

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009年3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14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)	丸山 小百合	組織	A-007
	(2)	神内 秀之介	福祉	B-00068
	(3)	黒河 悦子	福祉	B-086 B-060021
	(4)			
	(5)			
サービス種別	知的障害者入所更生施設			
事業所名称	余市幸住学園			
運営法人名称	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)	2008年7月1日	～	2009年2月20日	
利用者調査実施時期	2008年8月5日	～	年 月 日	
訪問調査日	2008年12月11日			
評価合議日	2009年1月27日			
評価結果報告日	2009年3月5日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<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事業所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事業者情報

名称：社会福祉法人 小樽四ツ葉学園 余市幸住学園	種別：知的障害者入所更生施設
代表者氏名： 渡辺 盛男	定員(利用人数)： 60 名
所在地：〒046-0013 余市郡余市町豊岡町197番地	TEL 0135-22-5515

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>●経営環境の変化に対する適切な対応</p> <p>障害者自立支援法施行に伴う経営環境の変化に対し、地域の実情や特性を生かした経営が行われています。特に、地域の過疎化が進む中での雇用創出や、廃校となった地域の小学校を買い上げ日中活動の場にご利用し、町の職員住宅を借り上げるなどすることで、利用者が地域生活に移行するための地域資源を活かした事業に取り組んでいます。</p> <p>また、その経営状況の把握には内部監査に留まらず、外部監査による「外からの目」が導入されている点も評価できます。</p> <p>●要望を言いやすい環境の整備</p> <p>利用者が要望を言いやすい環境を整備するために、日常の居室担当職員や作業担当職員など関係職員が連携して、利用者の要望に耳を傾ける姿勢で接し、ミーティングや支援会議で検討する体制ができています。</p> <p>また、担当職員の変更希望や匿名性が高い要望については、「なんでもご意見箱」を利用するなどして集約し、苦情解決のシステムを利用して、解決責任者である理事長が迅速に最後まで取り組むような仕組みを確立しています。</p> <p>苦情解決の手順は施設内に掲示されている上、2ヶ月に1度の利用者集会でも説明され、直接集会で意見を聴取しています。</p> <p>●利用者の希望に沿う入浴環境</p> <p>通常入浴は可能な限り利用者の希望を取り入れるため、日中時間帯や、夕食後から21時までは、利用者が望む時間帯に入浴できる、自由入浴を設定しています。浴室内と脱衣所には、それぞれ職員を1名ずつ配して、声かけや見守りを必要とする利用者にも対応しています。障がいに応じたリフト入浴機器や車椅子式入浴チェアなどを配備しています。</p> <p>失禁や汗をかいた場合には、随時シャワー浴ができます。浴室・浴槽内に手すりを設置して、洗い場には滑らないマットをしき安全環境面に配慮して、カーテンなどの設置でプライバシーの保護に留意しています。</p>
--

◇改善を求められる点

●中・長期的なビジョンと計画の策定

中長期計画の策定と評価は、社会の情勢や動向、組織の状況、利用者や地域ニーズ等の変化に適切に対応するために行います。単年度事業計画の策定や評価も、中・長期的なビジョンが基本となっていきます。

法人、施設の方向性を中・長期計画として示し、そのビジョンの上に具体的な事業計画が策定されることを期待します。

●利用者主体の支援サービス計画の作成

アセスメントはパソコンソフトを利用することにより、統一した様式を用いて実施し、「支援サービス計画書」を作成しています。支援計画の作成は、居室担当者を始め栄養士、看護師など関係職種と連携して支援計画委員会が作成していますが、「利用者・家族の希望欄」に空欄が目立ち、利用者、家族の意向や希望が十分に反映されているとはいえません。

利用者本人の視点に立ったサービスをより一層提供するためにも、施設側の支援課題に止まらず、利用者を尊重するサービス提供の基本に立ち返ってアセスメントを充実させ、利用者主体の支援サービス計画が作成されることに期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

初めての第三者評価を受審するにあたり、慣れない作業に戸惑いを感じました。実際には取り組んではいるものの、文書化されていない、マニュアル化されていない、等々不備な点が改めて浮き彫りにされました。

宿泊による場面観察を含めた第三者評価は、サービス提供の良い面を少しでも引き出そうとする視点で普段私たち職員が把握していない深い部分まで掘り下げて頂いたと思います。

今後、今回の評価を基に、良い面は伸ばし、不足している部分は第三者評価を活かし、利用者さんにとって満足して頂ける施設を目指し、取り組んでいきたいと考えております。

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 20 年 8 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園		
事業所名 (施設名)	余市幸住学園	種別	知的障害者入所更生施設
所在地	〒 046-0013 余市郡余市町豊丘町197番地		
電 話	(0135)-22-5515		
F A X	(0135)-22-6424		
E-mail	kouzumil@jasmine.ocn.ne.jp		
U R L			
施設長氏名	施設長 渡辺 盛男		
調査対応ご担当者	岩田 邦和 (所属、職名：副施設長)		
利用定員	60 名	開設年	46 年 12 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 個人の尊厳を順守する。 (2) 利用者本人の意向を十分に尊重する。 (3) 利用者本人の立場に立ち、心身ともに健やかに生活できる環境を提供する。 (4) 利用者本人の能力に応じ、自立した日常生活を送れるよう支援する。 (5) ふつうの暮らしを送るための地域生活を支援する。 (6) 利用者本人等からの苦情の適切な解決に努める。 			
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)

通所部 (定員10名)、短期入所 (定員4名)、通所分場 (定員19名)、ケアホーム (定員7名)
日中一時支援、相談支援事業

【利用者の状況に関する事項】（平成 20年 4月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	1名	12名	12名	7名	2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
4名	1名	4名	4名	7名	6名
					合計
					60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	1名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	2名	名	1名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	4名	2名	2名	名	1名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	5名	4名	2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
51名	7名	2名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
4名	名	1名	1名	4名	4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
5名	4名	名	2名	1名	6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	1名	名	1名	2名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	1名	名		

(平均利用期間： 15年8ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成20年4月1日現在)

○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	名	1名	1名	2名	26名
非常勤	名	名	名	名	4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	1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	1名	名	3名	名	名
非常勤	名	名	1名	1名	1名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	2名(名)
介護福祉士	6名(名)
保育士	2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	2,218,00㎡	
(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	昭和	46年
(4) 改築年	平成	9年(移転新築)

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(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	㎡	
(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 19 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

44 人

・ボランティアの業務

- ・行事への参加、協力、お手伝い
- ・大掃除
- ・理、美容ボランティア

【実習生の受け入れ】

・平成 19 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 3 人

介護福祉士 _____ 人

その他 4 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

- ・利用者集会
- ・なんでもご意見箱を施設内に設置
- ・利用者意向アンケート（行事など）
- ・苦情解決（第三者委員）

【その他特記事項】

昨年より、音楽療法士による行事の参加を得て、今年より月2回の音楽療法の時間を設けた取り組みを始めました。
音楽療法とは音楽とそのあらゆる側面を用いて、言語が無く意思表示が難しい自閉症などの障がい
の重い方、支援が必要な高齢の方等を対象としたものです。
ただ、音楽に親しむだけではなく、少しでも意思表示ができるようになることや生活をより豊かに
していくことなどを目標に掲げ、「療法」として行っております。

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	施設内掲示・パンフレットに明記されていることを確認した。人権擁護・生活支援・自立支援・経営安定の4本柱が、分かり易い表現で明文化されている。法人・施設としてのあり方、考え方が理念に生かされている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針はパンフレットや支援マニュアルに明文化されており、具体的に生活支援と日中活動（作業・訓練等）に分類され、職員が行動規範としやすいよう工夫されている。
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	理念・基本方針が、支援マニュアルやパンフレットの配布程度に留まっており、十分な理解を促す取り組みには至っていない。理念や基本方針が事業・業務に反映できるよう、研修や会議等の場を活用するなどの工夫が望まれる。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	広報誌などを通じて、活動の様子は伝えられているが、利用者個々の状態に合わせて、施設の理念や基本方針が、理解・周知される活動は不十分である。

Ⅰ-2 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。	c	聴取では、地域ニーズや福祉ビジョンを踏まえて運営されている事は把握できるが、中・長期の計画策定には、至っていない。「余市町福祉計画」を推進する上で、中核的な役割を担っていることから、速やかな策定・明文化が望まれる。
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。	c	経営面は法人本部、施設運営は施設と業務分担している。単年度の事業計画は確認できたが、中・長期計画が策定されていない。組織として取り組むべき課題や、目標を明確にするなどの観点から、中長期計画を反映させた速やかな計画策定が望まれる。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b	計画策定は、主として管理職を中心に行われており、一般職員の計画策定への参画は一部に止まっているため、一層の参画に期待したい。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	職員・家族に対しては、広報誌や家族会を活用して周知に努めているが、利用者に対しては分かり易さの工夫が更に求められるところである。利用者それぞれの個性に合わせた、資料や説明媒体の工夫が望ましい。

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。	b	施設長自ら、朝礼等の機会を通じて業務上の責任を示達し、広報誌や家族会等で重要案件の解説・説明を行っている。今後は、利用者・職員に理解されたかどうかの確認が望まれる。

I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	就業規則や業務マニュアルに係法令を盛り込んだり、適宜資料配布等を行っているが、周知・理解を促すための研修や指導などは不十分である。今後の取り組みに期待したい。
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り組みに指導力を発揮している。	b	「施設提供サービスの質の評価及び改善検討会」の実施や、嗜好調査、第三者評価など、利用者の生活の質に関わる取り組みは行われているが、サービスの改善に向けた、組織的な体制（委員会等）の構築等が不十分である。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	b	業務の効率化などは適宜処理されているが、組織的な意識形成、体制構築には至っていない。今後は、効率化や改善に対する取り組みを、全職員を巻き込んで、組織的に行う事が期待される。

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	「余市町福祉計画」「北後志就学委員会」への参画により、事業経営に関する情報収集・意見交換の機会を得ている。その上で、地域の実情や特性を生かした「地域で暮らす」「雇用創出」等の取り組みが行われている。
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り組みを行っている。	a	内部での経営状況把握は、月次決算の評価・分析を法人本部で実施している。この評価・分析結果は、職員に対しても施設長から朝礼等で説明を行っている。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	年5回の内部監査の他、税理士法人による外部監査を実施している。（平成20年5月実施を確認）

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。	c	施設として必要な人員配置基準は遵守されているが、人員・人材計画が確立されていない。必要な人材の確保や、人員体制について、具体的なプランの策定が望ましい。
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	人事考課は平成20年度から導入されている。人事考課がスタートしたばかりのため、体制は整備中である。今後、職員の意欲向上や人材育成につながる考課が期待される。
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	有給休暇の未消化が散見されたが、公休・有給休暇については状況が許す限り、希望に沿うようにしていることを聴取の中で確認した。また、所属長等が適宜相談に乗っているため、これを活かして今後は定期的な面談や就労データの分析等が望まれる。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターを活用しての職員健診の実施の他、ボウリング大会等は職員の参加率も高く、積極的な利用が行われている。
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	資格取得については、施設長が必要性等を説明し資格取得を奨励している。試験に備えての勤務調整、取得時の報奨金支給等があるが、施設が求める職員像の明示については不十分である。

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り組みが行われている。	b	個別の教育については、経験年数や資格に応じて所属長が評価し、外部研修に参加している。その結果については、書面での供覧、伝達研修等を実施しているが、体系的な研修体制などが十分整備されていない。
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	研修終了後は、必要に応じて資料配布などを行っている。また、外部研修レポートは理事長の所にまで届き、コメント記入がなされるなど、職員の励みにもなっているが、分析やカリキュラムの見直しを含めた一層の取り組みに期待したい。
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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	実習の受け入れマニュアルが整備されており、責任体制も施設長・主任と明記されている。専門学校・大学など、実習生の受け入れを積極的に行っている。
Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	b	大学・専門学校の科目別（種別）の実習プログラムは、現在準備中のももあり、今後のプログラム整備に期待したい。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	基本的な対応マニュアルは整備されているが事故や疾病以外の災害時については、連絡や対応の仕組み等が不十分である。利用者の状態に合わせたリスクの種類別マニュアルの整備が望ましい。
Ⅱ-3-(1)-② 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	事故報告書やヒヤリ・ハットレポートの情報共有は行われているが、事故とヒヤリ・ハットの区別が不明確である。事故防止については、職員の研修や委員会の設置等、組織的な取り組みを強化することが望ましい。

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	広報誌「幸住たより」を関係機関、保護者、地域世帯等に毎月発行し、積極的な情報発信をしている。また、地域の祭りやスポーツ大会に職員利用者共に参加し、地域との関わりを積極的に行っている。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	福祉者車輛の貸し出しや、相談支援事業等を実施し、機能の還元に努めているが、今後は地域交流スペースの利用や職員の専門的な知識や技術の提供等に取組むことが期待される。
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け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	ボランティア受入規程や、担当窓口、誓約書・確認書等は揃っている。今後マニュアルの作成や研修体制等、組織的な体制の確立が望まれる。
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。	b	職員個人や利用者によっては、社会資源リストを作成・整備しているところもある。今後は、それを集約・リスト化することで、誰でもわかりやすく、いつでも使えるような工夫が期待される。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	自閉症援助技術研究会に専属担当委員2名を配置するほか、地域支援ネット・広域支援センターのケア会議等に参加し、関係機関との連携をとっている。

Ⅱ-4-（3） 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-（3）-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	施設長が、余市町障害者福祉計画策定に参画し、行政はもちろんのこと学校や病院等様々な関係機関と密接な連携をとり、地域ニーズの把握を積極的に行っている。
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。	b	地域ニーズを優先させるために、認可を待たずグループホームを開設するなど事業展開をしているが、事業開始にあたって中・長期計画を作成した上で、事業の展望を明示するなどの取り組みが期待される。

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り組みを行っている。	a	利用者の尊重については法人理念の中でも明示されており、身体拘束や虐待防止についても支援会議等で職員へ周知されている。また関係資料の回覧を実施している。
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	個人情報保護規程・プライバシーポリシーを作成して、1階玄関脇の壁に掲示し、マニュアルも整備されているが、今後職員の勉強会や研修等の取り組みに期待したい。
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ている。	a	定期的な保護者会の開催、2ヶ月に一度の利用者集会の開催等により、行事などの実施にあたっては要望等を聞き取る体制が確立されている。
Ⅲ-1-（2）-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	保護者会や利用者集会の内容を、担当職員が集約し、検討・改善する仕組みが整っている。
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	通常の居室担当職員や施設長へ相談等が出来る体制の上、「なんでもご意見箱」の設置や苦情解決委員3名が配置されており、意見が述べやすい体制を確保している。
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。	a	苦情の解決責任者を理事長とし、迅速に苦情を解決できる仕組みが確立され実施されている。また、掲示や利用者集会などで仕組みを周知している。
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。	c	運用上は、苦情解決委員が中心となり迅速に対応できる仕組みが出来ている。しかし、手順については重要事項説明書に窓口が記載されているのみである。今後はマニュアル類の整備が望まれる。

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り組み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。	b	担当者を配置し、福祉サービス内容評価基準ガイドラインを用い、1年1度自己評価を実施することとなっているが、今後は定期的に実施できる体制を整備することが望ましい。
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ている。	b	主に集計で分析はしているが、課題を明確化し、その課題を具体的にどのように解決していくか十分に検討されていない。今後に期待したい。
Ⅲ-2-（1）-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	「施設提供サービス質の評価及び改善検討会議」を開催し、課題に対する改善策を立案しようとして検討しているが、計画の策定・周知が不十分である。

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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	ベースとなる支援マニュアルは整備されているが、マニュアルの改訂・更新が不十分で、個々の標準的な実施方法を記載したマニュアルの整備が一部に留まっているため、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	支援会議は適宜実施されているが、関係するすべてのスタッフからの聞き取りや、利用者や家族等からの意見や希望の聞き取りが不十分である。また、標準的な実施方法を記載したマニュアルの整備が一部に留まっているため、見直しの仕組みを確立することが望ましい。
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。	b	1人1人に「支援サービス計画書」が作成されており、個別にケース記録にて管理されているが、利用者によって記載にばらつきがある。サービス実施状況に対する記録の見直しに期待したい。
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。	c	施設長が記録管理の責任者となっている。今後は、利用者、家族などからの閲覧や情報の開示・提供の請求に対しての規程や手順及びマニュアル等を整備することが望ましい。
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・夕のミーティングとその記録、看護日誌、作業日誌、当日日誌等の記録及び施設内LAN環境を整備し情報を共有できる体制が出来ている。

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	パンフレットや広報誌「幸住たより」等を作成し、案内に努めているが、一般の方を含め誰でもわかりやすいサービス内容とは言い難い。またホームページは作成中で年度内には完成予定である。
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。	b	平成15年に各々の利用者へ説明し同意を得た重要事項説明書類は確認できた。その後重要事項の内容に変化があり、書式も変更になっているため、改めて利用者へ更新の説明をし、同意を得る事が望ましい。
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	個別のケースについては、基本情報や注意点等の申し送りを実施しているが、施設としての手順やマニュアル・様式の作成等、標準化された体制が整っていない。

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。	b	市販のアセスメントソフトを用い、統一したアセスメント様式を利用しているが、アセスメント実施の手順や方法が不確定である。また利用者家族からの要望・希望が十分反映されていないため、今後期待したい。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b	「利用者の状況」にてアセスメントを行い、支援サービス計画書1・2にて支援の方向性や課題は明記されているが、アセスメント結果の課題への反映や課題の内容にばらつきがある。
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	支援計画作成会議を実施し、計画作成の責任体制は確立しているが、作成された計画の内容確認や承認などの体制が確立されていない。計画作成への利用者・家族の参加を含めた体制の整備に期待したい。
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。	b	モニタリングは半年に一度実施されているが、担当職員や利用者によって内容にばらつきがある。また、状況の変化やモニタリング後のサービス計画の見直しが不十分であるため、サービス計画の内容と実際の状況が乖離している計画が散見された。モニタリングの充実が望まれる。

評価対象 障害者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 利用者の尊重		
A-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。	a	年長的・能力的にかなり幅のある集団生活であり、コミュニケーションを図るために、日頃の関わりの中で表情・しぐさなどその人固有のコミュニケーション手段を見逃さないように、職員間で検討する体制を整えている。個別支援計画には、支援内容・方法が記されている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	利用者集会は、利用者が交代で司会を行い2ヶ月に1度開催し、出された要望には、職員が速やかに回答する環境づくりに努めている。利用者の電話利用に関しては、施設の固定電話を利用して職員が対応しているが、家族・知人等との自由な連絡体制を確保するための環境整備が望まれる。
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行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。	b	日常生活行為は、自力で行なうことを大切にしている。職員が支援をする場面については、あらかじめ利用者と話し合いを行い、個別支援計画に明記している。今後、集団生活の中で時間の制約・制限を理由に、必要以上手をかける場面がないかどうかを見直すことで、見守りと支援の体制を整備することが望ましい。
A-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。	b	多目的外出やおやつ購入などで、交通機関の利用や金銭管理等の学習を行い、エンパワメントの理念を実践に結びつける取り組みを行っている。個別支援計画を活かし、個々人の能力を一層高めていくための学習・訓練プログラムの作成に期待したい。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
2-(1) 食事		
A-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。	a	嚥下機能・対人関係・食事制限等に配慮している。利用者一人ひとりについての確に把握し、状態に応じた留意点や支援内容を明示したマニュアルに基づき、きめ細かな対応をしている。又、食事の介助・支援方法の研修に参加して、個別支援計画に反映させている。
A-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。	b	配膳は厨房職員が行なっている。食事は副食が外部委託だが、主食と汁物は施設が対応し、汁物等温かいものを食事寸前に盛り付ける等、工夫している。利用者の嗜好調査が行われ、要望を聞き取る体制は整えられているが、献立に充分反映されているとまではいえない。現状を踏まえ、今後も定期的に嗜好調査を実施する過程のなかで、利用者意向が献立に反映されるような食事サービスの検討が望まれる。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b	食事介助は、ゆっくり時間をかけられるように時間差を設け、摂食状態や身体的・心理的側面に配慮している。また、対人関係等、個々の問題に応じた席順や食事時間に配慮している。厨房職員も食事を作る役割にとどまらず、利用者の見守りや声かけを行い、利用者が自分のペースに合わせて食事が出来る環境づくりに努めている。今後は、定期的な検討会議を開催するなど一層の改善に期待したい。

2- (2) 入浴		
A-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。	b	利用者の障がい程度、健康状態、必要な介助等に配慮した入浴サービスは実施されているが、マニュアルの整備が不十分である。日中時間帯の入浴の試みや入浴機器を設置する等、入浴に関する定期的な検討会議を開催し、快適で安全な入浴支援に努めているが、今後は施設として入浴支援マニュアルを整備していくことに期待したい。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴回数は基本的に週3回に設定されているが、失禁や汗をかいた場合には、随時シャワー浴が可能な環境を整備している。通常入浴は可能な限り利用者の希望を取り入れ、夕食後21時までの自由入浴が設定されている。声かけや見守りを含む介助を必要とする利用者に対しては、職員が入浴時間を知らせて、対応している。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	障がいに応じてリフト入浴機器や車椅子式入浴チェア等を配備している。浴室・浴槽内には手すりを設置し、洗い場には滑らないマットを敷いて、安全環境面に配慮している。又、浴室内と脱衣所にそれぞれ職員を1名ずつ配して、介助を要する利用者にも対応している。カーテンの設置等でプライバシーの保護も確保されている。
2- (3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	c	常時オムツを使用している利用者に加え、夜間だけオムツを使用しているケースがある。おむつ交換時には、同室者へ気を配るなど、プライバシーの保護に配慮している。個々の状況に応じ、排泄介助は適切に行われているが、今後は排泄のマニュアルの整備が望まれる。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレ掃除は、清掃職員とグループホーム利用者が1日複数回行い、清潔及び防臭対策に努めている。入り口にはスリッパを置かず、つまずきや転倒防止など事故防止に配慮・工夫している。
2- (4) 服装		
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、服装の選択について支援している。	a	意思疎通が可能な場合には、服装の選択や購入の際は一緒に買い物に行くなど、利用者の意思や好みを尊重している。又、個々人の意思疎通が難しい場合には、職員間で相談しながら状況に応じた支援を行っている。
A-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。	a	着替えの希望や汚れ・破損の対応は、意思を尊重し速やかに対応している。業務手順は周知されており、パニックやこだわりのある人についても個別支援計画に沿って対応している。
2- (5) 理容・美容		
A-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	利用者の意思を尊重し、整髪・化粧・毛染め等の支援や必要に応じて助言をしている。又、地域の理容・美容店・ボランティア等の情報を提供している。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	月に1回は理容・美容できるように、担当職員をおいて地域の理容・美容店と連携を取りながら調整・実施している。又、訪問美容やボランティア訪問も受け入れている。
	第三者評価結果	コメント
2- (6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	a	夜間の排泄誘導や巡回の際の気配り、室内に廊下からの光が入らないように工夫するなどして、安眠対策をしている。睡眠リズムの乱れや不眠者へは、居室を替えるなどして速やかに対応している。

2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	看護師が窓口になり、体調の変化や排泄のチェックを通して、日常の健康管理を適切に行っている。看護師は、利用者一人ひとりについて健康状態を医療日誌に記載し、個別支援記録に連動させて、職員間で健康状態が把握できるよう整備している。生活習慣病などの疾病によるカロリー制限がある利用者には、医師との連携を密にして、主食の量のみを加減するなどの工夫で、ストレスを感じないような食事のコントロールに努めている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	発熱は、速やかに看護師に連絡している。嘱託医やかかりつけ医とは日常的に連携を図り、健康面の変調に迅速な対応をするための緊急時対応体制が整備されている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	内服薬・外用薬は、個人別に分けられ看護師の責任の下、施錠管理されている。誤薬を防ぐため、名前を大きく印字している。複数職員が投薬に関わるために、早番や当直には服薬後の空袋を残すなどの工夫をして、職員の連携を強化することで誤薬事故を防ぐ管理体制を整備している。
2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、サービス実施計画に基づいて行われている。	b	毎週土曜日は「活動の日」に設定し、ビデオ・ドライブ・室内ボウリングなど実施計画に基づいて行われている。ボランティアを受け入れているが、利用者の意向を把握しながら企画実施しているが、利用者自身が企画・立案するための側面的支援は行っていない。今後は、レクリエーションに参加しない利用者の対応も含めて、利用者自身が企画・立案するための側面的支援に期待したい。
2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b	多目的外出や年1回の旅行は、利用者の希望に応じて企画・立案し居室担当職員が実施している。居室担当職員同士で連携し、協力して外出の頻度を高める努力はしているが、充分な外出支援に至っていない。外出のルールや、外出支援のための地域ガイドマップ・イベント等の情報を、利用者会議などを通して提供し、外出に伴う情報提供と安全確保などの体制を整備することに期待したい。
A-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	利用者や家族の希望に応じた外泊が行われている。定期的な週末帰省及び、盆・正月の帰省を実施している。特に高齢者や重度障がい者には、希望を引き出すように配慮している。
2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	預かり金の管理は利用者預かり金規定に基づいて行われ、重要事項説明書に於いても明記されている。理解できる利用者に対しては、収支の説明をしている。多目的外出や実習を通じ、お金の出し入れを経験することで、金銭管理を学習する機会を設けている。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	居室には個人のテレビが設置され、共有スペースには共有のテレビが設置されている。雑誌等の購入については希望に沿った具体的取り組みが確認できた。
A-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、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	医師(嘱託医・かかりつけ医)・看護師・栄養士との連携を密にし、可能な限り利用者の要望を尊重した対応が行われている。毎週日曜日には、酒やジュース等を飲む会を設け、正月にも飲酒を楽しむ機会を設けている。喫煙場所が設置されている。