

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008 年 10 月 1 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)	藤島 進	組織	a-0014 a-060096
	(2)	谷川 礼子	福祉	b-084 C-0602151
	(3)	川本 裕子	福祉	b-060203
	(4)			
	(5)			
サービス種別	知的障害者グループホーム事業			
事業所名称	グループホーム クローバー			
運営法人名称	社会福祉法人 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 9 月 19 日	
利用者調査実施時期	2008 年 4 月 23 日	～	2008 年 4 月 23 日	
訪問調査日	2008 年 7 月 16 日			
評価合議日	2008 年 9 月 3 日			
評価結果報告日	2008 年 10 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="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： グループホーム よつばクローバー	種別： 知的障害者グループホーム
代表者氏名： 岩田 利康	定員(利用人数)： 12 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制度に先駆けたグループホームと、ケアホームの取り組み

平成17年に成立した障害者自立支援法により、施設を取り巻く環境が大きく変化する中、利用者の地域生活を促す同法に先駆けて、平成12年から積極的にホーム設置を推し進めています。本体施設は住宅街の中心にあり、ホームは近隣の中古住宅を取得、改造して利用された地域密着型です。8箇所あるホームは、共同生活介護事業に位置付けられたケアホームだけではなく、公的補助に依存しない認可外のグループホームを5箇所設置して、利用者のニーズに応じています。特に、利用者の高齢化と障がいの重度化に対する24時間対応の介護ホームを設置して、利用者が安心して地域生活をおくるための課題に取り組んでいます。

②安全確保のための体制整備

各ホームに本体施設直結の緊急通報装置を設置しています。天井には簡易のスプリンクラーや玄関ドアの防犯システムを整備し、夜間巡回職員を配置するなど、防火やセキュリティ対策に取り組んでいます。夜間及び休日における非常時災害時の緊急連絡体制や、利用者の外出時には担当職員の連絡先を携帯するなどの緊急支援体制を整備しています。利用者の持病やリスクに対する留意点は、職員によく周知され、服薬や外用薬も管理されています。また、介護ホームでは、看護職員による救命救急訓練を定期的の実施し、感染症のマニュアルを整備するなど、利用者に対する安全確保のための体制を整備しています。

③ケアマネジメントの確立

アセスメントの重要性を念頭に、利用者の日常支援にあたる担当職員が、心身の状況や生活習慣、対人関係など、専用シートを用いて詳細なアセスメントをおこない、利用者の主訴や要望などからニーズを把握しています。個別支援計画は、担当職員がアセスメントを基に作成し、関係職員間で検討会議を開いた上で策定しています。利用者の状況を41項目に分類して分析や検討を加え、サービスの実施場面ごとに援助レベルを6段階で表示しています。個別支援計画が、実際の暮らしの中でどう活かされているかモニタリングをし、検討会議で利用者の実情に応じた計画の評価・見直しを常に行っています。このように、利用者の自立支援にむけたケアマネジメントのプロセスが確立しています。

④地域にとけ込んだ生活の実現

ホームは住宅街にあり、利用者自身が地域住民の1人であることの自覚を育て、近隣住民との日々の挨拶を徹底しながら、地域清掃活動への参加や草取り、冬場の除雪など地域活動に積極的に取り組んでいます。利用者の家事を担う世話人は、地域住民から積極的に雇用し、利用者の地域生活に対する理解を、周囲に促しています。日中活動や余暇活動にも、地域住民が有償ボランティアとして参加しています。利用者が自分のペースに合わせて生活をし、「食べたい物が食べられる」実感味わいながら、健康管理も行えるように、世話人が栄養士との連携のもと、各ホーム独自の献立を立てています。利用者個々のニーズに柔軟に対応することで、自立に向けた支援を充実させ、家庭に近い状態で地域生活が送れるように取り組んでいます。

◇改善を求められる点

① 求められる中長期計画の策定

将来の展望は、理事会・評議会で話し合われ、ホームに関する課題や構想も議題に上がっています。しかし、中長期計画としては、具体的に明文化されていません。新体系への移行期間は平成24年までであり、方向性や目標を中長期計画として明確にする好機ともいえます。ホーム設置は、平成12年から制度に先駆けて積極的に取り組んできた実績があり、利用者のニーズに応えていく姿勢や、その中での課題も明確になっていることから、今後は職員を含めた幅広い検討の場をつくり、中長期計画を明文化していくことに期待します。

② プライバシー保護に関する規定の整備

利用者のプライバシー保護は、基本方針にも明記され、その重要性は十分に認識されています。職員には、各ミーティングなどでプライバシー保護に関する意識を確認し、具体的な支援の場面で配慮に欠ける場合には、その都度、注意を呼びかけています。ホームは個人生活の場であり、プライバシー保護は利用者尊重の基本であることから、日々の生活を支援する際に、どのような点にプライバシー保護が必要なのか、無意識におこなっている事はないか等、具体的な取り組みのひとつひとつが重要になります。利用者は1人の独立した個人であり、支援は自立を促すものである事に留意し、改めてプライバシーの保護について職員間で話し合いを持ち、意識や注意点を確認・共有する過程から、プライバシー保護の規定が整備され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

今回、外部から客観的な評価を受けるという経験は、緊張もありましたが、どんなアドバイスが頂けるのか大変楽しみな気持ちでもありました。

実際に第三者評価調査員の方々とお話をさせていただいて、一番はとした事は、【世話人】という立場への意識の違いでした。

私たち支援員は、専門的な知識を身に付けてこの仕事に携わっている者が多く、研修など勉強のチャンスも多くあります。又、知的に障がいを持つ利用者の方への対応にも当然慣れており、経験も豊富です。しかし、世話人の多くは、地域で普通に暮らして来た人であり、障がいを持つ利用者の方と接するという経験はほとんど初めてという状態です。私は、その大きな違いを、始めから「仕方がないもの」と決め付けていたところがありました。

第三者評価調査員の方から、『世話人も同じ職員である』『職員としてレベルアップが必要』等の言葉をいただき、衝撃を受けました。支援員と世話人は、確かに役割の違いはあります。しかし、「障がいがあっても生きがいをもち、地域の一員として暮らして行くための支援をしていく」という目的は同じです。利用者の笑顔に喜びや、やりがいを感じている事も同じでしょう。第三者評価調査員の方々の一言で、何か大きな壁のようなものが取り払われた気持ちになりました。

今回のアドバイスがなければ、以前のようなスタンスで世話人との関わりを持ち続けていたと思います。今後は内部研修や、ミーティングを通して、専門的な知識を身に付けて頂く事や、特に利用者の方の尊厳の重視・プライバシー保護の重要性を十分理解してもらえるように共に学んで行きたいと思っています。

又、今まで行ってきたその他の支援について、高く評価して頂いた事に関して、私たちに自信を与えて頂いたと共に、これからの大きな励みに繋りました。

長時間に渡り、きめ細かく、又、暖かい言葉を頂き、心から感謝いたします。ありがとうございました。

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 4 月 24 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)	よつばクローバー	種別	知的障害者グループホーム事業
所在地	〒 047-0156 小樽市桜2丁目15番26号		
電話	0134-51-5670		
FAX	0134-51-5670		
E-mail	yotsuba@oregano.ocn.ne.jp		
URL			
管理者	小山内良之		
調査対応ご担当者	西川 恵	(所属、職名：小樽四ツ葉寮 総務)	
利用定員	12	名	開設年
			平成13年10月1
<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。 利用者個人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>			
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 (定員5名) 通所事業 (定員37名) 入所事業 (80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
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
2名	5名	2名	2名	1名	6名
					合計
					11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。）

最重度・重度	中度	軽度
6名	5名	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	名	名	名	名	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
4名	7名	名	名	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	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 6年)

【職員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)

○職員配置の状況

	総数	管理者	サービス管理責任者	生活支援員	世話人
常勤	3名	1名	1名	名	1名
非常勤	3名	名	名	3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	名	名	名	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	1名 (名)
介護福祉士	1名 (名)
保育士	名 (名)
精神保健福祉士	1名 (名)
介護支援専門員	1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（よつばクローバー）

(1) 建物面積	119.24㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	□ 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	□ 1. はい <input checked="" 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	□ 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	㎡	
(3) 敷地面積	㎡	
(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

【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（クローバー1）

(1) 建物面積	119.06	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	□ 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
		□ 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	5年
(4) 改築年	平成	年

○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）に行つ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

【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（クローバー2）

(1) 建物面積	116.64㎡		
(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 type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	61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 19 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 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 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。

- ①一ヶ月毎にケアホーム利用者ミーティングを開催している。利用者の一人が司会進行をつとめ、職員一名が書記として参加している。その会議の中では利用者の意見・要望・苦情などを自由に発言して頂いている。その後、話し合いの記録は職員に回覧し、必要に応じて個別に対応している。苦情があった場合は、苦情受付委員が理事長に報告し、解決策に向けた打ち合わせ会議を行っている。

②一ヶ月毎に各ケアホームの担当職員がホーム等を訪問し、利用者との話し合いの場を設け、要望・意見等を聞き取りしている。

③一ヶ月毎に、各ホームの世話人・バックアップ職員・サービス管理責任者の三者でのミーティングを開催している。世話人からホームでの利用者の様子を聞いたり、利用者から世話人を通して意見や要望が出ている場合にはその対応策を話し合っている。

④夜間においては毎日、ホーム巡回職員が配置されており、利用者とのコミュニケーションや買い物支援・入浴支援等、心身両面での支援も行っている。そのときに要望や意見などが出れば報告がなされている。

⑤意見箱を設置している。

【その他特記事項】

様々な職員が接する中で、毎日の状態観察の中から、少しの変化があれば報告がなされている。世話人との連絡も密に行い、情報交換を通して、共通理解や信頼関係を深める取り組みを行っている。

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	法人の要綱にクローバーを象徴する学園の基本理念が明示されている。内容的にも人権擁護、自立と社会参加、経営基盤の強化などにより良質なサービス提供を行う方向性を明確にしている。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づき、その内容を具体化して基本方針としている。また基本方針に基づいた目標を年間事業計画へ記載し、重点事項として、職員室、廊下など各所に掲示している。重要事項説明書では、基本方針との整合性を基に運営方針が示されている。
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、基本方針は法人要覧に記載され、8箇所ある各ホーム毎に、ミーティングや会議を通じて説明の機会を設けている。また基本方針に基づいた目標を年間重点事項として、職員室、廊下など各所に掲示している。今後、日常生活を担う世話人と、担当職員との連携を一層強化させる事で、職員全体の理解が深まるような、取り組みの充実が望まれる。
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	利用者の会や各ホーム担当と利用者間の話し合いの場で、理解を促している。文書では理解が得られない場合が多いため、具体的な支援を通して理解を促すなど工夫をしている。ホーム契約時には、重要事項説明書、契約書等にふりがなを付して判りやすく説明、周知するように配慮している。主に家族には「四ツ葉だより」で周知を図っているが、10月にはホームページをリニューアルする準備を進めているため、家族に対する情報発信の今後に期待したい。

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	理事会・評議委員会で話し合い、より多くの利用者に地域生活のチャンスを確保するため、様々な構想があることを面談で確認したが、中長期計画として文書化されていない。今後は早急に策定する事が望ましい。
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	中・長期が策定されていないため事業計画は単年度の計画に止まっている。中・長期計画に基づく事業計画策定を期待したい。
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	事業計画策定にあたり、職員からの要望や改善点を吸い上げ、理事会、評議委員会の決定を経て進められている。しかし各計画の策定に職員が主体的に参加しているとまでは言えず、今後は組織的に意見の集約・反映を行い、計画の評価・見直しを行うことが望ましい。
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	計画の決定がなされた時点で、職員会議等で報告・打ち合わせを行っている。利用者や家族に対しては「四ツ葉だより」で報告する他に、状況に応じて利用者に担当職員が説明を行っている。しかし、周知状況の確認という点で十分とは言えない。10月にリニューアルするホームページと合わせて今後の取り組みに期待したい。

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	8箇所ある各ホーム毎に、月に一度行われるホームミーティングに参加し、状況の把握に努めている。ホーム内での問題や変化には、担当職員がその都度報告・相談をする体制をとり、管理者の役割を明確にしている。特にホームでは管理責任者、担当職員、世話人がそれぞれの立場で利用者へ支援を行っているため、職員間の連携の強化と共に、自らのスーパーバイザーとしての役割を認識し、管理者としての責任を明らかにしている。	
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	管理者として遵守すべき法令を理解して、関連する研修会に積極的に参加し、職員に対しては会議等で周知している。今後は、職員に対して情報の共有を徹底するためにも、関係法令のリスト化など体系的な整備をし、内部研修の実施など継続的な取り組みを行っていく事が望まれる。	
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	各ホームミーティングや打ち合わせに参加し、積極的に現場の把握に努めている。職員の考え方の方向性に疑問がある場合には、その場で確認・修正を図っている。利用者に対する対応を確認するためにも、職員間の話し合いを密にし、情報の共有を行う事で、サービスの向上に結びつけている。特に世話人には、食事提供をはじめとした利用者の日常生活を担う重要性に対する理解・認識を促している。	
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。	a	ホームそれぞれの独自性は活かしつつ、サービスの質の担保と向上を図るため、各ホームのミーティングや打ち合わせを積極的に活用し、意識の改善と課題に対する対応策を検討している。連絡帳を活用するなどして、利用者の状態やホームの様子を常に把握出来る体制をとり、業務改善に努めている。本体施設では、社会保険労務士や税理士法人による労務管理や経営管理の指導・助言を定期的を受けている。	

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	税理士法人による外部監査を受けることにより、法人施設全体で経営全般に係る総合的な助言、指導を専門家より得ており、経営環境を取り巻く状況変化の把握やそれに基づく検討がなされている。	
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	前項に記載した専門家による助言、指導の基に検討を行い、改善点の発見と是正に努めている。今後、事業計画や中長期計画の策定などに積極的に活かしていく事が期待される。	
II-1- (1) -③ 外部監査が実施されている。	a	毎月1回、定期的に外部監査を受け、経営分析・指導の基に、管理・運営を行っている。平成20年度外部監査報告書を確認した。	

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	8カ所ある各ホーム毎に世話人を配置し、それぞれに担当職員がフォロー体制を敷き、夜間巡回職員が就寝前に各ホームの見回りをしている。介護ホームは24時間体制で交代勤務となっている。管理責任者が、各ホームの連絡調整や世話人と担当職員との連携強化を図っている。ホーム生活の場に直接関わる世話人は、地域住民から積極的に雇用し、近隣地域とのパイプ役として、施設への理解を深める役割を担っている。	
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。	b	人事考課については、職員アンケートの実施や理事長が職員に対し個別の面談を行う等、意欲的である。本年度から、新たな人事考課導入に向けて社会保険労務士に相談しながら立案中との事である。考課基準は、客観性や透明性の確保が重要であるため、考課基準を職員に明確に示し、その結果をフィールドバックするなどの方策をたて、職員の意欲向上と組織活性化に役立てる事に期待したい。	
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	職員の就業状況や有給休暇の取得状況が勤務表に一覧され、勤務実態を把握する事で、就業状況の改善に向けた取り組みがなされている。職員の意向を把握するための仕組みが整備されている。	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターに加入しており、共済事業の書類については職員間で回覧して周知の徹底を図っている。また、職場内で親和会を作り活動している。職員旅行などは、設置されている担当委員会で、職員の希望を反映して企画されている。	
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。	a	年間職員研修計画書が作成され、それを基に各担当の職員が研修を受けている。事業計画で示された支援サービスの目標には、職員に対する基本的な考えが明示され、研修の重点課題となっている。また、社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員などの資格取得を奨励している。	
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	策定された研修計画に基づき、研修が実施されている。職員の技術・知識・専門資格の必要性が把握され、専門的な研修には積極的に参加して、業務に生かしている。外部研修に参加後は、知識、情報を全体で共有するため内部研修等を実施している。今後は、職員個々のレベルアップのために、ホームにおける内部研修の在り方を再検討することで、サービスの一層の向上に向けた取り組みに期待したい。	
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	研修終了後、報告書が提出され、それを基に内部研修を実施したり、会議等の場で全体に周知している。報告者役りは、常時間見できる。しかし、研修成果の評価が定期的に行われているとは言えず、研修に対する評価・見直しといった一連の仕組みを定期的に作ることで、内部研修を含めた研修体制のさらなる充実が望まれる。	
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。	—	ホームは個人の居住の場であるため、見学・実習は受け入れていない。但し、本体施設は実習生を積極的に受け入れており、実習生に対し担当職員がオリエンテーションを行う等、マニュアルに基づいた受け入れ体制が整備されている。	
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。	—	ホームの場での実習生受け入れをしていないため、担当職員が口頭でホームの説明を行っている。ホーム入居者は、本体施設の日中活動に参加するため、実習生はそこで利用者と触れ合えるように配慮している。本体施設では、実習責任者をおき、施設業務全体を体験できるプログラムを用意し、さらに自閉症対応の独自プログラムを設定するなど、実習生育成に対して積極的に取り組んでいる。	

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	夜間及び休日における非常災害時の緊急連絡体制や、外出時には職員の連絡先を携帯するなど緊急支援体制を整備している。各ホームに、本体施設直結の緊急通報装置を設置し、簡易のスプリンクラーや玄関ドアの防犯システム、さらに夜間巡回職員を配置するなど、夜間対応や防火・セキュリティ対策に取り組んでいる。また、感染症マニュアルの整備や、介護ホームで救命救急訓練を実施し、安全確保の強化に努めている。
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	利用者の安全確保の為に、個別支援計画に一人ひとりの持病等のリスクや留意点を明示し、職員に周知させ、状態の変化や状況に応じた対応をしている。介護ホームでは、看護師が他の職員に対し救命救急の研修を行っている。安全委員会を設置し、事故報告書による事例検討を行い、夏場における作業場への移動や日常の注意事項を、ホームミーティングで点検をしている。利用者一人一人の状況に合わせて日常生活が安全に過ごせるよう対策を講じ、再発を防止している。

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	ホームは住宅街にあり、事業計画には地域との連携の充実を掲げ、地域との関りの必要性を重視している。地域清掃活動や冬季の公道除雪など、地域の一員としての役割を積極的に担っている。また、地域との結びつきを深めるため、四ツ葉夏祭りや施設の運動会行事に近隣住民を招待している。恒例となった花の苗販売や野菜即売会は、近隣住民との交流の場となり、利用者が直接販売に関わるなど理解が深まる契機ともなっている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	地域自立支援協議会など関係機関で、共同生活介護事業の発表や研修の講師依頼に応じ、事業所が持つ専門的な技術や情報の提供を行っている。また相談支援事業でも問い合わせに応じている。今後は、町内会回覧板などを利用し地域に対して積極的に情報発信をする事で、事業所に対する理解と関心を促し、施設備品貸し出しにとどまらない、事業所の持つ専門的な機能やノウハウを地域に活かす取り組みに期待したい。
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。	-	ホームは個人の居住の場であるため、ボランティアは受け入れていない。但し、本体施設では利用者の生活、ならびに施設と地域の交流の充実を図ることを目的とした、ボランティアの受け入れマニュアルを整備している。ボランティアに対する事前説明会を設けて、業務範囲や必要とされる知識などの研修を行なう体制を確立し、近隣の中学校や専門学校生だけではなく、特技を活かした有償ボランティアによる余暇活動など、積極的にボランティアを受け入れている。

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・教育・医療の各機関や、他施設事業所など、利用者個々の状況に合わせた社会資源を確保し、ホーム担当職員がそれぞれのリストを作成して、即時対応が出来るように整備している。職員は、関係機関などについて職員会議やミーティングの中で確認し、利用可能な施設などの情報収集や、実際の利用状況を確認しながら、情報の共有を図っている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	平成18年10月に設立された、小樽市相談支援専門員協議会のメンバーとなり、事業所の実情や、利用者に対する支援方法のあり方など、課題解決を協議し問題の共有化を図っている。相談支援事業では定例会議を開催し、各連絡協議会へ参加するなど、他機関とのネットワークづくりや協力関係を構築するため、積極的に連携をとっている。
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	ホームは住宅街に存在する地域密着型であり、世話人が地域住民であることから、地域に根ざした意見の聴取や情報の収集を行なえる環境にある。相談支援事業の定例会議では、各関係機関との情報交換を活発に行い、地域福祉ニーズの把握や、施設として地域社会における役割を認識し、ホームの質の向上に努めている。意見箱も設置している。
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	本体施設では、共同生活介護事業の他、短期入所・日中一時支援事業・相談支援事業を実施している。さらに福祉ニーズに基づき認可外グループホームや24時間対応の介護ホームを設置し、事業所の機能や専門的ノウハウを活かした地域生活支援を行っている。ホームへの入居の際は体験入居を実施し、希望者が安心して納得した上で、ホームの利用を開始できるように配慮している。また、入居利用者の高齢化を重要課題とし、それに伴う支援体制強化を掲げている。

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	基本方針に基づくホームの運営方針には、能力に応じた自立生活を支援して、食事提供や日常生活の中で利用者が心身機能の維持を図り、意思が尊重されるように配慮する事を明示している。毎月、各ホームの世話人・担当職員・管理責任者でミーティングを行い、理念や基本方針に対する共通理解を深め、利用者本位の支援のあり方を、日々のサービス実施の中でどう具体化させるかに取り組んでいる。
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	基本方針には、利用者のプライバシー保護を明記している。ホームは基本的に個室であり、利用者が自分のペースで時間を過ごし自由にくつろげるように整備されている。職員は各ホームミーティングなどでプライバシー保護に関する意識を確認し、サービス提供場面で日々取り組んでいる姿勢は窺える。利用者のプライバシー保護は利用者尊重の基本であるので、プライバシー保護規定の整備に取り組むことで、サービスが一層充実することに期待したい。
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	月に1度利用者が司会を務める、ホーム利用者ミーティングを開催し、定期的に要望や意見を出し合っている。さらに、担当職員が利用者の意思疎通の状況などに応じて、個別に意見や希望を聴く仕組みを整備している。また家族からホームに電話連絡があった際や訪問を受けた際には、家族からも積極的に意見を聴取・参考にすることで、利用者の理解に繋げ満足度を高めるように心がけている。家族懇談会を定期開催している。
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	ホーム利用者ミーティングでは、利用者間で日頃の要望や意見を出し合い、意思疎通が困難な状況の利用者に対しては、職員が個別に要望を聞き取るなどの配慮をすることで、満足度の確認をしている。家族の意見も参考にしている。把握した結果に基づいて職員間の話し合いを行い、情報を共有して対応を協議し、具体的な改善を行っている。他ホームへの転居希望が実現した事例もある。

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	利用者と担当職員のミーティングは、利用者が住み慣れているホームの場を利用して話しやすい雰囲気を作り、行事や日々の生活について気軽に意見を出しやすい環境を整えている。また、担当職員・夜間巡回職員などがそれぞれの立場で随時相談や意見に対応している。ホーム連絡ノートや打合せ等で、職員全員が情報を共有する体制を確保している。意見箱が設置されている。
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	苦情受付担当者・苦情受付責任者による相談窓口を配置し、苦情解決第三者委員が設置されている。重要事項説明書では、上記に加え、行政機関やその他の苦情受付機関をわかりやすく明示して、契約時に利用者や家族に説明している。苦情対応規定を整備し苦情解決の流れと、一連の公表システムを整えている。
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。	b	日常生活の会話の中で、利用者一人ひとりから出された希望や意向は連絡帳を活用し、ホーム利用者ミーティング等であげられた意見は、議事録をもとに職員に周知されている。苦情は苦情受付責任者に速やかに報告している。意見・要望に対しては、情報を基に関係職員で対応策の検討を進め、迅速に解決していく仕組みが機能している。今後は実施している対応方法をマニュアル化することで、手順を明示し、利用者への経緯と結果をフィールドバックしていくことに期待したい。

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。	a	月に1度、ホーム毎に行われる世話人・担当職員・管理責任者の会議で、個別支援計画を見直し、課題・問題点について評価している。年間事業計画には支援サービスの目標が設定され、年度毎に評価結果が分析され、次年度に活かされている。福祉サービス第三者評価基準での自己評価は、今回初めての実施であるが、評価の意義やねらいを理解し、評価一連の過程を通じて質の確保や向上に取り組む体制に着手している。
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ている。	a	上記での話し合いで、運営やサービス提供状況を確認・点検し、問題点を分析し課題を明確にして、個人支援計画に反映させている。ホーム年間事業計画においても課題を共有し、支援サービスの評価・分析を行い、次年度に活かしている。今後は、第三者評価で見出された課題を、実施している年度の反省と照合するなど分析に努め、ホームでの更なる課題の明確化に結び付けられることに期待をしたい。
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。	a	評価シート及び改善シートを整備し、年間事業計画で課題別に具体的改善内容を明らかにすることで、翌年度の目標に反映させている。サービス支援目標達成については、緊急性を優先させ改善に着手している。特にホーム巡回職員による夜間対応の充実や、防火及びセキュリティ面での機器設置等は、積極的に対策強化に努めている。日々のサービス実施上の問題点などは、常時職員間で協議し、個別支援計画で評価・見直しを行っている。
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	標準的なサービス実施方法を文書化したものはないが、個々のサービスは福祉事業所専用の運営管理ソフトを利用して詳細に明記、提供されている。個別支援計画は全ての職員に周知し、サービス実施状況を会議や打合せで確認している。
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	標準的なサービス実施方法を文書化したものはないが、個別支援計画は、運営管理ソフトにより年度毎に評価・見直しがされている。毎月1度、世話人・担当職員・管理責任者で開催している会議では課題や問題点を確認し、評価・見直しを行い個人支援計画に反映させている。

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	運営管理ソフトを採用し、利用者一人ひとりの記録が適切に整備されている。それぞれの担当職員が業務日誌を記入することで、利用者個々のデータとして自動的にケース記録に結びつき、個別支援計画の課題と照合できるため、課題の整理一覧が容易となっている。ホーム連絡ノートに記載された詳細な利用者の状況や様子も、担当職員がケース記録に記入している。
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	利用者の記録管理には、個人情報保護と情報開示の観点がある。個人情報の提供には、医療機関や他福祉事業所の利用などがあり、条件や目的を明示した個人情報提供に関する同意書を整備し、法令を遵守している。記録管理責任者や保管・保存方法が適切に行われ、シュレッターで廃棄している。今後は、情報開示を含めた記録管理体制に関わる規定を文書化していく事が望ましい。
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	パソコンネットワークを活用し情報を共有している。夜間巡回日誌は朝の会で報告するなど、朝夕の申し送りやホーム連絡ノート、業務日誌等を利用して、利用者の生活の流れを的確に収集する仕組みを整備し、必要な情報を共有している。月1度の会議の中では、ホームの課題や取り組み状況、アイデアを出し合い、他ホームとの連携や情報の共有にも努めている。栄養士・看護師を交えたミーティングもやっている。管理責任者が全体把握をし、新たな情報があれば職員に周知している。

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。	a	利用希望者のニーズに応え、随時、見学や体験入居・訪問を受け入れ、家族の不安にも対応している。法人パンフレットは各機関に配置し、定期発行している四ッ葉学園園りを教育機関等、関係機関に配布している。今後は、10月に新たなホームページをリニューアルして、利用希望者が手軽に情報を入手できるように、取り組みを強化する予定である。	
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。	a	サービス開始時には、重要事項説明書を基に利用者や家族に対して説明し、同意書を得てから利用契約書をかかわしている。重要事項説明書・契約書にはルビをふり、利用者の権利義務や運営方針、提供するサービス、料金等が項目ごとに分かりやすく明示されている。利用者の理解力や判断力を見極め、能力に応じた丁寧な説明を実施している。	
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。	a	退所時に、利用者が不利益にならないような援助の実施を、契約書に明記している。利用者の多くは同一法人間の移行であり、ケース記録を基に地域生活移行への検討会議を開き、職員間で連携・協議することでサービスの継続を図っている。利用者の高齢化は大きな課題であり、24時間対応の介護ホームへの移行や、入退院時の支援のために病院との連携を強化している。介護サービスを使い施設でサービスを利用する場合があります。担当者間の引継が行われている。ホーム間の移行も状況により可能である。	

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	運営管理ソフトを活用し、アセスメントシートを用いている。利用者一人ひとりの過去の生活歴や身体状況・基本的な生活習慣・生活スキル・社会スキル・社会参加・コミュニケーション・対人関係等を、日々の記録やミーティングで詳細に把握して、アセスメントを実施している。定期見直しは1年のスパンで実施し、新たな計画策定に繋げている。
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	アセスメントを踏まえて、利用者の状態をサービス場面毎に把握することで、課題やニーズを確認している。利用者の状況を把握するために、41項目に分類して分析、検討し、本人や家族の希望に合わせた詳細な課題の抽出に取り組んでいる。また、分類された項目はサービス提供場面に結びつけ、それに対する援助レベルを6段階で表示し、自立支援に向けた対応策を策定している。個別支援計画書に、生活全般の解決すべき課題について、具体的に明示している。
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、計画策定の統括責任者を設置し、管理責任者の指導の下、担当職員が策定している。担当職員は利用者・家族の意向を直接聞き取り、医療機関の意見等を反映させ、検討会議を実施した上で、個別支援計画を策定している。利用者・家族へは、策定された計画書を基に、目標や具体的なサービス内容・提供方法について説明し、同意を得ている。運営管理ソフトの活用で、個別支援計画とサービス提供状況の照合・確認を自動的に行う仕組みが機能している。
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	個別支援計画は、モニタリングを実施して1年毎に評価・見直しを行っている。検討会議には、担当職員や管理責任者だけでなく栄養士、看護師も加わり、組織的に仕組みを定めて計画の評価・見直しを行なっている。月に1度実施されているホーム関係職員による会議では、利用者の要望や意見を吸い上げ、個別支援計画に反映させて、迅速な対応に努めている。個別支援計画は職員全体に周知されている。