

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) | 古川 義則 | 組織・福祉 | 第00124号 |
| | (4) | 高橋 春美 | 組織・福祉 | 第00018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 きぼう | | | |
| 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20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 | <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・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 (法人名) | 社会福祉法人 北海道社会福祉事業団 | | |
| 事業所名 (施設名) | 北海道社会福祉事業団太陽の園 きぼう | 種別 | 施設入所支援 |
| 所在地 | 〒052-8585 伊達市幌美内町36番地58 | | |
| 電 話 | 0142-23-3549 | | |
| F A X | 0142-25-3789 | | |
| E-mail | taiyo@dofukuji.or.jp | | |
| U R L | http://www.dofukuji.or.jp/taiyo | | |
| 施設長氏名 | 総合施設長 前原孝敏 管理者 柴田博幸 | | |
| 調査対応ご担当者 | 東山浩史 (所属、職名：総務部長) | | |
| 利用定員 | 100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 (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)

短期入所 (併設1名、空床3名)
 障がい者支援施設「あおば」(入所 60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 | 3名 | 14名 | 4名 | 14名 | 21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 |
| 19名 | 5名 | 6名 | 8名 | 2名 | 名 |
| | | | | | 合計 |
| | | | | | 96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 | 名 | 名 | 名 | 名 | 1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 | 2名 | 名 | 名 | 1名 | 1名 |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 2名 | 2名 | 名 | 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 |
|--------|-----|-----|
| 76名 | 10名 | 10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 | 3名 | 名 | 4名 | 5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 |
| 1名 | 4名 | 名 | 1名 | 8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 |
| 4名 | 1名 | 1名 | 1名 | 名 | 1名 |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上 | | |
| 1名 | 1名 | 2名 | 55名 | | |

(平均利用期間： 20年6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 | 45名 | 名 | 3名 | 名 | 41名 |
| 非常勤 | 4名 | 1名 | 1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 | 1 名 (名) |
| サビ管 | 3 名 (1 名) |
| 障害者ケアマネ | 1 名 (名) |
| ホームヘルパー | 7 名 (名) |
| 介護支援専門員 | 1 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 | 3,488.85 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 | 24年（新棟） | 昭和 | 44年（別棟） |
| (4) 改築年 | 平成 | 年 | 平成 | 24年（別棟） |

○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 | <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 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。

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。

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。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。
※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。
※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】

自閉症や行動障がいをもつ方が多く利用しており、障害にあわせた個別の支援対応に心掛けています。

また、比較的障がいが軽く、地域生活が可能な方々については、法人で運営している「だて地域生活支援センター」や「さっぽろ地域生活支援センター」との連携を主に地域移行を進め、平成30年までには100名の定員を60名まで縮小する計画です。

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

●「ブロック別と利用者個別のマニュアル」

「きぼう」利用者とは職員は、今年2月に新しい建物が完成して、旧棟から移転しました。利用者の構成も一部再編され、新しい居住棟でのサービス提供についてプロジェクトチームで検討されてきました。

入浴、排泄、食事等の標準サービスマニュアルを法人共通で作成し、「きぼう」の各ブロック単位の支援マニュアル、さらに利用者個別のマニュアルも作成されています。

ブロック別と個別のマニュアルは、行動障がいを持っている重度知的障がい者の支援には欠かせないものになっています。内容は非常にわかりやすく表現されており、利用者支援の質を向上させ継続していくための重要な手引きとなっています。

これらは、「太陽の園」の歴史の中から積み上げられてきたものであり、利用者の不利益を防止していく手引きとも言えます。支援者側の都合だけに陥らないように職員に浸透させていき、支援の質を標準化させています。

●「健康管理体制の充実」

利用者の健康管理は、健康管理マニュアルに基づき連携し、担当の看護師と職員が常に相談できる体制となっています。日常の健康管理はもとより、体調変化にタイムリーに対応されています。また、毎年行う健康診査や医療機関受診結果は、健康管理票に記録され日常のケアに活かされています。

医療的には、併設する発達診療相談室での受診や往診、専用バスの運行による市内医療機関への受診体制などを整備しています。

利用者の高齢化や重度化が進むなかで、健康管理を充実し病状の悪化防止や病状変化時に適切な治療を受けられることは利用者の安心・安全につながっています。

◇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。

●「幅広い意見取り入れとその公開」

利用者や家族の満足度向上を目的とした仕組みに工夫の余地があります。今までは、なかなか家族が施設に意見を言うというのは遠慮がありました。しかし、利用者は権利の主体者であること、家族は代弁者であり、言いたいことはあります。

このような要望、意見、苦情などを幅広く聞くことは、個別支援計画のための聞き取り等にも関係しており、施設がいてねいに時間をかけて粘り強く働きかけることが大切です。

利用者を権利の主体者として支援していくことは、施設にとってはさまざまな手続きや労力が発生してきます。それらを実直に行っていくことが、人権尊重の理念をより具現化していくことにもつながります。

日常的な要望から、意見、苦情を利用者・家族から聞き取る仕組みとその公開の方策が整備されることが望まれます。

●「快適な生活環境づくり」

食堂は、ゆったりと広いスペースが確保されています。建物の改築による、小舎制からユニット・ケアの食堂環境の変化の中で騒然とした雰囲気にならないように配慮されていますが、利用者が食事に集中できる環境を基本にしているため、壁の装飾はなく、テーブルなども単色で画一的になっています。利用者の情緒安定を確保しつつも、家庭的な雰囲気の中で食事ができるための環境づくりを期待します。

また、トイレの構造は水洗いできる床や破損しないステンレスの便器など清潔に保てる材質・構造にし、職員が毎日清掃を行うとともに、汚れた時はその都度速やかに清掃し、清潔で快適な環境づくりに努められています。一部トイレの臭気に対処されることを望みます。

●「きぼうとしての中長期計画」

事業所「きぼう」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。平成24年度から29年度までの地域移行の中長期計画があり、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、「きぼう」の中長期計画での位置づけが明確ではありません。

「きぼう」の中長期計画を策定するには、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・人材育成等を分析の上、課題を解決するためにそれぞれ具体的な計画を策定する必要があります。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「きぼう」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

●ブロック別と利用者個別のマニュアル

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。

●健康管理体制の充実

利用者の高齢化は年々顕著になり、日常の健康管理は大きな課題になってきています。太陽の園では早い時期から健康管理マニュアルをつくり、利用者の健康保持増進に努めてまいりました。

健康状態は、自閉症や行動障がいのある方の不安定行動の原因になっていることもあります。支援者は、利用者一人ひとりの行動観察や日々のバイタルチェックをとおして健康管理していくことが大切だと思っております。

昨年行ったご家族のアンケート調査の結果からも、利用者の健康面に不安を持っている方が多いことがわかりました。これらの結果を踏まえて、平成25年度からは担当看護師の勤務場所を各事業所職員室とし、より身近なところで看護師が利用者の健康管理に従事できるよう、体制整備を行います。

●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。

●幅広い意見取り入れとその公開

利用者に対する支援の質の向上を目的に、昨年ご家族へのアンケート調査を実施しました。アンケートは普段考えていることをなるべくそのまま答えていただけるよう、無記名としました。

アンケートの結果、ご家族の素直な思いや支援のあり方の問題点などがある程度明らかになってきました。このアンケート調査では、試行的に行ったということもあり結果の詳細な分析までは行っておりません。

今後、アンケート内容を含め、実効性のある意見の取り入れと公開の方法について検討してまいります。

●快適な生活環境づくり

食堂で多くの方が食事をする場合、特に自閉症や行動障がいによりこだわり行動がある方が多いと、装飾などによる視覚刺激が不安定行動の要因になったり、壁などに貼り付けてあるものが気になって剥がすというこだわり行動になる利用者がいます。不安定行動やこだわり行動、パニック行動は、利用者にとっては理解できないことから来る不安が原因だといわれています。

そのような利用者に対して安心・安定して食事をしてもらう環境を整えることも支援者の責務だと考えています。

新棟を建設するにあたり、利用者の様々な行動特性を踏まえ、色々な面で設計を工夫してきました。便器以外のところで放尿用便する利用者もいることから、トイレは丸洗いできる構造にしました。職員は極力清掃するよう心掛けていますが、それでも追いつかないことも事実です。

今後、清掃などによる衛生面への配慮とともに、脱臭の方法についても検討してまいります。

●きぼう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おります。

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。「きぼう」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」「自己研鑽」の4項目が職員の行動規範となっている。「きぼう」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 | 年度初めに、利用者・家族に理念・基本方針を説明し周知に努めている。言語による理解が困難な利用者に行事や日頃の支援を通して伝わるように努めている。また家族には通信「やまのおと」を発行、家族の会で説明・周知に努めているので期待したい。 |

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。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。中長期計画は、事業運営上のソフト・ハード面において幅広い策定が要求される。「きぼう」独自の中長期計画が期待される。 |
| 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 | 「きぼう」は、旧棟入所者の他に、60名の利用者が3階に6つのユニットで生活支援を受けている。平成24年度から29年度までの「地域移行10カ年計画」とともに単年度計画の名簿が作成されている。今後は、地域移行のみならず、「きぼう」として、中長期計画を視野に入れた単年度計画が期待される。 |

| | | |
|-------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 1-2-(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、「きぼう」の中長期計画に基づいた事業計画にも期待したい。 |
| 1-2-(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、確認と周知に努めている。また、職員室や職員詰所に備え付けて常時閲覧が出来るようになっている。 |
| 1-2-(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」や事業所の通信「きぼう」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。利用者は重度の障がいが多く、言語による理解が難しいが伝わるように努めているので更なる取り組みに期待したい。 |

1-3 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 |
|------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| 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。 | 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。 |
| 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。 | 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。 |
| 1-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 1-3-(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。 |
| 1-3-(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。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。 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おり、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。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。 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。 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取り組みが期待される。 |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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> | a | <p>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。</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> | b | <p>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。</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> | b | <p>個別の職員研修には評価見直しが必要である。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。</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> | a | <p>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。</p> |

II-3 安全管理

| | 第三者評価結果 | コメント |
|----------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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。</p> | | |
| <p>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。</p> | a | <p>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。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。</p> |
| <p>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。</p> | b | <p>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なので、今後に期待したい。</p> |
| <p>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。</p> | a | <p>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。</p> |

II-4 地域との交流と連携

| | 第三者評価結果 | コメント |
|-----------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> | | |
| <p>II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。</p> | a | <p>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。</p> |

| | | |
|---------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 「太陽の園」の標準マニュアルに基づいて「きぼう」の支援マニュアルが整備され、利用者尊重や人権擁護の研修に積極的に取り組んでいる。今年度5月に開催された人権尊重委員会の議決に基づき、全職員への虐待についてのアンケート調査や各部署での討論等を行い、権利擁護の意識を高めている。 |
| 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 | 平成24年2月、施設が新築され利用者の部屋も個室になった。利用者が内から施錠できるようにもなり、プライバシーは向上した。また入浴、排泄マニュアルにもプライバシー保護について明記されサービスが提供されている。 |
| 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、取組を行っている。 | b | 家族会総会や日中活動の参観、個別支援計画書の説明時等を利用して、出席した家族の意見を聞いている。しかし、施設として利用者満足の向上を目的とした仕組みは整備されていないので、改善が望まれる。 |

| | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 年2回オンブズマンが来園して利用者から意見を聞いているが少数者に限られる。「きぼう」は障がいのある利用者が多いので、専門的見地からの観察によるニーズ把握や、家族が意見を述べやすい掲示物の活用や寮便り等の工夫が望まれる。 |
| 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 | 権利擁護委員会が苦情解決の体制として設置されている。利用者や家族から苦情の受付はないものの、苦情解決システムの周知や苦情を申し出しやすい工夫が望まれる。 |
| 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 | 利用者の意見等は、日常の観察や家族会の諸行事で聞いて、その都度対応している。権利擁護の視点からも、そのような意見や要望を汲み取った経過を、わかりやすく書類に整備することが望まれる。 |

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。 | b | 各部署から選出された一般職と管理職で構成された人権尊重委員会が、平成14年から自己評価を行っている。分析、検討までは行っているため、組織的な対応を求められる全体としての改善課題への着手が望まれる。 |
| 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。 | b | 評価結果に基づき課題が出されているが、取り組みはそれぞれの部署に任されており、改善実施計画を策定して実行され評価するまでは至っていない。各部署が実行しやすくなるような体制の整備を期待したい。 |
| 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 | 法人の平成24年度後期マニュアルには入浴、排泄、食事等の実施方法や与薬、掃除、洗濯等についての業務手順も記載され新棟で活用されている。 |
| 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。 | a | 施設の新築と自立支援法の新体系移行の為、移行前から生活部門と日中活動部門から選出された職員でプロジェクトチームが構成され、移行後のサービス実施についての検討がされてきた。必要な見直しもこのチームで検討され管理職会議を経て、法人の運営会議で決裁される。 |
| 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。 | b | 各会議録、個人記録、個別支援計画等は記録されているが個人記録と個別支援計画との連動性がないため、支援内容の進捗状況がわかりずらくなっている。また、利用者の問題行動の一部の表現が法人の人権尊重の理念、「職員の約束」とは相容れないこともあるので表現方法の変更が望まれる。 |

| | | |
|---------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>記録物は書棚に管理されているが、電子媒体持ち出しの規程は整備されていない。個人情報管理委員会も設置されているので、早急に電子媒体取り扱い規程の整備が望まれる。</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>a</p> | <p>会議決定事項は議事録を配布、また支援内容に関することは朝、夕の打ち合わせで申し送り、報告を徹底し、業務日誌に記載するなどして利用者状況の共有化をしている。また個別支援計画策定などでも看護師、作業療法士、言語聴覚士等とのカンファレンスが行われている。</p> |

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

| | 第三者評価結果 | コメント |
|------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ⅲ－３－（１） サービス提供の開始が適切に行われている。</p> | | |
| <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>b</p> | <p>近隣の室蘭養護学校から生徒を現場実習で受け入れて、卒業後の施設選択の情報を提供している。また法人内の相談支援事業所や市町村からも利用希望者を受け入れている。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。</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>法人の契約書、重要事項説明書等の書式は統一されており、これらに基づいて説明している。重要事項説明書は、施設の標準的サービスを記載したものであるため、簡単な文章や図などを入れて、可能な限り利用者や家族にわかりやすくなるような工夫が望まれる。</p> |
| <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> | | |
| <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>a</p> | <p>利用者異動委員会が設置されている。利用者の入所、退所、異動の際は必要に応じて委員会が開催され、支援サービスの内容が引き継がれている。また、アフターフォローも含めて相談支援体制が構築されている。</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 |
|-------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ⅲ－４－（１） 利用者のアセスメントが行われている。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>利用受付票から生活スキル、社会スキル、社会参加、対人関係等のアセスメントを行いアセスメント総括表に転記して課題を抽出するようになっており、必要に応じて言語聴覚士、作業療法士、看護師が入って協議している。利用者本人からの情報収集と、家族からの要望等の聞き取りを十分に行って、課題設定の根拠が明瞭化されることが望まれる。</p> |

| 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。 | | |
|---------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ⅲ－４－（２）－① サービス実施計画を適切に策定している。</p> | <p>b</p> | <p>法人としてサービス実施計画の手順が定められている。利用申し込み・アセスメント・個別支援会議・施設利用手続き・利用契約・個別支援の実施という流れに従って実行されている。また、障がいの程度により「きぼう」各ブロックのサービス・マニュアルと個別のマニュアルを活用して、一人ひとりの利用者に対応している。しかし課題設定の根拠が不明確なため、サービス実施計画自体が不十分になってしまうため、書式全体を見直すことを期待したい。</p> |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>重度の知的障がい者が多いため、さまざまな視点から評価を行うことが求められている。まずブロック会議で評価を行い、作業療法士、言語聴覚士、看護師等から意見を聴取し、個別支援会議で評価を確定して家族に説明している。現在、利用者及び家族の意見や希望等を明確化して、記録に残し支援計画の見直しを行っているので、今後に期待したい。</p> |

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 | 意思表示が困難な利用者には、日常生活における行動やサインから利用者の思いや感情を把握し、個別支援計画に明示し対応している。言語で理解できない場合は時間の感覚をタイマーなどの道具を利用して、日常生活の具体的な行動がとれるような工夫をしている。また、言語聴覚士の指導に基づき、利用者と職員が簡単な動作を介して必要なことを相互に理解できる方法なども取り入れている。 |
| A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | b | 障がいにより自分の意見を表明することが難しい利用者が多く、自治会は組織されていない。また、日常生活においても利用者の希望・要望を言葉として表現することは難しいので、家族と話し合い利用者のニーズ把握に努めている。ブロック毎の事業計画では、利用者の希望を聞き、行事・外出・旅行など生活の拡がりや楽しみを取り入れ、利用者が主体的に参加したり、入所者以外の人と交流の機会を持てるようにしている。今後は家族会や家族アンケートなどを活用し、利用者の主体性が発揮される活動に繋がることを期待したい。 |
| 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。 | a | 安全で安定した生活ができることを基本とし、障がいの程度や利用者の特性に応じてユニットに分けて生活支援を行っている。日常生活を支援するに当たり、個別支援計画及びブロック別支援体制マニュアルの両面から、利用者個々の持てる能力に合わせた見守りと支援が行えるように情報を共有し職員全体への周知徹底を図っている。 |
| 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 | 外出、旅行などでは、交通ルールやマナーの習得や希望を組み入れ、本人が主体的に参加しながら社会性を獲得できるように支援している。日常生活では、個別支援計画に明示し、挨拶、身辺整理など身近なことを通して社会生活力を高める関わりをしている。 |

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 | 食事支援マニュアルが整備されており、食事介助の必要な利用者に対しては、個別支援計画に明示している。管理栄養士による栄養バランスの取れた献立が作成されている。一般食は年齢・活動内容・性別により主食の量を調整している。食事形態や体調不良時は、看護師・栄養士・担当職員が連携しタイムリーに対応している。 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>年1回実施している嗜好調査や残滓調査の結果は、給食委員会で検討され職員に周知している。職員が日常的に把握した利用者の嗜好は毎月行う給食委員会に提出され検討し、献立にも反映されている。また、職員の検食を通して意見を集約している。</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>b</p> | <p>利用者が食事に集中できる環境が基本となっている。利用者が落ち着いて食事ができるように、テーブルメイトを決めて食事席を配置している。壁やテーブルが単色で画一的になりがちなので、一部のブロックでは食事の妨げにならないようなオルゴールメロディなどを流している。様々な配慮がされているが、今後は更に、利用者の情緒が安定し家庭的な雰囲気の中で食事ができるための環境づくりが期待される。</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>入浴支援マニュアルが整備されており、6ヵ月ごとに見直している。利用者の障がい程度、病気などの個別の状況に合わせた介助を個別支援計画で明示している。入浴前にはバイタル測定を行い、健康状態を把握し体調の急激な変化や事故などが起きないように配慮している。</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>a</p> | <p>入浴は週3回実施している。入浴の順序に拘る利用者に配慮し、トラブルにならないように時間差で実施している。浴室のほかにシャワー室があり、入浴日以外でも、失禁時、汗をかく盛夏時などに使用している。</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・脱衣室は広いスペースが確保されている。窓の無い脱衣所は夏季には扇風機を設置して温度調整をしている。入浴に関する検討事項は各ブロックの担当者会議で協議している。</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>排泄支援マニュアルが整備されており、6ヵ月ごとに見直している。排泄に関連した不適切な行為は、ブロック担当者会議で個別支援計画に明示している。さらに排便の有無及び便秘などの利用者の対応は担当看護師と連携している。</p> |
| <p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p> | <p>a</p> | <p>清掃は、職員が業務時間内で毎日行っている。また、汚れに気づいた時はその都度速やかに清掃している。トイレの構造は、水洗いできる床や破損しないステンレス製の便器など清潔に保てる材質・構造にしている。</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>a</p> | <p>服装の選択は、基本的には本人の自主性に任せているが、選択できない利用者には、職員が用意をした中から選んでいる。日常の服装は機能性を重視しているが、行事や外出時はTPOに合わせて選択している。女性の利用者には、服装の相談に応じ希望を取り入れ外出時に買い物支援を行っている。</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>a</p> | <p>着替えは毎日声かけをして着替えが出来ているか確認している。服装への拘りが強い、服を破損してしまうなど着替えが難しい利用者への対応は、職員間で協議し個別支援計画に明示している。また、汚れた時はその都度着替えている。</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。 | a | 歯磨き、髭剃り、整髪など日頃の身だしなみに気をつけている。職員が希望に応じて散髪をしたり、おしゃれの相談に応じている。また、家族が利用者の好みを尊重した選択を希望する場合はその都度対応している。 |
| A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。 | a | 理美容院の方が施設に訪問して実施したり、馴染みの理美容院に出掛けたり、帰省時に実施するなど、本人の状態や好みに応じて選択できるように職員が連絡・調整を行っている。また、外出支援のメニューとしても理美容院の利用を楽しみにしており、利用者の状態に応じて、職員が送迎や同行などを支援している。 |

| | 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 | 個室でプライバシーが守られ安眠できる環境になっている。眠れない場合は、基本的には居室対応とし、必要時は談話室で寝ていただくなどの工夫をしている。不眠時の薬剤服用に際しては精神科医師や看護師と連携し、効果的な与薬について協議する体制があり個別の対応をしている。 |
| 2-(7) 健康管理 | | |
| A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。 | a | 協力医療機関である伊達日赤病院で毎年健康診査を行い、記録は日常の健康管理に活用している。医療的には、併設する「太陽の園発達相談室」での受診や往診、専用バスを運行した市内医療機関への受診体制などを整備している。また、「きぼう」担当の看護師と職員は、健康管理マニュアルに基づき連携している。 |
| A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | a | 健康管理マニュアルに基づき、体調変化時は、協力医及び担当看護師に連絡し即時対応している。休日の体調変化時は看護師と電話連絡し、緊急時通院マニュアルに沿って対応している。 |
| A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。 | a | 薬の管理は鍵のついた薬専用のロッカーで保管されている。与薬は担当職員が担い、誤薬防止のために5段階のチェックを行っている。また、誤薬等が起きた時には、速やかに医師と看護師に報告し対応するとともに、ブロック内職員は情報を共有し再発防止に繋げている。 |

| | | |
|---------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 事業計画に基づき、花見、焼肉大会などの行事や外出、旅行などを利用者の希望を取り入れて行っている。また、園内成人式や還暦のお祝いなどの人生における節目となるイベントなども行っている。運動会には家族の参加とともに学生や看護学生のボランティアの協力を得ている。今後は家族の意見の反映、日常的に活動するボランティアの育成、社会資源の活用など取り組みの幅を拡大することを期待する。 |
| 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 | 外出は交通ルールやマナーの習得や気分転換を目的に、利用者が1ヵ月に1回は外出できるように実施している。利用者の希望を聞き取り、小旅行や買い物など支援している。利用者の状況に応じてマンツーマン、グループなどで施設の車やタクシーを利用している。 |
| 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 | 外泊に際しては連絡ノートで直近の生活や健康状態などを家族と情報を共有している。盆正月には伊達札幌間を往復運行バスを出して帰省しやすくしている。地域移行を目標とする利用者には週末帰省、一時帰省など多様な外泊の方法を取り入れている。 |
| 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 | 所持金は家族会の所持金担当により管理している。小遣いを希望する利用者には1ヵ月上限10,000円とし、1人平均は5000円程度としている。小遣いは職員が管理し、使用時に手渡し、小遣い帳に収支を記録し、ブロック主任、課長、部長及び担当外のブロック職員が検印している。 |
| 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 | 新聞は利用者の希望により、職員が新聞店に連絡し購読している。テレビ番組などの雑誌購入は外出支援で行い、利用者の楽しみになっている。テレビ、ラジオは本人の希望で居室に設置している。談話室のテレビは共同で視聴しているが、利用者同士のトラブルが起きる場合もあり、職員が適時介入している。 |
| 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。 | a | 喫煙の害については、利用者に説明した上で、話し合っ11日の本数を決め、ライターは詰所で管理している。新棟は全面禁煙なので、旧棟ベランダか屋外に喫煙場所は限られる。晩酌を希望する利用者は飲むことができるが、現在、希望者はいない。また、行事では飲酒する機会を設けている。 |