

## 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

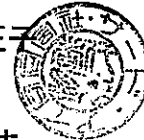
住所 札幌市西区発寒5条2丁目3番8-201号

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)	藤島 進	組織	第00046号
	(2)	鈴木 正子	組織・福祉	第00129号
	(3)	木村 靖子	福祉	第00033号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	生活介護事業			
事業所名称	生活介護事業所 ハーモニ			
設置者名称	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団			
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	～	2013 年 1 月 15 日	
利用者調査実施時期	2012 年 9 月 20 日	～	2012 年 9 月 30 日	
訪問調査日	2012 年 12 月 6 日			
評価合議日	2012 年 12 月 25 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 8 月 1 日
---------------------------

経営主体 (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)	北海道社会福祉事業団太陽の園 生活介護事業所ハーモニ-	種別	生活介護事業
所在地	〒052-8585 伊達市幌美内町36番地58		
電話	0142-23-3549		
FAX	0142-25-3789		
E-mail	taiyo@dofukuji.or.jp		
URL	<a href="http://www.dofukuji.or.jp/taiyo">http://www.dofukuji.or.jp/taiyo</a>		
施設長氏名	総合施設長 前原孝敏      管理者 樋口幸治		
調査対応ご担当者	東山浩史      (所属、職名：総務部長)		
利用定員	100名	開設年	平成 20 年 4 月 1 日
理念・基本方針：【経営理念】は法人共通のため不記 【基本姿勢】 1. 人権の尊重 私たちは、利用者の基本的人権を尊重し、差別や偏見をなくし、利用者の主体性を支援します。 2. 地域生活の支援 私たちは、利用者一人ひとりの障がいを認識し、本人の意思を尊重しながら可能な限り地域社会で生活するための支援をします。 3. 快適な生活の保障 私たちは、利用者が健康で文化的な生活が送れる環境と条件を整え、日々生き生きと生活が送れるよう支援します。 4. 自己研鑽 私達は、福祉の専門的役割と使命を自覚し、絶えず自己研鑽に努めます。			
開所時間 (通所施設のみ)	8時45分から16時45分まで		

### 【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)

障がい者支援施設「きぼう」(入所100名)  
 障がい者支援施設「あおば」(入所 60名)  
 福祉型障がい児入所施設「ひまわり学園」(30名)  
 生活介護事業所「あつまーる」(30名)

【利用者の状況に関する事項】（平成24年8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
0名	0名	2名	2名	6名	10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
12名	19名	12名	17名	18名	8名
					合計
					106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	1名	2名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	1名	1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	1名	名	3名	1名	2名	1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	2名	2名	3名	1名	3名	2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
96名	10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
15名	0名	19名	28名	22名	22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： 2年6ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成24年8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	20名	名	名	名	20名
非常勤	5名	1名	名	名	3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	1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

※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	名 ( 名)
介護福祉士	1名 ( 名)
保育士	名 ( 名)
サビ管	6名 ( 名)
障害者ケアマネ	2名 ( 名)
ホームヘルパー	3名 ( 名)
介護支援専門員	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	4,178.02 m <sup>2</sup>			
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	一部はいいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	一部はいいえ
(3) 建築年	昭和	63年	～	平成 12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	m <sup>2</sup>			
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>			
(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）

67 人

#### ・ボランティアの業務

ボランティアの人数は、太陽の園総体として受け入れた人数です。

学園祭(太陽の園祭)での模擬店、イベント、利用者把握等の業務です。

運動会でもボランティアを受け入れているが、平成23年度は改築工事のため中止しました。平成25年度より運動会(レクタイム)を実施する予定で、ボランティアを受け入れる予定です。

### 【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 \_\_\_\_\_人

介護福祉士 \_\_\_\_\_人

その他 11 人（保育実習）新棟移行の関係で、年度後半の受け入れを制限

太陽の園総体での受入数

### 【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。

※太陽の園権利擁護委員会の取り組みとして、各事業所等に「意見箱」を設置しています。  
※平成24年度には、利用者のご家族に対する「施設サービスに関するアンケート調査」を実施しました。集計結果を職員に周知するとともに、寄せられたご意見に対する太陽の園としての考え方をご家族にお知らせしました。  
※北海道知的障がい福祉協会日高胆振地方会で実施している「オンブズマン訪問」のときに、利用者の代表が出席し、利用者の意見等をきいています。その結果はオンブズマンより施設に書面で報告されています。  
※昨年度は実施できませんでしたが、各作業班から代表1名を選出して利用者代表者会議を年2回開催（3・9月）し、意見を聞く場としています。

### 【その他特記事項】

「ハーモニー」は、ディ活動として6つの作業部門があります。太陽の園施設内のリネン等を扱う「クリーニング」部門と、乳牛・養鶏・農耕を担う「ふぁーむ」、木工・窯業の「めいく」、ログハウスを利用した喫茶業務と日用品配布や清掃を行う「やすらぎ」と重度高齢者の生活介護を行う「しらかば」「くるみ」です。これらを利用する100名余の利用者は広い敷地に分散して個々のニーズに応じた支援がなされています。総称名としての「ハーモニー」にふさわしく、それぞれの作業棟が楽器のように奏でて利用者の生活のリズムとなっています。

## 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

#### ●「支援関係と安心感」

多くの利用者は地域移行以前から同じ敷地にある施設に入所していました。障がい程度が中重度者であることから、言葉で自分の意見を述べることについても支援が必要となっています。

担当職員も複数配置しており、またサービス管理責任者のほかに管理職員が定期的に各活動場所を訪問し、利用者とのコミュニケーションが図られています。職員はベテランが多く、支援関係は長期間に渡っています。

このことは、職員が利用者の変化を敏感に感じ取ることを可能としており、気になった利用者には職員から積極的に声をかけ、利用者が思いを伝えやすい状況となっています。

ケアホームにおける入居者同士の悩みなどの相談は「だて地域生活支援センター」と日常的に情報を共有することで、本人に起こっている事実を確認し、本人の気持ちが安定するよう傾聴し、混乱をきたさないように日中活動と地域生活での支援を調整しています。

また、北海道知的障がい福祉協会から派遣されているオンブズマンを導入し、第三者に話を聞いてもらう機会を設けるなど、利用者が安心して相談できる支援が提供されています。

#### ◇改善を求められる点

#### ●「人事考課の実施」

人事考課については、平成25年から管理職を対象に先行実施され、平成26年度からは、全職員を対象に実施されます。人事考課の目的と効果が誤解のないように、十分に説明されることで、職員の利用者支援に対する意識の高まりに繋がることが期待されます。

#### ●「外部監査の実施」

内部監査としては、公認会計士が立会い、会計処理の的確性を指摘、経営改善に努めています。今後は、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、更なる経営改善に期待致します。



### ●「計画的な人材育成」

ディ活動の「ハーモニー」は、「クリーニング」、木工・窯業の「めいく」、ログハウスを利用した喫茶業務と日用品配布や清掃を行う「やすらぎ」、重度高齢者の生活介護を行う「しらかば」「くるみ」の屋内部門と、乳牛・養鶏・農耕を担う「ふぁーむ」の屋外部門の2部門、8科から成り立っています。

これらを利用する100名余の利用者は広い敷地に分散して個々のニーズに応じた活動が展開されています。

障がい者を取り巻く福祉制度の変化や利用者の身体変化などによって休止の選択を行った作業科もあります。作業内容によっては、作業指導に専門的な技術が必要とされますが、職員の人的余裕がないことから時間をかけゆくりと後継者を養成することが困難となりました。

利用者支援の質を担保し続けるためにも、次世代を担う人材の育成が計画的に行われることを期待致します。

## ⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

### ●支援関係と安心感

ハーモニーの利用者は、長年太陽の園に入所していた経験があり、地域移行していった方々が多くを占めています。従って、利用者と職員との信頼関係も築かれており、また、職員の多くは利用者の障がいや行動特性を熟知しながら、利用者一人ひとりのニーズに添った支援と、安心・安全に心掛けた支援を行っています。

しかし、支援が長期化しているがゆえに、利用者個々の変化に気づかずニーズを的確に把握できず、支援がマンネリ化してしまうことも心配されます。

そのようなことにならないよう、関係機関との連携を密に情報の共有化を図りながら、利用者本位の支援にあたってまいります。

### ●人事考課の実施

現在、法人全体で人事考課の実施を計画しています。

平成25年度は管理職を対象に先行実施し、平成26年度からは全職員を対象に実施することとしています。

人事考課が職員のやる気を高め、利用者支援の充実につながるよう取り組んでまいります。

### ●外部監査の実施

当法人は、昭和43年から北海道から運営の委託を受けて施設運営を行ってまいりました。それらの経過から、北海道保健福祉部道立施設係による監査と法人で委任した内部監査を行ってまいりました。

平成27年度の新会計基準への移行後、速やかに導入することを法人全体で確認しております。

### ●計画的な人材育成

作業のための人材育成は、現在、ファームを中心に農業経験者を臨時職員として雇用し、生産性などの面で大きな効果を上げています。今後は生産性を求められるクリーニング作業においても、経験者の雇用による専門性と生産性の向上について検討していきます。

また、福祉制度や利用者の権利擁護、虐待防止などの更なる理解に向けた研修を実施してまいります。

## 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

## 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。	b	法人理念として「障がい者自立への取り組み」「社会的使命の達成」「地域との共助・協働」を3つの柱として法人の方向性・考え方を読み取ることができる。「ハーモニー」の理念の明文化として、要覧やHPに記載することを今後、協議するところである。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	理念に基づき、基本姿勢として、「人権の尊重」「地域生活の支援」「快適な生活の保障」「自己研鑽」の4項目が職員の行動規範となっている。「ハーモニー」の基本方針の明文化として、要覧やHPに記載することを今後、協議するところである。
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	理念・基本方針の掲示の他に、「太陽における権利尊重の指針」「職員の約束」を職員に配布している。このことで理念・基本方針の理解を職員に促している。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	年度初めに、利用者・家族に理念・基本方針を説明し周知に努めている。言語による理解が困難な利用者に行事や日頃の支援を通して伝わるように努めている。また家族には通信「やまのおと」を発行、家族の会で説明・周知に努めている。

#### 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。	b	中長期計画では、「太陽の園」全事業中のデイ活動事業として記載されている。入所施設からの地域移行を経て、まちにあるケアホーム等から通う利用者が多い。更なる地域移行の計画としては、利用者・家族の意向を聞いて数値目標が設定されているものの、「ハーモニー」の中長期計画での位置づけが明確化されることが期待される。
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。	b	「ハーモニー」は、約100名の利用者が複数の屋内外の日中活動として分化、運営されている。平成30年までの地域移行を入所利用者の定員削減として数値目標が設定されているものの、中長期計画を視野に入れた単年度計画として明確化が期待される。

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。	b	中長期の計画策定については幹部職員が中心に行われているが、各種のプロジェクトや委員会の意見も集約されている。計画は、職員会議において説明の上了承される。今後は、「ハーモニー」の中長期計画に基づいた事業計画にも期待したい。
1-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	事業計画については、全職員に文書が配布されている。職員会議を中心に説明され、確認と周知に努めている。日常業務においても理解されるように、職員事務所に備え付けられ常時閲覧できるようになっている。
1-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	通信「はーもにー」「そよかぜ」や家族会総会で周知を図っている。ディ活動参観を設けているが、家族の高齢化や遠方に居住するため参加が少なく隔年で開催している。利用者は重度の障がいが多く、言語による理解が難しいが伝わるように努めている。

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
1-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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。	a	事務分掌については職員に対して文書を配布し、組織図にて役割・責任が明示されている。機関誌には、管理者として運営方針等をリーダーシップを取るべく表明した文書を掲載している。
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。	a	管理者は障害者自立支援法を始めとする法令・通知・制度の改正等の情報収集に努めており、各種会議に参加している。この情報を職員会議等で文書を配布、説明して情報の共有が共有されている。
1-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	a	自らの質の向上と同時に職員に必要な資格の取得を推し進め、職員会議等を通じ、法令・制度の改正等の報告をし周知に努めている。事業計画と同様に、収支報告書を職員事務室に備え付け、閲覧できるようにすることで職員個々の経営参画の意識付けを行っている。
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。	a	平成23年9月の経営診断実施結果報告書により示された結果を基に、施設整備として生活介護事業所の新設や職員の確保と育成を課題としている。各種プロジェクトや委員会と職員との理解を得て、多面的に業務改善を進めている。

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	法人内の日中活動事業所利用の家族に懇談会やアンケートでニーズを中長期計画に盛り込んでいる。伊達市街へ地域移行を果たした元入所利用者の利用が多い。「だて地域生活支援センター」との連携が功をなしている。
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	外部機関に経営分析を依頼している。法人全体の中の伊達地域にある事業所群としての数値結果を踏まえた経営の安定を職員の採用形態等から図っている。
Ⅱ-1-（1）-③ 外部監査が実施されている。	c	内部監査は、平成23年12月16日に実施、24年度も12月に行われ、公認会計士が立会い、会計処理の的確性を指摘・改善を確認している。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	生活介護事業の支援員として必要な技術はもとより、加算の対象にもなる専門資格の取得を推奨している。国家資格の取得に関しては、テキストの貸与やスクーリング受講時の休暇を付与している。今後は、次世代の職員への技能の継承も含めた人事管理が期待される。
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	人事考課については、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。人事考課の目的と効果が誤解のないように、十分な説明がされることで、職員の利用者支援に対する意識の高まりに繋がるのが期待される。
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。	a	メンタルヘルス等の相談窓口は、職員の雇用形態に関わらず相談しやすい体制をとっている。雇用継続時には面談をして非正規職員にも要望等を聞き取っている。
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	北海道民間社会福祉事業職員共済会に加入しているが、非正規職員は未加入となっている。健康診断は正規職員と同様に受けているが、親睦会等の交流は特に設けていない。非正規職員への福利厚生の取り組みが期待される。

<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>各年度毎に、法人内と外部の研修が計画されている。勤続年数や職務階層に応じて、研修用冊子の前文に理念とともに基本姿勢が明示されている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>本体施設「太陽の園」に研修委員会が設けられている。サービス管理責任者が計画的に養成され、現場ではチューター制がとられている。個々の職員のキャリアプランには、人材育成や人事考課、本人の就業意向のすべてが含まれる。職員一人ひとりに対する研修計画の更なる取組が望まれる。</p>
<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>b</p>	<p>個別の職員研修には評価見直しが必要である。毎月1回研修委員会が開催されている。伝達研修を始め、効果が個々の職員に与える影響が大となるような体制にも期待したい。</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>a</p>	<p>本体施設「太陽の園」として実習生を受け入れている。日中活動に留まらず、様々な障がい福祉サービスを学べるように配慮されている。</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>防災や感染症に対処する委員会を組織し、各種の対応マニュアルを整備している。新人職員には、年度始めに本体施設「太陽の園」において、法人共通のテキストを使い、利用者のための緊急時の対応が教育されている。</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>b</p>	<p>平成24年に新築されたことで災害には最新の技術設備による対策が講じられている。体系化された自衛消防組織や非常食の備蓄、無線の配備等がある。新築した棟での防災訓練の効果・実践の蓄積をしているところである。</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>a</p>	<p>インシデントリポートは、同法人の日中活動の事業所と同じファイルに綴られることで、危機管理意識を複数の事業所職員で共有している。新人職員には、年度始めに本体施設「太陽の園」において、法人共通のテキストを使い、利用者のための緊急時の対応が教育されている。</p>

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	伊達市内のふれあい広場や神社祭といった行事には、地域生活支援センターと連携して、利用者の参加を積極的に支援している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	ロッジ「ふれあい」には利用者の制作作品が販売されている。時期により農産物や卵・低温殺菌牛乳も売られている。軽食喫茶コーナーで働く利用者もいる。ロッジは近郊の登山者や観光客が立ち寄り、障がい者の働きや作品が目にとまる機会となる。こうしたことで地域の人の障がい者理解への啓発もなっている。本体施設「太陽の園」としては、専門職によるセミナーの開催等がある。
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	本体施設「太陽の園」として行事ボランティアの受け入れは行っている。運動会や祭りの時に限られているので、利用者にもっと身近な存在となるボランティアの育成に期待したい。
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	利用者の多くが市街から送迎バスで通所している。病院や生活の場であるケアホーム等の情報も含めて連絡リストを備えている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	職親会、ボランティア連絡協議会、自立支援協議会等への定期的な参加とケース検討会議等により連携が図れている。
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	同法人の「障がい者総合相談支援センター相談室あい」や「だて地域生活支援センター」、自立支援協議会等との情報や活動により、高齢化の他、障がいの重度化を実感している。
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	法人は、伊達市より「障がい者総合相談支援センター相談室あい」の委託の他、グループホーム・ケアホームの増設や居宅支援事業等を展開している。地域移行後、まちで暮らす利用者は送迎バスで移動している。地域移行が進む中で、日中活動の場の拡大も予定されている。

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	全職員を対象とした「虐待及び暴力行為に関するアンケート」調査の結果等を参考に、法人内の人権尊重委員会が中心となって「職場の倫理意識に関する研修」を企画し、「利用者の人権を尊重した支援のあり方」をテーマとし職域ごとに全職員が参加しディスカッションを行っている。また、利用者の尊重・基本的人権が謳われた「職員の約束」が事業所廊下に掲示されている。
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	利用者のプライバシー保護に対する、職員の在り様が示されている「権利尊重の指針」が職員全員に配布され周知されている。新人職員には、日本知的障害者福祉協会の「見直そう あなたの支援を」の冊子を使用し研修がおこなわれている。また、各支援場面での対応や専門職としてのあり方を具体的にかつ容易に理解ができるように、法人で作成したイラスト入り小冊子「やさしいまなざし」が入職時に配布されている。入浴や排泄の支援を必要とする利用者には、同性によるサービスの提供に留意するなどプライバシー保護には十分な配慮がなされている。
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。	a	各作業科から利用者代表が集まり作業内容などについての意見聴取の機会を定期的に持っており、サービス内容の向上に生かしている。また、今年度はケアホームでオンブズマンの訪問を受けており、そこで報告された内容についても、「だて地域生活支援センター」との連携のもと迅速に対応している。家族に対してはアンケート調査や懇談会を開催しており、その中で出てきた個別の要望については担当職員が調整や説明をおこなっている。また、建物の構造上の問題など解決に時間を要するものは全体の課題として捉え可能なものは事業計画に反映させていく予定である。
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	職員は利用者の変化に対し敏感に感じ取り、気になった利用者には職員から声をかけている。ケアホームにおける人間関係の悩みなどの生活場面での相談もあるが、「だて地域生活支援センター」と情報共有することで、本人に起きている事実を確認し、本人の気持ちが安定するよう傾聴している。
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	苦情解決機関として「権利擁護委員会」が設置され運営細則があり、苦情受付は総務課長と各支援課長となっている。苦情解決の仕組みとして3名の第三者委員が委嘱されており、利用者や家族への周知として簡易な説明とポスターが事業所内に掲示されている。行事や家族会などの際には、支援課長が、苦情の受付窓口となっている旨を説明し周知に努めている。利用者・家族等が気軽に仕組みを利用できる工夫が望まれる。

<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>北海道知的障がい福祉協会から派遣されているオンブズマンや家族懇談会、アンケートを通じて収集したサービス改善についての意見要望は、調整会議・職員会議等を通じて解決策を検討し調整や面談などの対応は迅速になされている。日常の支援内容等については、各作業班担当者が意見を聴取し当日の夕方の打ち合わせでサービス管理責任者に報告、対応方法が検討され、必要なものについては、サービス提供管理者が、すぐに関係機関と調整を行い解決している。</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組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>a</p>	<p>人権尊重委員会が担当部署として「福祉サービス内容評価基準ガイドライン」沿って自己評価を実施しており、結果は同委員会で集約し法人全体に報告されている。自己評価でbとした項目の「利用者の主体的活動の尊重」や「余暇レク活動の充足」については、次年度にむけて、既に部署内で話し合いが開始されており、男女別グループから適性や能力ごとのグループへの変更の検討など利用者本位のサービスの在り方が模索されている。</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、改善策・改善実施計画を立て実施している。</p>	<p>b</p>	<p>「人権尊重委員会」が中心となり自己評価に取り組み、結果は当委員会で分析し結果が公表されている。しかし評価結果に基づいた改善策、改善実施計画などの立案は行われていない。しかし部署内では日常的に改善に向けた方策について検討はされており、評価と連動した形での計画立案の策定が望まれる。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>サービス提供時の留意点やプライバシーへの配慮する点が盛り込まれた業務手順書、サービスガイドライン、事故発生対応マニュアルなど、各状況に応じたマニュアルが整備されている。マニュアルは職員室にいつでも閲覧できるように常設されている。新人職員には都度マニュアルに応じたサービスが提供できるよう指導されている。</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>a</p>	<p>標準的なマニュアルについては、生活介護・日中活動の部署にてプロジェクトチームを立ち上げ半期ごとに見直し検討をおこなっている。個別マニュアルについては一年に一回見直しを行うほか、必要時、担当者が都度マニュアルを変更しサービス提供管理者が集約し、職員会議等を通じて各職員に共有している。</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。	a	日報は作業班の担当者が毎日作業終了後に記録し、サービス提供管理者に報告する。書式は決まっており、ほかの職員が閲覧・共有できる状況になっている。個人別ファイルには施設利用受付書・アセスメントシート、個別支援計画、医師意見書等が整理されて綴られており、経過記録は月1回、管理者が確認する体制を取っている。記録の書式については法人全体で見直しを行っており、当事業所も経過記録の書式が変更になっている。現在は個人記録は手書きで行っているが法人全体でパソコンソフトの導入が検討されており、記述方法や内容等についても統一していく方向が模索されている。
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	「個人情報管理規定」において個人情報文章の施錠管理、アクセス権の制限など安全対策を行う事が明記されており、個人台帳は施錠できるロッカーに保存されている。パソコンソフトは現在導入を検討中である。情報開示の請求に関しては「個人情報保護指針」の中で問い合わせの窓口が明記されている。
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	利用者の状況は、夕方の打ち合わせで情報を共有している。週一回は主査以上で会議が開催され、月一回の職員会議と合わせ、日常の情報の共有化が行われている。職員会議は月一回時間外で二～三時間開催され個別のケース検討も行っている。ケアホームとは、連絡帳をやり取りして生活の変化を把握している。

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	法人のホームページが作成されており、当事業所の施設概要が掲載され、問い合わせ先も明記されている。授産製品は、写真を載せ販売価格も掲載されている。常設の販売所は、道内四箇所があり、住所や地図などアクセス方法も確認しやすい。最新情報として行事の写真や研修などの報告、パンフレットもダウンロードできるようになっている。
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。	b	サービスの開始時における説明は、「だて地域生活支援センター」と合同で法人施設内で開催している。利用料や各種規定、緊急時の対応などは理解しやすいようにポイントを絞って説明し混乱しないように配慮はなされている。契約書・重要事項説明書ともに、利用者にも理解しやすい簡単な文章にするなどの工夫が望まれる。
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	事業所の変更は「だて地域生活支援センター」が調整を行っている。退所後の再利用もセンター職員が支援を継続しているので、円滑に行える。また、サービス利用契約書には「サービス終了時の援助」項目があり、必要な援助を行う旨が記載されている。

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	生活全体のアセスメントは「だて地域生活支援センター」においてなされているため、生活介護におけるアセスメントはサービス提供管理責任者が事業所内にて主に作業場面を中心に行っている。家族には契約時や電話で聞き取りを行なっている。利用者からの聞き取りは難しい場面もあるが、利用者の多くが併設の施設からの地域移行しており、身体状況や生活状況、行動変化や希望などは把握しやすい状況である。また不確かな部分については「だて地域生活支援センター」に照会し確認している。アセスメントは施設で統一された様式を使用しており、検討会議が職員全体で年2回実施されており見直しが定期的に行われている。
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	個別支援計画は、各担当者が原案を作成しており、検討会議で検討し、施設長が策定責任者となっている。言語を使つての表現が難しい利用者には、表情や行動などから利用者の思いを把握し、サービス提供時における具体的な支援目標を立案している。担当者は家族の意向も個別支援計画に取り入れるよう努力しているが、長年離れて暮らしている家族も多く担当者に一任されることも多い。個別支援計画は事業所用と利用者本人用の二種類が用意されており、利用者本人用には、簡単で短い文章で記入している。個別支援計画の家族への説明と同意は、来所時や来所が難しい場合は電話にて行っている。
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。	a	個別支援計画は、年2回検討会議を開き、見直しを行っている。検討会議には担当者とサービス管理責任者、必要に応じて言語聴覚士、作業療法士、看護師も参加し定期的に見直しを行っている。他、自傷や他害行為などが発生した場合は、随時見直しを行い家族に説明と同意を得ている。見直し後の個別支援計画については全職員に周知され、同じ方向でサービスが提供されている。