

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2013 年 12 月 27 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11-001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	組織運営管理	第0053号
	(2)	加福 保子	福祉医療保健	第0152号
	(3)	小野寺 さゆみ	組織運営管理	第0116号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活介護			
事業所名称	だて地域生活支援センターらいむ			
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)	2013 年 6 月 15 日	～	2013 年 12 月 27 日	
利用者調査実施時期	2013 年 7 月 26 日	～	2013 年 8 月 11 日	
訪問調査日	2013 年 9 月 6 日			
評価合議日	2013 年 9 月 16 日			
評価結果報告日	2013 年 12 月 27 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 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

○「利用者本位のサービスを目指す職員の姿勢」

北海道社会福祉事業団だて地域生活支援センターの基本方針は、①利用者の権利尊重 ②地域生活支援 ③利用者と家族への願いや思いの共感④ノーマライゼーションの実現の4つです。

職員面談では、この4点を裏づけるように、世話人を含めた多くの職員に行動の基本として実践されているのを確認できました。例えば、夕食を利用者の帰宅に合わせて、料理の提供時間が工夫され、温かいものは温かく品数も豊富でした。食事には、世話人も加わり、家庭的な雰囲気溢れ、メニューも利用者の職場等の昼食と同じにならないように配慮されています。

また、利用者の対応で、世話人が課題を抱え込まないように、支援員・管理者のサポート体制があります。職員の日々の地道な取り組みが利用者のサービスの質を担保していることから、基本方針にそったサービスを提供する職員の姿勢は高く評価できます。

○「グループホーム・ケアホームの運営に留まらないセンターの事業」

だて地域生活支援センターは、第一地域支援課から第三地域支援課まであり、多くのグループホーム・ケアホームを運営しているほか、空き居室は、体験実習の受け入れや利用者同士の対人トラブル等を回避する一時避難場所として活用しています。

また、運営するホームの利用者以外の単身の障がい者20名に家族の会と連携して給食サービス事業を行い、1日3食を提供しており、利用者は、支援センターのリビングで食べたり、アパートに持ち帰って食べたり、昼の弁当は職場に持参しています。

障がいによっては、調理することや、食材の買い物から始まる健康バランスのとれた献立を考えるのが難しく、このような給食サービスは、働きながら社会生活を送る障がい者自立の地域ニーズに基づいた画期的な事業となっています。

○「職員のための充実した研修」

ホームの利用者の年齢は、10代から高齢期まで幅広いものとなっています。利用者支援は、安定して継続した就労のための生活支援や、高齢であれば介護が必要であるなどといった利用者の状況に対応できる職員の力量が必要とされています。短時間勤務である世話人(臨時職員)などは、人生の良きサポーターとして自身の人生経験を活かした業務を行い、より高い専門性を獲得するために支援員とともに多くの研修に参加できる体制があります。

だて地域生活支援センターの運営する多くのホームが合同で実施するワークショップ形式の研修は、世話人・支援員の多くが直面する課題や関心のあることについて学び合うことができます。

◇改善を求められる点

○「より安心なりリスク対策」

今回受審した4つのグループホーム・ケアホームの利用者の多くは、就労若しくは、日中活動の場に出掛けています。高齢な利用者のホームもあり、居室にはベッドがあり、大きなタンスと壁から吊るす収納棚が備えられていました。近隣から通う世話人の話では、地域的に大きな地震はないとのことでした。

火災訓練では、普段はゆっくりしか歩かない利用者でも真剣に避難します。ホームによっては、火元となりやすい台所を通過しての避難となります。また、2階の居室から廊下・階段・玄関までの距離が長いホームもあります。

夜間には、宿直の世話人と利用者のみになるための防犯対策として施錠はもちろんのこと、ホームの場所によっては、センサーライトの設置も対策として考えられます。

だて地域生活支援センターは多くのホームを運営しています。地域の事情に通じた世話人・支援員の意見により、今後さらに利用者の安全を確保する工夫を期待します。

○「世話人も含めた個別の研修計画の策定」

正規職員に対しては、職員の能力等を分析したうえで、だて地域生活支援センターとしての研修計画が策定され、研修が進められています。ホーム業務の性格上、短時間勤務である世話人(臨時職員)などに対しても、研修の機会は適宜設けられています。

今後、だて地域生活支援センターとして、「個人研修計画・評価シート」や「個別研修プログラム実施記録」の活用のほか、人事考課制度が導入され、職員の能力や課題等がより明らかになっていくことから、それらの内容と連動した世話人も含めた個別の研修計画の策定が期待されます。

○「情報共有による利用者対応の向上」

世話人は、ホームごとに複数名が担当し、常時1名配置の勤務交替制です。利用者に関する情報の引き継ぎは、主に日誌が使われていますが、その方法については、職員の中でも課題とされています。

また、スタッフ会議などが定期開催され、利用者の通院や生活の様子などが議題となっています。会議録からは、質の高い支援を提供したいという職員の意識の高さが伺えました。職員が目指す支援の実現に必要な情報が更に共有されることで、利用者対応の質が向上することが期待されます。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成18年度に伊達市から施設移譲を受け、北海道社会福祉事業団が、だて地域生活支援センターの運営を行ってから8年が経過しました。

第三者評価については、一昨年度の共同生活介護事業所「びいす」、昨年度の宿泊型自立訓練事業所「旭寮」に続き、今年度は、共同生活援助・共同生活介護一体型事業所「らいむ」を受審することとなりました。

今回「利用者本位のサービスを目指す職員の姿勢」、「だて地域生活支援センターの役割」、「ホーム職員のための充実した研修」で高い評価をいただくことができ、職員一同、大きな自信となりました。今回の第三者評価で高い評価をいただいた項目については、今後も一層の充実を目指して努力していくとともに、改善を求められた項目については結果を真摯に受け止め、その改善に向け、職員一丸となって取り組みの強化に努めてまいります。

【利用者本位のサービスを目指す職員の姿勢】

当法人では、平成24年度から法人の経営理念を実現するために職員倫理綱領を定め、打合せや会議、研修の場で内容を確認し、日頃の支援における基礎としています。

また、法人の経営理念、職員倫理綱領に基づいた、だて地域生活支援センターの基本方針は、センターの各事業所共通の方針として全職員に周知しております。今後も利用者やご家族の希望に添えるよう、地域住民のみなさんや他福祉事業所との信頼関係の維持と協力を得ながら、より一層のサービス充実にも努めてまいります。

<p>【グループホーム・ケアホームの運営に留まらないセンターの事業】 当センターでは、主に利用者の生活支援を行う当事業所と宿泊型自立訓練事業所「旭寮」、それに共同生活介護事業所「びいす」を運営しています。 また、伊達市から運営を受託している伊達市障がい者総合相談支援センター「あい」や他の相談支援事業所とも常に連携を密にし、利用者の意向に添ったグループホーム・ケアホームの利用方法を検討しています。今後も利用者やご家族、地域のニーズに応えるよう努力してまいります。</p> <p>【職員のための充実した研修】 当センターでは、グループホーム・ケアホーム利用者や単身アパート生活者等500名を超える方々の支援を行うにあたって、各ホームにおいて、利用者の直接支援を行う短時間勤務である世話人（臨時職員）などの役割が非常に大きなウェイトを占めています。それらの状況下において、性別、年齢、障がい種別や程度、行動特徴や生活習慣など利用者一人一人に合わせた支援が必要とされています。その実現のためには、今後も非常勤職員なども正規職員などと同じ研修を受ける機会を設け、共通認識のもとに職員一人一人の個性を生かした支援が提供できるよう努力してまいります。</p> <p>【より安心なリスク対策】 平成23年に発生した東日本大震災以降、当法人においても防災対策の見直しを行っています。平成24年9月に、北海道が地震による太平洋側市町村の想定津波域と到達時間、最大水位を発表したことを踏まえ、伊達市の呼びかけによる自治会避難訓練への参加や津波想定避難訓練を実施してまいりました。今後においても利用者の安全確保の視点から対策の検討を進めてまいります。 また、伊達市においては、周期的に起こる有珠山噴火が今後も想定されることから、噴火に伴う地震対策にも備えが必要であり、家具の転倒や棚からの物品落下に対する防止策など、必要な箇所を点検し、対策をとることでより安全な環境となるよう心がけていきます。 さらに、火災時の避難経路においても、再度点検し、あらゆる火もとを想定した避難経路と避難誘導方法を検討していく必要があることから、各ホームの世話人の意見も取り入れながら、生活環境と居住者（利用者）の状況に合わせた避難方法を向上させ、リスク対策の充実に努めてまいります。</p> <p>【世話人も含めた個別の研修計画の策定】 職員研修は、だて地域生活支援センターとしての年間研修計画に基づいて実施されています。今後は、世話人を含めた個々の職員に対して導入を予定している「個人研修計画・評価シート」や「個別研修プログラム実施記録」などを活用し、職員の能力や課題に沿った研修を計画していくことで、より質の高い利用者支援に取り組んでまいります。</p> <p>【情報共有による利用者対応の向上】 利用者対応については個人記録に記載され、職員間で情報共有されていますが、今回の評価の中で、困難事例や利用者からの相談に対する対応などが、個人記録への記載だけであり、支援の実績としての積み重ねがひと目でわかるような形式にはなっていないとの指摘を受けました。 このことについては、支援の継続性、利用者対応の向上の面からも改善の余地があると思われることから、今後は、職員間の情報共有が更に継続的にできる方法を検討していくなど、利用者対応の向上に努めてまいります。</p>

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 25 年 7 月 18 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)	だて地域生活支援センターらいむ	事業 種別	共同生活介護
所在地	〒 052-8586 北海道伊達市旭町50番地18		
電 話	0142-23-5603		
F A X	0142-21-4556		
E-mail	dateshien@dofukuii.or.jp		
U R L	http://www.dofukuii.or.jp/		
施設長氏名	所長 小林 正義		
調査対応ご担当者	鈴木 隆弘 (所属、職名：第一地域支援課 課長)		
利用定員	20名	開設年	平成 18 年 10 月 1 日
<p>基本理念</p> <p>①障がい者にとって、自立し、希望をもって安心して地域で生活することは、最も望ましい姿であります。私達は、その実現を図ることを一義的な役割と考え、その役割を果たすために組織全体で取り組んでいきます。</p> <p>②私たちは、福祉サービスの実践を通じて社会に貢献するという「社会的使命」を常に抱き、その達成に努めます。</p> <p>③誰にとっても、希望があり安心のできる地域社会の創造は大切であります。私たちは、地域の方々とこの考えを共有し、広く理解と協力を求めながら、地域との共助・協働の関係を形成していきます。</p> <p>基本方針</p> <p>①ひとりひとりの権利を尊重し、人としての尊厳をもって、その人らしい自立した生活が送れるよう支援します。</p> <p>②障がいのある人も、住み慣れた「地域(まち)」の中で、安心して人生が送れるよう支援します。</p> <p>③「障がいのある人やその家族」の願いに共感し、その思いが実現できるよう支援します。</p> <p>④地域に住む人が、障がいの有無、老若男女を問わず、自然に交わり支え合うノーマライゼーション社会の実現に努めます。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)	
旭寮 自立訓練事業(生活訓練) 定員20名	

【利用者の状況に関する事項】（平成25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
名	名	4名	4名	1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
1名	2名	1名	1名	2名	3名
					合計
					20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	1名	名	1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	1名	名	1名
合計	名	名	1名	1名	1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
10名	5名	5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
2名	1名	3名	4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	1名	名	名	3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	3名	名	2名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	1名		

(平均利用期間： 5.8年)

【職員の状況に関する事項】(平成25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	7名	1名	1名	名	5名
非常勤	15名	名	名	名	15名
		介護職員	保育士	看護職員	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	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	1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。

○成人施設の場合（ペガサス）

(1) 建物面積	108.06 m ²	
(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	平成	23年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（すばる）

(1) 建物面積	105.30 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ■不明
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ■不明
(3) 建築年	昭和	58年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（オリーブ）

(1) 建物面積	116.54 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ■不明
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ■不明
(3) 建築年	平成	19年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（ぼぼ）

(1) 建物面積	206.60 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ■不明
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ■不明
(3) 建築年	昭和	60年
(4) 改築年	平成	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 24 年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数)

2 人

・ボランティアの業務

華道教室 そば打ち

【実習生の受け入れ】

・平成 24 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 12 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。

- ・平常時において24時間世話人、支援員を配置し、相談や意見聴取できる環境を整えている。
- ・個別支援計画のモニタリング調査を6ヶ月毎に全員実施している。
- ・苦情受け付け相談を定期的実施している。

【その他特記事項】

・現在38ホームを運営している。住居形態は一軒家のタイプとアパートタイプ、定員も4名～10名、また、支援体制は通勤支援型と宿直支援型があるなど、利用者ひとりひとりの支援の必要性に応じた住居を提供することができる。例えば、高齢化に伴って夜間の見守りが必要な利用者には通勤支援型から宿直支援型のホームへ、また、アパートでの単身自立生活を目指している利用者には一軒家タイプの住居からアパートタイプの住居への住み替えを行っている。また、対人関係の調整の必要が生じた際にも、住み替えを実施している。

・旭寮（宿泊型自立訓練事業所）と連携を図り、地域への自立者を受け入れるとともに、地域生活者で再訓練の必要性が生じた利用者には、旭寮の活用を行うなどして、再度地域生活が可能となるように相互の利用を進めている。

・事業所のスタッフが、当事者活動の支援者として当事者活動をバックアップしたり、障がい者を雇用している事業主の会（職親会）の事務局を担い就労支援を行ったり、家族の会の事務局を担うことで家族との連携を深めるなど、直接的な生活支援だけでなく、生活を取り巻く周辺の支援も実施している。

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	法人の経営理念として障がい者自立への取組、社会的使命の達成、地域との共助・協同を掲げ、明示している。ここには伊達市で四半世紀前より実践されてきた障がい者支援と共生の思想があらわれている。理念はパンフレット等に記載されている。
Ⅰ-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	4つの基本方針が明文化され、パンフレットやホームページに明示されている。その内容は、利用者の権利尊重・地域生活支援・当事者と家族への願いや思いの共感・ノーマライゼーションの実現であり、職員の行動基準を示すものとなっている。年度ごとに作成されている事業計画の基本となっている。
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。	a	臨時職員を含む全職員を対象とした年度初めの事業説明会で、資料を配布し、パワーポイントを利用した説明を行っている。ホームページやパンフレットに記載され、施設内に掲示している。毎月開催されるホーム会議や2か月に1回開催されるスタッフ会議で復唱が行われたり、定期的な確認をしている。理念と職員倫理要綱が記載された縮小版の職員必携を全職員が携帯している。
Ⅰ-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	毎年、年度初めの4月に行われている「家族の会定期総会」で、資料を配布し、パワーポイントを活用し理解しやすい工夫をした説明が行われている。利用者へは、ルビ打ちして分かりやすくした資料が作成され説明されている。施設玄関やホームリビングにも、同様に分かりやすい形で掲示されている。

Ⅰ-2 事業計画の策定

		第三者評価結果	
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	法人設立以来、事業団が取り組んできた「利用者の地域生活への移行を支援するとともに、福祉サービスの実現を通じて社会に貢献する」という社会的使命を達成するため、利用者支援の一層の充実を行うことを目的とした、事業団全体の「中・長期事業計画(平成24年～26年)」と収支計画が作成されている。
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。	a	事業団全体の「中・長期事業計画」が反映された、「平成25年度 だて地域生活支援センター事業計画書」が作成されている。
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。	a	事業計画原案は、各業務部署で策定し、第一地域支援課から第三地域支援課の各業務部署代表会議で検討され確定している。確定した事業計画原案は、法人本部の施設長会議で検討と確認が行われ、指摘点については再度の検討を実施し、法人本部での最終的な承認を経て事業計画が決定されている。

<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>決定した事業計画は、第一地域支援課から第三地域支援課の各業務部署に説明されている。臨時職員を含む全職員を対象とした年度初めの事業説明会においては、資料を配布しパワーポイントを利用した説明が行われている。事業計画は各業務部署において半年に一度見直しが行われており、計画達成の為に継続した取組がされている。</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>a</p>	<p>毎年、年度初めの4月に行われている「家族の会定期総会」において、資料が配布されるとともに、パワーポイントを活用するなど理解しやすい工夫がされて説明が行われている。利用者へは、ルビ打ちして分かりやすくした資料が作成され説明されている。欠席した利用者家族に対しては、資料が送付されている。</p>

1-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
1-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
<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>処務規程、センター業務分掌で管理者の役割と責任が明記されている。「だて地域支援センター便り」、利用者家族向け機関紙「ハーモニー」等に管理者の方針が記載、回覧され、周知されている。所長をはじめ管理者は職員会議に出席し、自らの役割と責任を表明している。</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>管理者は、事業団本部が実施する研修に参加している。特に所長は、自らいち早く福祉サービスの制度等に関する情報を収集し、法令改正等の理解を行い、施設の運営に生かせるように努めている。これらの情報の内必要なものは、スタッフ会議等で職員に周知が図られており、研修会も実施されている。</p>
1-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
<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>所長をはじめ管理者は職員会議に参加し、職員と一緒に問題点の分析を行い課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示し、サービスの質の向上に努めている。日常業務においても、世話人が直接、管理者の指示を仰ぐ環境が整っており、迅速な問題解決体制が取られている。リスクマネジメントや権利擁護の徹底が、サービスの質を高めることにつながると考えて、これに関連した研修を企画し職員の参加を促している。</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>法人の経営診断の結果を踏まえた、今後のホーム経営の検討を会議に諮っている。同時に、総務課を新たに設置し、今まで各グループホームが独自で購入していた備品やトイレトーパー等の消耗品をセンターで一括購入することで、単価の軽減を図っている。また、網戸の修理等の簡易な修繕も、業者に頼まず総務課で行うことで、経費の節減を行っている。人員配置についても正規職員の増員や世話人が働きやすいシフト等の配慮を行っている。</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
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
<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>障がい者福祉事業全般の動向を把握する方法として、地域の他の施設や関係機関との連携において、早期に収集できる情報を活用しているほか、北海道知的障がい福祉協会からの有用な情報を常に参考にしている。法人本部からの情報も含めて、だて地域生活支援センターの単年度の事業計画策定に反映させている。</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>a</p>	<p>単年度事業計画には、専門機関による経営診断の結果から見えてきた労務管理、人事管理の課題への対応策があげられている。経営の改善に向けた取組が進められている。</p>
<p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p>	<p>c</p>	<p>法人の監事監査が行われ、監事である公認会計士の指導を受けている。平成27年度から新会計基準に変更されるので、これを機に外部監査を受けることに期待が持てる。</p>

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>職員のスキルアップと利用者支援の向上を図るため、全ての職員を対象とした階層別職員研修を実施している。一般職員、中堅職員、課長職、施設長・部長の4段階で研修内容は各職位における必要とされるスキルや専門知識を習得するものであり、長期的な視野に立って人材を育成するプランが構築されている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>平成25年度から課長職以上を対象とし人事考課を実施しており、現在は、平成26年度に全職員に実施するまでのトライアル期間となっている。職員に人事考課制度の理解を促していくとともに、人事考課結果を給与に反映させることができるように準備を進めているなど、今後の取り組みに期待したい。</p>
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>有給休暇・育児休業・介護休業の希望や、半年毎の契約更新の時には個々の世話人の働き方について本人から希望を聴取している。世話人の要望は支援員をとおして、センターの課長職に伝えられ実現している。職員においては、正規と非正規職員の配置割合や給与制度の見直しを行っている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>北海道民間社会福祉事業職員共済会に加入している。しかし、ホームに関わる職員は、世話人や臨時職員が多いことから、全職員の共済加入までは難しい。今後は、共済会に加入することのみが福利厚生ではないので、独自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>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>職場研修要綱が策定されており、目的意識を持った研修計画が立てられている。平成22年度からは、階層別職員研修を実施している。</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>基本姿勢に基づき、だて地域生活支援センターとしての教育・研修計画が策定されている。職員一人ひとりの技術や知識を分析したうえで、教育・研修計画が進められている。短時間勤務の世話人の研修計画も含めて、今後に期待したい。</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>だて地域生活支援センターとしての教育・研修は、参加報告等により職員間で情報共有されている。「個人研修計画・評価シート」や「個別研修プログラム実施記録」の活用により、更なる個々の研修計画の評価・見直しが期待される。</p>

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
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。	a	実習生への対応は、日中、利用者が就労等で不在なため、ホーム見学と説明が主となっている。しかし、希望があれば、夜間や土日の実習生の受け入れも可能であり、その体制も整備されている。

II-3 安全管理

III-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	事故や感染症、非常災害など各種マニュアルは整備されている。各ホームでは、利用者各人の障がい特性を把握し、津波も含めた自然災害のリスクが高い地域であるという意識を持ち、安全確保の方策を準備している。ホーム単独の災害訓練を定期的に行うほか、地域、とりわけ町内会とともに訓練を行っている。
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	災害時における各ホームの支援員と法人への連絡体制が整っている。各ホームには災害時に必要な情報を把握するため、玄関に非常用ラジオを配置し、非常食を備蓄している。非常食は使用期限前には利用者と世話人が一緒に調理して食べている。また、災害時の避難の手順や経路、津波の到達する高さによる緊急避難場所も一覽で掲示している。さらに今期は災害時に備え、無線機4台を準備している。
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領を作成し、リスクマネージャーを配置している。インシデントレポートを収集・分析することで、事故発生の危険性を把握して、素早い対応で事故を未然に防いでいる。万一、事故が発生した場合、管理職、関係職員、必要に応じて利用者や家族、第三者も参加して事故等調査委員会にて、原因究明と対応策を協議する体制ができています。

II-4 地域との交流と連携

III-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	地域移行を進めて四半世紀、地域住民の障がいに対する理解が育まれている。各ホームは町内会に加入して、地域で行われている行事にも積極的に参加し、地域住民と交流を図っている。毎年行われている「ふれあい広場」でフルーツの販売テントを担当し、ごみ収集もしている。その他、当事者会（わかば会・さくら会）では高齢者施設の窓ふき、草刈り等のボランティア活動やスポーツ交流行事にも参加している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	だて地域生活支援センターが有する備品の地域への貸し出しを行っている。町内会のゴミボックスの設置をホームの敷地内にしたり、その清掃を担当している。地域に点在するホームは、地域住民と協調している。
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。	a	ボランティアの受け入れに関する規程が作成されている。踊りや歌、バンド演奏など個々の利用者が楽しい時間を過ごすことができる多様なボランティア活動がある。

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。	a	各ホームには、関連する公的機関、利用者個々が就労している事業所、レクリエーション施設、また近隣の個人協力者や理美容室などを含めた社会資源の一覧表が作成されており、職員間で情報共有されている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	だて地域生活支援センターは、伊達市自立支援協議会の事務局を担っており、伊達市障害者団体連絡協議会の会員として他団体との連携もある。そして、総合相談事業、就業・生活支援センター事業、就労ネットワーク事業を委託されている。また、医療機関としては、太陽の園診療所、旭町クリニック、夜間対応が可能な日赤病院などと連携をしている。この他には、利用者の社会的な活動が広がるように、地域での活動（お茶・スポーツチャンバラなど）の支援を行っている。
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	同法人内に障害者総合相談支援センターがあることから、地域の福祉ニーズを把握する機会が多い。伊達市福祉事務所や民生委員からの情報を受けることもある。また、家族会や職親会（利用者が就労している事業所の代表者の会）との連携に基づき、より具体的な福祉ニーズを把握している。
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	だて地域生活支援センターでは、家族の会と連携して単身で地域に住む20名の障がい者に、朝、昼・晩の給食サービスを行っている。また、要請があれば虐待被害者等の一時避難場所として機能している。

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
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	事業所として利用者尊重の姿勢をパンフレットに掲示している。職員倫理綱領に定めるほか、「北海道知的障がい福祉協会宣言」をスタッフ会議等で周知し、毎年度、世話人を含め職員が署名している。職員は倫理綱領等が記載された縮小版の職員必携を携帯し、どのようにサービスを提供するか迷った際に確認している。会議の時にも読み合わせるようにしている。また、「支援員の業務」には、具体的な実践方法が示されており、入職して間もない世話人にも障がい者の人権について理解しやすいよう記載している。
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	事業所では、利用者尊重の姿勢とともに、利用契約書にもプライバシーの保護に取り組んでいることを記載し、利用者に伝えている。職員が利用契約書の内容や指針等を遵守できるよう具体的な内容と障がいや状態に応じた配慮も含め、ケアごとのマニュアルに記載している。
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。	b	家族会は年1回の定期総会のほか、研修会を年2回実施している。利用者の会である「わかば会」や「さくらの会」の運営を職員が支援し、関わりの中から意向を汲み取っている。だて地域生活支援センターは、家族会の事務局の機能もあり、意見を直接聴取することが可能となっているほか、世話人からも利用者の声が上がってくることもある。今後は、アンケートの実施など、さらにきめ細かな意向の汲み取りを検討しており、更なる利用者満足の向上に期待したい。

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	利用者は、身近な世話人や支援員へいつでも相談を行ったり、だて地域生活支援センター「らいむ」の事務所を訪問し、主査や課長などの話しやすい相手と話をすることができる。また、内容によっては、意見箱を利用したり、役職者と直接話ができるようになっている。
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	第三者委員の写真や連絡先の掲示とともに、相談日の案内が掲示されている。苦情処理の手順も利用者に表示されている。第三者委員は概ね2か月ごとにセンターに訪問し、利用者と同様なじみとなっており、苦情に限定せず困りごとや心配事など相談しやすい関係が築かれている。
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。	b	利用者からの意見や希望は個別支援記録に記載し、苦情の場合は苦情専用の書式に記録している。利用者からの意見等に対して、世話人や支援員がホーム会議で話し合い、対応している。利用者の高齢化などに対応した設備面の改修などの改善に時間を要する希望などには、現状や対応の可否、完了予定などを伝えている。しかし、苦情以外の意見の対応については、利用者の個別支援記録やホーム会議録などに記載するため、意見対応記録の集約はなされていない。そのため、職員の異動があった場合などでも対応のノウハウや経緯等が継承されるよう、相談対応記録の記録方法に工夫が期待される。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。	a	ホームごとに「障がい者グループホーム・ケアホーム自己評価」を世話人と支援員が毎年行っている。更に支援相談員等66名、世話人152人に対し「虐待防止のためのセルフチェックリスト」を実施し、事業所と個人の両面から評価を実施している。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	ホームごとに行っている「障がい者グループホーム・ケアホーム自己評価」の結果を集約している。ホームごとの課題の抽出とともに、第一地域支援課、第二地域支援課のホーム37か所についての横断的な傾向も明らかにし、ホーム全体としてのサービス向上ができるよう改善点をまとめている。
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。	a	利用者に接する職員全てが利用契約書や重要事項に記載されている内容を理解したうえで、サービスごとに定められたマニュアルを学んでいる。世話人・支援員の集合研修を毎年度実施し、ホームごとに伝達内容が異なるようにしている。ホームごとの利用者の身体特性や年齢層などに配慮しながら、提供するサービスを標準化したマニュアルの実践へつなげている。
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	毎年度、サービスごとに定められたマニュアルは、世話人・支援員の集合研修で見直しを行い、現場のアイデアや法令改正の内容を盛り込んで現状に沿った改訂し、職員全員に配布している。
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。	a	個別支援計画を意識した記録となるようにしている。日々の支援の状況は、利用者の様子や言葉などを交え具体的に記載している。世話人、支援員への記録の記載指導も行われている。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>ホームでの記録類は手書きで行っており、各ホームごとに利用者の目につかないように保管場所が定められている。だて地域生活支援センター「らいむ」事務所と各ホームの連絡はファックスを用いて行われ、利用者の情報はセンターに集約している。センターでの記録保管場所は警備会社と契約を行い適切に取り扱っている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>世話人は出勤後、まず日誌を確認している。ホームごとに月1回会議を行っており、会議では通院や行事の予定、個別の様子などの情報を共有している。世話人の業務形態では、日誌と月1回の会議では詳細な情報の伝達が難しいことから、利用者への対応方法についても十分に世話人間の情報共有ができるように望まれる。</p>

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用希望者だけでなく、家族や関係機関と情報交換をしながらサービス開始までに事業所の情報を提供している。ホームページや法人パンフレット等の情報のほかにも、日中活動や移動支援、地域のサークルの紹介も行っている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>サービス開始までに見学や体験利用を勧め、ホームでの実際の生活をイメージしやすいようにしている。契約時にも、家族等に立ち合ってもらうことで、本人が安心して理解しやすいようにしている。重要事項説明書には、「ホームでの生活について」という項目を設け、生活場面ごとに説明している。</p>
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。		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の希望により法人内の他のホームへの移動を行う場合も、利用者の希望が叶えられ、安心して新しい生活に移行できるよう情報を共有し支援を行っている。また、地域の様々なサービス事業所や社会資源との協働の実績があり、他法人のサービスに移行する場合も連携しながら支援する仕組みがある。</p>

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>フェースシート及びアセスメントシートの様式が定められ、サービス提供者が利用者の様子や周辺状況などのほか、利用者の家族や関係機関からの情報を含めて記載している。契約時に初回アセスメントを行い、アセスメント総括表を作成し課題の抽出を行っている。また、利用者の高齢化や入院に伴う状況変化などに対応し、必要に応じ、適宜、アセスメントを実施している。経過に変化のない利用者のアセスメントの更新は毎年12月を目途に行っている。</p>
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。		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>a</p>	<p>サービス管理責任者は、支援員に計画立案の視点等を記載したものを配布し、計画が本人主体であるか、マンネリ化していないか等を検討している。長期支援目標の期間の目安が2～3年、短期支援目標の目安が1年以内となっているので、利用者の高齢化や障がいの多様化に即しているかの検討がなされている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>計画の評価は半年ごとに実施している。計画に基づくサービスの実施は、個別支援記録や世話人の日誌や申し送等で確認し、検討会議を行っている。それらを総括したモニタリング記録票は、利用者にも説明し同意を得ている。</p>