

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011年 3月 10日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 様

〒 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 09-002号

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	組織	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	美々川デイセンター			
設置者名称	社会福祉法人美々川福祉会			
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)	2010年 9月 9日	～	2011年 3月 10日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2011年 1月 13日			
評価合議日	2011年 2月 17日			
評価結果報告日	2011年 3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

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運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人美々川福祉会
代表者氏名：理事長 尾野 聖一
所在地：〒059-1361 苫小牧市字美沢193番地の1 <span style="float: right;">TEL 0144-58-2435</span>

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

1) 30年の確かな事業展開の歩み

昭和54(1979)年、知的障害者の入所授産施設(現在定員40名)で認可を得た事業は本来の授産事業を拡充するとともに、利用者や地域のニーズを吸収して、以後、平成7(1995)年、通所部の併設、さらに、平成9(1997)年、デイセンター及び分場、14(2002)年以降、共同生活援助、共同生活介護事業等併置してきました。

これら長期的展望に立つ事業の展開は入所事業の役割と地域に定着した生活を希望する利用者の要望に応えた多様で適切な事業との関連性を保ち、効果・効率的な運営を進めています。

2) 経営・運営姿勢の明確さ

経営理念(個人尊厳の保持、心身の健全な育成、能力に応じた自立支援)とその具体的な支援指針(利用者本位で自律支援、人権擁護・生命・健康・安心・安全、労働権保持、能力の可能性を高める支援等)は職員の倫理的な行動規範として周知され、明確な役割を果たしています。

また、組織的な内部統制の取組みとして外部機関の監査や外部の人事考課調査を取入れるなど、公平・公正な経営や運営姿勢を示して、職員の職務意欲の向上に資するとともに事業運営の透明化を図っています。

3) 重要事項説明の詳細さ

利用者や家族に分かり易い表現で事業の目的や運営の詳細を説明書やパンフレット等で説明しています。

また、通所事業は地域から「かよう」ということばを職員は意味深くとらえて、福祉的就労の場の提供の意義と社会的適応を高めようとする姿勢と共に、利用者の意欲を支え、自発性を支援しています。

◇改善を求められる点

1) 中長期計画の策定と運営

第三者評価における中長期計画の策定項目は事業運営の合理的、効果・効率的運営を志向する観点から、事業展開の3~5年にわたる財務収支・施設設備・職員体制・人材の確保と養成等の計画化、実施、点検・評価、再計画の過程を定期的の実証して、事業の改善課題を明確にして、より望ましい営みに資することを評価しております。

従来、事業申請や補助・助成の事前審査方式など運営手続上の課題があり、これらの実施事項や時点等に考慮した単年度又は兩年度の計画化に努めておられますが、評価項目構成の趣旨に応じた事業運営や支援計画の中長期的計画化について、さらなる検討を期待します。

2) 地域と施設との総合的支援計画の策定

職員は通所利用者個々の自立性・自発性・生活能力等に適応したサービス実施計画の策定に支援方法の工夫と努力を重ねています。今後の利用者の地域生活での適応性の支援や職場での福祉的就労適応について、さらなる総合的な支援計画と定例的な見直しについて、さらなる改善の検討を重ねられるよう望みます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

当法人としては初めての第三者評価の実施であり、これまでの取り組みがどのように評価されるのか戸惑いと不安を隠しきれませんでした。概ね標準点に近い結果であったと理解し安堵しております。

ご講評の中で、職員全体の評価を受ける姿勢と施設を利用されている利用者主体の支援体制を評価して頂くとともに、改善しなければならない点についてのご指導を頂きました。ご指導頂きました改善事項を真摯に受け止め、今後一つずつ着実に改善して参ります。

今後も、私共が提供する施設サービスの現状を認識し、施設を利用される方や家族が、安心して頂けるよう努めて参ります。

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 22 年 12 月 2 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人美々川福祉会		
事業所名 (施設名)	美々川デイセンター	種別	知的障害者通所授産施設
事業所所在地	〒 059-1361 苫小牧市字美沢 1 9 3 番地の 1		
電 話	0144-58-3300		
F A X	0144-58-2558		
E-mail	honbu@bibigawa.or.jp		
U R L	http://www.bibigawa.or.jp		
施設長氏名	加藤 敏美		
調査対応ご担当者	村井 慶孝 (所属、職名： 美々川福祉園、事務課長 )		
利用定員	66 名	開設年	平成 9 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：                      基本理念：美々川福祉会が経営する施設においては、個人の尊厳の保持を旨とし、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、その有する能力に応じた自立した生活を営むことができるよう支援すること。                      支援指針：                      一、利用者には選ばれる施設であること。                          施設の主体は利用者であり、利用者にとって必要なサービスを利用者の側に立って提供できる施設であること。                      一、利用者の人権尊重・擁護及び生命・健康・安全の保障を實踐する施設であること。                      一、利用者の労働の権利を守り、生産的仕事を保障し、個々の持てる能力の可能性を高めていく施設であること。                      一、利用者の生活上、仕事上の能力を高め、結果として地域での自立した生活を目指す施設であること。                      一、利用者の加齢や心身の健康状態等に配慮したサービスを提供していく施設であること。                      一、地域に開かれた施設であること。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)	午前9時00分から午後4時30分		

**【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22年11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
名	3名	8名	19名	27名	5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
3名	名	3名	5名	1名	名
					合計
					74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	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	名	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
15名	23名	36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か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	3名	5名	3名	2名	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
2名	3名	2名	10名	3名	2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
7名	10名	19名	1名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	2名		

(平均利用期間： 9.4)

【職員の状況に関する事項】(平成22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	事務員	主任指導員	指導員
常勤	15名	1名	3名	1名	10名
非常勤	1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	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	名 ( 名)
介護福祉士	4名 ( 名)
保育士	1名 ( 名)
社会福祉主事資格	5名 ( 名)
社会福祉施設長資格	1名 ( 名)
甲種防火管理者	1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	600.33㎡		
(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 type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	9年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡		
(2) 園庭面積	㎡ <input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制		
(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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 改築年	平成	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ

○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 22 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

30 人

・ボランティアの業務

美々川感謝祭でのボランティア 30 名（各出店での調理、販売等）

**【実習生の受け入れ】**

・平成 22 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 8 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。

・利用者の方の苦情や意見、要望等を聞くため「みんなのいけん箱」を設置している。  
・利用者の方の主体的な活動を大切にしており、利用者自治会活動を行い、行事や、日々の生活について等意見を活発に出し合っている。

**【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)

## 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	経営理念は利用者の個人の尊厳、健全な育成、能力に応じた自立支援を定款・事業説明書等に明記して運営の基本としている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	支援の基本方針は利用者には選ばれる施設、人権擁護、生命・健康・安全の保障や働く能力の可能性・地域の一員としての自立性を支援実践することを明記して運営にあっている。
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	月2回の職員全体会議で理念基本方針の唱和、施設内の理念方針等の掲出などの取組みを徹底している。
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	重要事項説明書等で分かり易く説明し、家族会や連絡事項で運営の基本を説明、また、日常の指導姿勢で態度に示している。なお、周知の継続的な取組みを改善しようとしている。成果を期待したい。

### Ⅰ-2 事業計画の策定

	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。	b	従来、計画策定の基本は単年度で事業執行可能な限度の計画を示し、継続性を確保してきた。財務の収支計画の他は、組織体制、施設設備の整備、職員体制、人材確保と育成等の中長期計画策定の試みは十分ではない。今後、その重要性を課題として検討を期待したい。
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。	b	財務の収支計画の他は各課題に応じて、研修計画等は中長期的展望に立ち計画化を進めつつあるが、単年度計画に明示している。
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	単年度の計画は所掌の組織責任者を通じて各分野にわたる意見・実績を集約し、組織的な計画策定を行っている。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	事業計画策定は所掌の職員により策定され組織を通じて職員の意向を吸収し、結果を周知している。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	利用者等への周知は、所掌の作業を通して理解や周知に努めるほか、家族会役員会や総会等で基本計画を説明し、周知に努めている。

### 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) 管理者の責任が明確にされている。		
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。	a	月2回の職員全体の会議で所掌の業務を通して役割と責任について表明するとともに、事務分掌や災害対策等の命令系統図等で明記して、その役割と責務を示している。
Ⅰ-3-(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。	a	福祉施設運営にあたり遵守すべき法令等は多く、各事務分掌に係わって指示徹底を図っている。
Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅰ-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	管理運営に当たる職員の組織体制や利用者の授産事業従事に係わる運営管理の双方にわたり、その課題を示して解決を促すとともに資質と意欲向上に努めている。
Ⅰ-3-(2)-② 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。	a	授産事業等の企画設計から販路開拓・業務合理化・改善・見直し過程を通し、効果・効率に向けた指導に努めている。

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。	a	福祉的サービス、授産事業の展開の双方について事業全般の情報、特に、社会福祉資源や業界の情報を収集して経営の進展に努めている。
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組を行っている。	a	業界の経営環境の変化や自らの経営状況を専門家の助言等を得て経営の状況分析や課題の解決にあたっている。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	a	外部監査契約の下に監査を実施しており、年6回の定期的監査の結果を得て、業務の改善や見直しに努めている。

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。	b	人材の確保と養成は重要な事項と捉えて経年の連続性に立って人材の確保養成を行っている。今後も事業展開や利用者受入の多様化に伴い、多様な職員構成等の対応が望まれることから、さらなる計画化の検討を期待したい。
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。	a	人事考課は基準を明示して職員に周知するとともに、職員の自己評価を前提に外部機関による客観的な考課を実施して、人事管理や業務管理に活かしている。
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	職員の就業状況や意向は人事考課や個別面談の成果を活用するとともに、各職務所業を中心に個々の就業意欲の向上に資する支援に取り組んでいる。
Ⅱ-2-1 (2) -② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	北海道民間社会福祉共済事業等への参加、職員親睦会を設け、職員の定期的な心身の健康の維持と管理に努めている。
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	法人事業計画の重点事業として研修を明記し、事業計画の「職員の資質向上に向けた基本方針」に基づき実行され、専門資格取得のための職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組が行われている。	a	法人として、研修委員会を設け、法人全体の研修計画を立案している。研修は個々の職員の職種・職位等の知識、専門資格の必要性に応じて研修計画が策定され、計画に基づき実施している。
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	個々の研修結果は復命書（研修レポート）を作成し職員会議で発表し、検討を加えている。研修委員会では組織的な研修成果に関する評価・分析を行っているが、次の研修計画に反映されるまでには至っていない。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (4) -① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	o	実習生の受入については、法人として美々川福祉園が窓口となって受入のため、ディセンターとしての受入はない。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-(1) 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	危機管理マニュアル、新型インフルエンザ対応マニュアル、防火管理規程等利用者の安全確保を目的としたマニュアル等が整備され、毎月、労働安全委員会を開催し利用者の安全確保に努めている。
Ⅱ-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	消防署職員の指導を受け年2回避難訓練を実施し、町内会連合会総合防災訓練に職員が参加している。災害時に備えて食料、水を備蓄している。スプリンクラー、自動火災報知機（消防署直通）を設置し、火災発生時の非常体制が決められ、緊急時の連絡体制も確立している。地区消防団に加入し地域との連携を図っている。
Ⅱ-3-(1)-③ 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	ヒヤリハット報告に基づき、労働安全委員会で発生要因の分析、対応策を検討し職員会議で報告実行している。毎月施設内危険箇所を点検し点検表を作成、危険箇所の改善、安全確保に努めている。

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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	法人経営の基本方針に「地域社会の一員として地域福祉に貢献できる法人経営」を明示し、草刈、清掃などの地域環境整備への参加、敬老会、クリスマス会への地域住民招待、しいたけ狩り、買い物、スポーツ交流会などを通して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	特殊支援学校生徒、特殊学級生徒の施設体験実習、障害児親の会への研修、広報誌の配布、ホームページを開設し施設の活動などを地域へ知らせる取り組みを行っている。
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。	o	ボランティア受入の担当窓口が決められ、感謝祭に30人のボランティアを受け入れている。今後はボランティア受入に対する基本姿勢（受入の目的、業務の範囲等）を明示されるよう期待する。
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	病院、関係機関、団体のリストが整備され、職員間で情報の共有が図られている。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	社会福祉施設連絡協議会、在宅障害者連絡協議会、関係機関、団体と連携し情報交換、研修等で共通の問題に取り組んでいる。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	a	特殊支援学校、在宅障害者連絡協議会、行政等との情報交換から、地域の具体的な福祉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	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・ケアホームの設置運営、地域生活者への給食宅配サービスを行っている。

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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-1 (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組を行っている。	a	法人理念に基づき利用者主体性の尊重やエンパワーメントの実践をチーム・ケア体制の下に、定例会議等で共通理解を図って取り組んでいる。
Ⅲ-1-1 (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	職員研修にはプライバシー保護関連規程等マニュアルを確認し、かつ実践的応用可能な状態にある。
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-1 (2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	授産事業手当の評価点を明示するなど、利用者の生活や就労的支援での周知を図り、意欲向上と共に利用者満足の上昇に努めている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	法人として組織的な相談室を設置して相談や意見の吸収に努めている。支援相談員中心に気安さ、話しやすさに留意した窓口対応になっている。
Ⅲ-1-1 (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	内勤統制としての苦情解決体制を整え、その仕組みを判りやすく掲示して活用されるよう努めている。解決過程もケースに応じた規定による解決策を講じている。
Ⅲ-1-1 (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	職場での意見・苦情等の解決マニュアルに応じてその都度、利用者や職員会議等で周知を図ると共に迅速な解決に努めている。

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 (1) 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-1 (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。	a	組織的に業務上の各種委員会を設けて自己評価を提出して定期的な課題解決に努めている。また、日頃地方会のオンブズマンを導入するなど他者の評価を受ける機会を取り入れている。
Ⅲ-2-1 (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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	解決課題は定例的な職員会議、当該委員会で検討し、計画的な改善に努めている。
Ⅲ-2-1 (2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-1 (2)-① 提供する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	サービスの標準的なマニュアルを準備すると共に、個別支援計画の様式化とケアマネジメントの技法に準じた記録が可能な文書化の下で支援を行っている。
Ⅲ-2-1 (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	標準的な見直しは各種専門委員会等で半年毎に事業遂行過程に応じた改善課題を探り、検討する仕組みができています。
Ⅲ-2-1 (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-1 (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	専用プログラムソフトによる日々の行動を個別・時系列で管理し、必要に応じた閲覧・共用が可能な管理体制にある。生活日誌・個人記録・行動計画書等様式化して簡潔な記録管理に努めている。
Ⅲ-2-1 (3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	記録管理の責任体制を明確にし、かつ法令に遵守した適切な管理運営に当たっている。
Ⅲ-2-1 (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	日常生活や作業活動状況の記録を定例支援会議等で職員相互が共有して利用者支援に活用している。

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 (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-1 (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	利用希望者への情報提供は学校・事業所等との連携やホームページの発信情報のほか現地での説明等を行って受け入れの情報提供体制を整えている。
Ⅲ-3-1 (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	施設との利用にあたっては契約書・重要事項説明書等を説明し、関係者と共に適切な利用関係が理解できるよう努めている。

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。	a	施設・事業所利用での事業所変更・生活の地域移行などの際には、事業・家族等関係者を含めて双方の意向、変更の事由等を説明して支援の継続的な配慮に努めている。

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。		
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	個々の心身・生活状況等の基本情報に基づき、定められた手順に従い、解決課題を具体的に明示したアセスメントが行われている。
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	個々のサービス実施計画は委員会を設置し、責任者を明示して策定過程とその成果の検討体制を組織的に整えているが、生活支援と就労的支援の総合的視点など課題もあり、実効性についてさらなる検討が望まれる。
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	サービス実施計画の定期的な見直し、具体的改善課題の掘り下げなど、サービスの適宜な明確化についてさらなる検討を期待する。