

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008 年 6 月 20 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002
住 所 札幌市中央区北2条西7丁目

電 話 番 号 011-251-3897

評 価 機 関 名 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 第08-008号

代 表 者 氏 名 会長 三宅浩次

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)	追立 正夫	組織	A-028
	(2)	村田 正義	福祉	B-106
	(3)	藤田 裕行	福祉	B-060161
	(4)	坂本 豊	福祉	B-060196
	(5)			
サービス種別	知的障害者入所更生施設			
事業所名称	光陽荘			
運営法人名称	社会福祉法人緑星の里			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2007 年 11 月 27 日	～	2008 年 5 月 2 日	
利用者調査実施時期	2007 年 11 月 27 日	～	2008 年 1 月 7 日	
訪問調査日	2008 年 2 月 20 日			
評価合議日	2008 年 5 月 13 日			
評価結果報告日	2008 年 6 月 20 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

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

②事業者情報

名称： 社福) 緑星の里 光 陽 荘	種別： 知的障害者入所更生施設
代表者氏名： 高 田 雄 二	69 名
所在地： 〒 059-1365 苫小牧市字植苗121-8	TEL 0144-58-4141

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

◇特に評価の高い点

1. 脱施設から在宅福祉への移行の視点と職員の「気づく」ための取り組み

共感共生、共学共育、共励共働、共慈共愛、共友共老の法人理念の下、利用者本人・家族・職員・近隣の人・地域の人達の五者が共に手をつなぐシンボルマークは、施設で暮らす方達の生活支援にとどまらず、地域社会を包含した、地域福祉実践活動そのものであると思います。施設利用者の高齢化や重度化が進行するという厳しい状況下にあつて脱施設から在宅福祉への移行も視野に入れた、これまでの事業所の活動はこれからの新しい枠組みの社会福祉の姿を感じました。中でも、同性による介護は、利用者の人間としての尊厳を担保する観点からも高く評価できます。次に地域住民を始め三千人もの方達が参加する「緑星祭り」、苫小牧市連合協議会と連携し、市民を対象とした「福祉セミナー」などの各種活動は、地域社会と施設との双方向での関係づくりに腐心してきた結果であり、地道な取り組みの成果と受止めます。また、QC活動を永く実践されていますが、単なる介護といった生活支援から利用者個々の暮らしを支えるために職員一人一人が介護の意味に「気づく」ための手段として活用しており、人材づくりにウエイトがおかれている点を大きく評価します。

2. サービスの質の確保に向けた取り組み

サービスの質の確保について、厚生労働省の重点目標自己評価を定期的実施しており、主任会議・部門別会議・職員会議が連動して職種横断的に課題が検討され、その積み上げがサービスの質の確保に繋がっているものと思います。また、施設組織、利用者の生活やサービスにかかる課題は、日常的な支援の他に家族アンケートの重視したり、自治会、家族会等の活動で把握するとともに、各会議で検討され、課題の共有がなされていることも評価できます。

3. 利用者に「応える支援」への取り組み

個人の尊厳を支える観点から利用者一人ひとりの特性や個性を連続的な支援会議とアセスメント等から見出された個別支援計画に基づき、利用者自らが行う日常生活の様々な活動に統合した見守り支援が行われております。特に、食事・入浴・排泄・健康管理への支援が充実しており、排泄への支援については、男女各トイレの十分な採光に配慮するとともに障害の程度に応じた工夫が施されていきました。さらに、事業所のこれまでの実践の中から女性トイレには、非常時に対応するための音(声)抜きが施される配慮も行われています。また、事業所では、利用者の加齢に伴う体力の衰えが顕著になっていることへ配慮する一方、若年の新利用者との年齢や体力の格差が生じたことによる利用者の二分化に対応した個人を重視した生活支援のあり方や、新事業体系移行にあたっての課題等を加味した、自治会活動への支援、家族との密な連携、職員担当制の導入など「応える支援」を行っていることについても高く評価します。

◇改善を求められる点

1. マニュアルの整備と実践への更なる結び付け

事業所では倫理綱領や各種マニュアルが作成され、掲示や配布さらには学習会等々おりにふれて、職員のモラルや意識の高揚に努めていることは評価しますが、マニュアルがあることで良しとすることなく、これをどのように日々の実践に確実に結び付けていくのかといった具体的取り組みをさらに検討される時期を迎えているように感じます。今後の取り組みに期待します。

2. 利用者に対するコミュニケーション手段の確保・支援

事業所の利用者は70人で、その一人ひとりに対して、それぞれに応じた異なるコミュニケーション手段が必要とされており、個別対応には最善の努力を行っています。しかし、完全に対応できているというレベルには至っていない様子が伺えました。また、利用者の年齢や障害程度も異なることから、余暇・レクリエーションあるいは外出・外泊といった意向についても個々の要望に十分応え切れていないという状況も見受けられました。事業所では、食事の写真入りメニューの掲示や身ぶり、筆談等の工夫もしているので、今後も一層の工夫が必要かと思われます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の結果を真摯に受け止め、より一層利用者本位の支援向上に向け取り組んでまいります。

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

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 19 年 12 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 緑星の里		
事業所名 (施設名)	光 陽 荘	種別	知的障害者入所更生施設
所在地	〒 059-1365 苫小牧市字植苗 1 2 1 - 8		
電 話	0144-58-4141		
F A X	0144-58-4142		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	高田 雄二		
調査対応ご担当者	川村 徳生 (所属、職名： 支援課長)		
利用定員	69 名	開設年	昭和 46 年 4 月 1 日
理念・基本方針： 「共感共生」「共学共育」「共励共働」「共慈共愛」「共友共老」 利用者、家族、職員、地域の方、社会が互いに共に手をたずさえ あい、理解しあい、支え合って共に生きる。			
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)

- ・ 通所事業 (5名)
- ・ 短期入所事業
- ・ 日中一時支援事業

【利用者の状況に関する事項】（平成19年12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
名	名	2名	2名	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
5名	4名	11名	10名	7名	27名
					合計
					69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	1名	1名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	1名	名	名	名	名
肢体不自由	2名	3名	3名	4名	4名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	2名	4名	5名	5名	4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
53名	14名	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	1名	2名	6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
名	1名	1名	3名	2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
8名	2名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	4名	3名	28名		

(平均利用期間： 18.1)

【職員の状況に関する事項】(平成19年12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	34名	1名	2名	2名	21名
非常勤	8名	名	名	名	8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	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	5名	名	1名
非常勤	名	名	名	名	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	4名 (名)
保育士	7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	1, 9 3 3, 8 2 6	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	46年
(4) 改築年	平成	11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 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 18 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

194 人

・ボランティアの業務

- ・利用者の外出行事等の介助
- ・寝具類の交換
- ・施設内行事のお手伝い
- ・器楽演奏、喫茶、かるた等の企画

【実習生の受け入れ】

・平成 19 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 2 人

その他 9 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。

- ・家族にサービス利用アンケートをご協力いただいている。
- ・便り、ご案内（各種）、支援計画作成時に意見・要望について尋ねる。

【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	ホームページやパンフレット・機関紙「陽だまり」にて事業所の基本方針として念頭に置かれていることを確認した。また、各種会議において職員の理解を深めていることも評価できる。
Ⅰ-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	事業計画書及び施設内数箇所に倫理綱領が掲示され意識の高揚に務めている。
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	倫理綱領などに明文化されていることと併せて継続的な協議の場を設けているのは評価できる。
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	サービス利用契約時資料（重要事項説明書）などにより周知されている。

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	制度上の変遷時にあって、具体的で実践可能な中長期計画の策定を事業計画書において示されている。
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	事業所では、高齢化に伴う利用者の重度化を問題として認識している。
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	職員会議等を通じ周知しているが、計画策定プロセス（経過記録）を整備することが、今後の検討事項としてあげられる。
Ⅰ-2-（2）-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	事業計画書が職員に配布されており、また、各種会議録から、計画が職員間で協議されている。

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） 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	組織図が整備され、機関紙「陽だまり」に方針が明文化されており、組織運営に関しても自らの責任を表明している。
I-3-（1）-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	各種研修会等に積極的に参加している。今後は、これを職員に伝える具体的手法の検討が望まれる。
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り組みに指導力を発揮している。	a	事業所では、福祉QC活動を積極的に取り入れ、意識的に質の高い介護サービスの提供に努めている。
I-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	外部機関の人事考課を導入し、業務改善に努めている。今後、さらに客観性を高めた評価についての導入の検討も望まれる。

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	事業計画に基づき、関係書類の収集や研修会への参加など、事業所を取り巻く環境を踏まえ、適切かつ実践的な取り組みが行われている。
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り組みを行っている。	a	経営状況月間推移表を作成し法人会議（経営会議）を開催するとともに、これを職員会議で広く周知している。
II-1-（1）-③ 外部監査が実施されている。	a	外部機関と業務委託契約を締結し、外部監査が適切に実施されている。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
II-2-（1） 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	QC活動を実践するとともに、外部機関の指導の下、人事考課制度を行い人材育成に努めている。
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。	a	外部機関との協力体制の下、法人内に独自の人事課を設置し、労務管理の一元化を図っている。

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	職員からの相談窓口を設置するとともに、法人独自に年間120日を限度とした特別休暇制度を設け職員のインセンティブに配慮した体制整備を行っている。
II-2-（2）-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターに加入し、福利厚生に取り組んでいる。
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。	a	職員の資格取得について財政的支援体制を整えるなど、中・長期的な人材育成が計画・立案されている。
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り組みが行われている。	b	職員全体や部門別研修プログラムは存在しているが、職員個々に対する研修体系とはなっていない。今後、職員個々の研修充実のあり方についても検討が望まれる。
II-2-（3）-③ 定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	職員会議で研修報告を行うとともに、評価と今後の取り組みについて検討がされている。
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	実習生受入れマニュアルの整備がされ、担当者により適切に行われている。
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。	b	実習生は、介護や保育など他種別が混在化している現状から、今後、種別単位毎の研修プログラムの検討も望まれる。

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	各種安全マニュアル等が作成され、部署単位ごとに掲示されている。
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。	c	各種マニュアルが作成され、職員の安全意識高揚に努めている。しかし、マニュアルに沿った実践が可能となるようなチェック管理体制の充実に向けてさらなる検討が望まれる。

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。	a	平時より施設ボランティアの受け入れや緑星祭りの参加呼びかけなど地区住民への交流参加を積極的に推進すること併せて、利用者の地域参加プログラムを導入するなど地域との双方向でのコミュニケーションに努めている。

Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	毎年、法人行事として緑星祭りを行っており家族会や地域住民も含め約3千人の参加をみている。また、平時より地区文化祭への参加や、利用者の地域参加プログラムとして「駅舎トイレ清掃・ゴミ拾い」等実施している。
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	ボランティアの受け入れの基本姿勢等について、体制が確立している。
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	事業所では、連絡方法や団体機能等、必要な情報の蓄積は十分に行っている。しかし、それらを事務所内に留まらず、関係機関との情報の共有化について実効性のある具体的方策についての検討が望まれる。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	支援研究委員会や知的施設協会といった団体との連携は図られている。今後、より具体的に課題等を整理し、定期的な連絡や調整に加え、必要に応じて密接な連携を深めるなどの検討が望まれる。
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	事業所では、意見箱は利用者に破損されるため設置していないが、それにかわるものとして積極的に家族や自治会組織へのアンケートを実施し、ニーズ把握に努めている。
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	地域ニーズの把握は、施設長会議や経営会議など内部協議を図り、一定の意思決定をした上で組織的計画的に関係者にアプローチをし実施しており、評価がされている。

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り組みを行っている。	a	利用者を尊重したサービスに関しては、施設内に掲示された理念、倫理綱領、職員行動規範に明記されている。その基本姿勢についても、職員会議等を経た事業計画の重点課題、支援総括において共有されている。また、施設内研修や、人権侵害ゼロへの誓い運動に参画したことを示す職員署名を掲示など、具体的取り組みにも反映されている。
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	プライバシー保護マニュアルは整備されており、各サービスマニュアルにもプライバシー保護がうたわれ、研修の基本資料になっている。施設設備の面においては、居室に外からのぞけない引き戸が設置され、外・内双方で施錠できる。トイレ、浴室は構造的に外から見えない工夫がされており、一部カーテンや戸を外す方に配慮した場合を除いて、プライバシーは保たれている。
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ている。	a	ホームページ、重要事項説明書等に、利用者満足向上の姿勢が明記され、具体的取り組みが実践されている。利用者アンケートの結果からは小旅行が企画され、利用者自治会の活動から「利用者の顔」が見える取り組みが発想されており、その内容については「陽だまり」の記事等により家族にも伝えられている。
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	アンケートの活用や自治会活動に基づいた取り組みは、各担当別会議、職種横断的「職員会議」で検討され、きめ細やかな検討が実施されている。利用者の要望・意見を取り入れたサービス実践になっているものと思われるが、事業所としては、より達成度の高い「利用者参画」による会議の開催を目指しているため、更なる改善の余地を持っているものと解される。

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	苦情・意見の申し立て及び解決方法を図示した掲示がなされている。事前アンケート調査でも職員の対応的確さは高い評価を得ており、意見を述べやすい雰囲気づくりが伺われる。また、ユニットごとに、顔写真つきで、氏名ひらがな表記の職員勤務表が掲示されており、相談する相手を選べる配慮がされている。
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	法人に苦情解決要綱に基づく苦情解決委員会を設置している。重要事項説明書に、苦情解決責任者、担当者の指名、連絡先が明記され、その手順、仕組みについて、わかりやすい掲示がされている。また、その改善結果等は、家族会報告で全家族に報告している。
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	法人に苦情解決要綱に基づく苦情解決委員会を設置しており、その手順、仕組みについて図示したわかりやすい掲示がされている。日常的な対応も想定されており、定期的な支援会議やロールプレイを取り入れた研修等で気づいた事項についてはマニュアルの見直しを図っている。また、施設、法人全体にかかる課題への対応は年単位の時間を要するが、課題認識時の次の自治会で経過報告を行っている。この時間的なロスに、事業所としての課題意識を持って、改善を図ろうとしている。

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。	a	厚生労働省版の重点目標自己評価を定期的実施しており、主任会議、部門別会議、職員会議が連動して改善への検討がなされている。第三者評価の受審についても、制度発足時に本評価機関に申請し、今回の受審に至っている。
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	施設組織にかかる課題、利用者の生活・サービスにかかる課題は、日常的な支援の他、自己評価、アンケート調査、自治会、家族会等で把握し、各会議で検討され、課題の共有がなされている。
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	家族アンケートを重視し、利用者個々への支援内容、利用者の希望等を実現するための企画をたてている。改善計画という形での取り組みに課題意識を持っているが、事業所ごとの重点課題や個別支援内容は計画的に策定され、その評価とフィードバックの仕組みは改善計画とみなして遜色のない内容である。
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	個々のサービスに関するマニュアルは整備されている。その基調となっている理念、倫理綱領、職員行動基準に利用者本位、プライバシー保護がうたわれ、支援会議、職員会議等で、その徹底が図られている。特に、支援会議における個々の利用者への支援内容の検討は、マニュアルを絶対視するものではなく、利用者本位を体現している。
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	マニュアルは、支援会議で個々の支援内容を検討する際、特に、それまでの「ヒヤリハット」事例を反映する形での見直しを行っている。また、利用者、職員の意見等も十分に検討されている。日時を定め定期的に行っていないが、支援会議の開催が検討の場の設定であるため、年1回に満たない随時（c評価）ではなく、定期開催の会議で必要に応じて実施しているものと評価できる。
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	利用者一人ひとりの支援計画、記録は、書面及びパソコンに整理され、保管されている。記録の表現、様式、情報量は統一を図っているが、開示要求される際に課題となっている。
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	利用者の権利と職員の行動基準に関しては、法人の基本的姿勢として職員に周知されている。利用者個人情報管理規程は法人で定め、重要事項説明書、契約書にも個人情報保護を明記している。記録等の保存に関しては処務規程に定めるとともに契約書に明記されている。また、情報の開示の権利については、契約書で保証している。

<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>a</p>	<p>各種情報は、施設長、主任の判断で、部門別会議や全体会議、主任会議を通して伝達され、共有されている。職員会議、支援会議は、部門横断的な検討と情報共有の場として機能している。</p>
---	----------	--

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p>		
<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>ホームページで法人理念、詳細な事業内容を公開し、理念の説明と施設概要（外観の写真付）が掲載された多色刷のパンフレットを作成し、公共的な場に置いている。また、見学や体験も希望があれば対応している。</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>サービス開始時に、サービス内容や具体的利用料が明記された重要事項説明書により、利用者等への説明を行っている。判断能力に不安のある方には、日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の活用事例も見られる。さらに、利用者や家族等の同意を得て、契約書を取り交わしている。</p>
<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>		
<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>b</p>	<p>家庭への移行も稀にあるが、現在は法人内のケアホームへの移行は若干名の実績がある。この際の、サービス継続は、定められた手順により進められる。家庭移行の際も、その後の相談に対応できるように、担当等から説明している。地域移行を目指す目的で、日常的に、家族への情報提供を行ったり、退所者の会のような組織育成は、その必要性の認識はあるものの、個別対応で対処できているため実現していない。</p>

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p>		
<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>利用者の身体状況、生活状況、行動の変化・特徴、希望等を把握し、定められた様式で記録している。アセスメントの内容は支援会議等により逐次、見直されている。現在、法人内の同種別3事業所において同一の様式に移行しつつあり、情報の共有の整備が課題と認識されている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>個々の利用者のニーズや課題を把握し、個人支援目標、日中活動総括として明示している。上記と同様に、様式の統一による情報の共有に改善の余地があるとの、より高い課題認識を持っている。</p>
<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>		
<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>ケアプラン（サービス実施計画）は、各会議において合議され、利用者や家族の意向を踏まえて策定されている。日常生活を支援する上での留意点は、個人支援目標として明記され、支援の進捗や課題検討は、各会議において実施されている。</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>b</p>	<p>ケアプランの見直しは、利用者本位の支援を行うために、定期的に関行される各種会議で検討されている。見直された結果は、職員会議等により全員に周知されている。ただし、課題を認識した利用者に限定され、全員の確認には至っていない。また、緊急な支援内容の変更は、逐次実施されている。</p>

評価対象 障害者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b	70人の利用者一人ひとりに対して、それぞれ異なるコミュニケーションの手段を必要としている。個別対応には最善の努力をしている様子は伺えるが、完全に対応出来ているレベルには至っていない。このことから利用者との意思の疎通手段に工夫を凝らし、利用者とのコミュニケーションの充実に向けた、全職員の取り組みを期待する。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	毎月1～2回開催の自治会の会議を通じて、事業所側からのお知らせ事項や利用者からの意見・要望を受け止めて、側面的支援を行っている。
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a	利用者一人ひとりのサービス計画書に基づき、利用者自身が行う日常生活の様々な行動に対する統一した見守りと支援が行われている。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b	6カ月に1度（回）のモニタリングと前回モニタリングの比較のなかで、ケアプランを策定しているが、具体的なプログラムの作成には至っていない。施設内・地域生活での支援を通じ、今後、一層の利用者本位のプログラムの作成に向けた取り組みの強化を期待する。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
2-(1) 食事		
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a	利用者の障害程度、年齢はもとより当日の体調、健康状態に合わせた利用者本位の食事の提供を事業所をあげて行っている。
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a	3種類のメニュー提供を行い、その中から選択出来る体制を全職員をあげて取組んでいる。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	朝食は8時から、昼食は12時から、夕食は18時から摂れる体制になっている。また、食事時間は概ね1時間程度要しており、利用者本位の食事提供に、全職員あげて取り組んでいる。
2-(2) 入浴		
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a	利用者一人ひとりの健康状態に対応した入浴介助が行われており、利用者の健康状態チェック表については、浴室入口前の脱衣場壁に掲示されている。今後とも現体制の維持・継続を行い、利用者にとって快適な入浴ができるよう努めていくことを期待する。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	週3回の入浴が保障されているとともに、利用者本人の希望に応じて、毎日入浴することが可能な体制になっている。また、入浴後の水分補給は励行されている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	脱衣場と浴室入口との間に段差があるが、利用者の入浴時には脱衣場と浴室内にそれぞれ職員がつき、入浴時のトラブル防止に努めている。

2- (3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	男女各トイレは、利用者の障害程度に応じた工夫が施されており、男性トイレ前にはカーテンが付けられプライバシーに配慮している。また、女性トイレには非常時対応のための声（音）抜きが施されている。さらに、排泄介助が必要な利用者への対応も、全職員が一体となった対応がとれる体制になっている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレ内の採光も十分に取れており、また、臭いもなく清潔感が行き届いている。現行の水準が落ちることなく、快適なトイレ使用が継続できるよう今後とも一層の取り組みを期待する。
2- (4) 服装		
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、服装の選択について支援している。	a	春夏秋冬の季節にあわせた服装替えを行っている。男性利用者から「服がほしい」といった個別リクエストは寄せられていない。また、利用者の体型に合わせて裾等の縫い（リフォーム）は職員が行っている。さらに、利用者の個別要望は可能な限り受け止める体制が整っている。
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a	下着は毎日交換している。上着は二日ごとに交換している。また、汚れが生じた場合は、その都度交換する体制が整っている。
2- (5) 理容・美容		
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a	理・美容に担当職員の配置がされている。全職員が利用者の日常生活支援の中で個々の個性や嗜好を最大限受け止めて対応している。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	利用者の理・美容については個々の状態（髪の伸び具合等）を常に把握し、外見的にもまた利用者本人にとっても清潔で美しくしていることへの配慮がされている。
	第三者評価結果	コメント
2- (6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	a	利用者の居室は、障害程度や性別、年齢等を配慮した作りに施されており、就寝時対応もマニュアルの整備とともに、安心した眠りに入る工夫が施されている。
2- (7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	利用者の健康診断は、年2回実施している。健康診断結果については、その都度、家族に対し情報提供を行うとともに、利用者の健康管理の増進に努めている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	病状の急変、怪我等対応マニュアルが全職員に配布されている。また、市内の病院を医療協力機関として設定している。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	利用者一人ひとりの健康状態に応じて薬が処方されている。また、薬の保管は医務室においてなされ、服薬の際には、担当職員が利用者へ渡している。
2- (8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、サービス実施計画に基づいて行われている。	b	余暇活動は毎週日曜日に設定している。利用者全員を対象にしているが、個々の要望には応え切れていない実態がある。利用者の年齢や障害程度も異なることから、統一的な対応は難しい。今後とも継続して利用者一人ひとりが満足のいくレクリエーションの企画・実施に努めることを期待する。

2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b	利用者の年齢や障害程度が異なる中で、個々の要望を取り入れた統一的な対応は難しい。今後とも可能な限り利用者の意向を反映した外出、旅行等の実施についての取り組みに努めることを期待する。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	正月等における外泊は、利用者や家族の希望に応じ実施している。今後とも現状の取り組みを維持・継続することを期待する。
2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	規程等は整備されている。自己管理ができる利用者は、金庫を所持している。自己管理が難しい利用者への対応は、法人本部が一括して対応している。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	利用者の希望により新聞、雑誌等の個人購読が可能になっている。また、居室内においても障害程度に応じて、破損事故につながらない調度品を備えることは可能となっている。
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	正月等における外泊は、利用者や家族の希望に応じ実施している。今後とも現状の取り組みを維持・継続することを期待する。