

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019年8月23日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0029

住所 札幌市手稲区手稲本町2条5丁目4-5

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 17-001

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)	武藤 洋一	福祉医療保健	第0214号
	(2)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(3)	木村 靖子	福祉医療保健	第0033号
	(4)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(5)			
サービス種別	生活介護			
事業所名称	よつば ふれあい			
設置者名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
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)	2018年4月18日	～	2019年7月14日	日
利用者調査実施時期	2018年12月4日	～	年 月 日	日
訪問調査日	2019年5月30日			
評価合議日	2019年6月8日			
評価結果報告日	2019年8月23日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 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

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 小樽四ツ葉学園

代表者氏名：理事長 紺野 喜一郎

所在地：〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号

TEL 0134-54-7404

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

別紙参照

◇改善を求められる点

別紙参照

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の受審は全職員で評価基準を確認しながら自己評価にかかわったことにより、「サービスの基準」を職員間で考える良い機会となりました。四ツ葉学園の通所施設は歴史的にも古いため、利用者さんの年齢差も大きくなってきましたが、利用者さん、支えるご家族に何が必要かということを考えながら、サービスの質の向上へ取り組んでいきます。

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

## 総評

よつばふれあい

### <評価の高い点>

#### 1、「在宅の利用者の家族支援」

生活介護事業に通う日中活動は、施設に入所している利用者とグループホームに入居している利用者、在宅から通う利用者で構成されています。年3回の保護者懇談会後の面談、年2回の個別支援計画を立案する時の面談で本人はもちろんのこと、家族の意向も確認が行われています。在宅の利用者の家族との連携は連絡手帳や電話を通じて行っています。

利用者の最高年齢は79歳となっており、送迎時に家族の安否確認も必要な状況が出始めています。高齢の家族も支援することを想定して日頃の利用者支援に努めています。

#### 2、「感染症対策と職員間の連携」

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に「感染症対策委員会」が設置されています。通所利用者は家庭からインフルエンザ等の感染症を持ち込むことが想定されるため2018年度より、対策として大型の加湿器を導入しました。通所利用者への感染症対策としては、流行する前に家族向けの「お知らせ」を連絡手帳に挟んで配付しています。罹患の早期発見と感染拡大の防止のために、利用者が事業所に到着した時と昼の検温を実施しています。感染がわかった時には、隔離室を緊急に設け、作業しているグローブや職員の配置を変更して感染が拡大しないようにしています。看護師が嘔吐物の処理方法もしながら、毎年度ノロウイルス等の研修を実施しています。

利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応としては、既往歴や服薬内容等が記録された健康調査票が、一年に一回更新され看護師が管理しています。服薬内容が変更になった場合はその毎に追記しています。個別支援計画には医療面の注意点が記載され周知されています。家族から相談があり必要な場合は、施設に往診に来ている精神科医の紹介や受診同行などにも対応しています。

このように、感染症の発生や体調変化時の利用者に対して、職員が迅速に連携することで安全確保に努めています。

### <更なる改善のために求められる点>

#### 1、「第三者評価結果を活用して」

事業所は、定期的に第三者評価を受審しており今回で3回目です。日中活動の場所へ移動する車両送迎のみを受け持つ職員も含めて全職員で自己評価を行いました。利用者支援に直接に関わる課題として、高齢化に伴った身体介護について、理学療法士を招いて直接指導を受ける等ケアの充実を図ってきました。また、障がいが高くても、高齢になっても働くことを大切にしてきた設立時の想いも管理者は伝えようとしています。

一方、第三者評価は、PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルにもとづく福祉サービスの質向上に向けた組織的な仕組みの評価です。平成 26 年に評価基準の全部改正があり、前回と今回では同じ評価基準項目であっても、ハードルが高くなっています。直接に評価基準項目に該当しない事柄でも、職員の創意工夫でサービスの質が保たれていることも窺えます。しかし、前回の改善を望む項目であった苦情の公表状況や「サービスガイドライン」の見直し等が行われないうまになっています。職員の日々の支援を支える全体的な質の底上げとなる対策が望まれます。

## 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 31 年 4 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園		
事業所名 (施設名)	よつば ふれあい	事業 種別	生活介護
所在地	〒047-0156 北海道小樽市桜4丁目10番1号		
電 話	0134-51-2005		
F A X	0134-51-2005		
E-mail	houjinn.honnbu@otaru-votsuba.or.jp		
U R L	http://www.otaru-votsuba.or.jp/		
施設長氏名	岩田 邦和		
調査対応ご担当者	百合野 潔	(所属、職名：よつば さくら 副施設長 )	
利用定員	40 名	開設年	平成 24 年 2 月 1 日
<b>理念・基本方針</b> 1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。 人権侵害を許さず、プライバシーを保護し、人としての権利を擁護します。 2. 施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。 利用者個人が豊かな生活を実感し、充実した人生を送れるようにします。 3. 地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。 ふつうの場所で、ふつうのくらしができるようすべての期間と連携し、地域福祉を推進する。 4. 法人の経営基盤の強化をはかります。 施設利用者へ良質で安定的な福祉サービスを提供していくための足腰の強い社会福祉法人を構築する。			
施設・事業所の特徴的な取組：			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		2 回	（平成25年度）
開所時間 (通所施設のみ)	9：00～16：00		

**【当該事業に併設して行っている事業】**

(例) ○○事業 (定員○名)

【利用者の状況に関する事項】（平成31年4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	3名	4名	12名	7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
6名	9名	名	名	名	2名
					合計
					43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	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）	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	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
37名	6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	名	2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	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
2名	3名	3名	1名	2名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	名	3名	19名		

(平均利用期間： 19年7ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成31年4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	生活支援員
常勤	10名	1名	名	1名	7名
非常勤	8(1)名	名	名	名	8名
		介護職員	保育士	看護職員	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	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(名)
介護福祉士	2名(名)
	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	655 m <sup>2</sup>		
(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	年	
(4) 改築年	平成	17	年

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・平成 30 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

四ツ葉学園での受け入れのみ
---------------

**【実習生の受け入れ】**

・平成 30 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。

日々の支援の中での意見聴取
---------------

**【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 | 福祉サービスの基本方針と組織

## 1-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
1-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	b	ホームページ、要覧等に法人小樽四ツ葉学園を象徴する4つの基本理念を明示している。日中活動の場は、入所施設である学園の他に近隣にある民間店舗を買い取った建物がある。また、畑やハウス・作業所等もあるが、職員事務室を含めて理念・基本方針の掲示は、利用者が剥がしてしまう等の理由で掲示はない。法人設立時の指針である「十訓」を若い職員にも伝わるように、理念と基本方針を再検討する意見もある。家族や地域への周知も含めて今後の再検討に期待したい。

## 1-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
1-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	b	施設長は第5期小樽市障害福祉計画策定委員を務め、小樽圏域の福祉動向を把握している。また、経営状況については税理士事務所と提携して「T-BAST」を活用して分析している。屋内で活動している中活動班が使用している建物も耐震性等を考慮しての整備計画はある。建て替えのために、補助金や借入金を検案しているが、具体的な時期の確定までにはなっていないので今後に期待したい。
3	b	「基本経営状態等方向性」において、法人の現状の姿から通所事業に留まらない課題を導き出している。安全性・継続性・公益性から現状を強みと弱みに分けて、それぞれ課題を抽出している。今後は、具体的な手立てが中長期計画に遡上させるところまでを期待したい。

## 1-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	b	「基本経営状態等の方向性」をベースにして「中長期計画書」は、整備関係を中心にして作成されている。日中活動の施設は法人本部のある学園と外活動に使用している畑や建物等を一体的に3年間の予算を計上している。「中長期計画書」は、施設整備予算計上が主となり、ソフト面のビジョンが希薄である。日中活動や生活介護事業所の単年度計画に反映できるように質向上を目指すビジョンの掲載が期待される。
5	b	「短期計画書」を年度の事業計画書とは別に作成して、法人内事業所のスケジュールを比較と進捗管理できるようになっている。今後は、日中活動施設の計画目標を含め、中・長期計画と関連付けて実効性を高めることを期待する。

1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	1-3-(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 計画の策定にあたり、設備の改善点については、職場の上司などを通じて現場の声を取り入れていることもあるが、全般的に計画参画が十分ではない。計画実施後の評価や見直しに関して職員の意見が十分に汲み取られているかどうかの検証が不十分である。組織としての仕組みを見直すことが期待される。
7	1-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a 利用者の家族に対しては、懇談会・家族会等で事業計画について説明している。利用者に対しては、わかりやすい方法を検討中であるとのことなので、今後に期待したい。

1-4 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
1-4-(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	1-4-(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	定期的に第三者評価を受審しており今回で3回目である。日中活動の場所へ移動する車両送迎のみを受け持つ職員も含めて全職員で自己評価を行った。利用者支援に直接に関わる課題として高齢化に伴った身体介護を理学療法士を招いて直接指導を受ける等ケアの充実を図ってきた。また、障がいが高くても、高齢になっても働くことを大切にしてきた設立時の想いも管理者は伝えようとしている。このためにも、本項目は第三者評価におけるPDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルにもとづく福祉サービスの質向上に向けた組織的な仕組みとして、全体的な質の底上げとなる見直しを期待したい。
9	1-4-(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。	c	定期的に受審しているが、評価結果を活かした課題解決が計画的に行われていない。今後に期待したい。

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	管理者は、日中活動の職員に「利用者に対してやさしさと笑顔をたやさないこと」を伝えている。管理者は、運営組織図に明示され、会議等でも役割・職責を表明している。「十訓」を若い職員に現在の理念・基本方針に通じる「法人のありよう」を管理者として伝えることにも期待したい。
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	管理者は、コンプライアンスについてセミナー等に参加、正しい理解に努め、入所施設と通所の日中活動の両方で勤務する職員へ法令順守に関して伝達している。コンプライアンスの徹底に向けた規定の整備や体制の構築をはかることについては、権利擁護の側面からも更なる充実が待たれる。

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。	b 管理者は、利用者の送迎や職員と共に利用者を支援することで支援技術等を体得できるように指導している。その一方、若い職員への伝え方としては、福祉を言語化して伝える課題を自覚しているので今後に期待したい。
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。	a 管理者は、経営の改善のために人員配置等の職員が働きやすい環境作りに専心している。中活動班と外活動班、入所施設内での生活介護班といった利用者と職員が複雑に交錯している中で、経営改善と業務の実効性について思案している。ホームページをリニューアルした際には、ネット通販についても検討等アイディアを出し合った。今後の更なる指導力に期待したい。

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。	c	日中活動で利用者を直接支援する職員を確保するために、運転手は支援員兼務でなく専門運転手（パート）を雇用している。人材確保の為に、e-ふくしフェスや高卒予定者の就職先になれるように「経済同友会」に参加している。法人としてはサービス提供の規模を現状維持とするにしても、具体的な人員体制に関する計画が望まれる。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	資格取得に関して、講習等を受けるために勤務の面では考慮されている。資格取得のために、受講料などの補助が検討されている。定期昇給の制度はあるが、キャリアアップの仕組みとなっていない。今後、職員個々の目標にそった育成計画をたてるなどの人事管理が望まれる。
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。	c	看護や介護、時短勤務、育児休業等の休暇制度を整備しており、職員が働きやすい環境を整えている。そのことは離職率の低さにも表れている。職員の就業に関する要望は個別に話されているが、定期的な実施や全職員に対する面談となっていない。職員がより意欲的に利用者支援に取り組める働きやすい職場づくりのためには、環境整備に留まらない職員の意向等を聞き取る仕組みが望まれる。
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。	c	「期待される職員像」は明確にされているが、職員一人ひとりの育成に向けて目標管理された個別の研修計画までは作成されていない。研修に限らない個別の職員と上司との定期的な面談がない。目標管理には本人と上司との面談の機会を定期に設けることが望ましい。

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	新任と中堅、施設長、と所定の研修には参加が計画されている。年度ごとに重点目標が定められ、内部研修は全職員が参加できるように努めている。しかし研修の見直しは、研修自体の見直しであり職員個々の目標に向けた見直しにはなっていない。上記項目との整合性を図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。	a	外部研修に参加できる職員は限られるので、内部研修に力をいれて全職員が参加できるように努めている。しかし、研修機会を確保していても、その内容が個別の職員の目標がないため効果的ではない。職員からは研修の情報自体が限られ学ぶ機会を得難いという声もある。今後は、個別の職員の研修計画と参加する外部・内部の研修が明確に目的をもったものとなることを期待したい。
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	主に保育士、社会福祉士等の実習受け入れを行っている。社会福祉士の養成プログラムは本人と学校、施設利用者との兼ね合いを考慮して弾力的に変更を加えながら履修できるように実施している。このことのプログラム化にも期待したい。

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	法人のHPに、情報公開のページを設けて必須と任意の事項として各種の書面を掲載している。適切な情報公開としては、利用者の意見・要望・苦情の状況をプライバシーに配慮したかたちで掲載することにも期待したい。
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。	a	日中活動において職員が金銭を扱うのは主にイベント時である。「清算内訳書」「物品購入伺書」にて適切に処理している。金額が大きくなった場合は規定があり、会計処理は税理士により毎月指導されている。

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	日中活動に送迎サービスを利用している利用者で一番遠方なのは札幌西区からである。訪問調査時は恒例の園芸市が実施され、店頭立つ利用者と近隣からの買い物客と交流している姿が見られた。障がいの軽い利用者は、施設の行事参加に限らず、居住する地域で家族と過ごすことになる。どこまで施設が地域交流を利用者に働きかけるかを事業所として考慮しているところなので今後に期待したい。

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	日中活動としてのボランティア受け入れはないが、同法人の入所施設の行事には学生や社会人のボランティアを受け入れている。体制はあるので将来的に日中活動の場でのボランティア受け入れは可能である。しかし、ボランティアを受け入れる規定には目的が記載されて基本姿勢とも読み取れるが、文面と交通費等の謝金の記載にも実態にそぐわない点もあるので見直しを期待したい。
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	小樽市とは、利用者のサービス受給者証を本人の住所ではなく事業所へ郵送・受理することで紛失や更新の遅滞がないように連携している。関係機関の連絡先は一覧表やファイルとして事務所に置かれている。利用者個人の社会資源は特に明確化されておらず、担当職員の対応となっている。関係機関の連携が必要となるかならないかは、担当職員から上司の判断に任されている。職員個々に利用者にとっての社会資源の意識付けが深まると、利用者個別の社会資源リストが作成されるなど生活上での利便性が高まるので今後に期待したい。
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	日中活動の利用者は、活動場所とは別のログハウスの中で昼食を摂り、レクリエーションの場としても活用している。ログハウス内には、利用者が制作した小物が置かれて近隣の人が買い物に訪れることもある。交流の場としてログハウスを開放するところまでは行っていないが、町内会等の地域の活動に職員を派遣している。顔の見える関係性を築いているので、近年の地震などの災害時に施設の果たす役割として共に助け合う方策を町内会等と話し合うことにも期待したい。
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	小樽市社会福祉協議会を含めて市内の保育園・介護保険施設・障害者支援施設が加入する約19の社会福祉法人で研修を持ち回りして実施している。この際に、テーマとなる研修課題と共に多職種の職員との会話等から福祉ニーズを感じている。地域の様々な活動に参加することで、高齢化や子どもの居場所についてのニーズを肌で感じることもある。他法人の職員と協働した「しあわせネットワーク」の生活支援部会での活動では、食糧の備蓄を始めた。福祉ニーズの把握が漠然としているので、今後は意識したニーズ把握の手法や分析、そのニーズにもとづいた活動の事業計画化が期待される。

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。	b	利用者の尊重については理念・基本方針のほか、就業規則内の行動規範に明示している。今春の会議では行動規範を配付・読み上げて全職員で理解を深めることに努めている。法人内外の研修参加により人権への配慮について周知徹底にも努めている。2019年度から「利用者本人の意思決定」に注力した個別支援計画策定に取り組み始めたので今後に期待したい。
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	更衣室には個別のロッカーがあり、屋外で活動する利用者には洗面具・タオルも用意している。家庭との連絡帳で当日の体調等を確認し、排せつや生理などにはプライバシーに配慮した支援を行っている。作業は利用者のプライドを尊重して本人が選択した課題内容と落ち着けるスペースを提供して支援している。障がい特性に合わせた日中活動の環境を提供しているが、利用者の権利擁護促進には、サービスガイドラインの見直しと共に、権利擁護規程・マニュアルの再整備が期待される。
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	利用希望者向けには法人パンフレットと作業種一覧を準備している。実際に見学をしてもらうことが一番の理解につながるの思があり、見学希望者には随時、丁寧な説明で対応している。利用希望者向けに写真やイラストなどを使用した作業内容紹介資料の必要性を感じているので、早期の作成が待たれる。
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。	b	サービスの開始にあたっては、必ず体験をした上で実施し、通所時に必要な書類や日用品の一覧表は用意されている。サービスの開始・変更にあたって作成される「個別支援計画」は本人の希望を基に体験を重ね、支援会議で検討した上で本人に説明しているが、口頭で留まっている。本人の能力や特性に合わせ、ひらがな等で表現するなどの工夫が期待される。
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	事業所の変更や家庭への移行等は、同居家族の高齢等により同法人の入所が年に1~2件ある。入所にあたっては、利用者本人の生活や作業を継続できるよう事業所間で配慮・支援している。他法人施設や家庭移行のケースは過去にはないが、高齢の利用者も増加しており、「65歳問題」もあることから引継ぎ手順の作成等を定めることが期待される。

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。	c 自治会の設置はないが、利用者に担当の職員を配置する「担当者制」をとり日々のコミュニケーションの中で希望や要望を聞いている。意思確認が難しい利用者には家庭との連絡帳を活用し、本人の思いを把握するよう努めている。また家族の意見等は、行事、個別支援計画作成時の来園の際や、電話で受けており内容はミーティング等で共有している。このように日常的な利用者・家族の声を収集しているが、定期的な満足度調査で得られる課題も想定されるため、実施が期待される。
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。	c 苦情解決については、理事長が苦情解決責任者という当法人の特徴的な体制で運営されている。しかし直近では苦情解決責任者の決裁が書面上、みあたらなかった。苦情を申出た利用者が不利益にならないよう配慮し対応・解決しているが、サービスの質の向上を図るためには、苦情解決状況の公表が望まれる。
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 相談や意見を述べる環境は、日常的な聴き取りのほか、意見箱設置、第三者委員の設置など整備している。意思確認が難しい利用者に対しては、家族の協力も得て把握に努めている。「担当者制」をとっているが、勤務のシフトにより不在時もあるため全職員が全利用者の特性を理解できるよう取り組んでいる。第三者委員や相談窓口は利用開始時のみならず、定期的に周知することが期待される。
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。	a 日常的な利用者とのコミュニケーションの中から聞いた意見は、職員で共有され可能なものは迅速に対応している。ハード面では休憩室のエアコン設置、ソフト面では手芸作品の応用で新作を取り入れるなどサービス向上に結び付いている。また、就労希望者には、当事業所に在籍しつつ実習体験ができる企業を探すなど利用者の希望実現に努力している。
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。	b 日中活動のリスクとしては人間関係のトラブルによる他害行為、自傷行為のほか、加齢と歩行の不安定による転倒などがある。人間関係のトラブルには、送迎車内や昼食時の座席指定で対策をとり、個々の利用者の行動パターンを把握することで防止に取り組んでいる。「ヒヤリハット」のPDCA（計画・実行・評価・改善）により、更にリスク対策が進むことが期待される。
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。	b 「感染症対策委員会」が設置され、感染症発生の際は迅速に機能している。感染症対策として、流行前に家族向けの周知文を配付しているほか、流行時には事業所に到着した時と昼の検温を実施している。感染者発生時には隔離室を緊急設置し、作業班や職員配置を変更して感染が拡大しないよう対処している。また看護師が毎年度ノロウイルス研修を実施し、嘔吐物の処理等を指導している。

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	「非常災害対策マニュアル」では、人命保護・業務の早期復旧・近隣事業所への協力を基本方針としている。通所事業所として、送迎中・作業中の災害を想定し避難訓練の実施や連絡網を整備している。札幌圏からの利用者も在籍し、送迎に時間が掛かることから、帰宅困難な災害も視野に入れたマニュアルの作成が期待される。
----	--	---	--

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	権利擁護やプライバシー保護など職員として順守すべき内容は平成21年に作成された「サービスガイドライン」に明示されているが日常的には活用されていなかった。食事・送迎・移動時のマニュアルは、実際に対応する職員にて検討し作成しているが、事業所全体には周知されていなかった。今後は各活動場面におけるマニュアルについても検討が期待される。
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	事業所におけるサービスの在り方を示している「サービスガイドライン」は、10年間見直しがなされてこなかった。個々の現場では必要性から標準的なマニュアルは作成されているが、組織的な取り組みにはなっていない。障害者差別解消法の施行にともない合理的配慮が求められる今、サービスの実施内容が時代の変化に十分に対応できているのか、組織として定期的に検証することが望まれる。
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	サービス管理責任者は、希望する家族には面談を行い意向を確認、担当職員からは意見を吸い上げ、個別支援計画の原案を作成している。しかし従来のアセスメントでは利用者の問題点の改善に重きが置かれ、利用者の希望が計画に十分に反映されていなかった。重度の障がいがあっても、人としての可能性を探っていく利用者主体の視点をもってアセスメントすることが開始されており今後に期待される。
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。	b	半年ごとに全ケースの個別支援計画の見直しを定期的に行っている。サービス管理責任者が立案した個別支援計画原案は事前に回覧し会議にて検討、必要な変更を行い、関係部署に確認し再調整後確定し配布している。利用者主体の視点をもってアセスメントを見直すことが開始されたので今後に期待したい。
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	利用者の経過記録は、複数の拠点から入力された情報が、すぐに共有できるシステムを使用、多職種間の情報の共有を容易にしている。支援方法の変更時は都度、紙ベースで供覧している。特段の配慮が必要な場合は、詳細な状況観察を行い専用フォーマットを使用し職員間の情報の共有と認識の統一化を図りサービスの向上につながっている。



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	法人としての、個人情報保護基本規定が定められており、職員は機密および個人情報の守秘に関する誓約書に署名している。利用者の記録や情報の管理、開示については、重要事項説明書の中に示されており、利用者及び家族には説明がなされている。SNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）等による個人情報の漏洩防止に関しては、就業規則にて詳細に規定している。しかし、携帯電話の勤務中の所持や使用においては課題があることを施設は自覚しているので今後に期待したい。
----	------------------------------------	---	---

評価対象 障がい者・児施設 内容基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
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	日中活動のサービス利用にあたっては、事前に体験実習を行い、利用者自身が内容を選択できるように配慮している。加齢による作業能力の低下に対しては、工程を工夫する等、利用者のプライドを大切にされた支援が行われている。意思を表明することが困難な場合は、家族からの聞き取りや利用者の様子などから意思をくみ取ることが開始されており、今後が期待される。
1-(2) 権利侵害の防止等			
A2	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a	職員に対しては、アンガーマネジメント研修などが予定されている。利用者を迎えるバス車内や大勢が集う食堂などにおいては、利用者同士の距離が近くなる。職員は長年の経験により蓄積されたノウハウで利用者の日々の行動パターンを観察し表情や行動が常と違う場合は、職員の配置を調整し適切な対応を行うことで、他害行為などの事故が未然に予防している。

A-2 生活支援

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	日常の活動においては、見守りの姿勢を基本としているが介助が必要な部分は個別支援計画に盛り込まれ周知されている。また、重度の障がいがあっても役割のある生活が送れるよう、興味・関心事、できていたことを日々の生活から探る中、利用者のやる気を引き出すよう意識する支援が始まっており、これからが期待される。
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	利用者に意思表示や伝達に課題がある場合には、家族や相談支援事業所からの情報を共有している。更に、タイミングを計りつつ利用者に何度も意思を確認したり、真意をくみ取ることができるよう職員間でも意見交換を行い慎重に対応している。今後は、意思決定支援ガイドライン等に基づき利用者のコミュニケーション能力向上についても検討を期待したい。

A 5	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。	a	利用者はサービス利用中に、担当職員だけではなく、各々が話しやすい職員に個別に相談ができる環境となっている。その内容については、毎日のミーティング等で職員間に共有されている。統一した対応をしていることから利用者も職員に対する信頼感が増し、さらに相談しやすい好循環となっている。
A 6	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	利用者の些細な要望なども都度聞き取り運営・支援会議で検討しサービスにつなげている。レクリエーションや行事に関しては、実費負担もあることから事前に文書で連絡して参加の意向を確認している。個別支援計画においては、利用者一人ひとりの希望をくみ取り反映させた内容となるよう新しい様式を検討して開始されており、これからの期待される。
A 7	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	利用者の障がいの状況の多様化により、良質な支援を提供していくうえで、今までの経験則だけでは対応できない状況となってきている。強度行動障がい研修への職員の派遣が予定されており、参加職員を中心とした職員全体のスキルアップが期待される。
<b>2-(2) 日常的な生活支援</b>			
A 8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	b	通所利用者の昼食は、主に、お弁当の外部委託による提供と利用者持参とに分かれている。骨取りや刻みなどは対応しているが料金の関係でお弁当は一種類のみとなっている。極端な偏食に対しては、家族と連携し、持参弁当にてマンツーマンで対応している。飲水の促しも行っており、外活動班においては常時20種類程度の飲物が保管されている。送迎時は、利用者間のトラブルを未然に防ぐため座席表を作成、乗降場所や留意点等詳細なマニュアルを作成して安全確保に努めている。上記の様々な個別対応については個別支援計画に記載されており、更に現場での手順書が作成されている。
<b>2-(3) 生活環境</b>			
A 9	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。	a	利用者の快適な活動環境のために、盛夏時のエアコンを導入した。また、インフルエンザ対策として大型の加湿器を設置している。安心と安全な日中活動のために、職員は利用者に興奮状態がみられた場合は、事故を防止するために落ち着ける場所に誘導している。活動場所の清掃はサービス利用時間内に利用者と一緒に職員が行っている。トイレ清掃は消毒剤を使用するため、利用者の安全性に配慮し職員が実施している。
<b>2-(4) 機能訓練・生活訓練</b>			
A 10	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	職員は、利用者の高齢化に伴い嚙下体操や屋内歩行訓練が機能を維持していくために重要であると認識している。運動を好まない利用者も多く、強制ではなく自主的に参加できるように、声のかけ方や、声掛けをする職員を替えるなど、動機付けに対する工夫が行われている。外部講師によるストレッチがレクリエーションメニューとして用意されているが、理学療法士などによる専門的な身体機能の評価や機能訓練の導入が期待される。

2 - (5) 健康管理・医療的な支援		
A 11	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 既往歴や服薬内容等が記録された健康調査票は、一年に一回更新され看護師が管理している。服薬内容が変更になった場合は都度追記している。個別支援計画にも医療面の注意点が記載され周知されている。感染症が心配される時期は、バイタルチェックを実施している。感染の拡大を防止するためマニュアルに沿った対応が行われている。家族から相談があり必要な場合は、施設に往診に来ていた精神科医の紹介や受診同行などにも対応している。
A 12	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 医療的な支援が必要な場合は、個別支援計画に反映させ看護師が中心となり対応している。排泄に関しては家族との連携のもとに必要な応じてチェック表を活用している。服薬内容は看護師が確認しているが、家族より変更の連絡がない場合もある。このため、支援員と看護師は緊密に連絡を取り合っており、安全管理に対する意識が高い。
2 - (6) 社会参加、学習支援		
A 13	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。	a 事業所の敷地内において農業生産品や手工芸品などを販売しており、地域の方が購入している。生産活動や販売等、利用者の希望に基づき参加できるようになっており、自己実現への一助となっている。他団体主催のスポーツ大会、ボーリング、フライングデスク、パークゴルフなどには各々7~8人程度が参加しており、開催情報は、年間行事計画や配布物で家庭にも周知することで参加を促す支援となっている。
2 - (7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A 14	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。	c 法人の設立は通所事業から始まり、重度の障がいを持つ利用者が多く、長年にわたり利用してきたことが特徴の事業所である。利用者に就労への意思が確認できた場合は、就労に向けた支援は当然のこととして事業所は捉えている。生活介護事業所として相談支援事業所と連携があり、旧年からの一般企業との付き合いもあるが、受け入れ先の調整は難しい。利用者を尊重した地域生活のためには、更なる関係機関との連携が望まれる。
2 - (8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A 15	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。	a 年3回の「保護者懇談会」後の面談、年2回の個別支援計画立案時の面談にて家族の意向の確認は行われている。また、在宅生活者の家族との連携は連絡手帳や電話を通じて行っている。利用者の最高年齢は79歳となっており、送迎時に家族の安否確認も必要な状況が出始めている。今後、高齢の家族も支援の範疇となる課題として捉えている。

## A-3 発達支援

3-(1) 発達支援		
A 16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に 応じた発達支援を行っている。	評価外

## A-4 就労支援

4-(1) 就労支援		
A 17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した 就労支援を行っている。	評価外
A 18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等と なるように取組と配慮を行っている。	評価外
A 19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支 援等の取組や工夫を行っている。	評価外