

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008 年 4 月 8 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002
住所 札幌市中央区北2条西7丁目

電話番号 011-251-3897

評価機関名 北海道社会福祉協議会

認証番号 第08-008号

代表者氏名 会長 三宅浩次

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	吉村 信義	組織・福祉	C-001
	(2)	白戸 一秀	福祉	B-109
	(3)	坂上 智之	福祉	B-012・060009
	(4)	坂本 豊	福祉	B-060196
	(5)			
サービス種別	知的障害者入所更生施設			
事業所名称	やまぶき			
運営法人名称	社会福祉法人緑星の里			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2007 年 12 月 5 日	~	2008 年 3 月 25 日	
利用者調査実施時期	2007 年 12 月 5 日	~	2008 年 1 月 4 日	
訪問調査日	2008 年 2 月 6 日			
評価合議日	2008 年 4 月 1 日			
評価結果報告日	2008 年 4 月 8 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

②事業者情報

名称：社会福祉法人 緑星の里 やまぶき	種別：指定知的障害者入所更生施設
代表者氏名：施設長 高倉一夫	定員(利用人数)：60 名
所在地：〒059-1365 苫小牧市字植苗121-8	TEL 0144-58-2272

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

- 利用者へのサービス提供におけるチームケアの実現について
 障害者福祉の再編成期にあつて、先の困難な見通しを踏まえつつも、現実的な財源・人的確保と職員の質の向上のための養成研修を日々重ねながら、施設利用者へのサービスの最善を第一義の目的として取り組まれており、経営目的の明確な方針の下に、サービス処遇に関わる職員は、的確な役割分担と組織的指示により、責任が明らかにされ、チームの実現に向けて努力されております。
- 利用者を尊重する姿勢とサービスの標準化について
 利用者を尊重する姿勢を、理念や倫理綱領に明示し、職員に周知されているとともに、自治会や事業所独自の家族会アンケートから、意見や要望を把握して、意思疎通が難しい利用者に対しても意向や希望に応じておられます。
 また、事業所では、各種マニュアルや作業手順が独自に作成され、安定したバラツキのないサービス提供や、業務効率化のための標準化が図られ、実践を踏まえながら見直しが行われているとともに、サービス移行時には引継ぎが行われ、継続してサービスが提供されるよう配慮がなされております。
- 生活支援の個別化と生活実態の把握とエンパワメントアプローチの視点について
 個人の尊重の観点から、アセスメントや個別支援計画により、生活支援の個別化に徹底して取り組まれており、特に医療計画、食生活支援、金銭管理支援が充実しています。
 また、事業所においては、重度障害者の利用者が多く、疾病や行動特性への対応が課題ではありますが、意思の疎通が難しい中で自治会活動支援、視聴覚によるコミュニケーションの工夫や家族との密な連携、職員担当制の導入や生活記録のデータベース化による情報の共有化など、エンパワメントの視点から生活の質の向上に努めております。

◇改善を求められる点

- サービスマニュアルの定期的見直し及び個人情報保護等の利用者に対する周知について
 事業所では利用者等からの意見・要望に対して速やかに検討され可能な限り対応しておりますが、今後、その対応にバラツキが無いように文書にて整理するなど検討されると更に良くなると思われ
 ます。
 また、事業所では、サービスマニュアルの見直しが不定期になっていると訪問調査時に伺いましたが、「見直す・見直さない」を問わず、サービスの現状に合致しているか、年1回確認されるとより一層、サービスの質が高まると思われます。
 さらに、事業所では個人情報保護や情報開示の取り決めが定められてはおりますが、不提示であり、今後について積極的に利用者などに周知していくことで、信頼感や安心感が高まってくると思われ
 ます。
- 生活総体の質の底上げに対する取り組みについて
 事業所では、様々な障害の特性(てんかん発作や自傷・他害、誤飲等)に対応して、随時、適切な支援を用意することは容易ではなく、アセスメントや個別計画もADLあるいはIADL対応が重視される傾向が見られます。
 生活環境の改善(居室、トイレ他)と連携させたり、また、地域社会との関係づくりや趣味・嗜好、オシャレといった生活のメリハリにかかわる視点を組み合わせ、生活総体の質を底上げする
 ような取り組みを強化することが望まれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価も、今後回を重ねていく中で、視点が整理されてくるものと思いますが、良い面と、逆にその施設のカラーでは良い評価が出ずらくなり、無意識のうちに画一化された支援になる危険性を秘めているものと思います。評価にもこの点に配慮して、コメントをいただきたいと思います。

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： 平成 19 年 12 月 9 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	種別	知的障害者入所更生施設
所在地	〒 059-1365 苫小牧市字植苗121-8		
電 話	0144-58-2272		
F A X	0144-58-2370		
E-mail			
U R L	http://www.rvokusei.or.jp		
施設長氏名	高倉一夫		
調査対応ご担当者	古川義則 (所属、職名： 支援課長)		
利用定員	60 名	開設年	昭和 58 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針： 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（共に励まし合い、共に働く） 共慈共愛（共に慈しみあい、お互い愛しあう） 共支共老（共に支え合い、共に老いる）</p> <p>利用者、家族、職員、地域の方、社会が互いに共に手をたずさえ、理解しあい、支え合って共に生きる。</p>			
(通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

<p>(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)</p> <p>知的障害者施設における通所事業 (定員6名)</p> <p>短期入所事業 (空床型)、日中一時支援事業</p>
--

【利用者の状況に関する事項】（平成 19 年 12 月 9 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
0名	0名	1名	7名	5名	14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
21名	5名	4名	1名	0名	0名
					合計
					58名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	名	1名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	1名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	1名	名	名	名	名
肢体不自由	1名	4名	4名	名	2名	2名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	1名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	1名	名	名	名
合計	2名	6名	6名	1名	2名	2名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
58名	名	名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	名	名	1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
名	1名	1名	1名	5名	2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
20名	名	4名	名	2名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	5名	名	16名		

(平均利用期間： 10年)

【職員の状況に関する事項】(平成19年12月17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	35名	1名	1名	2名	24名
非常勤	4名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	1名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	1名	5名	名	名
非常勤	名	名	1名	名	2名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	2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	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)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	㎡	
(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 19 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

包布交換、花壇整備、利用者支援等

【実習生の受け入れ】

・平成 19 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 2 人

その他 9 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

毎年、アンケートを家族にお願いして、アンケート結果から改善している。
また利用者の自治会は毎月実施し、利用者の声を聞いたり、情報を伝えている。

【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	共感共生、共学共育、共励共働、共慈共愛、共支共老を標榜し、法人の使命を明らかにしている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針が理念に基づいて、毎年、具体的に明示している。
Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	事業計画が細部にわたって計画化され、指示され周知されている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	家族用の連絡情報があり、家族会が自主的に運営されていて、理念や基本方針が示され、伝えられている。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	法人の中・長期計画が策定してあり、明文化して公表している。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	経営の基本方針の下、事業の再編成、財政運営方針、職員組織と労務管理の指針を示し、事業の重点課題を明らかにしている。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	施設運営組織の計画が明示されており、事業体としての検討が加えられている。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	計画は施設職員間で協議され、組織的な検討がなされている。

Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅰ-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	明らかな意思と責任のもとに、事業の方針・方向性を明示し、組織運営に関して自らの責任を表明している。
Ⅰ-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	事業方針を明らかにして、関係法の理念や法人理念を熟知し、事業の組織的な取り組みをしている。
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り組みに指導力を発揮している。	a	職員の資質向上を願い、基幹の職員を掌握して積極的な指導に当たっている。
Ⅰ-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	業務の効率・効果を重視して、改善・改良の指導に当たっている。

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。	b	事業経営に関わる人的環境・利用者環境が激変している状況にあって、調整的状況判断に努めている。今後の成果に期待したい。
Ⅱ－１－（１）－② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	b	個々の事業・その作業過程にあっては経営上の課題は多く、その取り組みには試行を重ねている段階にあり、今後の成果に期待したい。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a	監事監査は年4回実施されている。

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ－２－（１）－① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	人材確保に当たって、有資格化の傾向を踏まえて強化を進めつつある。一方、多様な指導訓練課程があり、課程に応じた適所適材の確保に努めている。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	人事考課の基準が示され、実施されているが、なお、試行検討の段階にある。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ－２－（２）－① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	職員の就業上の状況把握と意向を確認して業務や職務の改善を図っている。
Ⅱ－２－（２）－② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターに再加入して職員の福利に取り組んでいる。
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ－２－（３）－① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	研修の参加、資格取得のスクーリングの研修扱いなどの方策を実施している。
Ⅱ－２－（３）－② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	研修計画は個々の具体的計画に至っていない。今後の課題は専門的な知識習得であり取り組みに期待したい。
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	研修後の発表、評価、分析など、職員個別の訓練・研修のあり方について、さらなる見直しが検討されている。
Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ－２－（４）－① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	社会福祉士実習生予定施設であり、受け入れ態勢について責任体制の明確化をはかっている。
Ⅱ－２－（４）－② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	実習生受け入れについて実習の教育課程にあわせた取り組みを準備している。

Ⅱ－３ 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－３－（１） 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
Ⅱ－３－（１）－① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	事故、感染マニュアルを整備して、対応の体制があり、現実的な留意のもとに実施されている。なお、定期的な検討体制を準備しつつある。
Ⅱ－３－（１）－② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	ヒヤリハットや事故報告はその都度報告し、職員会議の課題として検討している。なお、この結果を日常業務の標準化に活かすように努めている。

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。	b	地域との関係を大切にした運営を図っている。しかし、地域的な事由で相互の関係や社会資源活用に限界があり、今後の展開に期待したい。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	年1回、福祉セミナーを実施しているとともに事業所では、さらなる実効性を検討している。
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	b	ボランティアの導入には利用者に情緒的対応の難しさがあり、慎重な検討をしている。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	特に、必要とされるのは医療機関情報だが、職員間で共有できるよう検討している。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	関係する医療機関のソーシャルワーカー同士との連携を深めており、事例研究会などについて模索している。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	施設中心の地域性からは定期的、具体的なニーズ把握の動きはないが、さらに、広域的な検討が望まれる。
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。	b	ショートステイや日中支援を行っている。中・長期計画には入れていない。

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。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	理念や倫理綱領の中で、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しており、職員会議にて職員に周知している。
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	各種マニュアルの中で、プライバシーに配慮するよう記載されている。マニュアルは職員に配布され、周知が図られている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	毎月、利用者の自治会を開催している。毎年、家族会に無記名アンケートを実施している。意見や要望を確認し、回答を文書にて知らせている。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	意思疎通が困難な利用者が多いが、説明に対する反応から、職員が意向を推し量り、希望に込めている。
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	いつでも担当職員に相談することはできるが、文書などによる掲示はしていない。
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。	a	第三者委員は配置されている。重要事項説明書、広報誌で苦情対応について説明している。苦情が発生した場合の仕組みについては、法人として取り決めがされている。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	c	意見・要望に対しては、速やかに検討され、可能な限り対応している。マニュアルについては用意していない。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	年一回以上、サービスの自己評価や第三者評価を、職員参画の下で実施してきた。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b	分析結果から、課題を導き出しているが、事業所としてはより明確化となるように検討している。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	改善できるものに関しては、早急に対応してきた。課題抽出方法や改善計画の立て方の見直しを検討している。
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	マニュアルは全職員に配布、各詰所に配置し、いつでも確認できるようになっている。
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	マニュアルの定期見直しはしていないが、必要に応じて随時見直しを行なっている。
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	一人ひとり個別に記録されており、支援計画の内容を反映した記録となっている。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	記録の管理責任者、文書の保存年限が決められている。個人情報および情報開示の取り決めもなされている。
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	パソコンを活用して、日誌や記録がいつでも確認できるようになっている。また、朝夕の申し送り、情報の伝達がなされている。

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。	a	パンフレット、ホームページが用意され、見学や体験の受け入れも行っており、サービス選択に資する情報を提供している。
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。	a	本人との契約は困難であるため、家族を交えた三者契約の形をとっている。
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	法人内でのサービスの移行時に、移行がスムーズになるよう、十分な引継ぎを行っている。

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。	a	施設独自のフェースシートおよびアセスメント表を活用し、すべての利用者の情報を整理している。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b	課題の抽出について、職員の知識や技術の差が表面化しやすく、十分出来ているとは言いがたい。
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。	a	個別の支援計画書が策定されており、家族に説明を行ない、同意を得ている。支援経過記録と連動されており、計画からサービス提供まで機能している。
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。	a	2ヶ月毎にサービスの実施状況について確認している。一年毎に計画の見直しが行なわれる。また、状態の変化により、不定期で見直しがなされている。

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	4年前からマンツーマンの利用者担当職員制を敷いて、生活実態の把握と意思疎通・意向の把握に努めている。 また、週間食事メニュー表に料理の写真を載せるなど、写真や絵等を利用して意思疎通を図っている。さらに、家族にケアプランを説明し、同意を得るとともに、VTRで利用者の生活の状況を伝えたり、アンケートをとるなどして家族とのコミュニケーションに努めている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	担当職員を置き、男女別、全員参加の自治会を月1回開催し、余暇活動などを中心に利用者の意向の反映と参加を促している。
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	利用者アセスメント表・個別支援計画を策定し、さらに処遇困難・ヒヤリハットの検討会議を実施するなどして、生活支援の個別化を徹底している。 また、個別支援計画は各種職員会議等で総括し、さらに日課マニュアルと職員業務基準に個別支援の留意事項を明記して、職員全体に周知している。
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。	a	利用者毎の個別支援計画に基づいて医療や食生活等のマニュアルを作成し、自立支援への体系的な取り組みに努めている。また、利用者の生活日誌をデータベース化して共有させて職員の連携を図っている。

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	食生活支援計画を健康管理と生活支援の基本に位置づけて、利用者個々の食事形態、食器と補助用品の選択、摂取栄養価、嗜好への対応を明示し、きめ細かな配慮をしている。
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	事業所では摂取カロリー、ご飯量、パンやご飯の刻み、魚の骨抜き、麺類の量と刻みなどを利用者別に詳細にマニュアル化している。 また、季節感に配慮したメニューを工夫するほか、自治会などで食事メニューの希望を把握している。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	食堂の座席配置や介助方法、朝食・早盛りや食器と補助食器などを利用者別に詳細に定めて、喫食環境の向上に配慮している。
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	利用者毎のアセスメント表・個別支援計画に基づき、特に、行動特性と安全配慮に留意して、てんかん発作への対応など介助方法を具体的に定めている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	入浴は週3回だが、利用者の希望はとっていない。失禁や作業で汗をかいた場合はシャワーで対応しているが、利用者の全員について介助が必要で、随時の職員対応の体制が課題となっている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	b	入浴人数や介助スペースに配慮して浴槽の深さと広さを確保し、カーテン等の設置により、プライバシーの保護に配慮している。老朽化した設備の改善を検討している。

2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	c	利用者毎のアセスメント表・個別支援計画に基づき介助方法を定めているが、排泄行動を確認できない利用者の対応に苦慮しており、また、異食行為のある利用者がいてトイレトイレットペーパーを常備できないとともに、排泄の際には離れた物品庫にとりに行かざるをえないなど快適な環境確保に課題もある。また、家族から要請のある自動洗浄便器も電気コードを噛んだり、壊したりする利用者があるので導入できていない。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c	トイレの清掃は十分に行われているが、失禁や廊下で排泄する利用者も少なからずいて、トイレ臭が施設全体に残っている。また、トイレのスペースが狭く介助がしにくい。
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。	b	定期的に外出をする際に、家族の意向に配慮しつつ、自分で服を買うことを支援している。なお、衣類・身だしなみのアセスメントはADLあるいはIADLの視点からなされており、いわゆるオシャレ（個性を發揮した服装）というアプローチには課題がある。
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	失禁など着衣の汚れには随時職員が対応しており、着衣交換の個別アセスメントにより利用者の能力を活かすような支援に努めている。
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。	b	身だしなみの支援は徹底しているが、いわゆるオシャレ（個性を發揮した服装）というアプローチには課題があるとともに、意思能力が不十分な利用者が多く、家族の意向を尊重する傾向にある。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	地域の理・美容院の協力を得て、職員が調整し、外出支援により対応している。

	第三者評価結果	コメント
2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	a	夜間就寝対応マニュアルに従って適切な支援を行っている。今後、事業所の環境、特に夏季において、利用者がより一層安眠できるように居室内外の室温等に配慮も必要と思われる。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	医療支援計画と利用者毎の健康管理マニュアルを整備し、体系的・個別的な健康管理体制を整備している。また、年2回の健康診断と予防接種、定期的な施設受診体制（月2回・内科医、月2回・精神科医師）を確保し、さらに北海道医療大学と提携して法人歯科診療所を設置するなどの体制を整備している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	利用者の健康管理マニュアルによって、疾病と主治医及び診療状況、服薬管理などについて詳細にデータ化し、健康管理体制を整備している。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	個人別に服薬ボックスを設けて管理を徹底すると共に看護師から生活支援担当者まで分担を明確にして、服薬管理を徹底している。

2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、サービス実施計画に基づいて行われている。	a	自治会活動に位置づけて、余暇・レクリエーション企画に利用者の参加を確保しているほか、アンケート調査等によって家族の意向も取り入れるとともに、参加と協力を得ている。
2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	外出・外泊は利用者の希望に沿って行われ、個別支援計画により、必要な支援を行っている。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じて配慮されている。	a	外出・外泊は多く、利用者の希望に沿って行われており、個別支援計画により必要な支援を行っている。
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	金銭管理サービス利用契約を締結し、施設預り金管理規程に基づき管理運用している。日常生活費は厚生労働省の通知により運用している。また、預金通帳と印鑑は法人本部で管理して現金出納を行い、施設は利用者の金銭管理を支援するなどの役割分担をしているとともに、さらに法人内で相互牽制の体制をつくっており、年4回、法人本部から家族に金銭出納報告をしている。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	居室は個室と2人部屋であり、テレビ・ラジオの持込は自由にしている。 なお、物を破損するなどの行動障害のある利用者への対応、言語コミュニケーションが出来ない利用者が多いなど、本人にふさわしい日常生活費の使途に苦慮している。
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。	c	事業所では、利用者に重度の方が多く、誤飲・誤食の危険性や安全面から重要事項説明書で喫煙・飲酒を禁止している。しかし、利用者個々のニーズへの対応という点について配慮されることが望まれる。