

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016年11月10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

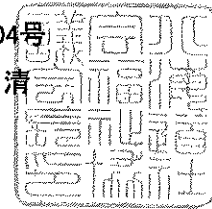
札幌市中央区北2条西7丁目

電話番号 011-241-3766

評価機関名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道第15-004号

代表者氏名 会長 長瀬 清



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)	原 正 己	組織運営管理	第0233号
	(2)	坂 本 豊	福祉医療保健	第0093号
	(3)	神内 秀之介	福祉医療保健	第0068号
	(4)			
	(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	やまぶき			
設置者名称	社会福祉法人緑星の里			
運営者(指定管理者)名称	同 上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2015年8月5日	~	2016年11月10日	
利用者調査実施時期	2015年9月17日	~	2015年11月6日	
訪問調査日	2015年12月14日			
評価合議日	2016年9月4日			
評価結果報告日	2016年11月10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

社会福祉法人北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人緑星の里 (やまぶき)

代表者氏名：理事長 尾野 聖一

所在地：〒059-1365 苫小牧市字植苗121-7

TEL 0144-58-2321

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

◆管理者のリーダーシップ

管理者として、福祉サービスの質の向上に向けた待遇委員会の設置や業務基準の整理などに率先して取り組んでおり、職員に対して福祉専門職としての意識向上をすすめていこうという姿勢は評価に値します。ぜひ今後も継続・充実を図られることを期待します。

◆予防的視点をふまえた健康管理

施設では、支援の対象が自身の体調・健康状態の不調を伝えることが難しい重度障がい者ということ为前提に、看護師が朝夕の巡視、支援員が日中の状態観察を行うなど連携を取りながら早期の発見に努めています。また、年に2度の健康診断受診やインフルエンザの予防接種、必要に応じて肺炎球菌ワクチン予防接種などにも努めています。夜間や休日などの緊急時の受診体制も整備されており、少しの変化でも予後を検討し平日の日中に早期の受診を実施するなど、重症化しないよう予防的な健康管理体制が整備されています。

◇改善を求められる点

◆施設としての中・長期計画の策定

法人・支援事業部としての中・長期計画は整理されていますが、利用者層や経営環境、支援上の課題や目標などについてはそれぞれの施設の独自性があるはずであり、法人内の施設ごとに特性を踏まえた個々の中・長期計画が策定されることが望まれます。法人全体の中・長期計画との整合性を図りつつ、施設ごとの収支計画への細分化や目標設定を行うとともに、達成状況の評価・見直しの仕組みをつくること、また、単年度計画にはその内容が反映されていることが望まれます。法人全体としての基盤ができていることから、十分に実効性のある計画が策定されることを期待します。

◆利用者主体・エンパワメントによるアプローチ

施設では、強度行動障がい・自閉症スペクトラムなど法人における障がい者支援を担う支援事業部の中でも、重度の知的障がい者への支援を中心に行っています。利用者との意思疎通や支援の実践では、日々試行錯誤し様々な支援方法を検討しながら行われています。しかし、利用者への日常支援においては定められたプログラムの提供に追われ、エンパワメントアプローチに資する具体的な学習や訓練、個別支援計画の策定、地域の社会資源活用のためのプログラムやコンテンツの確立までには至っていません。今後、利用者の障がい特性に配慮した個別・具体的な日常支援プログラムなどが策定されることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

組織として改善項目を分析し適正に対処していきたい。

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 27 年 10 月 31 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)	やまぶき	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	〒 059-1365 苫小牧市字植苗 1 2 1 - 8		
電 話	0144-58-2272		
F A X	0144-58-2370		
E-mail	m_kobayakawa@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp/		
施設長氏名	沼山 文久		
調査対応ご担当者	小早川 美佐子 (所属、職名：支援課長)		
利用定員	45 名	開設年	昭和 58 年 4 月 1 日
理 念：	共感共生 共に感じ、共に生きる 共学共育 共に学び、共に育てあう 共励共働 共に励ましあい、共に働く 共慈共愛 共に慈しみあい、お互いに愛し合う 共支共老 共に支えあい、共に老いる		
基本方針：	・「支え合って共に生きる」という法人理念の明確化 ・透明性が高く、社会的に信頼され、開かれた法人経営 ・自律的で自己責任に基づく法人経営 ・経済合理性を基調とした財政の確立と施設経営の追求 ・人命尊重、人権尊重の立場に立ち、高い倫理性と高度な技術に基づくサービスの提供 ・地域社会との連携を深め、ノーマライゼーションの理念に立ち、積極的に利用者の自立生活の援助を図る		
施設・事業所の特徴的な取組：	強度行動障害、自閉症スペクトラム、てんかん、脳性麻痺等の様々な障害のある重度知的障害者の支援を行っている。「食事」「運動」「睡眠」を良質な内容にすることを施設の運営指標とし、生活・日中活動、リハビリ、医務、調理が連動し、生きがいをもって生活できるように利用者支援を行っている。		
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成19年度）		
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）

- 生活介護事業（定員70名）
- 短期入所事業（空床型）
- 日中一時支援事業

【利用者の状況に関する事項】（平成27年10月31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
0名	0名	0名	2名	0名	8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	9名	14名	4名	3名	0名
					合計
					45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	0名	0名	0名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名
肢体不自由	2名	6名	3名	1名	1名	2名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	0名	0名	0名	0名	0名	0名
重複障害（別掲）	0名	0名	0名	0名	0名	0名
合計	3名	6名	3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
45名	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
0名	0名	0名	0名	0名	0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
0名	0名	1名	0名	1名	0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
0名	0名	0名	1名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	1名	18名	21名		

(平均利用期間： 22年6ヵ月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年10月30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	サービス管理責任者	支援員
常勤	42名	1名	1名	2名	31名
非常勤	10名	名	名	名	4名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	2名	名
非常勤	名	名	名	名	1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	4名	名	名
非常勤	名	名	1名	2名	2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	2名 ()名
介護福祉士	12名 ()名
保育士	4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	1,657.99㎡		
(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	8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	㎡		
(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 27 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

14 人

・ボランティアの業務

施設周辺の草取り、畑作業、行事の手伝い

【実習生の受け入れ】

・平成 27 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 1 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。

利用者の自治会を毎月実施し、行事の感想、意見、希望等を聴く場としている。また、行事予定のお知らせや医務、調理からも情報の提供を行っている。

【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・周知されている。			
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	法人理念はパンフレット・ホームページに掲載され、わかりやすい言葉で適切に明文化されている。理念は施設玄関前にも掲示され、あわせて理念に基づくサービス提供方針も掲示され、職員及び利用者の目に留まるように配慮している。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b	毎月の施設長会議で利用者状況、稼働率を報告、分析し、各年度の事業計画に反映させるとともに、職員に対して日常業務の中でも常に意識をもつよう職員会議などで働きかけている。加えて、社会福祉事業全体の動向や地域性の分析などを加味することにより、実効性のある中・長期計画のバックデータとなることを期待したい。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	施設長会議における利用者状況、稼働率などは職員会議において報告されている。施設面やサービス提供に関する課題は、職員からの意見集約により必要に応じ改善委員会などで協議しており、今後、さらなる課題意識の浸透と改善に向けたサイクルの定着化を期待したい。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	c	各施設単体での中・長期計画が策定されていない。法人全体並びに支援事業部の事業計画において3年ごとの重点項目及び目標の記載があるが、目標に向けた具体的な取り組みや年度ごとの目標値などが整理されておらず、年度終了後の成果の確認、評価などをすすめることができないものではない。これらの点を明確にした施設としての中・長期計画の策定が望まれる。
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	c	法人全体及び支援事業部の単年度事業計画は、経営環境の分析をもとに重点目標を具体的に定めているが、そのベースとなるべき中・長期計画に基づいた内容として整理されることが望まれる。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b	事業計画の策定にあたり、定例の調整会議や職員会議での意見集約を行い、一部改善意見なども踏まえて成案化している。半期に一度計画内容の総括を行い、個別課題の改善などをすすめているが、今後は計画全体の評価・見直しと次年度計画へ反映されることを期待したい。

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	利用者への周知は行事予定が中心であり、施設としての利用者支援の目標やその達成のための具体的な取り組みなどまでは触れられておらず、こうした内容のわかりやすい周知及び理解促進が望まれる。
---	-------------------------------------	---	---

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	職員会議における報告などからサービス内容の課題などについての分析・改善などの協議が行われている。また、前年度より接遇委員会を設置し、利用者への配慮や適切な接し方などを身に付けるための取り組みをすすめており、PDCAサイクルに基づく組織的な課題評価、改善の仕組みが確立されつつあることを評価したい。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	サービスの評価と質の向上を図るため、あるべきサービスの基本としての業務基準を整理し、これに基づく評価・改善の取り組みを管理者のリーダーシップのもとにすすめている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	業務分掌などにより、管理者をはじめとする各職制の役割と責任について整理されているほか、職員会議などにおいて管理者が職員に求められる姿勢について説明し、理解と自覚を促している。
11	Ⅱ-1-(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。	b	遵守すべき法令などについて、朝礼や職員会議などで内容説明と周知を図っているほか、規程なども整備されているが、今後は関係法令についての職員理解などについて組織として自己点検する取り組みに期待したい。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	b	管理者を中心として職員会議などで個々のサービス課題、改善について話し合われているが、サービスの質の現状についての評価・分析に基づく組織的な取り組みを期待したい。
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b	経営状況の分析などは法人全体として行われており、職員会議などの意見から労働環境整備に取り組んでいる。今後は、現場の意見が経営改善や環境整備に結びつく仕組みの確立を期待したい。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b	人材確保にかかる採用計画及び配置計画を人件費のシミュレーションを基に策定しているが、計画通りの採用は難しい状況にある。さらに資格取得に向けた計画は検討中の段階となっており、今後の取り組みに期待したい。

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人としての人事考課制度に基づき、各職員が目標設定、自己評価、年2回の面談による管理者による評価を実施している。今後は法人理念に基づいてそれぞれの目標となる「期待される職員像」の明確化と、評価に基づく職員の処遇水準の分析などを踏まえた総合的な人事管理の確立を期待したい。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b	施設としての各職員の就業状況の把握、労務管理は支援課において実施し、法人全体の労務関係の相談は本部人事課で行っている。福利厚生制度も充実し、有給休暇を取得しやすい環境づくりにも配慮しているが、現実的には計画通りの有休取得は難しい状況となっており、その要因分析や改善策の検討などに期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	職員一人ひとりの目標管理、法人内部研修の受講計画などは確立されており、目標の達成への進捗評価も面談などの機会により実施されている。これらに加え、法人理念に基づく「期待される職員像」を明確にした職員個々の育成計画の策定と、計画の実施に向けた組織的な仕組みの確立に期待したい。
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b	法人として職員育成を重点方針として取り組んでおり、内部研修をきめ細かく実施しているが、これに加えて職員個々の目標達成に向けて、外部研修への受講を含めて個別計画を立案し、実施していくことを期待したい。また、年2回の研究発表を職員の資質向上にフィードバックされているかの検証にも期待したい。
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b	非正規職員の参加への配慮、職員個々の知識・技術水準を踏まえた研修内容の評価・見直しをすすめること、外部研修に関する情報提供や参加の推進などをすすめることなどの取り組みに期待したい。
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	法人として実習生を受け入れ、その実習内容により事業所が受け入れ協力を行う体制となっている。実習生を積極的に受け入れ、実習担当者も配置されている。今後は、担当者の固定化に伴う実習担当者のさらなる養成や、職員への周知を含めた受け入れマニュアルの整備に期待したい。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b	ホームページに事業所の理念、基本方針、財務状況などについて適切に公開している。また、機関紙においても、理念や活動内容をはじめ、苦情申し立ての仕組みや担当者などについても明記され、利用者、家族、地域に公開している。今後は掲載方法のわかりやすさや適時の更新などにより、さらにきめ細かな情報公開がすすめられることに期待したい。
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b	年4回の内部監査のほか、法人外部監査も定期的実施し、必要に応じて会計士のアドバイスを受けている。また、利用者からの預り金については、家族会からの監査も実施されている。今後は施設単体においての透明性の確保に向けた具体的な取り組みを期待したい。

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。			
23	II-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	児童に対する交通安全の取り組みや緑星まつりの開催による地域住民との交流などに取り組んでいるが、定期的な相互交流の計画や情報提供などについて、さらなる組織的な取り組みを期待したい。
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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	ボランティアは行事関連を中心に積極的に受け入れているが、家族会ボランティアが主となっていることから、地域、関係団体への働きかけなどによる広がり期待したい。また、受け入れマニュアルはスケジュール中心となっているため、目的や心構えなども記載したマニュアルの再整備についても期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	障がい者支援に係る連絡協議会への参画や、養護学校、行政機関などとは密に連携し、情報交換やケース検討も随時すすめている。社会資源もカテゴリ一別整理されている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	緑星まつりの開催による地域住民との交流を図っている。今後に向けては、社会貢献委員会を設置し、災害時の地域における役割や施設の専門性を活かした具体的活動の検討に向けた取り組みに期待したい。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	地域の具体的なニーズの把握に基づく地域貢献の具体的な取り組みについて、社会貢献委員会を立ち上げ検討を開始しており、今後の成果に期待したい。

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。			
28	III-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	b	法人の倫理綱領と支援のための行動基準が規定され、施設の玄関ホールに掲げられている。利用者や家族への接遇は法人としてマナートレーナーの養成研修で取り組んでいる。利用者の障がいの理解に対しては、施設のサービス担当者会議に送迎の運転手・清掃員を含めて参加することとなり、事業所全体で情報を共有し利用者を支援している。法人には虐待防止委員会があり、各事業所は虐待防止対応規程に基づいて取り組んでいるが、法人重点目標に掲げられた虐待防止マニュアルの整備が未着手のため、早期の取り組みに期待したい。
29	III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	入浴や排泄、夜間就寝中の対応などのマニュアルには、プライバシーへの配慮が明示されている。接遇委員会において、プライバシー保護に対する体制の課題提起や協議がなされている。マニュアルの策定は業務の振り返りや支援場面で気づきとなるため、今後はプライバシー保護の視点に立ったマニュアルの整備が望まれる。また、プライバシー保護の考え方をボランティアマニュアルや実習生に対する説明資料などにも盛り込むことを期待したい。

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b 法人ホームページとパンフレットに施設が実施するサービスなどの情報提供がされている。施設の概要では法人の中でもより重度の方が利用できる施設として紹介され、利用選択の一助となっている。入所体験にも対応しており、養護学校の卒業を控えた利用希望者への実習の場としても応じている。今後、利用希望者に対する適切な情報発信として、法人ホームページの随時更新などの取り組みを期待したい。
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b サービスの開始時には契約書、重要事項説明書、運営規程の説明を行い同意を得ている。年1回、家族の参加のもと個別支援計画の説明会を開催している。参加できない家族に対しては、文書を郵送するとともに電話連絡を行い同意を得ている。利用者本人の障がいの重度重複化や、その家族も高齢化により同意を得ることが難しくなっている。障がいの程度により、今後、契約継続が困難な利用者の理解度に応じたマニュアルを整備するなど、その特性に配慮した支援に期待したい。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b 施設の変更や自立を視野に入れた地域移行に際しては、法人内の移行先支援施設などとの連携を図り、利用者とその家族に退所後の支援やアドバイスを行っている。これにより施設の入所定員を58名から45名定員とするなど25%の定員減が図られた。施設の変更は、法人内施設が中心となるが、他法人への移行も見据えて、引き継ぎ文書を整備し、よりサービスの継続性に配慮した取り組みを期待したい。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b 事業所に接遇委員会が組織されており利用者の生活向上のため、DVDの購入や希望の番組録画など余暇支援として取り組んでいる。利用者の嗜好については、聴取の方法を工夫して聞いているがすべての希望に応えきれていない。地域移行支援により定員が減少している現在の体制においては、より細やかな個別ケアを行うため、利用者の満足度に沿った取り組みに期待したい。
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b 法人に苦情解決要綱が整備され、法人の苦情解決に関する運営については法人家族の会と第三者委員、法人役員が担っている。運営状況については、玄関先への掲示や施設機関誌にて家族にも周知を図っており、掲示にはふりがなを振るなど配慮されているが、字が小さく見えづらいため、設備環境の制約はあるものの分かりやすい表示とするなど、今後の工夫に期待したい。
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b 利用者の意思疎通の状況に応じ、図柄の資料やジェスチャーなどで対応している。家族からの意見集約の機会は家族の会の会長と協議を行っている。また、年1回オンブズマンの来所により利用者への聞き取りを行っているが、支援の方法や相談室がないこともあり、利用者により伝わっていない状況が散見される。今後も自治会などの機会や配布資料などを利用し、継続して伝えていく支援に期待したい。

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b	利用者から相談や意見があった場合には、苦情解決と一体的に運用される仕組みとなっており、職員会議で表出した意見は、引き継ぎノートや日誌などを通じて職員が共有し、改善に取り組んでいる。しかし、相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順などのマニュアルは整備されてはならず、その仕組みを確立することが重要であるため、今後、対応マニュアルの策定への取り組みに期待したい。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b	法人にリスクマネジメント規程があり、リスクマネジメント委員会を設置している。施設の職員が委員会に参画し、傾向を分析するとともに、分析結果は朝礼などを通じて共有している。施設には安全への配慮や怪我に対応したマニュアルが複数あるが、その内容に重複する点が多く、情報を整理するなどの検討に期待したい。
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	法人に感染予防対策委員会が設置され、予防対策として手洗いやうがい、マスクの着用のほか、利用者に対する予防接種などに取り組んでいる。疥癬やインフルエンザへの対応マニュアルが整備されるとともに、食中毒の対応マニュアルも整備されている。ノロウイルス対策については、施設にマニュアルが整備され、人の動きに反応して薬剤を散布するセンサーが玄関に設置されている。
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	法人全体に防災計画が整備され、避難誘導・総務物資・設備点検・救援救護など6つのカテゴリに班編成され有事に機能する体制となっている。年2回の防災訓練は、夜間や地震を想定して実施されている。防災マニュアルは、火災や地震のほか、停電発生時についても整備されている。職員に対して救命救急の研修も実施されている。施設における飲料水、食料品、医薬品及び衛生用品は敷地内のプレハブで3日分が管理されている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b	利用者の権利擁護にも配慮された食事・入浴・排泄や、移動などの詳細なマニュアルが整備されている。施設で実施している施設入所支援と生活介護のサービス提供について業務基準が整備されているが、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる視点や姿勢が明示されていない。サービス提供が業務基準と一つひとつ個々のマニュアルに基づき、職員の経験により実践されていることは評価に値するが、今後、虐待防止やプライバシー保護のマニュアル策定とあわせ、業務手順の見直しへの取り組みに期待したい。

41	Ⅲ-2-(1)-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	法人内の垣根を越えて改善していく委員会として「Let's KAIZEN」があり、夜間の利用者の不安定感解消への支援方法などが協議されている。施設では月の個別支援会議において、利用者への支援方針や利用者同士の関係に基づく支援方法について意見交換がなされ見直しがなされている。今回の第三者評価受審に向けた職員の自己評価と第三者評価結果を参考とし、サービス提供場面でさらに必要なこと、不変とするものなどを自己評価をする仕組みづくりの確立に期待したい。
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	利用者一人ひとりの身体状況、生活状況をアセスメントで把握し、施設で統一された様式によって策定しており、近年ICF(国際生活機能分類)も用いて実施している。利用者の担当職員と医療やリハビリテーション、栄養士などチームにより作成された原案をもとに、利用者と家族の同意により策定している。計画の推進状況は、担当者が日常的にモニタリングし、1ヶ月ごとに開催されるサービス担当者会議にて共有されている。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	利用者の個別支援計画の評価と見直しは、モニタリングを通して半年ごとに経過や評価、表出した課題を分析して、個別支援会議で検討し見直しを行っている。見直し案は利用者や家族に同意を得ている。利用者が入院するなどの緊急時に計画を再変更する場合は、臨時の会議が開催され、利用者家族へ報告し同意を得て医療機関との連携手順を定めて入院支援を行っている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	職員間の情報の共有は朝・夕の申し送りで利用者の状況などの確認や伝達を行っている。個人記録や支援計画は台帳のほか、コンピューターでも管理されており、職員室のほか、男性棟・女性棟のそれぞれの詰所でも確認することができる。支援状況は毎月1回のサービス担当者会議で職員に説明がなされているが、共有化が不十分な部分もあり、支援内容の記録が不足している場合もあるため、今後、利用者一人ひとりへの支援に対する記録内容の共有化を図り、記録要領の作成などの取り組みに期待したい。
45	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	法人で個人情報保護規程が整備され、利用者の個人情報の保護に関する基本方針が定められ利用目的の例など、マニュアル化がされている。また、個人情報の利用と第三者への提供に関する同意書も、施設と利用者間で交わされている。しかし、書類上での情報やパソコンでの管理体制について、職員ごとの意識に差が生じているため、今後、利用者の情報管理について、職員への周知やパスワードを付与して管理するなど、より管理体制の確立に期待したい。

評価対象 障がい者・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	コミュニケーション手段の確保では、様々な方法が試行錯誤され、実際の支援として取り組んでいる。現在、職員によるばらつきが無いように、職員が共通して統一した支援を理解するための可視化された資料などの整備が検討されており、今後に期待したい。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	自治会があるが、発言できる利用者が少なく職員主導となっている。利用者からは日常支援場面からの聞き取りなどの意見把握が主となっている。今後は利用者と地域との関わりや家族会との関わりなど利用者が主体的に活動できる機会の構築を検討する場を定期的に設置することに期待したい。
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。	b	怪我や事故が無い範囲で、できるだけ利用者自身が日常活動ができるよう、職員が手を出し過ぎないように、時間がかかっても見守るよう心掛けているが、職員によっては対応にばらつきが生じている。今後は接遇委員の振り返りなどを活用しながら、職員が統一した対応ができるような支援の方法が具体的に組織化されることに期待したい。
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	法人理念を根拠に、エンパワメントを基本とした日常支援を実施しているが、具体的な学習や訓練、ボランティアや地域の社会資源活用のプログラムやコンテンツ確立までには至っていない。今後利用者の障がい特性にも配慮しつつ、個別に具体的なプログラムが策定されることを期待したい。

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	食事介助のマニュアルが策定されているが、マニュアルよりもOJTによる支援方法の伝達・共有が中心となっている。個別の支援方法については個別支援計画書に位置付けられている。利用者の状態に合わせて食事形態が5種類及び禁止食材対応がなされている。
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。	b	管理栄養士を中心に嗜好調査を実施しメニューに季節感や嗜好が反映されるよう献立を工夫している。献立表は写真を取り入れわかり易いように工夫している。利用者から直接嗜好について確認できない場合は、帰省時の連絡の際に家族などから聞き取りなどを行っている。月に1回は主食を中心としたセレクトメニューを実施しているほか、調理会議で他職種で食事内容について検討しているが、利用者が参加していないため、今後は直接意見や意向を把握することに期待したい。

<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>朝8:00~9:00(朝食7:30)、昼11:30~13:00、夕17:30~19:00と基本的な時間も1時間半と長めに設定されている。また体調などによっては前後の時間で個別に喫食できるように支援している。食堂は、季節に応じた飾りつけなどの装飾がなされている。安心して落ち着いて食事ができるよう食事の場所は固定されており、目線やプライバシースペースに配慮している。盛り付けは、食べる前に都度盛り付けるよう温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供できるように配慮している。</p>
<p>2-(2) 入浴</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>ゆったりとした環境で利用者が安心して落ち着いて入浴できるよう同時間の利用人数を4人に上限を決めるなど配慮している。利用者ごとに日々のチェック表があり入浴時に傷や皮膚のトラブルなど確認している。</p>
<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p>	<p>b</p>	<p>入浴については、基本的に時間や回数が決められているが、希望があれば入浴日以外の対応も行っている。汗をかいた際や失禁などの場合には、適時シャワー浴にて対応している。また、タオル・シャンプーなどは基本施設で準備しているが、自身の好みの物を購入して使用している利用者もいる。今後は、施設全体の入浴スケジュールを再確認した上で、利用者の希望に沿った入浴支援ができるよう取り組みに期待したい。</p>
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>浴室・脱衣室は室温が調整され、脱衣室ではドアの内側にカーテンが設置されるなどプライバシーにも配慮されている。手すりやシャワーチェアなどの福祉用具も活用されている。</p>
<p>2-(3) 排泄</p>		
<p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>基本的な支援方法については排泄介助に関するマニュアルが整備され、利用者一人ひとりについては個別支援計画によって支援方法が、明示されている。また必要に応じてチェック表による管理を実施している。生活日誌にも記録されている。</p>
<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>消臭壁・芳香剤の設置、暖房便座の設置及び職員による午前・午後2回の消毒清掃作業を実施している。汚染があった場合には、都度清掃している。</p>
<p>2-(4) 服装</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>衣類については、これまでの経過や家族などの意向に配慮し、職員で購入することが中心となっている。今後は、訪問販売を活用し実物を確認できるようにするほか、事前にカタログやチラシを準備し、利用者の意向や希望を確認するためのさらなる工夫を期待したい。</p>
<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>b</p>	<p>利用者の衣類の汚染や身だしなみについては、適時対応することとなっているが、職員によってはその程度の判断や対応のスピードに差がある。今後は職員間で対応のばらつきがないように、具体的な事例を写真や文章で明確にし、程度やタイミングや方法が職員間で統一されるよう期待したい。</p>

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。	b	整髪や爪切り、髭剃りなど職員の視点での衛生管理が主体となっており、利用者個別の好みや嗜好の反映にまで至っていない。髪型に関しては家族などの意見の聞き取りを実施しているが、結果としていつも大勢の方が同じような髪型になってしまっているため、利用者の意向を取り入れることができる仕組みづくりに期待したい。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	c	毎月、訪問業者により散髪を行っている。現在、地域の理容店の活用ができていないため、今後は理容店を活用するよう検討している。利用者の希望に沿って理美容が活用できる取り組みに期待したい。

		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	寝具については、女性は一部個人の希望のものを使用しているが、基本的なリネンは施設で準備した同一のものを使用している。夜間は20時半から消灯しており、希望されている方は常夜灯を利用している。個室でない方で不都合があった場合などには、別室を利用してもらうなど対応している。	
2-(7) 健康管理			
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	朝夕の看護師の巡視による状況観察や支援員による毎日の日常生活場面の観察をしている。看護職員の不在時には、携帯電話を常に所持しておりいつでも相談できる体制を整備している。春と秋の年2回健康診断を実施しており、歯科についても週1回の往診と3ヶ月に1回の口腔内チェックを実施している。必要な場合は看護職員が家族などへ連絡して説明している。インフルエンザや肺炎球菌ワクチンの予防接種も、利用者・家族などの同意のもと実施している。	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	利用者の体調に変化が見受けられた場合には、施設の協力医療機関や市内の病院と連携を図り、迅速かつ適切な受診につなげている。また、緊急時のマニュアルやフローチャートが整備されており、看護師の管理のもと早期に受診できる実施体制が整備されている。	
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	服薬管理については、服薬・配薬ミスの無いよう「投薬マニュアル」が整備されている。またこれまでの事故などの反省から法人統一の「誤薬防止マニュアル」が整備されており、法人全体で統一された運用がなされている。	
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	余暇について職責担当職員が配置され、利用者の意見把握などを実施し、日曜日の散歩や買い物などを実施している。年間の行事計画には参加可能な利用者からの意見聞き取りを行っているが、家族などからの意見集約にまでは至っていない。また、今後はボランティアの活用など地域との連携についての検討も期待したい。	

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	同行可能な職員数により外出が決まってしまうている。現在は年2回の外出行事と週末の買い物を中心となっている。希望の表出できる利用者への対応はできているが、外出機会・回数・行先や希望を伝えられない利用者への対応の工夫に期待したい。
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。	b	外泊については週末、連休、年末年始など受け入れる家族の状況により帰省などで実施している。それ以外の外泊はなされていない。外泊時に連絡カードや緊急カードのなどの持参は行っておらず職員による積極的な送迎対応は出来ていないため、利用者や家族への配慮ができる仕組みづくりに期待したい。
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。	b	預かり金については、法人本部で統一管理している。預かり金規程に沿って法人と施設、家族会でチェックできる体制を整備している。日常使う小遣いは、自己管理ができる利用者がおらず職員が出納管理をしている。施設での小遣いの管理が出納上の管理のみとなっており、利用者個別の金銭管理となっていない。
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。	b	テレビについては共有スペースと各居室に1台ずつ配置されており、破損がないように木枠とアクリル板で保護されている。個人でラジオやCDを利用したり、雑誌なども個別で購入している場合もあるが、施設では新聞・雑誌類は購読をしていない。利用者の希望の聴取の可否に関わらず、希望に沿うことができるような工夫に期待したい。
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。	c	現在、飲酒・喫煙する利用者がいないことから実施はされていない。またコーヒー・ジュースやおやつについても利用者の意見などが反映されないまま時間や曜日が決定されている。今後は可能な限り利用者や家族などの意向を把握し支援に反映できるような体制や、マニュアルなどの規程類の整備に期待したい。