

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011年4月22日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 003-0801

住所

札幌市白石区菊水1条2丁目1-8-215

電話番号 011-815-4008

評価機関名 (有限会社) NAVIRE

認証番号 北海道 評価機関認証第1号

代表者氏名 船橋 明美

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)	牧村 匠	組織	第0188号
	(2)	吉田 小夢	福祉	第0110号
	(3)	加藤 礼子	組織	第0115号
	(4)	船橋 明美	組織	第0021号
	(5)			
サービス種別	救護施設			
事業所名称	救護施設 東明寮			
運営法人名称	社会福祉法人 帯広太陽福祉会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010年9月1日	～	2011年4月22日	
利用者調査実施時期	2010年11月12日	～	2010年11月12日	
訪問調査日	2010年11月12日			
評価合議日	2010年11月26日			
評価結果報告日	2011年4月22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

有限会社 NAVIRE
-------------

②事業者情報

名称： 社会福祉法人 帯広太陽福祉会	種別： 救護施設
代表者氏名： 理事長 高橋 勝坦	定員(利用人数)： 93 名
所在地： 〒080-2334 帯広市上帯広町西1線76番地2	TEL 0155-64-5570

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>○ 「自己評価システムの導入」・・・毎年、検討委員会により救護施設サービス評価基準の自己評価システムを導入して「人権への配慮」、「利用者に応じた個別支援プログラム」、「日常生活支援サービス」、「生活環境の整備」、「地域との連携」、「管理者及び職員の研修・資質の向上」、「危機管理及び緊急時への対応」と7分類322項目にわたって自己評価を行い達成度の低い項目については各担当者や会議に検証、課題の把握、改善と次に向かって取組を行い利用者への生活支援サービスの充実と、利用者の自立を目指すように促しており、体制充実に向けてのシステムの構築が出来ている。</p> <p>○ 「きめ細かな情報収集」・・・基本情報、利用者の希望、要望を5つのカテゴリーで聞き、さらに家族からの要望も取り入れている。アセスメントは10項目に沿って情報を収集、それをもとにニーズを整理して支援計画を立て、実行しその後モニタリングを行い修正して質の高いサービスに努めている。職員全体が利用者に寄り添い、利用者の思いがより多く反映され、利用者の自己実現に近づける支援計画策定になっている。</p> <p>○ 「通過型施設への展開における個別生活支援システムの導入」・・・「自己実現の支援」「安心して暮らせる生活環境の提供」の理念のもと個別ニーズに対する支援、グループ及び集団活動に対する支援を目指している。平成12年介護保険法、16年障害者自立支援法の施行に伴い、生活保護法の見直しも進み、通過型施設として機能を構築する必要性を受けて利用者の「自立」が求められており、当事業所も、利用者個別支援計画を基に個々の希望、要望を重視する中でこれからの方向を、介助、看護を中心にサービス提供し生活支援を行う「介助・介護型」、寮内での自立を目指し介護支援及び生活支援を行う「東明寮利用型」、地域での生活を目指し生活支援及び就労体験支援を行う「地域生活支援型」と捉え平成19年から居宅生活体験を開始して通過型施設から地域生活移行へと取組んでいる。特に地域生活支援については昨年度から実際の地域に出て生活をし、農業就労体験をして更に生活力の向上に努めよりよいあり方を模索して利用者支援の向上を目指している。</p>
---

◇改善を求められる点

- 「苦情解決システム」・・・毎日の人間関係での苦情が多い中、苦情窓口は支援課長となっており、状況を把握できない利用者は、直接施設長に話を持って行くケースがある。今後は利用者がどの職員にでも相談が出来、解決できるシステム作りを行い、毎日の生活がより快適に安心して生活できるような苦情解決システムの構築が求められる。
- 「記録方法の均一と明瞭化へ」・・・施設内にネットワークシステムを構築し情報を共有化できる体制ができたが、日誌、個別記録類に情報のバラつきがあり均一化されていない部分が見られる。又各書式の記録方法は、煩雑なところがあり工夫改善を望む。
- 「地域との積極的なかわり」・・・平成15年に移転したが地域行事への参加は大正ふれあい祭りや、サマーフェスティバル参加、地域の方の当事業所行事への参加は運動会、文化祭にとどまっている。災害避難訓練時には地域の方が見学しているが、訓練には参加していない。地域の役割体制が確立された避難訓練や、福祉関係の研修会の開催、さらに日常的な交流(草取り、窓拭き、除雪ボランティア)のもとに施設の持つ社会資源を地域に開放し役立て地域に誘致された施設としての積極的な交流を期待する。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

帯広市から当法人に経営の移譲を受けて10年が経過致しました。この間、利用者一人ひとりを大切にされた支援に心がけ、救護施設サービス評価基準を活用し、サービスの質の向上に取り組んで参りました。自己評価の積み重ねにより、ある程度は目的を達成することができましたが、職員による評価のため、評価の甘さやバラつき、実施年度による評価結果の違いが見られていたのも事実でした。

この度の福祉サービス第三者評価を受審するにあたっては、私たちのこれまでの実践の積み重ねに対して、第三者の目で客観的に見て頂き、導き出された評価及び課題について、今後の事業展開の材料とさせて頂きたいと考えているものです。

総評の中で、①継続的な自己評価の実施による評価と改善への取り組み②利用者一人ひとりの希望要望を重視した個別支援への取り組み③三つのタイプに分けて支援を行う中での「地域生活支援(通過型の機能)」への取り組みなどに対して、一定程度の評価を頂いたことは大変励みになり、今後も東明寮の強みとして取り組んで参りたいと考えております。

一方で、①利用者の誰もが日々の相談や意見を述べやすい環境の整備②職員の記録方法の統一と各文書の取扱いの煩雑な側面の改善③地域から誘致をされて移転をされており様々な支援を受けている中で、地域の社会資源として研修会の開催や日常的な交流の実施、また、災害時を想定した地域住民との共同での訓練の開催の必要性④安全・安心な生活の構築に向けた丁寧な環境の整備などについて課題として指摘を頂きました。それぞれの課題につきましては、改善計画を立てて具体的に取り組んで参ります。

今後におきましては、利用者や地域住民、ご家族や関係機関とのより丁寧な関係の構築に努め、サービスの質の向上に努めて参りたいと思っております。

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

## 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 9 月 14 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 帯広太陽福祉会		
事業所名 (施設名)	救護施設 東明寮	種別	救護施設
所在地	〒 089-1242 帯広市大正町基線100番地 3 4		
電 話	0155-64-2333		
F A X	0155-64-2332		
E-mail	obi-tomei72@hkg.odn.ne.jp		
U R L	<a href="http://www1.odn.ne.jp/tomei72/">www1.odn.ne.jp/tomei72/</a>		
施設長氏名	杉野全由		
調査対応ご担当者	谷本 明 石川 尚樹 (所属、職名：事務長 支援課長)		
利用定員	90 名	開設年	昭和 47 年 6 月 1 日
<p>理念・基本方針：＜経営理念＞障がいの種類を問わず支援を要する者が共に生きる場として、利用者を地域で生活する市民として尊重し、その基本的人権と健康で文化的な生活を保障する。と同時に、利用者の幸福の追求と、その人らしい豊かな生活の実現に向け、その支援に最大限努める。＜基本方針＞①法人の経営方針のもと、地域の中で利用される救護施設を目指す。②利用者の個別のニーズを把握し適切なサービス提供を図る。③安心・安全なサービスの提供体制を作っていく。④職員の専門性の向上と次代を担える人材の育成を図っていく。⑤施設の機能とマンパワーを活用して、地域の社会資源と連携したサービスを提供する。</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)

--	--

【利用者の状況に関する事項】（平成22年 9月14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	0名	0名	2名	1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
0名	5名	7名	13名	24名	41名
					合計
					93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	4名	1名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	1名	名	名	名	1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	2名	2名	3名	4名	1名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	2名	名	名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	3名	名	1名	名	名	名	名
合計	11名	4名	4名	5名	1名	1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
7名	3名	14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	2名	21名	名
そううつ病	1名	1名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	2名	名	名
中毒精神病	1名	7名	名
器質精神病	名	4名	1名
その他の精神疾患	名	2名	名
合計	6名	35名	1名

○サービス利用期間の状況（保育園を除く）

6ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
3名	2名	3名	4名	2名	3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	3名	8名	3名	4名	3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
2名	4名	5名	1名	1名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	1名	0名	35名		

（平均利用期間： 17年）

【職員の状況に関する事項】（平成 年 月 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	27名	1名	2名	1名	2名
非常勤	名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT、ST
常勤	名	16名	名	3名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	1名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	3名（ 名）
介護福祉士	11名（ 名）
保育士	3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	2,832.72㎡	
(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	47年
(4) 改築年	平成	15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)に行っ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 21 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

84 人

・ボランティアの業務

書道、生け花クラブ活動の指導、運動会、文化祭の移動、食事介助、朗読会・コンサート・クリスマス会における慰問活動、日常介護業務

**【実習生の受け入れ】**

・平成 21 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 15 人

その他 20 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。

- ・個別支援計画作成時に希望・要望を聴取
- ・自治会、懇談会にて生活、行事などの希望や要望を聴取
- ・自治会で意見箱を設置
- ・行事の実行委員会に利用者が参加

**【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	憲法に謳われてる基本的人権を尊重し利用者の幸福の追求と豊かな生活の実現に向けた支援を理念に掲げ、毎年作られる事業計画書には必ず冒頭に掲載して、すべての事業の基礎として実践につなげている。また、法人のホームページに施設の理念、沿革、概要を掲示して情報公開をしている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	事業計画の経営理念の次に、実践目標、施設目標、生活目標との3つの目標を定めそれに基づいての経営方針に5項目の基本方針を定めて事業を推進している。
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。	a	正職員、嘱託職員全員に事業計画書を配布して職員会議やサービス実践会議の中で管理者が説明し周知している。
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3回発行の利用者及び家族に配布をしている広報誌「のぞみ」に施設長の話の一環として掲載し説明をしているが、理解を促し周知するまでには至っていない。より解りやすく説明することを期待する。

### 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。	a	生活保護法の保護施設である救護施設東明寮の役割と機能を長期的な視野に立って強化する5カ年計画が平成22年に策定されている。
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。	c	7項目の計画が策定されているが、細部の計画は具体的なものと総論的なものとの混在であり更に具体的な事業計画策定を望む。
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	各検討会議、チーム会議、支援課会議、サービス検討会議、職員会議とそれぞれの段階で検討しているが、どの会議がどの部分までの策定をするのか明確ではない。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	c	計画策定には管理者、職員がかかわり周知されているが、利用者には会議時に口頭説明だけであり十分な周知とはいえない。

### 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。	b	管理者の各年度における考えは新年度の会議の時に示されている。また、管理規定及び事務分掌にはその役割が明確に示されているが十分な表明にはいたっていないので文章化を望む。

1-3-(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	救護施設に係る関係法令等の講習は北海道や社会福祉協議会、所属する全国救護施設協議会等に出席をし理解を深め、それをさらに事業所での取り組みに生かしている。さらにコンプライアンス等の研修を事業所として行っているが、法令をリスト化するにはいたっていない。
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り組みに指導力を発揮している。	a	中長期計画、事業計画の中で福祉サービスの質の向上に向かっての自己評価や外部評価の取り組みを計画、実行している。
1-3-(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。	b	管理者、職員は事業計画、事業報告を作成する上で事業の検証、改善に取り組んでいる。利用者へのサービス向上に取り組む上で業務の効率化は避けて通れなく、現状の記録策定の効率化に取組むことを期待する。

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	事業所が所属している全国救護施設協議会や北海道救護施設協議会での経営環境についての研修を受け現状認識をしている。
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り組みを行っている。	a	毎年の業務報告書はそれぞれの担当者から提出された年度報告をもとに纏められている。その中で経営状況や業務状況を分析して次年度に反映している。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	毎年4回、税理士、行政経験者による法人監査を受けている。その中で指摘された事項は、各担当者会議を経て改善しサービス向上につなげているが外部の監査は行われていない。

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。	a	事業計画や中長期計画でこれからの施設運営に必要な人材に関する計画が確立している。中長期計画の初年度の平成22年度から増員の計画で進めている。
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。	c	客観的な基準に基づいた人事考課の必要性は認識しながらも、毎年職員との面談のみで人事管理をし、人事考課は行われていない。
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。	b	職員とは毎年個々に面談をして希望や意向の把握に努めているが、時間外労働の的確な把握や有給消化についての状況把握は組織として出来ていない。職員への配慮の観点から適切な把握を期待する。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターへ加入している他、毎年職員の親睦会に東明寮として助成金を出しており職員の福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
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。	b	職員全員が広い心を持ち、利用者への目配り、気配り、心配りを大切にすることにより職員一人ひとりの資質が東明寮のサービスの質に直結する。と言う基本姿勢は明示されているが、事業所が具体的に必要とするサービスに対する資格、技術が明示されていない。

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	事業計画の「職員の資質及び専門性の向上→研修計画」にて基本計画に沿った職員の研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取り組みを全てで行うには至っていない。さらに具体的な取り組みを期待する。
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	事業報告の中で毎年研修についての検証、見直しを行っているが、個々の研修については取組がなく、計画策定、実施、評価、見直しを望む。
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。	a	実習生受入に関してはマニュアル化している。専門職育成と位置づけオリエンテーション、研修と体制を整備している。
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。	a	専門職育成の観点から社会福祉士、介護福祉士、教員免許取得のための現場実習への協力をし、実習受入はプログラムの工程表に基づいて行われている。

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	利用者の安全確保のため組織として事故対策、感染症対策、災害対策のマニュアルを整備、訓練をして体制を整備し機能している。
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	利用者の安全を脅かすリスクについてはインシデント、アクシデントの集約、事例の研修、改善をして対策をとっている。

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。	b	地域から誘致を受けた事業所であり地域に溶け込む努力をしている。ソフトボールクラブは地域のチームとの試合を行い交流をしている。また、地域のお祭り「大正ふれあい祭り」には作業品の販売やハンドベルクラブが出演して楽しいひと時を過ごしている。ただ、日常的な交流は少なく今後の課題となっている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	救護施設としての機能の強化を重点項目にあげて体制整備に努めている。事業所内の和室、地域住民ボランティア室は介護体験講習会や救急法など近隣住民に使用され交流の一端を担っているが日常的ではない。
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。	b	多くのボランティアを積極的に受け入れ利用者には良い影響を与えている。しかし受入に際しての研修はなく今後の体制作りを期待する。
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	利用者サービスの質の向上のために連携が必要な関係機関や団体については職員会議等を通じて情報の共有は出来ている。具体的に福祉事務所、保健所、市、振興局とそれぞれの立場でつながっているが十分ではない。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	福祉事務所、市、振興局等の研修やセミナーを受講しているが、定期的な連携の機会を確保してはいない。

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。	c	地域から誘致された施設として、地域住民で組織したノーマライゼーション推進委員の一員として参加し、地域福祉ニーズの把握に努めているが、要望は具体的になっていない。
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。	c	中長期計画の今後の事業計画の中に取組としてグループホーム設置の必要性について検討するとなっているが具体的ではない。

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	担当職員は職員会議、運営会議、サービス担当者会議、給食会議、各寮会議や利用者自治会、懇談会に出席して利用者の意見を聞きながらサービス提供について共通の理解がもてるように努めている。
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。	b	現在マニュアルはあるが更に、マニュアル委員会の中で見直し、検討作業を行っている段階である。職員、利用者へのプライバシー保護に関する掲示や職員会議、自治会等での周知は十分されてなく、今後の検討を望む。
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ている。	a	各寮懇談会を毎月行いリスクマネジメントやインシデントの事例検討を行いながら個別の問題を抽出し、利用者の満足度を図り把握に努めている。
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。	b	救護施設サービス基準VERSIONⅡの自己評価の中で利用者満足に対する自己評価を行いそれぞれのサービスの検証を行っている。さらに、給食に対する利用者の満足を調査し、その後、給食の個別支援が行われているが、その他の取り組みは十分ではなく今後の取り組みを期待する。
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	自治会が独自で意見箱を設置して自分達で解決していく方法を行っている。しかし、解決出来なかった時には施設長や課長等が相談窓口になり話し合いの中で解決する体制をとってはいるが利用者への周知が十分ではなく周知の徹底を望む。
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	苦情解決の仕組みはあるが利用者、家族にその仕組みが定期的に周知されていない。施設に苦情を伝えるのも文章でなく口頭が多く、文章での申し出が行いやすい体制づくりを望む。
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	課長、施設長が個々に対応している。日々苦情が多い中もっと迅速に対応して行くには、どの職員にでも対応できるような仕組み、体制作りを望む。

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	検討委員会を作り毎年定期的に救護施設サービス基準VERSIONⅡを使用して7分類322項目の自己評価を行っており、質の向上に向けた組織的な取り組みの体制が整備されている。
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	業務改善マニュアル検討委員会で救護施設サービス評価基準VERSIONⅡを用いて自己評価した結果を分析し、目標、課題を明確にして質の向上に取り組んでいる。

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	サービス評価で上げられた達成度の低い課題は各委員会に担当者を決め検討を依頼し改善を行い利用者サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。
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。	a	提供される個々のサービスは起床対応、食事、入浴、外出、健康管理、排泄、等個別マニュアルとして文書化され実践につなげられている。
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。	a	業務改善マニュアル検討委員会にて毎年利用者や職員から意見を聴取し必要な見直しをしている。各検討委員会マニュアルを各寮にバインダー式にして置き年途中でも都度差し替えられる方法で工夫している。
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。	b	利用者に対するサービスは個別支援計画書をもとに提供されその内容はケース記録等に書かれている。しかし、その記録の質や量に関しては、職員間でのばらつきが目立ち、今後記録の統一化を望む。
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	管理規定で利用者の記録は適切に管理されている。しかし、個人情報保護と、情報開示の観点から職員への研修・教育を望む。
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	利用者の状況等に関する情報は、ミーティング、日誌、職員会議及びパソコンでネットワークを構築し共有している。また、カンファレンスには各職種も必要に応じ参加し情報を共有している。

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	インターネット上にホームページを開設している。又、施設のパンフレットにより情報を提供している。
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	当事業所は救護施設なので福祉事務所からの入所委託に基づき受け入れを行っている。サービス開始にあたっては独自の書式で説明、承諾を得ている。
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。	a	利用者を地域移行支援に向けて取り組んでいる。退所後も利用者が相談出来るシステムを構築している。

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	全国救護施設協議会による「救護施設個別支援計画書」に準じた「個別支援計画書作成マニュアル」が作成されその中で最低年1回アセスメントを行っている。
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	救護施設個別支援計画を活用し10項目のニーズに整理して課題を明確にし計画につなげている。
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	各利用者の担当職員とケアマネジャー的役割の職員がチームになって、個別支援計画書を作成、実施している。
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	個別支援計画書は3か月・6か月・1年と定期的にモニタリングとカンファレンスを行い、見直しをして更新している。