

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2023年2月1日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 060-0002

住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地
かでの2.7 3階

電話番号 011-241-3982

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21-002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)	高橋 修一	総合	第0156号
	(2)	日置 基樹	福祉医療保健	第0209号
	(3)	神内 秀之介	総合	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	障害者支援施設柏の実学園			
設置者名称	社会福祉法人 べつかい柏の実会			
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）	2022年6月8日	～	2023年2月1日	
利用者調査実施時期	2022年6月13日	～	2022年8月31日	
訪問調査日	2022年11月14日	～	2022年11月15日	
評価合議日	2022年12月15日			
評価結果報告日	2023年2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

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: 社会福祉法人べつかい柏の実会

代表者氏名: 永洞 貢

所在地: 〒086-0216 北海道野付郡別海町別海97番地9

TEL 0153-79-5111

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

1. アセスメントに基づく個別支援計画の適切な策定

利用者一人ひとりの個別支援計画を策定するための体制が確立されており、個別支援計画作成マニュアルを作成するとともに、計画策定の責任者としてサービス管理責任者が設置され、丁寧なアセスメントが実施されています。個別支援計画策定時は、支援員、看護師、栄養士などさまざまな職種の意見を踏まえた合議の開催と、利用者・家族の同意を書面で得ることを含めた手順を定め、適切なプロセスを経て策定されています。

また、個別支援計画に基づく利用者個別の支援マニュアル(一日の支援の流れ)を作成し、具体的な支援内容をわかりやすく整理しています。個別のデータを採るための生活評価表を独自に整備し、課題があれば個別支援計画に反映させるなど、福祉サービスの質の向上につながる積極的な取り組みがなされています。

2. 医療的な支援と感染予防

日頃から看護職が支援員として現場に入りながら、医療的な処置や服薬などの必要な支援を定期的実施し、日常的な支援の実践場面において医療的な視点を職員と共有しています。また、新型コロナウイルス感染症の発生を経て、PDCAサイクルにより感染予防の取り組みがブラッシュアップされたことにより、実践的な大規模感染予防のBCPが早期に策定され、日々の感染予防に活かされていることが評価できます。

◇改善を求められる点

1. 中・長期計画の策定

施設の理念、基本方針に基づく中・長期の事業計画及び収支計画は策定されていません。

中・長期計画は、各年度の事業評価を踏まえ、施設改修・整備、人材確保や職員定着の取り組みなど、単年度ではすぐに解決できない問題を年頭に置き、評価・検証が可能な内容となっている必要があります。また、行政の障がい福祉計画との整合性を基本としつつも、地域に求められている施設のあり方や、その実現のために施設として何をすべきなのかなど、様々な検討を重ねていくことが求められます。

現状では、施設の設定備修繕などは、事案の発生たびに個別に対処していますが、今後は事業遂行に必要な収支のシミュレーションを兼ね備えた中・長期計画の策定を急ぎ、構造的な経営課題の改善とサービスの質の向上の取り組みを可能にすることが望まれます。

2. 提供する福祉サービスの標準的な実施方法の策定

個別支援計画作成マニュアルが作成され、マニュアルに沿って計画が立てられていますが、職員誰もが行う支援全般の基本となる、標準的な実施方法は文書化されていません。

職員の違いによる支援内容の差異を極力なくし、一定の水準以上の支援を提供するためには、支援を実施するときの基本技術や留意点、具体的な手順等を標準的な実施方法として定め、文書化することが求められます。

さらに、文書化された標準的な実施方法に基づき一定の水準、内容を保った上でサービスが提供されるとともに、利用者の個性に応じた支援が行われるためには、実践を通じた評価・見直し・改善のサイクルにより、定期的に検証されることが必要です。これらの仕組みを踏まえた、より実効性の高い標準的な実施方法を、職員とともに組織的に構築されることが望まれます。

3. 意思決定支援と権利擁護の取り組み

権利擁護の実践においては、意思決定支援についてすべての職員が共通して理解することが大切です。意思決定支援は、一定のシステム・プロセスに従って行えば効果的に実践できます。意思決定支援ガイドライン等には、チームによる意思決定支援の方法や、支援における留意点などが書かれています。ガイドラインに書かれていることを実際の意思決定支援の場で実践することで、効果的な意思決定支援につながることを期待できます。全職員が同じ教材を活用し、統一した視点で職員一丸となって実践されること望まれます。

また、本人を理解しながら、本人が話しやすい環境で面接技法なども用いて、本人の意思を引き出すことも大切です。施設側からの情報を伝える際は、写真や図を活用し情報提供していますが、利用者本人からの発信を受信する支援には工夫が必要です。最初はうまくいなくても、あきらめずに話し方・聞き取り方を工夫するなどを繰り返し、すべての職員が技術を身につけることが期待されます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価から頂いた意見を参考に、評価の高いものは今後も改善を行っていきながら継続をしていき、改善を求められる点、それ以外の部分も含めて、出来る所から改善を行い、利用者がいつも楽しく、快適に過ごせるよう、支援の質、サービスの質の向上を目指していきたいと思います。

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

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： 令和 4 年 9 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 ベつかい柏の実会		
事業所名 (施設名)	障害者支援施設柏の実学園	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	〒 086-0216 北海道野付郡別海町別海97番地9		
電 話	0153-79-5111		
F A X	0153-79-5222		
E-mail	kashino3@dream.ocn.ne.jp		
U R L	http://kashinomikai.jp/		
施設長氏名	村上 健一		
調査対応ご担当者	村上 健一 (所属、職名：施設長)		
利用定員	80 名	開設年	平成 20 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針： 基本理念：誰もが、人としての尊厳が保たれ、安心して、自分らしく生きることが出来るよう取り組みます。 基本方針： 1 法令順守の基本を忘れず、一人ひとりの人権を尊重します。(法令順守と人権の尊重) 2 サービスの質の向上と経営の健全化をすすめます。(良質なサービスの提供と健全経営) 3 地域住民と協働し、誰もが生きがいをもって過ごせる共生社会の拠点づくりに取り組みます。 (社会的責任の遂行) 4 ご家庭との連携を大切にし、情報の共有と地域に開かれた施設運営を目指します。(情報の公開と共有)</p>			
施設・事業所の特徴的な取組：広大な敷地を利用した畑作業やめん用飼育(就労支援)			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)		回	(平成 年度)
開所時間 (通所施設のみ)	9時～16時		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)	
施設入所支援：48人 生活介護：56人 短期入所：6人 日中一時支援：随時	
就労移行支援：6名 就労継続支援B型：18人	
共同生活援助：23人	
相談支援事業所(特定相談支援、障害児相談支援)	

【利用者の状況に関する事項】（令和4年6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
0名	0名	2名	3名	6名	6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
15名	4名	3名	1名	4名	7名
					合計
					51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	1名	名	名	名	名
音声・言語、そしやく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	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）	2名	1名	名	2名	名	1名
合計	2名	2名	名	2名	名	1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
43名	3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	1名	1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	1名	1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	0名	1名	名	名	1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	3名	1名	1名	名	4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	3名	3名	2名	3名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	3名	1名	24名		

(平均利用期間： 約17年0か月)

【職員の状況に関する事項】 (令和4年6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	サビ管	
常勤	24名	1名	3名	1名	名
非常勤	4名	名	名	名	名
	支援員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	17名	名	名	1名	名
非常勤	3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	名	名	名
非常勤	名	名	名	1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 (1名)
介護福祉士	11名 (1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	4336.7平方メートル		
(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	11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)に行つて外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火		
	耐震		
(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)			
(2) 建物面積	m ²		
(3) 敷地面積	m ²		
(4) 耐火・耐震構造	耐火		
	耐震		
(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】

・令和 3 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

5 人

・ボランティアの業務

避難訓練時の見守り

【実習生の受け入れ】

・令和 3 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 0 人

その他 0 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。

うれしい会という自治組織を通して、意見を聞く。必要時に合わせて、利用者から話を聞いている。

【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。	b	理念、基本方針が明文化され、それに基づく職員倫理綱領、法令遵守マニュアルが整備されている。理念、基本方針は職員室や玄関等の見やすい位置に掲示され、パンフレットには要約した内容が掲載されているが、職員や利用者等への周知は、取り組みの余地を残している。理念、基本方針は、20年以上見直しがされていないため、今後は役職員が一体となり中・長期的な課題を協議しながら、課題への取り組みと理念、基本方針との整合性を検討し、理念と基本方針が日常的な業務に反映する実践と、周知徹底につながる取り組みを期待したい。

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	施設が立地する自治体や近隣の地域から利用者を確保し、かろうじて定員を満たしている。一方で、人件費を抑制しつつ専門性を有する人材を安定的に確保することが、喫緊の課題となっている。施策動向については、施設が加入する連絡団体や行政を通じて、定期的な情報収集を行っている。現在、主に管理職以上に限定されている課題認識や施策動向の把握を、職員全体での共有につなげ、より具体的な課題分析を進めることを期待したい。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b	管理職以上、総務課員など限られた職員間で経営課題を把握し、個別に対応する取り組みにとどまっている。今後は役職員間で課題を共有し、経営課題の解決、改善に向けた取り組みを施設全体で実行するための仕組みの構築に期待したい。

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	中・長期の事業計画及び収支計画は策定されていない。設備修繕等は、発生のたびに個別に対処している。今後は、行政の障がい福祉計画との整合性を基本としつつ、地域に求められる施設のあり方やその実現に向けての検討を重ね、収支シミュレーションを備えた中・長期計画の早急な策定が望まれる。また、年度ごとの事業評価を踏まえて、単年度では対応できない構造的な経営課題の改善と、サービスの質の向上の取り組みを可能にすることが望まれる。
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	単年度の事業計画は、現場職員が参画し組織的なプロセスを経て策定されているが、中・長期計画が策定されていないため、それを踏まえたものとはなっていない。今後、早期に中・長期計画を策定し、単年度計画が中・長期計画を実現するための継続性のある内容となるよう取り組むとともに、年度ごとの事業評価と見直しを強化し、評価結果を踏まえて単年度で解決できない課題を中・長期計画につなげていく仕組みづくりが望まれる。

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。	a	毎年1月に次年度事業に向けた意見を4つの部署ごとに集約し、リーダー会議、管理職会議を経て、施設長が取りまとめた事業計画案が策定されている。また、日常的にケース会議や管理職会議などにおいて、すぐに対応すべき事項と次期計画に反映すべき事項とを仕分けしながら業務を進めている。策定された計画は全職員に回覧され、必要に応じて施設長から説明を行っている。現場の職員が策定過程に関与し、課題を共有しながらボトムアップで計画を策定する仕組みが整備されている。
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。	b	以前は、保護者説明会開催時に計画内容の要点を説明していたが、新型コロナウイルス感染症の流行後は、計画書をそのまま郵送している。利用者には、担当する職員の変更の際などに、口頭で説明している。コロナ禍により、直接的な説明機会の設定が難しい事情もあるが、今後の事業展開に活かす意味でも、計画の浸透度の把握と、利用者や家族への一層わかりやすい説明に向けた工夫に期待したい。

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。	b	年1回全職員による自己評価を実施し、課題を把握している。把握された事案については、会議やミーティングなどで問題解決に向けた検討がなされている。今後は、講じられた対応策が機能したか、根本的な問題解決になっているかなどを再評価する流れを強化し、PDCAサイクルによるサービスの質向上に向けた体制を確立することを期待したい。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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。	b	把握した課題について、毎月のケース会議で話し合った上で改善策を実行に移している。すぐに解決しない問題は、個別に繰り返し対応することに終始しており、必要に応じて中・長期の改善計画として取りまとめ、継続的に取り組む流れには至っていない。今後は、中・長期計画策定の議論と併せて、サービスの質向上に向けた計画的な取り組みの充実に期待したい。

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。	b	施設長は会議などを通して、日常的に自らの役割を示している。また、年度ごとに施設長も含めた「それぞれの職員の役割」を作成している。施設長不在時における権限の委譲先は、法人本部の事務長と定めて職員に周知している。今後は、年度ごとの役割に加えて、施設長に求められている役割と権限を明確にする、組織機構図に照らした標準的・普遍的な業務分掌の作成を期待したい。
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	法令遵守マニュアルを職員に配布し、採用時の研修で説明している。また、法令等が改正された際は、総務課が行政やインターネットから情報収集し、必要時に参照できるよう整理している。今後は、施設長や総務課職員だけでなく、業務上求められる幅広い分野の法令・制度施策の改正など最新の情報が、全職員に行きわたるような研修機会を設定するとともに、法令順守マニュアルの定期的な改訂と日常的な活用改善の改善に取り組むことを期待したい。

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	現場からのボトムアップをモットーとし、施設長を補佐する職員と連携しながら、個別の課題に対応している。また必要に応じて、施設長が期間を区切って改善を指示している。サービスの向上につながる事案の中には、組織全体の複合的な課題にも要因があることも施設長は認識しているため、今後は組織を俯瞰してとらえる職責を適切に行いながら、一層の指導力を発揮して取り組むことを期待したい。
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	施設長自ら常に情報収集を行い、経営に関わる問題が発生した際には、その都度関係者と協議しながら対応している。ただ、経営や業務の実効性を高めるには、事後対応だけではなく、業務内容を人事、労務、財務等の視点から多角的に検証し、単純なコスト削減ではない効果的な改善策を策定する必要がある。今後は、施設長のリーダーシップのもと中・長期計画策定の契機としても位置付け、役職員や職員OBなどからも意見を聞きつつ、改善のアイデア、方向性をとりまとめ実行に移す取り組みに期待したい。

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・定着にかかわる基本的な考え方は明文化されていない。施設では、単に不足するポストの補充や有資格者の採用のみを優先せず、障がい者支援に理解があり、将来的に組織の経営も担える資質も兼ね備えた人材を求めて採用活動をしている。しかし、地域的な事情もあり必ずしも成果をあげていない。現在、国家資格の取得を後押しする体制や、休暇を取りやすい環境の整備に取り組んでいる。今後、これらを継続して充実に図り、すでに認識している必要な人材像、整備すべき人員体制、戦略的な採用活動の中・長期的な視点で見直して明文化し、計画的な人材確保につなげる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。	c	昇進や昇格など人事評価にかかわる明確な基準は整備していないため、正職員は基本的に慣例により昇給している。嘱託職員は、約2年前から年1回の昇給試験を実施している。年1回施設長との定期面談を行い、シフトや配置などに職員の希望を反映させている。また、新人職員は採用時から1年間決められた項目について継続して面談を行っている。今後、人事基準の明確化と周知、能力開発、人材活用、処遇改善、人事評価などの人事管理が総合的、一体的に行われることが望まれる。
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組んでいる。	b	苦情やハラスメントの相談窓口を明確にしている。また、面談などを通して職員の希望を把握し、人員体制との兼ね合いを調整しながら意向を最大限反映した勤務シフトを作成している。いわゆるサービス残業は平成25年度以降行われていない。必要な場合は、計画残業としてあらかじめ超過勤務の発生を明らかにした上で、時間外勤務が可能な職員を調整している。有給休暇の取得率は概ね高い水準で維持している。働きやすい環境整備に向けた様々な取り組みがある一方で、有給休暇取得実態の分析や計画残業の制限範囲の整理など、運用面では改善の余地があるため、総合的な人事管理の仕組みの確立に向けた取り組みに期待したい。

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。	c 年1回施設長が職員一人ひとりと面談し、日頃からコミュニケーションを図るよう努め、職員が抱える課題を把握している。また、新人職員には1年間の研修を行い、定期的に管理職との面談を実施している。ただ、面談は職員一人ひとりの目標設定や目標水準に対する達成状況を確認する内容とはなっていない。今後は、施設の理念と基本方針の実現に向けて、期待する職員像を明らかにした上で、既に行われている職員面談のあり方を、目標管理の視点の必要性などの面から見直すことが望まれる。
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 年間に開催される様々な研修を把握し、職員の希望を踏まえて派遣している。施設として必要な研修は、希望者にかかわらず受講機会を設けている。また、研修委員会の主導により、権利擁護に関する標語を決めて配布するなどの工夫も行っている。現状では、中・長期的な視点でのキャリア形成の道筋や、人材育成の考え方が明らかになっていないため、職員の教育・研修に関する基本方針や計画策定も含めて、検討されることを期待したい。
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 研修を受講できなかった職員も内容を共有できるよう、受講報告書の回覧に加えて、伝達研修の機会を設けている。また、権利擁護に関する内部研修を毎年実施し、全職員が受講している。ただ、研修の内容について定着度を測るテストや振り返りは十分に実施されていない。今後は、外部研修、内部研修ともに受講後の振り返りや研修成果の分析を行い、分析結果を次の研修計画に反映できる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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b これまで社会福祉士養成課程の実習生を受け入れている。受け入れ時におけるプログラムは作成しているが、受け入れに関わるマニュアルは作成していない。今後は受け入れ体制構築の基礎となるマニュアル作成を急いだ上で、効果的なプログラムであるかなど検証を行うことを期待したい。

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	広報誌を発行・配布し、保護者や民生委員児童委員などの関係者に必要な情報を公表している。ただ、より広い範囲の住民に向けての情報公開は行っていない。今後は、ホームページにおける施設の事業計画や予算、決算などの基本情報の公開に加えて、ホームページ全体の定期的な更新の仕組みの確立し、情報発信の頻度を高める取り組みに期待したい。
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	事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ運用されている。外部監査は導入していない。今後は、内部牽制の観点からも、事務、経理、取引等に関するルールの概要を一般職員にも周知する取り組みに期待したい。

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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	以前は「柏の実祭り」を施設が主催し、地元の高校生ボランティアと協働して企画運営を行い、100名程度の参加を得ていた。また、地域の商工会が実施する花壇の美化活動に利用者職員が参加し、地域住民や関係者と交流していた。ただ、新型コロナウイルス感染症の流行以降は、行事を中止せざるを得ない状況であり、「柏の実祭り」も代替行事を行っている。地域とのつながりを維持し、利用者の生活の質を向上させる取り組みは、単発行事の実施及び参加に限定されるものではないことから、これまで築いてきた地域との関係を活かした、一層の取り組みと工夫に期待したい。
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	コロナ禍以前は、施設行事や施設内のクラブ活動に近隣の小中学校の学童生徒に参加してもらい交流を深めていたが、ボランティア受け入れにかかわる基本姿勢やマニュアルは文書化されていない。今後、なぜ施設にボランティアの受け入れが必要かという考え方や、受け入れ時の実務的な流れ、トラブルの未然防止のための事前説明の実施方法等をまとめ、継続的な受け入れが可能となるような体制整備に期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	b	法人内の相談支援事業所の各種事業や行政の関係会議への参画を通して、地域の社会資源を把握し、必要に応じて連携を取っている。また、関係機関をリストアップしている。今後は、利用者支援のための継続的な連携体制構築に向けて、既存の関係機関とのネットワークの内容を検証し、協働して利用者の問題解決につながる取り組みに期待したい。
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b	地域の関係者とのつながりの中で、当該地域に不足している障がい福祉サービス資源の把握などを行っている。ただ、従来の社会福祉関係制度が対象としてきた分野だけでは対応することが難しい「隙間のニーズ」を把握し、自施設の専門とする分野を活かした問題解決を目指す取り組みは充分に行われていない。今後は、地域の関係者との交流の場への参画や、法人内の相談支援事業所との連携の強化などを通して、一層の地域の福祉ニーズの把握に期待したい。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	大規模災害時などにおける近隣地域在住の障がい者の避難所を設置している。対応マニュアルは策定されておらず、地域住民・関係者との協力、連携体制の構築や、災害発生を想定した具体的なシュミレーションは実施されていない。今後は、前述した地域の福祉ニーズの把握の強化に取り組む過程において、把握された公益的なニーズに基づく活動内容の見直し、新たな取り組みの開発に期待したい。

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	利用者を尊重した福祉サービスの提供についての基本姿勢が明示されている。研修委員会で支援に関して重点的に取り組むテーマを毎月設定し、職員会議で共有するとともに、職員の見える場所に掲示している。今後は、設定したテーマに対する支援の振り返りを行い、実践に活かされているかの評価の実施に向けた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に配慮した福祉サービス提供が行われている。	c	同性介護や居室に入る際のノック、本人の了解を得た上での手紙の開封など一定のプライバシー配慮はされている。職員への理解を図るための取り組みとしては、入職時のオリエンテーションにおいて説明しているのみであるため、日常的に利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供を行うための、規程・マニュアル等の整備が望まれる。
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	法人ホームページやパンフレットにて福祉サービス選択に必要な情報を提供しており、利用者の特性を踏まえ、活動内容に応じたわかりやすいものとなるよう見直しを行っている。パンフレットについては、入手できる場所が限られていることから、情報提供のあり方・方法などを検討し、より提供の場が広がる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	サービス利用契約書、重要事項説明書が整備され、利用者や家族へ説明し同意を得ている。また、利用者の特性に配慮しルビを付けて説明するなどの工夫をしている。日中活動等の内容については口頭や過去の広報誌を活用して説明していることから、サービス内容や日常生活に関する事項をよりわかりやすく説明するための資料作成を期待したい。
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	サービスの変更等については引継ぎ文書を作成し対応しているが、最近是对応実績がない状況である。サービス終了時に利用者や家族等が相談できる窓口として同法人の相談支援事業所を伝えているが、口頭のみであるため、手順や書類等の整備を期待したい。
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	イベント時の食事の希望調査や、利用者自治会に職員も出席し意見を聞くなどにより利用者満足の把握を行っている。把握した結果を分析・検討した記録はなく、組織的な取り組みには至っていないが、以前は利用者満足度調査を実施していたことを踏まえ、改めて利用者満足を組織的に調査・把握し、これを福祉サービスの質の向上につなげる仕組みとして整備することを期待したい。
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。	c	法人の苦情解決規程に基づき苦情解決責任者、苦情解決責任者、第三者委員が設置されている。現在は規程で定められた様式とは別の様式（苦情報告書）により苦情の受付から解決までの顛末を一枚で整理している。苦情への対応は職員間で共有され、対応内容は申出者へ報告されているが、苦情解決状況の公表はされていない。福祉サービスの向上に向けた取り組みの一環として、プライバシーに配慮した上で、苦情の有無や解決状況の公表を行っていく具体的な取り組みが望まれる。
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	第三者委員を見やすい位置に大きく掲示しているほか、利用者の状況により複数の部屋を利用し、日常の場面から意見を述べやすいスペースを確保するなどの環境に配慮している。意見箱を設置しているが投書がないため、より効果的な活用に向けた工夫とともに、意志の表明が難しい利用者の想いを汲み取るための取り組みについて検討を期待したい。
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	苦情として受け付けた内容については、記録が保管されているが、日常的に利用者から相談を受けた内容については、サービス管理責任者や課長へ口頭で伝えられている。今後、職員間で共有するためにも記録の方法や手順等についてのマニュアル策定に期待したい。

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 危機管理マニュアルに基づき、委員会を設置するなどリスクマネジメント体制が整備されている。ヒヤリハット報告書を集計し、職員からの意見を踏まえて事故防止委員会にて事故の発生要因の分析から改善策を検討するなど、具体的な取り組みを行っている。今後は、要因分析や想定しうるリスクの検証に基づく定期的なマニュアルの評価・見直しや、職員に対する安全確保・事故防止に関する研修を行うなど、さらなる取り組みに期待したい。
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 感染対策マニュアルを作成し感染予防委員会を設置するなど管理体制が整備されている。また、感染予防研修会等を活用しながら、職員にも周知されている。施設内で感染症が発生した場合のBCPも作成され、感染症対策も講じられている。
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。 b 非常災害対策計画が策定されており、災害時の対応体制が明確になっている。消防署等と連携しながら避難等訓練を年2回、設定を変えて実施している。食料の備蓄は常時3日分を調理場に保管しているが、今後は様々な状況を想定し、BCPに基づく必要な資源や非常電源等の備品を充実させていくことを期待したい。

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。 c 個別支援計画に基づいた利用者個別の支援マニュアル（一日の支援の流れ）は整備されているが、標準的な実施方法は文書化されていない。提供するサービス全般について一定の水準、内容を常に保つとともに、基本的な援助技術や支援の視点、業務手順等について、職員がいつでも閲覧でき、日常的に活用するための標準的な実施方法を確立し、文書化したマニュアルの作成が早急に望まれる。	
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。 c 個別支援計画に基づいた利用者個別の支援マニュアル（一日の支援の流れ）は整備され、利用者の状況に合わせた見直しは行われているが、標準的な実施方法が作成されていないことから、PDCAサイクルによる支援の質に関する標準的な検証・見直しがなされていない。早急なマニュアル作成が望まれる。	
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支援計画を適切に策定している。 a 個別支援計画作成マニュアルを作成するとともに、責任者を設置し、適切なアセスメントに基づき多職種の職員が協議しながら個別支援計画が策定されている。また、個別支援計画に基づいた利用者個別の支援マニュアル（一日の支援の流れ）を作成し、具体的な支援内容をわかりやすく整理している。	
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 a 個別支援計画作成マニュアルに基づき個別支援計画評価表を用いながら年2回のモニタリングにて定期的に見直しが行われている。個別のデータを採るための生活評価表を独自に作成し、課題があれば個別支援計画に反映させるなど、福祉サービスの質の向上につながる積極的な取り組みがなされている。	
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。 a 支援実施記録やケース記録を適切に作成しシステムにて管理している。利用者の日々の様子や変化については学園日誌を作成するとともに、職員が出勤時に確認することで引き継ぎ事項の情報を共有している。	

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	個人情報保護規程が作成され、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供について定められている。また、個人情報の取扱いについては、個人情報使用同意書を活用し、利用者や家族からの同意を得ている。個人情報保護規程については、法改正を踏まえた定期的な見直しに期待したい。
----	----------------------------------	---	---

評価対象 障がい者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 自己決定 の尊重			
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b	研修などに積極的に取り組んでいた時期もあるが、現在は取り組みが少なくなっている。今後は、中・長期計画を策定し、計画上に人材育成や研修計画を位置付け、組織的な対応ができる体制の整備を期待したい。
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	c	近年は権利擁護に関する内部研修を必須にするなど、工夫して取り組んでいる。また、委員会などで毎月の権利擁護の標語を決めて職員に周知している。今後は、職員個人の取り組みの理解度や実践力を評価するなど、組織全体で権利擁護が実践できる体制が整備されることが望まれる。

A-2 生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 支援の基本			
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b	担当職員などを中心に本人のストレンクスを理解して、個別の支援の中でOJTにて職員同士情報を共有している。今後は、フェイスシートやアセスメント段階に加えて書面や支援ソフト上でも客観的な事実が確認でき、モニタリングで更に確認が可能となる仕組みを整え、それに基づくばらつきのない支援が組織的にできることを期待したい。
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	b	絵カードや写真などを用いて、できる限り職員からのメッセージが伝わる工夫などを行っている。今後は、組織・支援チーム全体で意思決定支援の基本を共有して、利用者から発信するメッセージをいかに理解できるかについて、面接技術の研修を交えながら組織全体で取り組むことを期待したい。
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b	相談室や個別に相談できるスペース、また意見箱などの環境が整備されている。今後は、相談する職員やタイミング、内容により対応にばらつきがないよう、中・長期的な職員育成目標や計画を立て、いつでも誰にでも安心して相談でき、組織全体で対応が可能となる体制の整備を期待したい。
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b	個別支援計画は、手順書に沿って立案されているが、職員間の浸透度と理解の深度にばらつきがあり、計画の実践にも影響が出ている。今後は、計画の共通理解の促進や実行状況の確認など、職員によるばらつきがないように組織として確認できる仕組みが確立されることを期待したい。
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b	理念や権利擁護の理解、個別支援計画の内容の把握など、利用者支援の基本的共有事項の理解について、職員により差がある。今後は、職員同士が利用者の客観的なアセスメント情報や現状を把握できるような仕組みが、支援チームの中で構築されることを期待したい。
A-2-(2) 日常的生活支援			
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	a	個別支援計画に沿って支援し、1日の流れや1週間の流れの中で日常生活支援が実践されている。

A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b 各自個室で思い思いに過ごせるよう環境を整えている。共有スペースなどの整理整頓、掃除、温度・湿度管理にはまだ課題がある。今後は更に、ハード面のハンディキャップ解消に加え、高齢化に伴って必要性が高くなる介護技術の獲得など、ソフト面でも支援の質が向上されることを期待したい。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた 機能訓練・生活訓練を行っている。	b 現在歩行の不安定な利用者には、生活リハビリの中で歩行の訓練をしている。他に大きな身体的障害を抱えている利用者はいない。今後は現在も嚥下機能が低下している利用者や、高齢化により他の機能が低下する利用者が退所を余儀なくされることのないよう、アセスメントやモニタリングを実施し、機能低下の予防的な取り組みが実践されることを期待したい。
A-2-(5) 健康管理・医療的 な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a 看護師が支援員として日頃から直接利用者にかかわりながら、具体的に現場で指示を出し関係機関との連絡を指揮している。
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a 看護師が支援員として日頃から直接利用者にかかわり、服薬・投薬管理、ルール決定などの健康管理を行っている。不在時の対応も携帯電話による待機態勢や、施設や医療関係機関との連絡体制が整備されている。
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b 新型コロナウイルス感染症の流行以前は、地域の様々なイベントなどに積極的に参加していたが、現在はできていない。最近新たに、小規模ドライブや職員付き添いによる少人数での外出などに着手しているため、更に工夫を凝らして実践のメニューが拡大・充実されることを期待したい。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b 現在の利用者をそのまま想定すると、地域での生活への移行は現実的に難しい側面もある。今後、職員の支援スキル向上や利用者像の変化に加え、制度の改正により状況が変わる可能性もあるため、利用者本位の視点から地域移行の方針や手順書・マニュアルなどの体制の整備について検討されることを期待したい。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、特に面会制限などで交流が減り、最近では広報誌の発行・金銭台帳の報告・ワクチン接種の連絡・個別支援計画の説明などの定期的・必要時の連絡になりつつある。今後も現状のような事態が続いたり、新たな課題が発生したりする可能性もあるため、現在進めているBCPの策定も含め、利用者家族も巻き込み連絡・連携方法や機会が見直されることを期待したい。