

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011 年 4 月 28 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 第10-006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)	吉村 信義	総合	第0001号
	(2)	高橋 修一	福祉	第0156号
	(3)	山崎 美智子	総合	第0150号
	(4)			
	(5)			
事業所名称	知的障害者入所授産施設 やまと郭公の里			
設置者名称	社会福祉法人 豊浦豊和会			
運営者(指定管理者)名称	同 上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010年7月26日	～	2011年4月28日	
利用者調査実施時期	2010年11月9日	～	2010年11月30日	
訪問調査日	2010年12月17日			
評価合議日	2011年3月22日			
評価結果報告日	2011年4月28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

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 豊浦豊和会
代表者氏名：	理事長 矢島 勉
所在地：	〒049-5402 北海道虻田郡豊浦町大和83番地10
	TEL 0142-86-1121

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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◎事業の展開の確実性 法人30年の事業展開の歩みは、視覚障がい利用者更生施設の役割に始まり、身体・知的・精神の3障がい者を含む利用者支援の統合化を進め、平成4年、授産事業を目的に「郭公の里」を開設しました。利用者本位の支援姿勢を基盤に、利用者の地域生活移行のためのグループホームの設置運営や地域での就業機会の創出、日胆地域オンブズマン導入など支援の透明性の確保や多様な利用者の生活支援を図って確実な運営の拡充発展に努めています。</p> <p>◎地域福祉重視の活動 事業活動は地域福祉重視の理念の基に、施設職員の現地定着や利用者の地域の一員としての支援方策を進めています。さらに、高齢化の進む地元住民とともに「やまと地域」全体の相互支援体制づくりの促進に努めています。</p> <p>◎職員の職業倫理綱領と実践 施設は職員が果たすべき職業上の倫理綱領を明文化して、日常生活支援の行動規範として実践するとともに、職員各自が確認し、署名して施設内に掲出しています。</p> <p>◎職員の満足度とサービスの質の向上 職員の退職率が低いことは、研修予算の倍増や介護福祉士などの福祉関連資格取得の助成金を支給するなど法人組織として職員の満足度の向上を目指す取り組みが身を結んでいる証しであると評価できます。今回の第三者評価受審が職員の要望事項の一つであったことも、職員がサービスの質の向上に向けて問題意識を共有していることの表れであり、今後のさらなる向上が期待できます。</p> <p>◎きめ細かな健康管理 利用者の平均年齢が45歳となり、高齢化・重度化が一段と進み、健康管理が大きな課題になっています。施設では、利用者全員の健康管理票を整備し、常勤看護師が健康管理・服薬管理・通院調整を行っています。食事面での配慮として、給食会議で食生活上の医療的注意点などについて栄養士と連携をとっています。健康管理面では、必要のある利用者には毎日の検温・血圧測定などを記録し、投薬管理では服薬のセットや薬の目的、効能や副作用など薬の知識や情報を収集し、日々の通院の記録などをパソコンに入力しています。データは全職員がパソコンで見ることができ、その推移を見守りながら個々の健康状態を確認しています。健康状態に変化があれば、看護師が支援課職員に早急に情報を伝達するとともに直接保護者にも連絡する体制ができています。月1回精神科医師が来園し、健康相談を行っています。年2回の健康診断、インフルエンザなどの予防接種、がん検診、骨粗しょう症検診などを含め疾病の予防対策や早期発見に努めています。医療職が中心となり、施設内では支援課職員・厨房職員間で連携をとりあい、地域内では協力的な医療機関と連携をとっています。健康管理がきめ細かく適切に行われ、利用者が安心して安全な生活を送ることができるとは評価できます。</p>
--

◇改善を求められる点

◎中長期計画の策定

記述のとおり、事業の展開は各年次の事業計画と執行に努めています。しかし、利用者本位の支援を計画的に実行し、評価・点検して新たな改善への実践を促進するためには、理念・基本方針のもとに組織体制、財政収支、職員体制・人材の確保と養成などの事項について、3年から5年を展望する計画的な視点が望まれます。従来の財政収支の計画のほか、利用者支援と職員指導体制などにつき中長期計画の策定を検討されるよう期待します。

◎人事考課方策の策定

人事考課は職員の業務成績、執務上の情意、業務能力の評価につき客観的に基準化して職務意欲の向上、組織活動の活性化に寄与する方法と考えられています。故に、組織体制全体がその公平性、透明性を共有して活用することが望まれます。従来の経験的評価方式に加えて人事考課の方策の検討を望みます。

◎サービス提供を標準的に示したマニュアルの整備

サービス提供場面における提供手順の統一化、体系化を一層整備し、郭公の里としてのサービス提供の具体的な手順を明快に示す書面を整備し、かつ継続的組織的にサービス内容の評価を行い、サービスの質を一定に担保する仕組みを確立することを期待します。

◎喫食環境の工夫

食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、利用者の食事介助などをふまえ食事時間などに幅を設けています。しかし調査当日の昼食は11時30分位から利用者が食堂前に並び、12時には食事を始め、12時30分には1人残るのみでした。日頃から、食事介助や利用者間のトラブル防止のために座席が決まっていて、職員が傍で支援を行っています。また、食堂のスペースも大勢の利用者と介助職員が席に着くと狭さを感じます。今後食事の介助や支援方法に関してマニュアルを用意し、個別性に合わせた支援方法を考慮したり、喫食環境を工夫し、ゆっくり余裕のある食事を楽しむような配慮を望みます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

当法人においては、30年余りの知的障害者福祉事業を展開して来ましたが、しかしながら、新しい法律施行に伴い旧法での事業展開は、平成24年3月で終了いたします。この機会に、原点に戻り組織全体を見直す契機にしたいと思い、第三者評価を受審しました。組織並びに利用者に関係する支援に対する細部の評価をして頂いたことを感謝いたします。又、指摘あるいは改善を求められた点については、今後の課題として受けとめ、組織並びに健全経営の確立を目指していきたいと思います。最後に、職員会議等にて、評価者のコメントを参考として職員にも改善等の課題を周知徹底させて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 22 年 11 月 4 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 豊浦豊和会		
事業所名 (施設名)	やまと郭公の里	種別	知的障害者入所授産施設
所在地	〒 049-5402 北海道虻田郡豊浦町大和83番地10		
電話	0142-86-1121		
FAX	0142-86-1116		
E-mail	<a href="mailto:kakkou@helen.ocn.ne.jp">kakkou@helen.ocn.ne.jp</a>		
URL			
施設長氏名	江島富雄		
調査対応ご担当者	江島富雄 (所属、職名：施設長)		
利用定員	64名	開設年	平成 4年 4月 1日
基本理念	1 地域の方々の社会福祉支援を目的に誠心誠意のサービスを行います。 2 地域の方々が安心、快適にご利用いただける社会福祉サービスを行います。 3 全ての職員は、倫理理念を遵守し、専門性を高め、地域社会の一員として社会福祉の充実を目指します。		
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)

やまと郭公の里通所事業 (定員14名)

【利用者の状況に関する事項】（平成22年10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
名	1名	7名	5名	6名	5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	5名	4名	7名	5名	9名
					合計
					61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	1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	1名	名	名	2名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1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。）

最重度・重度	中度	軽度
16名	19名	17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	2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	2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
名	5名	5名	6名	4名	8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
2名	1名	1名	1名	3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
1名	1名	2名	1名	1名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	18名	名	名		

(平均利用期間： 7年)

【職員の状況に関する事項】(平成22年10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	事務員	主任指導員	指導員
常勤	名	1名	3名	名	19名
非常勤	名	名	名	名	2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	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	名 ( 名)
介護福祉士	3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	1, 550. 97㎡	
(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	4年
(4) 改築年	平成	年

○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	㎡	
(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 21 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 21 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 2 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。

「やまと郭公の里利用者自治会」があり、年度当初の総会において、その中で利用者より意見を集約しております。又、毎週土曜日に夕食後、「土曜日の集い」が開催され、その中でも利用者より行事等の意見の集約をしております。

**【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	地域福祉重視、安心・快適な環境づくり、職員の職業倫理と専門性ある支援という理念は定款、ホームページなどに明文化し、施設内の要所に掲出しており、説明資料にも明示して運営の基本姿勢を示している。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	運営の活動指針を生命・個人尊厳、人権擁護、社会参加、専門的知識技術での支援とする職員の基本的な職業倫理綱領に具体的に示し、その姿勢を法人施設内の要所に掲出している。また、説明資料に示しており、誰もが確認できる。
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。	a	年頭の職員会議を始め、月例の役職者会議・係会議・職員会議・保健会議で理念・基本方針を明示し、必要に応じた業務所掌での指導・点検などで周知の徹底を図っている。
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	重度利用者が多く個々への周知は困難な状況が窺えるが、家族会の役員会・総会での周知や年4回の保護者などへの連絡情報で運営の基本姿勢を示して理解を求めている。なお、個別指導上での工夫などさらなる取り組みを期待したい。

### 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	事業の沿革は計画的・連続性ある実績が窺える。事業構想が計画段階から施設整備・組織体制・人材確保などの骨子を想定して審議し、単年度の事業執行が可能な範囲の計画を決定していることが理事会議事録から窺える。従来、事業認定・公費助成・資金借入など事前審査方式が事後的計画を余儀なくしたと思われるが、今後は、事業の計画・実施・評価・改善の過程を明らかにする上で、中長期計画の策定を組織的に取り組む検討を期待したい。
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	単年度の事業計画の策定に当たっては中長期の財政収支計画を踏まえ、施設・設備、人材確保・養成などを計画に組み込むことに期待したい。
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	計画の策定に当たっては年間の事業実績などを勘案し、定例内部諸会議での意見・発案などを踏まえ、当該幹部担当職員が中心に構想して策定に当たっている。今後、実施状況に関する評価や見直しについて組織的成果となるよう期待したい。
Ⅰ－２－（２）－② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	事業計画の職員への周知は定例諸会議での協議・説明で組織的に図っている。なお、利用者への周知は重度利用者などもあり、十分とはいえない。家族会には役員会・総会での方針説明や家族連絡などの機会を通じ周知に努めている。

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	組織運営の職務分掌・組織系統の明示を図り、その管理者の責務を明らかにするとともに、年度の業務計画と指針を明示したなかで役割と責任を示している。また、職員会議、幹部会議、カンファレンス会議などで役割と責任を周知している。
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	関係法令の遵守の取り組みは、規定などに基づくマニュアル化など組織的に行っている。今後、利用者支援に係わる法令の高度化・多様化にともない、業務分掌に明記するなど組織的な遵守の取り組みの工夫が求められる。
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。	b	資質の向上に向け職員会議での示唆や、サービスの質の向上のための研修機会の提示をするなど、改善の具体的取り組みを行っている。さらに、定期的・継続的な評価・分析を行って、組織的な課題に応じた指導が求められる。
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	管理者は事業経営の効率化と改善やサービスの質の向上に努め、率先して課題解決に当たり指導力を示している。さらに、職員全体の組織的取り組みによる合目的で、効率的な運営についての検討を課題とされるよう期待したい。

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。	b	障害者自立支援法の移行計画などに従い、従来のグループホーム設置方策や利用者・家族の意向協議、新たな就業機会の動向把握など利用者処遇の課題に向けて、経営や業務の具体的改善に努めている。なお、定期的な改善の見直し協議の場を設ける工夫が求められる。
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。	b	経営の状況分析は月例の業務執行に関する諸幹部・職員会議などで執行状況を確認し、四半期などの集約で課題を確認しながら明らかにするとともに、監査報告などによって、その解決課題を明らかにし、改善に努めている。しかし、解決課題の整合性などについて、組織的な合意や周知に対する取り組みの工夫が求められる。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	b	外部監査業務委託を行い四半期の点検、年度の監査報告を得ている。監査結果は次年度の事業計画に活かしている。なお、組織的な改善への合意や周知の取り組みの工夫が求められる。

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	就業規則に準じ、職員の需給に応じて計画的に資質の確保を検討し、施設の地理的環境を考慮した正職員化や常勤者の確保とその処遇改善に努めている。今後、中長期計画の策定など人材の確保・養成の計画化の検討を期待したい。
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。	c	職員サービス評価表を策定するなど組織的な人事考課体制を整えつつあるが実施段階にない。現状は管理者などによる経験的な選考になっている。今後は、客観的な基準の人事考課の検討を期待したい。

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。	a	就業規則などに準じて身分の確保、サービス、異動、休業や休日・休暇、安全・衛生、諸補償などの確認・点検を行い、職員の意向・意見を把握している。また、職員組合があり定期的な改善の要求を協議している。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	退職共済制度へ加入している。福利厚生センターに加入し職員の福利厚生体制を整え、健康管理・相談などに応じる体制がある。
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	研修基本方針にはその理念・方針を示し、OJT・OFFJT・自己啓発を柱に業務への態度、価値、知識、技術・技能などの研鑽を目的に意図的、計画的に職位、経験、専門性に応じた取り組みを行うと明文化している。
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り組みが行われている。	b	研修方針の基本に従い職位、経験年数、専門性などに応じた研修をむらなく実施するよう努めている。なお、個別研修については係会議などでの協議を通じて意図的、計画的に行うなど検討することに期待したい。
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	研修方針に従い研修実施と研修結果の復命書の提出、自己評価と課題の整理、各職場での課題検討をすることとしている。さらに、組織的な研修の成果と評価のあり方について検討課題とするよう期待したい。
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。	b	実習生の受入意向と実績を示しているが、受入の担当指導体制や事業所の実習指導マニュアルの整備など、その取り組みについては今後の検討を期待したい。
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	実習生の指導は委託実施校の実習内容に応じて行っており、委託校と連携を密にして指導に当たっている。今後、指導担当者の体制整備やスキルアップで、多岐にわたる受入種別など条件の多様化に応じた検討を期待したい。

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。	a	業務執行の安全管理体制は、利用者への生活指導上の安心安定体制を軸に、感染症などや災害などへの安全管理のための委員会を組織している。担当と責任を明らかにするとともに、マニュアルを整備し、検討し、応用し実践している。
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	安全管理の方法は事故報告やヒヤリハットなどの事例を評価・学習してリスクマネジメントマニュアルを作成し、対応方法・責任・緊急通報体制などを明らかにして、組織体制を整えている。

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。	a	過疎化しつつある「やまと地域」の、慣習の軸となる学校の運動会・祭り・盆踊りなどを、地域住民と利用者・家族・職員が連携して運営・参画し支えあっている。ふれあい健康作りスポーツ大会に参加し、町内の老人ホームや老人クラブなどの人々とかかわりを持っている。町の要請を受け、無償で独居老人宅の除雪を行うなど地域ぐるみの交流を続けている。

Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域との連携ある活動は、地域ぐるみの役割分担の下に施設設備の開放、職員の役割、資材などの提供など、必要に応じた支援関係を整えている。豊浦町活動支援センター（受託運営）事業として各種教室を開催し、在宅三障害者の活動支援に取り組んでいる。地域へ向け事業所広報誌を配布している。
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	地域福祉重視を理念とすることから、地域の実情を踏まえ、地域のニーズに応じて、地域住民とともに自ら主体的役割を担うことが少なくない。今後、ほかの奉仕者との体制づくりについて検討が望まれる。
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	地元自治会、婦人会、老人クラブや町の行政、社会福祉協議会、国保病院、小・中学校などと連携して情報交換に努めている。今後、職員間での連絡・連携方法や体系的活動の方途やその有効性の協議と検討を期待したい。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	関係機関・社会資源との定期的な連携や事例検討などの機会は設けていない。今後の相互の連携ある活用について検討を期待したい。
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	過疎的な地域事情を踏まえて、「やまと地域」の地域協同体制の維持に、地域住民とともに活動の共有（老人クラブの支援など）を図っている。また、授産関係事業では関連市場などのニーズを収集して効果的対応をしている。
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	地域ニーズに基づき、町からの委託事業での地域活動支援センターによる住民生活の多様な支援、グループホーム運営と連携ある支援、さらに、独居老人の支援活動など、幅の広い視点で地域貢献をしている。

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り組みを行っている。	a	豊浦豊和会倫理要綱を基本とし、書面だけではなく職員会議などで周知徹底を図っている。また身体拘束や虐待防止に関する規程を施設内に掲示し、日常的に意識付けする工夫をしている。
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。	a	各種サービス提供マニュアルに繰り返しプライバシー保護を理念として謳っている。さらに、具体的な取り組み面でも、ドアの設置など、利用者側に立ったハード整備にも反映させている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
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	施設独自の取り組みとして、「土曜日の集い」と称した利用者職員が参画する定期的なミーティングを実施している。今後はさらなる「土曜日の集い」での活発な意見交換が行える取り組みを意識している。
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	利用者から聴き取ったニーズを支援者会議などで取りあげて対応している。
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	ホームルームだけではなく、居住棟の利用者向け掲示板に職員のシフト表を掲示し、どの職員が担当するのかが事前に利用者にはわかるように配慮している。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>苦情解決委員会の誰がどのような仕組みで苦情を解決するのか、苦情箱の設置とともに玄関にわかりやすく掲示した文書を掲示している。また、重要事項説明書においても苦情解決の担当者を明示している。苦情箱は監事が管理しており、内容はすぐに理事会で報告され組織として責任ある対応をとっている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>処理の迅速さに関して明確に実績を示す内容は書面では確認できなかったが、職員間、職員から管理職、管理職から理事者へ報告するルートはできあがっている。</p>

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>年度末に全職員で実施する自己評価の職員サービス評価表による取り組みにより、サービス提供に係わる課題を洗い出している。ただ、組織として評価結果を詳細に分析し検討する仕組みづくりには至っていない。今回の第三者評価受審は職員の要望事項の一つであったことから、受審を契機に自己評価をより効果的に実施する機運をつくることを意識している。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>単年度ごとの評価結果から、課題を組織的に明確にし、検討しているかどうかは確認できなかった。今後の取り組みに期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>単年度ごとの評価結果から、課題を組織的に明確にし、検討しているかどうかは確認できなかった。今後の取り組みに期待したい。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>個別のサービス実施については、要領、提供マニュアルを策定し標準的な実施方法を文書化し、職員で共有のうえサービス提供している。しかし、当該施設サービス全体を通した時、詳細で統一的なマニュアルとまでは言えない。サービス提供は、個別支援計画に添って行っている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>サービス部門ごとのマニュアルの見直しは、年度末に1回「生活・作業等会議」において検証している。今後の改善についても常に意識している。</p>
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>記録に関して文面、表現に至る細かな部分までチェックしており、利用者本位のサービスにつなげる不断の努力をしている姿勢が窺える。専門職としての基本的な技量を意識的に組織として高めることに、取り組んでいる。</p>
<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>	<p>a</p>	<p>記録の管理は、豊浦豊和会個人情報に対する基本方針の下、「個人情報管理規定」ならびに「個人情報管理に関する職員マニュアル」に則り、適切に行っている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>定期的な職員会議や支援会議などで、知り得た情報の共有化に努めている。ケアスタッフや看護職員間でサービス提供上の円滑な情報共有につなぐため、パソコンでの情報共有といった基本的な取り組みも行っている。</p>

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	法人全体のホームページを開設し、幅広く一般の方も施設のサービス内容が入手できるよう公開している。施設紹介パンフレットを、市町村を始め関係機関に配布している。
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	契約書や重要事項説明書などにより、利用者や家族に適切な説明を行い、契約書を取り交わしサービスを開始している。また、判断能力に不安のある利用者との契約は成年後見人と交わしている。
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	利用者の高齢化に伴い、同一自治体の他法人の特別養護老人ホームへ移行する利用者もいるが、そうした場合は難なく情報共有ができるように施設間で連携している。他地域及び家庭への移行について、さらなる配慮に期待したい。

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	各利用者の身体状況、生活状況、行動の変化を把握し定められた様式に記録している。また、内容の見直しも支援会議などで随時行っている。
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	サービス提供時に、利用者や家族に課題を明示し、理解を得る取り組みを行っている。
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。	a	個別支援計画は、日常生活を支援するための利用者個々人のニーズや状態を定めた個人目標と連動させている。利用者及び家族の同意を得ている。
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	微細な見直し、緊急を要する見直しは支援会議などで随時行うが、基本的には年度末に大きな見直しを行っている。

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	利用者のコミュニケーション能力を高めるために個別支援計画を策定し、実施している。意思伝達に制限のある自閉傾向の利用者には紙に文字を書いたり、ジェスチャーや現物を提示するなど視覚的構造化を図り伝えている。統合失調症など精神障がい者には、調子の悪い時は見守り支援を行うなど個別性に合わせた支援をしている。担当職員とほかの職員間では、支援会議や生活会議、日々の打ちあわせの中で関わり方を協議している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	やまと郭公の里利用者自治会及び「土曜の集い」などで利用者の主体性を尊重した側面的な支援を行っている。利用者自治会は年1回総会を開催し、年間行事や休日のパークゴルフなどの余暇活動について話しあいを行うが、職員は側面的支援をしている。毎週土曜日に行われる「土曜の集い」の時に利用者から個別に要望を聞いている。利用者が帰省するGW、お盆、お正月時には、作業支援員、生活支援員、看護師により利用者通信を作成している。家族に送付し、利用者情報の共有化を図り、また家族からも通信で意向を把握している。

<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。</p>	<p>a</p>	<p>職員会議・支援会議・生活会議などで、支援体制について協議を行っている。利用者が自力でできる場合は、見守りの姿勢を持つ。しかし、身体機能低下によるふらつきなど安全上問題があり介護の必要があると職員間の検討で判断した場合は、保護者にも連絡をとり、介助を行っている。</p>
<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。</p>	<p>a</p>	<p>施設は、社会自立のための通過施設と位置づけをしている。利用者へのエンパワメントのプログラムとしては生活力を高める日常生活や身辺自立プログラムで居室の清掃、施設の共有スペースの清掃がある。社会適応力を高めるプログラムとして行事の機会に、買い物の仕方や交通手段の利用方法などを学習している。</p>

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
<p>2-(1) 食事</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>給食業務は外部委託である。月1回定期的給食会議で栄養士と外部委託業者の栄養士の間で食事サービスを点検している。治療食・軟採食・制限食は看護師と連携をとり、一人ひとりの身体状況に応じた食事形態（常食・一口大・きざみ食）で対応するなど協議をしている。食事の介助方法はサービス実施計画に明示し、食事介助の必要な利用者には個別に関わっているが、今後食事介助マニュアルを用意し、さらなるサービスの充実を期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>年1回の嗜好調査を実施している。月1回給食会議で検討し、その結果を献立に反映している。選択食や季節にふさわしい行事食を提供している。メニュー表は1週間分を掲示している。給食会議に利用者は参加していないが、今後利用者も参加して、その意見が反映され、一層楽しく食事ができることを期待したい。</p>
<p>A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、利用者の食事介助などをふまえて食事時間などに幅を設けている。しかし、調査当日昼食時は11時30分位から食堂前に並び12時には食事を始め、12時30分には食堂には1人残るのみであった。食事介助や利用者間の盗食などトラブル防止のために座席が決まっていることや食堂の面積が狭いこともあり、今後ゆとり余裕のある食事を楽しむための工夫を期待したい。</p>
<p>2-(2) 入浴</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>支援計画書があり、障がい程度区分が高い利用者及び介助の必要な利用者には2名の支援員で対応し、自立している利用者には見守りを行っている。今後安全面やプライバシー保護を考慮し、具体的な支援方法や注意点を定めたマニュアルの用意を期待したい。</p>
<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p>	<p>a</p>	<p>男女別浴室があり、入浴は週3回実施し、そのほかの日は利用者の希望があればシャワー浴で対応している。</p>
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>浴室・脱衣場は毎日清掃し、カーテンにてプライバシーを保護している。現在は介助入浴のスペースは確保しているが、将来的には高齢化にともない、改善が必要となることも考えられる。</p>
<p>2-(3) 排泄</p>		
<p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>排泄介助の必要性がある利用者は限られていて、支援計画書にて対応している。個別対応マニュアルがある。排泄状況の結果は所定の様式でチェックし記録している。排泄は健康状態のバロメーターでもあり、宿直者は朝会の引継ぎ時に、状況を口頭で申し送りを行っている。</p>

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	毎朝清掃している。最近は、そのほかに朝・昼・夕方3回消毒薬にて対応している。トイレの入り口はカーテンを設置しプライバシーを保護している。
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	日々の服装は、利用者個人の意思で選択している。衣類の購入は買い物支援時に一緒に出かけ購入することもあるが、担当職員が色や好みを聞いて購入する場合もある。
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	汚れや破損に気づいたときは速やかに対応している。個別には支援計画書にて対応しているが、強いこだわりのある利用者は除いている。洗濯物がまだ乾かないままで取り込み着るこだわりのある利用者には、紙に書くなど伝え方に配慮して、理解を得る支援を継続している。
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	利用者個人の意思を尊重するが、選択に迷ったり、判断できない場合は支援員がアドバイスをしている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	利用者からの要望をふまえて地元の理髪店・美容院へ職員が送迎している。町内で2ヶ所の理・美容院と契約をし、本人の希望を聞き利用している。

	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。	c	2段ベット、2人部屋で、夜9時を就寝時間としている。他人へ迷惑をかけなければ9時以降でも好きな時間に就寝できる。居室のテレビは12時まで見ることができる。同室でほかの利用者に配慮が足りない場合は話しあいながら、利用者の納得を得て、部屋替えを行っている。そのほかは支援計画書にて対応している。最近が高齢化で2段ベットは危険性が高く、安全性を考え床に直に布団を敷く利用者も出ている。今後個別的な支援にあわせた夜間就寝中及び不眠者への対応マニュアルの用意を期待したい。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	利用者全員の健康管理票があり、常勤看護師が健康管理・服薬管理・通院調整を行っている。月1回精神科医師が来園し、健康相談を行っている。健康診断は年2回実施、インフルエンザ接種、子宮がん・乳がん・結核・骨粗しょう症検診などを実施している。パソコンに利用者全員の健康管理・投薬管理など記録のデータがあり、その推移を見守りながら個々の健康状態を確認している。データは全職員がパソコンで見ることができる。通院などで何か変化があれば、看護師が支援課に情報を提供するとともに直接保護者に連絡する体制を整備している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	利用者の健康面での急変には緊急時対応マニュアルで対応している。医療機関及び歯科医療機関と契約し協力関係が構築されている。緊急時対応については男子棟、女子棟それぞれにマニュアルや個人ファイルを用意している。ファイルには、年齢・既往症・協力医療機関などを記載し、迅速かつ適切な医療が受けられる体制としている。

<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>朝・昼・夕の投薬は確認様式があり記録している。看護職が薬をセットし、支援員が服薬介助後、確認様式にチェックをしている。臨時薬や緊急時の対応についても支援課にメモを渡し情報を知らせ、確認漏れを防止している。健康管理票に薬の目的・効果・副作用などがファイルされ、担当職員は情報を得ている。職員会議などで医療職と支援員が常に協議し全員で共有している。</p>
<p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>支援計画書にて対応している。外出は希望を聞いて行っている。余暇活動は談話室で映画鑑賞やカラオケを行っている。レクリエーションとして施設敷地内にあるパークゴルフ場でパークゴルフを行い、毎年札幌で開催されるフライングディスク大会に参加している。年間行事として、施設のある大和地域の住民の方々とともに、大和地域の空き缶拾いを兼ねた観桜会、小学校との合同の運動会、夏祭り、盆踊り、神社祭などに参加し交流を楽しんでいる。</p>
<p>2-(9) 外出、外泊</p>		
<p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者個人の要望に応じて実施し、外出・外泊は支援計画により対応している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>あくまで利用者個人の意思を尊重し、家族の意向も尊重して実施している。外泊時には、洞爺駅や豊浦駅まで送迎し家族に引き渡す場合もある。</p>
<p>2-(10) 所持金・預かり金の管理等</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>法人全体で、預り金管理規定に基づき実施している。預かり金に関しては利用者や家族と委任契約を締結している。自己管理ができる人には、買い物や行事で小遣いを渡し、小遣い帳を付け自己管理に向けた学習を支援している。保護者には年4回収支報告をしている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>新聞は事業所側で3種類用意し、雑誌は利用者の本人負担で購入している。テレビは居室に1台設置し、談話室にも1台設置している。チャンネルは利用者の主体性に任せている。談話室でのテレビ視聴は午後9時までとしているが、居室でのテレビは12時まで見ることができる。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>酒・タバコは利用者の意思を尊重している。酒は「土曜の集い」で毎週飲酒を認め、その他行事でも認めている。タバコは喫煙場所を設定し、認めている。タバコは健康上の影響を留意して利用者との話しあいで1日5本までとしている。以前は喫煙者が6名いたが3名が禁煙した。</p>