

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2025 年 5 月 30 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 004-0072

住所 札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2-1901

電話番号 011-558-0058

評価機関名 株式会社ソーシャルリサーチ

認証番号 北海道 23-003号

代表者氏名 代表取締役小野寺さゆみ

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)	奥村真一郎	総合	第270号
	(2)	小野寺さゆみ	総合	第116号
	(3)	高橋 春美	総合	第18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		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）	2024 年 7 月 22 日	～	2025 年 4 月 13 日	
利用者調査実施時期	2024 年 8 月 5 日	～	2024 年 9 月 13 日	
訪問調査日	2024 年 12 月 13 日	～	2024 年 12 月 14 日	
評価合議日	2025 年 3 月 15 日			
評価結果報告日	2025 年 5 月 30 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無		● 同意あり ○ 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

株式会社ソーシャルリサーチ

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

代表者氏名：理事長 大塚登志樹

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

■利用者参加の意識と信頼関係の構築

ライフウィングは、施設入所21名、生活介護40名、短期入所の定員5名の利用者を受入れています。日々の支援を通じてはもちろん、機関紙において利用者に対して施設サービスありきの運営を脱却し、利用者一人ひとりの希望やニーズ充足のための取組を強化していくことを宣言しています。一方的な介助を行うという意識から、利用中だけでなく、利用者の人生の大切な時間を共に過ごすという意識を持てるよう、職員同士が話し合い、支援の方向性を共有しています。意思決定支援の内部研修では、実際の事例を基に、利用者が表出した希望と本当の願いなどを考察し具体的な支援方法についてグループワークを行っています。また利用者のリクエストによりゲームコーナーにスロット台やインターネットの自由な使用、カラオケや楽器等など利用者の生活リハビリを兼ねて活動意欲が向上するための環境整備を行っています。利用者から意見を引き出すために、施設の取組みの方向性や利用者の持つ権利について伝え、双方向のコミュニケーションが円滑に行えるようわかりやすくかみ砕いて情報提供を行っています。また、利用者の意向を踏まえた多彩な行事を企画し、バーベキューや訪問型の動物園、ゲーム大会や地域からのボランティアの来訪などを実施しています。今後も引続き実施した支援内容によってどのような成果があったかの評価を行っていくこととなっています。

◇改善を求められる点

■危険物や薬品等の管理の徹底

施設内は広々としており、利用者は食堂やゲームコーナーなどで自由に過ごすことができます。整理整頓が行き届いており、利用者が思い思いにその時に行いたいことができるように配慮しています。その反面、はさみなどの収納や、漂白剤などの置き場所が利用者の目に付くところや、手に取れる場所に設置してあるなど、安全管理に課題が見られる個所があります。今まで問題がなかったということではなく、物品の設置や保管について見直すことや、利用者が使用する設備等において修理が必要な箇所についても早期に修理を行うようにすることを期待します。

■苦情解決の仕組みの構築

利用者の権利や相談苦情について受付けることを掲示しており、利用者に対する職員の権利擁護の姿勢と、利用者自身が困りごとや嫌なことを職員に伝えることができることをわかりやすく周知しています。法人として、苦情申し立て及び解決方法、虐待通報システムを構築し、利用者にも伝えていきます。しかし、第三者委員の連絡先が同法人の事業所の番号になっていたり、苦情相談の受付に係る職員の教育は十分ではありません。また、苦情解決状況を公表していないなどの課題があります。今後は、書類によりまちまちになっている第三者委員の連絡先を明らかにし、苦情解決状況を公表すること、また寄せられた苦情をもとに改善を行う仕組みを構築していくことを望みます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

C評価の項目については、既存の体制を踏襲した形となっており
ブラッシュアップしてこなかった結果と受け止めています。
また、リスクマネジメントの面でも、過去の事例又は利用者の特性から
判断しており、想定範囲が狭く、マネジメントの視点を広く持つことを学び
ました（改善できることから実施しています）。
A評価の項目については、意思決定支援など実践してきたことが
評価され自信から確信へ変わりました。
ご指導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： 令和 6 年 9 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)	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 北海道苫小牧市字植苗51-172		
電 話	0144-51-8300		
F A X	0144-58-2321		
E-mail	itaru_hosooka@ryokusei.or.jp		
U R L	http://www.ryokusei.or.jp		
施設長氏名	施設長 細岡 至		
調査対応ご担当者	細岡 至 (所属、職名： 施設長)		
利用定員	21 名	開設年	平成 15 年 4 月 1 日
理念・基本方針： 「共感共生」「共学共育」「共励共働」「共慈共愛」「共友共老」 利用者、家族、職員、地域の方、社会が互いに共に手をたずさえ あい、理解しあい、支え合って共に生きる。			
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、主に身体障害のある利用者を対象に苫小牧市、千歳市、その他近隣地 域の利用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）		1 回 平成 27 年 11 月 30 日	
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】（令和 6年 9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	名	名	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
3 名	2 名	1 名	3 名	6 名	5 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	16 名	2 名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1 名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合 計	17 名	3 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
4 名	2 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	1 名
合 計	名	名	1 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	1名	2名	1名	名	4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	1名	2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	1名	1名	名	名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	名	名	5名		

(平均利用期間： 10年)

【職員の状況に関する事項】(令和 6年 9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	
常勤	22名	1名	名	1名	名
非常勤	7名	名	名	名	名
	支援員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	16名	名	名	2名	1名
非常勤	4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	名	名	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 (1名)
介護福祉士	13名 (1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	☒ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☒ 1. はい	☐ 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)に行って外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 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）	☐ ・大舎制 ☐ ・中舎制 ☐ ・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	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 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】

・令和 5 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

51 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）
- ・訪問による地域高校チアリーディングとの交流
- ・訪問によるコンサート開催 2回
- ・訪問によるマジックショー開催 等

【実習生の受け入れ】

・令和 5 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 _____ 人

その他 _____ 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。

自己決定を尊重し、日常において意思決定できるような支援を心掛け「一日をどのように過ごすか」を自ら選択できるように配慮し「声を掛けやすい職員」を基本姿勢としている。
サービス担当者会議や個別支援会議には、利用者参加を基本とし意見を伝えられるようにしている。
また、趣向調査による聞き取り等を定期的の実施している。

【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) 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。	b	法人の理念に加えて施設独自の理念を持ち、新任研修や年度初めの会議で職員への周知を図っています。理念の実践的な理解を深めるため、職員に対して理念の意義や内容を伝える場を設けており、実際の支援活動に理念を落とし込んでいます。理念の内容が利用者本位の支援に直結する重要な要素であるとの認識を職員間で共有しており、職員の理解が進んでいます。一方で、理念の利用者や家族等への周知は、ホームページの法人理念のみで、施設独自の理念を示していません。今後は施設理念の外部への周知や利用者や家族等への説明を通じて、さらなる理解促進を図ることを期待します。

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	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	地域の通所ニーズに対応するため、送迎車両の台数制限がある中で、生活介護の在宅通所者の受入拡大のため土曜日の開設や送迎体制の強化を行っています。また、職員の休日対応体制の見直しにも取り組んでいます。主管会議での情報共有や、チーフ職員が経営的視点をもって現場を主導する体制も整えており、一定の組織的な対応を行っています。一方で、社会福祉事業全体の動向や地域の福祉計画といった広域的な視点での分析や、経営状況の定期的な把握・分析の仕組みは明確でなく、整備が必要です。今後は経営環境全体を捉えた体系的な分析と、それに基づく施策の充実を図ることを期待します。
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b	職員が利用者のニーズに基づいた企画提案の制度が整っており、年間で10件程度の提案を施設長決裁のもと予算化しています。これらの提案は、職員が予算を含めた具体的な内容を組立てたうえで提出し、組織としてサービス改善に向けた取り組みが制度化されている点が特徴です。特に、レクリエーションに関しては利用者の希望を反映した活動を年間計画に組み込み、利用者満足度の向上にもつながっています。一方で、こうした取組はサービス向上に関するものであり、経営全体の課題把握や体制、財務状況等の分析に基づく戦略的な対応という観点からは不十分です。今後は経営状況をより体系的に分析し、課題に応じた包括的な施策を展開することを期待します。

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。	b	法人と支援事業部の中期計画に基づいた3か年の独自計画を策定し、令和6年度はその初年度にあたります。計画では報酬改定に対応する内容や、施設設備の整備を盛り込んでいます。また、前回の中期計画では、魅力ある施設づくりや個別支援の充実など、利用者本位の目標を設定しており、理念に沿ったビジョンを反映しています。一方で、中長期の収支計画や財務的な裏付けに関する情報が確認できず、財務面も含めた総合的な中長期計画としては不十分な点が見受けられます。今後は財務計画を含めた中長期計画の策定により、具体性と実効性のある計画作成を行うことを期待します。
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。	b	事業所では、中期計画を踏まえた単年度計画を策定しています。今年度は報酬改定への対応を重点課題としています。単年度計画には、利用者の要望に対応するための予算要求や、利用率の数値目標を設定し、評価可能な指標を明示しています。また、サービスの質向上を図るために職員0.5人の増員を目指すなど、具体的な体制整備の必要性も盛り込んでいます。利用希望者の属性が医療的ケアや精神的配慮を必要とするなど、支援体制の見直しが求められている点や、地域的な職員確保の課題についても認識し、計画上で整理しています。しかし、経営指標以外の重点課題については、方法やゴールを具体的に示していません。今後は、計画を着実に実施し、成果を図るための指標を定めることを期待します。
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	施設長が利用者一人ひとりの状況や全体の利用傾向を把握しており、特に本年度は短期入所のニーズが高いこと受け、計画に反映しています。こうした状況は主管会議で具体的に共有し、職員と共に対応策を検討する体制を整え、組織的に実施状況を把握しながら運営を行っています。一方で、事業計画の詳細や、計画内容の共有状況や計画の振り返りについて課題が残る状況です。今後は、計画の策定意図や内容を職員に明確に伝え、組織全体での理解と計画への職員の参画が進むことを期待します。
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	行事計画の周知を通じて利用者および家族との情報共有を図っており、年に2回発行している広報誌によって継続的な情報発信を行っています。また、施設長が目指す施設の在り方と、利用者や家族の期待との間にギャップがあることを認識し、その解消に向けた情報提供にも取り組んでいます。しかし、発信した情報に対して家族からのフィードバックを受ける仕組みや、対話を通じた理解促進といった双方向的なやり取り等は不十分な状況です。今後は行事計画だけでなく、事業計画の周知に取組むとともに、一方的な情報提供にとどまらず、意見交換や説明の機会を通じて相互理解を深めることを期待します。

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 事業所では、福祉サービスの質の向上に向けて、本人の意思決定をどの程度支援できたかという視点を基軸に方針を定めています。本人が示した意思に対してどのように対応できたかを数値で可視化し、その結果を職員会議で共有・分析する仕組みが整っており、継続的な見直しと改善を行っています。今後は、日々の取組とともに、定期的な自己評価の評価基準を活用するなど、サービス全般に渡る視点を全職員が参加して行うなどの組織的な取組として継続していくことを期待します。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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 質の向上に向けた取組として、職員会議を活用し、職員の利用者対応の分析と、対応策の検討を行っています。利用者ごとの担当制の廃止や、記録入力効率化のためにタブレットの導入を進めるなど、利用者の視点に立った改善策を打ち出しています。しかし、全職員を対象とした会議の開催が難しく、組織的な改善策の実行や定着に課題が見られます。今後は、改善策の活用度を高めるとともに、計画に位置付け改善策に対する評価等を行うことなどを含め、情報が組織内で共有・活用されるようにしていくことを期待します。

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。	a 施設長が会議や朝礼を通じて自らの役割や責任、施設の方向性を明確に伝えています。職員会議では施設長が考えを表明した後、職員間での話合いの時間を30分確保するなど、一方的な情報ではなく、対話的な共有を図っています。また、新任者に対し、法人での基礎研修の後に施設としての使命や支援のあり方を施設長自らが伝え、支援観の共有にも力を入れています。特に、支援を「介護」中心と考えていた職員が、施設長の働きかけにより「意思決定支援」の重要性に意識を向けるようになるなど、継続的かつ意図的な支援観の浸透を図っています。
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 施設では、法令遵守に向けた体制の一環として、年2回法人のコンプライアンス委員会に施設長が出席し、虐待等のリスクに対する認識と対策を進めています。職員会議では労働法をはじめとする職員に関わる法令についても説明を行い、一定の情報共有を図っています。しかし、業務に関する法令の内容が体系的に研修化されているわけではなく、理解の深まりや全職員への浸透といった観点では課題があります。今後は、法令理解を深める場の工夫や定期的な研修を通じて、より実効性のある法令遵守体制が構築されることを期待します。

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	管理者が「利用者が自らやりたいことを自由に実現できる施設づくり」を目指し、福祉サービスの質の向上に対して強い意欲をもって取組んでいます。この方針のもと、利用者や家族等から職員の対応が明るくなったという評価が寄せられています。こうした職員の意識変化は、管理者の理念が一定程度現場に浸透していることを示しています。一方で、具体的な質向上に向けた取組の内容や、それに対する進捗管理や評価の仕組みがありません。今後は、理念の実現に向けた具体的な施策と、それを支える体制の整備を進めることを期待します。
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	移動昇降機を導入することで利用者の安全と安楽を実現し、職員の身体的負担の軽減と業務の効率化に取組んでいます。また、経費削減について、不要な電気の消灯を促し、経費使用の事前申請ルールを定めることで、日常的なコスト意識の向上を図っています。さらに、利用者が自立して行動できるよう支援することで、職員の負担軽減につなげる視点も持っています。施設長から職員へ方向性を示し、職員が話合う場を設定することで職員の自発的な行動に結び付けています。

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	必要な人材の確保に向けて事業所単位で求人活動を行っており、あわせて法人に対して人員に関する要望も提出しています。また、職場内では職員間のコミュニケーションを重視しながら、働きやすい環境づくりに取組んでいます。一方で、人材確保および定着に関する具体的な計画は策定しておらず、求人への応募も少ない状況にあることから、現在の取組が十分に機能しているとは言えません。今後は、組織的な視点に立った人材確保と定着支援に関する計画を整備し、安定的な人材体制が構築されることを期待します。
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	年に2回の個人面談を通じて、職員一人ひとりの状況を把握し、人事考課を実施しています。主任による一次考課と支援課長による二次考課という段階的なプロセスを経て行い、制度的な裏付けを整えています。また、職員はチャレンジ項目として個人目標を設定し、期待するレベルに応じた目標を明確化する仕組みと、自律的な成長を促す視点も含まれています。さらに、支援や介護にかかる部分に対する評価の比重を高めるべきとの意見もあり、制度の納得性や改善に向けた意識を醸成しています。
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。	a	課長が中心となって職員の有給取得状況を管理しており、平均で年間15日という高い取得率を実現しています。また、毎月職員の希望休を聴取し、できる限りその希望に応えるよう勤務調整を行うなど、働きやすさに配慮した職場運営を行っています。さらに、職員同士が互いを理解し合うことが良好な人間関係の構築につながるという認識を共有し、会議での発言しやすさなど、職場の雰囲気づくりに力を入れています。

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	ホームページ等を活用して法人の理念や基本方針、提供するサービス内容などの情報を外部へ発信しており、継続的な情報公開の体制があります。さらに、取引に際しては複数社からの見積取得と法人による決裁を行っており、経営面においても透明性の高い意思決定を実施しています。今後は、事業所のサービスの特色とともに、福祉サービスの質の向上の取組や苦情等の対応について公表していくことを期待します。
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1回の内部監査および外部監査を実施し、コンプライアンス委員会を通じて主任以上の職員がチームを編成し、組織的な確認体制を確保しています。また、取引に関しては経理規則に基づいて運用し、入居者の金銭も預かり金管理規程に基づいて適切に管理しています。さらに、法人内の他施設への調査に職員が参加し、自施設の運営に対する気づきを得る機会として活用しており、他施設との比較を通じた改善の取組を行っています。

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。	a	地元高校との交流や移動動物園の招致、カラオケクラブなどを通じて、地域とのつながりを意識した多様な交流活動を実施しています。これらの活動は年度計画に位置付け、主管会議において企画や実施の検討を行っています。こうした取組により、利用者や職員が時代の流れや地域社会とのつながりを感じ、社会の一員としての意識を持つことができる環境を整えています。また、今後は近隣の小中学校との新たな連携も検討しており、地域との関係をさらに広げる計画があります。
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	ボランティアの受入れマニュアルを整備しており、法人全体としても祭りなどの行事においてボランティアを受入れる体制を確保しています。また、ボランティア後にアンケートを行い職員対応や、活動の改善点についての意見を収集しています。過去にはチャリーディングの受入れ実績があり、今後は街での活動への同行など、地域との関わりをさらに広げていく予定です。一方で、ボランティア活動の募集や情報発信が十分ではなく、地域からの参加機会を積極的に生み出す仕組みには課題があります。今後は、ボランティアの受入れの基本方針を定めるとともに、情報発信の強化を行っていくことを期待します。

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 法人として期待する職員像を定め、役職に応じた研修を実施しており、一定の育成体制を構築しています。職員は面談の場で自身のキャリアプランについて伝える機会を持っていますが、それをもとにした個別の研修計画や制度的な支援体制は十分ではありません。また、育成機会の提供が全職員に対して公平に行われているとは言い難く、個々の成長を支援するための仕組みとしては不十分な状況です。今後は、職員一人ひとりの希望や成長段階に応じた育成体制を整備し、継続的に実施することを期待します。
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 法人の人材育成方針であるTAGIに基づいて教育・研修の基本的な方向性を明確に示し、職員の育成に対する意識を組織全体で共有しています。法人が提供する研修の年間計画には多様な内容の研修を位置付けています。これにより、専門性を重視した継続的な学びの機会を確保し、職員一人ひとりの資質向上に寄与する体制を構築しています。しかし、実際に研修に参加するケースは少ない状況です。今後は、施設として必要な内容を研修計画に位置付け、雇用形態によらず、利用者への支援に必要な内容を計画的に研修できるよう取り組むことを期待します。
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 職員の教育機会の確保に向けてリモート研修を積極的に活用し、参加のしやすさに配慮した取組を行っています。また、資格取得を希望する職員に対しては勤務調整や時間的配慮を行うなど、個人の成長意欲に対応した柔軟な対応を行っています。一方で、外部研修への参加については人員配置上の制約が大きく、積極的に参加することが難しい状況にあります。加えて、パート職員については希望者のみが対象となっており、職員全体に対して公平に研修機会を提供するという観点では十分な体制とは言えません。今後は、限られた人員の中でも外部研修の機会を確保できるような仕組みや、非正規職員を含む全職員に対する研修制度の整備が進むことを期待します。
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b 実習生の受入れは課長が担当し、主任を指導者とする体制を整えており、実習受入れに関するマニュアルも整備しています。また、法人としても受入れに前向きな姿勢を示しています。一方で、現在は感染症の影響により、積極的な受入れは実施しておらず、受入れの継続性や教育機関との連携といった仕組みが十分に機能しているとは言えない状況です。今後は、実習生の受入れを継続的にを行い、個別の実習課題を踏まえた対応を実現するなど専門職育成に貢献する体制の強化を図ることを期待します。

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。	a	地域の福祉サービス提供に必要な社会資源についてリストを整備し、相談支援事業所や学校などとの連携を通じて、利用者支援に必要な情報共有と支援体制の構築を行っています。また、苫小牧市内の協議会に継続的に参加し、地域の関係機関と定期的に情報を共有する体制を整えています。こうした取組により、事業所は単独で支援を完結するのではなく、地域の多様な社会資源を有効に活用しながら支援の質を高める姿勢を明確にしています。
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b	法人として東胆振地域全体の福祉ニーズを把握し、その中から自施設で取組むべき内容を選定して実施しています。また、法人全体としては高校への講師派遣などを通じて地域との関係性を構築しており、今後は小中学校との交流などからのニーズ把握も検討しています。一方で、地域ニーズの継続的な収集や分析を自施設として独自に行う体制は明確ではなく、地域との直接的な連携の機会是十分ではありません。今後は、様々な機会を活用し、地域の具体的な状況を把握していくことを期待します。
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	地域住民からの相談に対応した事例があり、地域における福祉課題に対して柔軟に対応する体制があります。特に、在宅の身体障害者に対して入浴ニーズに応えるなど、地域の困りごとに寄った活動を行っており、公益的な視点での対応を行っています。こうした活動は、事業所が地域に開かれた存在として機能していることを示しており、地域との信頼関係の構築にも寄与しています。一方で、これらの取組は個別の対応にとどまっており、継続的・組織的な活動として位置付けているものではありません。今後は、地域のニーズをもとにした公益的の事業を計画的に展開していく体制づくりを進めることを期待します。

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。	a	朝礼時に「心に寄り添い、笑顔でサポート」、「利用者の意思を確かめてから介助をします」を唱和しています。施設独自の行動基準を定めるとともに、記録ソフトや毎日の職員配置表に「今月からの行動基準」を記載しています。また、毎月職員会議で定めた月の目標の達成状況を翌月のグループワークで振り返っています。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	c	プライバシー保護のマニュアルはありません。個別のサービスのマニュアルにも、プライバシー保護との記載がありますが、その具体的な方法の記載はありません。そのため、プライバシー保護については職員個々の価値観や倫理観に基づいており、施設としての規定がありません。プライバシー保護は羞恥心に対するものだけではなく、施設として、プライバシー保護に対する姿勢や責務についてのマニュアルの整備や研修の機会を定期的に計画するとともに、利用者や家族等に対しプライバシー保護の取組を周知することを期待します。

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施設の概要を掲載しています。施設独自のパンフレットを作成し、施設の設備や特色、方針を記載しています。見学にも対応しており、施設での余暇の過ごし方や年間行事、食事について伝えています。今後は、パンフレット等に見学が可能なことや、疾病等、受入れ可能な利用者の条件なども事前情報として提供していくことを期待します。
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	サービス開始時に、重要事項説明書、契約書の説明を行い、施設の方針や、夜間は看護師が常駐しないため痰の吸引等ができないことなども伝えています。契約書にはルビ（ふりがな）を振っていますが、重要事項説明書にはありません。契約時には個人情報保護方針や利用目的等の提示など手順を定めることも必要です。成年後見人の活用や、契約書の内容は法令の改定、サービス提供体制等にあわせて定期的に見直すことを期待します。
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	利用者の意思や身体状況を踏まえ、サービス事業所の変更をする場合は、相談支援事業所を介して連携しています。サービス終了後も利用者家族等に状況確認の連絡を入れて、支援が必要な場合は連携して対応しています。しかし、家庭復帰や入院した場合、他施設へのサービス変更の場合のマニュアルを整備していません。今後は、法人外のサービス事業所への移行を含め、事業所の変更の際しての手順を定めることを期待します。
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1回嗜好調査をしたり随時アンケートを行い、利用者が楽しく食べられる様にセレクト食、職員がサンマを焼くなどの行事食、スイーツコレクションなどを行い利用者に喜ばれています。また、Wifiの導入など、利用者の希望を踏まえた設備の導入を行っています。令和6年度に初めて満足度調査を行いました。調査は利用者一人ひとりにインタビューを行い、利用者との信頼関係の構築と、職員のスキルアップを目的に実施しています。利用者の本心を引き出すことの難しさはありましたが、サービスの質向上に向けた組織的かつ実効性のある取組となっています。アンケートの継続的な実施は未定ですが、今後もこの仕組みを継続、深化することを期待します。
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	苦情解決について施設内に掲示するとともに、年2回発行する施設だよりでも家族等に伝えています。苦情解決の責任者と窓口、第三者委員の連絡先は重要事項説明書に明記しています。しかし、職員に対し苦情相談マニュアルが浸透していないことや、記載している書面によって第三者委員の連絡先が法人内の施設になっているなど、仕組みが十分ではありません。また、苦情内容と解決結果の公表の仕組みを整備していくことを期待します。

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。	a	利用者と職員が話やすいよう、職員から毎日利用者一人ひとりに声をかけ、どの職員でも気兼ねなく相談できることを伝えています。また、傾聴週間を設け、集中的に取り組んでいます。利用者からの意見等により、職員が提案書を作成し、施設設備や自由な暮らしのための要望を叶えるようにしています。また、利用者から利用している他サービスについての相談を受けた場合も、関係機関と連絡を行い、解決に向けた支援を行っています。
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	利用者の話を聞いて、周辺の情報の確認が必要な場合は情報収集を行い、利用者に対応結果を伝えています。利用者から相談を受け付けた場合は支援会議で協議を行って対応策を検討しています。内部研修で相談対応事例をあげ、成功事例を発表することで職員全体に意識付けと意見等への対応を周知しています。
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	年4回の法人のリスクマネジメント委員会に参加しています。また、職員全員に対し、ヒヤリハットの研修を実施しています。リスクの分析を行い、転倒や食事の際の窒息などの防止と対応が課題となっています。そのため、食事形態の見直しなどの改善策について検討しています。転倒に関しては車いすの利用者が多く、職員の介護力の向上なども含め、飲み込み、身体状況の理学療法士等のアセスメントも予定しています。また、ヒヤリハットの改善策を個別の利用者に対する支援方法にとどめず、マニュアルに反映することも必要です。ヒヤリハット、ヒヤリハット予見書の報告件数が少ないことから、今後は、事故に至る前の職員の気づきを多く収集することで、予防策の策定に活かしていくことを期待します。
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	感染症対策のマニュアルは、入所棟の職員ステーションに設置し、日常的な感染症予防に努めています。また、感染症委員会やコロナウイルス感染症対応の事業継続計画（BCP）を定め、職員に周知しています。感染症予防は利用者の命を守るだけでなく、職員の安全にも関わる重要な取組です。マニュアルで取扱う感染症を見直すことや、同様に、BCPについてもコロナウイルス以外の感染症を定めることを期待します。
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	避難訓練を年2回、全員で行っています。夜間想定と、風水害を想定して行っています。法人として夜間の他施設応援のマニュアルを定めていますが、1名が他施設に応援に行くことのみ記載となっています。他施設との連携について定め、職員に周知することが必要です。BCPも策定し、職員に周知していますが、施設長が指揮を行えない場合の権限移譲について定めるとともに、電話等の通信機器が使用できない場合などの想定やBCPの訓練、備蓄、見直しの時期などについて定めていくことを期待します。

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	法人のリスクマネジメント委員会の作成したマニュアルを使用しています。サービスごとに行動手順と注意点のキーワードを記載していますが、職員が施設理念に基づく支援を行うために十分な内容になっていません。また、施設で行うサービスを網羅したものではありません。今後は、職員がマニュアルによって標準的なサービスを提供できるような具体的な内容とするとともに、施設で行う基本的な介護や支援についてマニュアル化していくことを期待します。
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。	b	マニュアルの見直しは、年1回の定期的な見直しとともに、設備の更新等で支援方法が変更になった際などに行っています。しかし、利用者の支援方法の変更や、個別支援計画における支援方法などが変わった場合や、利用者からの意見により支援方法を見直した場合などの変更が不十分です。見直しの基となるマニュアルの整備とともに、見直しの方法や仕組みを整備することを期待します。
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支援計画を適切に策定している。	b	「サービス提供のプロセス管理について」「個別支援計画作成及び実施に関するスケジュール」を作成し、手順を定めています。年2回の定期的なアセスメントでは、医療面では看護師、食事は管理栄養士、リハビリは作業療法士が行っています。日常生活面は担当職員が行っていますが、アセスメントに力量の差によるばらつきが見られます。個別支援会議には利用者が参加し、本人が望む生活について主体的な関わりを行っています。今後は、利用者の希望の実現とともに、専門職としてのニーズ把握を適切に行うことにより、支援の質の向上をはかっていくことを期待します。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b	年2回、モニタリングを実施しています。アセスメントによるニーズの洗出しが明確でないケースにおいては、支援目標の達成度の評価が単なる実施状況の確認となっており、施設が目指す自立、意思決定支援、趣味活動や機能訓練などをどのように実践し、利用者にとってどのような効果をもたらされたのかが不明確なものが見られます。個別支援計画に職員が参画することで職員のスキルアップを目指していますが、計画作成に関する職員研修などを通じて個別支援を充実していくことを期待します。
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	職員は、個別支援計画や生活支援実施書をパソコンで確認し、支援を実施しています。しかし職員により、記録内容にばらつきがみられます。また、記録が不十分であるという課題に対し、タブレットや記録ソフトの活用を進め、記録の充実と情報の一元化を図ろうとする姿勢が見られます。一方で、紙媒体での記録様式のものや、タブレットの活用が十分でないなど、記録が担当者のみに留まり、家族等や外部から得た重要な情報が共有されないなど、情報共有の体制には課題が残っています。今後は、個別支援計画の実施状況や、利用者の様子や意向など、必要な情報を精査し共有していくことを期待します。

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	法人の個人情報管理規定、特定個人情報取り扱い規定を定め、処務規定により書類保管期限を明確化しています。職員は毎年情報セキュリティ研修を受講していますが、個人情報保護の内容は含んでいません。施設内における利用者の個別の情報の管理は不十分な面が見られます。そのため、職員に対し個人情報保護法について定期的な研修を行うとともに、個人情報保護方針を公表し、利用者や家族等に対して個人情報保護管理や個人情報の利用目的を通知することを期待します。
----	----------------------------------	---	---

評価対象 障がい者・児施設 内容評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-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。	a	行動基準の「本人の思いに気づく」を日々の支援で実践するため職員は1日1回、声をかけるようにしています。また、年間計画に「利用者の意思確認をしてから介助する」を位置付け、毎月の職員会議や年4回の内部研修のグループワークなどで振り返りが必要な項目や取組み方を協議し職員間で共有しています。自由時間は本人が選択した活動に参加し達成感をもった生活になる様に支援しています。利用者の「やりたい」の実現、「自分で出来る」ような合理的配慮など利用者と職員が一体となって取組んでいます。
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A② A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	c	体罰・暴力禁止マニュアル、身体拘束マニュアルを整備し、職員の行動基準、就業規則に虐待の禁止をあげ職員に周知しています。年2回虐待チェックリストを実施するとともに、毎月の職員会議で啓発を行い、不適切な支援を常に意識するようにしています。併せて個別支援会議で身体拘束を確認し実施経過を共有し注意事項を周知しています。法人主催の虐待防止研修に参加し施設内で伝達をしています。今後は、事例検討や外部講師の招聘、身体拘束、虐待防止などのマニュアルの定期的な見直しと更新などを含め、権利侵害だけでなく利用者の権利擁護の取組が徹底されることを期待します。

A-2 生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-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。	a	施設パンフレットで利用者の自立と社会参加の支援を掲げています。内部研修「願いの実現に向けて」において職員が利用者の生活歴や価値観を理解したうえで自己決定支援を行うことの重要性について意識統一を行っています。利用者参加による個別支援会議や、利用者の意向をリスト化するなど、利用者にとっての自律・自立と、環境を整えることによる選択肢の提供など、一人ひとりの利用者の状況に応じた生活の自己管理を支援しています。

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。	a	意思表出や伝達の困難な利用者に対して、日常的な見守りと行動を観察し意思確認をしたり、障害に応じてジェスチャー、写真、カード、あるいはお表、コミュニケーションボードを使用しています。また、必要時本部の言語聴覚士と連携して支援方法の助言を得ています。行動基準に定めた「本人の思いに気づく」を日々の支援で実践するため、職員は利用者一人ひとりに「1日1回声をかける」ことを実行しています。さらに、傾聴に努めることで利用者との会話が、自分のしたいこと等の意思表示が増え、利用者のコミュニケーション能力が向上しています。
A⑤ 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	意思決定支援を推進するために内部研修を行い、「1日1回声をかける」を実践しています。施設の行動指針に定める行動基準を遵守し、利用者の意思尊重を行っています。施設での相談は、職員の担当制を廃止し、利用者が相談しやすい職員に希望や困りごとなどをいつでも話せる体制に変更しました。個別の利用者の相談内容について検討するとともに、相談や希望が出ない利用者についても検討を行っています。相談がない、訴えがないということが本人の意思なのかを職員が話し合い、訴えがないことについて多角的に話し合い、相談がないことの原因を考え、環境や職員対応を変えることにより、本人からの意向等を引き出した事例があります。
A⑥ 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。	a	個別支援計画を作成し、日中活動を位置付けています。活動内容は当日本人が選択し本人の意思により何をするかを決めています。職員は、当日のプログラムや、利用者の好きな活動など複数の提案の中から利用者がやりたいことを自由に選び、利用者が希望出来る様にしています。ポッチャ、ピアノ、ドラム、機能訓練を兼ねたゲームや運動、カラオケ、頭脳リハビリ、玄関前ホールの月替わり展示物の制作など多様な提案をしています。誰と、どこで、時間の長さなど自由に選ぶことができる環境により、「今日は楽しかった」と感じられるように支援しています。
A⑦ 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	支援員、看護師、栄養士、作業療法士、支援課長が参加する個別支援会議で協議し、障害の特性に対応した支援について検討し情報共有や経過をフォローアップしています。今後は、職員の障害と介護方法についての基本的な知識の研修を定期的に行うことや、高次脳機能障害の特性に対応した支援や高齢者介護、強度行動障害など専門的な分野の研修を受講し、必要な支援のネットワークを構築し適切な対応が出来る体制を整備することを期待します。

A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧ 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。	a	個別支援計画に基づき、適切な支援を行うために、計画に位置付けたサービスが適切に実施できるよう、支援の内容ごとに検討を行っています。毎月開催する給食会議では、栄養士、作業療法士、主任、副主任が参加し利用者の障害に応じ、咀嚼や嚥下の状態別に食事形態やトロミ使用を協議し献立に反映しています。可能な限りトイレでの排泄を支援しています。障害者対応トイレ、ポータブルトイレ、おむつなどを使用し排泄時間を記録し適時看護師と連携し対応しています。移動・移乗支援は、障害に応じて車いす、歩行器などを使用し転倒・転落防止に努めています。リフトのある部屋が3室あり利用者の安全と職員の腰痛予防のためノーリフティングケアを推進しています。
A-2-(3) 生活環境		
A⑨ 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。	b	全室個室となっており、多目的ホールでの家族交流、創作室、談話室などはいずれでも利用できます。居室は温湿度計を設置していますが、エアコンはなく、換気と大型扇風機で空気の流れを作っています。病状が変化した場合はサービスステーションの隣の部屋に移動しケアをしています。環境の安全チェックを定期的に実施しています。家具の配置、ドアを開けておく居室の目隠し用の暖簾など居室環境は利用者の意向に添って対応しています。外出が難しい利用者にはパン屋は毎日、売店は週1回来所しています。ホールに自動販売機を設置する等生活を楽しむ配慮を行っています。しかし、一部修理の必要な箇所や不要な物品を置いていたり、鉄、洗剤、漂白剤の置き場所が利用者の目に入る場所であるなど、点検項目の見直しが必要です。今後は環境点検や整理整頓の取組を強化し安全で快適な生活環境整備を期待します。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩ 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。	a	毎月開催するリハビリ会議では、作業療法士、栄養士、主任、副主任、管理者が参加し個別計画や日中活動などについて協議しています。慢性期の利用者が多く心身の機能を維持するための日常生活動作訓練や日中活動で機能訓練を兼ねたゲームや運動、頭脳リハビリなどを取り入れ、生活の中で心身のリハビリを楽しく行えるよう支援しています。転倒防止のため移動や移乗動作などが不安定な場合は、個別リハビリ計画書を作成し、定期的・随時アセスメントとモニタリングの上、次回計画に反映しています。
A-2-(5) 健康管理・医療的 な支援		
A⑪ 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。	b	利用者の健康管理は、常勤の看護師2名が行っています。非常勤の嘱託医が、年2回の健康診断、月1回の巡回を行っています。看護師は日常の健康観察を行い、毎朝の朝礼時に変化ある利用者や排泄状況の報告をうけ嘱託医、主治医と連携し迅速に対応しています。救急対応、健康管理、通院、投薬、体調チェック等のマニュアルを整備しています。今後は、看護師不在時に備え、AEDや窒息時対応などの演習を取り入れ、毎年1回全職員が参加出来る研修や各種マニュアルを職員に周知し徹底する取組を期待します。

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。	b	医療的ケアは看護師が主治医の指示を受け胃ろうの受入れを行っています。看護師が行う医療的ケアのマニュアルは整備していません。現在、アレルギー疾患、食事療法が必要な利用者はいません。入所時、アレルギー疾患の有無を把握していますが、アレルギー対応マニュアルは整備していません。服薬マニュアルを整備し、服薬はダブルチェック体制を徹底し投薬事故はありませんでした。今後は、支援員等が行う医療的支援マニュアル、アレルギー対応マニュアルの整備と職員研修を実施し、周知徹底することや、アレルギー利用者の入所時には即対応できる体制の構築を期待します。
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
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。	b	利用者向けパンフレットで、利用者の社会参加を標榜していますが、現在、社会参加の機会はほとんどありません。外出は、利用者の希望を可能な限り組入れていますが、職員同行が必要で人員の関係もあり積極的な実施とはいえません。外出は、社会学習の機会であり、社会ルールを学んだり、金銭を使う機会でもあります。新型コロナも5類移行となり、地域の行事も徐々に再開しています。また、学習支援への取組や、利用者や家族等の希望を再確認し身近な社会活動への参加等を期待します。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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。	b	利用者に地域生活への移行を希望するかを聞き取っていますが希望はほとんどありません。家庭復帰を希望する利用者には、排泄等の訓練を実施しながら短期帰省等を実施し、帰宅の希望の充足を図っています。グループホームへの入居を希望している場合は受入れ先を検討しています。今後は利用者の地域生活の意欲を高める支援や工夫を期待します。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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。	b	家族関係のアセスメントを行い利用者の意向を尊重した対応を行っています。利用者から要望がある時は家族に伝えています。家族等からの要望があった場合は、利用者の意向や状況を踏まえて検討し、実現できる様にしています。年2回の機関紙の発送、法人の祭りやクリスマス会への参加を呼び掛けています。コロナ禍で中断していた面会を再開し、家族等と施設内交流で多目的ホールでゲームを楽しむ光景が見られるようになりました。今後は、家族との連携や家族支援についての施設の方針を定め、職員から定期的に日頃の生活の様子や利用者の思い、希望などを電話や手紙で知らせるなど家族との連携を深める取組を期待します。