

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009 年 5 月 8 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)	追立 正夫	組織・福祉	A-028
	(2)	村田 正義	福祉	B-106
	(3)	藤田 裕行	福祉	B-060161
	(4)	上田 格	福祉	B-060159
	(5)			
サービス種別	知的障害者入所更生施設			
事業所名称	永光			
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 8 月 28 日	~	2009 年 5 月 8 日	
利用者調査実施時期	2008 年 8 月 18 日	~	2008 年 10 月 10 日	
訪問調査日	2008 年 11 月 26 日			
評価合議日	2009 年 3 月 26 日			
評価結果報告日	2009 年 5 月 8 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 永光	種別：知的障害者更生施設
代表者氏名：沼山 文久	定員(利用人数)： 36 名
所在地：〒059-1304 苫小牧市北栄町3丁目11-3	TEL 0144-55-5621

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. 施設全体が落ち着いた雰囲気、法人理念である五つの「共に生きる」という姿勢を随所に見ることができ、さらに職員の立居振る舞いからも伝わってくる事業所である。サービス向上の取り組みに対し、高い目標と意識を持っており、具体的には、訪問調査において自己評価と比較する中で、当然 a 評価と思われる評価項目が b 評価に位置づけられていることから散見できる。利用者一人ひとりの自己実現にむけての支援の姿勢の高さが伺え、障害程度が比較的軽度の利用者が多い永光において、今後とも真摯で、利用者第一主義を継続、発展していくことが強く期待できる。また、介護人材不足にあっても人材育成を主眼に、常勤雇用登用システムや人事考課による外部組織での人材育成プログラム導入など、法人・施設独自の企画は、将来における組織強化の基盤づくりの取り組みであり、高く評価できる。

2. 地域との共生を主眼とした各種イベントを通じての地域住民との交流や、地域ニーズに応じた配食サービスなどの実践活動により、地域との信頼関係を構築していることは、時代の要請に基づいた脱施設(地域福祉化)へと法人の基本方針を明確化した意思表示といえ、評価すべき点である。

3. 永光の置かれている立地条件を活かした地域との交流は、ノーマライゼーションの具体的実践の場面でもある。具体的な例として、苫小牧市に散在している11箇所のグループホームに現在53名の方々が生活しているが、日常生活を送る上での多様な課題への対応が欠かせない。最終的には、専門性を備えた中核的支援施設の24時間体制が、安心して地域生活を送るためには必要である。この意味でも、全道的に見て極めて先駆性が高い活動を展開しており、注目に値する。地道ではあるが、こうした地域との関係を今後とも維持・継続していくことにより、地域、近隣住民の信頼と期待が生まれてくるものと思われる。

◇改善を求められる点

1. 臨海地という地理的条件下で施設の守備範囲は広く、特に東西に横長で東西に伸びていることから、西部地区において福祉サービス供給体制に脆弱な点が見受けられ、今後行政と連携し、福祉の網の目から漏れてしまう方達に対する対策を協議をしていく必要性を感じる。これから、障害者の地域生活が確実に広がる中で、現在、同法人が守備範囲とする圏域における障害者福祉サービスの充実はもとより、苫小牧全市を対象にした障害者支援活動に取り組みられることを期待する。

2. 障害者自立支援法施行以降、施設種別によっては、介護従事職員確保がむずかしくなってきたと言われているが、当施設においても比較的嘱託職員を多く配置している現状がある。施設利用者の処遇向上は、従事する職員が安心して働ける処遇改善の取り組みとも密接に関連してくるため、更なる就労環境の充実に努めていただきたい。特に、法人内の施設の移行再編などに伴う人事異動や、新規の嘱託職員採用、配置などにより、人材育成に力点を置かなければならない状況もあり、今後とも研修の機会を増やすなど更なる努力を重ねることを希望する。法人としての理念、職員行動基準、マニュアル等の整備により、一定の利用者満足は達成しているが、施設長等の管理者としての評価は、個々の職員の更なる高い専門性を獲得するという視点と、情報及び支援計画等の全体による把握・共有のレベルアップを図る点を、大きな課題として認識していることは評価できる。平成23年度までの地域移行を視野に入れ、永光が所在する沼ノ端地域を拠点とした新たな利用者本位の施設再編計画に取り組むことを期待する。

3. 永光は、昭和45年に、知的障害児施設として創設された。以後、施設改築・修繕を行いハード面での整備充実に努めているが、築後経年に伴う施設の老朽化は、利用者に対する支援活動において様々な課題を生み出している。特に浴室、トイレなど基本的な生活環境についてリニューアルを含む検討が必要と思われる。施設ハード面での弱点を施設職員の力で補うことも一定の限界があり、今後の対応として、予算の確保を含めた長期計画に基づく快適な生活環境確保のための施設整備が求められる。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度の評価を、更なるサービスの質の向上への足がかりとなる様評価結果の分析と必要な改善に努めたいと考えます。
「気付き」の発掘の機会を得ることが出来ました。いろいろとありがとうございました。
施設長 沼山 文久

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

【利用者の状況に関する事項】（平成20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（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
0名	0名	3名	0名	5名	2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
13名	5名	4名	2名	1名	1名
					合計
					36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	2名	1名	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	名	名	名
合計	名	2名	1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（A）	中度（B）	軽度
23名	9名	4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	0名	0名	0名
そううつ病	0名	0名	0名
非定型精神病	0名	0名	0名
てんかん	0名	0名	0名
中毒精神病	0名	0名	0名
器質精神病	0名	0名	0名
その他の精神疾患	0名	0名	0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	1名	名	4名	4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	2名	2名	名	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
6名	10名	名	4名	1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9ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成20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	事務員	主任指導員	指導員
常勤	名	1名	2名	名	14名
非常勤	名	名	名	名	2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	3名	名	名
非常勤	名	名	名	名	1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	名 (1 名)
介護福祉士	名 (2 名)
保育士	名 (2 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	831.42 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	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 19 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

143 人

・ボランティアの業務

- ・永光・いぶき祭、りよくせい祭のお手伝い。
- ・週2回の作業ボランティア（せっけん作業）

【実習生の受け入れ】

・平成 19 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 0 人

その他 1 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。

4月、10月に担当職員と個別支援計画書作成のための面談実施し、聞き取りを行っている。また要望・希望を申し出るための用紙を用意している。

【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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	同事業所の周辺地区は最近、再開発がされつつある新興地であり、パンフレットに記載している母体法人の「共生共栄」、「共学共育」、「共励共働」、「共慈共愛」、「共支共老」の5つを冠した理念は、事業所の取り組みとして地域とともに歩む姿勢がみられる。
I-1-1 (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、事業計画書に記載されている。また、事業所内（玄関・食堂ホール）に掲示している。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	毎月1回、全職員を対象とした職員会議を開催し、管理職が中心となり、利用者支援や施設経営の指針をはっきりと示し、周知を図っている。また、理念や基本方針は、各職員に配布し、玄関前に法人理念が掲示されるなど、職員の意識高揚に努めている。
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者家族等にパンフレットを用いて説明を行うとともに、広報誌「えいこうだより」にも記載し、事業所内に理念の掲示をしている。今後は、利用者等への文書配布など、周知方法の検討を期待する。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (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) -① 中・長期計画が策定されている。	a	法人本部において、自立支援法の施行、新予防給付の発足等に合わせた、中・長期計画を策定している。また、当事業所としても4月にそれに沿った計画策定に取り組んでいる。
I-2-1 (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	事業計画は、中・長期的な内容も盛り込まれた内容で策定されている。また、新体系移行に係る新法の問題点の整理と具体策も述べられている。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	b	事業計画作成は、主に現場支援員→各課長→施設長の順に確認し、作成を行っている。今後は、計画策定期間などのルールを定めることなども期待する。
I-2-1 (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	事業計画は、職員に配布されているとともに、自由に閲覧できるようになっている。しかし、会議録から確認したところ、これらを実地するシステムを検討する取り組みの方法を定めることなども期待する。

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	「えいこうだより」にて施設長の役割と抱負が明文化されている。また、役割分掌が明確化している。
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	事業所内研修資料や、事業報告からもサービスの標準化として、マニュアルの整備や再検討を行っており、会議等での職員への周知方法の検討をしている。
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	管理者は、「えいこうだより」や各種会議録で今後の課題提案等を行い、介護サービスの質の向上に努めている。
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	職員が業務から離れた際にリフレッシュできる休憩所の設置についてなど、空スペースの活用について検討することを期待する。また、年々、正規職員が減少していく中で、今後の人材育成に係る職員教育に力を入れることを期待する。

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	事業報告等で多面的な角度から経営状況を分析している。また、ニーズ記録を活かし、評価と反省点も踏まえた次年度への提案も行われている。
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	支援会議録に記録している。また、事業報告書にて分析した結果・評価をもとに次年度に向けての提案も行われている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	法人監査を年4回実施するとともに、外部監査を年1回、むらさみ経営から受けており、その結果を法人本部へ報告している。

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。	a	人材育成の大切さを意識し、法人の社会福祉事業の経営方針及び理念達成を基に非常勤職員の常勤職員登用制を導入するなどの取り組みを行っている。
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。	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、施設長が年に2~3回個別に面談を行っている。今後は、正職員以外の人事考課についての検討が、課題となっている。

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	職員の勤務時間は、就業規則で定められている。人事考課なども含め、職員の就業状況について把握しているのは評価できるが、個別面談記録の整備について今後の検討を期待する。
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している。法人独自の慰安旅行・親睦会も行われており、職員の福利厚生の向上に努力している。
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	研修計画については、年度当初の会議で説明を行っている。また、法人内の研修については、年間計画にも盛り込まれている。
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	法人内の研修計画は示されているが、職員個々人の研修計画は研修規程には規程されているものの具体的な計画を策定するまでには至っていない。今後の職員のスキルアップを高める取り組みを期待する。
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	月2回の職員会議で、職員が研修を受けた際の報告はなされているが、研修成果・分析をするまでには至っていないので、今後、研修受講の効果が期待できる具体的な取り組みを期待する。
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	社会福祉士や看護師等の現場実習施設として実習生を受け入れている。実習マニュアルと実習プログラムを整備し、事務分掌にて担当者を決めて対応している。また、年間計画の中に実習日程も組み入れている。
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	実習養成事業所の指定を受け、実習プログラムの整備や、担当者を決め、適切な対応をしている。

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	緊急対応マニュアルは整備されている。また、ヒヤリハット様式も整備されている。様式は整備されているので、今後、十分な活用を期待する。
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	職員会議録を通じて職員へ周知するなど安全確保対策の具体的対策が講じられている。今後の対応としてすべての事例でヒヤリハットを作成し、職員会議等で、利用者の把握、行動の予測を話し合いを持つことを希望する。

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	日常及び各種イベントを通じて地域との関わりを深め、施設の社会化に尽力している。また、職員向けの行動基準といったものの明示があると、更に事業所と地域が良好なパートナーとしての関係構築ができるのではないかとと思われる。

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	えいこうだより及び事業報告書にて社会参加を意識し、学校との交流や、地域の清掃活動などに機会があることに参加し、施設資源の地域開放実践活動行われている。今後とも更なる活動を期待する。
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	ボランティア等の支援体制の輪づくりや強化づくりのためにも、これまで実践していた町内会広報だよりの復活なども有効な手段となるので、検討されることを期待する。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	連絡リストなど各種資料にて他団体との良好な関係づくりに努めている。また、事業報告書には、ボランティアの受入等の記載があり、今後も更なる関係作りの継続を期待する。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	施設協議会や障害者協議会などに加入し、その中で関係機関との連携を図っている。
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。	b	市役所など行政との連携は図られているが、地理的条件からカバーしきれない地区も散見され、今後の課題として更に実態調査が行われることを期待する。
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	委託事業として配食(兼て安否確認)サービスを実践するなど地域のニーズに応じた活動を行っている。

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	倫理綱領や人権侵害ゼロへの誓い（職員捺印）を掲示し、理念に基づくサービス提供を標榜している。また独自の職員行動基準（日常の接し方）を定め、年度初めの会議で説明や読みあわせを行っている。具体的なサービス提供の場面には、法人で定めたマニュアル集を活用する取り組みを行っている。
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。	b	職員行動基準やサービス場面のマニュアル等で共通理解を図っている。しかし、施設構造が、元児童施設を活用しているため、8畳の居室に3名と全体的に狭く、個室等のプライベートな空間を提供できない悩みがある。H23年以降の新体系に伴う改築で解消を図る計画があり、環境整備の実現を期待する。
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	アンケートや自治会の意見等を集約したり、意見・要望用紙を設けているが、前提となる職員の日常の視点をどう向上させるかが課題である。H20年度は、正職員の異動や年度途中での嘱託職員配置もあり、職員間のコミュニケーション確立に向けて整備途上の状況なので今後の取り組みに期待する。
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	個々の対応は担当者が把握し、提供サービスを通じて改善を図っている。ケアプラン会議ではトータルな評価に基づいた検討をし、最終的な判断は支援会議に諮られている。「永光」勤続年数が短い職員も多いことから、今後の取り組みとして、職員間の共有・周知を促すことが欠かせないものと思われる。

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。	a	「利用者の要望・希望を聞き取る機会を増やす」旨が事業報告に記載され、担当者による個別面談の随時実施や、職員室への意見・要望用紙を備える工夫がされている。また、家族の来訪時には部屋を確保する配慮もとられている。
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。	a	苦情解決は、法人全体で積極的に取り組まれており、規程の整備、重要事項説明書や契約書への明記、第三者委員の掲示が確認されている。
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	文書提示、会議での協議等で、対応の手順等は周知され、課題意識も共有される取り組みがなされている。個々職員の対応については、一定の達成度を評価できるものの、職員全体の課題（意見等）共有の仕組みや職員の視点の更なる向上を期待する。

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	法人全体で、自己評価、家族アンケートへの施設長による回答が、定期的に実施されている。また、その結果は事業報告等に記載され、翌年度への目標設定の根拠となっている。
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。	a	評価に関わる過程に全職員が参画する仕組みを確立している。具体的には、評価に関する委員会と全職員で構成する小グループ協議で原案が作成され、管理職員の段階で成案となっている。その結果は、改善の根拠として活用されている。
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。	a	自己評価、家族アンケートへの回答等を、法人本部との連携、職員会議での協議を通じて、改善策としてはまとめ、ホームページに公開している。施設長としては、策定過程の職員の気づきの視点や参画度等に、違和感を解消できていない。職員の更なるスキル向上への期待が伝わってくるので、今後も継続した取り組みを続けることを望みたい。
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	サービス提供の基本方針や職員行動基準が定められ、サービス提供の基本的枠組みが提示されている。また、個々のサービス提供に関しては、法人で共有しているマニュアル集が整備され、定期的な研修の場が設定されている。
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。	b	利用者へのサービス提供は、支援課長が個別支援計画を基に把握し、評価している。新たに採用、異動した職員構成に応じたOJTの充実・強化を通じて、対応の共有、スキルアップを図りつつある。今後は、利用者へのサービスの向上を目指しての取り組みを期待する。
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	個々の職員が対応することで充足できる範囲では問題はないが、他職員との共有が求められる段階での達成度に課題を残している。記録の要素、表記法等の研修開催や、OJTによる標準化の取り組みについての更なる工夫を期待する。

<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、母体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されている。また、情報の開示の権利については、契約書を交わし、保障している。</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>b</p>	<p>各種情報は、施設長、各主任の判断で、部門別会議や全体会議、主任会議を通して伝達しており、共有されている。また、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設置されている。しかし、個別対応の段階であり、個別支援計画に即応できるアセスメントの作成・更新が課題となっているので、今後の取り組みを期待する。</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、理念の説明と施設概要（外観の写真付）が掲載され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、見学は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が明記され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には、成年後見制度の活用も行っている。</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>地域生活者の会「樽前会」が活動している。また、苫小牧市内のグループホーム11ヶ所に53名が地域生活に移行しており、その中核的支援施設として機能している。生活支援に関しては日常生活支援事業やボランティアによるインフォーマルサービスも活用している。</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>b</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、見直されている。現在、法人内の同種別3施設において同一の様式に移行しつつあるが、情報の共有という面で今ひとつの整備が課題となっており、改善を期待する。</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>b</p>	<p>個々の利用者のニーズを把握し、個人支援目標、日中活動総括として明示しているが、事業所として課題を認識する視点の確かさにおいて、更なる向上を目指している。また、様式の統一による情報の共有を図っているが、障害や生活課題の違いから、共通様式で良いのかという職員からの提案もあり、事業所独自の様式の確立に期待する。</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>b</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され、家族等の意向を踏まえて策定されている。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され、支援の進捗や課題検討は、担当者と支援課長の段階で実施されている。施設の取り組みとして、既存書類を見直し更なる向上を図っている段階であり、今後の取り組みに期待する。</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>b</p>	<p>ケアプランの見直しは、利用者本位の支援を行うために、定期的に開催される各種会議で検討されている。ただし、見直された結果が全体に周知されているとは評価できない状況であるので、今後は職員に対する周知の徹底を期待する。また、緊急な支援内容の変更は、臨時会議の開催、家族への連絡等の手順を経て、ケアプランに反映させている。</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	文字のみだけでなく、絵文字の導入など、利用者一人ひとりの障害状態に応じたコミュニケーションの手段を採り入れている取り組みは評価できる。しかし、家族からはコミュニケーション不足との指摘等もあることから、指摘事項を改善し、利用者を最大限尊重した意思の疎通に努めることを期待する。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	利用者のクラブ活動は、自然サークル、ボウリング、カラオケサークル、編み物教室、音楽サークルがあり、年間を通じて多様な活動を行っている。特に当事業所の祭りには音楽サークル（信龍男組）が出演し、観客と一体となりステージを盛り上げている。現段階では、必ずしも利用者主体の活動とはなっていないので、今後は、利用者が主体となった自治会活動がより活発に継続できるための支援を期待する。
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。	b	利用者一人ひとりの支援計画に基づき、利用者の日常生活に対して、見守りと支援が行われている。今後は、更なる利用者主体の支援に一層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	エンパワメントの理念に基づくプログラムは、利用者の個別支援計画で対応している。集団生活における利用者一人ひとりを尊重した対応は、ルール上の制約が伴う。今後とも、利用者の潜在能力を引き出し、永光での生活がより豊かになるよう支援することを期待する。

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	利用者の年齢や体調に配慮した食事を用意するとともに、季節や祭事に合わせた献立を立てている。特に利用者一人ひとりの健康状態に合わせたカロリー配分は大切な取り組みである。今後とも個別献立表に基づく食事の提供に努めてほしい。
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	月別の献立計画が立てられており、食堂に献立表が掲示されている。利用者は献立表により食事内容が理解できる仕組みとなっている。今後とも嗜好調査とともに利用者が期待する食事の提供に努めてほしい。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	食事の時間帯は利用者の生活サイクルに合わせたものとなっている。特に朝食は昼食、夕食よりも長い時間帯を設けており、利用者一人ひとりの摂食時間に配慮されたものになっている。
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	利用者一人ひとりの障害程度に合わせた入浴介助が行われている。障害程度が比較的軽度の利用者が多いことから、入浴介助には大きな支障はないものと思われる。今後とも、利用者本位の入浴介助の支援を維持・継続してほしい。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	利用者一人ひとりの障害程度に合わせた入浴介助が行われている。重要事項説明書では、入浴は毎週3回以上行うことになっているが、希望があれば毎日入浴できる体制になっている。入浴時間帯も午後7時から午後10時まで設定されている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c	浴室内、及び脱衣場は施設築後、年数を経ており、老朽化が進んでいる。このことから浴室環境としては必ずしも快適なものとはいえない。浴室の全面改築や大規模修繕は、財源を含めての長期に亘る計画が必要となる。浴室環境の構造的弱点を補うため、利用者に対する入浴介助の一層の努力を期待する。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	障害程度が比較的軽度の利用者が多いことから、利用者の排泄介助の課題は少ないと思われる。今後とも利用者一人ひとりの障害程度に合わせ、適切な排泄介助に努めてほしい。

<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p>	<p>c</p>	<p>トイレ掃除は毎日一回職員が行っている。汚れたらその都度掃除する対応となっている。しかし、施設築後年数が経過していることから、利用者に配慮したトイレの環境の整備を求めたい。また、3つあるトイレの個室のうち1つの個室に掃除用具が納められており、可能なら掃除用具はトイレの個室内から用具置場に収納することが望ましい。今後とも利用者が快適にトイレを使用できるようトイレ環境の保持・改善に努めることを期待する。</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>障害程度が比較的軽度の利用者が多いことから、利用者の日常生活上の課題は少ないと思われる。服装についても利用者の個性や好みを最大限尊重した対応をしている。</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>下着は利用者の健康と衛生、整容を保つため、毎日交換している。汚れが生じた場合はその都度交換することとしている。</p>
<p>2-(5) 理容・美容</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>全職員が利用者の日常生活を見守るなかで容姿、身嗜みについて気配りをし、利用者の爽やかな容姿が保たれる支援に努めている。障害程度が比較的軽度の利用者が多いことから、理・美容についても利用者の主体的な選択と行動が見られる。</p>
<p>A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の理・美容は、利用者一人ひとりの容姿を常に把握し、外見的にも利用者自身にとっても清潔で美しくしていることの支援を行っている。地域の理髪店、美容室からの協力体制も確立されている。今後とも施設ぐるみ、地域ぐるみでの利用者に対する理・美容の支援に努めることを続けてほしい。</p>

	第三者評価結果	コメント
<p>2-(6) 睡眠</p>		
<p>A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の居室は3人の相部屋となっている。部屋の入居構成は利用者の障害程度や相性を考慮して組み合わせをしている。消灯のルールは午後10時である。利用者一人ひとりの健康状態や体調によって安眠の状態も異なるが、不眠の利用者に対しては個別対応を採っている。</p>
<p>2-(7) 健康管理</p>		
<p>A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の健康診断は年2回実施している。健康診断の結果についてはその都度家族に対しても報告が行われている。今後は、歯科衛生についても、合わせて定期的な支援をすることを期待する。</p>
<p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p>	<p>a</p>	<p>利用者健康管理マニュアル、病状の急変・怪我等の対応マニュアルが整備されているとともに市内の内科、精神科が協力医療機関として、利用者の健康の維持増進のために互いに連携を取りながら支援を行っている。</p>
<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>常勤の看護師が配置され、医師の指示のもと内服薬、外用薬等の取扱いが厳密に行われている。また、薬物の管理・配薬マニュアル、誤配薬などの場合の対応マニュアルが整備されている。</p>

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	平成19年度事業報告や「えいこうだより」から利用者がレクリエーション等を楽しんでいる様子が伝わってくる。クラブ活動や施設外行事も積極的に行っている様子が伺える。今後は自治会や行事等に利用の意向を最大限取り入れる工夫をし、利用者主体の行事等が行われるよう努めてほしい。
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	障害程度が比較的軽度の利用者が多いことから、外泊についても大きな課題はないものと思われるが、携帯カード等の整備は必要である。今後とも利用者や家族の意向を最大限採り入れ、利用者主体の行動が可能となる支援に努めることを期待する。
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	外泊は利用者の希望に沿って行われている。今後とも利用者一人ひとりの支援計画により、利用者主体の行動が可能となる支援に努めてほしい。
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。	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。利用者の障害程度に応じ、所持金については、小遣い帳を用いての学習支援や金庫で適切に保管・管理することの支援が行われている。
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。	b	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は可能となっているが、現在のところ個人購読している利用者はいない。利用者の居室内ではラジカセ等が利用されている。今後とも利用者一人ひとりの意志や希望に沿った行動ができるよう努めることを期待する。
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、利用者自らが自治会で定めたルールにより利用している。今後とも利用者一人ひとりの嗜好品が利用できる支援について努めることを期待する。