

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2022 年 12 月 2 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 001-0010
 住所 札幌市北区北10条西4丁目1 SCビル2F
 電話番号 011-717-6001
 評価機関名 特定非営利活動法人シーズネット
 認証番号 北海道 22-001
 代表者氏名 理事長 奥田 龍人



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)	奥田 龍人	総合	第0219号
	(2)	神内 秀之介	総合	第0068号
	(3)	藤原 靖広	総合	第0210号
	(4)	箭内 宏行	総合	第0257号
	(5)			
サービス種別	障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業）			
事業所名称	和光学園			
設置者名称	社会福祉法人 後志報恩会			
運営者（指定管理者）名称	社会福祉法人 後志報恩会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2020 年 2 月 12 日	～	2022 年 12 月 2 日	
利用者調査実施時期	2022 年 5 月 19 日	～	2022 年 5 月 31 日	
訪問調査日	2022 年 5 月 18 日			
評価合議日	2022 年 7 月 1 日			
評価結果報告日	2022 年 12 月 2 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シーズネット

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 後志報恩会

代表者氏名：理事長 阪口 光男

所在地：〒047-0156 北海道小樽市桜4丁目6-2 TEL 0134-51-5217

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. 福祉サービスの継続性と地域生活支援の取組

「施設から地域生活へ」という方針は開設当初から一貫して、施設入所者のグループホームへの移行に取り組んできている。また、グループホームから普通の地域生活へと移行できるように法人として小樽地区の受け皿を計画的に整備しており、日中活動などもバラエティに富んだ内容を用意し、利用者の障害の特性にあったライフステージを提供している。また、地域での生活がこれまでの生活の質と変わりなくできるように家賃を含む生活費についても支援してきている。

2. 地域との交流の展開

法人理念に「福祉コミュニティ」を掲げ、地域との関わりを重要視している。コロナ禍前は、お祭りの縁日の出店で作品販売や地域の町内会の文化祭での作品展示など交流してきたり、学園祭(和光フェスティバル)では学生ボランティアを受け入れたり、地域のボランティアサークルの方と一緒に調理をしたりしていた。コロナ禍の中でも、町内の「ちょこっとカフェ」の事業に協力していたり、近隣の他法人知的障害福祉サービス事業所と町会の三者共同で、町会での映画の上映や「わらしゃんど倶楽部」という町内の子ども活動など新たな地域交流の取組を行っている。地域の清掃活動も継続している。

3. 利用者が気持ちよく生活を送ることのできる日常的な支援

利用者の思いや気持ちを聞く機会として「よりあい」を月に1度開催し、そこで出された要望でできることについては速やかに対応している。休日の外出などにも対応できるよう施設独自に同行援助のボランティアを養成して対応している。食事は利用者の障がい特性に配慮し、時間をずらして食事を提供するなどしている。入浴は3つの形態を用意し自立度に応じて対応し、シャワーは毎日利用できる。エアコンも整備され、居心地の良い空間づくりをしている。また、習い事やダンスなど外部講師の積極的活用を図るなどして、余暇の充実に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

1. 福祉サービスの質向上に向けた取り組みの強化

福祉サービス事業所として取り組むべき自己評価を定期的実施する仕組みが整備されていない。自己評価基準は行政の指導監査様式を準用しており、また評価にあたっての手順を定めておらず、自己評価は形式的なものとなっている。法人としても、その状況を改善するために第三者評価を受審することとしたので、今後は、受審による評価結果を吟味して、自己評価を継続して行う仕組みづくりを期待したい。

2. 職員の育成・教育のシステムづくり

職員を計画的に外部研修に参加させるなどの取組はしているが、職員一人ひとりの育成に向けた個別の目標設定とそれに基づく具体的な研修計画の作成には至っていない。今後は階層別や職種別に必要とされる専門知識や技術などを明示し、法人が実施している人事評価に合わせ個別の目標設定と研修計画が一体となったスキルアップ、キャリアアップのシステム作りが望まれる。

3. 利用者の意思決定支援への積極的な取組

月1度開催する「よりあい」や日常的な活動の場で利用者の意向を十分に聞いてはいるが、社会活動への参加が高齢化や安全面の配慮から制限されることもあり、幅の広い年齢の利用者がいる中でニーズに対して支援が応えられない場面もでている。選択の自由と社会参加の具体化について今一度見直し、その実現に向けた課題を明確にし、少しずつ支援の幅を広げていくことを期待したい。

4. 利用者の権利擁護のさらなる徹底

法人として、利用者の権利擁護を最重要課題と捉え職員研修なども徹底しており、施設としても虐待防止セルフチェックを定期的に行うなど取組んでいることは評価できるが、利用者に対してどのようなことが権利侵害にあたるのかなどの周知が十分ではない。虐待の予防は利用者側からの発信も重要であるので、今後は、利用者に権利侵害とはどのようなことなのかなど具体的な内容を示し理解を促す取組を期待したい。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

■当該事業所では今回で3回目の第3者評価となります。この度の評価におきましてはコロナ禍の影響を受け評価開始から2年以上の歳月を要しました。そのため、評価期間中に人事異動や入・退職もあり、評価を進めるにあたっては多くのご負担をおかけしてしまったと思っております。

■前回、評価を受けてからは既に10年が経過しており、この間には、多くの人材が入れ替わり、差別解消法、虐待防止法の制定もあり、施設運営及びサービス提供を取り巻く環境は、前回評価時より大きく更新されている事から、前回比較はせず法人が目標としている「利用者一人一人の豊かな暮らしの実現」に寄与し続けることができているかという観点で、素直な現状検証として見る事ができました。

■評価の中身においては納得のできる部分と更に認識を深めるべき部分がある事が解り、日常のサービス提供場面や事業運営面において活かすべき内容、もっと見識を深めるべき内容として整理しやすくなりました。ご指摘いただきました「改善が求められる点」をはじめ、「高い評価」をいただいた点も含め、利用者のニーズや状態の変化に適応したサービスの更新を自ら検証と見直しを行う事によって、より高いクオリティを目指した実践の積み重ねができるよう、サービス提供及び環境整備に具体的な内容として反映させてまいりたいと思っておりました。

■第3者評価を受けることによって事業所の中長期戦略と単年度の事業計画にも反映させるべき気づきも得られ、常に鮮度が保たれた実践で応えていけるよう心を新たにさせていただく等、実践に向けた意欲までいただいた気がしております。

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： 令和 4 年 1 月 29 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 後志報恩会		
事業所名 (施設名)	和光学園	事業種別	障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業）
所在地	〒 047-0156 小樽市桜4丁目3番1号		
電 話	0134-54-7606		
F A X	0134-54-6360		
E-mail	wakou@srbshouon.jp		
U R L	https://srbshouon.jp/		
施設長氏名	臼屋 嘉則		
調査対応ご担当者	臼屋 嘉則 (所属、職名：施設長)		
利用定員	入所支援50 生活介護70 名	開設年	平成 21 年 1 月 1 日
理念・基本方針： 一人ひとりが安心して共に生活出来る福祉コミュニティの創造 (安心と笑顔でつなぐみんなのしあわせ)			
施設・事業所の特徴的な取組： ・様々な障害特性や年齢に応じた多様なサービスの提供 ・入所支援の提供場所となる居住空間と日中活動の提供場所を基本的に切り離し			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		回	（平成 年度）
開所時間 (通所施設のみ)	9：00～16：00		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業（定員○名） 短期入所事業（定員5名） 日中一時支援事業（定員5名）
--

【利用者の状況に関する事項】（令和 4年 1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（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
名	名	名	名	1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
7名	15名	9名	9名	3名	2名
					合計
					50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	1名	名	名
肢体不自由	2名	1名	1名	名	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	2名	1名	1名	1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
18名	20名	12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
名	名	名	名	1名	1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
名	名	1名	名	2名	1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	2名	1名	1名	2名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	名	名	34名		

(平均利用期間： 24)

【職員の状況に関する事項】(令和4年1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	34名	1名	5名	名	名
非常勤	16名	名	4名	名	名
	支援職員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	23名	名	名	2名	名
非常勤	12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	1名	名	名	名	2名
非常勤	名	名	名	嘱託 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	8名	(0名)
介護福祉士	11名	(2名)
保育士	3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	2,609.91 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	3年
(4) 改築年	平成	26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】

- ・令和 2 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）
53 人（ガイドヘルパー）

・ボランティアの業務

○利用者さんの外出にガイドヘルパー（法人独自）として登録してもらい、利用者が希望した際に実際に利用者さんと外出していただく。
○その他、歯科衛生士専門学校生による利用者へのブラッシング指導、学園祭（和光フェスティバル）でのボランティア等があるが、この間は新型コロナ感染防止のため中止となっている。

【実習生の受け入れ】

- ・令和 2 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 3 人（保育士）

【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1回作業班毎に「よりあい(利用者さんの会)」を実施し、暴言や暴力はなかったか確認するとともに、要望等について意見を聞く。
○年1回嗜好調査の実施。
○なんでも意見箱（鍵付き）を設置し、紙に自由に意見を書いて入れる仕組みはとってはいるが、この数年は利用されていない。
○保護者会と共催して懇談会を実施しご家族からの要望を聞く機会も設けているが、この間は新型コロナ感染防止のため中止となっている。

【その他特記事項】

○小樽地区の法人内事業所において、ニーズに合わせて多様化した日中活動を提供している。和光学園の入所利用者も17名が敷地内のウイリング和光の日中活動を利用している。よって、和光学園から見ると、入所支援は現在50名にサービスを提供し、日中活動の生活介護事業には入所利用者の内、33名と在宅利用者（グループホーム含む）が36名の計69名が利用している。

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・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。	<p>【取組状況】 法人として、基本理念、行動指針を明文化しており、ホームページや広報誌、年度計画書にも記載されている。法人は、仁木町の銀山地区、大江地区、小樽地区の3つの地区グループで運営しており、地区グループごとに法人の経営目標を落とし込んだ基本方針を策定している。和光学園が所属する小樽地区では、法人理念を掲げた独自のパンフレット、また会報誌として「こみゆに亭」を年3回、外部の関係先や家族へ配布しており、年度初めの誌面には理事長と小樽地区の施設長や管理者の挨拶を掲載しており、経営方針等の周知に努めている。職員への周知は定例会議や研修会で説明しており、利用者や家族にはサービス利用契約時に説明し周知に努めている。</p> <p>【改善課題】 利用者が集まって意見を交換する「よりあい」が月1回あるが、そこで理念の説明等は行われていない。利用者にも、年度当初などの機会に法人の理念である「安心してともに生活できる福祉コミュニティ」の内容を周知するよう努めることを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=25・b=13・c=1・n=1】</p>

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。	<p>【取組状況】 行政の担当機関や知的障がい者施設協会等と連携した会議に施設長が参加して、障害福祉制度の状況や経営環境などの情報把握を行っている。また、小樽地区の事業所長会議が月2回あり、地域の知的障害者を取り巻く状況の把握に努めている。これらの情報や小樽市の障害福祉計画等を法人本部とともに分析して、地域に密着した経営環境の把握・経営状況の把握に努めている。</p> <p>【職員評価（40名）：a=17・b=16・c=2・n=5】</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。	<p>【取組状況】 経営課題については、本部主導による事業所長会議で設備や職員体制、人材確保など検討しており、最近では、コロナウイルス感染症対策や報酬改定への対応の検討など具体的に進めている。また、職員には法人内研修や会議で説明し周知に努めている。近年では、福祉サービスのコスト分析により入所者定数を70名から50名にして、個室化とグループホーム移行を進めてきている。</p> <p>【改善課題】 敷地規模などによる個室化の限界や、年齢に合わせた日中活動の開発などの把握している課題について具体的な取組を検討してはいるが、着手にはいたっておらず、中長期の展望を持って推し進めることを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=15・b=18・c=2・n=5】</p>

1-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	1-3-(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。	<p>【取組状況】 法人本部として、中期経営目標、経営計画を策定しており、その中に和光学園を含む小樽地区の計画も含まれている。施設単体としての中・長期計画の策定には至っていないが、年齢層による日中活動の見直しやグループホームへの移行など地区内での継続した支援を目指しているため、小樽地区としての中長期計画が現実的としている。</p> <p>【改善課題】 個室化の推進のような事業所個別の設備投資や利用者の処遇など時間を要する重要事項は、施設単体の中・長期計画で検討し法人本部に上程することが望ましく、職員にとってもより具体的な計画と受け止められるので、法人の計画を落とし込んだうえで職員の意見も反映した中・長期計画の策定を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=12・b=20・c=3・n=5】</p>
5	1-3-(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。	<p>【取組状況】 法人本部の単年度の事業計画を基に、基本方針や年度目標、活動方針や各種業務事項が盛り込まれた計画を作成しており、具体的な取組を明記している。施設単体としての中・長期計画がないので、行事計画、環境整備計画が中心になっており、具体的な数値目標を掲げるには至っていない。</p> <p>【改善課題】 今後は、施設の中・長期の事業計画を策定の上で、具体的な目標を掲げた単年度計画の作成が望まれる。</p> <p>【職員評価（40名）：a=13・b=19・c=3・n=5】</p>
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	1-3-(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。	<p>【取組状況】 質の向上など本部が全職員に期待するものは法人本部の事業計画として位置付け、各事業所に下ろしている。施設整備やサービスの再編などは、事業所が職員から面談等で意見を聞き、職員会議でフィードバックして本部の事業計画に上げ、反映させている。</p> <p>【改善課題】 職員の意見は面談で聞いているが、第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価では職員参画が十分ではないと感じている割合が高い。職員が所属する作業班での検討など、より職員参画のもとに事業計画の作成を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=13・b=19・c=4・n=4】</p>
7	1-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	<p>【取組状況】 事業計画は、家族会の総会、役員会等で説明する機会を設けており、重点目標や施設整備等の報告をしている。利用者の集いとしての「よりあい」を月1回開催しており、利用者からの要望を聞く場となっているが、そこでの事業計画の説明や周知は行っていない。</p> <p>【改善課題】 「よりあい」の場などを活用して利用者へ事業計画を周知する取組を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=16・b=18・c=1・n=5】</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	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	<p>【取組状況】</p> <p>法人として、サービスの質の向上に向けた取組を各事業所に働きかけているが、その第一歩である自己評価を施設として取組むには至っていない。自己評価基準とその手順を定めておらず、自己評価は行政の指導監査様式を準用した形式的な実施に留まっている。</p> <p>【改善課題】</p> <p>その現状を変えるべく法人として計画的に第三者評価を受審することとしたので、今後は、受審による評価結果を吟味して、自己評価を継続して行う仕組みづくりを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=12・b=17・c=6・n=5】</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。	c	<p>【取組状況】</p> <p>職員の自己評価をしていないのでその評価結果に基づく課題分析はなされていないが、各部署から上がってきた課題レポートがあり、経営層でその課題分析をして改善策を職員に示しており、共有はできている。</p> <p>【改善課題】</p> <p>今後は、自己評価の取り組みを行い、その結果も参考に課題分析することを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=13・b=18・c=4・n=5】</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	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	<p>【取組状況】</p> <p>和光グループの広報紙こみゅに亭の年始号に理事長以下施設長も今年の方針や取組等を掲載して、管理者としての使命を表明している。職員には、法人の事業計画と施設の重点目標を会議で説明し周知に努めている。職務分掌等も文書化し会議や研修会にて共有している。緊急時における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任も含めて明確にしている。</p> <p>【改善課題】</p> <p>しかし、BCPが作成途上であり、早急な作成を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=20・b=13・c=3・n=4】</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。	a	<p>【取組状況】</p> <p>施設長は、遵守すべき法令等を十分に理解し、利害関係者との適正な関係を保持するよう努めている。小樽市や関係団体主催の管理者研修会など可能な限り参加して学び、施設管理に役立てている。また、コンプライアンス管理担当を法人本部に配置して、法人として遵守すべき法令等の周知に取り組んでいる。</p> <p>【職員評価（40名）：a=24・b=11・c=1・n=4】</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。	<p>【取組状況】 各部署の連絡会議が実質の「質の向上委員会」ともなっており、施設長も参加している。そこで、定期的ではないがサービスの質の評価分析を行っている。年1回職員の個別面談の際にもサービスの質について意見を聞くようにしている。職員会議が報告だけで終わっていた経過があり、もっと意見を発信してもらえよう意識的に取組んできた結果、職員会議は参加型の会議に変わり、サービス向上への意見等が活発に出されるようになった。また、本部主導でサービスの質の向上に関わる研修計画を立てている。しかし、自己評価を実施しておらず、第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価では肯定的な回答の割合が低位である。</p> <p>【改善課題】 自己評価を定期的実施し、その分析を通じて、一層のサービスの質改善に取り組まれることを期待したい。</p> <p>【職員評価 (40名) : a=16・b=18・c=2・n=4】</p>
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。	<p>【取組状況】 人事、労務、財務等を踏まえた分析は、本部や施設総務部からの指示のもと行っている。連絡会議がそれらを検討する場となっており、施設長と各部長、サービス管理責任者と一体で本部からの課題事項を検討している。施設の理念や基本方針の実現に向けて、働きやすい環境を整えるよう、可能な限りの人員配置に取組むなど、具体的な改善が始まっている。</p> <p>【職員評価 (40名) : a=16・b=16・c=4・n=4】</p>

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。	a	<p>【取組状況】 小樽地区は人材を確保するのが難しい状況にあるが、欠員補充も含め、職員採用は年間通して行っており、有資格者にこだわらず働きたい方を採用している。施設長は人材確保に意欲的で、配置基準を上回る配置をしたいと表明しており、実際に配置している。職員の採用活動は、HPやハローワーク、本部による学校への打診などを計画的に行っている他、小樽地区の職員採用のために作ったDMを小樽市の近郊で3回ぐらい全戸配布するなど取組んでおり、採用に結び付いている。法人としてもホームページに新卒採用コーナーを設け、リクルートガイドブックをアップするなどの取組をしている。</p> <p>【職員評価 (40名) : a=16・b=14・c=6・n=4】</p>
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	<p>【取組状況】 人事管理全般は法人本部が行っており、法人として給与や待遇に結び付く人事考課は運用していない。人事評価は行っているが、給与制度では経験年数に応じて上の等級に移行するシステムとしている。人事評価の原案や職員の異動希望などは施設長が作成し本部と調整している。「期待する職員像」は職員ガイドブックに記載されており、法人として年1回職員にガイドブックの説明会を開催し、また研修会でも使用して共有認識できるようにしている。法人本部主催で採用時の研修と年2回、新規採用職員・中途採用職員の研修を行っており、地区ごとに年度末にフォローアップ研修を実施している。キャリアパスの標準的なモデルは全職員に明示しており、一定の評価に基づいて昇格など検討している。報酬加算を最大限取得し処遇改善効果が発揮されるように取組んでいる。しかし、人事評価における昇格や、経験年数を満たしても上の等級に移行できない場合の考課基準が文書化されておらず透明性にかけるし、第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価で肯定的な回答の割合が低位である。</p> <p>【改善課題】 より透明性の高い人事管理制度が望まる。</p> <p>【職員評価 (40名) : a=11・b=19・c=6・n=4】</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	<p>【取組状況】</p> <p>勤怠管理システムで残業等の就業状況を把握しているが、残業はあまりない。有給休暇も取得を推進している。ストレスチェックを毎年1回実施しており、関係先に精神科医師がいるなど法人内に相談する体制ができています。ハラスメントについては、研修は行っていないが、規則を整備し防止に心掛けている。福利厚生は、北海道の共済会に加入している他、互助会を組織して冠婚葬祭、懇親会など行っており、ソフトボール大会やバドミントン大会など北海道の知的福祉協会の職員スポーツ大会などにも参加している。働きやすい職場づくりの検討は連絡会議や作業班会議などで行っており、全体的な課題は小樽地区の課長会議や経営会議などで検討し、法人に上げている。</p> <p>【改善課題】</p> <p>ハラスメントの研修が未実施なので、今後はその取組も期待したい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=15・b=20・c=3・n=2】</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。	c	<p>【取組状況】</p> <p>法人で行っている新任研修では職員個々の目標設定をしており、3年後に振り返る仕組みがあるが、施設として職員一人ひとりのための目標管理は実施していない。法人としてメンター制度を導入しているが、メンター研修の系統的な仕組みは検討中である。中途採用で障害者支援が未経験な職員も多いので、知的障害の特性などが分かるような研修に力を入れている。色々な課題をメンターや上司などで検討して、OJTで育成している。職員面談は定められた時期に実施し、職員が描いている将来像などを聞いている。しかし、職員を育成すべき個々の目標管理が実施されておらず、法人の個別の目標設定も施設として検証していない。第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価で否定的な回答の割合が高位である。</p> <p>【改善課題】</p> <p>人材育成の仕組みを見直し、法人と連動した目標管理の仕組みづくりが望まれる。</p> <p>【職員評価(40名) : a=7・b=15・c=14・n=4】</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	<p>【取組状況】</p> <p>法人に研修委員会があり、3地区から委員が参加し運営しており、そこでまとめた案を法人の運営会議で検討し、毎年度毎回の研修を見直して実施している。施設としてそれを受け年間計画を立案しており、随時の研修も計画している。しかし、職員個別の具体的な研修計画は作成しておらず、キャリアアップを目指す仕組みが十分ではない。</p> <p>【改善課題】</p> <p>今後は、職員の個別目標と連動した教育・研修計画を企画し、「期待する職員像」に向けて育成していくことを期待したい。また、職員のニーズ調査が望まれる。</p> <p>【職員評価(40名) : a=18・b=16・c=4・n=2】</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>業務に関係した資格取得や専門的研修については実務者の受講をサポートしており、全国大会への参加なども支援している。初任者には、北海道知的障がい福祉協会の知的障害を理解する基礎講座を法人負担で受講させており、新任研修やフォローアップ研修なども法人主催で行っている。外部研修に関する情報提供や参加についても支援しており、法人内ネットワークに外部研修フォルダを作成して情報提供している。しかし、習熟度を評価するスケールなどの仕組みはない。</p> <p>【改善課題】</p> <p>職員の職務や必要とする知識や技術水準に応じた教育研修については、階層別や職種・テーマ別研修等の知識技術水準を定量化して体系的にまとめていないため、今後、体系化されることを期待したい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=17・b=18・c=3・n=2】</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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	<p>【取組状況】 実習希望があれば積極的に受入れており、地区として受入れできる体制ができている。実習生の受入プログラムは、地区の委員が中心となって、学校側と連携して工夫して整備している。保育の実習生が多く、社会福祉系の学生の実習はあまりない。しかし、実習生等受入マニュアルはあるが古いままに更新されておらず、職員にも共有されていない。実習担当職員の指導者研修受講なども実施されていない。</p> <p>【改善課題】 施設長は実習生を受け入れる意義を十分に理解しているので、受入マニュアルを整備し指導者を育成することで、学校側が実習先を選びたいと思えるようになる体制づくりを期待したい。</p> <p>【職員評価 (40名) : a=17・b=17・c=1・n=5】</p>

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。	<p>【取組状況】 法人の定款や事業概要、財務状況などをホームページに掲載しており、小樽地区の広報紙を年3回発行して、町内会や関係先に配布するなどして、積極的に情報公開を行っている。</p> <p>【改善課題】 しかし、ホームページでは事業所単位の情報に乏しく、施設での暮らしぶりや日中活動の具体的紹介など、利用希望者が見て処遇内容がよく把握できるような情報公開を期待したい。</p> <p>【職員評価 (40名) : a=22・b=15・c=1・n=2】</p>
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。	<p>【取組状況】 法人として、事務、経理、取引等に関する規則を制定し、職務分掌と権限・責任も明確になっており、職員にも周知している。利用者の預り金の出し入れについてはダブルチェックする体制ができている。また、財務や経理等の取引については税理士事務所により定期的に確認されており、公認会計士による監査も受けている。</p> <p>【職員評価 (40名) : a=20・b=16・c=2・n=2】</p>

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 利用者との交流を広げるための取組を行っている。	<p>【取組状況】 法人理念に「福祉コミュニティ」を掲げ、地域との関わりを重要視している。コロナ禍前は、お祭りの縁日の出店で作品販売や東小樽町会文化祭での作品展示など交流してきたり、学園祭(和光フェスティバル)では学生ボランティアを受け入れたり、地域のボランティアサークルの方と一緒に調理をしたりしていた。コロナ禍の中でも、町内の「ちょこっとカフェ」の事業に協力していたり、近隣の他法人知的障害福祉サービス事業所と町会の三者共同で、町会での映画の上映や「わらしやんど倶楽部」という町内の子ども活動など新たな地域交流の取組を行っている。地域の清掃活動も継続している。</p> <p>【職員評価 (40名) : a=19・b=19・c=1・n=1】</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>	b	<p>【取組状況】 利用者の外出支援のため法人独自にボランティアのガイドヘルパーを育成し、利用者が希望した際に利用者とガイドヘルパーで外出できる取組をしており利用頻度も高い。また、歯科衛生士専門学校生による利用者へのブラッシング指導や、学園祭でのボランティア等を受入れている。しかし、ボランティア受入マニュアルはあるが、更新がされておらず職員の周知にも至っていない。</p> <p>【改善課題】 今後については、マニュアルの整備とボランティアへの研修や支援を行うなど、積極的に受入体制を構築することを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=23・b=15・c=1・n=1】</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>	b	<p>【取組状況】 小樽市が主催する障害福祉関係機関との定期的な連絡会が年に数回あり、施設はその運営にも携わっており、自立支援協議会にもリーダー的立場で関わっている。そこで得た社会資源の情報を法人内ネットワークで共有している。また、法人が主導し「しあわせネットワーク」という異業種交流の場を運営しており、「福祉のひろば」という形で年に2回程度開催し、職員が誰でも参加できる。</p> <p>【改善課題】 しかし、それらの活動が上層部や関心のある職員にとどまり職員全体に周知されているとはいえず、また第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価で肯定的な回答の割合が低位であることから、今後はそうした取組の意義が職員のスキルアップに繋がることを周知できるよう期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=14・b=19・c=3・n=4】</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	a	<p>【取組状況】 町内会の総会等に参加したり、法人の相談支援事業における相談内容を施設としても共有し、地域ニーズの把握に努めている。小樽地区として、地域のイベントに臨時的相談支援事業所を開設して地域の相談事に応じており、小樽地区としてできることは対応している。第三者委員の意見等も拝聴し、地域の課題を把握するように務めている。</p> <p>【職員評価（40名）：a=18・b=16・c=2・n=4】</p>
27	<p>II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	b	<p>【取組状況】 相談支援事業で受ける8050問題、生活困窮、子供の健全育成など課題を共有しており、生活困窮者等から要請があれば備蓄品から提供する仕組みも作っている。知的障害者の地域活動の支援では、北海道フライングディスク連盟の運営に関わっており、障害者スポーツを地域に根付かせる取り組みをしている。北海道ソーシャルワーカー協会の事務局なども担い、相談支援事業等の向上を支援している。福祉避難所については、小樽市と協定を結んで非常用発電設備などを備えており、地域住民を受け入れる体制を作っている。</p> <p>【改善課題】 施設としての業務範囲を超えた地域活動への取組は素晴らしいものがあるが、第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価では肯定的な回答の割合が低位であることから、職員全体の意識的な取組となっていない。それらの活動が上層部や関心のある職員にとどまり職員全体に周知されているとはいえず、施設が公益的な活動を行うことの意義を職員へ周知することが望まれる。</p> <p>【職員評価（40名）：a=13・b=17・c=4・n=6】</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	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。	<p>【取組状況】 施設では、職員が採用された際に法人独自で作成している「職員ガイドブック」を用いて研修を行い、異業種から転職されてくる方には基本的な理解を促すために、日本知的障害者福祉協会の「はじめて働くあなたへ」を配布している。ガイドブックには法人の理念や方針を掲げ、利用者への尊重したサービス提供に努める倫理綱領が明示されており、服務規程にも記載されている。法人の月間研修計画にも「人権侵害」「権利擁護」をテーマとした研修が複数回設定され、職員の意識を高める取組を行っている。施設では、定例の職員会議の中でガイドブックより内容を抜粋してミニ研修を行うという形式で実施されてきたが、受け身の研修での効果に疑問があり、現在は、部署毎に決められたテーマについて発表する形式に変えている。これにより利用者を尊重したサービスの意識形成を試みている段階である。またサービス提供の中で権利侵害などの状況把握や評価は毎月の部署の代表で行われる連絡会議で行われ、以後の対応に繋げている。</p> <p>【職員評価（40名）：a=22・b=14・c=1・n=3】</p>
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	<p>【取組状況】 職員ガイドブックに利用者に対するプライバシーの侵害の項目があり、虐待防止・対応マニュアルの中の項目にも定められている。プライバシーが守られる環境作りへの取り組みとして、段階的に二人部屋から個室への転換に取り組んでいる。他に私物を自らが管理できるように鍵付きのロッカーを用意したり、居室に鍵を掛けられるようにしており、二人部屋にはカーテンを設置している。ただプライバシー保護の取り組みについて利用者や家族には契約時以外に伝えることはしていない。具体的なプライバシーの保護の取り組みを明記した標準的な実施方法がないので、実践の中でプライバシーを意識した支援には職員間で差がある。</p> <p>【改善課題】 今後は、プライバシー保護が反映された標準的な実施方法の作成やプライバシー保護の事項を掲示する、機関誌で保護者に伝えるなどして意識を高めていくことを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=25・b=14・c=0・n=1】</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。	<p>b</p> <p>【取組状況】 外への情報発信としては広報誌を地域に配布することとホームページでの情報提供を行っている。利用希望者や学校関係者が見学などに来た際には個別で丁寧な対応に努めているが、コロナ感染症対策から外部からの見学などに対して受入ができない状況もある。</p> <p>【改善課題】 コロナ対策として見学できない状況であれば、ホームページの情報を充実したいところだが、情報は一覧にとどまり施設での生活がイメージできるようなものとはなっていない。ホームページに施設の特徴(男女別や間取りなど)や日中活動支援などの取組がより分かるような内容として、利用希望される方が理解し選択が出来るような情報提供を期待したい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=17・b=18・c=3・n=2】</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。	<p>b</p> <p>【取組状況】 契約書や重要事項説明については、規定に従い説明や同意を得ている。利用者の中には、家族がいなかったりか意思決定が困難など契約にあたり支援が必要な方がいるが、後見人などの活用はされていない。意思決定支援の研修会を行っているが、職員に成年後見制度の活用に関する知識をヒヤリングしたが理解度が職員によりまちまちであった。</p> <p>【改善課題】 成年後見制度の活用に関する知識が職員によりまちまちであるので、研修会等のさらなる充実を望みたい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=25・b=10・c=2・n=3】</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。	<p>a</p> <p>【取組状況】 現在は施設から地域移行する割合も低くなっているが、以前は多くの利用者がグループホームなど地域生活へと移行してきた実績がある。その際には本人の希望に沿った日中活動を全体に混乱なく継続できる配慮をしてきた。また地域での生活がこれまでの生活の質と変わりなくできるように家賃を含む生活費についても支援してきている。移行に関する窓口は支援課長が兼務しており、地域移行する場合など、利用者、家族には、口頭および文書で説明しており、出された不安などを丁寧に説明し、不安を解消するようにしている。</p> <p>【職員評価(40名) : a=20・b=14・c=2・n=4】</p>
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。	<p>b</p> <p>【取組状況】 利用者の満足度を把握する機会として、月1回の利用者と職員が直接意見交換する「よりあい」、個別支援計画のモニタリングで半年に一度実施する個別面談の場がある。家族には年1回の家族会総会の場で意見を頂いたり、その後の部署単位の懇談会で家族と職員が意見を交換する機会がある。研修等を通じて意見の表明がうまくできない利用者の意思を汲み取るようにも心掛けている。出された要望等については各種会議等で検討し改善の努力をしている。ただ、定期的な満足度調査は行っておらず、出された要望への対応にとどまっている。</p> <p>【改善課題】 今後は、定期的な満足度調査を行うとともに、よりあいや家族会、満足度調査から導き出されたニーズに対する取り組みの結果を、よりあいや広報誌などに報告、わかりやすく掲示することなどを通じて、利用者や家族が意見を表明することの意義を認識できるような取組を期待したい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=21・b=12・c=3・n=4】</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。	b	<p>【取組状況】</p> <p>苦情はすべて法人本部に報告し、本部と施設で対応を検討するという仕組みはできているが、ここ5年間1件も苦情が無い。意見箱（なんでも意見箱）もデイスパースの見やすい場所に設置されているが、同様に意見が投函されたこともない。第三者委員へも苦情としての報告はないが、研修会を年1回行い、要望等の内容を伝えている。</p> <p>【改善課題】</p> <p>苦情が出ていないことを施設としても課題として認識しており、意見を述べることを躊躇する利用者などのために、より意見表明しやすい環境づくりを期待したい。苦情にはサービスの援助内容も含まれるので、以前活用していたという施設オンブズマンのように外部の方が潜在的な苦情を聞く仕組みづくりなども期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=22・b=14・c=1・n=3】</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。	b	<p>【取組状況】</p> <p>よりあいで意見など聞いており、なかなか意見が出ない利用者には援助者側が配慮してわかりやすい問いかけなどを行っている。他に第三者委員、なんでも意見箱などの複数の取り組みがあるが、利用者へ相談が出来る仕組みなどを積極的に周知するには至っていない。</p> <p>【改善課題】</p> <p>第三者委員や他の相談機関にも相談が出来ることを本人や家族にもわかりやすく掲示したり配布をすとか、答えやすい工夫をしたアンケートなどを定期的実施するなど、意見や悩みが打ち明けやすい環境づくりを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=21・b=13・c=2・n=4】</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。	b	<p>【取組状況】</p> <p>苦情対応マニュアルを準用して、相談・意見等が出された場合は、担当職員からその内容が上司に報告され職務グループで解決するようにしている。また、「暑い日にアイスが食べたい」などの要望があったが、費用のかかるものは家族会に相談して家族会の会計から提供するなど、柔軟な対応をしている。意見表明が困難な利用者を想定し意思決定支援の研修にも参加している。しかし、。第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価では肯定的な回答の割合が低位であることから、組織的な手順が職員に浸透していないことがうかがわれる。</p> <p>【改善課題】</p> <p>今後は、利用者からの相談や意見が表明された場合の手順の徹底を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=19・b=17・c=0・n=4】</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。			
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。	a	<p>【取組状況】法人全体でリスクマネジメント委員会を設置して担当施設長と3地区から委員を選出し、月1回開催している。その場でヒヤリハットの集計、分析を行い、毎月テーマを決めてそれぞれの事業所の事故防止委員会で事故・ヒヤリハットの未然防止を検討するように指示、実行している。事故・ヒヤリハットに関する対応マニュアルも整備されており、見直しも行われている。事故・ヒヤリハットの事例と再発防止策は、施設データベースにアップして、職員会議で周知している。今後も大きな事故の予防としてヒヤリハット報告を積み上げて、利用者の安全・安心な生活に繋がるよう継続して取り組んで頂きたい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=26・b=12・c=0・n=2】</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。	b	<p>【取組状況】 法人内の医療職、栄養士等が年4回程度集まり医療・食生活会議を開催して、マニュアルを作成、見直しも行っている。2021年には複数の新型コロナ感染者が出たが、管理者を責任者とする体制を整えており、保健所の指導を受けながらゾーニングの徹底等で感染拡大を防いだ。予防については職員研修を行い、利用者にも日常的に感染予防の指導をしている。職員からの感染予防にも徹底し、全職員に私生活でもその予防に努めてもらうよう指導している。</p> <p>【改善課題】 感染対策のBCPは作成中ということで、今後はBCPを基にした研修・訓練を繰り返し行い習慣化されることを期待したい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=23・b=15・c=1・n=1】</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。	b	<p>【取組状況】 災害対策マニュアルを作成しており、それを基に、指令系統、緊急連絡網、非常用発電、備蓄、食品のローリングストックなどを備えている。避難訓練は消防署の立ち合いで通常火災訓練を年1回、夜間、地震、AED操作など含めた救急救命訓練をそれぞれ年1回実施している。</p> <p>【改善課題】 災害対策のBCPは作成中ということで、今後はBCPを基にした研修・訓練を繰り返し行い習慣化されることを期待したい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=25・b=12・c=1・n=2】</p>

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。	<p>【取組状況】 一つ一つの支援に関する標準的な実施方法は、日課も含めた業務マニュアルとして部署毎に整備している。採用時より1年かけて業務内容を理解してもらうためのメンター制度を利用して育成を図っている。服薬の手順などもこの中で指導され、業務内容によってはビデオ学習も取り入れている。しかし、業務マニュアルは利用者の権利擁護やプライバシーへの留意が十分ではない。</p> <p>【改善課題】 今後は標準的な実施方法(業務マニュアル)に利用者の権利擁護が反映されるような見直しをし、職員に周知した上でのサービス提供がなされることを期待したい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=21・b=14・c=2・n=3】</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。	<p>【取組状況】 部署間で作られている業務マニュアルは2ヶ月に1度の生活棟単位での会議で検討され、日課の見直しなどを行っている。検討や見直しは職員については部署毎の会議で、利用者については月1回のよりあいで意見を聞く仕組みが出来ている。</p> <p>【改善課題】 業務マニュアルには利用者の権利擁護の視点の充実が求められるので、今後の見直しを望みたい。</p> <p>【職員評価(40名) : a=22・b=11・c=3・n=4】</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支援計画を適切に策定している。	<p>【取組状況】 個別支援計画はサービス管理責任者が専用の支援ソフトにあるアセスメント様式でアセスメントを行い作成されている。計画の原案について職員会議の中でサービス担当者会議を行い、職員全体でアセスメントを話し合い、計画を策定している。会議の中には専門職が常に入る事はなく必要に応じて入る形になっており、支援が難しい利用者については、栄養士や看護師など多職種も参加した個別ケース会議を開き支援の検討を行った上でサービス提供をしている。</p> <p>【職員評価(40名) : a=24・b=11・c=1・n=4】</p>

43	<p>III-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	b	<p>【取組状況】 個別支援計画のモニタリングは半年に一度行われている。モニタリングでは個別支援経過記録と共にサービス担当者会議で半年間の利用者状況の確認をしている。目標の達成度合いを検討し、再アセスメントし新たな個別支援計画を作成しており、一連の流れは定着はしている。しかし、支援経過記録が個別支援計画に沿ったものとなっておらず、モニタリング、評価の判断材料としては十分ではない。また、利用者の状態が変わった場合など緊急に計画を変更して支援に反映させていくという仕組みも十分ではない。</p> <p>【改善課題】 今後は個別支援計画の評価、見直しの仕組みを検討されることを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=26・b=9・c=1・n=4】</p>
<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。</p>			
44	<p>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。</p>	b	<p>【取組状況】 日々の支援経過記録は支援ソフトを利用してパソコン入力しており、記録はネットワーク上で情報の共有が可能となっている。その他の情報もネットワーク上の掲示板にアップすることで職員間での共有が可能となっている。この他、月1回の職員会議で全職員の情報共有、月1回の小樽地区の運営会議で課長職間での情報共有、月2回の経営会議で施設長クラスの情報共有の場があり、情報共有の仕組みが整備されている。ただ日々のサービス提供に関する記録については記録に差異が生じており改善のための研修なども実施してはいるが、改善には至っていない。</p> <p>【改善課題】 今後はサービス提供に関わる日々の支援記録の差異をなくす工夫をし、個別支援計画の評価に繋がる記録となる事を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=26・b=11・c=1・n=2】</p>
45	<p>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。</p>	b	<p>【取組状況】 法人として個人情報保護規定を定め、職員ガイドブックに個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）を掲載している。規定には個人情報の保管や破棄、提供、漏洩に対するの対策も含めて位置付けられている。利用者・家族へは、個人情報の取り扱いについて契約の際に説明し同意を得ている。個人情報管理者は各施設長が担っている。採用時、就業規則時に職員には説明の機会を設けている。しかし、令和4年度の個人情報保護法改正を受けた研修等は開催されていない。</p> <p>【改善課題】 今後は、職員の個人情報保護の理解が研修等で深められる事を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=26・b=12・c=0・n=2】</p>

評価対象 障がい者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>自己決定や主体性の尊重に関しては、職員ガイドブックに示されており、職員には研修の機会を設けている。利用者からの意向については、「よりあい」や日用品の買い物時等に嗜好や意向の確認をし、日常生活、日中活動の中でも部署間で利用者の希望を聞いている。現在のメニューにない要望があれば検討をしている。余暇は、カラオケや土曜日に喫茶を開催したり、楽しめる場を用意している。そのような活動に参加出来ない利用者については、本人の趣味や興味あることを一緒にしたり、過ごすなどしている。法人が独自で組織するガイドヘルパーを活用して外出するなどしている。生活の中のルールを決める際はよりあいの中で提案して意見を求めるなどしている。ただ利用者から社会参加の希望、意見が出された場合も、職員体制の課題や事故リスクなどから、消極的な検討にとどまっている。</p> <p>【改善課題】</p> <p>今後は、改めて法人、職員が利用者の権利について理解、共有し、選択の自由と社会参加の具体化について考え、その実現をどのような手順で行うべきか、職員全体が周知して進めて行かれることを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=25・b=12・c=1・n=2】</p>
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	c	<p>【取組状況】</p> <p>虐待については職員ガイドブック、規程に示されており、ミニ研修なども開催して職員の虐待の理解を深め早期発見に繋がるよう取組を行っている。また年1回虐待防止セルフチェックを行い、虐待防止には努めている。緊急やむない場合の身体拘束手続きや虐待が発生した場合の手続きについても明確にしている。職員の不適切な言動について利用者から話しが出た際には、連絡会議の虐待防止委員会で状況把握することとなっている。「よりあい」は、利用者の思いや要望を聞く場であると同時に職員からの不適切な関わりをされていないか等、利用者の声を聞く機会ともしている。しかし、「よりあい」の場で利用者からの不適切な関わりに対する意見は出されたことはなく、意見を聞く姿勢や相談する人についての掲示はしているが、どのような事が権利侵害にあたるのかなど利用者への周知が十分ではない。</p> <p>【改善課題】</p> <p>今後は、利用者に権利侵害とはどのようなことなのかなど具体的な内容を示し理解を促した上で「よりあい」で意見交換ができるようにしていくことを望みたい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=35・c=2・n=3】</p>

A-2 生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>個別支援計画の本人の意向や計画に沿い、見守りを基本として自律、自立に配慮した支援が行われている。生活面では鍵付きロッカーを設置したり、部屋の鍵の整備をし私物を管理できるようにするなど、プライバシーを自らが管理できるように支援している。現在は地域移行への希望は聞かれませんが、施設内でADL、IADLに関して課題分析し、利用者の自立・自律に向けた支援が行われている。</p> <p>ただそのような支援を職員全員が意識をして取り組むまでには至っていない。また園外での利用者の活動については、リスクや体制上の課題から利用者に対して発展的な支援となる動機付けも消極的になっている。</p> <p>【改善課題】</p> <p>今後は、さらに研修等を深めるなどして、利用者の生活の中での自立・自律に向けての支援について積極的に取り組まれることを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=28・b=7・c=0・n=5】</p>

<p>A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。</p> <p>A④</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 施設内ではコミュニケーション支援が必要な利用者があり、必要に応じて視覚的な支援も行っている。ルーチン的な日課の中では課題がないように見えても、生活の中で利用者の思いを確認するために利用者それぞれに合わせたコミュニケーションの支援も試みられている。</p> <p>【改善課題】 しかし、施設内の掲示物などは文字が中心で受容コミュニケーションに困難がある利用者については十分な支援とはなっていない。今後は、意思表示や意思決定が難しい利用者に対するコミュニケーション支援の工夫をして意思を尊重する支援に繋げていくことを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=26・b=10・c=0・n=4】</p>
<p>A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。</p> <p>A⑤</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 利用者の思いや気持ちを定期的に聞く機会として「よりあい」の他、半年ごとに行われるモニタリングでの個別面談がある。個別面談時の相談内容はサービス管理責任者が中心となり聞き取り、個別支援計画に反映している。他には各作業所などで必要に応じて利用者の話しを聞いている。相談を受けた際には聞き取りした職員が対処しているが、対処できない際にはサービス管理責任者に相談するなどしている。</p> <p>【改善課題】 ただ、相談を受けた職員個人がどのような内容ならサービス管理責任者に相談するかというルールがないので、今後は、利用者の希望や悩みに適切に対応出来るようサービス管理責任者のスーパービジョンの仕組みを明確にして、相談した利用者が満足できるような相談支援の展開を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=32・b=0・c=3・n=5】</p>
<p>A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。</p> <p>A⑥</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 日中活動については支援度（機能や年齢）に応じたメニューやプログラムも用意されていて多様化されている。利用者が作業種目を変えたいなど希望が出た場合は、作業班などで話し合い異動が検討される。余暇活動やレクリエーションにおいては職員体制で出来るものを選択肢として用意し、その範囲での意向を確認するに留まっており、メニューやプログラムを利用者が選択できる仕組みや利用者がイベントの企画に参画する仕組みにはなっていない。高齢化などもあり、現在は障がい者スポーツ大会や町内のお祭り、ゴミ拾いについても一部の利用者に限られたものとなっている。マラソンなどを希望する利用者も転倒のリスクを考えて参加出来る活動を縮小したり、地域でのイベントなども支援が難しい場合は情報提供していない。体制上で取り組める活動は個別支援計画に反映させて検討や見直しを実施している。</p> <p>【改善課題】 今後は、体制的な課題はあるが、地域の関係機関や社会資源を活用し、利用者のニーズ、意思に基づく支援を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=25・b=10・c=1・n=4】</p>
<p>A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。</p> <p>A⑦</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 利用者の障がい特性に応じた支援をするために、外部研修などを活用して専門知識やスキルの向上を図っている。行動障がいがある利用者についてはケース会議を開催して行動の背景と支援方法の検討を行い、職員間でその共有を図っている。利用者間のトラブル、特に行動特性やお互いの関係性の悪化から他害などに及ぶなどある場合は、居室を変更するなどお互いの同意を得て調整をしている。事業所内で悩んでいるケースに関しては法人内などの詳しい職員に相談をするなどして、適切な支援に繋げられるようにしている。</p> <p>【職員評価（40名）：a=29・b=7・c=0・n=4】</p>

A-2-(2) 日常的な生活支援		
<p>A-2-(2)-① 個別支援計画に A⑧ もとづく日常的な生活支援 を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 利用者の食事嗜好調査は年に1回行われ、行事食や選択メニュー、季節に応じたメニューに反映されている。利用者の嗜好や嚥下状態、食事箋に応じた病気食などを適温の工夫をし提供している。食堂は一カ所だけではあるが利用者の障がい特性に配慮し、時間をずらして食事を提供するなどしている。入浴については、3つの形態を用意し自立している方には見守りでの入浴、支援度合いの高い方には職員が必要な介助をし、車椅子を使用している方には車椅子用の特別浴室を用意している。浴室には手すりや滑り止めもありリスク管理ができています。入浴が出来ない利用者には清拭などをして衛生に配慮している。シャワーは毎日利用できる。トイレについても車椅子で利用できるトイレが用意されてカーテンで仕切る事でプライバシーを保てるようにしている。排泄が自立していない利用者にはリハパンやバットを利用しているが、同時にトイレ誘導を行い失禁で不快な思いにならないよう支援をしている。また便秘傾向がある方へはその要因分析をした対応が行われている。車椅子が必要な方には職員の介助のもと移動や移乗が行われており、安心安全に支援が出来るように車椅子を利用前にチェックしたり、技術を学ぶ機会が提供されている。</p> <p>【職員評価（40名）：a=31・b=5・c=1・n=3】</p>
A-2-(3) 生活環境		
<p>A-2-(3)-① 利用者の快適性 A⑨ と安心・安全に配慮した生 活環境が確保されている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 基本的に居住スペースと日中活動のスペースを分けて気持ちの切り替えが出来るようにしている。居室については、計画的に複数名の居室を個室へと整備が進められている。居室の採光についても保たれており、エアコン、セントラルヒーティングも整備されている。二人部屋についてはカーテンで仕切る事でプライバシーの確保が出来るようにしている。利用者の状態により影響を受ける利用者が出た場合は本人たちの同意の下で一時的に居室を変えるなどの支援を行っている。傾斜地に建物がある関係から車椅子の利用者の移動ができるよう、また転倒などでのリスクを軽減させるために敷地内の動線となる部分にロードヒーティングを設置している。</p> <p>【職員評価（40名）：a=27・b=8・c=2・n=3】</p>
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
<p>A-2-(4)-① 利用者の心身の A⑩ 状況に応じた 機能訓練・生 活訓練を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 必要な利用者には身体機能の維持の点からリハビリでの通院を実施している。施設の中でも病院側より助言をもらい、運動不足となる方や車椅子の方などベッドでの生活が中心になっている利用者には散歩を行ったり、また看護師が中心となり生活の中でのリハビリを行い、嚥下に関わることについては口腔体操など外部の言語聴覚士、栄養士が関わっている。個別支援計画に盛り込み、医療スタッフと生活スタッフが連携して支援を実施している。ただ利用者が主体的に関われるよう実施しているが徹底はされていない。</p> <p>【改善課題】 今後は、利用者が主体的に関われるよう活動に組み入れていったり、動機付けを工夫する事が望まれる。病院のリハビリ専門職との一層の連携を期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=20・b=12・c=4・n=4】</p>

A-2-(5) 健康管理・医療的 な支援		
<p>A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 健康管理に関するマニュアルはないが、健康状態は一日2回のバイタル測定、年に2回の健康診断を実施し、その結果を生活支援員との話し合いのもと本人が理解できる方法で看護師から利用者に伝えている。日常的には利用者の表情や行動、入浴時のボディチェックなどから異変を早期に発見できるように努めている。また嘱託の医師は6ヶ月ごとに訪問し診療している。緊急時は嘱託医の病院が施設の向かいにあることからすぐに対処してもらうことができている。緊急時に対する手順はデータとしてネットワークで職員がいつでも把握出来るようになっている。ただすぐに職員が手に取れる場所に手順書を備えておらず、手順書があることを知らない職員もいる。</p> <p>【改善課題】 今後は緊急時の手順を職員全員に周知することが必要である。また障がい者特有の健康管理などについての研修は実施されていないので、職員が利用者の健康の異変に気づけるような研修や個別指導を実施することで更に安心した生活に繋がられることを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=27・b=9・c=1・n=3】</p>
<p>A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 医療的ケアが必要な利用者の医療行為や服薬管理、医療関係の備品の衛生管理については看護師が医師の指示のもと行っている。食事管理については栄養士、外部給食業者が連携して行っている。服薬に関しては、薬の情報や副作用に関してまとめられたものがデータ管理されており、データはネットワークによる共有化ができている。誤薬の際は決められた手順で対処出来るようになっており、その手順もネットワークで確認できるようになっている。ただ全ての職員に周知がされていない。利用者の医療的な支援についての実施手順は示されておらず、職員に対する医療的な支援に関する研修はここ数年は実施されていない。個別支援計画において医療的支援についての提示も十分にはされていない。</p> <p>【改善課題】 今後は、ルーチン化している流れであっても職員間で差違が起こらないように、服薬(誤薬対応)に関する手順書の周知、誤薬などの間違いが起こらないようにするための研修会や情報共有の徹底化などにより、安心した医療的支援の提供体制が構築されることを望みたい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=26・b=10・c=1・n=3】</p>
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
<p>A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 現在はコロナ感染予防の関係から外出、外泊も制限しているが、可能な際には本人や家族の意向に沿った支援を行っている。特に帰省に関しては意向に沿うようにしている。社会参加の支援については、近隣のお祭りに参加する程度で、それも一部の利用者に留まっている。最近では本人の意向があっても本人の身体的なリスクの問題や支援体制上の問題から、その機会を提供する事が十分にできておらず、本人たちが意欲的に取り組める支援に至っていない。</p> <p>【改善課題】 今後は法人や職員が改めて個々人の意志の尊重について共通理解を持ち、施設だけではなく他の機関とも連携し利用者の意向に応えられていくことを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=17・b=17・c=3・n=3】</p>

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 A⑯	b	<p>【取組状況】 これまで一定程度の地域移行を行ってきており、希望があればその意向を尊重していきたいと考えているが、現在は希望はない。地域移行での課題については出てきた時点で検討する場を設けており、バックアップ施設となっていることからその支援への協力もしている。既に移行してグループホームで生活している利用者には定着支援として、日中活動のサポートをしており、利用者の戸惑いについてはケース会議で対処したり、糖尿病など病気食の提供が難しい方についてはバックアップ施設として協力体制を取っている。ただ地域で生活している利用者について、町内会や関係機関との具体的な連携は最近は取れていない。</p> <p>【改善課題】 今後は、利用者からの地域生活への意向が出てこない理由を分析し、必要な情報提供をしていくことで新たに地域生活への意向が利用者に芽生えていくことを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=14・b=18・c=4・n=4】</p>
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 A⑰	b	<p>【取組状況】 定期的な帰省に合わせて利用者の状況を文面に渡したり、必要時に電話で連絡をするなどしている。緊急の際には緊急連絡先を明確にして連絡できる体制を整えている。また年に一度の家族会総会後の懇談会でも意見交換をする機会がある。施設の利用者は平均年齢が50歳弱となりそれに伴い親も高齢となっていて、親からは親なき後の相談もある。</p> <p>【改善課題】 施設では後見人制度を利用している利用者はいないが、家族も高齢化しており、後見人制度に関して早い段階で情報提供して対策されることを期待したい。</p> <p>【職員評価（40名）：a=28・b=8・c=1・n=3】</p>

A-3 発達支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 A⑱	-	該当せず

A-4 就労支援

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 就労支援		
A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 A⑲	-	該当せず
A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 A⑳	-	該当せず
A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 A㉑	-	該当せず

(別紙 1)

誓 約 書

次の評価の実施について、北海道福祉サービス第三者評価実施要綱第4条第5項の規定に違反していないことを誓約します。

記

- 1 対象事業所・施設名 和光学園
- 2 評価実施年月日 2020年2月12日～2022年12月2日

(西暦) 2022年12月2日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構
代表者 様

評価機関 (団体名) 特定非営利活動法人 シーズネット
(代表者職氏名) 理事長 奥田龍人 印

【調査の対象となる事業者と評価機関との関係に関する判断基準 (実施要綱第4条第5項関係)】

評価機関が次のいずれかに該当する場合は、当該評価機関は当該事業者の評価を実施してはならない。

- ① 評価機関の役員が現在所属するまたは過去3年の間に所属していた法人が経営するすべての施設、事業所
- ② 評価機関の役員が3親等以内の親族が、現在代表者や理事、役員等 (評議員は除く) である法人が経営するすべての施設、事業所
- ③ 評価機関の役員が3親等以内の親族が、現在所属する施設、事業所。なお、所属とは、代表者や理事、役員等 (評議員は除く)、職員 (常勤、非常勤等の形態を問わず雇用関係のあること) を含む。(④において同じ。)
- ④ 評価機関の役員等の3親等以内の親族が、施設、事業所の長である場合で、当該施設、事業所を経営する法人が経営する他の施設、事業所
- ⑤ 評価機関の役員等が現在業務 (コンサルタント、会計事務、調理業務などの営利事業) 等で関係するまたは過去3年の間に業務等を通じて経営等に関係していた施設、事業所

(別紙2)

誓約書

次の評価の実施に係る評価調査者について、北海道福祉サービス第三者評価実施要綱第4条第4項第3号の規定に違反していないことを、当該評価調査者に対して確認したので、誓約します。

記

- 1 対象事業所・施設名 和光学園
- 2 評価実施年月日 2020年2月12日～2022年12月2日

(西暦) 2022年12月2日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構

代表者 様

評価機関(団体名) 特定非営利活動法人 シーズネット
(代表者職氏名) 理事長 奥田龍人 印



【調査の対象となる事業者と評価調査者との関係に関する判断基準(実施要綱第4条第4項第3号関係)】

評価調査者が次のいずれかに該当する場合は、当該評価調査者は当該事業者の評価を担当してはならない。

- ① 評価調査者が現在所属するまたは過去3年の間に所属していた法人が経営するすべての施設、事業所
- ② 評価調査者の3親等以内の親族が、現在代表者や理事、役員等(評議員は除く)である法人が経営するすべての施設、事業所
- ③ 評価調査者の3親等以内の親族が、現在所属する施設、事業所(当該親族が、当該施設、事業所の長である場合には、当該施設、事業所を経営する法人が経営する他の施設、事業所を含む) ※ 上記のうち、①、③で規定する「所属」の例: 代表者や理事、役員等(評議員は除く)職員(常勤、非常勤等の形態を問わず雇用関係のあること)
- ④ 評価調査者が現在業務(コンサルタント、会計事務、調理業務などの営利事業)等で関係するまたは過去3年の間に業務等を通じて経営等に関係していた施設、事業所