

(様式第 6 号 別紙)

## 長崎県福祉サービス第三評価結果報告

### ①第三者評価機関名

有限会社医療福祉評価センター

### ②事業者情報

名称： わーくみかわち	種別： 生活介護事業/日中一時支援事業
代表者氏名：田島光浩	定員（利用人数）：生活介護 20 名/ 日中一時事業 4 名
所在地：長崎県佐世保市三川内本町 50-6	TEL：0956-30-6336

\*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

### ③施設・事業所の特徴的な取組

①開設して 10 年が経過した。元々用途の異なる建物であったため、障がいの特性に応じた環境整備が必要な中、創意工夫して建物内に間仕切りをして個別の対応できるようにしたり、カウンターを作って利用者が活動をしやすくしている。更に個別支援ができるプレハブ小屋を 2 つ設置した。このように物的環境に利用者を合わせるのではなく、利用者の特性に応じた柔軟な対応を行っている。

②利用者支援に当たっては、様々な地域資源を活用して活動範囲を広げている。この取り組みは単に利用者支援を軸にしているだけではなく、地域に出ていくことで地域に事業所のことや利用者を知ってもらうという意図がある。

③「地域に対して何をすれば認められるか(貢献できるか)」というテーマを職員皆で話し合い、自発的に立哨や防犯ボランティア、地域のスポーツクラブに参加する等、地域住民と関わる機会を多く持ち、「地域の中の事業所」であるために献身的な取組みを行っている。

④「人生は楽しい」という法人ビジョンを実現するため、プロの講師を招いて本物のサービスを提供できるように努めている。いくつか例を挙げるとエアロビクスやヨガ、メイクアップ教室、ハンドマッサージ等その道の専門家を招いてサービス提供している。職員でできるサービスとプロを招いて実施するサービスとメリハリをつけて、非日常的な体験ができるよう、事業所として努力している。

#### ④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 2 月 1 日（契約日） ～ 平成 30 年 7 月 20 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

#### ⑤総評

##### ◇特に評価の高い点

①新しい法人理念である「生きる誇りへの、挑戦」に対して、職員や利用者が実現できるように計画的に取組を進めている。各計画は具体的で進捗状況が「見える化」できている。この理念が目にとまり、魅力を感じて入職した職員をヒアリングの中で確認した。

②法人として統治体制が整っており、経営層から事業所の実務者まで情報の共有を図ることができている。また実務者も参画して事業計画等の策定に当たっているため、自発的な姿勢を持った職員が育ちやすい環境にある。また法人内に様々な委員会が機能しており、部門別に資料の整備や情報発信をする等役割分担が明確である。

③計画的な事業運営ができている。具体的には法人としての年度毎の事業計画に基づき、「エリア毎の事業計画」、「事業所毎の事業計画」、そして「事業工程表」が存在していて、1年間の行動予定を容易に確認することができる仕組みができている。単に計画があるだけでなく、法人本部から行動予定に関する情報や、報告締め切り日等の案内が定期的送信されているため、予定に沿った行動を高確率に実践できている。

④「ケアコラボ」というアプリケーションを活用して、利用者情報を法人内でリアルタイムに追うことができている。この取り組みは効率化を図るだけが目的ではなく、1人の利用者に関わりのある複数の事業所において、詳細な情報を活用して有益なサービスが提供できることが最大の利点である。

⑤法人内の研修体系が、経験年数や取得している資格、事業種目毎に準備されており、学ぶことのできる環境が整っている。また、この包括的な研修体系以外にも新入職員向け研修の一環として、6ヶ月ほど指導者とメール等活用してやり取りをする仕組みもある。職員育成だけでなく離職防止としても有益な取組みの1つである。

##### ◇改善を求められる点

①第三者評価に挑む姿勢として、事業所の一部の職員だけで取り組むよりは、全職員で自己評価をした上で、全体的かつ計画的に取りまとめていくスタイルを期待します。職員にとって直接的に関わりのない分野であっても、サービスの質の向上に向けた学びとなることを確信します。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

我々が法人として日頃から取り組んでいること、事業所として取り組んでいることへの理解をして頂き、全体的に高い評価を頂いたと実感している。  
資料の準備については容易なことではなかったが、今の我々の立ち位置を再確認することが出来た。評価を通し、正しい道へ進んでいるのか、どの点を更に強化し何がまだ足りないのかといったことを客観的に考える良い機会になった。  
今後は改善点に挙げられたように、事業所の一部の職員で取り組むのではなく全職員が自己評価に関わりサービスの質の向上を目指したい。  
また、現状に甘んじることなく挑戦し続けていけるよう、今回の評価結果を一読に終わらせず職員間で共有を図り事業運営に役立てたい。

⑦第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

(別紙)

### 第三評価結果

※すべての評価細目（45 項目）について、判断基準（a・b・c の3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

## 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
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「生きる誇りへの、挑戦」という法人としての新たな理念を策定して、障がいのある方にとっての一番の障がいは挑戦するチャンスがないという認識の基、障がいがある方でもチャレンジできる機会を創出する法人として始動している。わーくみかわちの取り組みにおいて、この理念に基づく特徴を複数掲げて利用者へサービスを提供している。また、法人全体のサービス種別や特徴については、パワーポイントでわかりやすくまとめている。この資料1つにしても専門的にまとめている資料と、利用者や家族でもわかるようにわかりやすい表現や、写真を多く使う等工夫している点を認める。最後に職員への周知方法については、毎年事業計画の見直しや次年度の策定時に振り返る機会が必ずあるため、定期的な見直しと日々の業務の中で何か課題が生じた際に、理念と照らし合わせて方針を導き出すようなディスカッションも職員間で行っている。</p>		

### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の障がい事業の動向の把握について、まず活用する資料として「佐世保市障がい福祉計画」という冊子がある。管理者はこの資料を読み解き、利用者数の予測や行政の動きを把握している。障がいサービス事業毎に利用者動向が把握できるた</p>		

<p>め、法人としては分析しやすい資料となっている。次に「法人における佐世保地区の計画」にエリア内における課題や方向性を見出している。更に「わーくみかわち事業計画書」に前述の資料から読み解いたものを落とし込んで、事業所における方向性や目標数値、利用者の利用状況等を確認している。法人理念に基づく取り組みを計画だけではなく、経営的な視点により永続的に事業を存続できるような数的分析や、効率化を図るための大掛かりな方向性をすでに見出す等、今後の展開に期待を持つことのできる計画となっている。</p>		
3	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          課題抽出に当たっては、前年度の事業計画を「事業報告書」と銘打って評価しており、この中で事業計画の振り返りを行うことで気づき生まれ、その延長線上に課題が「見える化」されている。この作業までは一般的によく耳にする話であるが、南高愛隣会では、SWOT分析を毎年必ず実施している。更に言うと、この分析に当たっては、全職員が集中して意見を出し合い、その作業を経て強みを活かした積極的な取り組みと、脅威に対する戦略を明文化している。このように年々変化する経営環境に対応できるように職員全体で課題を把握して、かつ、次年度の目標につなげていくという好循環が成立している。</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価 結果
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          法人としての中長期計画に基づく「わーくみかわち」独自の中長期計画を確認した。計画は平成30年度より3年間の計画が具体的に記されている。計画は現状と課題、目標数値と人材育成等の項目に分類されており、第三者でも非常に理解しやすい内容となっている。この中長期計画は単年度の計画にリンクしているため、毎年必然的に見直す機会が設けられている。また、中長期計画の中で特に印象的な項目として掲げることのできる内容が「人材育成」の分野で、国家資格取得者90%越えを目指して、職員に様々な支援を行いながら育成に取り組んでいる。「会社は人なり」ではないが、人材を大切に育てている姿勢を、計画から確認することができた。</p>		
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	a・b・c

	れている。	
<p>&lt;コメント&gt;  単年度の事業計画においては、上記項目の中長期計画を単年で分割したイメージで、「わーくみかわち事業計画」という資料で確認することができた。内容としては、年度における「事業のテーマ」、「事業の方向性」、「目標数値」に分けてまとめている。内容は第三者から見てもわかりやすい内容となっているし、全部とは言わないが、大半が数値目標化されているため、評価の際に具体的な評価ができて、次の計画策定に生きてくるような仕組みをとっている。全般的にいえることであるが、一非常勤の職員であっても、何らかの形で参画して作成されている事業計画群であるため、浸透も早く、本来の目的通りの事業計画となっていることをヒアリングの中から確認することができた。</p>		
<p>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;  上記項目にも出てきたことで重複する面もあるが、事業計画は職員参加型の工程で策定されており、法人として毎月「月次事業報告」を法人内のグループウェアを活用して共有する仕組みが構築されている。内容としては単年度計画の各項目に準じた内容を毎月報告する様式となっているため、漏れなく法人幹部が事業所の進捗状況を把握する仕組みができています。この事業計画は凡そ年末くらいから評価を開始して、年明けの1月か2月初旬に次年度計画(案)を策定している。この原案を数回法人幹部とディスカッションして、新年度の計画を作成するというルーティンが確立している。最後に新しく完成した事業計画は新年度1回目の「わーくみかわち会議」で必ず読み合わせを行い、事業計画の共有と共に事業内容の確認を「わーくみかわち事業行程表」等で行って、利用者への支援体制を強固なものとしている。</p>		
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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  事業計画の職員間周知は上記の通りであったが、利用者や家族に対する周知方法として活用しているのが、利用者の保護者で構成されている「育成会」という組織である。この会は概ね新年度に入ってからエリア毎に開催しており、法人としての方針や、細部の事業計画まで資料を基に説明するようにしている。またわーくみかわちだけの取り組みとしては、年度末に事業報告という形で、参加できる利用者や家族向けに存在するが、報告会を開催して事業の振り返りを説明している。資料を確認したが、大きな文字でわかりやすく説明の内容も簡潔にまとめている。このような配慮も自然に実施していることではあろうが、サービスの質の観点から言うと、とても重要な部分である。</p>		

--

#### 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
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本的に事業計画に基づく日々の支援、モニタリング、評価、見直しが、質の向上に直結しているため、毎月「月次報告書」という法人で定められた所定のフォーム内に入力する作業を行っている。所長はこの過程で全体的な振り返りを行い、達成できた点や課題として残っている点を明確にすることができている。特に評価できる取り組みとして掲げられるのは、職員会議の場において職員皆で評価を行っているという点である。管理者や所長の主観だけではなく、実務者の視点も含めて支援しているところに意義を見出している。このような実務者視点を大切にして、利用者に対する支援の質を高めている。今後は、今回受審された第三者評価の評価ツールを活用して、毎年1回でもいいので振り返る機会に厚みを持たせ、更なる質の向上を期待したい。</p>		
9	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年事業計画の見直しを行い、評価まで実践されている。この評価の過程で抽出された課題を次年度の計画に盛り込むというルーティンがあるため、設問で尋ねられている問いに対して概ね実行できている。但し、南高愛隣会のレベルで言うと、毎年PDCAサイクルに則して策定されている事業計画の遂行に加えて、今回のような第三者評価ツールを活用されて、更なる高みへ向かって取り組みを行うことを期待したい。つまり、今回の評価結果について、法人内のホームページ等への公表後に、今一度、職員間で第三者評価の見直しを行い、課題設定及び取組みまでの実施が望まれる。</p>		

### 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
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	a・b・c

	明し理解を図っている。	
<p>&lt;コメント&gt;  まず南高愛隣会として「南高愛隣会における管理者の役割分掌表」を共有されており、責務や業務内容等を明文化している。この資料により管理者の有する権限や管理の内容を確認することができる。また、理事長のメッセージとしてホームページ上に方針や考えを表明して、この内容から社会的使命等を確認することができた。また、有事の際の役割と責任については「人身事故発生時(利用者・職員)緊急連絡網」や「総合防災マニュアル」、「火災対応マニュアル」、「台風対策マニュアル」等に対応方法や、対応フロー内から不在の際の対応方法を読み解くことができる。</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;  南高愛隣会では毎年作成している「事業工程表」というものがあり、この工程表の中に人財育成・定着の項目に様々な研修が予定されている。これらは基本的に管理者が講師となって所属する職員にレクチャーするため、きちんとした知識を修得しておかなければならない。そのために法人内の上位者級への研修が準備されていたり、外部研修に参加したりする等、指導者への教育体制も充実している。わーくみかわちの運営に当たっては様々な法令に準じて運営をしているが、特に重要視している法令は身体拘束や虐待に関する法令で、人権擁護も含めて法人単位で様々な取り組みを実践しているところである。</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;  利用者へ提供するサービスは、基本的にわーくみかわちの事業計画に基づいて実施されている。この計画書は毎月のモニタリングと、年に2回定期的な評価を行っている。特に新年度の事業計画策定にあたってはSWOT分析等客観的な視点から事業内容を分析して現状を把握している。また管理者はマネジメント業務と同時に実務にも力を注いで、肌感覚で利用者へ提供しているサービスの内容を掌握する努力を続けている。更に職員と面接する機会を定期的に準備しており、日常業務のことからワークライフバランスの部分まで幅広く意見を聴いて、利用者に良いことは即実践したり、職員にとって良いことは組織単位で検討をする等、働きやすい職場作りに法人として努めている。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

わーくみかわちの事業計画に掲げている内容は、分析の結果文言として掲げられているもので、経営面、運営面共に法人のルールに従って「見える化」されている。毎年度事業計画を立案する前にSWOT分析を行い、人事、労務、財務等における強みや弱みを掌握した上で目標を設定している。この目標達成について必ずしも全てが達成できるものではなく、日々刻々と変化する経営環境の中で微調整したり、環境を整えたりしながら指導力を発揮している。また経営面の掌握について、わーくみかわちの「経営分析表」という資料があり、前年比や前々年比等との比較も行い、多角的な視点から数値を分析している。

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価 結果
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>わーくみかわちの年度毎の事業計画に「人材育成」の項目があり、現在在職する職員へ向けた育成計画や、職員を定着させる様々な仕掛けをヒアリングの中から確認することができた。まず現存の職員へ向けた特徴的な取り組みとして、新入社員はプリセプティ養成計画に則って基本的に半年間の教育を受ける。鉄は熱いうちに打てではないが、初期の教育に力を入れていることの表れということができる。また事業工程表にも記載されているように、障がい福祉事業に携わる者として大切な研修を毎月必ず行っている。加えて外部研修に参加しやすい法人独自の制度も有るということで、職員は幅広い知識の習得をできるわけで、人材育成の面での体制構築は整っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>南高愛隣会としての総合的な人事管理のうち、特徴的な取り組みとして、人事評価と成長支援面接を挙げることができる。前者においては法人におけるキャリアパスを明文化しており、倫理綱領に掲げている法人が求める職員像に加えて、将来像を描くことのできる仕組みができています。また評価基準は階層に応じて詳細に分類されており、評価する職員への指導も充実している。また、成長支援面接においては、定期的に上位者が行う仕組みができており、自己評価した結果を基に面接を重ねて成長支援を助長している。この面接で職員から相談があった内容は、場合によっては本部の人事担当者へ内容を送信して、法人全体で改善策を見出す事例もあるため、大きな法人であっても特に子育て真最中の職員等へのきめ細かい配慮を確認することができた。</p>		

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り組んでいる。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員を取り巻く環境の変化と共に就労の形も変化することがあるため、成長支援面接の際や、職員の環境の変化に伴い意向等の確認をするようにしている。基本的に所長が初期対応をして、その内容を管理者が把握した上で上位者の決裁を取っていく手順がある。また職員の就労状況は法人内のソフトウェアで管理されており、数名の目で就労状況を把握できるため、異変に気づきやすい環境となっている。南高愛隣会の働きやすい取組の中で特徴的だったものが、毎年職員にアンケートを取って公益的な意見は法人全体に適応したり、就労年数に応じてリフレッシュ休暇を取得できる取り組みを行っている点である。このような取り組みは法人の風土となり、職員には法人に対する忠誠心が芽生えて、法人への貢献度が高まることが更に期待される。</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>南高愛隣会として倫理綱領内の「社会福祉法人南高愛隣会が提供する福祉サービスの基本的な考え方」の部分に、サービスを提供する職員の基本的な考え方を明文化している。職員はこの根源となる姿勢や法人理念、事業計画を基にして「自己振り返りシート」に自己評価するようになっていて、上位者は成長支援面接の際等に状況を確認するようにしている。目標設定については個人差が有って難しい一面もあるが、目標が低すぎず、突出しすぎずバランスを重要視して設定するように方向付けている。このような自己振り返りシートや、職員の階層に応じたそれぞれの評価表があるため、個々の育成においては非常に手が入っている状況と評価できる。</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>南高愛隣会として「職員研修等に係る規程」を策定している。この中に研修の必要性や、自己研鑽の励行等文言が謳われている。この規程をベースにして人材育成や教育に関する各計画がある。研修の内容は法人としての職員研修一覧から、事業工程表に掲げてある事業所としてスタンダードなものまで多種多様に準備されており、学びたい意欲のある職員にとっては非常に環境が良いと言える。研修については事業内容や事業種別等に応じて変化を持たせており、法人で管轄する研修から事業所毎、事業種別に枠を設けて、更に外部研修にも一定の条件の基参加できる柔軟な仕</p>		

組みを構築している。		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての教育・研修の仕組みには法人内部研修、新人研修、外部研修に大きく分類することができる。更に内部研修においては、サービス種別や事業所毎に研修内容が異なるため、効果的かつ効率的な研修体系となっている。特徴的な取り組みとして、一部を除き新人職員にプリセプター(見本・手本となる職員)を付けて個別指導を行い、不安感の軽減や職員の自立促進を図っている。また外部研修については法人本部から情報提供があり、外部研修に参加する場合、条件を整えば一部補助金がもらえる等法人として研修の受講を励行している。</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>南高愛隣会として「実習のしおり」を作成して、冒頭に実習の目的や意義を明文化している。基本的に社会福祉士と保育士の実習が中心となっており、育成に係る手順書を確認した。また社会福祉士は指導者のための指導が必須となっており、養成研修を受講しているとのことであった。直接的に関係はないかもしれないが、特別支援学校の「社会体験学習」も受け入れており、この受け入れに関する計画書も確認することができた。法人としてこのような外部の実習生や体験学習に関して、積極的な受け入れ態勢を整えている。この姿勢が雇用創出の1つのきっかけにもなっているため、今後も継続的に受け入れていくとのことであった。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価 結果
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。	a・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>情報公開については法人のホームページ上の「情報公開」をクリックすると、「第三者評価の受審結果」「事業計画」「現況報告」「事業報告・決算」「苦情解決実施状況」等を閲覧することができる。今後わーくみかわちの第三者評価の受審結果や苦情解決</p>		

<p>についても、内容がまとまり次第、随時アップしていく方針であった。また法人の理念や事業方針、ビジョン、事業内容等については「南高愛隣会とは」をクリックすると目指す方針が明示されている。法人の情報についてはネット上ばかりではなく、パンフレット等でも配布できるようにしている。</p>		
22	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  法人として公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みの根幹に「社会福祉法人南高愛隣会経理規定」があり、この規程に則って管理されている。この規程の中に権限や責任の所在が記されており、職員への周知も法人内のソフトウェアを用いて図っている。また、外部所属の会計士による会計監査を定期的に行う等、公正かつ適正な経営を行っている。</p>		

#### II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価 結果
<p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
23	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  地域との関わりについて交流を広げるため、まずは近隣の小学校に着目して立哨をしたり、小学校で開催されているスポーツクラブに加入したり、こども110番に登録したりしている。利用者も防犯パトロールの際に、職員と一緒に地域を歩く等参画している。また利用者への社会資源の活用促進及び情報提供の一環として、事業所内に障害者スポーツ大会のポスターを貼ったり、新聞の切り抜きを掲示したりしている。多頻度で買い物等を地域のお店でするわけではないが、定期的な活動の拠点を地域の中に見出したり、時折外食に出かけたりする等、基本的には「地域」をベースに活動を行っている。</p>		
24	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  定期的なボランティアの受け入れ先としては、利用者アンケート調査を担ってくれている近隣の大学生を筆頭に挙げることができる。わーくみかわちだけで受け入れているものではなく、法人として例年受け入れている。このボランティア以外ほぼ受入れの実績はないとのことで、主たる理由として事業の特性上、多頻度にあるものではないとの見解であった。現在はこの大学のボランティアに特化しているところ</p>		

<p>ろがあるため、ルーティン化できていると考えられるが、今後間口を広げて夏休みの際の学生ボランティア等幅広い受け入れを行う方針であれば、受け入れ時の書類等を見直しておく必要性を感じる。(「ボランティア・アルバイトについて」という資料のバージョンアップ)</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 生活介護を運営する中で多機関との関わりがでてくるわけだが、特に相談支援事業所と関わる頻度が高いとのことであった。相談支援事業所以外においても近隣の生活介護事業所や障がいサービス提供事業所、また、横のつながりにおいては「就労支援協議会」への参加等が挙げられる。事業所のある圏域は自法人の事業所も含めて障がい事業の数は割と多いようにも見受けるため、引き続き法人内だけではなく、利用者支援の一環として横のつながりも継続していくことが重要である。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 地域向けに行っている機能還元の一例として、「さをり織り体験」の一般開放を行っている。元々この織物は利用者の芸術活動メニューとして導入されたもので、この珍しい芸術活動を交流のきっかけにしようということで開催したことがある。この他、ダウン症の理解促進のミニ講話を地域の他の事業所職員も含めて招待して、勉強会を開催したこともある。あと災害時の事業所における役割は、事業所の立地条件上、避難箇所にはなり得ないため、防犯パトロールや小学校の立哨等を通じて地域貢献している。</p>		
27	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 障がい者福祉事業を運営している法人として、地域に何ができるか職員間で協議した結果、大きなことからではなく防犯パトロールや立哨、子ども110番に登録等、考え得ることを少しずつ積み重ねてきた。この延長線上に小学校の校長先生と顔見知りになったり、自治会長はじめ顔見知りの住民が増えてきた。更には近隣の小学校の障がい児の件で相談がある等繋がりができてきた。障がい事業に特化した公益的な取り組みは大々的にできているわけではないが、上記のような地道な取り組みから、地域住民との関係を築くことができている。</p>		

--

### 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。		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人職員全体で検討した結果リニューアルした法人理念である、「生きる誇りへの、挑戦」を実践するために「ビジョン・私たちの行き先」「スピリッツ」「ミッション」を明示している。職員はこの理念の基、事業計画の内容も含めて日々利用者支援を実践している。また法人として倫理綱領に福祉サービスの基本的な考え方を謳っており、職員は「業務の振り返りシート」を活用して、定期的に職業倫理面について自己チェックしている。更に法人として人権擁護の分野において特に力を入れていることもあり、研修会等は当然のこととして、法人内の虐待防止委員会が発行している「愛隣訓」という人権擁護や倫理、法令遵守に纏わる訓示を発行したり、「GBiT」という虐待や身体拘束廃止に向けた情報を法人内に向けて発行している。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としてプライバシー保護等の基本的な姿勢として、倫理綱領の(5)に明文化されており、この資料は新入社員が必ず目を通して、特に理解を求めるものとなっている。また虐待防止マニュアルも人権擁護の基本的な観点から、入職時から指導が始まり、毎年必ず研修等で目や耳にする項目となっている。万が一職員による不適切な対応があった場合は、「虐待への法人内部における対応フロー」に基づき対処することとなっている。最後にわーくみかわちによる直接的なプライバシーの確保の実践例として、事業所内にアコーディオンカーテンを設置したり、敷地内にプレハブ小屋を作る等、「個」の空間を作ることができるように工夫している。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者は基本的に相談支援事業所を通じて利用となるため、パンフレットにサービスの内容や利用時間、利用料金の1例等を記してある。パンフレットは文字ばかり</p>		

<p>ではなく写真も活用してあり、利用者や家族はイメージしやすい構成となっている。また、利用者の見学や体験利用は随時行っているが、毎年佐世保市内の特別支援学校を中心に「1日体験会」を開催している。対象者は学校を卒業見込みの生徒や保護者が中心で、昼食の提供も含めて、サービス内容を体感できる取り組みを行っている。最後にパンフレットについて、大枠は変わらないが、様々なサービス内容を随時追加しているため、特に1日体験用の資料は毎年見直しを行ったり、パンフレットも数年に1回見直しを行っている。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; サービスの開始や変更において、契約書や重要事項説明書を除いて、この項目においては「個別援助計画書」を中心に確認した。基本的にインフォームドコンセントの理念の基、サービス提供を行っているが、内容によっては家族の同意も含めて行っている。実際に個別援助計画書を数部確認したが、きちんと同意欄に記名されていた。関連してサービスの内容が変更になる場合とは、退院後の再利用のケースが多いらしく、退院後のサービス利用再開時は、事前に情報収集したりして特に注意して観察するとのことであった。最後に障がいの程度によって当人の意思決定が困難な場合は、保護者代行というルールの基同意を得るようにしている。</p>		
32	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 主に保護者からの相談等で事業所の変更依頼があった場合は、他事業所への見学に職員が同行したり、新しい事業所において利用が確定したら、利用者や保護者の同意の基、個人のケースファイル内の情報を提供して、連携を図るようにしている。またわーくみかわちでのサービス利用が中止になる場合は、契約終了の確認書ももらう手順となっているため、この作業の際にサービス管理責任者が窓口となって、利用中止後も、わーくみかわちに連絡をとれるような働きかけを行っている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の満足度向上については、毎年近隣の大学生の協力の基、利用者アンケートを実施している。外部の機関が意見を聴取するため、比較的本音を拾いやすいということであった。また利用者の当事者団体で「ふれあいネットワークピア」という組織があり、この団体の話し合いがある際は、職員も参加して意見交換をするように</p>		

<p>している。更に利用者の保護者で構成されている「育成会」の集まりにおいても、職員が意見を聴いたり、情報を提供する等定期的に関わりを持っている。最後にアンケート結果については、わかりやすく円グラフや棒グラフを使って示されており、その結果を詳細に分析することでサービスの質の改善に役立っている。</p>		
<p>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。</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 重要事項の説明書の中に要望・苦情等申立先の相談窓口があり、苦情解決の体制が整えられている。苦情受付ファイルがあり、意見の内容、対応を明記し解決につなげている。</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 玄関の入り口にご意見・相談・苦情のポストを設置している。利用者が記入しやすい用紙も合わせて設置しており、解りやすく説明書きも掲示している。</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 危機管理対応マニュアルの中にご意見・相談・苦情受付マニュアルがある。組織全体が共通した認識を持つために、傾聴を重視し対応できる研修なども行われている。意見箱の設置やアンケートも定期的に行われている。</p>		
<p>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。</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 事故報告の基準が周知されている。PC（サイボウズ）を利用し事故報告が迅速に行える体制を整えている。感染対策・交通安全対策・システム管理・防火・防災対策委員会が設置されあらゆる事故・アクシデントに対応する体制を整え報告から対策発生防止に努めている</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 感染防止対策マニュアルがあり感染予防の取組が行われている。年5回感染対策委員会法人研修があり、その研修に基づき事業所内研修が行われ周知徹底している。</p>		

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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  法人内で防火・防災対策委員会があり総合防災マニュアルや利用者にも解りやすい対応のマニュアルがある。地域の消防局と共に防災訓練を行っている。法人の緊急連絡網があり管理体制が整っている。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価 結果
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  重要事項の内容に事業目的、運営の方針、具体的な支援内容が明記されている。利用者すべてに個別支援計画書が作成され、それに基づき目標に沿った福祉サービスが提供、支援されている。</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  個別支援計画書に基づき支援が行われている。月2回モニタリングの会議を行い、職員で検証し、見直しが行われている。</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  行政や相談事業所と連携し、共通の情報やアセスメントに基づき会議が行われ個別支援計画書が作成されている。利用者に応じた個別の支援が行われている。</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  相談支援事業所との会議や事業者内で定期的に月2回モニタリング会議が行われ個別に見直し、評価をする機会を設けている。</p>		

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、職員間で共有化している。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画書に基づき支援が行われている。ケアラボ（PC）利用しマニュアルに基づきながらパソコンやタブレットなどから各職員が個別に記録入力をし、閲覧できるシステムを構築している。</p>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用を開始する際、利用契約書を取り交わしている。広報やホームページに掲載する顔写真を使用する際も同意書を取り交わし、個人情報の管理に努めている。法人全体の役割分掌表があり管理体制の役割分担が明記されている。個人情報取り扱いマニュアルがあり職員に周知徹底し管理体制を整えている。</p>		

障害者（児）施設・事業版

第三評価結果

※すべての評価細目（30 項目）について、判断基準（a・b・c の3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重		
	1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が退院後利用する際は入院先からも情報を頂き、相談支援事業者と共にカンファレンスなど行っている。家庭や学校などの情報交換も行い 今まで利用していたコミュニケーション手法を継続するなど多職種で連携、共有した支援が継続できるよう工夫をしている。</p>		
	1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者がしたい事、興味ある事を積極的に取り入れ事業者内での活動の他に地域の公民館やスポーツ施設に専門の講師を招き活動につなげている。地域の防犯にも協力体制があり社会の一員としての役割を持った活動に繋がっている。</p>		
	1-(1)-③ 利用者の自力で行なう日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

<p>在宅やグループホームなど利用者の生活環境に合わせた日常生活支援が行われている。家族や職員との話し合いの機会を設けており、さらに職員会議を行い共通した支援が行われる体制がある。関わるすべての関係者が連携し利用者が安心して日常生活が過ごせる環境を整えている。</p>		
	<p>1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。</p>	<p>㉖・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 利用者向けに暮らしのルールブックが作成され社会ルールの情報提供を行っている。さらに解りやすく紙芝居を作成するなど利用者の能力や表現力に合わせた支援が行われている。言語で表現できない方にはホワイトボードを利用しコミュニケーションが行えるように工夫している。</p>		
	<p>1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。</p>	<p>㉖・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の思いや行動を把握しそれぞれの利用者に合わせた支援が行われている。アコーディオンカーテンやパテーションで目隠ししたり、距離を保ちながらそばに寄り添ったり、個別に工夫した支援が行われている。</p>		
	<p>1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。</p>	<p>㉖・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 愛隣訓という「より良い支援のためのガイドライン」があり、職員が業務に対する対応などが詳しく明記され、法人全体で共有した行動模範として支援に繋がっている。法人で虐待防止委員会やその他の委員会があり全体で取り組む体制を整えている</p>		

## A-2 日常生活支援

		<p>第三者評価結果</p>
<p>2-(1) 食事</p>		
	<p>2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。</p>	<p>㉖・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画書の中に食事の具体的支援が明記されている。法人内の配食事業所に</p>		

<p>アレルギーや食べてはいけないもの等文章化し情報を共有している。食事の際も職員が利用者の側におり、見守りや介助を行っている。食事介助におけるガイドブックがあり共通した基本姿勢で介助している。口に入ると危険なもの（バラン等）を取り出したり温かい状態で提供したり、利用者の状況に応じた食事の環境を整える支援が行われている。</p>		
	<p>2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。</p>	<p>①・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 半月ごとに献立が公表され利用者の楽しみになっている。大きさや柔らかさを配慮し魚や肉混ぜご飯、白ご飯など選べるようにしている。食事のコメント表があり事業者と給食センターと情報交換している。職員や他の利用者とテーブルを囲んで食事をする中で会話を楽しみながら食事が行われている。</p>		
	<p>2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。</p>	<p>①・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; アコーディオンカーテンやパーテーションを使用し利用者の心地よい環境で食事がとれるように配慮している。一人で食事をとったり、利用者どうしで楽しんだりなど思い思いに過ごしている。食事時間にこだわらず無理をせず個別のペースを重視している。</p>		
<p>2-(2) 入浴</p>		
	<p>2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 該当なし</p>		
	<p>2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 該当なし</p>		
	<p>2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 該当なし</p>		
<p>2-(3) 排泄</p>		
	<p>2-(3)-① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。</p>	<p>①・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画書に支援内容を明記している。ガイドブックの排泄介助の基本姿勢を基に職員が共有した支援が行えるようにしている。ケアラボ（PC）にその都度排泄状態を記録し職員が共有している。利用者が利用している法人内のグループホ</p>		

ームとも連携し情報共有した支援を行っている。		
	2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	㉔・b・c
<コメント> 定期的、必要時に掃除が行われており常に清潔な状態が保たれている。温座シートやウォシュレットも整備している。敷地内は外部のトイレも整備されており用途に合わせた設備が整えられている。		
2-(4) 衣服		
	2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a・b・c
<コメント> 該当なし		
	2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	㉔・b・c
<コメント> 利用者に着替えを持参してもらい汚れたら速やかに着替えられるようにしている。着替えが行われたら業務日誌に記入し情報を共有している。衣類を破く行為がある場合は個別支援計画書の中に明記して情報を共有した支援を行っている。		
2-(5) 理容・美容		
	2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a・b・c
<コメント> 該当なし		
	2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	㉔・b・c
<コメント> 家族と連携し理美容の支援の希望があれば協力して支援が行われている。その都度業務日誌に記入し情報を共有している。		
2-(6) 睡眠		
	2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	㉔・b・c
<コメント> 該当なし		
2-(7) 健康管理		
	2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	㉔・b・c
<コメント> 医療マニュアルに基づき利用開始前に看護師より検温、血圧、体重等健康チェックが行われ記録・整備されている。インフルエンザなどの予防接種も家族に案内し撰		

取表などで状況を把握しておく。感染予防・対策マニュアルがあり必要に応じた対策が行えるようにしている。歯科受診状況も把握しブラッシング指導など状況を把握し支援に活かしている。		
	2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	①・b・c
<コメント> 緊急時対応のマニュアルがあり必要に応じた支援体制を整えている。看護師による救急時の対応研修があり 救急法など指導を行っている。近隣の病院が解りやすく 掲示され日頃から連携した支援・協力体制を整えている。		
	2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	①・b・c
<コメント> 個別に薬の処方箋を添付し把握している。服薬用の医療マニュアルがあり、誤薬の対応も明記されている。薬準備表が作成され、毎日服薬がある利用者は確認し準備する。服用時は名前と本人を確認し投薬者を記入し誤薬の無いよう服薬を支援している。		
2-(8) 余暇・レクリエーション		
	2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	①・b・c
<コメント> 利用者アンケートを行い利用者の意向を確認する機会があり要望の実現につなげている。月間活動予定が作成され、当事業者だけではなく地域公民館やプールなど利用者が好きな野外活動が選べるようになっている。障害者スポーツ大会や地域の夏まつりに参加したり、外部からのボランティア受け入れるなど交流を進めている。		
2-(9) 外出、外泊		
	2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
<コメント> 該当なし		
	2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a・b・c
<コメント> 該当なし		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		
	2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・b・c
<コメント> 該当なし		

	2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a・b・c
<コメント> 該当なし		
	2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a・b・c
<コメント> 該当なし		

### A-3 安全・衛生・事故防止

		第三者評価 結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止		
	3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	①・b・c
<コメント> 地震、台風、火災の対応マニュアルや感染防止・対策マニュアル備えている。利用者用に解りやすく図解した防災マニュアルも整備している。法人に危機管理委員会があり重大問題があれば対策本部が機能するシステムがある。定期的に職員研修が行われ周知されている。		
	3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	①・b・c
<コメント> 危機管理チェック表、ヒヤリハット月間報告がありその都度原因や対策を具体的に明記して事故防止に努め、事業者内で研修も行われている。定期的な避難訓練も行い利用者用マニュアルも整備している。法人で安全管理課があり法人全体で事故防止に取り組んでいる。		