

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2015 年 7 月 1 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14-001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)	加福 保子	福祉医療保健	第0152号
	(2)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(3)	榎見 由美子	福祉医療保健	第0117号
	(4)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(5)			
サービス種別	障害者支援施設(施設入所支援+日中活動事業)			
事業所名称	余市幸住学園			
設置者名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2013 年 9 月 27 日	～	2015 年 5 月 27 日	
利用者調査実施時期	2014 年 9 月 29 日	～	2014 年 9 月 29 日	
訪問調査日	2015 年 4 月 16 日			
評価合議日	2015 年 4 月 25 日			
評価結果報告日	2015 年 7 月 1 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 小樽四ツ葉学園

代表者氏名：理事長 鮎野 喜一郎

所在地：〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号

TEL 0134-54-7404

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

別紙

◇改善を求められる点

別紙

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

幸住学園として行っている事に対して、はっきりと評価として出ているのかなと言うのが率直な感想です。

今後も利用者さんの生活の向上に努める事によって、良い評価が受けれるよう努力していきたいと考えています。

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

余市幸住学園 総評

<評価の高い点>

1 「利用者満足の向上に努める職員の姿勢」

障がい特性により、自分から要望や意見を言葉で言えない利用者にも、毎朝、居室担当の職員が利用者の一人ひとりに話しかけて要望や意見を聴き取るようにしています。

全員に実施している「利用者満足アンケート」は、「給食アンケート調査」と「面談シート」による聴き取りがあります。特に、「面談シート」は、日中活動や休日等の要望を丁寧に聴き取っています。「面談シート」の他には、本人が表出できない課題のある利用者のために、本人の話した言葉を平仮名で表記して、支援会議にかけてニーズの把握に努めています。

意見箱は、一定の場所に設置すると破壊してしまう利用者があるので、その利用者が不在の時間帯に意見箱を出しています。また、文字が書けて入れることができる利用者のいる時間帯にも出すようにしています。

行事に関しては、行事終了後に家族アンケートを行っていましたが回収率が低いため、職員が行事アンケートを自らに課し、利用者満足度を高める取組みの一つとしています。

このように、障がいによりコミュニケーションを図ることが難しい利用者に対して職員は日々の支援の中で利用者満足を高めようとしています。

2 「食事提供の工夫」

施設に入所している利用者にとって、食事は日常生活の中で大きな関心事です。年に一度実施されている「食事アンケート調査」の結果から、要望が十分に反映されるように一覧表が作成されています。

一覧表には、一人の利用者が複数の献立等の要望をあげていても、確実に提供できるように、提供月日を記入する等の工夫がされています。献立の要望が叶うことで、次回のアンケート調査に臨む意欲がでます。

また、「嚥下指導者・介助者(早ごはん)」表には、利用者個々の嚥下能力に適した食材形状の大小、トロミの粘度、キザミの粗さ等が記載されています。

お味噌汁は保温食器を使用し、食堂に来る都度に配膳されて美味しく食べられるように配慮されています。利用者一人ひとりが希望する献立や食材が、適切な調理法や食器、配食の工夫により提供されています。

3 「障がい者支援施設『余市幸住学園』業務全般を文書化し、全職員が必帯している」

障がい者支援施設「余市幸住学園」では「施設支援サービスマニュアル」というタイトルの冊子を作成し、全職員へ配布しています。

この冊子には、施設創設時の十訓をトップページに、理念・基本方針が載っています。理念基本方針の具現化として「業務分掌」「職員業務表」等の施設の運営管理に関する書面が続き、直接支援のマニュアルの20数項目からなっています。

「年間行事並びに立案職員」「火気取締責任者」「利用者担当職員」が一覧となり、個々の職員が組織全体を把握できるように作られています。また「利用者名簿」をはじめ、「施設利用前の状況」や「既往症・現病歴」がまとめられ、職員が担当の利用者だけではなく入所している全ての利用者を理解して情報共有しようとしています。

冊子は年度末毎に主任職員が原案を提出して、職員会議で補足修正後に新版を配布しています。年度途中に支援マニュアルの情報に変更や追加があった時には、各々で追記し日常の支援に反映させています。

<改善を求められる点>

1 「中・長期計画の策定」

施設は福祉動向や利用者の高齢化と地域ニーズ等から、今後は厳しい施設経営になるであろうことを想定しています。中長期的な課題としては、高齢で手厚い介助が必要になってきた利用者の増加に伴うハード・ソフト両面の対策です。しかし、中長期計画はありますが、具体的な数値を伴って作成されるまでには至っていません。

「中長期計画」とは、課題を認識したうえで、法人の理念・基本方針はもとより、施設にあってはその理念・基本方針を具現化するための3年から5年のスパンで作成される収支計画を伴う計画です。施設自らが「中長期計画」を策定することは、施設福祉サービスの充実とその質の向上につながることを法人に向けて発信することでもあります。今後の余市幸住学園の中長期計画の作成に期待します。

2 「意見箱の中身の共有と公表」

法人では、苦情解決責任者として理事長自らが解決にあたっています。「なんでも意見箱」が設置され、投書は苦情解決責任者へ直通で送られます。この内容は施設の苦情委員以外の職員には知らされていません。そのため、どのような要望・意見・苦情がどのくらいの頻度でどのように解決したかが不明です。「なんでも意見箱」に投書された内容を施設に知らせなければ、施設として更なる支援の質向上を組織的には考えられません。

今後は、「なんでも意見箱」の内容の経緯や結果を申し立て者に不利益とならないように配慮した上で、施設内で情報共有することと、施設内掲示や「幸住だより」等に掲載するといった公表が望まれます。

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 27 年 3 月 26 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園		
事業所名 (施設名)	余市幸住学園	事業 種別	障害者支援施設（施設入所支援＋ 日中活動事業）
所在地	〒 046 - 0013 余市郡余市町豊丘 1 9 7 番地		
電 話	0135-22-5515		
F A X	0135-22-6424		
E-mail	kouzumigakuen@otaru-yotsuba.or.jp		
U R L	http://otaru-yotsuba.or.jp		
施設長氏名	瀬野尾 準一		
調査対応ご担当者	藤井勇氣	(所属、職名：幸住学園 生活主任)	
利用定員	50 名	開設年	昭和 46 年 12 月 1 日
理念・基本方針： 1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。 人権侵害を許さず、プライバシーを保護し、人としての権利を擁護します。 2. 施設利用者への良質で適切な支援と援助をします。 3. 地域生活生活を推進し、自立社会参加を図ります。 4. 法人の経営基盤の強化をはかります。			
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) ・ 相談支援事業所 ・ 生活介護事業所 (40名)

【利用者の状況に関する事項】（平成27年3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	2名	6名	7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
1名	名	1名	1名	5名	8名
					合計
					40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	1名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	1名	名	1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	3名	2名	2名	名	名	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	名	名	名
合計	4名	3名	2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
35名	5名	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
名	1名	1名	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
2名	名	1名	名	2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
4名	2名	1名	名	2名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
6名	名	1名	16名		

(平均利用期間： 20年10ヶ月)

【利用者の状況に関する事項】 (平成27年3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	23名	1名	1名	名	18名
非常勤	4名	名	名	名	3名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	1名	名
非常勤	名	名	名	1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	名	名	1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	3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	2218.0 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	平成	9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)に行き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 26 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

20 人

・ボランティアの業務

行事手伝い。

【実習生の受け入れ】

・平成 26 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 10 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。

事業所内に何でも意見箱を設置している。また、利用者集会やHR時に利用者さんからの意見等聞き入れている。

【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	利用者の人権と生活を守る法人の姿勢や法人経営の在り方として、「人権擁護・生活支援・自立支援・経営安定」が明文化されている。玄関右側の廊下壁面、事務室内に掲示されている。理念のシンボルである四ツ葉は、子を思う親の気持ちが込められている。後年、知的障がいを含めた障がい者福祉の普遍的な支援の理念となり、法人は、余市幸住学園として昭和46年より小樽市から余市町へ事業拡大した。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づき基本方針が明文化されている。	a	法人の理念に基づき基本方針が明文化され、理念と共に施設内に掲示されている。基本方針は、法人総合パンフレットの他、職員が携帯するサービスマニュアルにも記載があり、職員の行動規範となる内容である。
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。	b	職員は、理念や基本方針が記載されたサービスマニュアルを携帯し、読み返す機会を持っている。管理者は職員に会議や朝礼の場で読み上げを行い理解を促している。施設長は理念・基本方針に基づいた月間重点目標を訓示することにより、職員の理念・基本方針の更なる理解を図っている。今後は、日々の支援が理念や基本方針と結びついている事例を検討することで、職員の理念・基本方針の理解が深まるので期待したい。
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	毎年度、家族会総会後に「幸住だより」と、その他の資料の中に理念・基本方針を盛り込んで利用者と家族に伝えている。施設内での理念・基本方針の掲示はある。施設は来所する家族や利用者へ、より周知を図れるように掲示の方法を検討しているので今後に期待したい。

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。	c	中長期計画の策定過程として、施設と施設に付帯する事業の中長期的な見通しを検討し、運営の課題を抽出している。法人に対して施設の組織体制、設備、人材等に関して提案をしている。余市幸住学園として法人の「短期・中期・長期の事業計画」に記載はあるが、他施設と同様の内容が多い。面談では施設独自のビジョンも語られているので、法人との中長期計画書に記載ができるように施設内での協議を活かした「幸住学園の中長期計画書」となることが望まれる。

<p>1-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</p>	<p>c</p>	<p>施設は、「社会福祉法人小樽四ツ葉学園 短期・中期・長期の事業計画」の「アクションプラン2015の社会福祉行動」中の5つの重点課題に取り組んできた。単年度の事業計画として平成27年度は権利擁護や個別支援計画の充実等をあげている。地域との連携は、関係機関との情報の共有を始め地域活動・行事を通じての障がい者福祉の啓発が記載されている。収支計画としては、居室のバリアフリー化工事を毎年度推進するために予算が計上されている。単年度の事業計画は、法人の中長期計画を反映させているが、今後は、次年度に評価可能となるように計画の目標を数値化して、福祉サービスの質向上に繋がることを期待される。</p>
<p>1-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
<p>1-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>事業計画の策定は、チーフが所属の職員の意見を集約した後、主任に報告している。最終的に、管理者間で協議を行い次年度の事業計画に反映させている。生活班・援助班の年度計画には、各種療法の実施目標回数が記載されている。生活介護班のカリキュラムは午前・午後で分けるなど、前年度との見直しが行われている。</p>
<p>1-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</p>	<p>b</p>	<p>事業計画の職員への周知としては、各計画書は配付されている。一部の職員への配付漏れや他の計画についての周知が乏しい。このため各計画の理解となると職員自身も自信がない状況となる。年度始めの会議での説明だけではなく、計画の途上で進捗率の分析や振り返りを行うことで理解が深まるので次年度以降に期待したい。</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>b</p>	<p>事業計画の利用者への周知は困難であるとして行われていないが、毎年度の家族会総会の際には家族・代理人への周知を行っている。出席する家族・代理人は少ないが、欠席者には「幸住だより」と共に郵送で送付している。今後は、利用者にもわかりやすく周知する工夫が望まれる。</p>

1-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
<p>1-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<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>管理者とは主任以上であり、その役割と責任は運営規定に明記されている。また災害時における管理者の役割と責任は「非常災害対策マニュアル」に記載がある。各職員が携帯するサービスマニュアルにも明記され、会議や研修の場において表明がある。「幸住だより」への管理者としての文章の記載や、家族会等でも管理者による挨拶等で表明が行われている。</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>b</p>	<p>遵守すべき法令等を正しく理解するために、管理者は事業所が遵守すべき幅広い周辺制度の情報を研修に出席して把握している。後志総合振興局の情報を重視して勉強に努め、その知識が事業所内に浸透するように会議等で報告を行っている。社会保険労務士・税理士等の専門家より法人を通じて助言を受けている。今後は、今後は最新情報も含めた法令のリスト化と簡易に閲覧できる方策を期待したい。</p>

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	管理者は、福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、課題として上がった人材不足に対しては、法人に対して、事業所で必要としている専門性の要件を提示する等の働きかけを行っている。管理者自らブレイングマネージャーとして利用者の支援も行っている。第三者評価の受審に際しては、全職員が課題を抽出して臨むように指導力を発揮した。
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。	b	経営や業務の効率化と改善に向けて、職員の意見を聞いて働きやすい職場環境とするため、2階に休憩室を設けている。コストバランス等の数値的な課題は法人本部から助言等を受けている。利用者の高齢化に伴いソフト・ハード面双方の対策を課題としている。管理者としての指導力を発揮するには業務の効率化と改善に留まらず、人事、労務、財務等の面からの分析にも期待したい。

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。		
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	事業経営をとりまく環境を把握するために、余市町からの福祉行政情報の他に、連携している病院や特別支援学校からの情報を収集している。地域の利用者ニーズに関しては、北後志地域自立支援協議会等の各種会議に参加して動向を探っている。法人の中長期計画には、利用者の高齢化等の課題が掲載されている。
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組を行っている。	b	経営状況を分析して改善すべき課題を発見するために、法人本部では事業所毎の月次の予算と執行状況の比較分析が実施されている。これにより施設の課題等も助言・指導されている。施設としては、家族会総会・内部監査・施設長会議の意見も課題発見の機会として捉えている。法人の中長期計画では、高齢化する利用者の介助・支援の質向上に伴うコスト等をあげている。今後は、経営課題を周知するとともに、改善に向けて取り組むことが期待される。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	定期的に経営分析・指導を行っている税理士法人により、外部監査が行われている。法人ホームページには、資金収支計算書・事業活動計算書・財産目録が公開されている。時間外労働の削減等の経営改善に取り組んでいる。

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。		
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	必要な人材・人員に関する具体的なプランは法人本部で策定している。施設としての運営上必要とされる人材や、人員体制に関する基本的な考え方等はある。しかし、「余市幸住学園」として目標とする支援の質を確保するための人材の具体的なプランは確立していない。利用者の高齢化に際しては、認知症対応の専門職員をいつまでに、何人を育成するかといった、より具体的なプランが期待される。

<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>人事考課は、年に一回、直属の上司、施設長、理事長の順に三段階の面談による人事考課が行われている。考課基準を職員に公開することや、評価がどのように活かされているかを明確にする必要がある。面談が職員個々の就労意欲につながり、スキル向上の研修計画策定に結びつけられることに期待したい。</p>
<p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
<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>b</p>	<p>職員の就業状況を把握するために、有給休暇日数の取得がチェックされ、休暇簿は職員が閲覧できるようにしている。有給休暇や育児休暇の取得要望を受け入れて、月毎に調整している。学齢前の子どもがいる職員には、育児時短勤務を実施している。有給の消化率や時間外勤務の分析による業務の効率化の必要性を職員が認識しているので、今後期待したい。</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>職員の福利厚生や健康の維持への取り組みとしては、健康診断、インフルエンザ予防接種の費用の補助等を行っている。セクハラ・パワハラのアンケートを実施している。メンタルヘルスの相談員の設置まではないが、職員間のコミュニケーションを活性化することで代替えとしている。今後は、施設独自の取り組みを期待したい。</p>
<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>		
<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>b</p>	<p>職員の教育・研修に関する基本姿勢は、理念、基本方針、中長期計画に福祉サービスの質の向上を目指すことを明示していることで読み取れる。今後は、研修の基本姿勢を単年度の研修計画書にも明示されることが望まれる。</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>c</p>	<p>事業所が用意する各研修には、職員の勤続年数や能力などを考慮して受講者が選考されている。しかし、職員ひとり一人の資格の把握やスキルアップへの意思把握が反映されたものではなく、個々の研修計画を策定することが望まれる。</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>c</p>	<p>個々の職員の研修計画はないが、施設内外の研修に参加した場合に報告書を作成している。報告書は理事長も目を通している。受講報告書を事業所内で閲覧して共有している。上記項目にて個々の研修計画を策定後は、個々の研修計画の見直しが望まれる。</p>
<p>II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>実習生の受入れと育成については、「施設実習実施要項」に基本姿勢を明示している。専門学校生、大学生の実習の受け入れは、毎年行なわれている。学校からの要請には、受け入れ時期を調整する等をして積極的に応えている。実際の受け入れに際してのマニュアルの作成を予定しているので、今後期待したい。</p>

II-3 安全管理

		第三者評価結果
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	事故防止や感染症の各種マニュアルで手順が明確にされている。事故・感染症の発生時は、「利用者状況報告書」への記載が組織として義務づけられている。利用者の安全確保の為に、朝夕のミーティング、研修会が行われている。また、安全衛生委員会、感染症委員会を定期的に開催し、利用者の安全確保の体制を見直している。
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	事務所内にはハザードマップが掲示されている。想定される災害の「非常災害対策マニュアル」が整備されている。利用者の安全確保の手順に基づき、施設長を隊長に自衛消防隊を編成している。避難訓練は年度に2回開催されて、消防署と連携している。
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。	b	ヒヤリハットは、「利用者状況報告書」への記載が組織として義務づけられている。その報告書を基にリスク管理委員会、危機管理委員会が開催され、再発防止のための対策を練り、毎月開催される支援者会議の場で情報を共有している。収集した事故・ヒヤリハット事例の評価・見直しをすることで、更に利用者の安全がはかれるとの職員の意識があるので、今後に期待したい。

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	b	「余市幸住学園」は、法人の理念・基本方針にある「地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります」の具現化の為に地域との関わりを大切にしている。地元の神社祭りには欠かさず参加し、施設として豊丘地区の水利組合に所属して、草刈りや用水路の土上げ等の共同作業の日には、簡易な作業には利用者が参加して地域とかわっている。地区の高齢化で、同行する職員の作業応援も重宝され、地域との関係を良好にしている。今後の利用者への働きかけとしては、関係性のとれた地域とより交流できる機会を期待したい。また、様々な地域とのかかわりがあるので、その基本的な考え方を明文化しておくことは、職員の理念・基本方針の理解と地域への発信にもなるので、行事計画等に明記しておくことが望まれる。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	施設機能の地域還元としては、北後志消防組合余市消防署にヘリコプター臨時着陸場として豊丘地区にある施設の敷地を提供している。また、古平にあるNPO法人の活動支援として、古平札幌間を施設の車両で職員が行事の際に利用者を送迎することもある。広報誌は、2カ月毎に関連施設等に送付し、行事には近隣の住民に参加を呼び掛けている。地域の相談窓口としては、「相談事業所余市幸住学園」を設置している。施設内にボランティア活動室や地域の人が集会できる会議室、体育館の開放も行っていたが、所在地が街から離れていることもあり活用が進んでいない。施設からの情報発信は、障がい福祉の啓発にもなるので今後の地域還元を期待したい。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>施設は、定期的な理容ボランティアを長年受け入れている。毎年度の行事には多くのボランティア参加がある。「ボランティア受け入れ要項」に「施設と地域の交流の充実を図る…」と基本姿勢が明示されている。要項には、ボランティアの定義として4つの原則を挙げ、目標は7つ挙げられている。ボランティアコーディネータの配置もあり、実際の受け入れ体制はできている。今後は、トラブル等のリスク管理にもなるので手順書等を整備することを期待したい。</p>
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p>	<p>b</p>	<p>必要な社会資源のリストとして、医務室であれば病院関係リストを掲示しており、各部署で必要な連携先をリスト化している。今後はどの職員も理解できるように社会資源リストを体系化していく予定がある。利用者へのサービスの質向上には関係機関との連携は欠かせないので今後に期待したい。</p>
<p>II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>関係機関としては、利用者の多くが重度障がいや高齢化で病院との連携が密である。余市町自立支援協議会や地域ネットワーク会議に定期的に出席している。北後志の広域相談事業所との連携が多く、課題解決に向けて協働している。平成27年3月には、在宅では支援困難な利用者のケア会議に参加して、入所支援に結び付けたケース事例がある。</p>
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p>	<p>a</p>	<p>地域の福祉ニーズは、定期的な地域ネットワーク会議の出席や病院との連携時に把握するようにしている。施設内に相談支援事業所が併設されたので、ここからもニーズ把握ができるようになった。地域住民と交流できる機会をニーズ把握の好機と捉えている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>本体施設内に併設された相談支援事業所から把握したニーズに対応し、日中一時支援や短期入所、就労支援等の福祉サービスの利用につなげている。単年度の計画に地域との連携が記載されているので、法人の中長期計画内の「余市幸住学園」としての位置づけにも期待したい。</p>

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

		<p>第三者評価結果</p>
<p>III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者を尊重したサービス提供の基本姿勢は、理念・基本方針の他、「虐待防止委員会設置規程」「虐待防止マニュアル」にも明示されている。組織内で共通理解を図る為に、法人内研修を年間2回以上実施し、全職員が参加している。権利擁護に関しては、顧問弁護士により研修を開催している。人権侵害ゼロ署名を全職員が行い、廊下に掲示している。会議において身体拘束・虐待防止について定期的に議題にあげて周知を図っている。サービス提供のマニュアルには、利用者へのプライバシーに配慮する旨が記載されている。</p>

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>サービス提供場面でのプライバシーに配慮する旨を記載したマニュアルや規程が整備されている。入浴は同性介助であり、入浴中に他の利用者が入ってこないように施錠している。排泄時はカーテンを使用して、夜間のおむつ交換であっても、同室者の視野に入らないように留意されている。支援会議ではマニュアルの周知のほか、更新についても話し合われている。</p>
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者満足の向上の取組みとしては、利用者集会で希望を聞く機会を定期的に設けている。集会のような集団の中で議題としてあげる内容によって落ち着かなくなる利用者がある場合は、個別に担当職員が聞くようにしている。障がい特性により自ら訴える言葉を持たない利用者が多いので、毎朝、担当職員が個々の利用者に要望を聴き取るようにしている。また、給食アンケート調査と面談シートにより、利用者全員に対して、日中活動や休日等の要望を聴き取っている。行事に関しては、家族アンケートを行っているが回収率が低い。この為、職員が行事アンケートを自ら行い、利用者満足度を高める取組みとしている。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者が相談や意見を言いやすい環境作りとしては、意見箱を利用者が入れやすい時間帯に、男女棟の各宿直室周りに設置している。利用者の担当職員が相談・意見を聞くことになっているが、利用者は内容によって話をする職員を選んでいる。相談時には、空いている居室で行うことができる。掲示物は剥がしてしまう利用者も多いが、掲示できる場所もある。相談・意見に関する文書にイラストを使用する等、より分かりやすい文書を検討しているので、今後に期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>苦情以前の要望・意見を利用者から汲み取るように職員が日常的に働きかけて「苦情解決 意見・要望・苦情シート」に職員が積極的に記入して提出している。第三者委員3名の氏名と連絡先が重要事項説明書に記載され、施設の廊下に掲示されている。苦情解決責任者として理事長自らが解決にあっている。「なんでも意見箱」は苦情解決責任者へ直通なので、内容は苦情委員以外の職員には知らされていない。どのような苦情がどのくらいの頻度でどのように解決したかが不明である。今後は、苦情の経緯や結果を申し立て者に不利益とならないように配慮した上で公表することが期待される。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>日常的な要望・意見は、利用者の担当職員が聴き取り、内容により迅速に対応している。対応まで時間がかかりそうな場合は、ケース検討会議にかけてから対処している。このときの利用者への伝え方は、障がい特性により理解が難しいが、要望・意見への回答を都度、伝えるようにしている。要望・意見への職員の判断が個人的なものとならないように、対応のフロー図が作成されている。</p>

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。	b	第三者評価は法人の取組みとして定期に受審することになっている。この他のサービス内容の定期的な評価としては、年度末に一年間の振り返りを行って、次年度の計画を立てて目標を定めている。計画は、生活班と援助班に分かれて、支援の個別性が高い利用者のために具体的に作成されている。生活班と援助班に共通する取組みも予定されている。特に生活班は、高齢な利用者が多く介助を要するため、午前と午後のカリキュラムとして提案、作成されている。今後は、日中活動カリキュラムに留まらず、入浴・排泄といったサービス提供場面においても評価できる体制が期待される。
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。	c	利用者への支援に関しては、職員個々の工夫や創意の努力が窺えるが、施設全体で組織的に取り組む計画や見直しが見られない。今後は既にある委員会に併設して第三者評価の結果を活かすことが望まれる。
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	「施設内感染予防対策要綱」「施設内感染対策マニュアル」等が定められ、発生時の対応フロー図が作成されている。ノロウィルス対策に関しては、消毒液の作り方や洗濯物の処理方法を太文字で見やすくして使用する場所に掲示、若しくはラミネートして確認しやすい個所に下げている。口腔ケアに力を入れて、「歯磨き介助利用者マニュアル」として、利用者の口腔状態に応じて注意事項を記載した一覧表が使用されている。入浴介助も一目で個別の介助方法がわかるように一覧化され、入浴後のケアに使用する保湿剤も個別に記載されている。重度の入浴介助を要する男性利用者は、個々の利用者が少しでもゆったりと入れるように効率のよい順番にした表を作成して利用されている。
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。	b	マニュアルの見直しは年度末に行われ、口腔ケアや入浴介助一覧表には平成27年4月の更新の日付がある。見直しの際には、利用者の要望が反映され、ヒヤリハットや事故報告に上がったリスクも考慮されることも期待したい。
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。	b	利用者のサービス実施状況は、基本的にはパソコン・ソフトに入力している。夜勤の場合は、22時に入力し、この時間以降は早朝のミーティング申し送りの為にノートへ記載して、後日に入力している。おおよそ個別支援計画にそったサービス提供の内容となっているが、記載の量や内容に職員による差異がある。外部講師を招き、記録の書き方に関する研修を設けているので、今後に期待したい。

<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>b</p>	<p>利用者の記録関係は「法人機密情報管理規程」に定められている。書類関係の書棚は施錠している。パソコンは職員の使用ソフトの項目によりアクセス制限がかけられている。USB使用はウィルスチェック後に使用することになっており、施設内外の持ち出し等のルールも定まっている。個人情報保護法の理解に職員が意欲をもっているため学習会等を期待したい。</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>利用者の日々の状況は、朝のミーティングや宿直日誌等で職員間で引き継がれている。パソコンのネットワーク・システムを導入、アクセス制限もあるので、利用者情報は共有されるときに守られている。職員の認識としては、日中活動班等との情報共有がより図られることで、利用者支援の質が向上するとの理解があるので、今後の取り組みに期待したい。</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>サービス利用の希望者が「余市幸住学園」を選択する情報として、ホームページを開設している。法人共通の総合パンフレットがあり、広報誌である「幸住だより」は2カ月に1回発行している。「幸住だより」は関連機関等に定期的に送付している。特別支援学校より、実習受け入れや体験等も行っており、後志自立支援協議会の部会に出席して施設をアピールしている。更なる情報発信としてホームページの充実等も検討している。</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>b</p>	<p>サービス利用開始には、「余市幸住学園」の契約様式とパンフレットを使用して説明を行っている。契約書は、利用者保存用と明記して、内容の漢字の全てにルビが打たれ文字が圧迫感のない程良い間隔で書かれている。重要事項説明書は、表示に目次を作って必要な箇所を探しやすくしている。契約時の説明は、主に利用者の家族・代理人へ行うことが多いが、自筆でサインできる利用者には説明後に氏名を書いてもらっている。福祉サービスが初めてで理解が難しい家族や、文字の読めない利用者にもわかりやすい契約資料の工夫が期待される。</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>b</p>	<p>事業所変更や家庭に移行した利用者には、「幸住だより」を送付する等して関係性を繋げている。遠方の施設へ変更する利用者の手続き等は、先方の担当者と電話連絡を密にして、急な環境の変化に利用者が困惑しないように配慮している。平成27年度からは併設した相談支援事業所が対応することになった。事業所の移行には配慮されているので、今後は移行に際して付随する手順書等の整備が期待される。</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
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	アセスメントは、パソコンソフトの様式を使用している。利用者の心身の状況と本人や家族の要望等を項目毎に把握して記載している。アセスメントの定期的な見直しは年1回と状況に変化のあった都度に行っている。意志疎通の困難な利用者がほとんどなので、職員によりアセスメントの記載が十分でないものもみられる。アセスメントの手順書の作成や研修の必要性を職員は認識しているので、今後に期待したい。
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	個別支援計画の作成は、サービス管理責任者の他、居室担当職員・日中活動担当職員・栄養士等と協議して行っている。アセスメント時に本人の要望等が把握されていながら「支援計画書1」の本人の希望・要望及び代理人意向欄が空欄となっている。訪問調査の面談時には、利用者の障がい特性や家族状況により記載が困難と考え、確認の取れない事項を記載することへの躊躇が施設より聞かれた。障がい福祉に携わる専門職として一步を踏みこんだ記載が望まれる。また、前項目同様、個別支援計画作成に関しても基本的な手順書やスキルアップの研修の必要性を職員は認識しているので、今後に期待したい。
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	個別支援計画は、パソコンソフトの様式を使用して半年に1回の定期に見直しを行っている。利用者・家族の面談聴き取りで評価・見直しを行っている。計画の見直しは利用者の視点に立つて行われ、担当者以外の職員を交えて協議、記録されている。急な計画の変更が必要な際は、そのアセスメントから計画変更できるように対応している。今後は、見直しによって変更した内容を、関係職員に周知する手順も定めることが期待される。

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	個別の支援計画にはコミュニケーションの手段・医師からの助言が記載されており、コミュニケーションの工夫を話し合い解決に取り組んでいる。以前は絵カードを使用していたが効果が見えなかったため、現在はカレンダー・メモ用紙・ボード等を使用している。これにより、利用者からの希望をより多く受け取れるようになった。日々、利用者の表情や行動等の観察力を深めて、新人職員にも支援場面で使えるように指導している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	毎月開催されている「余市幸住学園利用者集会」で話し合いの場が持たれている。集団の話し合いの場では発言できない利用者には個別に聴き取りや面談シートを活用して活動に繋げている。主体的な活動支援としては、当事者団体「後志地方希望の会」に出席できるように職員が引率している。自主的で個別的な活動としては、年賀状の印刷・代筆を支援し、ハムスターを飼いたい利用者の希望も個別に聞き入れている。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>個別マニュアルには利用者ごとの見守り・声掛け等の支援上の留意点が詳細に記載されている。利用者への見守り・声掛け等の支援内容は、0～4の5段階に分けられ、利用者一人ひとりの状況に対応できるようになっている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者の安全面からポスター等の掲示は難しいので、施設外の情報は担当職員が個別に伝えている。多目的外出時には、金銭の支払いを体験できるようプログラム化されている。交通機関の利用については、利用者が乗車したバスに、職員が車で並走して一人で乗れるまでをプログラム化している。しかし、生活場面での支援が学習プログラムの位置付けでもあるということが全職員に浸透していない。今後は、現在実施している支援の場がエンパワメント・プログラムであると職員に意識付けられることが期待される。</p>

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
<p>2-(1) 食事</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>サービス実施計画に記載された食事サービスとなっている。食事誘導・介助支援マニュアル等が作成されている。職員の介助の際の業務割、利用者の個別配慮事項も記載されている。メニュー表は、カラー写真が使用されて食事の内容が理解しやすく工夫されている。1日のカロリー計算も記載されており、利用者により減塩・ペースト状で提供されている。食べ物にこだわりのある利用者には特別食が用意されている。急な体調の変化には、相応の食事の提供が行われている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>献立は、食事についてのアンケート調査を反映し提供している。保温食器等により料理は適温で提供されており、各テーブルにはお水・暖かいお茶が用意されている。調味料・香辛料は、職員が一人ひとりに使用の有無やその量を確認している。利用者が自分のペースで食べられるように職員が複数配置され、声掛け・見守りがされている。食事中に利用者が急に立ち上がった時、大声を出しても、職員間のアイコンタクト（目での合図）で、即時に対応している。</p>
<p>A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>給食会議で喫食環境について協議され、冷暖房を完備したほか、テーブル・椅子・床の消毒を徹底している。異食や破損といった行動障がいを含む重度の障がい者支援施設は、安全を優先するあまり殺風景になりがちであるが、絵を飾るといった雰囲気作りをしている。利用者の好む時間に食事が出来る体制が取られ、2カ所に分けられた食堂が混みあうことなく、程良く活気がある。介助が必要な利用者は、ゆっくりと落ち着いて個々のペースで食べられるように、食事時間を長く設定している。車椅子が入りやすい介助用テーブルを設置している。</p>

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	入浴マニュアルとして、女性入浴介助表・男性入浴介助表が作成され、入浴時の移動・洗体・洗髪等の留意点が個別に記載されている。介助表は、都度確認できるようにラミネートされ、脱衣場に置かれている。利用者の好みのシャンプー・ボディソープ・ブラシ等も介助表に記載されている。これらの物品は、利用者氏名が記入され所定の場所に保管されている。プライバシーに配慮した介助・支援が個々の職員で曖昧にならないようにプライバシー保護マニュアルを更新した。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	男性・女性ともに週3回の入浴日が設定されている。設定日以外は、女性は男性の入浴後に入れるなど体制が整っている。シャワー・清拭も必要に応じて行われている。入浴時間は、19時から21時を基本にしているが、希望に応じることできる。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	脱衣室にあるパネルヒーターの前には、柔らかいクッションマットが置かれ、やけど等の危険防止としている。廊下から脱衣室内が見えないよう2枚扉となっており、浴室入口の扉にも曇りのアクリルガラスを使用している。脱衣室には扇風機・暖房設備・厚みのあるソフトなマットが敷きつめられている。浴室にも同様のマットが敷かれ、手すりや換気の為の窓も設置されている。
2 - (3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	早朝の排泄介助は「起床時清拭マニュアル」により行われている。この他「個別支援・援助のマニュアル」により、個別の声掛け・トイレ誘導・排泄介助・オムツ利用・月経時介助が行われている。排尿・排便確認表は、個別に記録されている。清拭セットが用意された移動カートには、利用者個別のチェック表が掛けられている。この他に、備品の常設・補充、紙パンツ・オムツの処理、清拭用タオルの管理方法が記載されたチェック表が使用されている。ホットタオルは常時使用できるように、3台の保温器に20本ずつ用意されている。清拭時には、職員が清拭される利用者の盾になり同室の利用者から見えないよう、プライバシーに配慮している。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	1日2回の清掃・消毒を行っている。汚れた時には随時、清掃の対応をしている。消臭剤・石鹼・手拭タオルが常備され、介助用トイレにはカーテンが設置されている。消毒液は、排泄後と嘔吐時に使用する2種類を用意して清掃には十分留意している。
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	毎日の服装は、居室担当者が利用者とは相談して決めており、意思表示の難しい利用者には表情を見ながら対応している。衣類等の購入は、職員が同行して助言等の支援を行い、利用者の好みに沿えるよう心配りをしている。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>居室担当職員が窓口となって衣替えをはじめ、衣服の汚れや破損等の対応をしている。必要に応じて利用者に着替等を促しながら支援を行っている。 こだわりの強い利用者の着衣が汚れた際は、着替える服を目の前で示すことで、着脱を促している。衣類の破損時には、別な衣類を購入後に、破損部分と比較して見せて語りかけるなどして衣服の処分を利用者が決めることができるように支援している。</p>
<p>2-(5) 理容・美容</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>洗面、髭剃り等の整容は、毎日支援を行っている。年4回、外部講師による化粧療法を行い、日々の化粧は職員が支援している。 髪を染めたい利用者には、職員同行で好みのヘアカラー剤を購入するところから始め、染髪も支援している。</p>
<p>A-2-(5)-② 理・美容について配慮している</p>	<p>a</p>	<p>美理容については、地域に2店の理容室と美容室、訪問理容・訪問美容、訪問ボランティアと利用者の選択肢が複数ある。地域の理容室・美容室の予約は主任職が窓口となり、利用者の希望・体調等を口頭で伝えている。個々の利用者の一覧表がありカットやパーマ等の希望等が記載されている。</p>

	第三者評価結果	コメント
<p>2-(6) 睡眠</p>		
<p>A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。</p>	<p>a</p>	<p>居室はバリアフリーで、寝具の種類を利用者が選択できる。廊下の明かりが気になる利用者には、ドアの小窓を紙や布等で覆い遮光している。音に敏感な利用者には、防音屏を設置して安眠に配慮している。利用者の好みに応じてぬいぐるみ等も使用するなど、安眠に結びつける環境になっている。寝具の洗濯は各曜日別に枕カバー・布団カバー・シーツ・パジャマと順番に行われている。夜間に行われた支援は23時までにはパソコン入力や当直日誌、それ以外の時間は当直ノートに記載されて、利用者の安眠確保のための情報共有をしている。不眠等の利用者には、リラックスルームでスヌーズレンやビデオを利用して安眠効果を図っている。</p>
<p>2-(7) 健康管理</p>		
<p>A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>年1回の健康診断、月1回の嘱託医の検診が実施されている。口腔衛生に関しては、「歯磨き利用者マニュアル」があり、毎朝の点検で異常が見られた場合には、直ちに受診できる体制がある。 インフルエンザ予防接種同意書は、都度利用者から受け取り、綴られている。毎日の検温・血圧は個人表に、異変のあった利用者については医務連絡ノートに記載がされている。 健康維持については、重要事項説明書にも明記され、日常生活に散歩を取り入れて、一人ひとりに適した自立歩行を促している。散歩に同行支援する職員の他に、安全確保のために車が並走している。</p>

<p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p>	<p>a</p>	<p>必要時には迅速で適切な医療が受けられるように、「緊急時対応マニュアル」があり、事務室・医務室には図解して掲示している。救命処置方法を習得する為に、定期的な訓練も行われている。医療機関は車で10分程度の近隣にあり、看護師は24時間体制で応相談・指示を仰ぐことができる。医療日誌には、医療機関受診時の詳細な記録のほか、個別の既往歴等が一覧表で作成され、緊急時に適切な医療が受診できる。</p>
<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。</p>	<p>a</p>	<p>内服薬・外用薬等の扱いを確実にを行うために、服薬情報の説明書が綴られ、職員が利用者の服薬状況を理解できるようになっている。薬品の管理は看護師が行い、利用者毎に朝・昼・夜・就寝前とケースに分けられている。袋には日付・名前等が記載され施錠された薬品庫に保管されている。服薬の自立度により、職員介助の程度を赤・白・青の3色で区別して表示している。臨時薬は、利用者氏名の上に「臨時薬」と付箋等で明示されている。内服時には、職員が利用者の名前・日付を音読して他の職員に聞こえるようして誤薬防止対策をしている。</p>
<p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>余暇活動は、サービス実施計画に基づいて行われている。計画の内容は、個別の聴き取りの他、「余市幸住学園利用者会議」等で聴いた意向を反映し、旅行・ビデオ上映等を実施している。Tボール・ボウリング・フライングディスク等の希望者は練習をして大会にも参加している。行事等では、ボランティアを受け入れ、地域のお祭りや神社のお祭りには職員が引率して利用者を参加させている。日曜・祝日の利用者の活動には、人員不足の中でも、将棋・オセロの対戦相手として職員が対応している。</p>
<p>2-(9) 外出、外泊</p>		
<p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>	<p>a</p>	<p>外出先は利用者の希望に応じて行えるように、個別の聴き取りの他、自治会での話し合いの場が設けられている。多目的外出・作業班外出・誕生日外出・地域のイベントの他、日中活動終了後の16時以降の外出も職員が引率して、利用者の希望に応じている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>サービス利用契約書に外泊についての詳細が記載され、利用者の希望によりいつでも対応している。家族・代理人との調整の他、自宅・駅・バス停までの送迎も個々に行っている。お盆・お正月等に帰省できない利用者には、季節のおやつ・行事食を提供している。</p>
<p>2-(10) 所持金・預かり金の管理等</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の預かり金の管理としては、「預り金管理契約」「事務委任状」「保管依頼書」が作成されている。通帳・印鑑は別々に管理責任者が保管している。通帳の記帳状況のコピーは年4回、「利用者預かり金管理サービスに係る算定書」は年1回、家族・代理人に送付されている。買い物時に利用者に一定金額を預けて買い物をする事で金銭的な対応能力を高められるように支援している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>居室は二人部屋であるが、テレビ・ラジオは個人で所有し、視聴時はヘッドホンをつけるなどの利用者間で決められたルールがある。新聞等の定期購入は、居室担当職員が窓口となり対応している。新聞は施設でも用意しており、共有スペースで読むことができる。</p>

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>訪問調査時に、喫煙する利用者は在籍していなかったが、喫煙場所は設置されている。飲酒する利用者には、看護師・栄養士の説明により健康上の影響を納得してもらっている。ノンアルコール・低糖質ビールを提供して、利用者の「飲みたい」気持ちを尊重している。</p>
--	----------	--