

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2013 年 5 月 10 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011-001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)	高村 一文	組織	第00053号
	(2)	木村 靖子	福祉	第00033号
	(3)	鈴木 正子	組織・福祉	第00129号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活介護事業			
事業所名称	なかしべつ地域生活支援センター ふれあい			
設置者名称	中標津町			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2012 年 6 月 26 日	～	2012 年 9 月 25 日	
利用者調査実施時期	2012 年 7 月 20 日	～	2012 年 7 月 30 日	
訪問調査日	2012 年 9 月 8 日			
評価合議日	2012 年 9 月 17 日			
評価結果報告日	2013 年 5 月 10 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・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 24 年 7 月 24 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団		
事業所名 (施設名)	なかしべつ地域生活支援センター ふれあい	種別	共同生活介護事業
事業所所在地	〒 086-1004 標津郡中標津町東4条南4丁目7-1		
電 話	0153-73-3185		
F A X	0153-73-3179		
E-mail	nakashibetsushienn@dofukuji.or.jp		
U R L	http://www.dofukuji.or.jp/nakashibetsucenter/index.html		
施設長氏名	鹿野内 賢士		
調査対応ご担当者	三森 由佳 (所属、職名：主査)		
利用定員	14 名	開設年	平成 23 年 4 月 1 日
<p>理念 人権尊重・自立支援・快適な生活の保障・自己研鑽</p> <p>基本方針 1、利用者が地域において共同して自立した日常生活又は社会生活を営むことができるようにそのおかれている環境に応じて、共同生活住居において介護、相談その他の日常生活上の支援又は援助を適切かつ効果的に行います。 2、地域との結び付きを重視し、行政機関、福祉・保健・医療サービスを提供する者との密接な連携に努めます。 3、中標津町障がい者グループホーム条例及び関係法令等を遵守します。</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)

児童発達支援事業 (定員10名)
 児童発達支援事業及び放課後児童サービスセンター (定員10名)
 日中一時支援事業 (定員5名)
 相談支援事業

【利用者の状況に関する事項】（平成24年7月20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	4名	1名	2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
2名	1名	名	1名	名	名
					合計
					14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	1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	1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	1名	名	2名	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
1名	6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	1名	名
そううつ病	名	名	2名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	1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	2名

○サービス利用期間の状況 (保育園を除く)

6か月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
7名	2名	5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
名	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： 8か月)

【職員の状況に関する事項】 (平成24年7月24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	3名	1名	名	1名	名
非常勤	8名	名	名	名	1名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	名	名	1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	7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	1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（ふれあい寮）の場合

(1) 建物面積	133.84㎡		
(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	23年	
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設（アシル）の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	76.95㎡		
(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
(4) 建築年	平成	24年	
(5) 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 23 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 23 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 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。

平成 23 年度はホーム会議を 2 回開催し、ホームに関する要望等を聞きました。その他要望や意見等があるときには、利用者の方から相談の希望があり、その都度対応しています。

【その他特記事項】

「ふれあい寮」は 23 年 4 月より中標津町より指定管理を受け、「アシル」は 24 年 6 月に新規開設しました。開設にあたり障がい者グループホームへの理解と地域への認知を深めるため、開所式及び内覧会を行い、町内会の方をはじめ、障がい（児）者を抱えるご家族や福祉関係者、建設事業者など多くの方々の関心をいただきました。ホームの増設による「住」の確保は、障害者雇用の促進の役割も果たします。中標津という地域に根付いた福祉事業の展開を目指し、地域の方々のご理解とご協力を本評価の公表により周知されればと願っています。

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運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 北海道社会福祉事業団

代表者氏名： 理事長 吉田 洋一

所在地： 〒060-0042 北海道札幌市中央区大通西5丁目11番地 大五ビル3F TEL 011-271-5531

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

●「共生型交流センターを拠点にした地域支援」

中標津町には子どもから高齢者まで、障がいの有無に関わらず交流ができる共生型交流センターがあります。ボランティアで運営される喫茶コーナーでは、中標津高等養護学校で焼かれた陶器の販売や、作品が展示されています。ボランティアとともに障がいのある方が喫茶業務に携わり、日中の居場所として訪れる地元の人もいます。ホーム利用者も例外ではありません。

共生型交流センターには、「なかしべつ地域生活支援センター」があり、「根室圏域障がい者相談支援センターあくせす根室」と日中一時預かりの事業が行われています。ホームの運営もここを拠点にして行われています。

ホーム利用者と職員の町内活動への関わりによって、地域住民の障がいへの理解や受け入れが、日を追うごとに深まっています。今では職員とともに利用者のほとんどが、町内の清掃活動等に参加しています。利用者の新年会への出席や、サークル活動への参加があり、秋の親睦会への出席も予定されています。

ホームの新設は地元の建設業者が工事を請け負い、今後のホーム増設にも関心を示しています。建て主が改装より新築に関心が高いことは、町にとっても雇用が生まれ、経済活動の活発化につながります。

ホームができる以前の障がい者は町を出て、根室や北見、釧路で住居を含めた福祉サービスを求めてきました。これからは、ホームができることで障がいがあっても町に留まることができます。

障がいのある人の住環境を整えることは、まちで暮らすことを支援するという、中標津町の地域福祉計画の理念とも合致します。そのような地域福祉社会を目指す中標津町共生型交流センターを拠点としたなかしべつ地域生活支援センターは、広く地域を支援する機能を担っています。

●「中・長期計画の実効性」

ノーマライゼーションの理念に基づく、自立と共生の地域社会づくりを目指し、平成23年4月に、グループホーム・ケアホームの業務を開始されています。地域との連携をはかり、地域の雇用を創出し、障がい者自身も自立していくとの理念・基本方針に裏打ちされた3カ年計画、3カ年収支計画が立てられ、計画どおりに24年6月には2か所目のホーム運営も始められています。

今年度着任したばかりの所長も、地域との連携を重視した取り組みを積極的に進め、3カ年計画で予定されているグループホーム・ケアホームの5棟以上の開設に向け、地元資産家から賃貸物件建設の提供の申し出を取り付けるなど既に成果を上げられています。3カ年計画が着実に実行されており、地域との連携が進んだ3年後の中標津町が楽しみです。

◇改善を求められる点

●「ボランティア・実習生の受け入れ」

当該事業所は、平成23年4月から「ふれあい寮」の指定管理を中標津町から受託し、24年6月には法人の事業として「アシル」を開設しました。しかし、運営年数が浅いこともあり、ホームとしてのボランティアや実習生の受け入れの体制がありません。

地元の新聞やホームページにホームの利用が掲載され、町内会との関係も築かれてきています。今後は、地域の人を巻き込んだボランティア活動の呼びかけ、利用者自身が当事者としてボランティアを担う構想もあり、期待されるところです。

ボランティア及び実習生を受け入れる際は、受け入れの窓口担当者や事前説明・オリエンテーション等のマニュアルを整備しておく必要があります。ボランティアや実習生は、外部からの風や目として利用者支援の活性剤となります。しかし、同時に利用者にとっては不安要素ともなるので、プライバシー保護、事故防止等のリスク管理が必要になります。

中長期計画により、ホームの増設が確実であり、障がい種別を問わずに受け入れていることから、この受審を機にボランティア・実習生の受け入れ態勢の整備が期待されます。

●「職員研修計画」

地域で障がい者を支援するために働く人が増えることは、障がいへの偏見や差別が少なくなり、障がい者福祉へ理解が進むことでもあります。

福祉の職場は、マンパワーが全てといっても過言でないほどに、人材育成は重要です。しかし職員の教育・研修計画の多くは、既存の年間計画表に後から職員を当てはめられているのではないのでしょうか。個別の職員に研修計画を立てるとするのは、一人ひとりの職員に、事業所が求める技能等のための教育・研修内容が盛り込まれるということです。

自立支援法以降、事業所や法人が本来持っていた障がい種のノウハウ以外に学ぶことが増えています。当該事業所では、携帯電話の危険性といった今日的課題を含めた実践に結びついた研修が、タイムリーに行われています。

これからも、ホームの増設で、地域から職員を雇用する機会が増えることでしょう。専門資格や経験の有無を問わず、年間研修計画が個々の職員育成と連動し、年度毎に見直されることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

道東での地域支援の拠点として平成23年4月に中標津町から委託を受けた女子ホーム「ふれあい寮」(ケアホーム/グループホーム)を皮切りに、本年6月に法人が開設した男子ホーム「アシル」と2棟の運営をしている中で、この度の第三者評価を受けることとなりました。1年半のまだまだ浅い事業展開の中で第三者評価を受審するにあたり、サービスの質をどう評価されるのかなど不安もありましたが、地域との共生事業という視点で高い評価が得られて、支援スタッフにとっても大きな励みとなりました。

また改善を求められた事項については真摯に受け止め、その改善に向けて努力していきたいと思えます。

この度の受審が今後の事業展開にとって大きなプラスとなるよう、スタッフ一同、共通認識をもってサービス提供に邁進します。

【共生型交流ホームを拠点にした地域支援】

障がいを持った方々への地域生活支援は支援スタッフはもとより、地域の方々の理解と人間関係づくりがとても大事な要件の一つです。その役割を担っている共生型交流ホーム(町立)の活用が高い評価をいただいたことは、地域支援の理念である「地域との共生」への取組に大きな励みとなりました。

また、町への経済効果の点からも高い評価をいただき、今後の事業展開においても自信を持って進められます。地域との関わりを大切にこれからもホーム利用者の「安心・安全」な生活に心がけていきます。

【中・長期計画の実効性】

平成23年4月、中標津町の指定管理により開設したグループホーム「ふれあい寮」の運営が順調に経過してきたことと、相談支援事業を担うあくせす根室との連携により、ホーム利用希望者の把握ができ、24年度以降のホーム開設がスムーズに進みました。その連携にも高い評価をいただいたことは、統括者及びスタッフ一同に大変大きな励みになりました。今後も「自立と共生の地域社会づくり」を目指し、計画的なグループホーム開設に向けて邁進してまいります。

【ボランティア・実習生の受入れ】

ホーム利用者の障がい種別の多様化(知的・精神・身障)により、支援にあたっては専門性及びプライバシー保護が求められるため、職員は日々の業務に追われ、ボランティアや実習生を継続的に受け入れる段階にはなっておりません。しかし、職業として福祉を目指す学生や、地域で利用者を支えていただけるボランティアを積極的に受け入れていくことは支援の幅を広げ共生社会の実現につながっていくことから、今後、利用者の方々の了解をいただく中で、積極的にボランティア及び実習生の受入体制を整えてまいります。

【個別の職員研修計画】

ホーム運営の重要な役割を担っている「世話人」は、昨今の障がい種別の多様化と認知という視点から、専門性を問われます。ご指摘を受けました個人の研修計画については、個々の職員に合わせたきめ細やかな研修計画に心がけ、職員のモチベーションの向上に繋がるように努めてまいります。

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

評価対象1 福祉サービスの基本方針と組織

1-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
1-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
1-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	本体である社会福祉法人北海道社会福祉事業団の理念に基づき、人権尊重・自立支援・快適な生活の保障・自己研鑽という、「なかしべつ地域生活支援センター」のサービス提供の実情に合わせた理念が作成され明文化されている。
1-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	「なかしべつ地域生活支援センター」の理念に基づき、利用者への支援内容、地域との連携、関係法令の遵守等が、基本方針として明文化されている。
1-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
1-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	理念や基本方針は、年度初めの全体会議で、全ての職員に対して周知され配布されている。その後は、おおよそ月1回開催される各部署の会議において、必要に応じて周知されている。
1-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c	平成23年4月にふれあい寮（女性7名）、平成24年6月にアシル（男性7名）のサービスが始まっている。サービス開始から日も浅いこともあり、利用者やその家族へはサービスの内容提示にとどまり、事業所の理念や基本方針の周知までは行なわれていない。理念や基本方針という、事業所の福祉サービスに対する考え方や姿勢を、利用者や家族へ周知することは、実施する福祉サービスに対する安心感や信頼を高めることにもつながるので、今後の実施を期待したい。

1-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
1-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
1-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	平成23年度からグループホーム・ケアホームのサービスを開始し、3カ年以内に5棟以上のホームを立ち上げ、収支を安定させるという3カ年計画が具体的に策定されており、それに基づいた収支計画も策定されている。
1-2-(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	3カ年計画が反映された年度計画が立てられており、それに基づき、「ふれあい寮」「アシル」のサービス提供が始まっている。
1-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
1-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	各部署会議で現状の確認や問題点についての意見交換が行われ、その担当者の意見を基に、定期的に施設長会議で事業計画が見直され調整が行われる仕組みができています。さらに、半期での確認と反省、年度末でのまとめが行われており、それが次年度の事業計画に反映されている。

<p>1-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</p>	<p>a</p>	<p>全体会議、部署会議で職員へ周知するとともに、随時行なわれる打合せでは、意見交換を行い、職員の理解を深める取組みが行なわれている。</p>
<p>1-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p>	<p>b</p>	<p>年度の事業計画は行事予定として食堂に掲示している。 事業計画内容によっては、利用者が決定事項と誤解するおそれがあったので、事業計画全ての配布は行なわれていない。今後は、障がい特性を考慮した周知を期待したい。</p>

1-3 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>1-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<p>1-3-(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>事故等発生時対応マニュアルで、平常時のみならず、有事における管理者の役割と責任も明確化されている。所長の、職員との対話を重視する取組みにより、職員からの信頼は厚い。各自がそれぞれの責任範囲を理解し、重要案件については即時報告され、管理者が適切な対応がとれる仕組みができています。</p>
<p>1-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>所長は、遵守すべき法令、その最新の内容について、定期的に法人本部の研修を受けており把握している。職員へも、会議、研修、打合せ等において、福祉従事者として遵守すべき法令について伝え、理解を促している。</p>
<p>1-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
<p>1-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。</p>	<p>a</p>	<p>所長は、職員との積極的な日常的対話、個別面談、各部署への定期訪問等により課題の把握を行い、その改善のための取組みを職員と協議し、遅滞なく実行している。</p>
<p>1-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。</p>	<p>a</p>	<p>アシル開設式には、地域新聞への掲載依頼、地域有力者や関係機関の招待を行い、グループホーム・ケアホームの存在を知らしめ、3カ年計画の目標であるホーム5棟の開設に向けて、地域の協力を得るための活動を積極的に行っている。</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>中標津町福祉課・中標津高等養護学校・根室圏域障がい者相談支援センター「あくせす根室」から利用者の福祉ニーズを捉えている。 精神障がいに関しては、「根室地域リハビリテーション研究会」や「あすなる会（精神障害者を支える会）」に参加している。</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組を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>当該受審事業所は、平成23年4月から中標津町の指定管理を受け「ふれあい寮」、平成24年6月より「アシル」を始めた。法人にて経営専門機関の経営診断を受け、計画的に進められている。 事業所単体としては、課題発見や改善取り組みに至るまでの期間が経過していないので、次年度以降に期待したい。</p>

II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	平成27年度の新会計基準への移行後、速やかに外部監査を実施することになっている、とのことなので、更なる改善に期待したい。
--------------------------	---	--

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	「アシル」は運営基準上では3名の世話人配置だが、初めて障がい者を支援する職員に配慮して基準以上の配置がされている。ホーム増設に伴う人員確保の構想はあるとのことなので、構想が具体的なプランとなることが望まれる。
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	人事考課は、平成25年から管理職を対象に先行実施され、全職員を対象に実施される。職員が現在の業務から、今後どのようなキャリアを描いたらいいのか、職員自身と利用者の未来を考えた支援を行えるような人事考課を期待する。
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	勤務表には、週平均勤務時間の欄があり、就業状況が把握できるようにメモをはり、チェックされている。定期的な職員の面談は8月に実施された。年2回の個人面接を予定しており、一人一人と話す機会を設けている。この外は、管理職が日常的に職員に声を掛けることで意向を捉え、対応は迅速である。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	世話人は社会保険へ加入しているが、北海道民間社会福祉事業職員共済会は未加入である。親睦会はないが、年末年始に限らず機会を見つけては、全職員間の交流を図っている。法人本部の福利厚生の取り組み以外に、当該事業所の全職員を対象とした取り組みを期待する。
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	「なかしべつ地域生活支援センター」における職員意識の改革、及び支援技術の抜本的な改善に向けた職場研修計画が行われている。24年8月1日、22日に行われた研修会場で基本姿勢は宣言されている。
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組が行われている。	b	平成23年4月開設以来、ホーム運営で急遽必要になるようなタイムリーな研修を自主企画して行っている。平成24年7月には、「携帯電話の持つ危険性と対処法について」を釧路方面中標津警察署生活安全課により開催した。9月には、糖尿病に対応した栄養管理・料理の研修を予定している。今後は一人ひとりの職員の研修計画と連動されることを期待する。
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	24年度に行った研修を見直して、次年度の研修計画に反映されることが望まれる。
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 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	受け入れる体制はあるが、開設まもないため、評価時点では実習生の受け入れはない。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	中標津町が建設した「ふれあい寮」には火災自動警報装置はなかったが、法人が建設した「アシル」には設置した。火災訓練は利用者全員が参加している。衛生管理マニュアルや事故発生時対応マニュアルと訓練の記録を確認した。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	利用者は、緊急連絡先を記入した名刺大のカードを所持している。備蓄としては、パンの缶詰・長期保存飲用水を3日間分をホームに保管している。非常災害対策実施要綱を平成24年4月1日付けで施行、避難訓練等を計画実行している。
II-3-(1)-③ 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	リスクマネジメント実施要項によりインシデントレポートが提出されている。平成24年4月から開始しており今後、分析が待たれる。直近のリスク対策としては、携帯電話サイトによる犯罪を懸念して、本人との話し合いのもとで携帯電話を所持せず、ホームの電話を記帳して使用することにした。外出時の乗用車も本人の了承を得て、ナンバーを控えるといった対策を講じている。

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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	同じ町内会の住民として利用者が、町内ごみ拾いに職員と共に参加している。その他、町内サークル活動に参加している利用者がいる。町内の新年会に利用者が出席し、秋にも懇親会への出席予定があるなど、親交が深まっている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	ホーム内覧会には町内からの見学があり、関心が持たれた。開設式の模様は地元紙に掲載され、ホームページには通信を載せて事業を積極的に広報している。ホームが地域に増えることは、ホーム建設や雇用の促進、障がい者が中標津町で暮らし続けることにも繋がる。ホーム事業の広報そのものが機能の還元ともいえる。
II-4-(1)-③ ボランティア受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	ホームのボランティアとしては、余暇活動や移動支援に関わってくれる方を想定している。未だ構想段階なので、実習生の受け入れ同様の基本姿勢に始まる文書等の受け入れ体制を整備されることが期待される。

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	必要な社会資源の情報は根室圏域障がい者総合相談支援センター「あくせす根室」から得ている。関係機関との連携も「なかしべつ地域生活支援センター」を介して情報共有されてきた。今後は、新任の職員にも明示できるような情報のリスト化が望まれる。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	中標津町福祉課・中標津高等養護学校・根室圏域障がい者総合相談支援センター「あくせす根室」「根室地域リハビリテーション研究会」「あすなる会（精神障害者を支える会）」等で行われる様々な会議に出席している。利用者が通うNPO法人と連携がある。開設間もないので、今後は、連携している機関との事例検討等に期待したい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	中標津町地域福祉計画により具体的な福祉ニーズの数値を把握している。中標津町共生型交流拠点センターに「なかしべつ地域生活支援センター」があり、ホームの職員は、ここを拠点としているので各種会議への出席により、地域の福祉ニーズを捉えやすい。
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	中標津町共生型交流拠点センターに、「なかしべつ地域生活支援センター」があり、ここを拠点にホーム運営をしている。この他に根室圏域障がい者総合相談支援センター「あくせす根室」、日中一時支援事業をしている。ホーム増設に向け、建設オーナー探しを始めている他、中標津高等養護学校との連携も深めている。

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組を行っている。	a	「なかしべつ地域生活支援センターにおける権利尊重の指針」においてノーマライゼーションの理念が明示されている。24年10月施行の障害者虐待防止法にあわせ職員の意識改革、支援技術の抜本的改善のために人権と権利について具体的な場面においての内部研修も行い、利用者を尊重したサービス提供に向けて積極的に取り組まれている。
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。	a	「なかしべつ地域生活支援センターにおける権利尊重の指針」の中で職員の行動規範として利用者のプライバシー保護に関する基本的姿勢が明記されている。各個室に許可なく入室しないことが徹底されており、体調不良時や清潔保持等についても個別に話し合いがされている他、確認事項については支援者会議等において職員に周知されている。
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、取組を行っている。	b	ホームミーティングといった集団の中で意見を表明することに困難を抱えている方が多いので、進行の工夫や意見表明への支援が期待される。また、個別に意見聴取をする機会を定期的実施するなどの仕組みの整備が望まれる。

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	当法人運営の根室圏域障がい者総合相談支援センター「あくせす根室」が当ホームの近くにあることから、入所後も専門的な相談支援を継続しやすい環境にある。また、世話人が毎日交代で宿泊勤務している他、管理者、サービス提供責任者もすぐ近くの建物に常駐していることから、相談相手が選択しやすく個別に相談しやすい環境も整っている。今後相談方法や相談相手を自由に選択できる旨を説明した文章の配布や掲示が期待される。
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。	b	重要事項説明書の中に苦情解決についての手順がわかやすく明記されており、その仕組みについても理解がなされている。更に苦情を申し出やすくするためには、ホーム内における掲示や匿名の意見箱の設置、プライバシーに配慮した上、苦情の内容や結果を公表されることが望まれる。
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	利用者の希望で献立をその場で変更するなど、世話人が状況に応じて柔軟に対応している。共同生活における最低限のルールについても規則だからと決めつけるのではなく、新たな福祉サービスでの対応による解決の可能性も探るなどの姿勢は評価できる。利用者の意見・提案への対応や報告・記録方法のマニュアルを、職員が理解しやすくすることでサービスの改善が期待される。

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組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	法人として三年に一回第三者評価を受審する予定となっている。昨年からの運営のため、自己評価などの定期的な体制はまだ整っていなかった。今回の受審を契機として、自己評価も行われた。今後は評価の結果分析と検討する組織としての仕組みの早期の確立を期待する。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	昨年からの運営と、6月から1ホーム増えたばかりでありながら、第三者評価を受審し職員間で話し合い取り組むべき課題を明確にしようとする姿勢は評価できる。更に明確となった改善課題について文章化し改善実施計画の立案と実施状況に応じた計画の見直しを望む。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供する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	「世話人の業務遂行上の確認・留意点」「衛生管理マニュアル」「事故発生時マニュアル」「非常災害発生時対応マニュアル」があり、標準的な実施方法が整備されている。マニュアルは職員全員に配布されており説明もおこなわれている、また勤務時間中にいつでも閲覧できる場所に保管してある。今後は、標準的な実施方法に基づいてサービスが提供されていることを、組織として検証することを期待する。

<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>「リスクマネジメント実施要綱」の中においてリスクマネジメント委員会の設置が規定されており、定期的に行われる委員会において各種マニュアルの再点検、見直しが位置づけられている。今後、新たな事業展開が予定されている中、見直しが十分とは言えない状態である。</p>
--	----------	---

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	交代勤務のため、引継ぎが重要であるという認識のもと、生活日誌には当該日の個々の状況について記録されており、個人記録もケースごとに詳細な記録が記されていた。支援者会議等においては、記録の書き方の留意点についても確認がなされている。今後は、経験の浅い職員や新人にもわかりやすい記録要領を作成したり、職員への指導の工夫などが望まれる。
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。	a	支援員会議で個人情報の管理についても確認がされている。ケース台帳が保管されている管理人室も不在時は施錠されている。重要事項説明書において個人情報の管理と開示について説明がされている。
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	業務特性から一人で支援する時間が長い。交代勤務なので世話人がお互いの支援を見ることがない。このことから、職員間の情報の共有化に対する意識は高く、毎日の打ち合わせ及び定期的な支援者会議において利用者の世話人毎に話す事実や支援方法の確認、検討がなされている。支援計画についても、サービス提供責任者と世話人において、サービス内容の確認がおこなわれている。

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。	a	ホームの開所式や内覧会の実施など、新たな事業展開であることから、地域に対して、認知度をあげるために積極的に行動されている。ホームページにおいてもホーム内の様子や行事の写真が掲載されており、職員研修の取り組み等についても発信している。新聞などの地元メディアの取材なども積極的に対応している。
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	サービス開始時に、組織が定めた重要事項説明書によりサービスの内容についての説明をしている。特に苦情については説明を丁寧におこなっている。重要事項には職員の体制、支援内容、共同生活におけるルール、健康管理、金銭管理、プライバシー、緊急災害時、利用料金、個人情報管理、苦情解決等がわかりやすく書かれており、同意を得た後、契約が取り交わされている。
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	根室圏域障がい者総合相談支援センター「あくせす根室」が併設され、入退所に向けた支援も継続が可能な環境である。しかし地域における社会資源はまだ不足した状況にあり、利用者が安心して移行できる新たな受け皿づくりを志向している姿勢は評価できる。入居者の多くはグループホームから自立し一人での生活を希望している。契約書等には、退所について利用者が不利益をこうむらないよう支援する旨の明記が望ましい。

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	新規受け入れに対しては、サービス管理者が、組織として定められたアセスメント票を利用しアセスメントを行っている。サービス開始時は情報も少ないながら、利用者の意向に沿った形で目標設定がなされる。実際にサービスが開始され、状況の確認を行い違いがあった場合は、世話人、サービス管理者との連携、利用者にもアセスメントを行いサービス内容のすり合わせを行っている。また定期的な再アセスメントも実施されている。
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	サービス計画は利用者一人一人に立案されており、利用者の意向も明示されている。医療機関には受診同行などを通じて連携が図られており、計画立案に生かされている。サービス内容については、利用者が必要と考えるサービスと、職員が必要と考えるサービスに違いがある場合もみられるが、各世話人やサービス管理者で合議しつつ利用者との意見のすり合わせを丁寧に行い計画が策定されている。
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	サービスの実施状況については毎日の打ち合わせ及び定期的な支援者会議で報告されており、サービス管理者が総合的な視点で情報が管理できる体制が整っている。サービスの見直しは六カ月おきに行う事が決められており、利用者、世話人、サービス管理者の合議によりサービス計画の見直しを行っている。