

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016 年 11 月 10 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

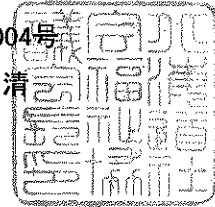
〒 060-0002
住 所
札幌市中央区北2条西7丁目

電 話 番 号 011-241-3766

評 価 機 関 名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 北海道 第15-004号

代 表 者 氏 名 会長 長瀬 清



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)	小野寺さゆみ	総合	第0116号
	(2)	野村 宏之	総合	第0158号
	(3)	坂 本 豊	福祉医療保健	第0093号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	多機能型			
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	同 上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2015 年 8 月 5 日	～	2016 年 11 月 10 日	
利用者調査実施時期	2015 年 10 月 28 日	～	2015 年 11 月 24 日	
訪問調査日	2016 年 1 月 13 日			
評価合議日	2016 年 9 月 7 日			
評価結果報告日	2016 年 11 月 10 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

社会福祉法人北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人緑星の里

代表者氏名：理事長 尾野 聖一

所在地：〒059-1365 苫小牧市字植苗121番地7

TEL 0144-58-2321

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

◆利用者を尊重したサービス提供の姿勢

法人の事業理念・基本方針を踏まえた倫理綱領や職員行動基準に利用者尊重のサービス提供にかかる基本姿勢が示され、職員会議などで適宜確認されています。ヒヤリハット検討会議では、具体的な事例をもとに利用者の尊重や基本的人権の配慮の必要性について、継続的な学習に取り組んでいます。利用者の希望・要望に対応したナイトケアの継続的な実施は、利用者の好評を得ております。特に支援の必要な利用者の家族とは、連絡帳で毎日丁寧にやり取りし、家族が抱える悩みや不安を軽減しており、このような利用者を尊重したサービス提供の姿勢は、高く評価できます。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定と、単年度計画への反映と利用者への周知

法人の支援事業部として事業計画や方向性を打ち出しているものの、事業所としての中・長期計画が定められていません。事業所の単年度計画は、課題ごとに取り組みの方向性が記載されており、事業所の目標とする方向性が記載されていますが、どのように達成していくかを明確化していない項目もあります。事業計画は、法人全体の一部門としてではなく、実際に職員が達成していくという視点で全職員に説明し、具体的な取り組みとしていけるよう工夫することが期待されます。また、地域からの利用者も多く、事業所では食事の好みや行事の希望などを聴取する仕組みがありますが、事業計画などの大きな枠組みについても利用者自身や家族に対してわかりやすく説明し、より具体的に事業所のあり方や進んでいく方向性を示し、協力して取り組んでいくことが期待されます。

◆標準的な福祉サービスの実施方法確立の必要性

個々のサービス提供に関わるマニュアルが整備され、それに沿って支援されていますが、サービス全体の流れを整理した標準的な文書は整備されていません。これは、画一的なサービス提供を促すことではなく、利用者の特性などを踏まえた基本となる実施方法を定め、職員ごとのサービスの水準や内容の差異を極力なくし一定の水準、内容を常に実現することを目指しています。この標準的な実施方法には、基本的な相談・援助に関するものだけでなく、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、事業所の環境に応じた業務手順も含まれ、実施する福祉サービス全般にわたって定められていることが必要です。本事業所がこれまで培ってきた福祉サービス実践の歴史を踏まえ、標準的な実施方法が文書化され、全ての職員が十分に理解できる取り組みに着手されることが望まれます。

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、指摘事項の改善を図り、より一層、利用者本位の支援を実践、明確化していく所存です。

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 27 年 11 月 20 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)	ワークランドのぞみ	事業種別	多機能型
所在地	〒 059-1365 苫小牧市字植苗 1 2 1 - 7		
電 話	0144-58-2276		
F A X	0144-58-3303		
E-mail	ryokuseinosato@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	東元 孝洋		
調査対応ご担当者	眞鍋 旬子 (所属、職名：支援課長)		
利用定員	生活介護40名 就労継続支援B型10名	開設年	平成 12年 4 月 1 日
理 念：	共感共生 共に感じ、共に生きる 共学共育 共に学び、共に育てあう 共励共働 共に励ましあい、共に働く 共慈共愛 共に慈しみあい、お互いに愛し合う 共支共老 共に支えあい、共に老いる		
基本方針：	・「支え合って共に生きる」という法人理念の明確化 ・透明性が高く、社会的に信頼され、開かれた法人経営 ・自律的で自己責任に基づく法人経営 ・経済合理性を基調とした財政の確立と施設経営の追求 ・人命尊重、人権尊重の立場に立ち、高い倫理性と高度な技術に基づくサービスの提供 ・地域社会との連携を深め、ノーマライゼーションの理念に立ち、積極的に利用者の自立生活の援助を図る		
施設・事業所の特徴的な取組：	生活介護事業と就労継続支援B型事業を併せ持つ多機能型事業所。 生活介護事業又は就労継続支援B型事業の対象者に対し、施設における日中活動及び日常生活上の支援（身辺、排泄、食事の介助、余暇支援など）を適切かつ効果的に行っています。		
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成 22 年度）		
開所時間 (通所施設のみ)	9:15～15:40		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

生活介護事業 (定員40名)
就労継続支援B型 (定員10名)

【利用者の状況に関する事項】（平成 27 年 11 月 20 日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者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	1名	11名	8名	6名	4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
8名	7名	2名	1名	3名	3名
					合計
					54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か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～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			

○障がいの状況

・身体障がい（身体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
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	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
肢体不自由	4名	4名	1名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	4名	4名	1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。

・知的障がい（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
31名	19名	4名

・精神障がい（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(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
2名	0名	3名	0名	3名	5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	0名	1名	1名	4名	0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
1名	3名	2名	2名	3名	21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: 11年)

【職員の状況に関する事項】(平成 27 年 11 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・管理者	事務員		
常勤	14名	1名	1名	名	名
非常勤	6名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	11名	名	1名	名
非常勤	名	3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	1名	名	1名	1名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」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	2名 (0名)
介護福祉士	3名 (0名)
保育士	0名 (0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 11 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)に行き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 27 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

42 人

・ボランティアの業務

- ・日中活動支援
- ・下請け作業の手伝い
- ・製品、作品作り（和紙製品など）
- ・利用者との交流（会話や散歩などを通して）

【実習生の受け入れ】

・平成 27 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	28	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。

月に一度実施されている利用者自治会で、意見や要望を出してもらっています。毎回ではありませんが、より要望やニーズ性の高い意見については施設に反映できるようにしています。（例えば、『給食で色々なパンを食べたい』との要望に対しては、数カ月に一度、パンバイキングを昼食メニューに取り入れました。）

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児事業所)

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・周知されている。			
1	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。	b	法人の理念があり、基本方針とともに事業所に掲示されている。職員への周知は会議などで行われている。家族会での説明は行っているが、半数以上が欠席となっている。また、契約時にも説明を行っているが長期の利用者家族へは、家族会が理念の説明の場となっていることから、欠席した場合にも何らかの方法で事業所の理念を伝える機会を設けることや、家族会での説明にも工夫していくことに期待したい。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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。	b	法人全体の施設長会議などで状況を把握し定期的に報告を行っている。事業所内では職員会議で稼働率、収支の状況などを伝えている。しかし、職員の職種によって十分に理解を促す状況に至っていないため、把握された状況などについても周知していくことに期待したい。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	事業所の利用者登録は、生活介護サービスの利用者が多く、登録人数も定員を上回る状況となっている。しかし就労継続支援B型サービスは定員未満であり、生活介護サービス利用者でも希望や適性がある利用者に契約移行のため体験を実施しているが、成果が出ていない状況にある。利用者の励みとなるよう工賃や働く楽しみが感じられる環境づくりなど、事業所として把握している課題への取り組みを職員一丸となって行うよう意識の醸成に期待したい。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	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。	c	中・長期計画は策定されておらず、職員にも事業所の計画について説明は行われていない。法人としての方向性は示されているため、事業所としての中・長期計画を策定し、取り組んでいくことが望まれる。
5	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。	c	事業所の中・長期計画が策定されていないため、単年度計画には事業所の長期的視点が反映していない。法人全体及び支援事業部の目標などは示されているが、事業所として単年度の振り返りを基にした計画作成ではなく、将来志向の基となるよう取り組んでいくことが望まれる。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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。	b	事業計画は、毎月の進捗状況とともに評価が行われている。しかし、管理者が中心となり総括を行っているため、職員の関与があまりない状況となっている。職員会議で読み合わせも行っているが、稼働率目標に直接関与しない業務を担っている職員も理解し協力していけるよう取り組んでいくことに期待したい。

7	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。	c	事業計画は、利用者や家族には示されておらず、行事や食事の献立などの周知に留まっている。利用者会や家族会、事業所の便りなどを活用し、事業所の理解を促す工夫が望まれる。
---	-------------------------------------	---	--

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
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。			
8	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。	c	提供するサービスの質に関する自己評価には取り組んでいない。事故報告などの検証を通じて再発防止には取り組んでいるものの、サービス全体にわたる評価は行われていない。そのため、自己評価や第三者評価、またはPDCAサイクルを行う体制を整えるなど職員が全員で参加し定期的、体系的な取り組みとなるよう望まれる。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	c	今回実施した第三者評価結果に基づく取り組みなど、計画的に取り組んでいくことが期待される。また職員からの意見を取り入れる「LET'S KAIZEN」の意見箱があり、改善報告が上がってきている。職員の気づきによる取り組みとともに、日常的なサービスの質の向上に組織的に取り組むことが望まれる。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	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。	b	事業所の便りや職員会議で管理者の着任挨拶、年頭挨拶を行っている。職務分掌などでも権限が規定されているが、職員全員に理解が浸透していない。事業所の定期会議や利用者の支援計画の立案の際などにも参加しているが、非常時の権限移譲や職員への周知について、工夫した取り組みに期待したい。
11	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。	b	法人の各種委員会への参加を行っており、事業所の内部研修を実施しているが、職員全員の参加とはなっていない。事業所では利用者の処遇のほかに、生産物として食品やリサイクル品なども扱っているため、関連する法改正にも対応していかなければならない状況にある。多岐にわたる情報を適切に周知する必要があるため、管理者だけでなく事業所内での組織的な仕組みづくりに期待したい。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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。	b	法人独自の制度であるマナートレーナーを3名配置し、新人や中途採用者に対するマナー研修の実施を行い、利用者への接遇に取り組んでいる。しかし、提供するサービスの定期的な評価分析の仕組みがないため、体制を構築し、取り組んでいくことに期待したい。
13	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。	b	契約率や稼働率の目標を定め、定期的に進捗状況を職員と確認している。しかし、業務改善については、リーダー的職員の育成段階であり、職員全体での問題共有には至っていない。職員のセルフチェック結果についても、総括はなされているが、具体的な改善目標の設定や取り組み方針が策定されていない。今後は、事業所の業務改善などに職員が意識をもって取り組んでいくことに期待したい。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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。			
14	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。	b	人材定着の具体的方針として職員研修の参加が挙げられている。短期で離職するケースもあり、人員を確保し育成していくという段階まで至っていない。様々な働き方のニーズに合わせた雇用形態を組み合わせるなどの工夫がみられるが、多くの職員がモチベーションを高めていくことができるよう事業所としての具体的な職員採用計画と事業所の特性に合わせた教育計画を策定していくことに期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人の掲げる「期待する職員像」が明示されており、人事基準が確立している。法人の人事課が管轄し、事業所では労務管理責任者を配置している。しかし、有給休暇の管理などが主な役割であり、面談も正規職員と非正規及び嘱託職員では回数などに差が生じているため、今後の方針や取り組みの充実に期待したい。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	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。	b	業務改善などについての目安箱や職員アンケートを実施し、職場環境の整備を行っている。面談や職員セルフチェックを実施し、働き方の意向や、就業場面での虐待についての情報も収集しているが、問題に対する職員の温度差がないよう取り組んでいくことに期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	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。	b	個人面談を実施し、目標管理などを行っているが、正規職員は年2回に対し、非正規職員と嘱託職員は年1回となっている。非正規職員についても教育研修を充実させていくことになっているため、長期的な展望や正職員登用を含め、全体としてモチベーションを高めていく工夫した取り組みに期待したい。
18	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。	b	法人の期待する職員像に合わせた研修メニューと対象職種が定められており、正規職員に対して計画的な研修が実施されている。しかし、事業所独自の事業に係る研修が少なく、事業所内のマニュアルの見直しもされていないため、業務に適合した手順や考え方など、職員の共通知識となる研修にも取り組んでいくことに期待したい。
19	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。	b	正規職員に対して、年度当初に法人研修参加の希望が取られているが、非正規職員には希望に応じた研修機会が十分に確保されていない。雇用形態によらず、職員が必要な知識を得る機会を計画的に提供していくことに期待したい。
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。			
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	法人全体で実習生の受け入れを行っており、目的に応じて様々なサービスを体験することができるようにしている。実施要項による施設実習の基本姿勢や、実習生として対人援助に必要な心得などを明文化している。しかし、実習生受け入れマニュアル等が整備されていないため、書類整備とともに受け入れの際には職員や利用者に対しても趣旨を説明し、事業所全体で受け入れる意識を醸成していくことが期待される。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
21	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。	b	法人のホームページがあり、法人の理念や成り立ち、決算や事業所の事業内容などの公開が行われている。しかし、法人全体のもが主体であり、障害者分野などがまとまって表記されているため、事業所の詳しい内容について読み取ることができない。ホームページのほかに毎月配布する「のぞみたより」などでも紹介されているが、事業所の特色や活動など伝えたい情報を掲載していくことに期待したい。
22	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。	b	法人として外部監査が実施されている。事業所に対しても法人の定期的な内部監査があり、適切な経理を行うための仕組みがある。職務分掌があるが経理上の具体的な手順などについては担当職員のみで理解となっており、より一層の周知方法の工夫に期待したい。

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。			
23	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。	b	事業所に近い小学校の行事に招かれたり、法人の祭りに参加することで交流を行っている。利用者の希望に合わせて地域の事業所を利用するなど社会資源の活用は支援しているが、地域への働きかけは法人が主体となっており、事業所としても取り組んでいくことに期待したい。
24	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。	b	家族ボランティアや企業からの継続的なボランティアなどを受け入れているが、利用者のニーズに応じた募集は行っていない。ボランティアの受け入れに際しての事故やトラブルを未然に防止するためにも、事業所の取り組みやボランティアに期待すること、注意点などきめ細かく伝えていくことに期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-(2)-① 福祉事業所・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。	b	行政の福祉課やハローワークなどとの連絡を行っている。また、社会福祉協議会や事業所の祭りへの協力ボランティア団体の一覧表はあるが、個々の利用者の支援に必要な社会資源はリスト化されていない。事業所全体としての協力関係だけではなく、個別のニーズに対応できる仕組みを整えていくことに期待したい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-① 福祉事業所・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	地区保護司会が派遣するボランティアの受け入れなど、社会貢献活動への協力を行っている。また、法人として災害時の地域住民の受け入れを行うことを定め、住民向け説明会を行っているが、法人の総合防災計画に記載がないため、職員への受け入れや具体的な動きなどについての周知の取り組みに期待したい。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	法人として地域貢献に取り組むための委員会を設置しているが、事業所としての取り組みは行われていない。通所利用者も多いことから、地域との交流や福祉ニーズの把握を行い、事業所独自の貢献活動についても検討・実施していくことに期待したい。

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。			
28	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。	b	法人の事業理念・基本方針を踏まえた倫理綱領や職員行動基準に利用者尊重のサービス提供にかかる基本姿勢が示され、職員会議などにおいて確認されている。また、ヒヤリハット検討会議の実施により、具体的な事例をもとに利用者の尊重や基本的人権への配慮の必要性について、定期的・継続的に学習している。今後は、介護職に留まらず、より多くの職員間の共通理解を深めていく取り組みに期待したい。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	トイレや更衣室などの設備面におけるプライバシー保護は守られており、個別の福祉サービスマニュアルにもプライバシー保護に関する留意事項が記載されている。また、虐待防止に向けて職員自身が行うセルフチェックの取り組みも始めている。今後は、法人の虐待防止委員会と連動しながら、職員の理解を深めるための研修開催や、利用者・家族に対する取り組みの周知に期待したい。
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。			
30	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。	b	法人のホームページにおいて、事業所のサービス内容などをわかりやすく公開している。利用希望者に対しては、見学、体験、日中一時利用などにより、随時対応している。現在、事業所独自の事業紹介パンフレットが未作成のため、利用者・家族のみへ配布している「のぞみたより」を活用するなど利用希望者のサービス選択に資する情報提供への積極的な取り組みに期待したい。
31	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。	b	サービス開始時には、重要事項説明書により、利用者・家族に対して説明し、同意を得ている。しかし、利用契約書にふりがながふられているが、重要事項説明書にはそれが無い。特に生活介護は、障害支援区分が重い利用者が多いため、今後は、判断能力が十分でない方に対する配慮について、取り組みの強化に期待したい。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉事業所・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。	b	事業所の変更について、法人内の支援施設への移行はあるが、他法人または家庭移行の件数は極めて少ない状況である。法人内の連絡、引継ぎは円滑に実施されているが、他法人への移行の際の手順や引継ぎ文書は、定められていない。今後は、地域の障害者相談支援事業所と緊密な連携を図るなどサービスの継続性に配慮した取り組みに期待したい。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	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。	b	利用者自治会を毎月開催し、外出レク活動、サークル活動、行事などの企画について、利用者の意見・要望を受け、協議して決めている。また、家族会に職員が参加し、意見交換を行っている。今後は、積極的に声を上げない、意見・要望などの申し出が少ない利用者に対する取り組みの工夫に期待したい。
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。			
34	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。	b	法人として苦情解決要綱に基づき、苦情解決委員会を設置している。重要事項説明書に苦情解決責任者、担当者を明記し、その仕組みについても事業所内に掲示している。今後は、この仕組みを理解できない利用者・家族に対するアプローチが課題になると思われるので、その取り組みに期待したい。

35	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。	b	利用者用の相談室は確保されており、写真入りの職員紹介をわかりやすい場所に掲示する取り組みも行っているが、相談方法や相談相手を自由に選べることを理解している利用者は多くない。今後は、相談しやすい環境づくりなど、より工夫した取り組みに期待したい。
36	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。	b	利用者・家族からの相談には、丁寧かつ迅速に対応しているが、相談や意見を受けた際の記録方法、報告の手順、対応策の検討などについて十分とは言えない。今後は、これまでの相談などの対応結果の検証を行い、組織的な仕組みづくりに期待したい。
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。			
37	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。	b	緊急時の各種対応マニュアルにもとづき、ヒヤリハット、事故報告の分析、予見できるリスクの軽減に努めている。特にヒヤリハットについては、発生した都度検討会議を行い、早急に対応している。こうしたリスクへの対応は、対処療法的傾向があるが、今後はこうしたヒヤリハット事例の積み重ねから予防活動につなげていく取り組みに期待したい。
38	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。	b	法人としての健康管理マニュアル、感染症（疥癬・インフルエンザ）対応マニュアルが整備されている。これらのマニュアルは主に入所施設用に作成されており、通所事業にも対応した内容にする必要があるため、今後は事業所設置の感染予防委員会において、マニュアル内容の見直しなどの取り組みに期待したい。
39	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。	b	法人の総合防災計画を基にして、事業所として火災・避難マニュアル、地震対応マニュアルを整備している。また、避難訓練も実施しており、町内会の防災訓練にも参加しているが、非常食の備蓄、災害発生時の職員配置体制の整備などが十分ではないため、今後の取り組みに期待したい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
40	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。	c	利用者の健康マニュアルなど個々のサービス提供に関わる実施方法は、整備されており、プライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢も明記されている。サービス提供業務全体に関わる標準的な実施方法を定めた文書については、整備されていないため、今後の早急な策定に向けての取り組みが望まれる。
41	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。	c	提供する福祉サービスにおける標準的な実施方法の文書化（マニュアル作成）を早期に着手することが望まれる。
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。			
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	事業所として定めているアセスメント様式に沿って、利用者並びに家族の希望・要望、職員の課題認識などを集約し、年2回の個別支援会議においてモニタリングし、計画策定を行っている。就労継続支援B型利用者の計画には、個人記録から家族との強い連携のもとでの計画になっているケースがある一方で、障害支援区分の重い生活介護利用者の計画は、利用者自身のエンパワメントの視点が弱いケースが一部みられる。今後は、事業所としてプラン内容の質の向上に向けた取り組みに期待したい。

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	各利用者に対して半年毎に丁寧にアセスメントし、個別支援会議において、モニタリング、計画策定のサイクルが整備されているが、通所しない利用者の対応など、計画の評価・見直しが難しい場合もあり、今後の工夫した取り組みに期待したい。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	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。	b	サービス実施状況にかかる記録は、システムで共有化されており、その内容は上長による確認がされているが、計画との連動性について未確定な部分もあり、今後は、職員の意見を取り入れてシステム改修するなどの取り組みに期待したい。
45	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。	b	法人による個人情報保護規程、文書保存規程などに沿い、利用者に関する記録の管理体制を確立しているが、今後、個人情報保護の重要性を再認識するため、全ての職員に対する教育・研修機会を設定することを期待したい。