

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008 年 9 月 1 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒  
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)	斉藤 誠	組織	A-060047
	(2)	黒河 悦子	福祉	B-086 B-060021
	(3)	木村 靖子	福祉	B-073
	(4)			
	(5)			
サービス種別	知的障害者通所更生施設			
事業所名称	小樽四ツ葉学園			
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 2 月 1 日	～	2008 年 8 月 11 日	
利用者調査実施時期	2008 年 2 月 25 日	～	2008 年 3 月 23 日	
訪問調査日	2008 年 6 月 26 日			
評価合議日	2008 年 7 月 10 日			
評価結果報告日	2008 年 9 月 1 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 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：小樽四ツ葉学園（通所）	種別：知的障害者通所更生施設
代表者氏名：施設長 岩田利康	定員(利用人数)：37（46）名 名
所在地：〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号	TEL 0134-54-7404

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

◇特に評価の高い点

①果敢な法人運営

昭和39年、知的障がい者通所施設としては全国で初めて開設されたのが、小樽四ツ葉学園です。学園は、その長い歴史に甘んじることなく、利用者の作業環境を把握し、経営財務状況の分析や外部情報の収集を行う等、不断の努力の中で、学園と近接した既設大規模ログハウス等を取得改造して、通所利用者一人一人がゆとりを持って作業ができ、くつろいで食事休息ができる十分な環境を実現しています。しかもこれは、公的補助に依存せず行われた積極的な設備取得です。他にも制度に先駆けた認可外グループホームの設置や、保育所の移譲事業を進めるなど、制度改正に伴い新しい施設体系への変換が求められる中、今後求められるサービスのあり方やシステムを積極的に模索し続ける姿勢は、果敢な法人運営として高く評価できます。

②個々のニーズに合わせた柔軟な対応

重度の障がいを持つ利用者が多く、一人の利用者が一連の作業を連続的に行うことが難しいため、作業工程を分解し作業を細分化する事で、それぞれの利用者が自分の能力に合わせて、主体的に参加できるように工夫をしながら、利用者のエンパワメントに結びつける取り組みを行っています。利用者一人一人が自分の場所を確保出来るスペース的余裕と開放感のあるログハウスを利用して、それぞれのペースを尊重するように工夫しています。通所サービスのため、基準上入浴サービスは含まれていませんが、家庭の事情や心身の状況によっては、ログハウス内のシャワー浴や同法人の入所施設で入浴サービスをおこなうなど、個々のニーズに合わせた柔軟な対応をしています。

③利用者の高齢化に伴うプログラム

今後一層の課題である利用者の高齢化への対応として、高齢化による心身機能の低下に対しては、運動プログラムを導入し、体力づくりや身体機能の維持を図っています。行事の折には発表会を設け、利用者が体を動かすことを楽しんで続けられるような動機付けも行っています。また、職員を高齢者施設に派遣し、認知症対応のノウハウを学びながら、介護保険制度を視野に入れた施設運営を検討しています。さらに、外部研修には職員を複数派遣するなどして、持ち帰った研修内容を施設内研修に利用し、現場で応用できる方法を組織的に検討しています。

◇改善を求められる点

①社会状況の激変に伴う中長期計画の提示

旧来からある障がい者施設は、支援費制度から障がい者自立支援法へといった制度改正に伴い、平成23年度までに新しい施設体系へ移行しなければなりません。その中であって、第三者委員の設置・第三者評価といった外部からの眼を積極的に導入し、旧来の体質改善を目指し、利用者・ご家族・地域とともに歩んでいく施設作りを志向している法人の姿勢が窺えます。今後は、福祉事業運営・経営の環境が急激に変化する中で、施設が何を指して、どのような利用者中心のサービスを提供していくのか、職員と共に中長期計画を策定、明文化する事で、利用者・ご家族に対しても、わかりやすく提示していくことを望みます。

②在宅通所利用者の将来的展望

在宅での通所利用者、特に若年での利用者は、将来どのような生活を送りたいのか、事業所として、利用者本人やご家族と共にその展望を探っていく必要性があります。家庭訪問や面談を実施するなど、その意向のくみ取りに努めつつ共通の理解を深めながら、個別支援計画を作成する過程を通じて、利用者個々の日常的サービス内容が充実していくことに期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

自分達の行っている事を研鑽する意味で、今回第三者による評価を受けました。施設にとっても、評価に携わった職員にとっても色々と勉強する機会を得たと思います。どの部分がきちんと出来ていて、何が不足しているのかという事が今までは整理できず漠然としていることが多々ありましたが、はっきり見えてきた感じがします。

また、評価され不十分な所を工夫改善し、良い評価を得た所は質を下げずより充実させて、今後、新体系移行後も利用者の方々に満足行くサービスを提供する事を指し、より安心して日中活動ができる場所として選ばれる施設にしたいと思います。

これからも色々な形で第三者の評価を受ける機会が増えると思います。その時は今回以上の評価を得られるように頑張りたいと思います。

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 5 月 12 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)	小樽四ツ葉学園	種別	知的障害者通所更生施設
所在地	〒047-0156 北海道小樽市桜4丁目10番1号		
電話	0134-51-2005		
FAX	0134-51-2005		
E-mail	<a href="mailto:yotsuba@oregano.ocn.ne.jp">yotsuba@oregano.ocn.ne.jp</a>		
URL			
施設長氏名	岩田 利康		
調査対応ご担当者	青木 利幸 (所属、職名：小樽四ツ葉学園 副施設長)		
利用定員	37名 (現員46名)	開設年	昭和 39 年 4 月 1 日
<p>理念：基本方針</p> <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、地域福祉を推進する。</p> <p>4. 法人の経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する。</p> <p>運営方針：</p> <p>①利用者個々のニーズ、能力に応じた適切な援助をおこないます。 ②利用者の日中活動の場として健全かつ温かい環境整備に努めます。 ③代理人や家庭、児童施設及び関係機関との密接な連携を図ります。 ④施設長を中心とした職員の相互協力により円滑な運営に努めます。 ⑤地域のニーズに対応した施設づくり及び相互協力を図ります。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)	夏期(4月～10月) 午前9:00～午後16:00 冬期(11月～3月) 午前9:00～午後15:30		

**【本来事業に併設して行っている事業】**

知的障害者施設における入所事業(定員80名) 短期入所事業 (定員5名) 通所事業 (定員37名) 通所分場事業 (13名)  
(児童含む)

**【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
1名	2名	10名	4名	6名	8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	名	1名	4名	2名	7名
					合計
					46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	名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	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	名	名	名	名	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	名	名	名	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。）

障害区分A	障害区分B	障害区分C
24名	22名	0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
1名	名	12名	4名	1名	3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
1名	1名	名	名	2名	2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名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	3名	2名	12名		

(平均利用期間： 11年)

【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	14名	1名	1名	1名	10名
非常勤	1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	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	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	1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	1名 (名)
介護福祉士	1名 (名)
保育士	3名 (名)
ケアマネージャー	2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	488.94 m <sup>2</sup>	
(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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	9年
(4) 改築年	平成	17年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(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)に行つて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 <sup>2</sup>	
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>	
(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）

50 人

・ボランティアの業務

行事手伝い、アトラクション、窓拭き等の掃除、作品作り手伝い

### 【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 \_\_\_\_\_ 人

介護福祉士 \_\_\_\_\_ 人

その他 31 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。

- ・個別支援サービス計画書作成後説明のため本人及び保護者・代理人と面談の機会を設けている。
- ・苦情受付箱を設置したり苦情受付担当者3名を決め直接受け付けたり等して苦情、意見を聞き苦情解決責任者を中心に解決に当たる。又、第三者委員会を設置するなど苦情解決システムを構築している。
- ・ラベンダーの会と称し2～3ヶ月に一度体育館に集まり利用者から意見、要望、苦情等を聞いている。
- ・年2回保護者・代理人と懇談会を開き意見を聞いている。
- ・支援員はそれぞれ担当を決め利用者の意見、要望を汲み取るように心掛けている。

### 【その他特記事項】

- ・ジャズダンス(金曜日) ストレッチ(土曜日) を外部よりインストラクターを招き指導を受けている。ジャズダンスは行事等でその成果を発表している。
- ・籐工芸(水曜日) 人形作り(木曜日) を外部より講師を招き指導を受けている。

## 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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	施設利用者の人権擁護、良質なサービスの提供、自立と社会参加、経営基盤の強化など学園の4つの基本理念が法人要覧に明示され、また法人の使命や方向性などにあわせ改定されており、法人運営の指針となっている。
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、理念に基づいて具体化されている。通所サービスでは、わかりやすく運営方針として重要事項説明書に記載している。また、毎年度、基本方針に基づいた目標が重点事項として廊下などに掲示している。
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	理念や基本方針が記載された法人要覧や年度事業計画書が配布され、また諸種の会合・会議等で触れられているが、理解を促すための継続且つ具体的な取組みとしては行われていない。周知徹底を図るため、今後一層の取組みの強化が望まれる。
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	新規通所利用者との契約の際に説明は行われている。既存の通所利用者やその家族について、懇談会の席上や保護者用連絡文書などで説明の機会がもたれているが、内容的に十分なものは判断できない。今後分かりやすい資料の作成や継続的な取組みが求められる。

#### 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	資金面を中心とする長期資金計画は策定されている。また過去通所利用者のための大型施設の確保や将来に向けての高齢者福祉施設の必要性の検討など、上層レベルで中長期的視点での取組みの事実は確認できるが、中長期計画書としては策定されていない。
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	具体的な中長期計画が策定されていないため、年度事業計画は単年度限りのものとなっているので、今後改善が求められる。
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	年度事業計画策定にあたり、過去、職員の要望を聴取するためのパンフの配布をしたり、職場上司を通して関係職員の参画し、要望事項や改善点について意見集約を図る組織的取組みがなされている。今後は、更に計画実施状況の評価・見直しが望まれる。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b	明文化された中長期計画はないが、年度事業計画が職員会議等で報告検討されている事実は確認できる。通所利用者や家族に対する周知が十分とはいえないが、今後、懇談会や役員会を通じた周知の取組みに期待したい。

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	職員個々の役割に責任を持たせる指導の事実や職務分掌の徹底、職員会議等で自らの役割・責任について表明し、また人材の教育登用などに意を砕くなど管理者としての役割と責任を明確にしている。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	管理者として把握できる限りの遵守すべき法令を理解し、研修会等にも参加しているが、多岐にわたる関連法令が十分に検討把握されているとはいえない。今後、研修等で得た情報、法令の遵守を、内部研修等を実施することで職員に周知徹底し、共通認識を高めていくことが望まれる。
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り組みに指導力を発揮している。	a	各担当者作成の個別支援計画を管理者や関係者で組織するで検討委員会で内容を検討し、またケース記録を作成し、支援計画が実際に反映されているか確認をし、さらに基幹職員が適切なアドバイスをできるように努めている。作業訓練の現場においても、普段から利用者個々の能力や特性にあった作業工程の開発や作業環境の改善などに積極的に取り組み、サービスの質の向上を図っていることが確認できる。
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	社会保険労務士による労務管理や職員の意識改善、税理士法人による財務面の課題指摘・指導を受けている事実は確認できる。しかし中長期計画が策定されていないことなど、これら専門家及び管理者層全体として、十分な取り組みがされているとはいえない。制度の変化や人員不足の中で、業務改善に積極的に取り組んでいることから今後基本理念に基づき、経営コンサルタントの指導も十分に生かしながら、職員とも共通の認識を形成し、協力を得て業務改善に確かな指導力を発揮することが期待される。

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	関係諸機関及び団体との関係を密にし、研修会にも積極的に参加し、現状の把握に努めている。また昨年からの税理士法人と契約し、法人経営全体に係わる総合的な助言や指導を受けている。これらにより法人経営を取巻く状況や環境の変化、地域の福祉動向などが検討把握されている事実が確認できる。
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	契約税理士法人の月次指導により作成された資料により、法人の経営データを分析し、課題の抽出や解決への適切な助言・指導を受けている事実が確認できる。今後、中・長期の計画の策定や年度事業計画のベースとして活用することが期待される。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	契約税理士法人により、各項目が適切に処理されているとの平成20年度外部監査報告書が出されている。社会福祉法人における外部監査の取扱等について、現行不明確な部分があるので、関係官庁諸通知通達や公認会計士協会の見解に基づき、今一度検討することが望まれる。

## 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	現場で必要な人材のスキルを把握し、それに応じた人材の育成のために積極的に研修等に参加させているし、また、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等の資格取得を奨励、協力している。しかし、これに対する具体的な計画作成などの取組みはされていないので、今後具体的な計画が必要である。
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	幹部による職員評価と理事長による職員面談がなされており、さらに本年度から新基準に基づく人事考課制度が導入されるようであるが、現状では、理事長の専権事項的な取扱いになっている。人事評価の客観性・公平性・透明性の確保という観点から評価基準は策定され、公開されるべきであり、また、評価者自身の評価訓練などが望まれる。
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。	a	年休や時間外労働に関する記録簿が整理され、常時閲覧可能である。また就業状況の改善について、社会保険労務士からアドバイスを受けたり、改善箱の設置等による職員の意向を把握する仕組みなども構築されている。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生団体ソウエルクラブに加入し、内部では親和会を結成し規定に基づき活動している。各種の共済事業も職員回覧で周知徹底を図り、また旅行等の企画にあたっては職員の担当委員会で職員の希望を把握して決めている。
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。	a	年度事業計画等の中で、職員の教育・研修の基本的な考え方が明示されている。外部研修は、年度当初に必要な専門技術・専門資格が年間計画に策定されている。これに基づき、とりわけサービスの質の向上のための研修等には、積極的に参加している。内部研修は、自閉症研究、高齢者研究、感染症委員会等が設置され、活発な研修状況が確認できる。
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	所属職員個々について、基本姿勢に基づく教育研究・研修計画策定などの具体的に取組みはないので、今後改善が求められる。しかし各委員会を中心に、研究に必要があれば、積極的に、しかも複数で研修に参加し、研修の結果に基づき内部の職員研修を実施し、知識情報の共有化を図り、職員全体のレベルアップとサービスの質の向上に努めている。
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	研修成果の評価見直しは、必要の都度行われている。研修会報告書を提出させ、評価し、また必要があれば内部研修で報告したり、会議打合せの時、要点を職員に報告している。報告書綴りは常時閲覧できる状態に置かれている。今後は定期的な研修・評価・見直しの一連の仕組みをつくることが望まれる。
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	実習生受け入れマニュアルには、施設側の基本的な考え方が明示されており、受入の連絡窓口として各種学校実習受入担当者を配置し、事前にオリエンテーションを行い説明して、マニュアルに基づき実習生を積極的に受け入れている。各学校からの依頼と承諾という形で受け入れ、協定書、覚書等で内容を確認している。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>実習生の目標に応じた入所通所一体となった実習教育課程を組んでいる。通所では、生活部門、中作業部門、外作業部門に実習の目的に合わせて実習生を配置し、それぞれの担当者が指導し、さらに実習担当者が総括的に指導している。実習関連資料により、学校側とも十分な連携を図っていることが確認できる。</p>
--	----------	--

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。	a	緊急時の対応マニュアル・感染症対策マニュアル・緊急連絡体制・個別の健康状態ファイルが整備されており、利用者の安全確保のために組織的・継続的に行われている。施設内感染予防対策要綱があり、発生の予防・拡大の阻止等被害を最小限に抑える事を目的としている。又、感染症対策委員会が設置されており、管理者のリーダーシップが発揮されている。
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。	a	事故報告書の提出を求め、利用者の安全を脅かす事例の収集の仕組みが整備され、発生・発覚の状況及び原因や職員の対応及び施設の対応、保護者・代理人への対応など、職員参画のもとで検討会を実施し再発防止に努めている。又、リスクの高い支援内容については、きめ細やかな対応及び定期的に評価・見直しが行われている。

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	地元企業への職場実習はあるが、社会情勢の問題とジョブコーチのようなアフターケアの体制整備がなされていないため、年々減少傾向にある。利用者と地域との関わりは、自宅が生活の拠点となっているため、各種スポーツ大会・レクリエーションの参加を通して、主に他福祉施設との交流を中心に深められている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	春から夏にかけて三週間にわたる長期の園芸市を通して、地域へ施設の活動を開放している。この時期、施設の概要・機能等を新聞に掲載する等の地域活動が定着している。又、施設内には利用者の作品を展示・販売されており、地域住民が自由に来訪できる環境が整備されている。さらなる地域との関わりを深めるために、施設が持つ専門的な技術や情報を提供する地域住民の生活に役立つ講演会・講習会等の取り組みが望まれる。
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	ボランティアの内容は多様・多彩であり、有償ボランティアの受け入れにより、特技を要する作業指導や余暇活動に活かされている。ボランティア受け入れに関する基本姿勢は明文化されていないが、受け入れの際は管理者の責任のもとで説明・確認・実施の過程を踏んでいる。トラブル・事故等を防ぐためボランティア受け入れに関するマニュアルを作成中である。

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	個々の利用者の状況に応じた社会資源はリストアップされており、当該地域の関係機関・団体についての関係資料のファイルは整備され、閲覧できるようになっている。又、フロッピーに保存され職員間で情報の共有化が図られている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	各関係機関・団体とのネットワークは確立され、「小樽市障がい者週間ほほえみフェスタ実行委員会」等の定期的な連絡協議会の参加及び研修等に参加し、共通の問題解決の向けて具体的取り組みが行われている。
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	四ツ葉学園法人として地域の3障害合同会議等に出席して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。特に地域住民も含めた地域生活支援相談事業を実施されているため、協力体制が整備されており、具体的な福祉ニーズの把握が容易になっている。
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	把握した福祉ニーズに基づいて、入所施設・通所施設・生活介護ホーム・地域生活支援事業が展開されている。入所利用者を対象としたグループホームでは地域自立生活を支援している。八軒あるグループホームの一軒には世話人が住み込み、重度障がい者を対象に地域生活支援し、世話人を含めた職員体制は柔軟な発想で展開されている。これ等の事業・活動の単年度事業計画は作成されているが、今後の脱施設・地域移行支援の需要から中・長期計画作成が望まれる。

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	よつばのクローバーにちなみ、４つの基本理念を法人の礎として、施設利用者一人一人の人権を擁護し、良質なサービスの提供が示され、組織内で共通の理解を持つために支援会議において周知徹底を図っている。それらの事を踏まえ、個別支援計画は個々のニーズに沿い、適切な支援が行われている。
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	プライバシー保護については定期的に職員会議・研修等で説明し、職員に周知徹底を図っている。又、個別のロッカー設置、昼休みは自由にくつろげる環境づくり等、施設・整備面に具体的取り組みが伺える。就業規則・重要事項説明書は文書化されているが、十分な内容にするため規定マニュアル等の整備が求められる。
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。	b	家族懇談会・個別面談等が定期的に行われ、意見・希望・不満等を聞く仕組みは整備されている。利用者との話し合いの機会を設けているが、障がいの重い方の把握は十分とは言えない。日常、利用者との関わりの中で、意思疎通の状況に応じた取り組みに努めているため、今後が期待される。
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	意思疎通の困難な重度の障がい者が多いため、連絡帳を有効に活用している。把握した利用者満足について分析・検討する仕組みは整備され、部門担当者会議・全体会議・管理者会議等で検討・具体的対応が組織として確立されている。
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	「何でも意見箱」の設置や、相談・意見の受付に関する文書が見やすい位置に提示されている。各部門には相談担当者が配置されているが、担当だけではなく誰にでも相談できるように相談室が用意されている。又、連絡手帳を活かし日常的に家族からの意見・要望が聞けるように取り組まれている。
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	苦情解決担当者・苦情受付担当者・第三者委員が配置され、苦情解決の体制は整備されている。又、重要事項説明書に明示・説明し、利用者・家族に周知する取り組みは行われている。苦情を訴える事が困難な利用者に対しては、「苦情を聞く会」を設けたり、個別に受け止める対応に努めている。
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。	a	苦情・意見・希望等への対応については、苦情解決責任者の指示のもと関係職員により迅速に解決する仕組みが確立され、問題とされる内容全てにサービス改善・対応に努めている。



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) 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	個別支援計画策定に計画実施・実施状況の評価・改善計画の見直し、必要に応じて計画変更が行われ、個々の利用者に対する質の向上に取り組む体制は整備されている。しかし、施設全体のサービス内容を組織として定期的に評価・見直しの体制は十分とは言えない。今回、初めての自己評価の実施及び第三者評価受審を契機として、定期的に評価を行う体制を整備され、機能することを期待したい。
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。	c	自己評価・第三者評価等について仕組み・意義等をどこまで全職員が理解しているか疑問が残った。職員の参画により評価結果の分析を行い、課題を明確にして組織としての取り組みが求められる。
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。	c	自己評価・第三者評価等の評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みが求められる。又、実施状況の評価をすとも必要に応じて計画の見直しを行うことが望ましい。
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	個々のサービスについて、ケース会議・支援会議等で必要なサービスを個別に検討され、職員が共通の認識を持ってサービス提供している。移動に関する標準的な実施方法は、安全性の観点から明確に文書化されていたが、実施するサービス全体にわたっての文書化が求められる。
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	個別支援計画を担当職員が自主的に話し合い、利用者の状態に合わせて見直しが行われ、適切なサービス提供に努めている。年一回各部代表者会議により行われている支援会議において、大枠で見直しされているが十分とは言えない。標準的な実施方法の文書化をもとに、見直しできる仕組みの確立が急がれる。
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	福祉事業専用の運営管理ソフトを有効に活用し、利用者一人ひとりに対するサービス実施状況の記録が適切に整備されている。サービス実施記録には管理職のチェック・押印が徹底され、組織として確立されている。
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。	b	施設長室の保管庫に適切に保管・保存され、廃棄記録はシュレッダーで切断・処理されている。就業規則によってデータの流失は規制され、職員に対する教育は行われている。しかし、利用者や家族からの情報開示の求めに関する具体的規定が文書化されていないため、早急に検討を要する。
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	利用者に関わる必要な情報は、朝・夕の会での報告・引継ぎから始まり、再び各部門に於いても引継ぎの時間を設定する等、末端に至るまで情報の共有化は組織として確立されている。又、福祉事業専用の運営管理ソフトを通して、ケース記録・日誌等閲覧することで職員間の情報の共有がされている。

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	施設のパンフレットは、即売会・相談受付等に於いて配布・説明を積極的に行っている。又、ホームページを作成し広く情報発信に努めている。
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。	a	重要事項説明書をもとに、利用者・家族に対し詳しく説明し、同意を得て契約を交わし書面を残している。又、文書内容は適切で、利用者にも理解しやすい様にふりがな表記され、配慮されている。
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	サービス事業所の変更に関わる手順と引継ぎ等の文書は、組織的として定められていないが、個別に他サービスの情報提供や変更後も、必要に応じ情報提供や相談がおこなわれている。通所利用者は同法人のサービス利用選択が殆どのことだが、サービス移行に関わる文書作成が望まれる。

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	法人全体で使用している福祉事業専用の運営管理ソフトを活用し、アセスメントが行われている。事前に利用者・家族から情報を収集し、身体状況・生活状況・行動の特徴・将来の生活についての希望等を把握し記録されている。手順を定めた計画的なアセスメントが行われている。
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。	a	アセスメントによって把握された情報をもとに、サービス実施計画が策定されている。又、サービス内容ごとにニーズや課題等を抽出し、個別支援サービス計画書に反映されている。
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	モニタリング・アセスメントは、家族を含めた利用者本人の意向調査等のプロセスを踏まえ、サービス実施計画が策定されている。直接、利用者の担当職員が意向を聴取し、検討会議を経て策定されている。又、検討会議には施設責任者・看護師等の参加があり、組織として手順を定め実施している。
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	個別支援サービス計画書は定期的に評価、見直しが行われている。見直しは、利用者本位の視点に立つことを重視し、策定責任者を中心に担当職員・関係職員の検討会議がおこなわれる。こうした一連の流れが組織として定められ、次の計画に反映されている。

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	<p>自閉症等によりコミュニケーションに課題を抱える利用者の増加に伴い、複数の職員を外部研修に参加させ、施設内部において研究会を設置し専門的プログラムを個別に実施している。また、その支援内容については職員全体で検証されており施設のサービス水準のレベルアップを目指している。支援場面にあつては、利用者の表情や行動を観察し、その思いを汲み取る努力がなされており障害が重たい利用者であっても本人の意思を尊重する事により信頼関係の構築に力を入れている。近隣の精神科医とも連携ができており、個別の問題に対し随時相談ができる体制になっている。</p>
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	<p>活動は大きく中作業・外作業に分かれている。中作業は編み物・籐工芸・ビーズなどがあり、利用者の希望で選択することができる。外作業はそれぞれの作業の工程が細分化され、個々の能力にあわせ主体的に参加できるような工夫がなされている。また心身の状態によっては作業場には移動せず通所施設のセンター棟で過ごすことも選択が可能となっている。全体を通して、個々の状態に合わせパニック症状や他害行動などが起きないように環境整備の配慮もなされており、利用者が安心して安全に過ごす事ができるような工夫が見られた。行事も利用者が自由に選択できるように用意されており、また、今年度は利用者集会も予定されており利用者の要望や意見を積極的に取り入れていく姿勢がある。</p>
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。	a	<p>客観的な課題分析が可能となるような視点でのアセスメント様式が選択されており、個別支援計画の立案においては、日常生活上の行為を自力で行えるようにという視点が意識化されており、細かく本人ができる部分、支援を必要とする部分に付いて具体的明記されている。また職員間において、評価に違いがあった場合は、会議において関係者で十分に検討し対応の方法を一致させている。また身体介助等の支援が多い利用者に対しては適切なサービスが提供できるような柔軟な対応をおこなっている。</p>
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	<p>重度の障がいを持つ利用者が多く、一般就労に向けてのプログラムは持っていない。しかし、個々の能力に合わせて、隣接の製麺工場や入所施設棟の清掃などの職場実習をおこなっており、利用者が安心して実習に取り組むことができる環境づくりに配慮している。また、生活能力向上を目標に、家族との十分な協議の上、自立通所の訓練なども実施している。自己表現の方法やトラブルになったときの謝り方・なぜいけないのかを理解できるように利用者に説明する努力がなされており、社会生活能力を高めるための側面的な支援が実施されている。今後は更に社会生活力を高めるために施設外の社会資源との連携を強め学習・訓練プログラムの開発が望まれる。</p>

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。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しない。
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。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しない。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	当該施設は食事は提供せず、希望者にはお弁当を斡旋している。しかし個々の状態にあわせ、容器を変更したり食事を安全に摂取するために見守り、必要時には介助などの支援がおこなわれている。また食事時間も利用者の食事のスピードに合わせたゆとりのある時間設定がなされており、建物はログハウスで空間も広く明るい環境となっている。座席なども対人関係を配慮しており、雰囲気なども定期的に検討されている。
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。	a	当該施設は通所更生施設であり、運営基準上は浴室の設備は必要としていないが、重度の利用者が多いことから浴室設備を備え、失禁時にはシャワー浴を実施している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しないが、個別の事情にも配慮し入所施設を利用して入浴支援をするなど柔軟な対応をおこなっている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しないが、設備は整っている。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	会議の中で、個々の能力が検討され、こだわりを持つ利用者に対しても環境を整備することで安全に排泄ができるように随時改善を図っている。また、個別支援計画では、支援内容について、どこの部分で支援を必要とするのかが詳しく記されており、職員間で一致したかわりができている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	支援会議に置いて随時トイレの清掃に付いても検討されており、清掃担当者を決め、毎日掃除がなされ、清潔の保持に努力している。ウォシュレットや暖房付きの便座も用意されており、また手拭のためのタオルも個々の利用者の特性に応じてペーパータオルをエアータオルに変更するなど、より快適な環境作りに配慮されている。
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。		該当せず。通所サービスは在宅の生活中心なので、家庭で行われている。
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	汚れた時の着替えに付いては、契約時に説明をしており、各自がロッカーに用意し、鍵もかかるようになっている。支援の内容については個別支援計画の中に具体的に記されており、促しだけでよいのか、介助が必要なのかなども職員間で随時検討されており、各職員が一致した方法で働きかけが行われている。

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。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しないが、身だしなみなど、アドバイスは行うことがあり、本人の意思が十分に尊重されたかわりがない。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。		該当せず。通所施設であることから、理・美容に付いては基本的に家庭で実施されているが、障がいの特性から一般の理美容室での対応が困難な利用者に対しては、同法人の入所施設にて理髪支援を実施している。

	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。		該当せず。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	主治医や服薬情報などは家族より聞き取り個々にファイルが作成されており、嘱託医師による定期健診も年2回、希望により予防接種も実施され日常の健康管理は適切に行われている。また健康維持のために運動の日が設けられており、ストレッチ・ジャズダンスのプログラムもあり、個別支援計画に健康上配慮を必要とする点や支援内容についても具体的に盛り込まれている。感染症対策もマニュアルに基づき情報の収集も含め対応策がとられている。家庭との連携も連絡帳により行われており、必要な情報は毎日の申し送りで職員間で共有化され適切に支援が行われている。また専門医の紹介や必要によっては医療機関への情報の提供や調整も看護師が行っている。また近隣には協力病院を確保している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	個々の医療情報のファイル及び利用者緊急連絡先の一覧表も整備されており、怪我や急変などが発生した際には、看護師が家族に連絡を取りつつ状況により職員が緊急受診の対応も行い、必要な医療情報も医療機関に家族の了解の下提供している。
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	薬物の管理のマニュアルはすぐに関覧できる場所に掲示されており、薬はシートで医務室で預かり管理している。薬の管理に付いては職員が連絡帳にて家族と調整するほか看護師が電話にて家族に確認し誤薬や服薬忘れが発生しないように細心の注意がなされている。服薬介助の方法に付いては、個々の状態に合わせ、手渡すだけや介助するなど支援計画に詳細に書かれている。また家族と相談の上、自己管理ができる利用者についてはお弁当箱の蓋に薬をご家族が貼り付けるなど、個々の能力に合わせた対応がなされている。

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。	a	通所棟はログハウスであり空間も広くゆったりと過ごすことのできるスペースとなっている。昼休みはそれぞれが自由に過ごしており、DVDやラジオの持参は自由である。土曜日にはレクリエーション活動の日が設けられており、ライブやカラオケ・ストレッチ・DVD鑑賞など担当職員が企画し利用日の朝に希望を取り自由に選択し参加することができている。
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。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しないが、年2回の選択行事やサークル活動の大会等に対して利用者の希望を取り外出の機会を設けている。
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。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しないが、行事の宿泊旅行は利用者の希望を聞き、取り入れている。
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。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しないが、自動販売機が玄関前に設置されたので、利用状況をみて、今後は適時に対応する。
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。		該当せず。通所施設であるためこの項目は該当しないが、テレビは1階と2階に設置されており、自由に見ることができる。また、CDやラジオなど持参し昼休みに自由に鑑賞している。
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	喫煙は決まった場所に置いて喫煙が可能となっている。またタバコの害に付いても職員より情報の提供はなされている。行事の際には希望により飲酒も提供している。