

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016年11月7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)	高 橋 修 一	福祉医療保健	第0156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	青雲			
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7日	
利用者調査実施時期	2015年9月14日	～	2015年10月19日	
訪問調査日	2015年11月25日			
評価合議日	2016年9月9日			
評価結果報告日	2016年11月7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（青雲）

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

◆安心・安全な利用者の健康管理体制の整備

健康管理マニュアルを踏まえて、看護師と支援員の連携のもと、利用者の日常的な健康管理が適切に図られています。特に配慮が必要な利用者については、バイタルチェックを毎日実施しています。また、定期的に訪問歯科診療を受診し、口腔ケアにも取り組んでいます。支援員と看護師が嘱託医及び指定協力医療機関との連携を密にして、緊急時に対応できるよう健康管理マニュアルに添い、その手順などの体制整備を行っています。特筆すべきは、利用者の内服薬などの取り扱いです。「投薬マニュアル」や「投薬ミス対応マニュアル」に添い、利用者一人ひとりのポーチに毎食分の薬を分別し、その薬を管理する看護師と服薬を担当する支援員による二重チェック体制を構築し、その実施を徹底している点が評価に値します。

◇改善を求められる点

◆標準的なサービスの実施方法の確立

サービス提供の記録からも、利用者との真摯に向き合い実践されている様子がうかがえます。また、職員育成の一環として先輩職員が後輩職員を個別に助言、指導する「チューター」制の導入など、サービス提供内容の質の向上を目指す取り組みをしています。しかし、個々のサービス提供に関わる手順書は整備されているものの、サービス提供業務全体に関わる標準的な一連の流れを整理した内容の文書は整備されていません。提供マニュアル整備による実施体制の確立は、画一的なサービス提供を促すということではなく、定期的な見直し体制と併せて整備することで、組織全体による取り組みと継続的なサービス提供のレベル向上につながるため、さらなる取り組みに期待します。

◆「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・長期的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るはずであり、法人内の各施設ごとの特性を踏まえた個々の中・長期計画を策定されることが望まれます。法人全体の中・長期計画との整合性を図りつつ、施設における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ること、また、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

今年度より虐待防止委員会やリスクマネジメント委員会を事業所内で具体的に活動開始しております。又、建物の老朽化に伴い生活居住環境の大改修を二年計画で実施しているところです。今後、さらに検証を重ね、よりよい支援を実践するためのマニュアル整備も含め取り組んでまいります。

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 27 年 10 月 5 日

経営主体 (法人名)	緑星の里		
事業所名 (施設名)	青雲	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121-8		
電話	0144-58-2552		
FAX	0144-58-3144		
E-mail	ryokuseinosato@ryokusei.or.jp		
URL	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	尾野 聖一		
調査対応ご担当者	井川 勝博 (所属、職名：青雲支援課長)		
利用定員	65名	開設年	昭和 50 年 4 月 1 日
理念	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	日中活動として畑、花苗作り、しいたけ栽培、ウェス作り、清掃作業等を中心に取り組んでいます。また土曜日のレク活動やクラブ活動、ボランティアを招いての余暇活動等、利用者の皆さんが生き生きと過ごせるようなプログラムを用意しています。		
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成 20 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)	
短期入所事業 (空床型)	

【利用者の状況に関する事項】（平成 27 年 10 月 5 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	1名	5名	4名	5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
7名	4名	5名	6名	3名	0名
					合計
					40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	1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	2名	3名	1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	2名	名
合計	名	2名	3名	1名	2名	1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
32名	8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	2名	1名	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
2名	名	1名	名	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	2名	名	2名	1名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	3名	10名	10名		

(平均利用期間： 17年4か月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年10月5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	34名	1名	名	名	名
非常勤	12名	名	名	名	名
	支援員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	28名	名	名	1名	0名
非常勤	10名	名	名	1名	0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	1名	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	10名 (名)
保育士	5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	1478.175 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 26 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

46 人

・ボランティアの業務

余暇の企画、行事の引率、プラスバンドサークルによる演奏会

【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 21 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。

月 1 回ある全体の自治会及び自治会のユニット部会にて聞き取り

【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	b	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。 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。理念及びサービス提供方針なども施設玄関前にも掲示され、職員及び利用者の目に留まるように配慮されており、今後は職員全体や利用者、家族などへの理解・浸透を確認・評価していく仕組みの確立を期待したい。

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対応している。		
2	b	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。 毎月の施設長会議において利用者状況、稼働率を報告し、分析して各年度の事業計画に反映させている。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に期待したい。
3	b	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。 施設長会議における利用者状況や稼働率などは職員会議において報告されている。施設面やサービス提供に関する課題は、職員からの意見集約をし、必要に応じて改善委員会などで協議しており、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	c	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。 施設単体での中・長期計画は策定されていない。法人全体及び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があるものの、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や評価などをすすめることができないものではない。これらの点を明確にした施設としての中・長期計画の策定を期待したい。
5	c	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。 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を期待したい。
Ⅰ-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	b	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。 事業計画の策定にあたり、職員から上がってきた改善提案、意見なども一部踏まえて成案化し、職員会議での周知を図っている。今後は個別提案の議論にとどまらず、計画の全体像の協議や実施状況の確認・評価などがすすめられることを期待したい。

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などまでは触れられておらず、こうした内容のわかりやすい周知及び理解の促進が望まれる。
---	-------------------------------------	---	--

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	職員会議における報告からサービス内容の課題などについての分析、改善などの協議が個別になされている。今後はPDCAサイクルに基づく組織的な課題評価、改善の仕組みの構築を期待したい。
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	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などは行われておらず、これらの点を含めた組織的かつ計画的な取り組みの推進を期待したい。

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	職員会議などにおいて管理者が職員に求められる姿勢について説明し、理解と自覚を促している。業務分掌により管理者をはじめとする各職制の役割と責任について整理されているが、具体的に文書化されていないことから、今後も継続して取り組むことを期待したい。
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	コンプライアンス委員会を年2回開催し、開催内容については全職員に周知し法令遵守について共有を図っている。また、リスクマネジメント・虐待防止のセルフチェックも定期的を実施しており、これらの取り組みの評価を踏まえて全職員へ一層浸透させていくことを期待したい。
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	管理者を中心として職員会議などで個々のサービス課題や改善について話し合われているが、サービスの質の現状についての評価・分析に基づく組織的な取り組みには至っていない。他施設への定期的な見学などによる職員への意識づけや検討委員会の設置などにより、今後の組織的な取り組みを期待したい。
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	経営状況の分析などは法人全体として行われており、職員会議などの意見から労働環境整備に取り組んでいる。しかし、現段階では現場の意見が経営改善や環境整備に結びつく仕組みまでは確立しておらず、今後の成果に期待したい。

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。	b	法人としての職員の定着・確保に向けた採用活動を行っているが、欠員が出てもすぐには補充できないことにより計画的な人材確保には至っていない。非正規職員から正規職員への登用制度を設けるなど、目標に向けての取り組みはなされていることから、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	人事考課制度を実施するとともに、法人内での内部研修はきめ細かく取り組んでいる。チューター制度を導入し、新人職員に対する育成にも力を入れている。一方で、職員の確保が課題となり、計画的な職員配置や処遇改善の必要性について、評価・分析が十分取り組めない現状があることから、改善に向けた取り組みに期待したい。
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	労務管理責任者の配置により、責任体制の明確化、就業状況の把握などをすすめ、年2回の職員面談により職員の意向や悩みについて把握し、働きやすい環境づくりに向けた配慮をすすめている。これらが具体的に職員の福利厚生の向上に結びついていくことを期待したい。
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、新人職員のOJTはチューター制度によりきめ細かく取り組んでいる。目標の達成への進捗評価も含めた職員育成の組織的な仕組みの確立を期待したい。
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が、これに加えて外部研修への受講も含めた職員個々の目標達成に向けた個別計画の立案と実施を期待したい。
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・見直しをすすめることと、外部研修に関する情報提供や参加の推進などをすすめることなど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の整備を期待したい。

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	ホームページにて事業所の理念、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	年4回の内部監査のほか、法人外部監査も定期的に行っており、必要に応じて会計士からアドバイスを受けている。また、利用者からの預り金については、家族会からの監査も実施するなど、透明性の確保に取り組んでいる。

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	児童に対する交通安全の取り組みや緑星まつりの開催による地域住民との交流などに取り組んでいる。地域との関わり方や施設機能の地域への還元を組織的にすすめるため、社会奉仕委員会を立ち上げており、今後のさらなる取り組みに期待したい。
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。	c	ボランティアの新規受け入れは最近行われておらず、ボランティアマニュアルは実施手順のみ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ことから、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	障がい者支援に係る連絡協議会への参画や、養護学校、行政機関などとは密接に連携し、情報交換やケース検討も随時すすめている。分類整理された社会資源リストについては、医務室に掲示している医療機関関係連絡先一覧のみ整備されている。今後は他の社会資源に繋げるための職員の知識向上に向けた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	緑星まつりの開催による地域住民との交流、地域の高齢者などに対する安否確認への協力を目的とした緊急ホルダーの製作をすすめており、今後に向けては災害時の地域における役割確認や施設の専門性を活かした具体的な活動の検討に向けた取り組みに期待したい。
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	地域のニーズの把握に基づく地域貢献の具体的な取り組みについて、社会奉仕委員会を立ち上げ検討を開始しており、今後の成果に期待したい。

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 法人としての倫理綱領や行動基準の読みあわせを年度当初の職員会議で行っているほか、虐待防止に向けて職員自身が行うセルフチェックを実施している。個々のサービス提供方針の随所に利用者尊重の姿勢が明記されているものの、標準化されたサービス提供文書自体が整備されていないことから、現在の実績を発展させた今後の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。	c 浴室やトイレの扉など、ハード面でのプライバシーへの配慮は適切に施されている。入浴や排泄といった個々のサービス提供マニュアルにはプライバシー保護に関する言及はあるが、権利擁護に関する包括的な規程などは未整備である。施設では、虐待防止委員会を立ち上げたところであり、今後協議を積み重ねていくことを期待したい。
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、事業所のサービス内容や事業内容をわかりやすく公開している。また、見学希望については、随時応じている。施設独自の事業内容を紹介するパンフレットは作成されていないので、今後の作成に期待したい。
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 サービスの開始時には、サービス内容や具体的な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。また、サービス利用継続時には、本人や家族に対してケアプランをもとに、変更内容の説明を同意を得ている。判断能力が十分ではない方に対して、成年後見制度を活用し配慮をしている。今後は、障がい程度が重度化している利用者の傾向を考慮し、説明資料内容の検討も含めた一層の工夫に期待したい。
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 基本的に施設の変更、法人内の他施設への移行や家庭への移行の件数は少ない。法人内の連絡、引き継ぎは円滑に実施されているが、引き継ぎにかかわる定められた手順の文書や移行後の相談担当者を知らされていないため、今後の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 不定期に実施するユニットごとの自治会会議において、余暇活動、クラブ活動、行事などの希望を確認しながら満足度を向上させる取り組みを行っている。今後は、組織的に定められた事後評価を行うなどの取り組みに期待したい。

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。	<p>b</p> <p>苦情解決要綱に基づいて、法人に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、担当者の氏名を明記し一連の手順、仕組みについて、周知を行っているものの、苦情解決の仕組みで扱う案件は少ない。苦情に至る前に対応するよう努めているが、利用者の正当な権利として苦情を申し出られる環境を整備し、実効性を高める取り組みに期待したい。</p>
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。	<p>b</p> <p>利用者からの相談は、基本的にユニットを担当する職員が対応しているが、担当以外の職員にも相談することができる。また、写真入りの職員紹介をわかりやすい場所に掲示する取り組みも行っている。今後は、意見を述べやすい工夫として、現在行っている各種アンケート実施実績も踏まえ、さらにサービス提供状況などに関する利用者の潜在的な満足度を把握する仕組みの導入などに期待したい。</p>
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。	<p>c</p> <p>相談対応は丁寧かつ迅速に行っており、その都度組織的に対応しているが、相談対応に特化した標準的なマニュアルは未作成であるため、今後は日々の対応実践の検証と対応の仕組みづくりに期待したい。</p>
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。	<p>b</p> <p>緊急時の各種対応マニュアルにもとづき、ヒヤリハット、事故報告の分析、予見できるリスクの軽減に努めており、服薬管理の徹底したチェックの仕組みづくりなどを行っている。法人でリスクマネジメントに関する委員会を設置したところであり、規程の整備とともに委員会の今後の取り組みに期待したい。</p>
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。	<p>b</p> <p>利用者の通院後、日中活動後の利用者及び職員への消毒は徹底している。インフルエンザ対応マニュアルは整備されているが、ノロウイルス対応を施設として改めて策定はしていないため、今後の取り組みに期待したい。</p>
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。	<p>b</p> <p>事業所として年に2回、震災避難訓練を行っており、町内会の防災訓練にも参加している。非常食は災害発生時から5日間程度用意はされている。今後は、地震・豪雨・大雪などに対応した訓練や災害発生時の職員配置体制、自家発電機などの用意の充実に期待したい。</p>

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。	<p>c</p> <p>個々のサービス提供に関わる手順書は整備されており、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。サービス提供業務全体に関わる標準的な一連の流れを整理した内容の文書は整備されていないため、今後の取り組みに期待したい。</p>

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	標準的な実施方法や実施方法を明記したマニュアルを整備していない。
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	毎年4月に、ユニット単位で協議して、利用者の身体状況、生活状況、行動の変化、今後の希望などを定められた様式、考え方により個別支援計画を作成している。計画は、利用者の個別性への視点が十分ではなく、アセスメントが表層的になるなど課題もある。こうした問題意識が持ち上がっていることを契機として、施設としてプラン内容の質の向上に向けた今後の取り組みを期待したい。
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	半期ごとにユニット単位で評価を実施しており、必要に応じて他職種（看護師、栄養士）も参加している。日々の提供記録やケース会議などの連動性といった評価、見直しにあたっての実施体制は十分とは言えないため、今後の取り組みに期待したい。
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。	b	平成27年度より、サービス実施状況に関する記録は、パソコン上のシステムで記録し共有化を図っている。また、記録内容は上長者による確認のほか、新人職員には担当チューターが助言する場合もある。パソコンシステムによる共有化は、個別支援計画との連動性をどのように作っていくかについて未確立なこともあるため、今後の取り組みに期待したい。
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	法人として個人情報保護規程、文書保存規程を整備し管理体制を確立している。個人情報については、ソーシャルメディアの普及に伴う対応などは未対応であるため、今後の取り組みに期待したい。

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。	b	法人の倫理綱領や施設の援助・行動基準を踏まえ、利用者個々の個別支援計画には、具体的な支援内容・方法が明示されている。現在、視覚障がいや会話が困難などコミュニケーションの確保が難しい利用者もおり、担当職員ごとの支援方法に任されている状況にある。今後は、利用者の重度化を見すえた組織的かつ具体的な対応マニュアル策定に期待したい。

<p>A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。</p>	<p>b</p>	<p>利用者の自治会が組織され、そこから出された要望によりコンサートに出かけたり、施設側から健康管理（夏季の水分補給、冬季のうがい・手洗い）に関する呼びかけなどを行っている。また、日中活動、食事、旅行、余暇活動などについても様々なメニューを用意し、支援に取り組んでいるが、利用者の意見・要望の聞きとりから、支援内容を決定していく組織的な仕組みにはなっていない。利用者の重度化という難しい問題はあるが、意見・要望からニーズ把握し、利用者本人が選択・決定できる選択肢を増やしていく支援の仕組みづくりに取り組むよう期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>個別支援計画は、利用者のADLなどを考慮したプログラム内容となっているが、実際の支援では重度化している問題があり、利用者の主体的な活動を見守るという視点ではなく、管理監督的な支援に終始している場面が見受けられる。今後は、毎月の事例検討会などにより、現在の支援内容を振り返り、見守りと支援体制の整備から始めていくことに期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>個別支援計画において、社会生活力を高めるための様々なプログラムが用意されているが、利用者の重度化などにより、十分な成果が出ていない現状がある。プログラムに参加できない利用者の対応として、リハビリ訓練を取り入れるなど工夫も見られ、利用者からも喜ばれている事例もあるので、今後も利用者特性に応じた多様なプログラム検討・策定を期待したい。</p>

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
<p>2-(1) 食事</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者一人ひとりの個別支援計画に基づいた食事サービスが、法人内施設共通の「食事介助マニュアル」に沿った支援方法により実施されている。利用者の体調に合わせて、刻み食や食事量の調節などについても対応している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>年数回、利用者を対象に嗜好調査を実施し、その結果をセレクト食や駅弁メニューなど献立に反映している。また、季節に合ったメニューを提供しており、利用者には写真付きの献立表を掲示し、事前に情報提供されている。</p>
<p>A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>利用者に対する嗜好調査結果を踏まえて、職員による給食会議を定期的開催し、喫食環境についても検討している。また、食堂の飾りつけも季節により替えている。食事時間は、朝7:45~8:45、昼12:00~13:30、夕18:00~19:00と決められている。今後は、食堂の設備・雰囲気、時間についても利用者の意見・要望を取り入れる取り組みを期待したい。</p>
<p>2-(2) 入浴</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者一人ひとりの個別支援計画に基づいた入浴サービスが、法人内施設共通の「入浴マニュアル」に沿った支援方法により実施されている。利用者の体調、身体状況などについてチェック表で確認の上、対応している。</p>

<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p>	<p>b</p>	<p>利用者との話し合いによって決めているが、通所事業との兼ね合いにより、時間や回数に変更となる場合がある。失禁などがあった際には、随時シャワーにて対応している。今後は、施設全体の入浴スケジュールを確認した上で、利用者の希望に沿う取り組みに期待したい。</p>
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>c</p>	<p>浴室・脱衣場の床改装、手すり設置など環境改善が図られているが、全体的な老朽化は否めない。また、プライバシー保護の面で、浴室が玄関ホールから食堂へと続く人通りが頻回な場所に位置しているにも関わらず、仕切りがカーテンのみとなっており、施設における環境確保のための工夫が望まれる。</p>
<p>2-(3) 排泄</p>		
<p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者一人ひとりの個別支援計画に基づいた排泄介助が、法人内施設共通の「排泄用具使用マニュアル」に沿った支援方法により実施されている。利用者の状況に合わせ、排泄チェック表を活用し、記録・確認している。</p>
<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>毎朝、職員が除菌清掃しており、清掃チェック表により、実施状況を確認している。汚れた場合も都度対応している。設備の老朽化は否めないが、防臭対策がなされ、床暖房設備もある。</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>b</p>	<p>「買い物行事」として職員と一緒に地域へ買い物に行っている。利用者の重度化や数少ない外出機会であるため、利用者の意思で選択できるよう促しているが、職員側の助言などにより、短時間で済ませることが多くなっている。今後は、服装に関する希望聴取方法の工夫と合わせて、ゆとりをもった外出となるように期待したい。</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>衣類が汚れた時には、適宜丁寧に声かけを行い交換を促しており、必要に応じて更衣介助をしている。こだわりの強い利用者へは機会をうかがいながら、速やかに交換できるよう対応している。</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>b</p>	<p>理美容については、男性が1ヶ月に1回、女性が2ヶ月に1回、利用者の希望を踏まえて実施している。利用者の重度化が進んでいる状況は理解できるが、施設側の情報提供が不足しているため、今後は利用者の意思を尊重した工夫を期待したい。</p>
<p>A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>地域の理美容店と施設訪問の理美容を併用している。地域の理美容店を利用する際は、職員が同行している。利用者の希望により、毛染めなどに対応している。</p>

	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	利用者の居室については、基本的に2人部屋で 男性1階、女性2階に分けられ、さらに状態別に 男性3、女性3のユニットに分けている。また、 夜間就寝中の対応マニュアルが用意され、不 眠、おむつ交換、体位交換の項目別に対応方法 が明文化されている。
2－（7） 健康管理		
A－2－(7)－① 日常の健康管理は適切である。	a	健康管理マニュアルを踏まえて、看護師と支援 員の連携のもと、利用者の日常的な健康管理が 適切に図られている。特に配慮が必要な利用者 については、バイタルチェックを毎日実施して いる。また、定期的に訪問歯科診療を受診し、 口腔ケアにも取り組んでいる。
A－2－(7)－② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受 けられる。	a	支援員と看護師が嘱託医並びに指定協力医療機 関との連携を密にして、緊急時に対応できるよ う健康管理マニュアルにより、その手順など体 制整備を行っている。
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	利用者の内服薬等の取り扱いについては、「投 薬マニュアル」「投薬ミス対応マニュアル」に 沿い、利用者一人ひとりのポーチに毎食分を分 別し、薬を管理する看護師、服薬を担当する支 援員の二重チェック体制構築により徹底してい 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。	b	余暇・レクリエーションの希望については、年 度当初にアンケートを実施しているが、障害の 状態の違いなどにより、全ての利用者の希望に 応えることが難しい状況にあり、職員・施設側 が企画・立案したものになっている。今後は、 利用者の意向に沿ったわかりやすい情報提供に 努め、余暇担当ボランティアも活用しながら、 利用者が主体的に企画・立案できるように、工 夫した側面的な支援の取り組みに期待したい。
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	施設が企画する大きな行事は、職員の企画が主 体であるが、小グループの外出では利用者の希 望を反映している。利用者の高齢化や重度化に より、職員がマンツーマンで対応せざるを得な い状況が多くなり、利用者が外出したい時にす ぐ対応することが難しいため、以前より外出機 会は減少している。今後は、職員の勤務体制の 工夫やボランティアの活用などにより、利用者 の希望に応じた外出機会の増加に期待したい。
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	お盆や年末年始などの外泊については、利用者 の希望とその家族の受入状況の調整を行った上 で実施している。最近の傾向として、利用者 の高齢化・重度化並びに家族の受入体制の弱体化 などにより、年末年始に外泊しない、できない 利用者が増加しているため、家族との緊密な連 携の促進を図るとともに、外泊時のサポート体 制の充実を期待したい。

2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>預り金規程を踏まえ、被服、日用品、散髪など、各利用者における執行計画表に基づき、預り金が執行され、定期的に法人内監査を実施し、家族に報告している。利用者に対する自己管理支援については、高齢化・重度化により、実施していないため、今後の取り組み強化に期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>個別でのラジオの所有、雑誌の定期購入は、利用者の希望に応えられているが、テレビについては、ユニット・各居室への共用設置のため、利用者の意思や希望に応じきれないことも想定される。居室内のプライバシー確保のためのハード・ソフト面を含めた今後の工夫に期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>飲酒については、行事の時に提供するのみで日常生活上では認められていない。喫煙についても法人敷地内禁煙とした2年前から、利用者に対しても禁煙をお願いして現在に至っている。今後は、一律禁止ではなく、利用者の意思や希望が尊重された基本的ルールの設定などの取り組みが望まれる。</p>