

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011 年 8 月 2 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)	藤田 裕行	総合	第0089号
	(2)	土井 一敏	福祉	第0090号
	(3)	佐藤 貴子	福祉	第0157号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	ろうあ児施設			
事業所名称	室蘭言泉学園			
設置者名称	社会福祉法人室蘭言泉学園			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人室蘭言泉学園			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010年9月30日	~	2011年8月2日	
利用者調査実施時期	2010年9月30日	~	2010年10月15日	
訪問調査日	2010年10月26日			
評価合議日	2011年6月21日			
評価結果報告日	2011年8月2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：社会福祉法人室蘭言泉学園

代表者氏名： 理事長 板橋 菊二

所在地：〒051-0003 室蘭市母恋南町5丁目5番39号

TEL 0143-23-7984

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

◎法人の目指す方向性の共有と評価

法人事業の運営・管理は、理念→指針→中期計画→単年度アクションプラン→事業評価・報告→事業計画というサイクルで実施されています。中期(3年間)計画・アクションプランの評価は、計画に明示している経営指標により客観的に把握して、次年度のアクションプランなどに反映しています。また、職員会議、支援会議、意見交流会、保護者懇談会など、重層的に設定されている会議は、利用者・職員も参画できる体制として、ガバナンス(組織力の強化)が推進され、組織横断的な企画調整機能を法人が担うことにより、個々の事業所の課題と法人の経営課題との緊密な連動を実現しています。

◎チームとしての人材育成と専門性の向上

緻密な人事分析と労働環境改善への配慮が図られています。また、専門職の育成を標榜し、個々の職員への一貫した研修体系を模索しています。法人と職員双方がキャリアの少ない職員集団であることを認識して、専門性の向上への意欲と、想いの共有がみられます。小舎制の施設や分園においては、生活スキルと対人援助スキルの総合化の課題解決に向けOJTによる人材育成に取り組んでいます。

◎利用者ニーズを受け止める意識の高さ

居室を単位とした施設サービスの実践に取り組んでいます。平成21年度は職員会議12回、ケース会議3回、給食会議14回、支援会議を17回開催しアクションプラン遂行に向け検討協議を重ねています。利用者と職員による意見交流会を毎月開催しており、施設側の目配り気配りと発達に応じた指導に意欲を感じることが出来ます。月の取り組み・週の取り組み・保育日誌などの細やかな記録から、職員のモチベーションと、サービスの質の向上に向けた意識の高さを確認できます。

◇改善を求められる点

◎認識課題改善の具体化

職員の公正な評価によりモラルの向上が図られる「人事考課」の導入・活用や、日常生活支援のリスク回避を図るための「ヒヤリハット事例」などの集約・活用は、法人としての重要な機能です。しかし、日常的な活動として実践しているにも関わらず、施設の中の仕組みとして未整備であることを共有課題として認識しており、明文化・具体化に向けた取り組みに期待します。

◎プライバシー保護規程の整備

プライバシー保護について、諸々の取り組みを確認できますが、肝心の保護規程がありません。規定の整備とあわせて、利用者に分かりやすい、施設での日常生活の場面にあわせたプライバシーの解説書及びマニュアルなどを作成することと、その活用に期待します。

◎利用者個別の意見などの表出

第三者委員及び苦情箱への意見・苦情の表出がないことの報告を受けました。居室単位での意見交流会などで声を受け止めているためとも考えられますが、一対一での利用者の声を受け止めることも重要です。複数の相談方法や相談相手があることわかりやすい説明の工夫に期待します。

◎定期的アセスメントの重要性

利用者の成長を把握するためには定期的なアセスメントが必要であり、それに基づいて支援計画が策定されます。利用者の成長に応じた発達検査と連動させた、定期的なアセスメントの実施を期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、福祉サービス第三者評価を受審したことにより、本法人並びに施設の細部に亘って評価していただいたことに、感謝いたします。改善点としてあげられた点については、全体の課題として受け止め、各職員にも評価内容の周知・徹底をすると共に、中期計画の継続及び新たな取り組みとして計画策定していき、基本理念の具現化に更に努めてまいります。

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 22 年 9 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人室蘭言泉学園		
事業所名 (施設名)	室蘭言泉学園	種別	ろうあ児施設
所在地	〒 051-0003 室蘭市母恋南町5丁目5-39		
電 話	0143-22-3037		
F A X	0143-22-3037		
E-mail	<a href="mailto:gensen@apost.Plala.Or.Jp">gensen@apost.Plala.Or.Jp</a>		
U R L	<a href="http://www5.Plala.Jp/gensen/html/suppot1/act1.html">http://www5.Plala.Jp/gensen/html/suppot1/act1.html</a>		
施設長氏名	菅野 登一郎		
調査対応ご担当者	成田 淳子 (所属、職名： ろうあ児施設支援課長 )		
利用定員	30 名	開設年	昭和 24 年 6 月 1 日
理念・基本方針：*私たちは、人間の尊厳を支える組織として一人ひとりの人格を尊重し、その成長を支援します。 *私たちは常に利用者本位の立場に立って、そのニーズに応えヒューマンサービスの質の向上に最善をつくします。 *私たちは地域社会の担い手として福祉課題を積極的に掘り起こし、それに取り組めます。 *私たちは社会福祉法人として、多機能で選択肢があり継続的なサービスを提供できる経営を目指します。			
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)

短期入所事業 (空床型)

日中一時支援事業 (10名)

【利用者の状況に関する事項】（平成 年 月 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	名	名	名	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
名	名	名	名	名	名
					合 計
					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	1 名	名	名	4 名	6 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	1 名	1 名	1 名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
3 名	名	3 名	20 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	1名	4名	2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	2名	名	名	名	名	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	1名	名	名	名
合計	4名	4名	2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
8名	4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か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	3名	3名	2名	1名	1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
3名	1名	名	2名	1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	1名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	2名		

(平均利用期間： 6年5ヶ月)

【職員の状況に関する事項】 (平成22年9月1日現在記入)

○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	22名	1名	1名	名	4名
非常勤	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	3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	8名	2名	名	1名
非常勤	名	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	名 ( 名)
保育士	3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 <sup>2</sup>
(2) 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
(3) 建築年	昭和		年
(4) 改築年	平成		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)に行っ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 checked="" type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制		
(2) 建物面積	542.85		m <sup>2</sup>
(3) 敷地面積	2,458		m <sup>2</sup> (わかすぎ学園と共用)
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" 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
(5) 建築年	昭和	37	年
(6) 改築年	平成	48	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）

138 人

・ボランティアの業務 主に行事付き添い、園内ワックス塗り、散髪ボランティア等

### 【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 1 人

介護福祉士 0 人

その他 15 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。

- ・各居室毎にお話会を実施し、毎月の居室運営（目標や行事）の振り返りと予定・計画についてを居室利用者と担当者間で話し合う。
- ・月に1度利用者全員と職員参加で意見交流会を実施。
- ・年1度利用者にアンケートを実施（生活全般について・行事について）し、新年度計画立案に反映できるようにする。

### 【その他特記事項】

# 評価細目の第三者評価結果（ろうあ児施設）

## 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	理念は法人経営の拠り所として、法人事業概要2010の冒頭に明文化している。策定にあたっては、職員アンケートなどをベースとして施設長が原案を作成した。その柱のひとつとして「利用者本位」が謳われており、子どもの権利擁護の精神が反映されている。また、施設内掲示、職員に配布しているサポートマニュアルなどへの記載を確認した。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づく10ヶ条を「行動指針」に策定しており、理念と併せて施設内に掲示し、法人事業概要2010・サポートマニュアルにも記載している。内容は具体的に整理しており、アクションプラン22で計画しているとおり、基本理念共有化委員会を中心として職員の共有化を図るための行動規範として機能している。
Ⅰ－１－（２）－① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	法人理念や行動指針の職員周知の基本方針は事業所の課長で構成する企画調整会議で推進してきたが、平成21年度の取り組みでは十分な浸透を図れなかったため、基本理念共有化委員会を設立して職員会議・支援会議での周知強化を図っている。基本理念共有化委員会では、事業のモニタリングを実施し、次年度の事業計画に反映させる役割も担っている。また、初任者研修でも内容説明を実施している。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	入所時、及び年1回開催する保護者懇談会において、詳細な説明を行っている。上記の基本理念共有化委員会による職員への理解促進のための取り組み状況は、直近の保護者懇談会や理事会で報告することとしている。また、児童においては、生活懇談会やお話し会を通じて、随時、生活目標・課題について話しあい、今後は自主的な児童会を立ちあげて、理解を深めていくことを目指している。

### 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。	a	法人事業概要2010に「社会福祉法人室蘭言泉学園中期事業計画【平成22年度～平成25年度】」を確認した。策定期日は、平成21年度第5回理事会開催日の平成22年3月29日であり、理念・行動指針策定時の法人内協議などを反映している。状況にあわせた見直しが必要になった場合は作業委員会を開催し、計画の進捗状況・評価は随時、企画調整会議、理事会、保護者懇談会に報告することとしている。
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	中期事業計画は、当該年度の事業計画・アクションプランと連動して推進している。アクションプランは中期計画と当該年度事業計画を結ぶ具体的な指標としての役割を担い、企画調整会議における月次モニタリングの結果を「現況報告」として数値目標達成率、経営指標などを集約している。
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。	a	前年度アクションプランの評価を基に中期計画の進捗状況を計り、次年度の事業計画・アクションプランの目標設定に反映している。データ集約により、各事業所、各委員会から提出された数値・意見などを企画調整会議で評価し、法人全体の方向性を決定するシステムが確立している。毎月、事業計画担当者がモニタリングを行っている。

<p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。</p>	<p>a</p>	<p>部門横断的な「企画調整会議」、職員会議（前年度12回開催）、支援会議（前年度17回開催）などを通じ、職員への周知は徹底している。利用者との意見交流会において施設の考え方を説明するとともに、保護者懇談会の場で施設長が直接説明している。</p>
-------------------------------------	----------	---

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
<p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>理念・行動指針の策定にあたり、アンケートなどにより職員の意見を集約し、施設長自身が原案を提案するなど、積極的な取り組みが認められる。理念に基づく緊急課題に対応すべく中期事業計画・アクションプランを策定し、組織の機能強化を重点事項として各種会議を主催し、自身の考えを明確に表明している。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>行動指針4としてコンプライアンスの遵守を明示している。ろうあ児施設は道内1ヶ所であるため、最新の情報を得るため道外研修を計画・予算化している。また、アクションプラン21でコンプライアンス対応事業を計画したが未着手だった。組織ルールの確立は会議などで浸透を図っているが、法人内の共有マニュアルや情報システム構築などの課題を残している。</p>
<p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>施設長自らが、理念・行動指針に基づく中期事業計画・アクションプラン策定時に基本的考え方を示すとともに、行動指針9・10において、質の高いサービス提供の義務と専門的な知識や技術の習得によるサービス提供の義務を明示している。またサービス向上対応委員会により相談・苦情・心配事の把握に努めるとともに、職員会議、本人・保護者参加会議、企画調整会議などにより徹底を図っている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>中期事業計画を具体化するアクションプラン22の2項に、本部機能を見直し組織力の強化と組織機構の充実を図る旨を明示している。具体的には、看護職・心理職などの独自の人員配置や、ガバナンス・コンプライアンスの強化に努めている。今後は、企画調整会議の充実を目指し、法人内にガバナンス担当の企画調整室を常設することや、公正な職員評価に基づく給与見直しにも着手することを予定している。</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
<p>Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>室蘭市地域自立支援協議会の部会学習会、児童相談所の連絡会、職親会などの活動を通じて地域の福祉情報を把握するように努めている。道内にろうあ児施設は1ヶ所であることから、専門的な最新情報などを把握するため道外研修に職員を定期的に派遣している。個々の利用者の障害特性に応じたサービス提供とともに就労支援などの一貫した生活支援を各種計画に反映している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>中期事業計画、アクションプランと連動した「経営指標」（職員勤続年数、人件費比率、事業収支比率、経常収支差額比率、純資産比率など）を設定している。法人経営に関する統計データと平成21年度経営指標を集約し、企画調整会議で分析し課題発見に努めている。</p>

II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	顧問税理士が毎月の会計状況、経理処理をチェックしている。指導された事項については、適宜、改善し、行政監査や決算への的確な対応を図っている。
--------------------------	---	---

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	社会福祉施設における労務管理の共通的課題として、非正規職員の増大、職員処遇の低下などを認識している。アクションプラン22において、組織力の強化と職員の資質向上の両面から人事管理の必要性を強調している。その成果として、看護職・心理職・就労支援員を独自に配置している。一方で、現任職員への専門資格取得の積極的支援が仕組みとして確立されておらず、検討課題といえる。
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	客観的基準に基づく人事考課は行っていない。アクションプラン22では、人材育成、能力開発の推進、職員の増員を当面の目標とし、本部機能の強化に向けたステップとして、パート職員の処遇に関する規程整備、公正な処遇の基盤としての評価制度の導入、資格給などを含めた給与規定の見直しを、平成23年度以降の2ヶ年で実現することを計画している。
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	人員体制など、人材に関する基本的考え方は、アクションプランに明記している。有給休暇、時間外勤務の実情は統計データとして把握し、組織内の指標として活用している。定期的な職員面談とともに、「配属先希望制度」により職員の意向を把握する取り組みが確立している。また、育児休業も就業規則に定めている。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターに加入している。厚生省告示第116号などに示されている「従事者の健康の保持増進」として、定期的健康診断のほか、インフルエンザ予防接種料負担がある。また「余暇活動の充実」に向け、リフレッシュ休暇制度を実施している。
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	行動指針10に福祉の専門職としての知識・技術の習得を明記し、アクションプランの研修強化事業を指標としている。各事業所ごとに全職員が年4回の一貫したテーマによる研修を受けることにしているが、初年度から、あえてハードルを高く設定したため、平成21年度は達成率54%であった。また、利用者の視点を理解するため、保護者を講師とするカリキュラムを企画するなど、意欲的な取り組みを確認した。
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	サポートマニュアル2010の運営の重点項目2に、具体的な研修計画の枠組みを示している。「支援方法の学習会」「障がい理解の学習会」「他職員による復命研修」として、全職員が多様なテーマの中から、希望する学習会に参加する。また、日常実践におけるOJTを重視し、管理者がスーパーバイザーの役割を果たしている。しかし、個別の研修計画という形にはなっておらず、更なる目標・課題として検討が望まれる。
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	各事業所の研修状況を法人全体で共有し、法人として把握している研修情報を事業所に提供している。また、各事業所の研修担当者への研修を実施し、各事業所単位の研修推進に係る基盤を強化している。年間の研修受講状況は研修強化事業の評価とあわせて年度末の反省会に諮り、2月の企画調整会議に新たな具体案を提出し、新年度事業計画などに反映している。上記と同様、個別研修計画が課題である。

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	「2010実習の案内」に、実習の目的、実習生に求める基本的姿勢、実習内容、留意点、実習で提供可能な資料一覧、講義一覧などを、詳細に記載している。また、実習中の事故などへの責任の所在については、実習受け入れに伴う文書中に明記していることを確認した。従来は、法人の実習委員会で対応してきたが、実習生受け入れに関する共通認識を確立したことで、各事業所に実習担当者を配置して対応することが可能となっている。
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。	a	実習内容は、「日課に伴う援助計画」に記載している実習生の役割に従って進めている。種類別の実習計画は、実習生が提出する実習計画をベースに事業所ごとに配置している実習担当者が策定するため、施設特性にあわせた対応が可能となっている。

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	防災訓練支援計画を策定し、年12回（毎月）防災訓練を実施している。また、防火・防災管理委員会、感染委員会を設置し、防火・防災管理委員会計画、保健衛生支援計画として利用者を含めた対応を整理している。マニュアルとしては、衛生管理マニュアル、土砂災害警戒指定地域に伴う防災マニュアル、事故発生時における報告取り扱い要領を策定している。
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。	b	施設設備・備品などの管理担当者を詳細に設定し、日常的な安全確保対策を図っている。個別事例についても、原因分析・防止策などを職員が共有しているが、より具体的な防止策の根拠資料などを整備して、いわゆるヒヤリハット事例集という形で集約することに期待したい。

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	理念に地域福祉の担い手としての役割を明記している。事業所としての重点項目にも、地域活動の場の拡大とボランティアの開拓を通じた利用者の生活支援を挙げ、地域・ボランティア計画として活動を具体化している。町会運動会、母恋神社祭、市民マラソンなどの地域行事に積極的に参加し、個別の買い物などへの支援も社会参加の一環として計画的に実施している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	全道唯一のろうあ児施設であるため、活動エリアは室蘭市に限定されない。法人としては、障がい者相談事業を実施するとともに、ろうあ児への一貫した生活支援の方針の下で「職親会」の事務局を担い、障がい者の就労支援にも積極的な役割を果たしている。
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。	a	ボランティア受入委員会を設置し、地域・ボランティア計画により、法人としてのボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。受け入れにあたっては、障がい理解を含めた留意点に関する研修を実施し、定期的ボランティアの育成にも積極的に取り組んでいる。平成21年度は62名（内18名は金品など支援）の実績がある。

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	施設運営・活動に必要な社会資源の連絡リストは、関係機関住所録という形で把握している。この内容については職員に周知し、文書綴や職員個々の資料として保管している。また、臨機応変な対応が必要な場合に瞬時に職員が閲覧できるように、職員室電話台の中で管理している。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	室蘭市自立支援協議会、室蘭児童相談所など、公的機関との連携は密に取れている。教育機関関係では、地域の小学校との懇談会（年1回）のほか、ろうあ児に関する相談・助言は頻繁に行っている。障がい者への就労支援を積極的に取り組む中で、職親会の事務局を担っている。
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	室蘭市自立支援協議会、室蘭児童相談所、室蘭市社会福祉協議会、ろうあ児に関する相談・助言、障がい者への就労支援活動への取り組みなどを通して室蘭市周辺地域ニーズを把握している。その中で、法人としての専門性を発揮することにより、地域の障がい者の生活支援に資するニーズを創出することが期待された事例がある。
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	法人としての専門性を発揮することにより、地域の障がい者の生活支援に資するニーズを創出することが期待された事例としては、周辺地域の複数自治体からの委託事業ではあるが日中活動一時支援事業の開始を積極的に働きかけてきたことがある。現在は、法人として障がい者相談支援室を開設し充実を図っており、またボランティアとの協働によるレスパイトサービスを新たに実施している。

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	法人の基本理念・行動指針として、利用者本位・個人の尊厳と権利を大切にする姿勢が明示されている。また、施設内研修では、具体的な事例を取りあげながら人権配慮に向け、職員間の共通理解を図っている。
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。	c	行動指針にプライバシーの保護について明記している。居室への入室の同意確認（お知らせランプ設置）、鍵をつけることの許可、入浴などのルール化、同性介助、また相部屋における間仕切りの設置などを実施している。施設環境の上では配慮をしているが、プライバシーにおける体系的な整理、マニュアル化までに至っていない。職員研修についても十分とはいえない。
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	行動指針に「意見を表明する権利の尊重」「質の高いサービス提供の義務」「自己決定権の尊重」などを明示している。月に1回利用者と担当職員で意見交換をする意見交流会を実施している。その中で、行事の進め方や生活面での要望などの把握に努めている。また、保護者との面談の機会を利用して施設の満足度合の把握に努めている。
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	子ども達の生活の質の向上を目的として、法人本部にサービス向上対応委員会を設置している。保護者の意向・要望などがあれば、計画策定時に利用者の意向を確認したうえで、反映するよう取り組んでいる。行事、生活面の課題などについても、意見交流会で出された利用者の声を尊重し迅速に対応している。

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。	b	苦情解決窓口・受付方法・受付担当者などについて文書により周知しており、また、北海道福祉サービス運営適正化委員会について紹介している。入居スペースの廊下に苦情箱を設置し、担当職員以外にも相談することのできる環境を整備している。各入居室ごとに行われるお話し会の中でも、声掛けをするなど相談しやすい雰囲気づくりを心掛けている。しかし、個別の苦情や意見などが寄せられた実績がない。
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	居室毎など利用者との日常的な対話の中で、意見を汲み取っていくことが一番とされている。一方、苦情箱の設置や苦情対応規程による第三者の苦情解決審査委員を設置し、施設としての体制はあるが、個別の意見や苦情は表出していない。
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	意見交流会などで出された利用者からの意見に対しては、解決処理手順に沿い、状況に応じて迅速に対応している。利用者から寄せられた意見・要望によって、食事の席や当番の変更、共有スペースの利用の仕方などを利用者全体で話しあい、見直し・改善しており、その点からも日常生活において対応していることが窺える。

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	企画調整会議、職員会議、年度末の支援会議などにおいてサービス提供内容について評価し、課題を把握して改善にあたるとともに、職員間で共有できるように取り組んでいる。本年度福祉サービス第三者評価を受審したが、定期的な自己評価は実施していない。定められた評価基準に基づく定期的な自己評価の取り組みに期待したい。
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。	b	企画調整会議、職員会議、年度末の支援会議などにおいて協議し、評価に至る分析から課題の把握に努めている。職種間で共有化するための意見交換が活発に行われているが、定められた評価基準に基づいた自己評価は行われていない。
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	支援会議などで出された予算配分、職員配置などを伴う単年度で解決できないものに関しては、中期事業計画の中で対応している。単年度計画のサービス向上に活かせる改善策・改善計画を職員参画により策定している。
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	サービスの実施方法を支援手引書に「手引き」として明示している。しかし場面毎のサービス提供マニュアルとまでは言えない。乳児院などを参考にした居室構成などの工夫が見られる。評価に取り組む担当部署、担当職員を決めて、サービス向上対応委員会を設けている。分析、検討の機会として会議なども設定・開催している。
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	支援手引書など、次年度計画作成時に職員間で検証・見直しし、必要に応じて各種会議などで改善している。今後は標準的な実施方法を文書化するとともに定期的見直しに取り組むことに期待したい。
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	年間指導計画・週案・月案・保育日誌など、統一した様式で一人ひとり記録を整備しており、記録の内容は、職員間で共有する体制ができている。利用者のサインを見逃さないための評価項目を準備している。記録内容として、主観的にならないように、配慮している。

<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>日常、利用者と接している保育士の記録方法を統一し、エクセル管理のデータを活用している。個人情報保護及び開示については、法人として「個人情報保護規程」を策定し管理している。Q&amp;A及び職員から誓約書を提出させて守秘義務遵守を徹底している。文書の保管・保存・廃棄などの取扱いについては、法人管理規程に明記している。</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>b</p>	<p>各個人の状況は引継ぎ簿を活用し、毎朝の引継ぎ時に口頭でも報告している。データ、記録は職員の共有ができていますが、大量のものを一定期間、集約して、一人ひとりの課題や傾向を把握していくための作業量が膨大となっている。データ、記録の客観的な検索方法やスケールなどがほしいとの施設長の意見も納得ができ、今後の課題である。</p>

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>要覧、ホームページ、いくつかの実践、サポートマニュアルなどを提示し、閲覧に供している。法人内にホームページ委員会を立ちあげ、事業所輪番で毎月更新している。施設見学にも対応している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>施設入所時に契約書及び重要事項説明書により説明している。保護者への説明の徹底により、理解のうえ同意を得ている。また、施設内だけでなく施設外の行事などへの参加まで、きめ細かく利用者の意向を聞くことを徹底している。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>仲間意識を育てるように心がけ、退園後も生涯支援と考え情報収集に努めるとともに、退園者とはメールにより連携をとっている。施設を卒園後の就労の場として作業所を設けており、進路についても施設として確保している。</p>

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>児童相談所などが行ったアセスメントに基づいており、施設自体では、それに基づいて支援計画を策定している。今後、子どもの成長に応じて、発達検査と連動させた定期的なアセスメントの実施が望まれる。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>定期的アセスメントの実施は無いが、個別の支援計画策定において障害の程度・状況にあわせて、学校や児童相談所との連携を図りつつニーズ、課題の明示に取り組んでいる。補聴器、車椅子など家庭と同じような環境を整備するように配慮している。</p>
<p>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。</p>		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>b</p>	<p>一年間を通じて居室担当者が保護者や利用者の意見などを聞いて、責任者として次年度のサービス実施計画を策定している。一人ひとりのサービス水準の確立やサービス提供の確認などに向け、標準化委員会の設置を検討中である。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>年に1度の発達検査を勧告し、一人ひとりの状況にあわせて、サービス実施計画を見直している。また、緊急時にも見直し対応する仕組みがある。見直した内容は職員間で共有できる仕組みを整備している。</p>