

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008 年 7 月 1 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002
住 所 札幌市中央区北2条西7丁目

電 話 番 号 011-251-3897

評 価 機 関 名 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 第08-008号

代 表 者 氏 名 会長 三宅浩次

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	成澤 哲雄	組織	A-025
	(2)	村田 正義	福祉	B-106
	(3)	藤田 裕行	福祉	B-060161
	(4)	坂本 豊	福祉	B-060196
	(5)			
サービス種別	知的障害者入所更生施設			
事業所名称	青雲			
運営法人名称	社会福祉法人緑星の里			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2008 年 1 月 30 日	～	2008 年 6 月 24 日	
利用者調査実施時期	2007 年 12 月 12 日	～	2008 年 2 月 12 日	
訪問調査日	2008 年 3 月 28 日			
評価合議日	2008 年 6 月 25 日			
評価結果報告日	2008 年 7 月 1 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

②事業者情報

名称： 社会福祉法人 緑星の里 青雲	種別： 知的障害者入所更生施設
代表者氏名： 施設長 尾野 清一	定員(利用人数)： 47名
所在地： 〒 059-1365 苫小牧市字植苗121-8	TEL 0144-58-2552

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

1. ハードルを高くもつ支援のあり方

全職員が法人の理念である「支え合って共に生きる」ことを共有されており、法人設立後40年が経過する中で、法人創設の志を常に継承していこうとする職員の熱い姿勢、さらに、利用者に対するサービス提供の到達点を常に高い位置に掲げ、現状に満足することなくサービス改善の重要課題克服に向けて取り組まれていることは評価できます。重度障がいと加齢を併せ持つ利用者の皆として、利用者主体の事業所経営に挑戦し続ける一方で、研修やシュミレーションを繰り返すことによって、職員が統一的認識を持たれています。特に、「社会参加・地域生活移行」への支援について、障がいの程度やレベルが様々な利用者に対して、画一的な支援から事業所の特徴であるユニット制を活かした支援の実践を目指していることも高く評価いたします。また、利用者と地域との双方向の関係づくりとして、「緑星祭り」は事業所を地域に孤立させることなく、地域を巻き込んだ一大イベントとして定着し、住民が待ち望む事業になっていることも事業所としての魅力となっており、今後も継続的な取り組みが期待されます。

2. 利用者主体のサービス提供にこだわる姿勢と日常生活範囲を拡げる当たり前の取り組み

日常生活支援においては、事業所の「利用者の尊厳を守り、利用者主体のサービス提供にこだわる姿勢」は、法人の創設以来一貫しているものと思われ、特に、利用者一人ひとりの特性に合わせたサービス提供は、集団生活の中で、ともすれば埋没してしまう個性を大事にする当事業所の取り組みとして評価できます。集団生活を基本とする事業所にあつて、様々な困難が伴う利用者の夜間外出については、日常生活範囲を拡げるあたりまえのこととして評価できますし、好みの食事を伝える(理解する)手段として、食事メニューに写真を用いることなどは、意思の疎通を図る上で効果的な工夫がされていると思います。また、特に女性ユニットのリビングには、鏡台を置くなどオシャレを視点とした生活のメリハリに関わる取り組みについても大きく評価できると思います。ハード面では制約はあるとは思いますが、その制約の中でも例えば脱衣所の狭隘さを解消するための手段として廊下をカーテンで仕切り、利用者の利便を図るための取り組みとして、職員の知恵と工夫が感じられました。

◇改善を求められる点

1. 利用者への日常生活支援(ハード面)

事業所では、利用者の入浴に関して一人ひとりの健康状態に配慮した入浴支援や水分補給への対応、さらに、必要に応じてのシャワー利用も可能になっております。また、浴室が一箇所であることから男女交替の入浴となり、脱衣場も狭い為、廊下に二重カーテンやベンチを設置して、その対応策に苦慮されています。入浴設備には限界があるというハード面の制約はありますが、全職員によるソフト面の工夫で、利用者の求めに応じた入浴ができるよう、今後とも努めら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

今後も利用者主体の支援を目指し、職員一丸となって利用者一人ひとりのエンパワメントを基本としていきたいと考えております。

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

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 19 年 12 月 1 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)	青 雲	種別	知的障害者入所更生施設
所在地	〒 059-1653 苫小牧市字植苗121番地8		
電 話	0144-58-2552		
F A X	0144-58-3144		
E-mail	yumi_uemura@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp/html/main.html		
施設長氏名	尾野 清一		
調査対応ご担当者	植村 由美 (所属、職名： 支援課長)		
利用定員	50 名	開設年	昭和 50 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針： 共感共生 共に感じ、共に生きる 共学共育 共に学び、共に育てあう 共励共働 共に励ましあい、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> <p>緑星の里の理念は、シンボルマークに表されているように『支えあって共に生きる』ことです。 緑星の里のシンボルマークは5人が手をつないでいる形です。そして足元には星が作られています。 一人は利用者自身、一人は親・兄弟・肉親、一人は職員、一人は施設の立地する地域の人、一人は広く社会の人。 小さな子どもも、障害を負っている方も、高齢の方も一個の人間として互いにその尊厳が守られ、地域の中で支えあって共に生きる。かけがえのない人生を、誰もが生き生きと送ることができるように、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です。 緑星の里の掲げる『支えあって共に生きる』という理念は、理想でなく目標です。この目標を実現すべく、多くの方と手をたずさえ、共に歩む緑星の里をめざします。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

- 知的障害者短期入所事業(空床型)
- 日中一時支援事業
- 知的障害者通所事業(定員19名)

【利用者の状況に関する事項】（平成19年12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	名	5名	4名	8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	7名	1名	名	名
					合計
					47名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

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

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

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

○年齢構成（保育所の場合）

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

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

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

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

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
29名	15名	3名

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

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

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	0名	2名	1名	1名	3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
0名	3名	0名	3名	2名	13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
7名	0名	0名	2名	1名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	0名	3名	4名		

(平均利用期間： 11年8ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成 19年 12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	名	1名	2名	2名	19名
非常勤	名	名	名	名	4名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	1名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	4名	0.5名	名
非常勤	名	名	名	名	名

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

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	0名 (名)
介護福祉士	3名 (1名)
保育士	5名 (3名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	1,478.175 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	6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 18 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

115 人

・ボランティアの業務

- ・利用者介助
- ・利用者との作業体験
- ・窓拭きなどの清掃業務
- ・雪かきなど環境整備
- ・花壇整備

【実習生の受け入れ】

・平成 18 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 4 人

その他 4 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。

・行事等終了後、利用者さんたちに感想等を聞き取りする。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	「共感共生」「共学共育」「共励共働」「共慈共愛」「共支共老」の5つを冠した事業所の「支え合って共に生きる」理念を目標として掲げられている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念を具現化するものとして、基本方針が位置づけられ、事業所内に掲示を行っている。
Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	毎月1回、全職員を対象として職員会議を開催し、周知を図っている。しかし、正職員以外の職員の雇用が進んでいる中、特に、パート職員に対する理念の周知状況の把握は事業所として行っていない。今後、パート職員を含む全ての職員に対する周知の方法の検討が望まれる。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	利用者家族等にパンフレットを用いて説明を行っているとともに、自治会においても理念に基づく説明をしている。なお、事業所内に理念の掲示が無く、今後において掲示を検討している。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	事業所を設置している法人全体において、自立支援法の施行、新予防給付の発足等にあわせ中・長期計画を策定している。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	法人の中・長期計画に基づき、事業所では財政運営、利用者サービスの基本方針を計画に明記し、新事業体系移行に当たっての問題点や重点課題を明らかにしている。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b	利用者アンケートに基づき、夜間外出や買い物等の支援が、職員会議を通じて計画の中で明記されている。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	事業計画は、計画書として職員に配布しているとともに、家族会総会や自治会で説明を行っている。また、グループ旅行への支援については、旅行のメンバーを招集し、説明を行っている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	事業所の指針に施設長として、「利用者の支援」「職員の姿勢」等、事業所の運営における姿勢や職員に求める事象が明文化しているとともに、広報誌においても利用者主体の支援を柱とした考え方を明示している。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	福祉を取り巻く動向について、会議等で周知を行うとともに自立支援法の施行等に照準をあてて、新事業体系移行についてのシュミレーションを繰り返す取り組みを行っている。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	利用者アンケートを実施するとともに、作業別会議や支援会議を行い事業所のサービス改善の重要課題として明らかにしており、四半期ごとに見直しを行っている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	b	経営の効率化と改善に向けた取り組みを行っているとともに、職員会議においてロールプレイを実施し、支援のあり方を検討している。しかし、断続的な超過勤務が発生する場合などがあり、必ずしも働きやすい環境とはなっていない。

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	新事業体系移行に当たって、事業所では利用者の状況に応じ、入所利用者を通所部に移行するとともに、ベッド稼働率や収支の見込み、事業所老朽化に伴う補修・整備を事業計画に盛り込み、反映させている。
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り組みを行っている。	a	事業所の運営状況について、ベッド稼働率や前年度との収支状況の比較を行うとともに、主任管理職会議で事業所運営上の方向性を検討している。また、新事業体系移行に当たって、地域移行者と新規入所利用者のバランスや作業配置利用者数と職員数のバランス（人件費）の問題点も明らかにしている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	法人監査を年4回実施しているとともに、外部機関との業務委託契約の締結をし、外部監査が適切に行われている。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	事業所では、人事考課制度を導入し、法人の社会福祉事業の経営方針及び理念達成のため職員に求める職務遂行能力を育成し、適正な配置を行う取り組みを行っている。しかし、嘱託職員等へのプランの周知徹底がされていない。
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。	a	外部機関の協力の下、法人独自に人事考課マニュアルの作成をしているとともに、法人内に「人事課」を設置し労務管理の一元化を図っている。また、平成20年度からは、嘱託職員をも対象としての人事考課を検討している。

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。	b	法人内に職員からの相談窓口を設置し、就業状況の把握に努めているが、一定の業務が特定の職員に偏ったりする状況等があり、改善が検討される。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターに加入するなど、福利厚生に取り組んでいる。また、職員相互の親睦を目的としたボウリングクラブ等を組織している。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	職員の質の向上に関して、研修費を予算計上するとともに、障害状況が様々な利用者に対して多角的に支援を実践していく姿勢と新体系移行を見ずえ、職員が統一的認識を持つ支援を検討している。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	事業所の事業計画書に職員の資質向上のための基本方針を明文化している。特に、自立支援法に係る研修に多数の職員が参加するとともに、接遇マニュアルや演習等の研修に参加するプログラムとなっている。しかし、職員個々に対する研修体系とはなっていないので、今後、個々の研修プログラムへの着手が望まれる。
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	事業所では、自立支援法の施行に伴い、障害認定調査研修等の外部研修への参加の他に、施設長等による職員へのOJTも実施し、職員会議等を通じて共通認識を図っている。今後、研修後の発表や評価、分析等について、職員個々に応じた取り組みが望まれる。
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	実習生受け入れマニュアルを整備している。実習生受け入れに関する担当者を配置し、適切に行われている。
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	事業所に実習生受け入れに関する責任者と担当者がおり、一日の心得の説明や利用者への対応等のオリエンテーションを含んだスケジュールを作成している。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	緊急時の各種対応マニュアルを整備している。事業所の指針においてもマニュアル逸脱行為がケガなどのトラブルの発生原因となるとし、マニュアルの厳守を明文化している。また、事故分析及び改善策の検討についての会議も随時開催し、全体での周知を図っている。
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	各種マニュアルを整備し、月1回開催のリスク会議においてリスク基準の標準化や事故報告書の点検、ヒヤリハット報告書の推進及び考察が行われ、さらに、事故発生の予防対策も検討している。また、万が一事故が発生した場合には随時、臨時リスク会議を開催して、改善策の更なる検討と全体周知も図っている。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	年1回、地域の小・中学校との交流や随時の施設ボランティアの受け入れ、法人の緑星祭りへの地域住民の参加の呼びかけを行っているとともに、利用者の地域参加プログラムの一環として市民会館で行われるふれあい広場への出店や夜間外出に取り組むなど双方向的な地域との関わりに努めている。

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	法人の行事として緑星祭りが開催され、家族会他、地域住民約3千人の参加を見ている。今後は、地域住民に対して障害や福祉を理解するための研修会や講習会の開催についても検討が望まれる。
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	a	ボランティア受け入れマニュアルを整備しているとともに、ボランティア受け入れに関する責任者や担当者を設置し、スケジュールの作成など、適切に行われている。なお、法人の緑星祭り開催の際には、多数のボランティアが参画している。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	市担当窓口、社会福祉協議会、医療機関窓口等の関係機関リストを作成し、必要な情報の蓄積が行われている。今後、さらに、リスト化した情報の職員全体への共有への取り組みが望まれる。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	主任が中心となって、障害者連絡協議会等の会議に積極的に参加して連携を図っている。今後、事業所を取り巻く課題等を整理し、必要に応じて連絡や調整についての検討が望まれる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	事業所では、自治会を通じ利用者の意見を把握しているとともに、家族アンケートを通じて家族のニーズを把握している。また、毎朝、支援状況把握を行い作業の変更等に応じている。本会への家族からのアンケートにおける「事業所が意見を言いやすい雰囲気であるか」の回答率に照らしても事業所が利用者のニーズ把握に努めていることが確認できる。
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	利用者の地域生活支援の一環として、事業所の指針にグループホームの有効利用やショートステイ利用に関する計画書の作成を明文化して、具体的な活動が行われている。

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り組みを行っている。	a	利用者を尊重したサービスに関しては、施設内に掲示した理念、倫理綱領、職員行動規範に明記している。その基本姿勢についても、職員会議等を経た事業計画の重点課題、支援総括において共有している。また、事業所内研修や、人権侵害ゼロへの誓い運動に参画したことを示す職員署名を掲示するなど、具体的な取り組みにも反映させている。
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	プライバシー保護マニュアルを整備しており、各サービスマニュアルにもプライバシー保護がうたわれている。事業所の設備の面においては、居室に外からのぞけない引き戸を設置している。内錠は家族会において必要性が低いとの意見があり検討中である。トイレの扉が設置されている。また、一部の脱衣場は狭いため、廊下をカーテンで仕切る等の工夫を行うなどプライバシーは保たれている。調査機関事前アンケートでも、利用者の尊厳、プライバシー保護には満足度93%の回答を得ている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	b	事業所ホームページや重要事項説明書等に、利用者満足への向上の姿勢を明記し、具体的な取り組みの中で実践している。事業所で行っている利用者アンケートの結果は家族等にも公表しているが、障害が重度化している利用者参画のもとでの自治会活動や個別面談等による意見反映には困難な部分もある。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b	家族アンケートの結果や職員の提案等は、各担当別会議、職種横断的「職員会議」で検討・実施している。事業所としては、利用者の要望・意見を取り入れたサービス実践を目指していくため、今後、個別対応の充実を図りたいという課題を意識している。

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	苦情・意見の申し立て及び解決方法を図示した掲示を掲げている。本評価機関事前アンケート調査でも職員の対応的確さは高い評価を得ており、意見を述べやすい雰囲気づくりが伺われる。また、ユニットごとに、顔写真つきで、氏名・ひらがな表記の職員勤務表を掲示しており、相談する相手を選べるなど、安心できる配慮にもなっている。
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	法人に苦情解決要綱に基づく苦情解決委員会を設置している。重要事項説明書に、苦情解決責任者、担当者の氏名、連絡先を明記しており、その手順、仕組みについて、事業所内にわかりやすく掲示している。また、その改善結果等は、家族会報告で全家族に報告している。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	法人に苦情解決要綱に基づく苦情解決委員会を設置しており、その手順、仕組みについて図示したわかりやすい掲示をしている。日常的な対応も想定しているが、定期的な支援会議等で気づいた事項についての対応マニュアルの整備には至っていない。また、事業所、法人全体にかかる課題への対応は年単位の時間を要するが、便りや家族会等で経過報告を行っている。この時間的ロスに、事業所としての課題意識を持って、改善を図ろうとしている。

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り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	半年に1回、ユニット会議とリスク会議を開催し、課題を集約している。厚労省版の重点目標自己評価を定期的の実施しており、主任会議、部門別会議、職員会議が連動して改善への検討を行っている。第三者評価の受審についても、制度発足時に本評価機関に申請し、今回の受審に至っている。
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ている。	b	事業所組織や利用者の生活・サービスにかかる課題は、日常的な支援の他、自己評価、アンケート調査、家族会等で把握し、各会議で検討を行っている。各ユニット間の相互理解を進める中で、課題の共有を試行している。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	家族アンケートを重視し、利用者個々の支援を実現するための方法を模索している。改善計画の文書化という形への課題意識を持っている。事業所ごとの重点課題や個別支援内容は計画的に策定され、その評価とフィードバックの仕組みは改善計画とみなして遜色のない内容である。
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	個々のサービスに関するマニュアルを整備している。その基調となっている理念、倫理綱領、職員行動基準に利用者本意、プライバシー保護がうたわれ、支援会議、職員会議等で、その徹底を図っている。特に、支援会議における個々の利用者への支援内容の検討は、マニュアルを絶対視するものではなく、利用者本位を体現している。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b	マニュアルは、支援会議で個々の支援内容を検討する際、それまでの「ヒヤリハット」事例を反映する形での見直しを行っている。また、利用者の潜在的ニーズを反映するため、職員の企画力の発揮を重視している。頻度は、日時を決めた定期ではないが、支援会議の開催が検討の場の設定であるため、年1回に満たない随時（c評価）ではなく、定期開催の会議で必要に応じて実施しているものと評価できる。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	利用者一人ひとりの支援計画、記録は、書面及びパソコンに整理・保管している。記録の表現、様式、情報量は統一を図っているが、開示要求される際の課題となっている。

<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>a</p>	<p>利用者の権利と職員の行動基準に関しては、法人の基本的姿勢として職員に周知している。利用者個人情報管理規程は法人で定め、重要事項説明書、契約書にも個人情報保護を明記している。記録等の保存に関しては処務規程に定めるとともに契約書に明記を行っている。また、情報の開示の権利については、契約書で保証している。</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>各種情報は、施設長、主任の判断で、部門別会議や全体会議、主任会議を通して伝達・共有している。職員会議、支援会議は、部門横断的な検討と情報共有の場として機能しており、情報の活用については、内部研修体制プロジェクトにより検討を行っている。</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>a</p>	<p>ホームページで法人理念、詳細な事業内容を公開している。理念の説明と事業所概要（外観の写真付）を掲載した多色刷のパンフレットを作成し、公共的な場に置いている。また、見学や体験も希望があれば対応している。</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>a</p>	<p>サービス開始時に、サービス内容や具体的利用料を明記した重要事項説明書により、利用者等への説明を行っている。判断能力に不安のある利用者数名には、成年後見制度の活用事例も見られる。さらに、利用者や家族等の同意を得て、契約書を取りかわしている。</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>家庭への移行も稀にあるが、現在は、法人内のケアホームへの移行の利用者と、地域移行を想定しての借上げ民家に居住の利用者数名が相当する。この際の、サービス継続には、定められた手順により進めている。家庭移行の際も、その後の相談が可能となるように、担当者等の説明を行っている。また、組織的には相談・支援の窓口とアフターケア部門を法人内に設置している。</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>a</p>	<p>利用者の身体状況、生活状況、行動の変化・特徴、希望等を把握し、定められた様式で記録している。アセスメントの内容は支援会議等により逐次、見直しを行っている。現在、法人内の同種別3事業所において同一の様式に移行しつつあり、情報の共有という面で整備が課題であると認識している。</p>
<p>Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。</p>	<p>a</p>	<p>個々の利用者のニーズや課題を把握し、個人支援目標、日中活動総括として明示している。上記と同様に、様式の統一による情報の共有に改善の余地があるとの、より高い課題認識を持っている。</p>
<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>		
<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>a</p>	<p>ケアプラン（サービス実施計画）は、各会議において合議しているとともに、家族等の意向を踏まえて策定している。日常生活を支援する上での留意点は、個人支援目標として明記し、支援の進捗や課題検討は、各会議において確認している。</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>a</p>	<p>ケアプランの見直しは、利用者本位の支援のために、定期的に開催の各種会議で検討を行っている。見直し結果は、職員会議等により全員に周知している。また、緊急的な支援内容の変更は、臨時ユニット会議の開催、家族への連絡等の手順を経て、ケアプランに反映を行っている。</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。	b	50人の利用者一人ひとりに応じた適切なコミュニケーション手段を必要としているが、利用者が持つ障害に、完全に対応出来ている段階には至っていない。職員を挙げて個別対応に努力している様子が伺えることから、今後とも利用者との意思の疎通に向けた取り組みに期待する。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	自治会活動の場を通じて利用者からの意見や要望を受け止めるとともに、事業所側からのお知らせ事項等の周知に努めている。グループ旅行や夜間外出支援にも取り組んでいるが、今後とも無理ない利用者の主体的活動の支援に努めることを期待する。
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a	利用者一人ひとりのサービス計画書に基づき、利用者自身が行う日常生活の様々な行動に対する統一した見守りと支援が行われている。特に農作業活動への支援は、これまでの取り組みの経験が活かされている。今後とも利用者主体の支援に努めることを期待する。
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	利用者の個別支援計画書から、利用者の力を引き出すための取り組みを確認することができる。平成20年において、アセスメントの見直しに着手することから、今後とも利用者主体の支援に努めることを期待する。日中外出が出来ない利用者に対しては、夜間外出のプログラムを設定している。

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	利用者の年齢や嗜好に合わせて献立を設定している。利用者主体の食事提供に今後とも努めることを期待する。
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	訪問調査において昼食の試食により、おかずの一品に小骨が取り除かれているサンマのおろし和えが出されており、配慮が伺える。体調に合わせた食事の提供が行われている（お粥、スープ等。また、残食チェックをしているが、野菜が嫌いな人が多い）。今後とも、利用者に喜ばれる、美味しい食事の提供に努めることを期待する。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b	食事の所要時間は約1時間程度である。アレルギー体質の利用者はいない。体調の優れない利用者は、自室で食事を摂る体制になっている。今後とも、ゆとりのある時間で食事が摂れる支援に努めることを期待する。
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	乾癬マニュアルを整備するなど、利用者一人ひとりの健康状態に配慮した入浴が行われている。皮膚病等についても医師の指示により対応している。今後とも、利用者の健康に配慮した入浴への支援に努めることを期待する。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	浴場が一箇所のため男女交替で入浴する。利用者の体調や健康状態に配慮した入浴が行われている（具体的には皮膚の状態や体温のチェック）。入浴後の水分補給は各自で対応している。必要に応じてシャワーが使える状態になっている。今後とも、利用者の求めに応じた入浴が出来るよう努めることを期待する。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c	浴場が一箇所のため男女交替で入浴する体制となっている。また、脱衣場も狭いため、廊下に二重カーテンやベンチを設置し、その対応策としている。入浴設備としては限界があることから、職員によるソフト面で、より利用者の求めに応じた入浴が出来るよう、今後とも努めることを期待する。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	オムツ利用や汚穢行為をする利用者の中で、排泄介助マニュアルに基づく介助や同性介助を基本としている。利用者の障がい程度・内容に応じた介助に今後とも努めることを期待する。

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレ掃除は、毎日一回職員が行う。平日は、パート職員が対応している。汚れたらその都度掃除する体制を組んでいる。現行の快適なトイレ使用ができる体制の維持に今後とも努めることを期待する。
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	利用者が衣類の購入を必要とする時には、業者が訪問販売に来てくれる。衣類の購入は、利用者自らの選択を基本とするが、判断能力が乏しい利用者もあり、職員や家族が購入してくれる。体型に応じてリフォーム（裾上げ等）を職員が行っている。
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	下着は毎日交換している。上着は汚れが生じた場合は、その都度交換することとしている。
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	利用者の理・美容に関わる担当者を配置しており、役割分担が行われている。利用者の日常生活の中で個々の個性や好みを受け止めて対応している。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	利用者の理・美容は、利用者一人ひとりの状態（髪の伸び具合等）を常に把握し、外見的にも利用者本人にとっても清潔で美しくしていることへの配慮を行っている。散髪等に際しては、地域の理・美容店の協力が得られる体制になっている。
	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	居室内の窓は防音仕様となっている。居室には冷房設備はない。ロビーには扇風機を設置している。利用者の就寝時対応マニュアルを整備している。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	利用者の健康診断は年2回実施している。女性に対するガン検査の場合は希望を募り実施している。診断結果は家族にも伝えられている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	体調の急変や怪我等の対応マニュアルを職員に配布している。市内の病院を医療協力機関として設定している。
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	薬は指導員室に保管している。投薬マニュアルも整備され、投薬の際には、写真付きチェック表により確認が行われている。

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	ボランティア団体が月1回訪問。余暇担当職員を配置し対応している。月1回のクラブ活動を実施している。余暇活動は利用者や家族の希望を聞き、プールやカラオケに行っている。
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。	b	以前は、家族・利用者・職員全員で宿泊旅行をしていたこともあったが、利用者の年齢や障害程度が異なる中で、利用者一人ひとりの個別要望を一つにまとめるのは難しい状況にある。
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。	b	正月やお盆における外泊は利用者の要望に応じているが、それ以外の外泊は難しい状況にある。
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	利用者からの預かり金は法人本部で一括対応している。予算執行計画を基に金銭の出し入れを行い、スポーツ新聞を購読している利用者もいる。
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	利用者の障害程度によって趣味・余暇の過ごし方が異なっている。利用者の希望により新聞等の個人購読が可能になっている。テレビ、ラジカセ等は、利用可能な利用者に限って利用している。
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	常時飲酒する利用者はいない。利用者の喫煙時、他の利用者が手を出すことがある。煙草は職員が購入して施設預かりとしている。