評価対象を明確にして評価の定例的体制を期待する。
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。	b	今回の評価結果を職員全員で検討を加えているので、課題の明確化とともに今後の成果を期待する。
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。	b	従来の業務の改善等に係わる検討を協議しており、生活支援と授産体制の統合化を図った計画を期待する。
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	社員作業規則と個別支援計画の下に、支援方針・生活支援計画を職員間で統一を図り、作業支援工程を明文化して協議記録を残して支援している。
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。	a	19・20・21年の年次事業計画と事業報告に結果を示して組織的な成果を評価している。
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。	a	就労支援日誌、個別支援計画に基づいた経過観察記録をし支援している。
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。	a	管理責任者をおき、作業等支援記録の保管、保存の管理も個人の情報管理として適切に維持管理している。
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	記録は電子入力によって管理し、必要に応じた職員間の共有情報として活用している。

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	ホームページの公開、法人共通の要覧、施設紹介を漫画にした冊子の発行、店の看板掲示、北海道庁ロビー、テレビなど多様な方法で利用希望者に対し必要な情報を提供している。
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	わかりやすく利用に関する契約内容や重要事項を説明し同意を得ている。
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	個々の事情に応じた移行対応の連絡体制を取っているが、なお、文書化など明確な継続対応を期待する。

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。		

<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>b</p>	<p>個々の社員に応じたアセスメントを行って心身・生活状況を確認し、就業への適応性を判断し、定例会議などで職員間の認識の共有化をはかっている。今後は統一した様式による取組みが望まれる。</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>	<p>a</p>	<p>個別的なニーズや作業課題・生活課題を具体化して記録している。</p>
<p>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>		
<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>a</p>	<p>責任者を設置し、個々の社員の意向や心身の状況を捉えて、定例的な会議で評価・見直しを行ない職員間で支援方法などの共有化をはかって実施計画を策定している。</p>
<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>	<p>a</p>	<p>社員のサービスの実施計画を課題として、定期的に定例職員会議などで評価と見直しを行っている。</p>