

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2013年2月5日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 063-0825

住所 札幌市西区発寒5条2丁目3番8-201号

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 評価機関認証 第011-001号

代表者氏名 鈴木 正子



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) | 高村 一文 | 組織 | 第00053号 |
| | (2) | 神内 秀之介 | 福祉 | 第00068号 |
| | (3) | 榎見館 由美子 | 福祉 | 第00117号 |
| | (4) | 橋本 玲子 | 福祉 | 第00131号 |
| | (5) | | | |
| サービス種別 | 共同生活介護 | | | |
| 事業所名称 | よつばクローバー | | | |
| 設置者名称 | 社会福祉法人 小樽四ツ葉学園 | | | |
| 運営者(指定管理者)名称 | 社会福祉法人 小樽四ツ葉学園 | | | |
| 評価実施期間(契約日から報告書提出日) | 2011年10月23日 | ～ | 2012年12月25日 | |
| 利用者調査実施時期 | 2012年9月21日 | ～ | 2012年9月30日 | |
| 訪問調査日 | 2012年11月14日 | | | |
| 評価合議日 | 2012年11月23日 | | | |
| 評価結果報告日 | 2013年2月5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

サード・アイ合同会社

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 小樽四ツ葉学園

代表者氏名： 理事長 柏野 喜一郎

所在地：〒047-0156 小樽市桜2丁目15番26号

TEL 0134-51-5670

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

■「理念実現への取組み」

理念は、法人の社会的存在理由や信条を明らかにしたものであり、職員の行動規範となるものですが、ともすれば単なるお題目に落ちやすい面もあります。四ツ葉学園の理念は、昭和37年創設時に職員の規範として「十訓」が作成され、それを受け継ぎ昭和56年に法人の名称である四ツ葉にちなんだ「4つの基本理念」が作成されています。

今回、職員アンケートから、「文章の理解が難しい利用者さんへは、日々の支援で示すよう努めています」との回答を頂き、創設時の思いが職員に受け継がれていると感じました。それは、「朝礼での倫理図書の読み上げにより職員のモラルを向上し、法人全体のサービスの質を高める取り組み」に代表される、日々の地道な取り組みの効果です。

■「新しい事業展開への展望」

現在、障がい者福祉事業を取り巻く状況は目まぐるしく変化しています。法人及び各事業所においては、理事長及び管理者をはじめ役職者が中心となって、変化に対応すべく地域にグループホームやケアホームを暫時開設して、入所利用者の地域移行を促進しています。

また、月に一度の公認会計士による経営指導や、必要に応じて社会保険労務士や弁護士からも労務法務のアドバイスを受けながら、様々な客観的な視点により、経営判断がなされている点が高く評価できます。

■「意見・要望・苦情」に対する姿勢

ほとんどの利用者が自分の思いを文字で表現できないことから、利用者からの意見・要望・苦情を収集する方法として、毎月1回土曜日に実施されている「ケアホーム利用者ミーティング」において、支援員が直接聴き取りを行っています。

利用者の声は必ず「苦情解決意見・要望・苦情シート」に記入され、翌週のバックアップ職員ミーティングで職員に周知され対応が図られています。

「苦情対応規程」・「苦情解決制度の流れの概要」が策定され、日常的な苦情に至らない意見・要望・疑問等も含めて、対応の仕方・解決に要する日数・提出する書類の様式・各担当者の業務内容・が詳細に記載されている他、解決結果を日常的な業務の改善・向上の反映に至るまでが記入されており、誰が対応しても統一した処理が出来る工夫がされています。

また、「苦情解決意見・要望・苦情シート」は全て理事長が目を通し解決を確認されています。

毎月の聴き取りを行っていることで、利用者は「意見・要望・苦情」の提出を身近に捉えていて、例えば「釣りに行きたい。」「ケアホームの仲間と旅行に行きたい。」など、いろいろな意見を述べています。出された利用者声に対して、マニュアルに沿って職員が迅速に計画を立て、実行している姿勢は評価されます。

◇改善を求められる点

■収支に裏付けされた中長期計画の策定

事業所では、「中・長期事業計画」の策定や「次年度事業計画・次年度収支予算」の策定はきめ細かく行われていますが、「中・長期収支計画」の策定が行なわれていません。事業所が、資金的に安定し長期的に安泰であることは、利用者と家族の大きな関心ごとの一つです。

「中・長期事業計画」で、事業所の理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組が確認でき、さらに、その「中・長期事業計画」を実現するための収支的な裏付けが示されれば、利用者と家族は、より安心して自分たちの生活を託すことができます。

今後、「中・長期収支計画」の策定を期待します。

■「開かれたホーム」

本体である小樽四ツ葉学園は、実習生やボランティアの受入をしていますが、ケアホーム事業では、受け入れていません。ホームでの受け入れに関しては、検討段階です。

今後は、地元地域とのコミュニケーションも含めて、実習生やボランティア等を受け入れることにより、入居している利用者の余暇活動の充実や地域福祉の向上が期待できます。地元地域により開かれたホーム運営となることを期待致します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価は「監査」とは違い、利用者さんのサービスの質の向上をどう図っていくかを世話人・バックアップ職員共に考える良い機会になりました。また、それぞれの項目を自己評価していく中で、支援方法や内容等を客観的に見直す良いきっかけになりました。

高く評価された「意見・要望・苦情」に対しては、世話人を含めた職員共々に迅速・丁寧を心がけており、支援している上でとても大きな励みとなりました。

受審でヒントを得た利用者の満足度調査も12月から毎月利用者ミーティング時に「よかったこと、嬉しかったこと」を議題にスタート致しました。職員のモチベーションの向上にも繋がるものとなっています。

長い期間にわたりきめ細やかに対応していただき感謝するとともに、今後、ケアホームのサービスの質が向上するよう、職員一同、積極的に取り組んでいきたいと思っております。

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： 平成 24 年 10 月 27 日

| | | | |
|--------------------------|---|---------------------|------------------|
| 事業者名 (法人名) | 社会福祉法人 小樽四ツ葉学園 | | |
| 事業所名 (施設名) | よつば クローバー | 種別 | 共同生活介護 |
| 事業所所在地 | 〒 047-0156 小樽市桜2丁目15番26号 | | |
| 電 話 | 0134-51-5670 | | |
| F A X | 0134-51-5670 | | |
| E-mail | yotsuba@oregano.ocn.ne.jp | | |
| U R L | http://www14.ocn.ne.jp/~otavoitsu/ | | |
| 施設長氏名 | 岩田 邦和 | | |
| 調査対応ご担当者 | 南 勝信 | (所属、職名： サービス管理責任者) | |
| 利用定員 | 28 名 | 開設年 | 平成 18 年 10 月 1 日 |
| 理念 | <p>1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。 人権侵害を許さず、プライバシーを保護し、人としての権利を擁護します。</p> <p>2. 施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。 利用者個人が豊かな生活を実感し、充実した人生を送れるようにします。</p> <p>3. 地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。 ふつうの場所で、ふつうのくらしができるよう すべての機関と連携し、地域福祉を推進します。</p> <p>4. 法人の運営基盤の強化をはかります。 施設利用者へ良質で安定的な福祉サービスを提供していくための足腰の強い社会福祉法人を構築します。</p> | | |
| 開所時間 (通所施設のみ) | | | |

【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) 生活介護事業ふれあい・さくら (定員40・40名)
施設入所支援事業 (定員60名) 相談支援事業 日中一時支援事業

【利用者の状況に関する事項】（平成 24年10月27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 | 名 | 1名 | 名 | 名 | 1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 |
| 1名 | 1名 | 3名 | 2名 | 8名 | 8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 | 1名 | 名 | 名 | 名 |
| 肢体不自由 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 2名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 2名 | 名 | 1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 |
|--------|----|----|
| 17名 | 8名 | 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 | 6名 | 10名 | 1名 | 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 |
| 名 | 8名 | 名 | 名 | 名 | 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 | 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： 2年5か月)

【職員の状況に関する事項】(平成 24年10月27日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

| | | | | | |
|-----|-----------|------|------|-------|----------|
| | 総数 | 管理者 | サビ管 | 生活支援員 | 世話人 |
| 常勤 | 8名 | 名 | 1名 | 2名 | 3名 |
| 非常勤 | 15名 | 1名 | 名 | 5名 | 4名 |
| | 宿直員 | 介護職員 | 保育士 | 看護職 | OT、PT、ST |
| 常勤 | 2名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 5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 |

※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 | 名 (名) |
| 介護福祉士 | 1 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(ホーム名 クローバー1)

| | | | |
|-------------|---------|--------------------------------|--|
| (1) 建物面積 | 119.06㎡ | | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input checked="" 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 | 5年 | |
| (4) 改築年 | 平成 | 年 | |

○成人施設の場合(ホーム名 クローバー2)

| | | | |
|-------------|---------|--------------------------------|--|
| (1) 建物面積 | 116.64㎡ | | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input checked="" 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 | 昭和 | 61年 | |
| (4) 改築年 | 平成 | 年 | |

○成人施設の場合(ホーム名 クローバー3)

| | | | |
|-------------|---------|---|--|
| (1) 建物面積 | 209.79㎡ | | |
| (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 | 昭和 | 44年 | |
| (4) 改築年 | 平成 | 14年 | |

○成人施設の場合(ホーム名 クローバー4)

| | | | |
|-------------|---------|---|--|
| (1) 建物面積 | 119.07㎡ | | |
| (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 | 昭和 | 63年 | |
| (4) 改築年 | 平成 | 22年 | |

○成人施設の場合(ホーム名 よつばクローバー)

| | | |
|-------------|---------|---|
| (1) 建物面積 | 145.73㎡ | |
| (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 | 3年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 14年 |

○成人施設の場合(ホーム名 クローバー6)

| | | |
|-------------|---------|---|
| (1) 建物面積 | 108.13㎡ | |
| (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 | 昭和 | 61年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 22年 |

○成人施設の場合(ホーム名 クローバー7)

| | | |
|-------------|---------|---|
| (1) 建物面積 | 106.92㎡ | |
| (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 | 昭和 | 62年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 22年 |

○保育所の場合

| | | |
|--------------------|----|--|
| (1) 建物面積 (保育所分) | ㎡ | |
| (2) 園庭面積 | ㎡ | |
| (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 |

(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。

○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 23 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 23 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 0 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。

※一ヶ月ごとにケアホーム利用者ミーティングを開催している。利用者一人が司会進行を努め、職員1名が書記として参加している。その会議の中では利用者の意見・要望・苦情などを自由に発言していただいている。その後、話し合いの記録は職員に回覧し必要に応じて個別に対応している。苦情があった場合は、苦情受付委員会の理事長に報告し、解決策に向けた打ち合わせ会議を行っている。 ※一ヶ月に一度バックアップ職員が集まり会議を行い各ホームの問題点や対応などを話し合い情報の共有を行っている。

※一ヶ月に一度各ホームの世話人・バックアップ職員・サービス管理責任者の三者でのミーティングを開催している。世話人からホームでの利用者の様子を聞いたり利用者から世話人を通して意見・要望が出ている場合にはその対応策を話し合っている。

※夜間においては毎日、ホーム巡回職員が配置されており、利用者とのコミュニケーションや買物支援・入浴支援など心身両面での支援を行っている。

※随時バックアップ職員は各ホームへ行き連絡調整を行いいつでも話しが聞ける体制にある。

【その他特記事項】

連絡体制が確立しており、連絡を密に行い情報の共有・対応を行っている。

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

評価対象1 福祉サービスの基本方針と組織

1-1 理念・基本方針

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------|---------|--|
| 1-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。 | | |
| 1-1-(1)-① 理念が明文化されている。 | a | 昭和37年創設時から職員の規範とされていた十訓を基に、昭和56年に法人の名称である「四ツ葉」にちなんだ4つの基本理念が作成され、法人の礎とされている。パンフレット、ホームページに記載され、明文化されている。 |
| 1-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a | 理念に基づいた基本方針が、「よつばクローバ運営規定」や「重要事項説明書」に記載され、明文化されている。 |
| 1-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。 | | |
| 1-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | a | パンフレットやホームページに、理念が記載されている。理念・基本方針は、職員や世話人に配布し周知するとともに、ホーム内に掲示しいつでも確認ができるようにしている。ホームミーティング等での説明、基本方針を分かりやすく箇条書きにした資料の作成等、理解を深める取り組みが行われている。 |
| 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 | パンフレットやホームページに、理念が記載されている。理念・基本方針は、入居時に利用者とその家族に説明されている。理念・基本方針を、利用者ミーティングで説明するとともに、ホーム内に掲示し、利用者がいつでも確認ができるようにしている。文章の理解が難しい利用者に対しては、日々の支援で伝えることができるよう心がけ、サービスを実施している。 |

1-2 事業計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|------------------------------------|---------|--|
| 1-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| 1-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 | b | 法人の理念・基本方針の実現に向けた具体的な取組が提示された「ホーム中・長期目標一覧」が作成されているが、中・長期の収支計画は作成されていない。中・長期計画を実現するためには収支の裏付けも不可欠であるので、今後、中・長期計画に基づいた中・長期収支計画も作成されることを期待したい。 |
| 1-2-(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 | 中・長期計画に基づいた、次年度事業計画が作成されており、次年度収支予算も作成されている。平成23年度事業計画で計画されたクローバ3、クローバ4、クローバ6の開設が計画通り達成されている。今後は、次年度収支予算の作成が、中・長期収支計画に基づき行われることを期待したい。 |
| 1-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 1-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。 | b | 月一回開催されるホームミーティングや利用者ミーティングでの要望を、主任や担当チームが年一回開催される活動編成会議に持ち込み、事業計画が作成されている。事業計画の見直しも、上記ミーティングを通して行われている。しかし、中・長期収支計画の策定がない為、中・長期収支計画の妥当性や有効性についての検討ができていない。今後、中・長期収支計画の策定が期待される。 |

| | | |
|-------------------------------------|----------|--|
| <p>1-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</p> | <p>b</p> | <p>事業計画は職員に配布され、職員会議、ホームミーティング等で職員、世話人への説明が行われ周知されている。また、いつでも確認できるよう、ホーム内に掲示されている。しかし、中・長期収支計画の策定がない為、事業計画が、中・長期収支計画に裏打ちされたものとなっていない。今後、中・長期収支計画に裏打ちされた事業計画の作成を期待したい。</p> |
| <p>1-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p> | <p>a</p> | <p>事業計画は、ホームページに掲載されると共に、「四ツ葉だより」に掲載し保護者へ配布されている。また、保護者懇談会で利用者の家族へ、利用者ミーティングで利用者へ説明され、周知されている。文書での理解が難しい利用者へは、日々の支援で実感してもらえるようなサービスを心がけている。しかし、中・長期収支計画の策定がない為、事業計画が、中・長期収支計画に裏打ちされたものとなっていない。今後、中・長期収支計画に裏打ちされた事業計画の作成を期待したい。</p> |

1-3 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 |
|---|----------|---|
| <p>1-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> | | |
| <p>1-3-(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。</p> | <p>a</p> | <p>「運営組織図」、「職務分掌」で管理者の役割と責任が明確にされており、「事故発生防止と発生時の対応策（マニュアル）」や「緊急時の連絡について」などで、有事における管理者の役割と責任も明確化されている。</p> |
| <p>1-3-(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。</p> | <p>a</p> | <p>管理者は、法令遵守に必要な研修に参加しており、研修報告書や会議等で、必要な情報を職員へ周知している。また、法令遵守に必要な図書や資料を収集整理し、職員がいつでも閲覧できる体制を整えている。世話人へは、世話人ミーティングで法令遵守に必要な資料を配布・説明し、サービス管理責任者やバックアップ職員等が随時指導を行っている。</p> |
| <p>1-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> | | |
| <p>1-3-(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。</p> | <p>a</p> | <p>朝礼で、倫理図書を職員持ち回りで読み上げ、職員のモラルを高め、法人全体のサービスの質を高める取り組みを行っている。利用者の意見を取り込むために、定期的に、利用者との意見交換を行っている。職員ミーティング等で、職員の意見を聞き取り、状況把握に努め、また必要に応じて助言を行っている。</p> |
| <p>1-3-(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。</p> | <p>a</p> | <p>業務管理ソフトの利用により、一度の入力で、利用者情報を職員全体で閲覧できる等、業務の効率化が行なわれている。職員ミーティング等により、意識の共有化を図り、職場全体での業務効率化に努めている。「日中の時間内に業務が行なえない」とのバックアップ職員の意見より、現状を確認し、人員配置を行い問題を解決する等実行力が発揮されている。</p> |

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) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| Ⅱ-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 | 事業を取り巻く環境などについて、管理者をはじめ役職者が中心となって把握に努めている。また公認会計士や社会保険労務士からも情報が提供され、事業に反映している。 |
| Ⅱ-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 | 管理職を中心に改善課題を抽出し、公認会計士や社会保険労務士などの社外の専門家のアドバイスを受けながら取り組んでいる。改善すべき課題は、サービス管理責任者を通して各ミーティングで職員へ周知されている。 |
| Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | a | 月に一度公認会計士によるチェック及び、必要時に社会保険労務士や弁護士により監査が実施されている。 |

Ⅱ-2 人材の確保・養成

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| Ⅱ-2-(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 | 必要に応じた人材の確保に関する計画は実施されているが、事業所が必要とする人材や質を担保するための具体的な計画の作成やそれに基づく人事管理がなされていない。今後具体的なプランの作成が期待される。 |
| Ⅱ-2-(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 | 平成18年11月20日改正施行の就業規則第15条において、「長所発見」が明記されており、それに基づき面談や評価がされ、給与や賞与に反映されているが、正職員や常勤職員に限られており、世話人までの実施には至っていない。今後は、実態に合わせ対象職員の拡大が期待される。 |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| Ⅱ-2-(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。 | b | 有給休暇や希望シフトなどの就業に関する意向の把握は出来ている。今後はその結果からどのように就業状況を改善に導いていくのかという検討にまで至ることが望まれる。 |
| Ⅱ-2-(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。 | b | 北海道福利厚生センターへの加入や親睦会への入会、インフルエンザなど予防接種の支援など実施されているが、全ての職員にまで至っていない。今後は対象職員の拡大が期待される。 |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| Ⅱ-2-(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。 | b | 年度の全体的な職員研修計画が立案され、様々な外部研修などへ参加されているが、世話人等を含めた教育・研修に関する基本姿勢や計画が立案されていない。今後は事業の課題に即して対象職員の拡大も期待される。 |
| Ⅱ-2-(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。 | b | 正職員や常勤職員などについては、研修計画が立案され外部研修へ参加する、または研究会へ参画するなどしているが、世話人等も含めた十分な計画の策定に期待したい。 |
| Ⅱ-2-(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 | 研修の議事録やレジュメなど資料の整理や参加者の報告書の作成などは出来ているが、研修についての見直しや評価が充分に行われる事を期待する。 |
| Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | |
| Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け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。 | c | 法人内には、マニュアルの整備や担当職員の配置があるが、当事業所ではマニュアルの整備や担当職員の配置はない。過去に1名の実習生の実績があるが、受け入れと育成の実施に向けた取組が望まれる。 |

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 | 緊急時・事故・感染症発生時にたいする各マニュアルの整備や各連絡先や責任者等の事業所内への掲示など、緊急連絡体制等についても整備されている。 |
| 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 | ハザードマップ等を参考にしうえて、非常災害時マニュアルの整備や、事業所内での掲示、非常通報装置の整備など実施されている。各ホームに災害時の持ち出しリュックサックを用意し、置き場所や担ぐ担当者も決めている。 |
| 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。 | b | 緊急時や災害時の体制については、リスクを想定し訓練なども実施し入所者の安全確保のためのリスクに備えているが、平時の際の不審者の侵入等想定が不十分なリスク項目もある。リスクに対しての評価や見直しの体制の確立が待たれる。 |

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 | 即売会（おたるほほえみフェスタ）に利用者も参加、園芸市で町の人に販売している。町内会に入会し、町内会行事や環境美化活動へも参加している上、ホーム独自でもごみ拾いや草刈、側溝の掃除など地域へ積極的に関わろうという姿勢で取組んでいる。 |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | b | 一部町内の草刈や除雪などの機械の貸し出しや職員のお手伝いなどが行われている。広報誌やパンフレットの配布先が高等支援学校等、固定的なため、事業の概要などホームの機能を理解してもらう積極的な周知活動とは言えない。職員などが地域へ出向き講演会や勉強会を開くなどの取り組みが、地域への啓発となっていく。 |
| 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。 | c | 法人内には、マニュアルの整備や担当職員の配置があるが、当事業所ではマニュアルの整備や担当職員の配置はない。休日の外出や余暇活動時のボランティア受入れ等、実施に向けた取り組みが望まれる。 |
| 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 | 関係医療機関や各種関連機関及び利用者の地域生活上必要な商店や床屋等も含めた社会資源のリスト化や事業所内での掲示がされて、活かされている。掲示物は年度末に毎年更新している。 |
| II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | 小樽市自立支援協議会の啓発事業研究会に参加し、他機関と連携を取って「ほほえみフェスタ」の運営に協力をしている。また、介護保険のデイサービス利用者があるため、サービス管理者が居宅介護事業所と密に連絡をとっている。 |
| 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。 | b | 法人内に相談支援事業所を開設し、地域の高等支援校などから福祉ニーズが把握されている。相談事業所の開設が間もない為、ホーム利用希望者のニーズ把握までには至っていない。 |
| 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。 | b | 法人内では、体験型・実習型のショートステイに取り組むなど柔軟に地域福祉ニーズに基づく事業展開がなされている。しかし、法人外からホームを利用するショートステイなどの事業は行われていないため、今後に期待したい。 |

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 (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 | 理念や四ツ葉クローバー運営規定の運営方針などに人権擁護が明示されている。24年10月施行の「障害者虐待防止法」等の勉強会や「人権侵害ゼロへの誓い」を継続的に全職員が署名を続けている。日常の支援において不適切な場面があると、記録に残して職員間で注意を喚起している。 |
| 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。 | b | 権利擁護規定の中でプライバシー保護について記載されている。世話人のミーティングにおいて、入室時は必ずノックをする、利用者にも無断で他人の部屋に入らないなどの申し合わせを行っている。 一部個室化になっていない・ドアが閉まらないなどプライバシーの配慮が不十分な所が見られるため、改善が望まれる。 |
| Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の上昇に務めている。 | | |
| 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。 | b | 行事等の終了後、利用者ミーティングで感想を聴き取り、記録をしている。日常生活までのさまざまな生活への利用者の要望・意見を把握するにまでは至っていない。今後、利用者・家族等に利用するサービスに関しての調査を定期的実施することが望まれる。 |
| 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。 | b | 担当職員がホームに行き直接話を聞いたり、月1回のケアホーム利用者ミーティングにも職員が書記として参加している。また、重度の利用者には行動、表情等を見て読み取りを行っている。重要事項説明書の「苦情の受け付けについて」の相談窓口連絡先に不十分な点が見受けられるため、マニュアルに沿った利用者・家族への周知が望まれる。 |
| 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 | 「苦情対応規定」・「苦情解決制度の流れの概要」が作成されており、内容も詳細に説明され仕組みが整備されている。 |
| 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 | 意見・要望はその場で解決できる物はすぐに対応しており、解決に時間の要するものは、状況を速やかに報告している。ケアホーム利用者ミーティングで出されたものは翌週のバックアップ職員の会議で迅速に対応している。 |

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。 | b | 平成20年に第三者評価を受け、「重要事項説明書」に第三者評価を定期的に受審することが、記載されている。今後は、より良いサービスを提供する為に評価の分析や改善課題への対応が望まれる。 |
| 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。 | b | ホーム用自己評価を行い、世話人・バックアップ職員とサービス内容について話し合う機会は持たた。改善に結びついたものもあるが、恒常的に自己評価を行い、組織的な対応が求められる課題への取り組みが今後期待される。 |

| | | |
|---|---|--|
| Ⅲ-2-(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-(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。 | b | ホーム独自のマニュアルはあるが、サービスによっては全職員への周知に至っていないものがある。標準的なマニュアルに基づいたサービス実施となるよう、今後に期待したい。 |
| 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。 | b | 世話人・バックアップ職員が連絡帳・電話などを利用して、現場でその都度見直しを行っている。今後は、利用者の意見も取り入れたマニュアルの定期的な見直しが求められる。 |
| 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 | 日誌・連絡帳からケース記録を入力して、ケース記録は個別にファイルされている。毎日すべての利用者について記入し、心身の状況変化の差異を見逃さないようにしている。また、1か月ごとに個別支援計画の支援目標（長期・短期）に対しても支援内容を記入し支援実施状況も記入されている。翌月の10日までに印字し綴られており、関係職員は閲覧できる。 |
| 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 | 個人情報に関する方針に基本的概念が書かれ、施設長を管理者として、個人情報保護規程に沿って管理されている。特定の職員以外は、記録が管理されている部屋に入室することができない。利用者情報はパソコンで管理され、パスワードで閲覧権限が設定されている。 |
| 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 | 朝・夕の打ち合わせを始め、連絡帳・世話人ミーティング・バックアップ職員ミーティングの他、急なものは電話や面談・メモでの連絡などで情報を共有している。また、パソコンで各記録を閲覧できるようネットワークが確立している。 |

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 | ホームページ及び「小樽四つ葉学園ご案内」・「四つ葉だより」などを作成し市役所・学校などの関係機関に配布している。「四つ葉だより」は利用者と職員の写真が掲載され、ルビ付き活字も大きく、行事内容がわかりやすい。 |
| 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 | 「重要事項説明書」・「利用契約書」を使用して説明している。重要事項説明書には、ルビが振られ、言語理解の難しい利用者や家族等へも、丁寧に説明・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。 | a | 移行時にはアセスメント・計画書・注意事項・フェースシートを作成し状況をわかりやすく整理し対応している。また、ホーム内の移行では、関係職員で引き継ぎ会議を行っており、移行後も家族と連絡を取りバックアップ対応を行っている。 |

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 | サービス管理責任者・バックアップ職員が関わり、市販のソフトにあるアセスメントシートを活用して、ニーズを把握し計画に反映している。 定期的なアセスメントの見直しも行われている。 |
| 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。 | a | 担当職員が利用者・家族等の要望も取り入れ、施設長・サービス管理責任者・関係職員・看護師が参加する検討会議を行い策定されている。 |
| 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。 | a | 1か月のケース記録をふまえてモニタリングが毎月行われる。 定期的なサービスの見直しを行う検討会議には、サービス管理責任者・担当職員・責任者・管理職・栄養士・看護師が参加し連携的に実施されている。 また、急な変更は電話・メモ等で速やかに対応している。 |