

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016年10月21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

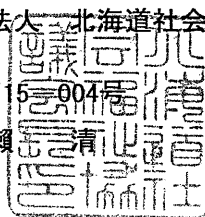
札幌市中央区北2条西7丁目

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



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)	小野寺さゆみ	総合	第0116号
	(2)	神内 秀之介	福祉医療保健	第0068号
	(3)	野村 宏之	総合	第0158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	永光			
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10月21日	
利用者調査実施時期	2015年9月15日	～	2015年10月30日	
訪問調査日	2015年12月7日			
評価合議日	2016年6月3日			
評価結果報告日	2016年10月21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

代表者氏名：尾野 聖一

所在地：〒059-1365 苫小牧市字植苗121番地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

◆利用者尊重の共通理解に向けた接遇委員会の取り組みと職員の育成

法人として求める職員像があり、法人の倫理綱領や「北栄地区職員の行動基準」において利用者尊重のサービス提供を明示し、職員会議やサービス担当者会議などでその周知を図っています。また、施設内の接遇委員会において、行動基準などを基にしたセルフチェック方式のアンケートを実施し、その結果を集約して職員会議などで検討・協議し、職員がコミュニケーション能力を高め利用者本位の支援ができるよう取り組んでいます。職員会議には施設長も参加し、事例に応じて利用者の立場に立った支援について理解を深めるよう促しています。さらに、新任職員に対してチューター制度を導入し、入職3年目までの職員が新任職員に対してきめ細かなサポートを行っています。チューターは同じ職種ではない場合もあり、職種ごとの到達目標などが定められており、異なる専門分野の理解や協力関係の構築なども促進されることで離職率が低く抑えられています。職員共通の理解を図り、人材を育成するための具体的な取り組みを実施している点が高く評価できます。

◆利用者の尊重とその日常生活への支援体制について

利用者を尊重した支援については、個別のアセスメントは利用者の視点に立ち、常に利用者自身ができることは実施してもらい、支援の必要な部分のみを可能な限り支援する体制があります。具体的には利用者同士が互いに、自立訓練として「身だしなみの自己点検」ができる体制への支援や、自治会の運営による余暇活動などについて、職員側から一方的に情報提供するのではなく、地域の広報などを活用し事前に利用者が検討できるような仕組みがあります。また、日常の金銭管理を利用者本人が自己管理できるような取り組みもなされています。その根底にあるのは、利用者の能力を引き出すエンパワメントプロセスに基づいた支援であり、その先を見据えて利用者自らの解決能力を高めるストレングスに結びつく支援です。このような支援体制は評価に値します。

◇改善を求められる点

◆中長期計画の共有

法人全体の中長期計画があり、施設長会議などで共有されています。しかし、予算書などが作成されておらず事業所の年度計画への反映も明確になっていません。施設改修や既存事業の縮小や新規事業などについても計画されており、平成30年までの施設の方向性について施設長から職員に対して説明は行われていますが、文書の保管はなされていない状況があります。事業所として設備改修や個室化に向けた取り組み、利用者の高齢化に対応できる手厚い人員配置などを行っています。今後も継続した取り組みとなるよう、予算を含めた中長期計画の策定を期待します。

◆利用者のプライバシー保護等の権利擁護の配慮について

倫理綱領、行動基準において利用者の権利擁護を明示し、入浴や排泄など介助の各種マニュアルでも利用者のプライバシー保護や必要な配慮が盛り込まれ、職員の理解が図られています。しかし、現在の居室は3人部屋が多くあり、利用者が一人になりたい時にくつろげるスペースが少なく、プライバシーを守れる環境・設備などが十分とは言えない状況にあります。今後は、居室利用人数を減らしていく方向性とのことですが、居室の中に仕切りを入れるなど利用者のプライバシーを守ることができる環境・設備などの工夫に期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価を基本として欠けている部分を改善して、より良い事業所を目指していきます。

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 27 年 10 月 27 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)	永 光	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	〒 059-1304 苫小牧市北栄町3丁目11番3号		
電 話	0144-55-5621		
F A X	0144-51-2016		
E-mail	ryokuseinosato@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	鈴木 敏昭		
調査対応ご担当者	渋谷 謙一 (所属、職名：支援課長)		
利用定員	30 名	開設年	昭和 45 年 2 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>～理念～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>～基本方針～</p> <p>小さな子どもも、障害を負っている方も、高齢の方も一人の人間として互いにその尊厳が守られ、地域の中で支え合って共に生きる。かけがえのない人生を、誰もが生き生きと送る事ができるように、手を取りあって、理解しあい、平和(緑)と希望(星)の社会を作りあげること。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組：</p> <p>多機能型（生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続B型事業）を活用して、利用者個々の障害特性や年齢・体力、そして社会経験など、本人はもちろんの事、身元引受人との確認を取りながら個別支援計画（見直しを含む）に沿って4事業6班に分散支援を実施している。また、入所支援では、地域の社会資源を活用しながら、エンパワメントの視点を強く持つ支援、地域の一員として利用者個々に自覚を持ってもらうことを進めている。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		2	回（平成 21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（定員34名） 自立訓練（定員6名） 就労移行支援（定員6名）
 就労継続支援B型（定員10名） 宿泊型自立訓練（定員10名）
 共同生活援助事業介護サービス包括型（定員66名）

【利用者の状況に関する事項】（平成27年10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	名	2名	名	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
3名	8名	7名	3名	2名	名
					合計
					25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	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	名	1名	1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	名	1名	1名	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
20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	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
1名	名	1名	1名	3名	1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	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	17名		

(平均利用期間： 26年0か月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年10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	サービス管理責任者	
常勤	26名	1名	2名	1名	名
非常勤	6名	名	名	名	名
		介護(支援)職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	16名	0名	1名	名
非常勤	名	2名	名	名	名
		管理栄養士・栄養士	調理員等	医師(嘱託医)	その他
常勤	名	1名	4名	名	名
非常勤	名	名	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	0名(0名)
介護福祉士	3名(0名)
保育士	0名(0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	1114.567 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	昭和	62年
(4) 改築年	平成	17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	<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	1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）

82 人

・ボランティアの業務

☆お祭り参加・お祭り手伝い

【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 0 人

介護福祉士 0 人

その他 17 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。

・個人アンケート

【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 法人の基本理念がパンフレット・ホームページに記載され、職員会議の中で職員に説明されている。利用者へは入所時に説明を行っている。家族に対しては家族会総会で伝えているが、出席率は半分程度となっており、欠席した場合の取り組みは行われていない。利用が長期となっている場合もあり、キーパーソンが変更になるなども想定されるため定期的に伝えていくことを期待する。

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。	a 法人として苫小牧地区で様々な福祉サービスを展開しており、長い歴史とともに地域福祉の一翼を担っている。毎月実施する法人全体の施設長会議にて施設の稼働率や地域の状況を分析し、事業年度ごとに総括を行っている。また日胆施設連絡協議会に参加し情報を得ている。
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。	a 施設の居室が多床室のため生活空間が狭くプライバシーの確保が難しいことから、平成25年から計画的な利用者の減員を行っている。利用者の生活の質を確保しながら経営状況を把握して安定的な運営を行い、法人内他施設と連携しながら利用者の移行などを実施している。

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 各年度の事業計画の中に法人全体の「中期事業計画」の項目がありテーマが掲げられているが、具体的な数値目標や成果、達成方法が設定されておらず収支計画も定められていない。今後入所サービスの縮小や廃止も見込まれることから、事業所としての方向性を定めた中長期計画の策定を期待する。
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 各年度の事業計画の中には中長期計画の項目があるが、各事業所ごとの単年度計画に現状と重点課題を記載するにとどまり、将来像について明確に読み取ることが困難である。各事業所ごとの経営指標には事業所としての利用者減員の記述などもあるが、それが中長期的な視点でどのように運営されていくのか視点を明確化し、利用者家族にも理解されるよう記載することを期待する。

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 事業所稼働率について職員会議で説明し、改善検討委員が職員からの意見を集約している。また、各部門の職員も職員会議で話し合い状況の確認などを行っている。しかし、事業計画の策定については法人で行っており、職員が内容に参画する機会を広げていくような取り組みを期待する。
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。	c 利用者への事業計画の説明は行っていないが、自治会の中で生活に関連することや行事などについて説明している。家族には家族会総会で説明しているが、出席する家族は半数程度となっている。利用者及び家族に対する周知や意見の聴取などの取り組みを行い、運営に活用していく姿勢を期待する。

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。	b 各種委員会活動や部門ごとの点検項目があり、基準に満たない項目の改善に取り組んでいるが、施設全体としての自己評価は行われていない。また平成21年に第三者評価を実施しているが、施設長の交代によりその結果に基づく取り組みは行われず、今回の第三者評価受審に際しても内容の確認や振り返りは行われていない。今後は特定の分野だけでなく、事業所全体について定期的に自己評価し改善に結びつける仕組みを構築することを期待する。
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。	b 事業所として重点的に取り組む虐待の防止については、職員全員が個別にセルフチェックを行い、委員会などで職員が話し合い新しいマニュアルを作成している。日胆地方会のオンブズマンが来所して利用者から意見などを聴取し、事業所に伝えている。その結果を受けて事業所では、申し立てた利用者への説明を行っている。委員会活動や利用者の意向調査も取り入れた外部からの評価を受け、平成30年までの事業所の方向性を定めていることから、一つひとつの改善課題を対症療法に処理するのではなく予防的な視点で取り組みを進めることを期待する。

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 職員会議で役割を表明し、組織表、職務分掌で職務内容と権限を明確にしている。職員との面談のほかにも気さくに話しかけ悩みを聞くなど、職員との信頼関係を築いている。各種委員会や自治会など施設長が出席しない会議においても議事録を精査し、必要に応じて職員にアドバイスを行っている。
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。	a 施設長は法人の施設長会議で運営上必要な法令に関する情報を得ている。また、法人の施設運営適正化委員会の事務局長として法人全体の法令順守に取り組んでいる。平成27年度よりコンプライアンス委員会、虐待防止委員会が設立され、職員が主体的に関わりながら職員全員が理解できるようにしている。

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。	a 職員1名あたり5つ程度の委員会に所属しており、利用者の処遇改善のための検討を行っている。また定期的に行っている家族アンケートの結果を分析し、改善の状況や成果について職員に周知している。利用者へのサービスの質を低下させず、効率化を進めて無駄を省くという姿勢を表明している。
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。	a 各委員会からの報告を受け、委員会議事録を確認することで委員会の状況と取り組みを把握し、必要なアドバイスを行っている。必要な内容は職員会議でも伝え、職員からの意見を集約している。専門性が高い職員が利用者支援の時間を増やすために人員配置の工夫などを行っている。

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。	a 事業計画では職員採用・教育について定め、事業報告で職員動向を分析している。新入職員に対して、勤務3年以内の先輩職員が職種を超えてチューターとして指導に当たっている。職員としての使命、態度、コミュニケーションなど分野別に目標が掲げられ、お互いの職務を理解し広い視野を持ち職員同士で学びながら勤務できるようにしている。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a 法人として人事考課制度を導入し、8年が経過している。経験や職責などで職員がモチベーションを保ちながら働けるようにしている。職員は毎年目標を設定し、面接を行っている。
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。	a 職員が余裕を持ち働けるよう、有休の取得状況は労務管理者がチェックしている。有休を使う職員と使えない職員が偏らないようアドバイスを行っている。また、夜勤職員を雇用し、職員の一月当たりの夜勤日数を2~3回に抑えるようにしている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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 正職員は個別の研修計画を定め年2回の面談を実施し、進捗状況や成果を確認している。しかし、嘱託職員など特定の業務にのみ従事する職員に対しては個々の研修計画ではなく関係する分野の研修について各委員会が計画し参加できるようにしている。嘱託職員については定期的な自己点検のみとなっているため、必要な研修について検討することを期待する。
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 法人が求める職員像が定められ、職員に周知されている。また法人で研修の年間スケジュールが定められ、そのほかにも研修委員が必要な研修について検討している。今後は利用者の高齢化による支援の多様化などが予測されることから、今までの研修を踏襲するととどまらず研修を実施していくことを期待する。
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 研修計画に則り研修は行われているが正職員、嘱託などの雇用状況により研修の対象となっていない場合がある。夜勤職員に対しては資料の配布にとどまるなど、研修機会が確保されていない。専門業務を行う職員に対しても研修機会を提供し、法令の改定や新しい知識、技術を提供する取り組みを期待する。

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。	c 実習受け入れ時の担当職員は決まっているが、受け入れ方針やマニュアルは定められていない。実習生への体系的な実習の提供ではなく、実習生が施設をどのように感じたかなどの事後アンケートを現場改善に活かす取り組みにとどまっている。養成機関からの依頼に応じるのみならず、事業所としての受け入れ方針や専門職としての育成プログラムの検討を期待する。

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。	a	法人ホームページにて法人が展開する事業の情報や財務内容等を公表している。苦情を真摯に受け止める姿勢を明らかにし、家族向けの事業所便りにも苦情・虐待解決の仕組みを明示している。事業所内に虐待防止委員会を設置している。事業報告で自治会からの要望、ヒヤリハット、事故内容についても記載している。
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。	a	法人として、法令順守責任者を定めマニュアルを作成している。事業所ごとに毎月資金状況などを施設長会議で確認し、公認会計士が外部監査を行っている。利用者の預り金は年3回、家族会の会計は年2回の監査を行っており、その他にも毎月施設長が利用者の預り金の状況を事務職員から確認している。

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	事業所が位置する地区は新興住宅街であり子どもも多い地域となっている。子どもの頃からノーマライゼーションを身近に感じてほしいという思いから、行事への幼稚園園児の招待や小・中学生の職場体験などの実施を行っている。広報誌にて活動報告を行っているが、家族や法人内への周知にとどまっており、今後は実施予定を含め取り組みを地域に広報する工夫を期待する。
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	ボランティアマニュアルがあり受け入れ方法の手順は定められているが、積極的な受け入れやボランティアの受け入れ方針などについては規定されていない。小学校のカリキュラムなどでのボランティアの受け入れはあるが、事業所の祭りでのボランティア受け入れが主となっている。今後は受け入れの方針や体制を整えていくことを期待する。
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	利用者の高齢化や高齢化に伴う重度化などに合わせて医療機関との連携を強化している。利用者の既往症なども合わせ、専門医との検査内容の申し合わせなどに加え、家族との連携も行っている。今まで持っていた障害に加えて認知症状が見られるなどの事例もあり、今後は他の社会資源につなげるために職員の予備知識を向上させる取り組みを期待する。

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 事業所の祭りには地域住民を招待し、無料の食券を配布し多くの地域住民が参加しやすいよう配慮している。事業所が位置する地区が新興住宅街であり、子どもも多いため不審者情報を共有し地域パトロールにも参加している。今後は法人で実施している市民向け講座の周知を事業所周辺の住民に対しても行い、参加を呼びかけるなどの取り組みを期待する。
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 法人として一体となって苫小牧地区の地域ニーズについて検討している。法人としての長い福祉事業の運営実績と、経験豊富な職員を関係団体の委員として派遣し、地域福祉の発展に寄与している。事業所が位置する北栄地区は住宅建設が進んでおり、新規移住の地域住民が多いなどの状況把握は行っているが、事業所独自の公益的な事業については今後取り組んでいくこととなっている。法人が組織する社会貢献推進委員会に参加しているが、地域特性を踏まえた独自の活動へも発展していくことを期待する。

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。			
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。	a	法人の事業理念に基づいた倫理綱領や「北栄地区職員の行動基準」において、利用者尊重のサービス提供を明示し、職員会議やサービス担当者会議などにおいてその周知を図り、理解を深めている。また、施設内の接遇委員会において、行動基準などを基にした職員のセルフチェック方式のアンケートを実施し、その結果を集約し、グループ協議を行うなど具体的な取り組みにより、職員共通の理解が図られるよう実践されている。
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	倫理綱領、行動基準において利用者の権利擁護を明示するとともに、入浴や排泄等介助の各種マニュアルでも利用者のプライバシー保護や必要な配慮などが盛り込まれ、職員の理解が図られている。しかし、現在の居室は3人部屋が多く、一人になりたい時にくつろげるスペースが少なく、プライバシーを守れる環境・設備などが十分とは言えない状況にある。今後、居室利用人数を減らしていく方向で検討中とのことであるが、部屋の中に仕切りを入れるなど、利用者のプライバシーを守れるよう環境・設備などの工夫を行うことに期待したい。
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。	a	法人ホームページと施設パンフレットにおいて、施設の事業内容や関連する北栄地区のサービス内容をわかりやすく公開している。養護学校の学生やその家族などの見学希望者にはその都度対応しており、今後のサービス利用も想定して重要事項説明についても合わせて実施している。

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。	a	福祉サービスの開始・変更にあたっては、事前に家族の意向確認の上、利用者との面談によって意思確認を行っている。重要事項説明書の丁寧な説明と合わせて、具体的なイメージがつかめるように事業所見学も随時実施している。また、現在判断能力が十分でない利用者数名が成年後見制度を利用しており、その際の必要なサポートも怠っていない。
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	当該施設は、生活介護、自立訓練、就労支援などの多様な日中活動を実施し、利用者個々のニーズに対応した支援を実践し、合わせて共同生活援助、相談支援事業所などを包含して北栄地区全体で緊密に連携した事業を展開している。現状では、福祉サービス内容変更などによる他法人の事業所や地域・家庭への移行は少なく、その多くが法人内の他事業へ連携・引き継ぎが円滑に実施されている。他法人施設・事業や地域・家庭への移行の際の引き継ぎにかかわる手順や文書などについては定められておらず、その都度施設長や支援課長が対応している。今後は、福祉サービスの継続性に配慮した仕組み作りを期待する。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者に対して年1回の給食調査を実施し、要望の多いメニューを献立作成につなげたり、利用者自治会を毎月開催し、行事や地域イベントなどの情報提供を行うとともに、意見や要望などを確認している。また、家族会を組織しており、その主催会議・研修・行事などの運営支援とともに、家族との交流も育みながら、利用者支援に関する意見交換を積極的に実施し、支援につなげている。昨年、施設内の接遇委員会で実施した職員行動基準にかかるアンケートを家族などに対して実施し、その結果を踏まえて改善が必要な事項を施設全体で共有・検討している。
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。	a	法人の苦情解決要綱に基づき、苦情解決委員会を設置しており、当該施設についても、苦情受付担当者（課長・主任）、運営適正化委員会事務局長（苦情解決責任者＝施設長）、第三者委員の氏名を明示した「苦情・虐待申し立て及び解決方法」を食堂などに利用者によりわかりやすく掲示するとともに、自治会においても説明している。また、機関誌「北栄通信」に掲載し、利用者の家族などに対してもこの仕組みについて周知している。
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。	a	利用者が相談しやすい、意見が述べやすい環境整備については、個別面談の際は個室（応接室＝施設長室）利用を基本として、顔写真付き職員勤務表を掲示して相談相手の選択を容易にするなど配慮し、利用者からの様々な相談・意見に対応している。また、相談内容についても職員会議などで共有・確認している。
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	利用者から受けた相談などの対応については、倫理綱領、職員行動基準、各種マニュアルに沿い、必要に応じて毎日の朝・夕礼時に報告し、情報共有している。特に配慮が必要な利用者に関わる場合、都度管理職からの指導・助言を受けて迅速に対応し、その経過についても詳細に記録している。今後は、管理職の指導などがなくても担当職員レベルでも迅速に対応可能となる仕組み作りを期待する。

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。	a 法人としてリスクマネジメント規程を整備し、各事業所における危機管理体制の確立を促進している。当該施設においても「リスク・ヒヤリハット事例研究会」を設置し、事例収集・要因分析・改善策立案・改善策実践・結果評価などに取り組み、体制整備が進んでいる。この研究会の成果は、毎月のサービス担当者会議などで周知が図られ、各種マニュアルの中に安全対策の視点を盛り込む改訂作業につなげている。
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 施設内に感染症対策会議を設置し、課長、医務、栄養士など管理職が課題集約を担当している。特に冬期間の10月から会議を毎月開催し、手洗い・うがい・マスク着用・予防接種などの予防対策に努めるよう、対応マニュアルに沿い、職員に周知徹底を図っている。
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 法人の総合防災計画により、各施設の安全対策、物資の備蓄、職員参集体制の整備、利用者の安否確認の方法などを取り決めている。施設内では、防災会議を組織し、年2回の避難訓練、設備点検などについて施設長が全体を総括し、実施計画を策定して取り組んでいる。また、避難訓練の際は、消防署、近隣自治会などと連携して実施している。

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 法人の倫理綱領、北栄地区の職員行動基準、サービス提供場面における食事・入浴・排泄などの各種マニュアルに利用者の尊重・権利擁護に関わる姿勢が明示され、サービス提供がされている。また、平日・休日別の日中業務の流れを示す業務手順書が整備され、手順通りのサービスが提供できたか、夕礼で確認していることは高く評価できる。今後は、これら各種マニュアルや業務手順書の整理・統合を進めて、サービス担当職員にとって、さらにわかりやすいものにしていくことを期待する。
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。	b 倫理綱領、職員行動基準、食事・入浴・排泄などの各種マニュアル並びに業務手順書に利用者の尊重・権利擁護に関わる姿勢を明示し、手順通りのサービスが提供できているか、毎日の夕礼や職員会議などにおいて標準的な実施方法を丁寧に確認している。今後は、マニュアル・手順書の整理・統合を進め、現在の検証・見直しがさらに効率的・効果的な取り組みとなることを期待する。

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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a サービス管理責任者を中心に、利用者一人ひとりの特性、身体・生活状況をアセスメントで把握し、事業所で統一された様式によって個別支援計画を策定している。策定に当たっては、アセスメントシートを現場職員と確認し、利用者の日常生活を支援する上での具体的なニーズに対応する事項をサービス担当者会議において盛り込んでいる。困難ケースの場合には、看護師、栄養士なども参画するケース会議において検討を加えていくプロセスを踏みながら計画策定している。
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 個別支援計画の見直しについては、計画通りのサービス提供が行われているか、自立訓練・就労支援事業で3ヶ月毎、生活介護事業で6ヶ月毎に利用者や家族との個別面談を踏まえ、評価・見直しを行い、ケアプラン会議、モニタリング会議において確認している。この一連の流れは、組織的な仕組みとして定めて実施している。
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 利用者個々の個別支援計画の実施状況は、組織で定められた個人記録様式に記録し、計画通りに実施されたか朝・夕礼時に報告・確認し、毎月のサービス担当者会議において、計画の確認・検証、必要に応じて見直しを行っている。また、利用者個人情報共有化マニュアルにあるように、個人記録の情報を施設内で共有し、利用者の生活、日中活動支援に生かしている。
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。	a 法人として「利用者個人情報の保護に関する基本方針」を定め、利用者個人情報管理規程により、情報管理体制や情報管理に係る安全措置などについて定めている。利用者個人情報管理責任者は、法人専務理事が担い、各事業所管理者（施設長）が利用者個人情報管理者の責を負っている。また、職員に対する意識づけとしては、職員会議における職員行動基準の読み合わせや、アンケート調査結果報告などで周知徹底を図っている。

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。	a	情報を発信する際には、文字やよみがな、イラストや写真、ジェスチャーや現物提示など多様な方法を組み合わせ実施している。また発語発信が難しい利用者へは、指さしや指示盤の活用、休憩時間や余暇など利用者がリラックスし時間がとりやすいタイミングを利用し、意見を把握するようにコミュニケーションについて、工夫がなされている。

A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	月1回自治会会議の運営に担当職員2名が中心となってサポートし、余暇活動や行事などについて利用者たちが選択できるように支援している。また選択肢が過度に制限されないように、職員側から一方的に情報提供するのではなく、新聞や地域の広報やチラシなどを活用し事前に利用者検討できるように工夫している。
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	個別にアセスメントを実施し、利用者一人ひとりの力を把握することによって、利用者が自身で出来ることは実施してもらい、支援が必要な部分についてのみをできるだけ支援するように個別支援計画を立案し、それに基づき支援している。
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	朝夕のミーティングや定例の会議において、利用者の日々の状況を共有し、利用者同士が互いに自立訓練として「みだしなみの自己点検」ができる体制の支援や、帰省の際の公共交通機関利用、日常の金銭管理を利用者本人が自己管理できるような取り組みがなされている。

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	管理栄養士が利用者個人に栄養アセスメント・モニタリングを実施し、医療職や支援員と相談し食事形態（疾患や嚥下の状態に合わせて）などについて決定し、利用者の状況に応じた食事の提供を行っている。
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	管理栄養士を中心に年に1回の嗜好調査を実施している。また普段から利用者の声を聴きとるようにし、月1回の調理会議においても残渣チェックの結果などから嗜好を把握している。献立表も昼・夕は写真入りにするなどわかり易さに工夫をしている。2ヶ月に1度は、主食とデザートを選択を中心としてセレクトメニューを実施している。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	朝7:30~8:30、昼11:00~12:00・12:00~13:00、夕18:00~19:00と基本的な時間設定はされているが、体調や作業などによって前後の時間や居室で個別に喫食できるように支援している。また食堂は、季節に応じた飾りつけなどの装飾がなされている。
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	基本的な支援方法については「入浴支援マニュアル」に沿って実施されている。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。また注意事項については、脱衣室に一覧が掲示されている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴時間があらかじめ想定されているが、希望に応じてその他の時間についても個別に調整している。汚染や暑い日などについては、シャワー浴も含めできるように配慮されている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	4年ほど前に改修工事を行い、脱衣室のドアの他にカーテンが設置され、脱衣室と浴室がバリアフリーになり改善されている。浴室内には洗い場に手すりが設置され、床は滑り止め加工が施されている。シャワーチェアなどの福祉用具も活用されている。

2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄介助に関するマニュアルが整備され、個別支援計画によって必要がある方は、個別支援計画に位置づけや定時の声掛け、チェック表による管理を実施している。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	人感センサーによる照明、消臭壁の設置、暖房便座の設置及びスタッフによる午前・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。
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	衣類の購入については、事前にチラシで確認するなどして、利用者と職員が一緒に買い物を実施している。また必要に応じ家族なども調整し、本人の希望を基本とし、季節や作業・TPOに配慮した衣類が選択できるよう支援している。
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	下着は清潔・衛生管理の面から毎日着替えをするように支援している。衣類の汚れや補修は都度行っているが、汚れや破損がひどい場合は、買い替えるなど本人と相談し対応している。
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。	a	基本的には利用者本人の希望を尊重しているが、TPOに合わせ、整髪や爪切り・身だしなみなどが清潔にできているか、職員が個別に確認やアドバイスなどを行っている。日用品についても買い物時に購入できるよう助言などを行っている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	地域の理容店を利用できるよう利用者の障がいの程度にあわせ、同行や送迎も行っている。理容店のスケジュールについては、担当職員が談話室に予定表を掲示し、理容店への調整などをを行い支援している。

	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る。	a	居室の位置や同室の利用者の決定については、夜間対応や不眠に関する個人記録などをもとに安眠できるよう調整し決定している。一時的な課題については、他の居室を活用するなど対応している。寝具などについては、可能な物は利用者個々人と相談のうえで準備している。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	看護師を常勤配置し、年に2回の健康診断、半年に1回の歯科通院などを実施し、通院履歴や健康状態についてはパソコンにてデータ管理している。また、インフルエンザの流行期前には利用者などの同意のもと予防接種を実施している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	詰所には緊急時の対応フローチャートやマニュアル、連絡先などが準備されている。法人内の内科・精神科の嘱託医が配置されており、看護職員を中心に連携が取れる体制を整備している。看護師不在の場合の引き継ぎについても規定されている。
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。	a	利用者へは自治会や個別に聞き取りを行っている。家族などには帰省の機会などに聞き取りを行っている。ボウリング大会やカラオケ大会など希望の多いレクリエーションを実施している。週末の余暇活動ではカラオケや散歩などを希望者を募り実施している。
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	週末や余暇時間に近隣のコンビニエンスストアや市街まで買い物へ出かけるなど、自治会でルールを策定し支援している。新聞や掲示から街のイベントなどを調べ、希望する外出ができるよう支援している。
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	お盆や正月、週末など、利用者の希望に応じ職員が家族などへ調整を行い外泊が実施できるよう支援をしている。家族の高齢化や他界などにより受け入れが困難になっている利用者への外泊希望への支援が今後の新しい課題である。
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	預かり金については、「預かり金管理規程」により、法人本部が一括で対応している。金銭管理ができる利用者は、各個人で金庫をもっており、自身で管理できる体制を支援している。お小遣い帳の活用などの支援も行っている。
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	新聞については、自治会で検討し購入している。雑誌については、週刊誌3誌を毎週土曜日の余暇の時間に定期的に購入している。各居室にテレビが設置されている。希望に応じて個人のDVDプレイヤーやラジオ・CDプレイヤー・ゲーム機などを利用できる。
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	嗜好品については、お酒は、毎週土曜日に健康に問題ない希望されている方が、お楽しみ会として飲酒している。喫煙についても健康に問題の無い希望された方が、談話室の整備された区画で決められた時間に喫煙している。おやつやジュース、コーヒーなども健康診断の結果などに留意し、利用者話し合いながら希望に対応している。