

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2012 年 6 月 25 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002

住所

札幌市中央区北2条西7丁目

電話番号 011-251-3897

評価機関名 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第12-006号

代表者氏名 会長 三宅 浩次

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)	藤 田 裕 行	総合	第 0089 号
	(2)	野 村 宏 之	福祉	第 0158 号
	(3)	坂 本 豊	福祉	第 0093 号
	(4)	高 橋 修 一	福祉	第 0156 号
	(5)			
サービス種別	共同生活介護			
事業所名称	だて地域生活支援センター			
設置者名称	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2011 年 6 月 1 日	～	2012 年 6 月 25 日	
利用者調査実施時期	2011 年 7 月 28 日	～	2011 年 8 月 31 日	
訪問調査日	2011 年 9 月 29 日			
評価合議日	2012 年 5 月 18 日			
評価結果報告日	2012 年 6 月 25 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無		☒ 同意あり	☐ 同意なし	
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人 北海道社会福祉事業団

代表者氏名: 理事長 吉 田 洋 一

所在地: 〒060-0042 札幌市中央区大通西5丁目11番地大五ビル3F TEL 011-271-5531

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

○地域生活におけるニーズに対応した支援活動とネットワークの要としての役割

「障がいのある人もない人も共に生きる町」づくりの中心として、現在、利用者483人を含めた市内在住の知的障がい者(約600人)への生活支援を実施しています。特に、一般就労に向けた「ジョブコーチ」などの就労支援が充実し、企業就労者は154人に達している点は、特筆に値します。また、北海道から委託されている障がい者就労・生活支援センター事業を通じて把握した地域ニーズに対応する独自のサービスを開発し試行しています。

○体系的職員研修の充実と人材育成へのきめ細かな取り組み

法人として、職位・職種に求めるスキルを明示した階層別研修体系が充実しています。グループホーム・ケアホーム評価基準に基づく自己評価や、法人独自に開発した世話人評価を実施し、新たな地域生活支援事業としてのグループホーム・ケアホームにも応じることのできる人材育成の取り組みが定着しています。

○運営課題の改善に向けた組織体制の整備

障がい者関連の制度が定まらない中、法人の理念や基本方針に基づく中期経営計画を定め、利用者のニーズに対応した、ぶれのないサービスを提供できる組織づくりが実現しています。

○徹底した利用者本位のサービスの実施

利用者へのサービス提供において、利用者一人ひとりを尊重し、グループホーム・ケアホームへの移行前から生活習慣、嗜好、心身の状況など、生活全般にわたる詳細なアセスメントを行い、利用者が「地域(まち)」で安心して暮らすことができるよう努めています。障がい程度によっては意志の疎通が難しい場合においても、職員は、常に利用者へのエンパワメントアプローチの視点を持ち、その主訴や要望からニーズを把握し、部門横断的な会議などを通じて、的確な個別支援を行っています。また、利用者へのサービス状況の記録方法やプライバシーに配慮した記録の管理体制が確立しており、定期的なモニタリングにより支援の優先度と達成度、利用者の変化も的確に把握しています。日常生活においても、日中活動時の食事をリサーチして夜の献立に活かすなど、「あたり前」の支援とも言えますが、その「あたり前」へのこだわりの姿勢が、利用者主体のサービスとして、センターが求め続ける姿であり、これからの地域移行の取り組みに期待できます。

◇改善を求められる点

○理念・基本方針を職員全員に周知する方策の検討

理念・基本方針について、全職員への継続的周知が不十分であるとセンターは認識しています。その主な要因は、グループホーム・ケアホームにおいては、交代制勤務により一堂に会した説明や協議の場が設定できないこととされています。日常的なコミュニケーションを含めた多様な手段を検討し、職員の共通認識を、より高めることを期待します。

○人事考課と外部監査の導入に係る検討

職員の人事考課は人材の能力開発や育成と公正な職員処遇によって、意欲の喚起や組織的な活性化を図ることにありますので、客観性・公平性・透明性のある考課基準について検討されるよう期待します。また、外部監査についても、公認会計士や税理士などの専門家による監査の導入の検討を期待します。

○サービスの質の確保に向けた自己評価への更なる活用

提供するサービスの質について、グループホーム・ケアホームの評価基準を用い、年1回の自己評価を行っています。ホームの体制に対する課題を明らかにするとともに、実践に照らし合わせて、評価項目とホームでの実践との乖離なども分析するなど、自己評価を行うことでホームのあるべき姿を認識していることは、高い評価に値します。但し、年度毎の評価にバラツキが見受けられることから、年1回の実施で良しとするのではなく、評価時期を一定に保ちその結果をホームの改善指標として、次年度の事業計画に反映させる取り組みなどに活用することで、更にホームの質の向上が期待できます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成18年度に伊達市から施設移譲を受け、社会福祉法人北海道社会福祉事業団が、だて地域生活支援センターの運営を行ってから6年が経過しました。今回、初めて第三者評価を受審するのにあたり、日々私どもが行っている福祉サービスがどう評価されるのか、若干の不安もありましたが、地域生活におけるニーズに対応した支援活動や徹底した利用者本位のサービスの提供などについて高い評価をいただくことができ、職員一同、大きな自信となりました。今回の第三者評価で高い評価を受けた項目については、今後も一層の充実を目指して努力してまいりますとともに、改善を求められた項目については、結果を真摯に受け止め、その改善に向け、職員一丸となって取り組みの強化に努めてまいります。

【地域生活におけるニーズに対応した支援活動とネットワークの要としての役割】

当事業所は、「住み慣れた地域(まち)の中で安心して人生を送れるように」を基本理念に、利用者が、地域で生活していく上で必要な日々の食事提供から健康管理、金銭管理、就労支援などについて、一人ひとりのニーズに沿った支援サービスの提供に努めてまいりましたが、このことについて、一定の評価をしていただいたことは、職員の大きな励みと自信になりました。また、特に高い評価をいただいた就労支援については、今後も他の福祉サービス事業者や関係機関とのネットワークを一層深め、さらなる支援の充実を図ってまいります。

【体系的職員研修の充実と人材育成へのきめ細かな取り組み】

福祉サービスにとって人材育成は急務であり、最も重要であることから、これまで積極的な職員研修に取り組んでまいりました。特に経験の少ない世話人などには、日常的な利用者支援をとおし、利用者の障がい特性や対応方法について、その都度、管理職や経験豊かな職員から助言や指導を行うとともに、事業所の管理者や支援員、世話人で構成するホーム会議などで基本的な支援のあり方や障がい特性などについてのテーマ別研修を行ってまいりました。今後も利用者の障がい特性に合わせた研修を企画するなど、さらなる専門性の向上を目指してまいります。

【運営課題の改善に向けた組織体制の整備】

法人では、昨年、専門機関に委託して経営診断を実施し、その結果に基づいて、平成24年度から始まる「第2期中期経営計画」を策定しました。今後、法人として、新たな計画期間内に財務状況の改善を図るとともに、正職員の配置比率を高め、利用者支援の一層の充実に向けてまいります。

【徹底した利用者本位のサービスの実施】

利用者支援の方針として当事業所では、利用者が、地域で安心して生活ができるように、詳細なアセスメントによる個別支援計画の策定とモニタリングを繰り返すとともに、常に利用者へのエンパワメントアプローチの視点にたった支援サービスとなるよう努力してまいりました。今後も、日々の生活の変化に対応した利用者主体のサービス提供に努めてまいります。

【理念・基本方針を職員全員に周知する方策の検討】

職員への理念・基本方針の周知については、これまで各事業所やグループホーム・ケアホームへ掲示したり、各課のスタッフ会議などにおいて周知しておりました。しかし、必ずしも全職員の共通理解とはなっていなかったことから、今後は、これまでの取り組みに加え、年度当初に全職員の参加による事業計画説明会を開催し、職員への周知徹底に努めてまいります。

【人事考課と外部監査の導入に係る検討】

人事考課制度については、現在、法人として平成25年度からの導入に向けた準備を進めておりますので、内容の検討にあたっては、勤務評価だけではなく、人材育成と職員一人一人の意欲の向上につながる制度となるよう取り組みを進めてまいります。また、外部監査の実施については、法人が新会計基準に移行した後、実施に向けて検討を進めてまいります。

【サービスの質の確保に向けた自己評価への更なる活用】

毎年実施しているグループホーム・ケアホームの評価基準を用いた自己評価については、それぞれのホームにおいて評価実施時期が統一されていなかったため、全ホームを共通とした改善目標が設定できませんでした。今後は、自己評価を同一時期に実施し、そこで得られた課題や問題点については、職員全体で共有しながら、改善策を検討、実施してまいります。

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 23 年 7 月 12 日	
事業者名 (法人名)	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団		
事業所名 (施設名)	だて地域生活支援センター	種別	共同生活介護
事業所所在地	〒 052-0014 伊達市舟岡町200-49		
電 話	0142-23-7123		
F A X	0142-23-7134		
E-mail	piece@dofukuji.or.jp		
U R L			
施設長氏名	小林 正義		
調査対応ご担当者	太刀川 友江 (所属、職名：第三支援課 課長)		
利用定員	110 名	開設年	平成 22 年 3 月 1 日
理念・基本方針： ◆ひとりひとりの権利を尊重し、人としての尊厳をもって、その人らしい自立した生活が送れるように支援します。 ◆障がいのある人も、住み慣れた「地域（まち）」の中で安心して人生が送れるように支援します。 ◆「障がいのある人やその家族」の願いに共感し、その思いが実現できるように支援します。 ◆地域に住む人が、障がいの有無、老若男女を問わず、自然に交わり支え合うノーマライゼーション社会の実現に努めます。			
開所時間 (通所施設のみ)			

【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23年7月12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
0 名	0 名	2 名	2 名	9 名	7 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
15 名	13 名	13 名	27 名	14 名	8 名
					合 計
					110 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	2 名	1 名	名	1 名	1 名	1 名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	1 名	名	名	2 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	1 名	名	3 名	1 名	3 名	1 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）	1 名	名	1 名	名	名	名	名
合 計	4 名	1 名	5 名	2 名	4 名	4 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
89 名	20 名	1 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ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
0名	7名	103名	0名	0名	0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
0名	0名	0名	0名	0名	0名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
0名	0名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

(平均利用期間： 1年3ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成23年7月12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	29名	1名	名	名	名
非常勤	40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	24名	名	名	4名
非常勤	名	40名	名	名	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	2 名 (名)
保育士	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	m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	_____
	耐震	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	_____
(3) 建築年	昭和	年	
(4) 改築年	平成	年	

* CHは賃貸物件のため不明な部分、該当しない項目については表記せず。

○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)に行って外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	_____
	耐震	☐ 1. はい ☐ 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）	☐ ・大舎制 ☐ ・中舎制 ☐ ・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	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	_____
	耐震	☐ 1. はい ☐ 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）

0 人

・ボランティアの業務

【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 0 人

介護福祉士 0 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。

・日常的には直接担当者（世話人・支援員）が聞き取ります。
・個別支援計画の作成時期あるいはモニタリングの時にはサービス管理責任者が聞き取ります。
・苦情については別に 2 ヶ月に 1 回、苦情相談日が設定されており第三者相談員が話を聞く体制になっています。日常的には各事務所に苦情相談箱が設置されています。

【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	法人の経営理念として、障がい者自立への取り組み、社会的使命の達成、地域との共助・協働を掲げ、だて地域生活支援センターの基本理念により、地域で実践する障がい者福祉の考え方を明示している。その内容は、利用者などへの分かりやすい配慮があり、ホームページ・施設要覧に記載するとともに、事業所にも掲示している。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の経営理念に基づき、事業所の基本理念という形で4項目の基本方針を、事業所のパンフレットやホームページに明示している。その内容は利用者の権利尊重・地域生活支援・願いや想いの共感など、職員の行動基準を示すものになっている。また、職員には、より具体的な「権利擁護の指針（利用者の権利尊重と職員の行動規範）」を配布している。
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。	b	施設・事業所毎・課毎に開催するスタッフ会議において、重層的に理念や基本方針を説明しており、会議録でも確認できる。併せて、知的障がい福祉協会の職員倫理綱領や権利擁護の指針冊子などにおいて、より具体的な行動規範の理解を促している。しかし、世話人の大勢を占める臨時職員への継続的周知は不十分であり、多様な手段の検討を期待したい。
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	家族の会において、所長から事業計画と併せて説明している。その内容は、機関紙にも掲載している。利用者については、重度の知的障がい者も多く、理解を促進する取り組みは困難ではあるが、わかりやすい資料などの作成には工夫の余地がある。

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。	a	平成18年度から平成23年度まで6年間の中期経営計画において経営理念に基づく経営コスト分析、職員配置などの適正化、新体系移行の方針を策定している。平成23年3月には「中期経営計画の推進状況と今後の取組」において、計画の達成度などの評価を行っている。
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。	a	年度の事業計画は、中期計画に基づく職員配置、組織整備、サービスの充実などについて、各々運営方針と具体的な業務を記載し、事業報告において分析・評価を行っている。

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	事業計画及び予算策定の進め方は、各事業所の計画案を地域生活支援センターの調整会議で集約し、さらに本部において法人全体の方針などを踏まえた調整の後に確定する仕組みができています。進捗などの評価は事業報告により実施している。
I-2-（2）-② 事業計画が職員に周知されている。	a	隔月開催のスタッフ会議、毎月開催のホーム会議などにより、確定した事業計画の内容を周知している。非常勤の世話人が多いため、全員が一堂に会する機会は少ないが、日常の支援活動などを通じた指導時に併せて説明しており、事業所毎に基本的認識は共有している。また、世話人を対象とした自己評価を年2回実施し、計画の進捗状況及び振り返りの機会を設けている。
I-2-（2）-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	利用者の自治会活動である「さくらの会」や家族の会、センターの機関紙などで概略は説明している。パワーポイントを活用し、分かりやすい工夫もこらしているが、利用者の障がい程度などにより、理解のレベルは充分とは言えない部分もあり、周知についての工夫の取り組みを期待したい。

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	法人の処務規程、センターの業務分掌に管理者の役割を明記している。会議や日常の支援活動を通じて、理念・基本方針、事業所の目指す方向について表明している。また、平成23年4月からは、だて地域生活支援センターとしての便りを発行し、家族への理解を促す取り組みをスタートさせている。
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。	b	中期経営計画にも掲げられている障害者自立支援法の新体系移行など、事業の方向を左右する情報については、管理者自ら会議や研修などを通じて収集している。その要点は課長や支援員を通じて周知を図っている。内外の職員研修のテーマとしてもリストアップしているが、世話人全体への周知・理解の取り組みには、まだ検討の余地がある。
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	センターの職場研修要綱第3条に管理者及び役職者の責務として、教育・指導の継続的・計画的実施が規定されている。事業所内のOJTのほか、各事業所に共通する研修として、年6回開催するスタッフ研修会、約30の外部研修がリストアップされ、職種・職階毎に目的に応じて参加させている。
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	民間組織として収益を重視し、外部機関による経営分析を実施している。また、正規職員も非正規職員も満足できる職場づくりを心がけた取り組みも、事業計画に具体的に明示して改善を目指している。

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） 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	伊達市民福祉意識調査への協力や伊達市から委託されている障がい者総合相談支援センター事業から、地域における障がい者のニーズを把握している。また、知的障がい者福祉協会などの専門機関から障がい者関係制度の時機を得た情報を得て、センターの経営を取り巻く環境を把握している。
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	各事業所の職員会議で集約した経営課題を法人の施設長会議において取りまとめ、中期経営計画・年度の事業計画に反映してきたが、平成24年度からの次期中期経営計画の策定に向け、外部の専門機関による経営分析を実施している。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	c	法人監事の公認会計士からは専門的助言を得て適切な経営に努めているが、公認会計士などの専門職による客観的な外部監査は実施していない。

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。	a	民間法人としての経営に移行するに伴い、給与水準も道準拠から民間準拠となり、収入に対する人件費比率を60%に絞り込み、正職員比率も下げざるを得ない状況にある。このような状況の中で、職場研修要綱で組織が求める専門性を示し、世話人の役割を明確化する取り組みを実施している。また、相談援助における専門性の指標として、国家資格取得への配慮もしている。
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。	c	人事・労務に関する法人組織としての検討を進めている。臨時職員も含めた人事異動の希望を活かす取り組みも実施しているが、職員の評価に関する客観的な基準・評価手法の確立までには至っていない。人事考課の必要性は強く認識しており、計画的な導入を期待したい。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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	職員の有休休暇消化率や時間外労働などのデータを把握・分析し、労務管理の指標として活用している。正職員には人事異動の希望調査にあわせて意見・要望を集約し、半年単位の雇用形態である臨時職員にも年2回の面談の機会を設けている。しかし、非正規職員の有休消化を確保するためには正職員の負担が増加せざるを得ないなど、仕組みとしての完成度には課題が残されている。
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	法人としての取り組みとしては、健康診断の定期的実施や事業所における親睦会を実施している。福利厚生センターに加入しているが、非常勤職員の未加入の課題について、検討を期待したい。

Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	a	職員研修要綱に基づき、研修委員会において体系的な職場内外の研修、資格取得への支援を実施している。さらに各職制ごとに求められるスキルを明確化し、外部の専門機関に研修実施を委託し、職員に参加の機会を提供している。また、グループホーム・ケアホームの拡充に対応して「世話人・支援員新任研修会」を新たに実施している。
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。	a	体系化した詳細なテーマ別研修計画や、職位・階層別研修への参加の機会を保障している。研修委員会企画による施設内研修を定例で全員参加で実施し、外部研修には組織目標及び個人の技量などに応じた選択肢を組み合わせ、個別対応の研修計画を立て実践している。並行して、個別のスーパービジョンや資格取得への支援を研修体系に位置づけている。
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	研修委員会による企画の見直しや外部に委託している職位・階層別研修の効果検証は定期的実施している。また、組織として個々の職員に求める研修ニーズを把握していることも確認できる。今後は、新たな研修ニーズを研修計画に反映する仕組みの構築に期待したい。
Ⅱ－２－（４） 実習生の受入れが適切に行われている。		
Ⅱ－２－（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。	a	実習生の受け入れに関しては、法人内の受け入れ可能な施設などにおいて、マニュアル、プログラムなどを整備して実施している。グループホーム、ケアホームは見学などの受け入れに対応している。

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	事故・感染症などの発生においては、緊急時対応マニュアルに明示して対応の範囲、責任の所在などを明らかにし、また、衛生管理マニュアル・日常生活場面健康チェックポイント・手洗いマニュアル・新型インフルエンザ対応マニュアル・各種感染症対応リスト・常備薬の取扱いについてなどのマニュアルによりの確かな対応が図れるように整備している。緊急通報連絡網を作成・周知し、必要に応じて、職員の非常招集が可能になっている。
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	災害時においては、非常災害対策実施要項により、応急時の具体的な行動、被害状況などに関する情報把握の方法・機材、避難場所の明示と避難訓練の実施、用意すべき防災用機材などを示している。また、防災訓練も防火訓練と併せて実施している。
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	日常から「リスクマネジメント実施要領」に基づくリスク管理体制を定め、事業所毎のヒヤリハットを収集・分析している。また、必要に応じて事故等調査委員会を設置し、原因究明と対応策を協議することとしており、事故・災害からフィードバックした対応体制を構築している。事例検討の徹底など、職員研修のさらなる充実に期待したい。

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	各ケアホームは町内会に加入し、町内会や地域の行事にも積極的に参加している。また、ゴミボックスを設置し地域住民にも共用設備として提供している。
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	伊達市における福祉意識の啓発活動に参画し、伊達市障がい者総合相談支援センター相談室あい、胆振日高障がい者就労・総合相談支援センターすてーじ、広域相談総合相談支援センターるびなすなど、地域の全ての障がい者への専門的相談・支援を実施している。
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。	b	法人としてのボランティア受け入れ体制は確立しているが、生活の場としてのケアホームにおけるボランティア受け入れは限定的にならざるを得ない。法人、または、だて地域生活支援センターにおいて対応している。
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	行政機関やほかの障がい者支援機関などのリストを作成し、連絡方法も職員に周知している。
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	伊達市自立支援協議会の事務局として、また、伊達市障がい者総合相談支援センター、胆振日高障がい者就労・総合相談支援センター、広域相談総合相談支援センターなどを運営し、地域の障がい者支援ネットワークの中核を担っている。
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。	a	各種相談・支援にかかる委託事業や民生児童委員との連携を通じ、地域の障がい者のニーズを把握している。また、職親会や家族会との連携も密な関係を構築しており、様々な視点からニーズをとらえている。
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	地域で生活する障がい者への支援ニーズに即したサービスを提供している。特に、平成22年度には通院介助を中心とした居宅介護事業で、グループホーム・ケアホーム利用者167名、在宅登録者2名に延794人の実績があった。また、ジョブコーチ派遣事業などの就労支援にも積極的に取り組んでいる。

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） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ－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	利用者一人ひとりの権利を尊重し、その人らしい自立した生活が送れるよう、また住み慣れた地域（まち）で、安心して人生が送れるという本人並びにその家族の願いに応えるサービス提供のあり方を、基本理念に提示している。事業所の経営理念には、その人が地域生活を営む上で、自立し、希望を持つことへの支援が事業所の社会的使命である旨を、ルビ打ちで掲示している。また、基本的人権の尊重や虐待防止については、サービス管理責任者、世話人など、スタッフが参画するホーム会議や各月のスタッフ会議でも話しあうとともに、業務が重複し、未参加者がいた場合には、会議資料をまとめ申し送りするなど、十分周知し実践している。
Ⅲ－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	利用者のプライバシー保護に対する取り組みは、職員の規範に謳い、マニュアルをケアホーム各戸に配布している。ホームは全室個室であり、利用者は自分のペースで自由にくつろげるように配慮している。外出などで不在の場合に、利用者の部屋に掃除などで入室せざるを得ない場合や利用者への郵便物の取り扱いなど、細部に渡り重要事項説明書で利用者やその家族へ説明している。また、入浴時間と歯磨きの時間を区切ることや洗濯物の干し場所など細かな点にも配慮している。今後、職員への一層の周知に取り組むことで、サービスのより充実化に期待したい。
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	各ホームの代表者により組織した利用者の会である「さくらの会」を年5回程度開催し、広く意見交換を行い、その中で年間の旅行や野球観戦などの行事を企画している。夕食の献立は、利用者が日中活動で何を食べたのかをリサーチし、適宜変更するなどの支援を行っている。利用者の中には長期帰省する方がおり、一部の利用者家族とは、ホームと利用者の自宅との行き来に際し、連絡帳を通じて意見や意志の疎通を図っている。この取り組みを進めるほか、帰省する際にホーム内での一定期間の献立を利用者家族に知らせている。今後、家族アンケートの実施などを通して意向を汲み取り、さらなる利用者満足の向上へと繋がる仕組みづくりの構築に期待したい。
Ⅲ－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－（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	利用者や家族に対し、重要事項説明書や利用契約書などに相談・支援体制について明示し説明している。住み慣れたホーム内での相談場所は、相談室を敢えて設けず、利用者の爪切りなどの機会などで利用者の個室に入室する際に、聞き取りを行っている。生活日誌の活用や宿直明けの際には、「引継ぎノート」や「申送りノート」を活用し朝の業務ミーティングで引き継ぎ、全スタッフが情報を共有している。

Ⅲ－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。	b	苦情解決取扱要綱により苦情処理の手順を明確にしているとともに、利用者やその家族に対しては、重要事項説明書などに明示し周知している。また、法人として年6回の苦情相談日を設け、担当者を配置し、ホーム内にもルビ打ちで掲示するなど、苦情を述べやすい環境を整備している。ホームの利用者と苦情・相談担当者とは、ホーム移行前の事業所からの顔見知りではあるが、利用者への周知において誰に相談できるのかを顔写真を掲載するなど、より視覚に訴える仕組みづくりに期待したい。
Ⅲ－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	支援員の業務などのマニュアルを整備し、意見や提案を受けた際の報告手順を明示している。日々の場面場面における利用者一人ひとりからの意見や、世話人の気づきなどは業務日誌や生活日誌を通じて、全職員に周知を図り迅速に対応し、フィードバックしている姿勢が伺われる。

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） 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 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	グループホーム・ケアホームの評価基準を用い、サービス管理責任者が年1回自己評価を行っており、評価結果は支援員や世話人に周知するとともに、法人本部へ報告している。また、支援員や世話人は、自己点検表を用い、自己評価を行っており、日々の業務にあたる際にも、世話人の部屋に張り出し、反復している。本第三者評価における自己評価においても「組織運営」では、所長と課長、「適切な福祉サービス」は支援員以上が参画し、組織的に取り組んだ様子が伺われる。
Ⅲ－２－（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	年1回の自己評価を行い、地域移行の体制整備に対する防災対策への課題やホームでの実践に照らしあわせ、既存の一部評価項目との乖離などを抽出・分析しているが職員の共有化は図られていない。今後、年間の評価時期を一定にし、評価結果を基礎として、次年度の事業計画により反映させるなど、全職員の共有化の取り組みに期待したい。
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。	a	ホームにおける個々のサービスに関するマニュアルは一定の水準で整備され、その根幹はホームの理念や方針、職員行動基準に沿い、利用者尊重やプライバシー保護に基づいている。さらに、サービス提供場面では、個別支援計画に反映し、利用者一人ひとりの対応を図っている。
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	ホームとしての標準的な実施方法であるマニュアルを整備し、各種会議で検討を行っている。また、新たに災害に備えてのラジオの設置やハザードマップ作成も視野に入れ検討している。今後、利用者やその家族の意見をより聴取し、汲み取る仕組みの構築に期待したい。

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	利用者一人ひとりに対する業務日誌や会議録などの各記録がある。定期的にモニタリングを実施して、個別支援計画に、中長期計画として反映させるとともに、居宅や支援員の役割も計画付けている。また、課題の優先順位とモニタリング後の達成度、変化や推移も反映している。各記録の記載に関する職員間のブレは見あたらない。
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	法人として、権利尊重の指針やプライバシーポリシー、個人情報保護指針がある。管理者が責任者となり、職員には採用時の労働条件通知書において、個人情報保護の遵守について周知を行っている。また、利用者の記録について保存年限を定めており、利用者に対しても利用契約書により本人の記録の保存年限や開示について明示し、説明も行っている。
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	利用者の各種情報については、口頭での日常の引継ぎや日誌に利用者一人ひとりのポイントを記載し確認するほか、電子媒体でも共有を図っている。ホーム会議には、母体法人より栄養士や看護師も参画する機会があり、世話人や支援員、管理者とともに部門横断的に開催し、さらなる情報の共有化を図っている。

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。	b	ホームページを作成し、利用者に対する法人のサービス提供の指針や情報などを広く公開している。関係機関には、パンフレットを配架しているが、公共施設への配架はない。また、パンフレットへのルビ打ちはしていない。広く利用希望者への情報発信として、パンフレットやホームページへのルビ打ちの検討や事業所便りと併せての配架など、今後の取り組みに期待したい。
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・利用契約書を基に、利用者やその家族に、ホームが利用者に提供するサービスや伴う利用料金、苦情、あるいは困りごとがある場合の相談窓口などを説明し、同意を得ている。また、利用者の状況に応じ、利用者本人の自宅に伺い説明を行うなど適宜ケースに応じた対応を行っている。
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。	b	ホーム入居時に利用契約書を基に、利用者本人とその家族に説明している。高齢化や重症化による他事業所への移行に際して、移行先の事業所を職員が利用者本人、家族と同行し見学を行っている。利用者本人の情報を移行先に提供するには現況書と受渡し書類一覧などを添付するが、その際にも家族などの同意を得ている。また、移行先と連携し、継続性に配慮した対応を行っている。他事業所への移行については、ホームとしてはレアケースであるが、利用者の今後の重症化などを想定して、担当者の配置などの取り組みに期待したい。

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	利用者一人ひとりに対するアセスメントは定められた手順に沿って、基本的な生活習慣や家族状況、生活スキルなどを把握している。把握した課題などは、利用者本人やその家族の意向を聴取して、中長期の個別支援計画に反映させるとともに、モニタリングして見直しを行っている。
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	サービス実施計画の策定にあたり、計画案の段階で、利用者本人並びに家族へ説明して意向を聴取している。計画策定では、サービス管理責任者とともに直接の担当者のほか、必要に応じ母体法人の栄養士や看護師も参画した会議を開催しており、作成を部門横断間の情報共有の場のひとつとして捉えている。ホームでは、支援計画をできる限り噛み砕いた形で説明し、理解を得ることに真摯に努めているが、今後の加齢や症状の悪化に伴う利用者本人の理解力の低下が懸念されることから、理解を得るための計画説明方法や同意の取り方について一層の検討に期待したい。
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	個別支援計画については、半年を中期、1年を長期として、その目標に対する達成度や優先順位の変更などのモニタリングを行っている。また、変更の有無に係わらず、モニタリング後は、担当者会議などを通じて、職員に周知している。緊急で変更する場合についても、担当者会議を開催するなどの手順も決めている。