報告書（別表第３）

# 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) | 小野寺　さゆみ | | | | | | | 組織 | | | | | 第00116号 | | |
| | (4) | 加福　保子 | | | | | | | 福祉 | | | | | 第00152号 | | |
| | (5) | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス種別 | 施設入所支援 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 北海道社会福祉事業団　太陽の園　あおば | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 19 | 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 | ◉ 同意あり | | | | | | ○ 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<br>（法人名） | 社会福祉法人　北海道社会福祉事業団 | | |
| 事業所名<br>（施設名） | 北海道社会福祉事業団太陽の園<br>あおば | 種別 | 施設入所支援 |
| 所在地 | 〒０５２－８５８５<br>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 | http://www.dofukuji.or.jp/taiyo | | |
| 施設長氏名 | 総合施設長　前原孝敏　　管理者　肥後由美子 | | |
| 調査対応ご担当者 | 東山浩史　　（所属、職名：総務部長　　） | | |
| 利用定員 | 60 名 | 開設年 | 平成　24　年　3　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<br>（通所施設のみ） | |

【当該事業に併設して行っている事業】

（例）〇〇事業（定員〇名）

短期入所（併設１名、空床３名）
障がい者支援施設「きぼう」（入所１００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「ハーモニー」（１００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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 名 | 名 | 3 名 | 1 名 | 4 名 | 9 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 |
| 14 名 | 9 名 | 8 名 | 8 名 | 5 名 | 2 名 |
| | | | | | 合 計 |
| | | | | | 63 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 | 3 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 |
| 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 | 3 名 | 名 | 1 名 | 名 | 名 |
| 内部障害（心臓･腎臓､ぼうこう他） | 名 | 名 | 3 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合　計 | 4 名 | 4 名 | 4 名 | 1 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 |
|---|---|---|
| 60 名 | 2 名 | 1 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 | 1 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 | 1 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1名 | 名 | 名 | 名 | 1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 | 2名 | 1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 | 2名 |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上 | | |
| 名 | 1名 | 1名 | 54名 | | |

（平均利用期間：　２８年４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 | 28名 | 名 | 4名 | 名 | 23名 |
| 非常勤 | 3名 | 1名 | 名 | 名 | 1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 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 1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 | 2名（　名） |
| 保育士 | 名（　名） |
| サビ管 | 2名（1名） |
| 障害者ケアマネ | 2名（　名） |
| ホームヘルパー | 8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 | 2,059.0 ㎡ | |
| （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 24 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）に行っ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　　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。<br><br>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。<br><br>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。<br>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。<br>※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。<br>※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。 |

【その他特記事項】

| |
|---|
| 障がいの重い方々や、高齢化による身体機能の低下や認知症状がある方、慢性疾患を有している方が多く利用しています。<br>それらの方々は長期にわたり入所利用している方が多く、ご本人やご家族との信頼関係もあり、安心・安全を基本とした支援を展開しています。<br>また、当事業所で身体介助が難しくなってきた利用者の方に対しては、法人の別事業所での対応も可能です。 |

# 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

●「実践的なマニュアル」

「太陽の園」は昭和４３年に開設された施設です。長年の歴史により蓄積された支援のノウハウに基づくマニュアルは、新棟移転に伴い、プロジェクト委員会によって一新されています。

食事や入浴などの支援ごとのマニュアルには、様々な身体的な状況などに対応できるように利用者を想定した介助方法が記載されています。

また、標準的な実施方法を踏まえたうえで、「あおば」での支援ごとの手順書が検討され、利用者の安全に配慮した実践的なマニュアルが備えられています。

サービスの実施場面では、職員が決められた手順を守ることで事故などのリスクが減らせるということを十分に意識しながら支援にあたっています。

プロジェクト委員会は定期的にマニュアルを見直し、現場からの改善に関する意見を盛り込んだ実効的なマニュアルとなるようにしています。

●「余暇支援によるエンパワメント」

平成２３年度は「計画的な外出を実施しているものの、利用者にとって満足のいく内容であったのか」という反省がありました。平成２４年度は、いくつかのレクリエーションコースを設定し、利用者や家族へのアンケートを元に、その要望を踏まえて「あおば家族旅行」が企画されました。旅行中に利用者は意外な一面を見せました。

それは、障がいがあっても普通の人としての感情や仕草だったのではないでしょうか。家族と職員はあらためて障がいがあっても利用者が私たちと同じように旅行を楽しめることに感銘できた一瞬でもあったのではないでしょうか。

利用者は意思表示が困難な方が多く、職員は日々、本人の意向を把握し尊重できているだろうかと、悩みながら支援しています。家族旅行は、利用者の生きる喜びや潜在的な可能性を引き出して、外出や余暇の支援の充実につながりました。

◇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。

●「苦情相談に関する仕組みの整備」

苦情解決の仕組みとして、第三者委員を委嘱し、事業所内に掲示しています。３名の委員の氏名と連絡先が各々記載されています。また、契約書や重要事項説明書には第三者委員については、２５年度から記載される予定です。

第三者委員の設置義務以前から、先進的に権利擁護委員会を設けていました。今後は、利用者や家族に対して、苦情解決の仕組みについて理解を促す工夫が必要です。

また、職員向けの手順書である「利用者等からの意見等に対する対応について」の中にも「苦情対応」の記載があります。内容が苦情の場合には、家族に対して権利擁護委員会に苦情申し立てをするかどうか確認することになっています。

家族にとって、委員会に対し苦情申し立てをすることは心理的にも困難です。また、家族が申立を行わないと伝えた場合は日誌や個人記録等への記載を行うことになっています。苦情受付書の書式が整備されていますが、活用には至っていません。

事業所として、苦情や、明確な苦情になる前の不安や不満を「あってはならないもの」として扱うのではなく、サービスの質向上のためのアドバイスとして受け止め、再発防止などに活かす仕組み作りが求められます。

●「より快適な生活環境へ」

施設は、地形を利用して２階・３階から屋外へ出るブリッジが整備され、緊急時の避難に対応できるようになっています。ＬＥＤや高い断熱性、燃料としてペレットを使用するなど環境に配慮され、コスト低減と管理のしやすいファシリティマネジメントが導入されています。

訪問時には最新の空調設備ながら、新築建物特有の室内の乾燥が感じられました。また、その時、給湯設備の不調、構造上音が残りやすく、音に敏感な利用者が不安定になる場面もありました。

長期間入所の利用者は、高齢になり身体障がいを重複しています。現在、身体介助が必要な利用者は、普通のトイレで職員の創意工夫で介助されています。入浴に際しては、浴槽にお湯を張る高さを加減することで安全性を図っています。

今後も高齢化、障がいの重度化により、介助を要することが増えることが推察されます。利用者にとって、より快適に、安全に生活できるようにこれら課題に対しての対応を期待いたします。

●「あおばとしての中長期計画」

事業所「あおば」の中長期計画は、「太陽の園」全事業中の施設入所支援事業として記載されています。地域移行の計画としては、平成３０年までに入所利用者の定員削減として利用者・家族の意向を踏まえて、数値目標が設定されていますが、「あおば」の中長期計画での位置づけが明確でありません。

「あおば」の中長期計画を策定する際には、理念実現のビジョンを明らかにして組織や職員の体制・設備・人材育成等の分析の上、課題を解決するためにそれぞれ具体的な計画策定をします。計画の実現には収支の裏付けも欠かせません。

障がい者支援施設「あおば」としての今後に向けた中長期計画の策定が望まれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

●実践的なマニュアル

平成２４年２月に新しい建物が完成し、供用を開始しました。新しい環境の中で生活全般にわたる検証作業を進め、９月にマニュアルの改訂を行いました。
利用者にとって生活の利便性や安全性の面で十分ではないところがまだまだありますので、今後さらに検証を重ね、利用者像と建物構造にあわせたよりよい支援を実践するためのマニュアルの改訂を進めてまいります。

●余暇支援によるエンパワメント

利用者にとって余暇をどのように過ごすかということは、ＱＯＬ（生活の質の向上）の観点から大きな意義があるものと考えています。障がいの重さから、職員はとかくＡＤＬ（日常生活動作）支援に目が向きがちですが、利用者一人ひとりの生活の豊かさ、ゆとりのある生活を考えるとき、職員は外出や旅行などに限らず、日常生活の中でどのように余暇を充実させていくかということは大きな課題です。
日常のなかで利用者は何を求めているのか、ご家族は何を希望しているのかを把握するために、職員が常にアンテナを張り、利用者のＱＯＬ向上に向けた取り組みを行ってまいります。

●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。

●苦情相談に関する仕組みの整備

太陽の園は、平成１２年から利用者の苦情やご意見を解決し権利を守るための「権利擁護委員会」を設置しました。第三者委員として外部有識者に権利擁護委員を委嘱し、太陽の園の職員から苦情解決責任者、苦情受付担当者、庶務を任命し、各所属部長も委員会に配置しながら組織しています。
利用者やご家族から苦情が寄せられた場合、権利擁護委員会で解決の取り組みを行うと、手続きなどで時間を要することが多い仕組みになっています。利用者やご家族にとって、苦情やご意見に対する解決に時間を要することは、苦痛や不安を感じる時間も長くなることにもなります。そのようなことから、苦情が寄せられた場合は、まず担当職員や担当課長、部長が内容をお伺いし、解決できるものはなるべく早く解決するよう心掛けています。また、これらのことについては、記録を残すとともに上司にも報告し、職員会議等で情報の共有と再発防止に向けた議論を行っています。
担当者レベルで解決が難しい場合は、権利擁護委員会で受け付けを行うようにしています。
ご指摘のありましたことにつきまして、太陽の園としては、今後も苦情等の早期解決と再発防止を基本に取り組んでまいります。また、権利擁護委員会設置要綱等の見直しも行い、利用者やご家族にとって、苦情や意見が表明しやすいような方策も検討してまいります。

●あおばとしての中長期計画

法人では、太陽の園総体の中期計画が策定され、中期計画に基づいて年度毎の運営計画を策定し各事業所の事業運営を行っています。
今後、太陽の園総体の中期計画を踏まえながら、事業所毎の中期計画を策定するための検討を行ってまいります。

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。「あおば」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」「自己研鑚」の４項目が職員の行動規範となっている。「あおば」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 | 利用者には、わかりやすいように平易な言葉で理念や基本方針を説明し、周知に努めている。家族には、年度毎に文書で送付すると共に、家族の会総会にて説明、周知に努めている。今後の取り組みに期待したい。 |

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」全事業中の施設入所支援事業として記載されている。<br>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。「あおば」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 | 「あおば」は、６０名の利用者が２階に６つのユニットで生活支援を受けている。<br>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。 |
| 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。 | 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、「あおば」の中長期計画に基づいた事業計画にも期待したい。 |

| | | |
|---|---|---|
| Ⅰ－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ている。また、職員室・詰め所に備え付け常時閲覧できるようにしている。 |
| Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | b | 太陽の園の機関紙「やまのおと」や事業所通信「あおば」や家族会総会で周知を図っている。周知の機会にもなる「太陽の園祭り」といった行事を設けているが、家族の高齢化や遠方に居住するため参加が年々減少の傾向である。「あおば」独自に秋のボランティア会を設け、食事会と利用者活動の上映は家族には好評であり、事業を家族に分かりやすく伝えている。利用者には、年度始めに説明して周知している。多くを占める重度障がいの利用者には、理解しやすい言葉で伝わるように心掛けているので、今後の取り組みに期待したい。 |

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。 | 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。 |
| Ⅰ－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。 |
| 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。自立支援法以降、選ばれる事業所となるよう職員個々の経営参画の意識付けを行っている。 |
| Ⅰ－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、職員の確保と育成を課題としている。<br>各種プロジェクトや委員会と職員の理解を得て、人事・労務・財務・施設整備等、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 | 法人本部による障がい福祉動向や経営情報により事業環境を把握している。利用者の家族から懇談会やアンケートで収集したニーズを中長期計画に盛り込んでいる。<br>理念・基本方針にある障がい者の地域生活の支援に基づき、「だて地域生活支援センター」との連携している。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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している、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 | 入所施設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。<br>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。<br>配置基準以上の人員を割いているが、利用者サービス向上を目指して、２５年度は更に増員する予定である。<br>今後は、中長期計画における職員の人材育成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ことが期待される。 |
| 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。親睦会等の交流を非正規職員と共に行うなどの意図的な福利厚生の取り組みが期待される。 |
| 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 | 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、研修用冊子等の前文に理念とともに基本姿勢が明示されている。 |
| 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組が行われている。 | b | 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。 |
| 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 | 個別の職員研修には評価見直しが必要である。<br>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。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 本体施設「太陽の園」として実習生を受け入れている。施設入所サービスに留まらず、生活介護・児童発達支援事業等の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。 |

Ⅱ－３　安全管理

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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。 | | |
| 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 | 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。<br>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。 |
| 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。 | b | 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。避難訓練の効果に期待したい。 |
| 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 | インシデントレポートは各職員室に提出後、分析改善の対応をしている。リスクマネジメント委員会・衛生委員会を設置している。各部署の内外の危険箇所を点検する体制がある。利用者の万一の失踪に備えて着ている服を含めた顔写真を毎日、撮影している。 |

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。 | a | 伊達市内のふれあい広場や神社祭といった行事には、利用者の参加を積極的に支援している。買い物や理美容への外出を促して、居住地における地域とのふれあいの少なさを補っている。 |
| Ⅱ－４－（１）－②　事業所が有する機能を地域に還元している。 | a | 複合施設のそれぞれの専門性を活かして、専門職によるセミナーの開催等がある。障がい者や家族の相談に応じている。発達援助セミナーが毎年開催され、道内福祉関係者に知識・技術の習得の機会が提供されている。 |
| 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。 | 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 | 教育機関や児童相談所等の行政機関や支援団体、協力医療機関や障害者相談支援事業所等をリスト化し、職員に周知している。 |
| Ⅱ－４－（２）－②　関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | 教育・行政機関、支援団体等とは協力体制にある。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 | 伊達市社協主催の「ふれあい広場」は、太陽の園が先鞭を付けた事業であり、その他の福祉活動への利用者の積極的な参加を支援している。在宅障害者を支える短期入所事業も実施している。 |

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 | 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 | 入職時には法人の新人研修で理念について学んでいる。また、各施設に配属後にはチューター制をとり入れ、先輩職員が法人理念を踏まえた施設ごとの「あるべきケア」について伝えている。また、定期的な研修により、職員が利用者の権利などについて振り返る機会をもっている。 |
| 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 | 職員倫理綱領に定めるとともに、個人の尊厳について「やさしいまなざし」という行動指針をイラスト化した冊子を作り、職員が障がい者支援の倫理観を共有している。施設の新設後、個室化となったことにより、利用者一人ひとりのプライバシーが守られた生活環境を整備した。 |
| 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 | 家族に対し「福祉サービスに関するアンケート調査」を実施し、改善策を公表している。<br>北海道知的障がい福祉協会のオンブズマンを受け入れている。オンブズマンにより、利用者の声が汲み取られている。他に、利用者代表の会で意見を聞くことや、福祉サービス評価２６項目調査など、利用者満足を高める企画をしている。言葉にできない利用者の要望が汲み取れる工夫として、「支援者からみた利用者の満足度」の調査を定期的にして実施し、利用者満足度の向上に努めているので今後に期待したい。 |
| 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。 | b | コミュニケーションが困難な利用者には、写真や具体物を使う工夫を積み重ねている。言葉によるコミュニケーション・相談ができる利用者が限られているなか、支援者は、利用者の表情や行動の変化から気持ちを感じ取り、支援に繋げている。会話のできる利用者には、日常の会話の中で本人の思いの把握に努めているので、更なる工夫に期待したい。 |
| 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 | 第三者委員会を管轄する権利擁護委員会、オンブズマン受け入れを管轄する人権尊重委員会がある。また、共有スペースに設置された意見箱は、担当課長など担当が分かれているが、利用者からの申し出に対してそれぞれの管轄で個別に対応が行われている。苦情解決フロー図が活かされる周知が期待される。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 利用者からの申し出は、本人の伝達能力に合わせた形で丁寧に聞き取りを行うことをマニュアルに定めている。家族からの申し出で、苦情ではないと確認したものに関しては苦情記録簿への記録を行っていない。内容に応じて担当者や苦情相談の責任者から家族に状況の説明等を行っている。苦情処理の場合は広報誌での公表や第三者委員会への報告があるので、家族として申し出しやすい環境が望まれる。 |

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 | 人権尊重委員会で、福祉サービス内容評価基準に従い定期的に評価を行っている。ブロックごとに定期的な事業報告を行っている。長年の課題となっていた施設整備では、建物についての職員等の意見により、利用者の安全面を検討している。 |
| 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。 | b | 評価結果で課題となっていた施設建物に関する改善は、法人全体の施設整備計画に従って実施される。毎月実施の職員会議では、全体的な意見交換の場として計画的な改善計画の立案等が望まれる。 |
| 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 | 「太陽の園」の標準マニュアルがある。また、「あおば」の利用者の身体状況などに合わせた標準的な支援マニュアルも整備されている。職員がいつも意識できるように掲示等がなされている。 |
| 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 | 標準マニュアルについて、施設の移転に合わせて暫定版を作成し、実際に実施したうえで改善点をプロジェクト委員会で話合い、改訂している。マニュアルは利用者の安全に配慮され、リスクへの対応については職員からの意見やアイディアが盛り込まれている。マニュアルは半年ごとに委員会で見直すことになっている。 |
| 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 | 新制度への移行に伴い、法人の規定の書式を活用し、記録を行っている。来年の４月から新しい書式に変更するため、現在パソコンで記録を行うための検討が行われている。 |
| 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 | 個人記録等は、詰所内の施錠できる棚で保管し、利用者等の目に触れないようにしている。長期間にわたる利用も多く、個人の資料は総務課の管轄による永久保管となっている。現在まで記録物のほとんどが手書きとなっているが、今後は電子化が予定されているため、新たな記録利用と保管のルールを予定している。 |
| 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 | 朝、夕の職員の引き継ぎで利用者の様子を職員間で共有している。施設は３ブロックに分かれており、ブロック会議は月１～２回ペースの開催している。この議事録は職員に配布、周知徹底されている。カンファレンスは、個別支援計画策定時に、看護師・作業療法士・言語聴覚士等の多職種により行われている。 |

## 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。 | b | 「太陽の園」総合パンフレットが作成され、複数のサービス施設から選択できる。受け入れ窓口は施設長となっており、電話対応の他、入所後の生活がイメージできるように見学を奨めている。パンフレットに関しては、更に見やすく検討中であり、ＨＰの更新も協議するところである。 |
| 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 | 利用者や家族等に説明を受けることが負担にならないように書面を用いるなど配慮している。新法に移行したこともあり、利用者や家族に理解を促すための文章や説明の工夫が期待される。 |
| 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 | 移行先の担当者に対し、移行前から連携を取り合い、利用者の情報を共有し本人が混乱なく移行している。移行後も様子を見に行くなど、途切れることなく支援されている。 |

## 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。 | b | 落ち着いた生活を安心して送るためのリスクの洗い出しを十分に行い、日中活動を含めた利用者の生活すべてを職員が理解し、アセスメントを行っている。様式には本人・家族の希望等の記載を加え、利用者の視点に重きをおいたものとなったので今後に期待される。 |
| 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。 | b | ブロック会議などで職員の意見を受けながら毎年３月と９月に計画の見直しを行っている。アセスメントは利用者の長所に着眼して潜在能力の活用や生活の希望が取り入れられることになった。利用者の個別支援計画は本人と家族の意向等も反映されるので、計画の説明と同意を適切に行われることに期待したい。 |
| 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。 | b | モニタリングは、担当職員が原案を作りブロック会議で話し合っている。多職種による意見を反映させ、見直しにより適切な支援が実施されるよう配慮されている。事業報告にある反省とブロックでの楽しみごと・生活の向上についての視点と連動しながら、個別の計画にも反映していくことが期待される。 |

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。 | a | 意思伝達が困難な場合は、表情やいつもと違う行動等を見逃さず、回覧や個人記録に特記して職員全体で共有している。具体物を利用する等、よりわかりやすいコミュニケーション手段の開発に努めている。 |
| A－1－(1)－② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | a | やりたいこと、好きなことは支援員が利用者の意向を汲み、それを尊重し楽しむ機会を設けている。意思表示が困難な場合でも、利用者が望む主体的な活動ができるように、体験できる選択肢を用意している。 |
| 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 | 自力で行えることも安全の観点から介助の必要性を感じつつ見守り、利用者独自のこだわりを尊重し付き添っている。対応の変更等は回覧で迅速に共有し、ブロック会議で対応の妥当性を協議している。 |
| 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 | 一年毎の利用者、家族からの聞き取りを基に、利用者のエンパワメントの理念に基づいた個別支援計画を作成し、支援の中に取り入れている。今後は、日々の支援の中で利用者の新たな一面を発見する機会を活かして、具体的な課題解決が利用者の喜びややり甲斐に繋がることが期待される。 |

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 | 個別支援計画に基づき、利用者の身体の状態に応じた食べやすい食事や治療食を提供している。管理栄養士の栄養指導や言語聴覚士による嚥下指導が行われ、利用者一人ひとりの留意点や支援方法が計画に反映している。 |
| 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 | 嗜好調査は食べたものが好みかどうかを把握し、メニューの改善に役立てている。その他に、新たに加えてほしいメニューは、栄養士が直接、利用者や職員に積極的に意見を聞いている。季節の行事の際の食事や連休中に利用者が楽しめるような手打ち蕎麦や握りずしの実演など楽しく食事ができる。家族を招いた食事会や選択食を取り入れることなども検討している。 |
| A－2－(1)－③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。 | a | 喫食環境は明るく開放的である。重度の自閉症の利用者は、別ホールでちゃぶ台に配膳して家庭的な雰囲気で喫食している。食事に長時間かかる利用者への個別対応がある。楽しい食事となるために利用者のテーブル配置に気配りがなされている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 医療度が高い、高齢である等、個々の身体の状態を十分に配慮して、安全に入浴できるように人員配置を行い、同性介助を実施している。 |
| A－2－(2)－② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | a | 入浴は週３回に設定している。汚れに対応したシャワー浴も随時行っている。入浴を嫌がる利用者には気持ちに寄り添い粘り強く対応している。 |
| A－2－(2)－③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | a | 浴室は清潔感があり、設備内の広さに余裕がある。脱衣場入り口ののれんは、防炎加工製で適度な長さでプライバシーに配慮されることとなった。深い浴槽は、利用者の体格に合わせて湯量を変えることで、安全に入浴が出来るよう工夫されている。手すりの設置、対策等は利用者の障がい程度により検討される。 |
| 2－（3）　排泄 | | |
| A－2－(3)－① 排泄介助は快適に行われている。 | a | 同性介助であり、プライバシー保護を考慮した排泄支援マニュアルが整備されている。個々の状況に合わせ介助を行い、オムツやパンツ利用は適時判断されている。 |
| A－2－(3)－② トイレは清潔で快適である。 | a | 清掃は主に委託業者が行い、職員も対応して清潔である。車椅子利用者が安全に使用する為に職員が独自の工夫をしている。今後は、利用者の高齢化に伴った手すりや補助具等の検討もするところである。 |
| 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 | 服装の選択は、利用者の意思を尊重している。同じ服に強いこだわりがある利用者には、同じ服を何枚も購入して用意している。着替えを拒む利用者には、利用者の気持ちに配慮した気配りの対応をしている。 |
| 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 | 利用者の意思を尊重するとともに、支援員が利用者の必要性を見極め随時着換えを行い、清潔な身だしなみになっている。 |
| 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 | 行事の時など特別な場合以外にも、要望のある女性には化粧を楽しむ支援がある。日々、支援員は、利用者の希望や必要に応じて整髪など身だしなみに関する支援を行っている。 |
| A－2－(5)－② 理・美容について配慮している。 | a | 月に一度の外出時に理髪、美容を施しており、長年のおつきあいで信頼関係のある店が利用者の意向を汲んで行っている。 |

| | 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る。 | a | 個室化で他利用者の影響を受けず安眠できる環境となっている。眠れない利用者には、風呂をゆっくりとリラックスして入るように促すことで、なるべく服薬に頼らない支援となっている。 |

| | | |
|---|---|---|
| **2－（7）　健康管理** | | |
| A－2－(7)－① 日常の健康管理は適切である。 | a | 個別健康管理票が整備されており、日々の健康管理には専属の看護師があたり、施設内の発達医療センターが利用できる。定期通院の支援体制や各種定期健康診断も行われている。インフルエンザ予防の対策も講じられてる。 |
| A－2－(7)－② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | a | 体調の急変やケガ等の対応には施設内の受診が可能である。てんかん発作に対応するマニュアルがあり、救急車要請の判別表は各ブロック管理室内に掲示されている。地域の医療機関との連携協力体制もある。 |
| 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 | 各ブロックで鍵のかかるロッカーに保管している。与薬マニュアルに基づき、投薬後すぐに捨てず、全てパッケージを確認してから廃棄して誤飲や飲み忘れを防いでいる。 |
| **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。 | a | 季節の行事を中心に計画され、余暇活動等が行われている。<br>今年度は、家族の会の要望を受けて、独自に企画した「あおば家族旅行」を実現させた。 |
| **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 | 利用者の限られたお小遣いと町から離れた施設の立地条件という制限の中で、利用者の生活の広がりや楽しみのため月に１回は外出支援している。買い物や理美容・外食などに加え、年に１～２回の小旅行も実施している。２５年度からは職員の増員により土曜日の生活介護と合わせた支援を予定しているので、余暇支援の充実に期待したい。 |
| 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 | 受け入れる家族が高齢化し帰省が難しくなっているという課題に対応し、夏休み、冬休み、ゴールデンウイークは帰省バスで便宜を図っている。その他、外泊希望は必ず家族に確認をとり、家族の要望にも応えるようにしている。 |
| **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 | 「家族の会連合会」が預かり金を管理している。こずかいや必要なお金の引き出しはブロックの担当者が行い、利用者が室内で金銭を所持することはない。２万円を超す消費には家族の承諾を必要とし、定期に家族へ収支報告がある。 |
| 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 | テレビやラジオの個人所有、新聞購読は利用者の希望に沿って行っている。談話室に置かれているテレビは利用者間の争いを避けて安全に配慮されたガードが施されており、利用者の希望を受けて支援員がテレビのスイッチの入切を行っている。 |
| 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 | 現在、行事以外で飲酒する利用者はいない。<br>行事以外に晩酌をたしなむ利用者が希望した場合は、飲酒量や時間帯といったルールを話し合う。<br>現在、喫煙者はいない。喫煙に関しては重要事項説明書に所定の場で喫煙と記載となっている。利用者が喫煙を希望した場合は、場所や喫煙本数等のルールを話し合う。 |