

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2014 年 7 月 2 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14-001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)	高橋 春美	総合	第0018号
	(2)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(3)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	生活介護			
事業所名称	よつば ふれあい			
設置者名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
運営者(指定管理者)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)	2013 年 9 月 27 日	～	2014 年 5 月 30 日	
利用者調査実施時期	2014 年 3 月 20 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2014 年 5 月 15 日			
評価合議日	2014 年 5 月 24 日			
評価結果報告日	2014 年 7 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

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 小樽四ツ葉学園	
代表者氏名：理事長 鮎野 喜一郎	
所在地：〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号	Tel 0134-54-7404

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

「ネット社会を先取りした危機管理体制」

法人では、個々の職員にID番号を発行しています。ID番号なしでは、容易にパソコン内の重要な情報にアクセスできないのは言うまでもありません。また、USB（持ち運び可能な記憶装置）の使用を禁止して、施設外に情報を持ち出されることがないようにしています。こうすることで、情報が流出しないようにセキュリティを高めています。

また、昨今のインターネット社会に対応して、職員がフェイスブックやツイッター、ブログなどに施設に関する情報を掲載できないように、SNS（ソーシャルネットワーキングサービス）への規定を法人として検討中です。

このような取り組みは、現代社会を反映した先進的なもので、法人の危機管理意識の高さが現れています。

「経営環境の変化への対応と中長期ビジョンの実践」

当該受審法人は、税理士事務所とコンサルティング契約をして、毎月の経営状況の分析はもとより、外部監査も受けています。小樽から余市までの複数ある広域の法人事業所の財務管理と経営課題の指導を、メール配信も活用して適時に受けています。

更に、税理士事務所の担当者を、福祉施設を扱う専門家に変更し、障害者総合支援法等の施行に伴う経営環境の変化に、より迅速に対応するようになりました。

また、定期的に、第三者評価を受審することと合わせて、「利用者の人権の尊重と福祉サービスの質の向上」を中長期計画のビジョンとして掲げています。年度事業計画においては、「地域移行の推進と利用者支援の充実」等として具体的に実践されています。

「地域ニーズに柔軟に対応した日中一時支援」

小樽四ツ葉学園は、日中一時支援として障がい児・障がい者合わせて1日4～5名を受け入れています。障がい児は、就学前の児童から学校の放課後や長期休暇時の支援を中心に、また、通所利用者の時間延長や土曜日の受入れが行われています。

仕事で帰宅が遅くなる家族や、幼い子どもやお年寄りの世話のある家族のニーズに合わせ、夕食の提供や入浴支援なども行われており、入所施設に併設されている日中一時支援として柔軟な対応がされています。

◇改善を求められる点

「コミュニケーション方法を個別支援計画に載せる」

利用者とのコミュニケーション方法として言語の他には、ジェスチャー・表情などから、サインの発見に心がけて、職員が個別に対応しています。例えば、浴槽の入口には、個人別に入浴上の留意点の一覧表が貼られ、入浴介助の職員が利用者に対応する際の声掛けに使われています。

コミュニケーションするための工夫や支援は行われていますが、職員個人の力量に頼っている部分が多くなっています。

今後、職員の利用者とのコミュニケーション手段・方法の情報を集約して、支援計画書に記載することを施設は検討中です。記載後は、職員と利用者がよりコミュニケーションがうまく取れることで、支援の質が向上することが期待されます。

「支援マニュアル等の組織的な見直し」

平成20年5月に受けた第三者評価を機に、平成21年4月に「サービスガイドライン」の策定を行い、支援サービスのマニュアル作成も進めてきました。しかし、職員全員が参加して行う計画的なマニュアルの見直しが行われていません。また、利用者の高齢化や障がいの重度化で「サービスガイドライン」と支援マニュアルが現場の実態に合わなくなってきています。

今後は、支援サービスを評価するための部署を設置して、職員全員で「サービスガイドライン」及び支援マニュアルの見直しに取り組まれることを期待します。

「個々の職員の研修計画」

事業計画の支援サービスの目標に基づいて、研修が企画されています。職種に応じて個別に該当する研修を受講させています。受講後は、研修の資料を閲覧し、伝達研修をするといった個々の職員の支援サービス向上の為の方策も取られています。

また、職員の全てが外部の研修に行けない事情を考慮して、外部講師を施設に招いて受講するという研修も行っています。

しかし、教育・研修計画が、職員一人ひとりの個別の計画とはなっていません。個別の研修計画とは、それぞれの職員に求められる技術や知識などについて分析し、専門資格の取得や職員の要望も取り入れたものです。そのような個別の研修計画を策定された後に、個々の職員の研修計画の実施・評価を行うことで、職員の支援サービスが更に向上することを期待します。

「意見・要望等の経過や結果をフィードバックするシステムの確立」

苦情対応規定には、受付担当者、解決責任者、第三者委員等の役割が明示されています。苦情までに至らない意見、要望、疑問は、「苦情または意見・要望等連絡票」を使用して対応しています。

重要事項説明書で第三者委員の説明を行い周知していますが、第三者委員の連絡先の掲示が利用者の目につかないところもあります。

保護者懇談会で出された要望等については、次回の保護者懇談会や「四ツ葉だより」で報告されています。要望・意見等の苦情解決制度の内部的な規定はありますが、利用者・家族・代理人等に、その対応・結果・公表までの経過の周知が望まれます。

「社会福祉士実習プログラムの見直しと担当者の位置付け」

施設は、実習生の受入れ体制を整備しています。また、指導者を育成、実習マニュアルに基づき、実習依頼の学校との連携も密にした実習生の受け入れを行っています。

しかし、実習プログラムが十分なソーシャルワーク実習になっていません。実習プログラムは、職場、職種、ソーシャルワーク実習の三段階構造から成り立ちます。各階層の業務分析により、ソーシャルワーク実践が抽出されます。施設のソーシャルワーク実践を明確化することで、相談業務が充実します。同時に、利用者支援の課題も明確化され、支援サービスの向上につながります。

効果的な実習には、実習指導者の負担が重くならないようにしなければなりません。また他の職員の協力を得ることは、ソーシャルワーク実践を理解される機会でもありません。利用者利益の担保ともなることから、実習指導者が職務分掌に位置づけられ、組織的に取り組まれていくことを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の受審では、前回の結果より評価が上がった点も多々ありましたが、改善点も改めて認識することができました。

歴史ある小樽四ツ葉学園が今後も安定して運営するため、職員の日々の働きがより良質な福祉サービスへつながるため等、評価項目のすべては利用者さん一人一人が幸せに生活するための過程と改めて感じました。数年後に改めて受審する際は、今のA評価を更にゆるぎない評価へと、B・C評価はA評価となるよう取り組んでいきます。

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 26 年 4 月 1 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 ふれあい	事業 種別	生活介護
所在地	〒 047-0156 小樽市桜4丁目10番1号		
電 話	0134-51-2005		
F A X	0134-51-2005		
E-mail	houjin.honbu@otaru-yotsuba.or.jp		
U R L	http://www.otaru-yotsuba.or.jp/index.html		
施設長氏名	岩田 邦和		
調査対応ご担当者	百合野 潔 (所属、職名：小樽四ツ葉学園 副施設長)		
利用定員	40 名	開設年	平成 24 年 2 月 1 日
<p>理念・基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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、地域福祉を推進します。 4. 法人の運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します。 			
開所時間 (通所施設のみ)	9:00~16:00 (平日) 9:00~13:00 (土)		

【当該事業に併設して行っている事業】

【利用者の状況に関する事項】（平成 26 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（高齢者福祉施設、高齢者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	2名	6名	10名	8名	7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
8名	1名	0名	0名	0名	3名
					合計
					45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か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～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			

○障がいの状況

・身体障がい（身体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
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	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
肢体不自由	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
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	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。

・知的障がい（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
38名	7名	名

・精神障がい（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(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
8名	1名	0名	36名	0名	0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
0名	0名	0名	0名	0名	0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
0名	0名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

(平均利用期間： 1年9ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成26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	施設長・管理者	事務員		指導員
常勤	9名	1名	名	名	6名
非常勤	7名	名	名	名	6名
		介護職員	保育士	看護職員	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

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」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)
	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	655 m ²		
(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	昭和		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 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 type="checkbox"/> 中舎制	<input type="checkbox"/> 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	<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 25 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

行事手伝い、余興、

【実習生の受け入れ】

・平成 25 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。

日々の支援の中での意見聴取、意見箱への投書により意見を聞き取っている。

【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	人権擁護・生活支援・自立支援・経営安定の4本柱とした理念を明文化し施設内に掲示している。4本柱は、四ツ葉が幸せを運ぶシンボルとして、法人設立時に知的障がいをもった子どもの幸せ願う親の想いを重ねている。後年、知的障がいを含めた障害者福祉の普遍的な支援の理念ともなっている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づき基本方針を具体化する内容を要覧等に明示している。基本方針は、年度ごとの事業計画に連動し利用者が豊かな人生を送れるように、支援サービスの質の向上を目指した内容を追加し重点目標を決める要となっている。
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	年度当初の職員会議や日々の打ち合わせ、研修などの機会に管理職から口頭説明を行っている。今後は、わかりやすい資料などを配布して、職員が行動指針として共有できるような取り組みを期待したい。
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	理念・基本方針を利用者・家族向けのパンフレット、ホームページ、「四ツ葉だより」などに明記している。保護者懇談会、保護者会総会で口頭説明をしているが、今後はわかりやすい説明資料の作成を期待したい。

Ⅰ-2 事業計画の策定

	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	中長期計画に関しては、隔月実施の法人全体の施設長会議で、収支計画も併せて協議している。収支計画に関しては、税理士より、労務管理は社会保険労務士のコンサルティングを受けている。人権擁護を基本とした支援サービスの向上のために、働きやすい職場環境づくり、利用者の高齢化に備えた認知症ケア専門士の育成、高齢者ケアの専門職の確保等の人材育成も視野に入れた中長期計画を策定している。
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	法人は、障害者総合支援法における地域移行に計画の重きを置いている。この点も加味して、中長期計画から単年度の事業計画を策定している。入所定員を70名から60名に削減して地域移行することを明示する等、具体的に取り組んでいる。
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	単年度の事業計画は現場職員の意見も取り入れながら、法人全体の施設長会議で策定している。また定期的な内部監査も実施しているが、年度計画に関係する職員との定期的な進捗状況の評価・見直しにより、組織的な取り組みとなることに期待したい。

I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	年度事業計画の周知は、資料の配布はあるものの、会議での口頭説明が主になっている。年度事業計画の各々を理解することは、職員の日頃の業務の振り返りにも必要なことである。計画の進捗状況の説明が望まれる。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	年度毎の事業計画は、利用者集会、家族会で口頭説明を行っている。また「四ツ葉だより」に記載し家族に送付している。今後は更に、知的障がいの利用者に対する周知の工夫とともに、家族に対する理解と周知を促していくことを期待したい。

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	施設長は、ミーティング等で職責を明らかにするとともに、施設の広報誌、ホームページなどを通じ自らの職責、施設経営について考えを表明している。また業務分掌で役割と責任を明文化し、災害における施設内の危機管理体制の構築や職員への危機管理意識を高めている。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b	遵守すべき法令は、北海道知的障がい福祉協会の研修に参加したり、社会保険労務士から情報を得ている。職員への周知はミーティング、掲示物などで伝達し、必要時に研修会を開催し職員の共通理解を図っている。今後は、最新情報も含めた法令のリスト化と簡易に閲覧できる方策を期待したい。
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組に指導力を発揮している。	b	人権擁護の観点から「人権侵害ゼロの誓い」を施設内に掲示している。また、職員に対して利用者の呼称を「さん」付けへ徹底し、挨拶を励行している。この他、虐待防止委員会を設置している。利用者の日中活動を充実させる等、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。今後は、これらの取り組みの評価・分析を職員に促す管理職の指導力と行動力に期待したい。
I-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。	b	社会保険労務士や税理士などの専門家の助言を受けて、職員のワークライフバランスの観点から時間外労働時間の削減、職場のフリーデスク化、社会福祉法人新会計基準処理システムの導入等を行っている。今後は、全職員を巻き込んで組織的な経営や業務の効率化と改善を図る指導力に期待したい。

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。	a	事業経営に関しては、税理士と経営コンサルタントの契約をして、助言や指導を得ている。また、外部講師の招聘、全国社会福祉法人経営者協議会主催の研修参加、福祉関係の新聞・雑誌等から情報を得て、福祉事業の動向を把握している。そして、中長期計画及び年度事業計画に反映し「地域移行の推進と利用者支援の充実」等の計画で実行されている。

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組を行っている。	a	社会福祉法人の会計に実績がある税理士により事業計画及び予算と執行状況の比較分析が毎月実施されている。その分析から経営状況の課題について助言、指導を受けて、関係部署が連携して収支の改善を図っている。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	定期的に経営分析・指導を行っている税理士法人により、外部監査が行われている。時間外労働の削減等の経営改善に取り組んでいる。

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	利用者の高齢化に伴い高齢者ケアの経験者を採用したり、認知症ケア専門士やタクティールケア（緩和ケア療法）の資格取得を推奨するなど質の高い人材確保に努めている。職域としての社会福祉分野への求職が非常に少ない時代になっていることもあり、恒常的に人員不足の状態である。当該施設には、整髪技術を持つ利用者や清掃を担える利用者が在籍している。このような点を考慮した障がい者雇用も視野に入れた中長期的な人材に関するプランとなることを期待したい。
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。	b	職員個々に人事考課用の自己評価と職場に対するアンケートが行われている。これをもとに理事長による面談が毎年実施されている。今後は、一次考課・二次考課にあたる評価者自身のための研修、職員へのフィードバック等を取り入れ、客観性・公平性・透明性のある体制が望まれる。
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。	b	毎月の就業時間、有給消化率、時間外労働のデータを把握している。社会保険労務士から助言・指導を受け、時間外労働を減らした他、65歳以上の雇用にも努めている。また、毎年行われる理事長面談では職員の意見・意向が把握されている。今後は、理事長が収集した意見・意向を組織的に分析・検討し改善策を人材育成、人事体制、処遇などに反映することを期待したい。
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	健康診断、インフルエンザ予防接種の費用の補助など福利厚生の向上に努めている。非常勤職員の一部が福利厚生センターへ未加入もあり、今後は、総合的な福利厚生の取り組みを期待したい。
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	理念、基本方針、中長期計画に福祉サービスの質の向上を目指すことを明示している。非常勤職員も参加できる年度研修計画を立案し実行されている。研修は、人権意識の強化を図るために、弁護士等を講師として招いた開催や自閉症の定期的な事例検討会がある。また、ダウン症の高齢化における症例の研究に長年参加している。
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組が行われている。	c	事業計画の支援サービスの目標に基づいて研修が選択され、それぞれの職種にあわせて職員が個別に該当する研修を受けている。先に研修ありきではなく、職員個々に求められる支援技術を高めるための分析をする必要がある。今後は職員一人ひとりの教育・研修計画の策定・実施が望まれる。

<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>研修終了後は報告書の提出があり、内部研修などを行っている。今後は、定期的に研修成果の評価・分析見直しする際は、上記項目で行う個別の職員の研修計画と連動されることを期待したい。</p>
<p>Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。</p>		
<p>Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受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。</p>	<p>b</p>	<p>実習指導者を育成し担当させており、「実習マニュアル」に基づいて連絡窓口の設置、事前説明、オリエンテーションなどを行い、学校等と連携を密にした実習の受け入れを行っている。今後は、社会福祉士以外の資格種別も配慮したプログラムを用意することを期待したい。</p>

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の緊急時における事故、感染症発生に対応できるマニュアルが整備されている。利用者の安全確保のために、朝夕のミーティング、研修会、事業所内にマニュアルの要旨を掲示することなどを通じて職員に周知されている。また、安全衛生委員会、感染症委員会を定期的に開催し、利用者の安全確保のための体制を見直している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>冬季の悪天候等には、帰宅時間を早める対応をしている。災害時の対策はマニュアルで明示し、利用者、職員の安否確認の方法を決め、全職員に周知されている。また防災点検を行い、食料等の備蓄品を整備している。地元消防署、警察、自治会と連携したり、後志総合振興局管内の施設との協力体制を確保するなど災害時の安全確保の取り組みを行っている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>通所する利用者の安全確保のために、詳細な送迎マニュアルが作成、改定、実践されている。朝夕のミーティングで在宅・ケアホーム・入所施設での夜間・祝祭日の様子が伝達されている。インフルエンザ等の感染症の発症時期前には、家庭へ予防対策の呼びかけを文書で働きかけている。事故対策委員会を設置し、ヒヤリハット・事故報告書を収集し分析している。分析した結果は、研修会などで周知し改善に取り組んでいる。今後は、収集した事例の分析・対応策をマニュアルや個別支援計画に反映させ、定期的な評価・見直しを行っていくことを期待したい。</p>

Ⅱ-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。</p>	<p>a</p>	<p>「ボランティア受入れ規程」等に地域との関わりの基本姿勢が明示されている。住宅街より先に施設が建ち、地域との交流は50年の歴史を持っている。町内会行事や施設開催の春の運動会、秋の四ツ葉祭、年2回の地域清掃、春には野菜や花の苗を市価より低料で販売するなどを通して交流を図っている。年間を通しては、施設内から資源ごみとしてでるペットボトルなどを近隣の小学校、中学校に提供してリサイクル活動に協力している。利用者が作成した工芸作品、乾燥椎茸、豆などを近隣住民が直接作業所を訪れて販売する場を設け、利用者との交流となっている。</p>

<p>Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	<p>b</p>	<p>時代の変遷と共に、体育館は町内会の総会、役員会などの会議や、子どもたちの放課後の遊びの場として活用はされなくなっている。施設は小樽地区の民生委員を見学に受け入れている。また、町内のイベントの際に駐車場を貸している。平成24年より相談支援事業所を併設して、地域の基本相談及び計画相談を行っている。相談件数も年々増加しているため、専従職員が地域に専門知識等を還元できる場所でもある。今後の事業展開として、さらなる地域支援に期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>ボランティアマニュアルを整備して基本姿勢を明文化している。古くからの取引先である銀行や専門学校、大学の学生など多くのボランティアが四ツ葉祭等に関わっているが、ボランティアの参加者や実施に関する記録がない。今後は、ボランティア育成という観点から、ボランティア活動終了後の実施記録と活動の振り返り等を期待したい。</p>
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p>	<p>b</p>	<p>日常生活には支障なく、近隣のコンビニ等に立ち寄れる利用者もいる。しかし、誰がどのコンビニを利用しているかといった地域資源の情報が担当職員の一部に限られることもある。様々な地域資源の情報をリストに加えることは、利用者支援の質向上にもつながるので職員間での更なる共有化が望まれる。</p>
<p>Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	<p>b</p>	<p>小樽市自立支援協議会、北海道知的障がい福祉協会後志地方会に属しており、地域における諸会議、研修等に参加し、定期的な連携の機会を確保している。併設する相談支援事業所は、地域包括支援センター等各種機関と連携して支援の役割分担を行っていくことが増えてくると思われる。今後は、事例により課題の検討が行われることに期待したい。</p>
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p>	<p>a</p>	<p>併設する相談支援事業所の様々な相談をとおし、日中一時支援、短期入所、生活介護といった地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、近隣の特別支援学校などから体験実習の依頼もあり、教員・生徒・家族との接触により地域に潜在する課題を捉えている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>日中一時支援としては、1日4~5名の受入れをしている。土曜日の児童の受入れにも対応している。生活介護の利用者は、日曜・祝日以外は受け入れている。本体施設では、短期入所の利用は専用5床を持ち、定期的な受け入れや緊急ケースにも対応している。障がい者の地域支援として、認可外のグループホームを10年以上前から着手し、平成25年に認可されたグループホームは8軒となっている。</p>

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	虐待防止に関する研修会は法人の全事業所で実施している。利用者を尊重する姿勢の表わしとして、呼称について「さん付け」を徹底している。利用者への質の高い支援を目指して、「サービスガイドライン」が策定されている。この中で、権利擁護への姿勢、個別支援計画、日常生活援助、専門的サービス、運営管理等に職員が利用者にとどのように支援するかが詳細に示されている。毎週水曜日の朝の打ち合わせでは、職員の人権意識向上のために「週間の行動規範」の読み上げを行っている。平成25年度からは虐待防止検討委員会を立ち上げ、利用者に対して職員が不適切な関わりがないように取り組んでいる。
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。	a	プライバシー保護については毎朝のミーティングで周知されており、各種マニュアルにも規定されている。男女別の更衣室に利用者個別のロッカーがある。昼休みには、利用者がくつろげるようにクッションのあるソファ、お座敷スペースを設け、一人になれる工夫をしている。
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。	a	利用者の自治会である「ラベンダーの会」が年4回、意見、要望を利用者から聞き取りしている。また、家族からは保護者懇談会で年3回聞き取りをして、さまざまな意見、要望を聞く仕組みになっている。それらの意見、要望はすべて理事長まで届くようになっている。
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	職員は日常的なかかわりを通じて、利用者が職員に話しやすい関係づくりに配慮している。利用者は相談したり、意見を述べやすい職員を自由に選択している。
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。	b	法人の苦情対応規定が整備されており苦情解決制度の流れの中で3名の受付担当者、解決責任者、第三者委員等の役割が明示されている。重要事項説明書で第三者委員の説明を行い周知しているが第三者委員の連絡先の掲示が利用者の目につかない。保護者懇談会で出された要望等については、次回の保護者懇談会や「四ツ葉だより」で報告をしている。また、苦情までに至らない意見、要望、疑問等は「苦情または意見・要望等連絡票」を使用して対応している。現場職員が苦情受付担当者で解決責任者は理事長になっている。内部規定は策定されているが、家族や第三者からはこの苦情解決の仕組みが不明瞭である。苦情等の受付に始まり、その対応・結果・公表までの経過の周知が望まれる。
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	利用者からの要望等に対する対応マニュアルにそって、「苦情または意見、要望等連絡票」に記載して、苦情解決責任者が指示をして対応を図っている。今後は、意見や提案の処理経過の検討と結果の報告、及び公表までの詳細を規定したマニュアルの整備を期待したい

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	第三者評価を受審して改善の取り組みを行ってきた。今後、施設の建て替えや、利用者の高齢化や障がいの重度化が進む。また、社会福祉法人として、地域の福祉ニーズにもこたえることが要請されている。今後は一部職員の会議だけではなく、職員の多くが関わる会議での検討が望まれる。
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	平成20年5月に受けた第三者評価を機会に「サービスガイドライン」を21年4月に策定するなど、サービス向上に取り組んできた。しかし施設評価についての担当部署が不明確なため、職員全体でサービス改善の意識が共有化されているとはいえない。そのため取り組むべき改善実施計画の策定が遅れてしまうこともあるので、担当部署を設置して改善実施計画を策定されることを期待したい。
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	平成21年4月に策定された「サービスガイドライン」が施設サービスの標準マニュアルの基になっている。受審した26年4月現在、利用者の高齢化が進む等、実際に行われている支援サービスとは合わない項目がある。利用者の自宅から作業所までの移動に関するマニュアルは、夏と冬のバージョンで詳細に策定され、転倒防止等のリスク管理もされている。各種の日中活動活動毎に、職員が利用者に対応するマニュアルも整備されることを期待したい。
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。	c	上記項目にある利用者の高齢化により実態と合わなくなった「サービスガイドライン」の改定が望まれる。また、ヒヤリハット記録などからサービスを標準化していく仕組みが明確になっていない。定期的に支援サービスの見直しを行う組織体制を期待したい。
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	個別支援計画等の利用者の記録は、専用ソフトを導入している。職員により利用者の記録に差異が生じないように、また、利用者の様子等をていねいに表現するように指導をしている。家族には紙媒体で情報提供をしている。
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。	a	記録の入力には職員固有のID番号が割り当てられており、情報漏洩には十分に留意している。また、USBは持ち出し禁止になっている。その他、職員個人のブログ、フェイスブック、ツイッターなどのSNS（ソーシャルネットワークワーキングサービス）への規定も検討している。先進的に電子情報媒体を自主規制する取り組みを始めている。
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。	b	家族と日々交換する引き継ぎノートと共に、朝、夕のミーティングで職員間の情報を共有している。利用者のケースにより、サービス管理責任者、担当が必要なメンバーを呼びかけ、適時にカンファレンスを開いている。支援の変更の際は、変更を周知する文書が回覧される。変更後の利用者の支援がアセスメントに活用できる様式の工夫が望まれる。

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	通所説明者用のリーフレットを作成し、説明資料として活用している。ホームページに必要な情報を提示している。相談支援事業所や花苗、椎茸、野菜の即売会等でも情報を提供している。また見学者、体験の希望者は随時受け入れている。
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、重要事項説明書は、利用者・家族にわかりやすく説明がされている。利用者本人が説明を聞いてわかるのが難しい時は、家族や代理人からも説明してもらっている。成年後見制度を利用している利用者もいることから、後見人に対しても詳細に説明して同意を得ている。
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	他事業所に変更する利用者や退所する利用者には、引き継ぎの為の書面を用意すると共に職員が変更先の事業所へ出向き利用者の支援の留意点を説明している。法人内での移行が中心であるため、サービス継続のための詳細な文書規定はない。同法人内とはいえ、円滑なサービス移行には、移行の為の文書規定や利用者のアセスメント項目を整備することを期待したい。

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	専用ソフトを使用して、主にサービス管理責任者がアセスメントを行っており、項目も利用者に合うように独自に改良を行っている。毎年、家族との個別面談で意見を聞きながらサービスを調整している。アセスメントの協議には看護師、栄養士も参加してニーズを明確化している。
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6ヵ月毎にサービス管理責任者と作業担当者、グループホーム在籍者はグループホーム担当者等も加わり策定されている。また個人記録と連動しており、毎月末に、利用者の心身の状態と支援の実施状況の評価をするようになっている。職員はいつでも支援状況を確認できるようになっている。
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。	b	1年に2回、個別支援計画の定期的な見直しが行われている。ヒヤリハットやカンファレンスの内容がケース記録に記載されていないため、支援の連続性が不明瞭になっている。ヒヤリハット等に現れた利用者の支援の変更要因は、個別支援計画を改定する際の根拠になる。策定手順にヒヤリハット等からくる分析結果を加えることが望まれる。