

2011

福祉サービス第三者評価

受審証明書

事業者名 社会福祉法人 後志報恩会

事業所・施設名 知的障害者グループホーム事業長橋寮

上記事業者は、福祉サービスの質の向上に向けて、北海道福祉サービス第三者評価を受審し、当機構がその結果を公表したことを証します

サービス種別 知的障害者グループホーム事業

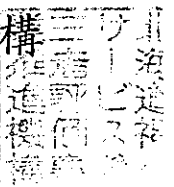
評価実施期間 2009年10月14日から

2011年2月18日まで

評価機関名 特定非営利法人福祉サービス評価機構Kネット

2011年 9月1日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構



北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011年2月18日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 064-0806

住所

札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4
高砂サニーハイツ401

電話番号 011-522-9772

評価機関名 特定非営利活動法人
福祉サービス評価機構Kネット

認証番号 北海道 第10-003号

代表者氏名 理事長 三上 重之

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)	吉村 信義	組織・福祉	1
	(2)	霜山 幸雄	組織・福祉	119
	(3)	深澤 雅子	福祉	10
	(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	長橋寮			
運営法人名称	社会福祉法人 後志報恩会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2009年10月14日	～	2011年2月18日	
利用者調査実施時期	2010年2月9日	～	2010年3月25日	
訪問調査日	2010年2月22日			
評価合議日	2010年11月30日			
評価結果報告日	2011年2月18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			

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

特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット

②事業者情報

名称：社会福祉法人 後志報恩会	種別：共同生活援助・共同生活介護一体型事業所
代表者氏名：理事長 山崎 忠顕	定員(利用人数)： 40 名
所在地：〒048-2335 北海道余市郡仁木町銀山2丁目134番地	TEL 0135-33-5311

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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>1. 積極的な地域移行への受け皿の整備 「地域住民の一人として社会で生きる喜びを享受できるように援助を行う」ことを基本方針として、基幹施設である和光学園等と連携して、利用者の地域移行への生活条件の整備を目的に、長橋寮他8事業所(グループホーム)の場作りを図るとともに、利用者の地域での自立生活の支援に当たっています。</p> <p>2. 相談体制の充実と生活の安定 地域移行にあたっては生活支援員や世話人の指導・育成研修計画の下に支援技術や相談技能研修による資質の向上を図っています。また、利用者対象者の生活体験訓練、入所不安解消の取組みにはスーパーバイザーの配置などで支援員等の指導力を図って利用者の生活の安定と定着に努めています。さらに、グループホーム間の職員と利用者との話し合いをして生活寮の生活の改善と向上を図るとともに個別面談の希望に応じた支援を行っています。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>1. 地域との交流促進について 地域との関わりについては、法人全体では、体育館の開放、ボランティアの受入れ、授産製品作り体験、地域障害者の相談窓口設置など積極的に行われています。 施設(長橋寮他8事業所)としては、町内会に加入し地域のお祭りなどに参加していますが、更に、地域ボランティア活動、地域行事への参加、事業所が有する機能の開放など地域との積極的交流を期待します。</p>
--

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

別紙のとおり

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

社会福祉法人 後志報恩会 長橋寮

第三者評価結果に対するコメント

創設以来、一貫して以下の姿勢を持って支援を行ってきた。

『地域社会の中で一人の人間として尊厳を持ち、安心して生活できること』

具体的には

(1) アフターケアの充実（入所から地域生活移行後も継続的・包括的支援体系）

施設入所からGH・CHを利用し、一般就労・通所施設を利用する方への継続的支援を包括的に行ってきた。特に一般就労した後のアフターケアに取り組む制度が無い中で、法人として単独の体制を整備してきた。

(2) 利用者主体の支援の充実

①結婚支援

長橋寮としての支援の範疇では、3世帯の支援を行ってきた。

直接支援 1世帯（財産管理や生活支援をサポート）

間接支援 1世帯（基本的には本人たちで行い、随時相談に応じサポート）

以前に支援したケース 1世帯（結婚後離婚）

②保護者不在利用者への継続的支援

保護者不在で長期入院中の利用者への継続的支援を行っている。現在の制度では、長期入院の場合に契約解除もやむをえないが、法人判断で支援を継続している。

③個別的余暇活動の支援

個々の求めに応じて、移動介護の活用、法人独自のガイドヘルパーの活用を行いつつ、コンサート鑑賞、旅行等の希望に最大限対応をすべく支援を行っている。

④健康管理の支援体制確立

疾病・怪我等への健康管理支援はもとより、生活習慣病をふまえた献立の検証・栄養指導など実施している。

(3) 支援の質向上への取り組みの確立

①定例会議の開催

情報交換・伝達確認・調整などを行うために毎月定例的に開催している。

②研修の実施

毎月の定例会議時に事例を通して支援のあり方を研修したり、仁木地区合同で研修会を開催する等の取り組みをして支援の質の向上を図っている。

今後の課題

『支援者の質を高め、本人のニーズによりそった生活の提供を目指すこと』

具体的には

(1) 支援内容の見直しと改善

- ①利用者のニーズを捉えた個別支援計画を作成するため、本人を取り巻く関係者が連携し支援計画を立てる。
- ②利用者に関する記録の取り方など支援員の業務について差があるため、標準化できる部分については検討する。
- ③朝の支援体制の必要性が求められているので検討する。
- ④保護者連絡票や広報誌の発送など保護者との連絡について取り組んでいるが、不十分なのでさらに改善を検討する。

(2) 生活環境の整備と改善

- ①快適な生活の提供のため、老朽化している物件や立地が悪い物件については変更を検討する。
- ②地域生活を希望する方にケアホーム等の提供ができるように新規物件を検討する。

(3) 地域との連携を強化

- ①防災について町内会などと連携する取り組みが不十分なので改善を検討する。
- ②地域が主催する清掃ボランティアなどへ積極的に参加できることを目指す。

(4) 安全な生活の確保

- ①防災に関する研修会に利用者自らが参加することで防災に対する意識を高める。
- ②ホームセキュリティなどを活用して安全な生活を提供する。

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 1 月 6 日

経営主体 (法人名)	後志報恩会		
事業所名 (施設名)	長橋寮	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4-1-15		
電 話	0134-51-4700		
F A X	0134-51-4700		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	山崎 忠顕		
調査対応ご担当者	佐藤 嘉則	(所属、職名：)	
利用定員	51 名	開設年	18 年 10 月 1 日
理念・基本方針：一人ひとりが安心して共に生活出来る福祉コミュニティの創造 ～ノーマライゼーション社会の実現を目指して～			
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)

共同生活介護・共同生活援助

【利用者の状況に関する事項】（平成22年1月6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	3名	5名	13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
9名	6名	2名	名	名	名
					合計
					38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	1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	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
1名	14名	23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	11名	名	27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: 2.9)

【職員の状況に関する事項】(平成22年1月6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	7名	1名	名	1名	2名
非常勤	7名	名	1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	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	3名
非常勤	名	名	名	名	6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	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	㎡		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	「 1. はい	「 2. いいえ
	耐震	「 1. はい	「 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)	㎡		
(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	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 _____ 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

_____ 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 _____ 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。

【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)

社会福祉法人 後志報恩会
グループホーム長橋寮

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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	障がいがある利用者対象にひとり一人が安心して共に生活できる福祉コミュニティの創設を理念として明記し、ノーマライゼーション社会の実現を目指している。
I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	サービス運営の基本方針を利用者支援の基本的視点、職員の間で共有すべき支援姿勢、地域社会資源の活用と連携の3方針を明記して理念の具体化を図っている。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	全ての職員が理念・基本方針を明記した業務執行の基本的な知識・技術・経験の成果をまとめた「職員ハンドブック」を携帯し、日常的な業務執行や打ち合わせ・研修の機会に活用して資質やサービスの向上に活かしている。
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	サービス理念・基本方針を明記した利用者・家族向けのパンフレット、法人たより等は手もとに置き、利用者の生活指導場面に活かしている。なお、法人ではよりやさしい言葉や文書に表現できるように職員に育てて検討しており、その成果に期待したい。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (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) -① 中・長期計画が策定されている。	a	長橋寮は1990年道立和光学園の後志報恩会への移管に伴う施設・設備整備計画の下に、対象利用者の共同生活援助・ケア施設計画に基づいて毎年施設の整備を図ってきた。関連する事業の拡大と共に整備を図り、運営計画など年次計画に具体化して示している。
I-2-1 (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	2006年以降にあっても、これらの計画を踏まえて各単年度の計画に具体化している。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	a	中長期計画とその具体化は法人組織の各業務分掌に応じて組織的経路を経て定期的に実施状況を見直しして策定し、決定している。
I-2-1 (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員への周知は政策経路を経て執行過程段階で周知し、各業務分掌の役割に応じて受け止め理解を図り、利用者の利益に寄与している。従来、多くの計画が利用者・家族の要望を受け、施設・設備の整備を図り、地域移行支援など生活適応の成長をめざして周知を図っている。

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 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (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	事務分掌規定は管理者の役割と責任を明確にし、学園運営の組織的な役割分担の下に、統括すべき職員会議等で指導と判断を下し、全業務の執行と点検・評価・方向性を示して統括責任を担っている。
I-3-1 (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。	a	障がい者福祉に関連する法令のほか労働・衛生・保険等幅広い法令遵守が求められることから、管理者の下に組織的な分担をはかり業務の適正な執行に努めている。
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (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	社会の多様な質的変化や人権認識の向上などの必然的要請に応じて、従来業務を見直し、実施・評価・分析過程の検討、職員の意向の吸収・浸透が求められている。「コミュニケーション面談」方式を導入して職場の人的環境の改善や業務意欲を喚起するなど指導的役割を果たしている。
I-3-1 (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	多様化する福祉サービスニーズに応えるには職員の人材の確保・養成が不可欠であり、併せて人事・労務管理の適正化、一方財政的な合理化・効率化が求められている。与えられた諸条件に業務委託、ボランティアの導入、人的環境の改善など工夫を重ねて改善に努めている。

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 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-1 (1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	関係団体の研修会に参加するとともに法人本部・和光学園関連から情報収集している。施設単位としては、状況把握の取組みが十分ではない。
Ⅱ-1-1 (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	経営状況は法人全体、和光学園関連で把握し施設経営、運営上の課題については、法人の運営会議（月2回）、和光学園関連会議で協議し改善すべき課題について取り組んでいる。
Ⅱ-1-1 (1)-③ 外部監査が実施されている。	a	本年度から税理士法人による財務指導・監査について契約締結し実施している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1 (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。	c	施設として必要な人員配置基準は遵守され、家庭的な生活支援の出来る人を確保している。今後、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランを確立することを期待したい。
Ⅱ-2-1 (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	年2回、自己チェック表を提出する「コミュニケーション面談」方式を導入して、職場環境の改善、職場業務の自己気づき評価、質的養成を目的としている。複数段階の上司との面談による評価体制を整えようとしている。今後の成果に期待したい。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (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	職員の就業状況が記録され、職員の意向を把握するためのコミュニケーション面談を行うなど、相談しやすい仕組みが整備され、就業状況の改善に向けて取り組んでいる。
Ⅱ-2-1 (2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	北海道民間社会福祉事業職員共済会への加入、法人の職員福利厚生会による職員の交流など福利厚生に取り組んでいる。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-1 (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	職員の教育・研修は、法人の基本方針、事業計画に基づき実行され、専門資格取得のための職務免除の配慮もしている。
Ⅱ-2-1 (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	法人として研修委員会を設け、法人全体の研修計画を立案し実施している。今後は個々の職員の知識、専門資格の必要性などを把握し、実施することが望まれる。
Ⅱ-2-1 (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。	c	研修報告書により報告しているが、研修成果を発表する機会を設けるなど、次の研修計画に反映する取り組みを期待する。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (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。	c	グループホームは個人の居住の場のため、実習生は受け入れていない。
Ⅱ-2-1 (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。	c	グループホームは個人の居住の場のため、実習生は受け入れていない。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-1 (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)-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	法人としてリスクマネジメント委員会を設け、非常災害時対策・危機管理体制について月1回協議している。緊急対応など各種マニュアルが整備され、事業所には自動通報装置を設置している。なお、現在セキュリティシステムの導入を検討している。
Ⅱ-3-1 (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	避難訓練、防火訓練を受講するなど事故防止に関する研修を行ない、ヒヤリハット報告書に基づきリスクマネジメント委員会で協議し、対策を実行している。避難訓練は年1回行っているが、十分とは言えない。冬季、夜間、地域住民との協力を得ながらの訓練を期待したい。

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。	b	「地域住民の一人」として自立と社会参加を促進するための支援を基本とし、地域お祭りへの参加、買い物などを通して地域への働きかけを行っているが十分とは言えない。今後は利用者が可能な限り地域とのかかわりの得る支援を期待したい。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	ホームの開設に当たっては地域住民の理解と協力を得ており、地域の環境づくりなど地域の1市民としての協力関係を積極的に維持し、その役割を果たしている。見学者へホームを公開するなど理解の促進に寄与している。
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	ボランティア受け入れの基本姿勢は明確にしている。現状ではボランティアを受け入れる状況ではなく、逆に、関連主体施設でのボランティア活動を共にする利用者も多く、社会活動認識での積極的な可動的な体制にある。
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。	b	事業所には協力病院・関係機関を提示しているが十分ではない。今後は利用者の状況に対応できる関係機関・団体の機能や連絡方法をリストにし、誰でも分かりやすい、情報の共有化を図ることを期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	複数事業所間の連携事業で定期的に課題や事例検討を行い連携を図っている。今後は利用者の生活の事情に応じて関係機関の連携の機会を確保し、共通する問題の解決に向けて共同して取り組むことを期待したい。
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。	b	法人として相談ネットワークを設け、地域の福祉ニーズの把握に努めている。事業所としては、利用者との懇話会を毎月開催するとともに保護者との懇話、事業所内に「何でも意見箱」を置き福祉ニーズの把握に努めている。今後は施設として、関係機関等との連携・情報収集など積極的な取り組みが望まれる。
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	把握した福祉ニーズに基づき、法人として福祉ホーム、ショートステイ、デイサービスを行っている。

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	利用者を尊重したサービス提供の基本姿勢に関しては案内に提示している重要事項説明書や事業方針、理念、職員ガイドブックに明示している。会議や研修会で共通の理解を図り、「人権侵害0への誓い」利用者の呼称の配慮等具体的に取り組んでいる。
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	利用者のプライバシー保護については、マニュアルが整備されており会議や職員ガイドブックで職員に周知を図っている。マニュアルに基づいて個々の私生活を尊重するサービスが実施され、寮は各自個室でトイレ、浴室等仕環境に配慮されている。
III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a	定期的に1ヶ月に1度「懇話会」が開催され利用者と職員が話し合いをもっている。利用者個々の要望の把握に努め、ケース会議等に於いて改善課題の発見や対策について討議し利用者満足の上昇の仕組みを整備している。
III-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	a	懇話会や保護者会等で把握した利用者満足の結果はケース会議等で分析・検討している。調査結果を活かして具体的な改善に向けて取り組むようなケアプランを作成して対応している。
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。	a	日常的に利用者が相談し易い雰囲気を作っており、定期的に開かれる懇話会では意見を述べ易いように配慮している。「意見箱」の設置やアンケートの実施、保護者会等で利用者・家族の意見を聴いている。
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、苦情解決責任者、複数の第三者委員（ネバースクラブ）が設置され苦情受付体制が整備されている。苦情解決の仕組みを説明した内容が重要事項に記載されており、わかり易い表現内容で案内に掲載され周知されている。
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。	a	利用者からの意見や苦情は具体的に福祉サービスの改善に反映するようマニュアルを整備し取り組んでいる。

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	サービス内容については利用者との面談や会議等で評価・討議されることはある。今回の第三者評価は組織として取り組んでおり、自己評価・外部評価の実施により結果を分析し、改善を期待する。
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ている。	b	職員の参画により自己評価を作成している。今回の第三者評価により実施した評価結果を分析し組織として取り組むべき課題について検討するよう期待したい。
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。	b	評価結果から明瞭になった課題については現在は改善策を策定していないが、今後改善計画を立て実施する方針であり、成果を期待したい。
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。	a	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、それに基づいてサービスを提供している。年に1度アセスメントを行わないサービスプログラムを作成する。会議や研修により職員に周知している。
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	個々の標準的なサービスの見直しについては半年に1度定期的に検証し見直しを行っている。職員や利用者の意見や提案が反映されるよう検討会議等で協議しているが具体性に欠けるなど十分でない。
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	利用者一人ひとりのサービス実施状況は統一した方法で具体的に記録されている。記録は来日時に記録されパソコン入力して共有を図っている。
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	利用者に関する記録は個人情報保護の立場から取り扱いや保管場所に配慮している。院内の倉庫に個人情報記録の書類を保管し、個人情報ファイルは本部(学園)に保管している。情報開示については組織の規定に従って行っている。
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	ケアカンファレンスや来日誌、口答等で利用者の情報を職員間で共有している。パソコンのネットワークシステムを利用して事業所内の必要な情報を職員間で共有できるように整備している。

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	パンフレットの配布、利用希望見学者の案内等サービス内容についてわかりやすく説明し対応している。インターネットを利用して相談を紹介したホームページを作成するなど「親善会」として積極的に各施設や家の情報を公開している。
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	サービス開始前には利用者や家族にサービス内容や料金が記載された重要事項説明書等の書類を用意して説明し同意を得よう行っている。説明書や書類はわかりやすく利用者にも理解できるように配慮している。
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	事業所の変更、家庭への移行を行なう場合は、関係書類などを引き継ぎ、サービス終了後も組織として利用者や家族が相談できるように窓口を開き支援を行ないサービスの継続性に配慮している。

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	利用者の身体状況や生活状況を正確に把握する為に組織が定めた統一した様式によるアセスメントシートを利用して記録している。アセスメントは定期的に見直し個別支援計画を策定している。
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	利用者の課題はアセスメントによって把握された情報をもとに検討され、個別支援計画が策定されている。サービス実施上のニーズや課題を具体的に記録するよう行っている。
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	サービス実施計画は策定責任者を決め、関係者の検討・討議を重ねて策定している。計画内容は担当者、生活支援員、管理者等各責任者の確認の下に適切な策定過程の体制を整えている。
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	サービス実施計画は半年毎に定期的にモニタリングを行い、策定責任者、関係職員参加で検討会議を持ち、状況変化に応じて計画内容の変更を行っている。