

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016年11月30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 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)	原 正 己	組織運営管理	第0233号
	(2)	野 村 宏 之	総合	第0158号
	(3)	神内 秀之介	福祉医療保健	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	ライフウィング			
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11月30日	
利用者調査実施時期	2015年9月17日	～	2015年11月11日	
訪問調査日	2015年12月18日			
評価合議日	2016年9月4日			
評価結果報告日	2016年11月30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

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（ライフウィング）

代表者氏名：理事長 尾野 聖一

所在地：〒059-1365 苫小牧市字植苗121-7

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

◆利用者の希望を重視し日常を快適に過ごせるような創意工夫

施設では、サービス提供の様々な場面において、利用者の主体的な参加を基本とした快適な生活が送れるよう工夫がなされています。食事場面では希望を聞き取り、夕食に寿司やピザなどの配達を活用しています。衣類などを購入する場面では、事前にカタログやチラシを用いるなど、利用者が選択できる支援を行っています。また、新聞や雑誌、おやつやジュースの購入時も、利用者の希望に合わせた選択ができるようになっています。食事のメニューや余暇・レクリエーションの場面においては、屋内外で外部ボランティアを活用し季節に合わせた様々な催しを行うなど、利用者が快適に楽しく過ごせるよう職員が利用者の希望や意見を尊重した創意工夫をしています。

◇改善を求められる点

◆標準的な福祉サービスの実施方法確立の必要性

各種マニュアルが整備され、それに基づいてサービス提供に取り組んでいますが、業務全体に関わる標準的な実施方法を整理した文書は整備されていません。標準的な手順の策定は、画一的なサービス提供を促すことではなく、施設の利用者の特性などを踏まえた基本となる実施方法を定め、職員ごとのサービス提供水準や差異を極力なくし、一定の水準・内容を常に実現することを目指しています。この標準的な実施方法には、基本的な相談・援助に関するものだけでなく、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、施設の環境に応じた業務手順も含まれ、実施する福祉サービス全般にわたって定められていることが必要です。施設がこれまで培ってきた福祉サービス実践の歴史を踏まえて、標準的な実施方法が文書化され、全職員の十分な理解に向けた取り組みに着手することを期待します。

◆施設としての中・長期計画の策定

法人・支援事業部としての中・長期計画は整理されていますが、利用者層や経営環境、支援上の課題や目標などについてはそれぞれの施設の独自性があり、法人内の各施設ごとの特性を踏まえた個々の中・長期計画が策定される必要があります。法人全体の中・長期計画との整合性を図りつつ、施設ごとの収支計画への細分化や目標設定を行うとともに、達成状況の評価・見直しの仕組みをつくり、単年度計画にはその内容が反映されていることが望まれます。法人全体としての基盤ができていることから、十分に実効性のある計画が策定されることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価結果を分析し改善を行い、より良いサービスを提供出来るよう努めてまいります。ありがとうございました。

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 11 月 7 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)	ライフウィング	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	〒 059-1365 苫小牧市字植苗51-172		
電 話	0144-51-8300		
F A X	0144-58-2120		
E-mail	tokuo_kawamura@ryokusei.or.jp		
U R L	http://www.ryokusei.or.jp		
施設長氏名	尾野 清一		
調査対応ご担当者	川村 徳生 (所属、職名：ライフウィング副施設長)		
利用定員	21 名	開設年	平成 15 年 4 月 1 日
理 念：	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		
基本方針：	・「支え合って共に生きる」という法人理念の明確化 ・透明性が高く、社会的に信頼され、開かれた法人経営 ・自律的で自己責任に基づく法人経営 ・経済合理性を基調とした財政の確立と施設経営の追求 ・人命尊重、人権尊重の立場に立ち、高い倫理性と高度な技術に基づくサービスの提供 ・地域社会との連携を深め、ノーマライゼーションの理念に立ち、積極的に利用者の自立生活の援助を図る		
施設・事業所の特徴的な取組：	身体障害者向けの設備を有し、生活介護事業においては苫小牧市、千歳市の身体障害者を受け入れている。		
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)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名) 生活介護事業 (定員40名) 短期入所事業 (定員5名・併設型)
--

【利用者の状況に関する事項】（平成27年11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	0名	0名	1名	1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
1名	3名	3名	1名	2名	9名
					合計
					21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	1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	5名	4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）	7名	3名	1名	名	名	名
合計	12名	8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
5名	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
1名	名	1名	1名	1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	名	2名	1名	1名	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
3名	10名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 9年6か月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年11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		
常勤	27名	1名	1名	名	名
非常勤	8名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	18名	名	2名	1名
非常勤	名	4名	名	1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	3名
非常勤	名	名	名	2名	1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	10名 (名)
保育士	1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	1772.5 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	15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	<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 27 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

32 人

・ボランティアの業務

- ・法人のお祭りにおける利用者同行（買い物等支援）
- ・訪問による盆踊り大会生演奏
- ・訪問によるコンサート開催
- ・訪問による楽器演奏会開催 等

【実習生の受け入れ】

・平成 27 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 1 人

介護福祉士 2 人

その他 6 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。

年2～3回、利用者懇談会を実施している。行事の回数や種類についての意見や要望が寄せられることが多い

【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。	a 法人理念はパンフレット・ホームページに掲載され、わかりやすい言葉で適切に明文化されている。理念は施設玄関前にも掲げられ、理念に基づくサービス提供方針も掲示されて、職員及び利用者の目に留まるように配慮している。

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。	b 毎月の施設長会議で確認された利用者状況、稼働率などを職員会議にも報告し、全体の共有を図るとともに各年度の事業計画に反映させている。今後、社会福祉事業全体の動向や地域性の分析などを加味することにより、中・長期計画のバックデータとなることを期待したい。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b 施設長会議における利用者状況、稼働率などは職員会議において報告されている。設備面やサービス提供に関する課題は、職員からの意見集約により必要に応じて改善委員会などで協議している。今後、さらなる課題意識の浸透と改善に向けたサイクルの定着化を期待したい。

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 各施設単体での中・長期計画は策定されていない。法人全体並びに支援事業部の事業計画において3年ごとの重点項目及び目標の記載はあるが、目標に向けた具体的な取り組みや年度ごとの目標値などが整理されておらず、年度終了後の成果の確認、評価などを進められるものとはなっていない。これらの点を明確にし、施設としての中・長期計画の策定が望まれる。
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 法人全体及び支援事業部の単年度事業計画は、経営環境の分析をもとに重点目標を具体的に定めているが、そのベースとなるべき中・長期計画に基づいた内容として整理されることが望まれる。
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。	b 事業計画の策定にあたり、職員会議などにおいて意見集約を行っている。会議の進行を持ち回りで行うなど、主体的な関わりについても配慮しているが、職員会議では計画の全体像を協議する場面には至っておらず、実施状況の確認や評価などについても十分議論できるような環境づくりを期待したい。
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 利用者への周知は行事予定が中心であり、施設としての利用者支援の目標や、その達成のための具体的な取り組みにまでは触れられていない。こうした内容のわかりやすい周知及び理解促進が望まれる。

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 法人共通のマニュアルをベースに、課題検討と改善についての委員会を設置し検証している。また、サービス内容の自己チェックなども取り入れている。権利擁護を視点においた虐待防止委員会を立ち上げたが、委員会における検討はこれからという段階であり、今後の取り組みに期待したい。
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 マニュアルの内容検討や個々のサービス課題の協議及び改善は実施されているが、課題の背景や発生要因などの分析は行われていない。こうした内容の職員全体での議論をもとに、組織的かつ計画的な改善の取り組みとなることを期待したい。

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 年度当初に管理者より法人及び施設としての取り組み方針について伝達し、内容については回覧し全職員への浸透を図っている。全職員に対して、具体的な取り組みの方針などについての周知と理解促進を図る場面をさらに増やしていくことを期待したい。
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 法人としてコンプライアンス委員会を設置し、具体的な協議を行いコンプライアンス規程を整理している。また、研修などを通じて職員への浸透を今後図っていく予定としており、今後の成果に期待したい。
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 現場の意見をきっかけとして、歯科衛生士・言語聴覚士との連携による口腔ケアサービスを新規に実施するなど、管理者として職員の意見を十分取り入れながらサービスの質の向上を図るよう努めている。職員会議などにおいて出された意見を具体的に実践する仕組みづくりに期待したい。
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。	b 利用者の生活ペースを基本に考えるという姿勢のもと、職員同士のシフトの調整や協力体制を構築し、管理者として支援の連続性と効率化に向けて率先して取り組んでいる。今後、具体的な経営改善や業務の実効性に結びつけていくことを期待したい。

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	職員の育成と定着に向け、法人としてチューター制度を実施し、本年度よりマナートレーナー・OJTトレーナー養成に取り組んでいる。資格取得に向けた助成などの支援にも取り組んでいるが、職員定着が安定しないことなどにより、現段階において人材確保・定着に向けた実効性のある計画には至っていない。今後の成果に期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人としての人事考課制度を導入し、一定の人事基準に基づいた評価を行っている。評価結果は賞与などに反映させることで職員の意欲を高めている。期待される職員像の明確化や、把握した職員の意向、意見に基づく評価・分析などが加わることにより、総合的な人事管理としての実効性に繋がることを期待したい。
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り組んでいる。	b	職員の就業状況はタイムカードにより適正に管理されている。また、法人本部に職員の相談窓口を設けるなど、働きやすい職場づくりへの配慮もすすめている。有休取得率は4割程度であり、継続的な福利厚生を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。	b	職員一人ひとりの目標管理、法人内部研修の受講計画などは確立されており、目標達成への進捗評価も面談などの機会に実施されている。これらに加え、法人理念に基づく「期待される職員像」を明確にした職員個々の育成計画の策定と、計画の実施に向けた組織的な仕組みの確立に期待したい。
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	法人として職員育成を重点方針として取り組んでおり、内部研修をきめ細かく実施している。これに加えて、職員個々の目標達成に向けて、外部研修の受講も含めて個別計画を立案し実施していくことを期待したい。
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	内部研修の計画に基づき、正規職員に対する研修の機会は保証されているが、非正規職員の参加への配慮、職員個々の知識・技術水準を踏まえた研修内容の評価・見直し、外部研修に関する情報提供や参加の推進をすすめることなどが課題としてあり、今後の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	実習生受入マニュアルは、実習受け入れの意義、目的を明記のうえ整備され、実習担当者も配置されている。送り込む学校側との連携による実習生の特性や、実習目標などに配慮したプログラムを整備することを期待したい。

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。	a	ホームページに施設の理念、基本方針、財務状況などについて適切に公開している。また、機関紙においても、理念や活動内容をはじめ、苦情申し立ての仕組みや担当者などについても明記され、利用者、家族、地域に公開されている。
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	年4回の内部監査のほか、法人外部監査も定期的実施され、必要に応じて会計士のアドバイスを受けている。また、コンプライアンスに関する規程を設け、自己点検をきめ細かく行っている。

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	法人全体の緑星まつりにおける地域住民との交流のほか、年1回の演奏会の実施、外出時の交流などをすすめている。利用者の状況により外出機会を増やす難しさはあるが、利用者個別のニーズに応じて地域資源を活用するなど、様々な工夫による地域交流機会の拡大に期待したい。
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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。	c	法人内で連携しボランティアの受け入れ態勢を整えている。担当者は配置されているが、ボランティア受け入れマニュアルは実施手順のみを記載した簡素なもので、受け入れに伴う目的や基本姿勢、登録手順、研修などの詳細には触れられていない。今後、これらを整備していくことが望まれる。
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	障がい者支援に係る連絡協議会への参画や、養護学校、行政機関とは必要に応じて連携し、情報交換やケース検討も随時すすめている。カテゴリーで分類整理された社会資源リストは、医務室に掲示されている医療機関関係連絡先一覧のみであり、多様な関係機関に関する情報の職員間共有を期待したい。
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	法人として社会貢献を重点事項としてすすめていく中で、講演会や防災などの地域活動への参加に取り組んでいる。施設機能の地域還元については、施設スペースや専門性をいかに具体的に地域に還元するか、さらなる検討・実施を期待したい。
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	講演会、スクールゾーンにおけるスピードダウンの呼びかけの街頭活動のほか、具体的な公益活動の実施について法人の社会貢献委員会での検討がスタートしており、今後の活動展開に期待したい。

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 法人の倫理綱領や職員行動基準に利用者尊重の基本姿勢が示され、各種マニュアルの随所にプライバシー保護や権利擁護に関する事項を明文化しているほか、年2回の職員会議に読み合わせを行っている。また、人権侵害ゼロへの誓い運動に参加し、署名を提示している。今後は、福祉サービスの標準的な実施方法を早急に整備し、それに反映させる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 居室はすべて個室であり、ハード面においてプライバシーは確保されている。個別の福祉サービスマニュアルにもプライバシー保護に関する留意事項が記載されている。また、法人設置の虐待防止委員会により、職員自身が行うセルフチェックの取り組みもスタートしている。今後、虐待防止に取り組む中で職員の理解を深めていくことに期待したい。
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。	b 法人のホームページにおいて、施設のサービス内容などを公開している。利用希望者は、家族、病院、相談支援事業所からの問い合わせが多く、見学、体験、日中一時利用などに随時対応している。今後は、利用希望者及び家族・関係者のサービス選択に配慮した積極的な取り組みに期待したい。
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 利用者・家族との面接時に、具体的なサービス内容にかかる重要事項説明を行い、同意を得ている。利用契約書にはルビがふられているが、重要事項説明書にはないため、今後は判断能力が十分ではない方に対する配慮についての取り組み強化に期待したい。
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 サービス内容の変更、特に施設の変更の場合は、法人内の相談支援事業所において対応することが多い。実際には、他施設から本施設に入所移行するケースが多く、本施設から他施設移行ケースは極めて少なく、他施設移行の際の手順や引継ぎ文書は、定められていない。今後のサービスの継続性に配慮した取り組みに期待したい。
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 年2回の利用者懇談会において、行事やレク活動、食事などに対する要望・意見を聞いている。また、家族会に職員が参加し、意見交換を行っている。今後は、意見・要望の申し出が少ない利用者に対する取り組みの強化に期待したい。

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。	b 法人の苦情解決要綱に基づき、その仕組みについても「苦情・虐待申し立て及び解決方法」を機関紙に掲載し、施設内にも図表化して掲示している。こうした苦情解決の仕組みについて、利用者・家族に浸透させることを課題とした今後の取り組みに期待したい。
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 居室が個室のため、必要な時に相談・意見を述べやすい環境にある。写真入りの職員紹介や相談窓口の明確化に取り組んでいるが、重度の障がいをもつ利用者や、そうした声をあげられない、あえて声をあげない利用者に対するアプローチ方法について、今後検討していくことを期待したい。
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 法人の倫理綱領や職員の行動基準のほか、対人援助として必要な心得を職員に周知し、利用者・家族の相談に対して、丁寧かつ迅速に対応している。ただし、相談などを受けた際の記録方法、報告手順、対応の検討は、利用者の状況や職員の力量などにより進め方に差異が出ている。今後は、より標準的な実施方法となるよう検証を行い、組織的・継続的な仕組みづくりに取り組むことを期待したい。
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。	a 法人のリスクマネジメント規程や、緊急時の各種対応マニュアルに基づき、施設に配置されているリスクマネージャー（支援課長）がヒヤリハット、事故報告書の傾向分析を行っている。その分析結果を職員会議などにおいて、他の職員に周知し、予見できるリスクの軽減に努めている。
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 法人の健康管理マニュアル、感染症（疥癬・インフルエンザ）対応マニュアルが整備されている。また、感染症予防の学習会を実施し、全職員が11月からマスク着用を決定するなど、職員の意識向上が図られている。
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。	a 総合防災計画を基にして、法人として各種防災マニュアルが整備されている。法人全体の防災訓練と施設での避難訓練を実施し、訓練時の振り返りを行うことで職員の防災意識の向上が図られている。

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。	c 食事介助マニュアル、服薬マニュアルなど個々のサービス提供に関わる実施方法は、整備されており、プライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢も明記されている。しかし、サービス提供業務全体に関わる標準的な実施方法を定めた文書については、整備されていない。今後、早急な策定に向けての取り組みが望まれる。
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 提供する福祉サービスにおける標準的な実施方法の文書化（マニュアル作成）に早期に着手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。	a 毎月実施する個別支援会議において、利用者の状況把握からスタートし、初期評価（アセスメント）から個別支援計画の作成・実施というサービス提供のプロセスを組織的に位置づけている。アセスメント方法としては、初期状態の把握、基本的ニーズの把握、課題の整理を利用者・家族との面談によって聞き取り、アセスメントシートを作成・更新している。この後、到達目標の設定、個別支援計画の作成・実施の段階に移行している。
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 計画の評価・見直しについては、6ヶ月に1回以上実施することとしており、個別支援会議でモニタリングを行っている。モニタリングでは、現状と課題を分析し、評価を行い、利用者・家族の同意を得て計画の修正を図っている。
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 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況にかかる記録は、組織的に統一された様式により把握され、パソコンのネットワークシステムにて共有化されている。個別支援会議などの情報共有を目的とした部門横断的な情報共有も図られている。
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 法人の利用者個人情報の保護に関する基本方針に則った個人情報管理規程、文書保存規程などに基づき、利用者に関する記録の管理体制を確立している。個人情報保護の重要性を再認識するための職員勉強会についてもリスクマネージャー（支援課長）が中心となって実施している。

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	現物や写真・イラストの提示、利用者固有のサインやジェスチャー、筆談などを用いて、言語聴覚士と連携をとり評価などを参考にしながら支援方法の工夫を実践している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	自治会は組織されていないが、利用者懇談会や個別支援での場面から利用者の意向や希望を聞き取り、サークル活動の内容やレク活動の内容、行事などの参加について利用者の主体性を尊重し側面的な支援を行っている。
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	毎日のミーティングや月の会議、個別支援計画の見直しや立案などで、サービス管理者・セラピスト・看護師・支援員が支援の方法や見守りの方法、介助の程度などについての共通理解をもって支援している。
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。	b	リハビリテーション計画を中心にすすめているが、訓練プログラムなどが限られており、対象利用者も制限されている。今後は、利用者自身が選択し実践できる様々な情報提供や、実施にむけての支援体制方法などの確立について検討することを期待したい。

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	利用者の身体特性に合わせた食事介助の方法や姿勢、食事形態、食事内容などを支援員や看護師、管理栄養士がカンファレンスを行い個別支援計画へ反映している。また、その時の体調に合わせて食事形態などが変更できる。
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	管理栄養士が中心となって年2回の嗜好調査を実施している。月1回の昼食会ではアンケートを実施し希望のメニューを反映している。夕食に寿司やピザの配達を活用するなどしている。献立表は写真付きでわかりやすく掲示している。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	朝は7:45から、昼は11:45から、夕は17:45からの開始で、30分から40分と定時になっているが、状況に合わせて時間は都度変更ができる。また、自身の居室でも食事が可能となっている。食堂の横がほぼ全面大きな窓となっており、日差しの強い日はフロア全体の温度が上昇するため、快適な室温を保つためクーラーを設置するなど配慮している。
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	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、リハビリ評価などをしたうえで個別支援計画書に位置付けられている。入浴時には看護師と連携し入浴前後の処置などを実施している。個別の介助方法は、OJTで脱衣室の着脱介助から浴室内の入浴介助へとすすめられている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	週2回決まった曜日の定時入浴となっている。必要に応じては指定日時以外にも入浴できるが、必ずしも利用者の希望に添うかたちとなっていない。また、失禁や汚染、夏場の暑い時期で汗を多くかくなどがあった場合は利用者の希望も含め都度対応している。今後は、利用者の希望に応じて入浴ができるよう業務や体制などの工夫を検討することを期待したい。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c	ドアやカーテンの設置、同性介助、利用者同士のプライバシーの尊重など、プライバシーへの配慮がなされている。設備の面では当初想定していた利用者像と現在利用している利用者の状態や障がい特性が異なり、脱衣室が手狭で浴室や洗い場に課題がある。2年前に浴槽内にスロープを設置するなど改善されているが、今後も継続して計画的に改善されることが望まれる。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄に関するマニュアルと個別支援計画に支援方法が位置づけられている。利用者個々の身体状況や生活様式に合わせ、尿器やポータブルトイレなどの活用やカテーテルや摘便などの支援を行っている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	センサー照明、床暖、消臭、センサー洗浄ボタンなどの設備が設置されている。毎日非常勤職員による清掃と消毒がなされている。汚染時は都度清掃と消毒がなされている。

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	カタログやチラシを見てもらったり、利用者や家族から希望の聞き取りを事前に行うなどして、買い物代行にて購入している。また買い物行事の際に、実際に利用者本人に選択してもらい購入している。
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。	b	汚れの際は適時着替えを促し、更衣介助をするなどをしている。破損した衣類の修繕や破棄は利用者本人や家族と相談確認したうえでやっている。更衣後の身だしなみを支援するまでは、職員によってばらつきがあるという課題があり、今後の取り組みに期待したい。
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	整髪や、爪切り、髭剃りなどの整容は利用者の希望を確認しながら実施している。理美容に関する情報提供は一部にとどまっており、今後カタログや雑誌、地域情報などが広く周知されることを期待したい。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	施設への理解があり慣れている地域の訪問理容が月2回あるほか、2ヶ月に1度訪問美容を活用している。

	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	廊下は21時の消灯となっているが、居室は自己管理ができるようになっており、利用者の生活のリズムが尊重されている。全室個室であり、利用者の状況に合わせて床寝ができるような環境を整備したり、特殊寝台や付属品・エアマットなどを活用している。寝具は利用者の私物利用が可能で、状況に合わせて防音ドアが備え付けられた居室やステーションから様子が観察できる居室も用意されている。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	年2回の健康診断、月2回の嘱託医の回診、毎週の歯科衛生士の口腔ケア、毎月の体重測定を実施している。利用者や家族の意向を確認したうえで、希望者には流行期のインフルエンザの予防接種や肺炎球菌ウィルスの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	全員が服薬しており、定期受診している。協力医療機関やかかりつけ医のリストや受診対応マニュアルが整備されており、看護師を中心に連携をしている。
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	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。さらに、意識喚起のため毎朝礼時に読み合わせを行い、事故やヒヤリハットを防止している。
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	担当職員を決め、夏場は屋外で冬場は屋内を中心に実施している。外部講師やボランティアを活用し、利用者の意向を踏まえ、うたの会・手芸の会・生け花などを実施している。季節行事では、正月に鳥居やおみくじを準備し初詣のレクや節分、ハロウィンパーティ、クリスマスなどを行っている。

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	利用者や家族の希望に応じて、通院や買い物、地域のお祭りやイベントに出かけている。外部サービスやタクシーなどを利用し家族との外出機会も多い。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じて配慮されている。	b	外泊は、入浴設備や段差などの環境的な問題があり利用者や家族が積極的ではない側面がある。帰省は2人から3人程度にとどまっている。外泊レクリエーションや旅行などは行っていない。今後の取り組みに期待したい。
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。	b	法人本部一括の「預かり金規程」に基づく「ライフウイング預り金管理要綱」に準じて管理している。自己管理している方は、各々金庫で管理している。施設では出納上の管理は行っているが、利用者個別の金銭管理とはなっていないことから、管理体制の検討を期待したい。
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	新聞は地方紙やスポーツ新聞、雑誌など共有スペースに配置している。個人でも希望に応じて新聞や雑誌の定期購読ができる。テレビは各個人が居室に持ち込んでいる。プロジェクターとスクリーンを活用したDVD鑑賞会を実施している。
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	現在、お酒を飲む方はいないが、将来希望される方がいれば対応可能となっている。タバコは定められた喫煙所にて決められた時間で喫煙が可能である。おやつやコーヒー・ジュースなどの嗜好品は、週1回の移動販売で購入できる。