

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)	神内秀之介	総合	第68号
	(2)	小野寺さゆみ	総合	第116号
	(3)	吉本 素子	福祉医療保健	第266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	光陽荘			
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 3 月 24 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 9 日			
評価合議日	2025 年 3 月 1 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

■自治会を通した利用者の共同生活への参加と啓発活動

光陽荘では、利用者のエンパワメントの一環として、自治会活動を行っています。自治会では、利用者が務める会長、副会長、書記、放送などの役割分担を支援し、自治会に参加する利用者一人ひとりができる限り主体的に関われるようにし、理念でも定める「共に支え合う」を実践し、利用者の参加と自己実現につなげています。自治会で決めたことが、どのように実行されたかを写真を交えて伝えています。また、暮らしのルールや健康管理など、自分の生活に意識を向けられるよう利用者に合わせた言葉で伝えています。利用者満足の向上を図るだけでなく、困ったことがあった場合の対応方法や、虐待についての知識、虐待通報システムや苦情申し立てから解決までの道筋なども取りあげ、利用者の権利擁護や、安心して利用者が共に暮らすことができる環境作りに取り組んでいます。

■自己決定支援の推進

光陽荘では、利用者の年齢が30代から90代までと幅が広いと、集団生活でのつながりや自己実現とともに、利用者個別の暮らし方や希望の聴取にも力を入れています。施設での生活が長期化し、65歳以上の利用者が7割に迫る中、利用者の意思確認やその時の利用者の気持ちに沿った自己決定支援となっているかを含め、障害特性委員会で利用者ごとに検討し組織的な取組を行っています。また、職員研修において利用者の権利擁護を重点課題とし、行動障害の理解や職員の専門性向上に取り組んでいます。職員は、利用者の障害理解や支援技術とともに法人の行動規範や、倫理綱領を踏まえ、利用者一人ひとりの生活の向上のために利用者の強みにも着目し、利用者に合わせたコミュニケーションで、意思を受け止めるための工夫を行っています。自己決定支援の一環として、個別支援計画作成の際の意見の聴取だけでなく、年3回の「傾聴の日」を定め、食べたいものや困りごとなど日常的话题の他に、利用者の意欲につながる支援や活動についても聞き取りを行い、チーム支援に活用しています。

◇改善を求められる点

■利用者のプライバシーの保護

施設では、プライバシー保護についてのマニュアルを定めていません。また、利用者の利用期間が長いため、以前からの流れの中で利用者の羞恥心や尊厳への配慮が十分とは言えない部分があります。虐待防止委員会や接遇委員会でも一部検討されていますが、施設としての方針等により、業務や利用者の生活環境を見直し、職員のプライバシー保護についての意識を醸成することを望みます。

■苦情解決の仕組みの構築

利用者や家族等の相談苦情について受け付けることを掲示し、利用者への周知を行っています。しかし、第三者委員の連絡先が同法人の事業所の電話番号になっていることなど取組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、重要事項説明書への第三者委員の氏名と連絡先の明記や、掲示物等にも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

特にありません

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 8 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)	光陽荘	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番地8		
電 話	0144-58-4141		
F A X	0144-58-4142		
E-mail	kenichi_shibuya@ryokusei.or.jp		
U R L	http://www.ryokusei.or.jp/		
施設長氏名	渋谷 謙一		
調査対応ご担当者	鷹嘴 剛 (所属、職名： 支援課長)		
利用定員	生活介護（60名）、施設入所（50名）	開設年	昭和 46 年 4 月 1 日
理念・基本方針： 緑星の里は昭和45年に設立し54年が経過していますが、創設当初からの基本理念「支え合って共に生きる」を念頭に、ご利用者やご家族、地域社会との繋がりを大切に、日々取り組んでおります。また、法人全体のサービス提供方針「私たちは、心に寄り添い、笑顔でサポートをモットーに共に支え合っています。」を定め、朝礼後に職員全体で唱和する等、共通理解を図っております。 光陽荘は、開設当初より知的障がいのある方でも高齢期を迎えた方のご利用が多いことから、生活スタイルも個々のペースに合わせ、ゆったりとした雰囲気作りを心がけて支援しております。			
施設・事業所の特徴的な取組： 利用者の平均年齢は67.1歳（生活介護）で、37歳から92歳までと幅はありますが、65歳以上の高齢者が36名で、全体の67%を占めています。そのため利用者様の生活支援では、事業計画推進計画によるチーム支援をベースに、定期的に利用者状態を評価し今後の支援に活かしております。また、意思決定支援の具体的な取組みとして、「傾聴の日（利用者様のお話を聞く機会）」を設けており、その意見や要望を聞き、今後の支援に活かしていくよう組織的に取り組んでおります。			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		2 回 平成 28 年 10 月 21 日	
開所時間 (通所施設のみ)	9：00～17：00		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業（定員○名）

1. 指定短期入所事業（空床型）
2. 地域生活支援事業（日中一時支援）

【利用者の状況に関する事項】（令和 6年 8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	3 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	1 名	名	4 名	9 名	36 名
					合 計
					54 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	1 名	名	名	名	名	1 名
聴覚又は平衡機能の障害	名	1 名	1 名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	2 名	名	名	名
肢体不自由	1 名	3 名	名	3 名	3 名	2 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	3 名	4 名	3 名	3 名	3 名	3 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
43 名	10 名	1 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
3名	0名	1名	1名	2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	0名	2名	0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
2名	5名	0名	1名	0名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
4名	3名	1名	23名		

（平均利用期間： 21.1年）

【職員の状況に関する事項】（令和 6年 8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	サービス管理責任者	支援員	看護師
常勤	33名	1名	1名	23名	2名
非常勤	7名	0名	0名	5名	0名
計	40名	1名	1名	28名	2名
	管理栄養士	調理員	清掃員	事務員	
常勤	1名	4名	0名	1名	
非常勤	0名	0名	2名	0名	
計	1名	4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	3名（ ）名
精神保健福祉士	3名（ ）名
介護福祉士	10名（ 1 ）名
社会福祉主事	9名（ ）名
保育士	6名（ ）名
正看護師	2名（ ）名
管理栄養士	1名（ ）名
栄養士	1名（ 1 ）名
調理師	4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	1,933,826 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	昭和	46	年
(4) 改築年	平成	11	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）

10 人

・ボランティアの業務

緑星まつり、夏まつり（施設内）における出店、利用者の引率対応など

【実習生の受け入れ】

・令和 6 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 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。

毎月1回光成会（利用者自治会）を開催し、利用者様から聴き取りや意見交換などを行っています。また、「傾聴の日」を設け、担当職員より聴き取りを行う等の対応を行っています。内容では、行事や食事、活動内容等の要望が多い状況です。

【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 法人の基本理念はパンフレットやホームページに記載し、職員には職員会議、利用者家族には入所時、実習・見学時に説明しています。また、サービスの基本方針は朝礼時に職員全員で唱和し、意識向上を図っています。倫理綱領なども施設内に掲示し、常に周知を徹底しています。さらに、利用者の意見を尊重する「傾聴の日」や自治会活動を通じて理解浸透を深めています。契約時には体験利用を通じて利用者のサービスへの理解を促し、家族等には重要事項説明書を丁寧に説明しています。また、職員に対しては権利擁護の重要性を理解する研修等を実施し、一体的な支援を継続しています。

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。	a 毎月の施設長会議で稼働率状況を報告し、収支状況は試算表を用いて把握しています。計画的な予算執行を行い、状況を確認しながら職員会議で定期的に稼働率や収入状況を共有しています。また、各事業所やWEBなどから情報を収集し、内部の試算表や予算と照らし合わせて確認を行っています。今年度の報酬改定の概要については、今後の支援や経営に影響するため、都度事業計画を含め職員へ詳しく説明し現場での取組みと計画を連動しています。
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 利用者の高齢化による長期入院や死亡退所により利用率の低下が見られたため、今年度より法人事業所や計画相談から定期的に情報を収集し、利用ニーズを把握しています。また、新規利用者の受入れや重度支援加算、新加算の取得を年度の事業計画に反映し、計画的に進めています。令和6年度の報酬改定に伴う入所支援の経営方針については、法人および苫小牧市の利用ニーズを踏まえ、意思決定支援や権利擁護の観点から現状把握と対応に努めています。今後も継続的な取組みを期待します。

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 法人および光陽荘の中期計画（令和6年～8年度）を策定しています。報酬改定で示された利用者の意思決定支援の具体化や人材育成を中心に進める予定です。支援部や施設ごとに対応を進め、予算に関する要望を確認しながら事業計画を委員会業務へ反映しています。しかし、具体的な数値目標や重要業績評価指標（KPI）の設定には至っておらず、引き続き検討が必要です。今後は数値に裏付けした計画の補強を期待します。

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	中長期計画に基づき計画を策定していますが、数値目標の設定ができていない点が課題です。令和6年度の報酬改定に向け情報収集を進めてきたものの、不十分な中での計画となっています。前年度の事業報告内容を確認し、推進計画や評価表を土台にしながら引続き計画を進めていく方針となっています。今後の振返りの中で、更新していくことを期待します。
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	職員会議では、半期および年度末に事業計画の進捗状況を全職員で確認しています。毎月の主管会議でも進捗状況を把握し、検討を進めています。利用者支援においては、各チームが意思決定支援、リハビリ、食生活などに基いた計画の実施と振返りを行っていますが、パート職員や夜勤専門職員への説明・周知が不十分である点が課題です。今後は職員の意見を集約、反映し、計画の進捗把握や評価を定期的に行い、改善を図りながら周知を徹底していくことを期待します。
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。	b	感染症予防対策のため、家族会総会での説明は書面送付に切替えましたが、事業計画の十分な理解がされているかが課題です。利用者に対しては、サービスの質向上や権利擁護の視点で寄添う支援が行われているか、自治会（月1回）や個別の関わりを通じて確認し、その結果を職員に共有して改善を図っています。家族の高齢化や成年後見人の増加もあり、約9割の参加がある家族総会やその他の交流機会を活用し、分かりやすい説明が継続され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。	a	法人コンプライアンス委員会による内部監査や障害福祉サービスの自己点検を実施し、改善事項は主管会議で共有しています。事業計画推進計画に基づく活動や定期評価を行い、利用者の身体状況の変化を見逃さないよう努めています。権利擁護では、法人虐待防止委員会が虐待防止自己チェックを行い、個別振返りや統計による前回比較を通じて検証と対策を実施しています。7チームで領域目標を検討し、数値化を進めることで視認性を高め、法人リハビリ職員の協力を得て動画確認なども活用しています。
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。	a	利用者の要望や意見は、自治会や面談を通じて収集し、組織に反映するよう情報交換に努めています。利用者の状態変化については、評価や個別アセスメントを基に課題を個別支援会議で検討し、タイムリーな対応を実施しています。組織的には主管会議で検討・対策を行い、全体会議で説明と周知を図ることで、一連の取り組みを紐付けしながら進めています。

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	規程により管理者の責務を明確に示し、施設長会議では法人運営における役割分担を提示しています。職員には法人事業計画に基づき組織図などを用いて説明と周知を行い、光陽荘では職務分掌を通じて全体に周知しています。全体会議や担当者会議での情報共有に加え、施設長が講師を務める内部研修をほぼ毎月実施しています。また、課長と施設長が兼務し、主任と課長が交代で対応しつつ、SMSやPCメールを活用して連携を図っています。
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	法人コンプライアンス委員会による福祉サービスの自己点検は年1回施設長が実施し、是正箇所があれば主管会議で説明し、改善を進めています。規程や経理事務処理の周知についても、その都度職員へ説明を行い対応しています。また、法人のコンプライアンス委員会に参画し、内部監査も実施することで、継続的な改善と運営の透明性確保に努めています。しかし、契約書等が民法改正に対応していないことなどもあり、運営に係る法令等をリスト化し、キャッチアップしていくことを期待します。
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。	a	今年度は事業計画に基づき、権利擁護に重点を置いた内部研修を企画・実践しています。研修後は、事業計画推進計画に基づき各チームの活動に活かせるよう説明を行っています。また、経験年数や階層別の研修を法人内で実施し、重度支援加算の取得に向けた外部研修も受講しています。これらの取組みは事業チーム単位で進めており、一部は人事考課にも反映する仕組みを取入れています。
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	職員個々の面談を通じて、チームアプローチの考え方や環境改善を含めた課題を整理し、令和6年度の事業計画に反映しています。特に、利用率の低下が目標稼働率に影響を及ぼしているため、その対策を実践中です。現場への高い関心を持ちながら、具体的な指示やアドバイスを迅速に行い、改善を早めるとともに、状況の「見える化」に努めることで効果的な対応を図っています。

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	法人では、人材育成のための研修体制整備、人事考課、チューター制度に加え、大学等との情報交換や連携、求人サイトなどを活用した求職活動を通じて幅広く人材確保に取り組んでいます。大学との連携は法人全体で割当てられ、エントリーの確保にも注力しています。光陽荘でも必要人員確保に向けて求人業者を活用していますが、少子化や福祉職希望者の減少により、十分な成果には至っていないのが現状です。今後は改めて施設個別にニーズに合わせて、計画書に盛り込むとともに新たな求人活動についても検討することを望みます。

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人では人事・労務管理に基づき、理念や職員像を明文化し、職種や職位に応じた研修計画を策定しています。また、人事考課制度を導入し、事業計画を基に各職員が行動計画を作成し、年3回の面談を通じて定期的に評価しています。これらはチームワークやコミュニケーション能力の向上に寄与していますが、昇級・昇格の仕組みが具体的でない点や、効果的なキャリアパスにつながっているかが今後の課題となっています。また、個別支援会議では関係機関を巻き込みながら対応を進めています。
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り組んでいる。	b	就業規則に基づく有休取得や育児休業制度、職員の検診、ストレスチェック、産業医の定期巡視など、働きやすい労働環境の整備が進んでいます。しかし、人員配置基準を満たしていても、個別化された支援ニーズが高く、職員一人ひとりの負担が大きいのが現状です。ICT化による業務改善の一つの対策として検討していますが、全体での実施には至っていません。育児や介護に関する支援は就業規則に規定し、人事課への相談も可能ですが、浸透には課題があります。今後は働き方の多様化についてさらに検討を進め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。	a	法人の期待する職員像や行動基準をもとに研修計画を策定し、人事考課では事業計画を媒体に個々の行動計画を作成しています。正規職員は半期ごとに面談を通じて評価を実施し、嘱託職員については人事考課とは別に、1年以上勤務している職員を対象に評価を行っています。現在、評価制度に該当しない職員はおらず、嘱託職員の評価もタイプに応じて適切に実施しています。
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	毎年、法人研修委員会が策定した研修計画を基に、個々の研修計画を作成しています。研修後は報告会や資料回覧を通じて、不参加者にも内容を共有するよう配慮しています。今年度は権利擁護を重点課題とし、重度障害者支援加算取得、行動障害者支援の理解や専門性向上を目指した研修を優先的に実施しています。研修の全体運営や要件の決定は法人の計画を基にトップダウンで行っており、課長が全体をコーディネートしています。嘱託やパート職員の研修参加が課題となっているため改善を期待します。
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	年間研修計画に基づき、各職員に必要な研修参加を指示し、伝達研修や内部研修を通じて内容を共有することで施設全体の専門性向上を図っています。研修内容は勉強会や回覧で周知し、オンライン研修の受講状況も毎月管理しています。今後は、人事考課等の面談を通じて、職員個々の希望する研修を反映させた計画策定を進め、さらに効果的な研修体制を目指していくことを期待します。

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 実習生の受け入れは感染予防対策により一時自粛していましたが、令和6年度より再開しました。支援課長が所管し、学校の実習要綱に基づき目的に沿った実習プログラムを作成し実施しています。法人全体の実習管理は人事課が行っていますが、現状では明確な体制を整備していない点が課題です。一部の実習生は法人内の他施設で保育実習などを実施しており、全体での取組み強化が必要です。今後は、施設としての実習ポリシーやプログラムなどを明確化することを期待します。

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 ホームページやSNS、要覧、ワムネット、苫小牧市福祉ハンドブックなどを通じて情報公開を行い、さらに定期発行している緑星通信や緑の星によって情報発信を強化しています。緑星通信は施設で管理し、ホームページの更新内容は本部担当へ依頼しています。SNSは法人全体で運営し、各施設の担当者が情報を提供しています。今後の課題として、アクセス解析などを活用し、より効果的な情報発信の検討を期待します。
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 法人では、年4回の監事監査や公認会計士による監査指導、コンプライアンス委員会による内部監査を実施しており、事務系業務についても公認会計士の指導を受けています。また、オンブズマンチームも定期的に関与し、監査結果に基づく改善事項は施設長会議で周知し、その後対応を進めています。これらの取組みにより透明性と適切な運営を図っています。

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。	b 法人では社会貢献推進委員会を立上げ、交通安全啓発、市民向け研修など地域の潜在的ニーズに応える活動を進めています。光陽荘では感染予防対策を講じつつ、1日でボランティア150名、来場者300名が来場する緑星まつりや地域イベント、小グループ外出を通じて地域交流を図っています。しかし、全般的に活動は少なく、社会資源の整理も十分とは言えません。訪問系サービスの活用を含め、ガイドラインを元にさらなる取組強化を期待します。
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。	c 現状、ボランティア受入れは恒例行事の緑星まつりや夢まつりを中心に体制を整え、家族や地域ボランティアを受入れています。一方で、ボランティア受入れに関する基本姿勢の明文化や、登録手続・配置・事前説明に関するマニュアルの整備は不十分であり、利用者との交流を深めるための研修や支援体制も不足しています。また、地域の学校教育への協力姿勢も十分に明文化されていません。今後は、ボランティア受入に関する明確な方針やマニュアルの整備、必要な研修の実施、さらに地域教育への積極的な協力を進めることで、受入体制の充実と地域交流の促進を図ることを望みます。

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。	c	これまで行政・医療・保健・相談支援・消防などの関係機関との連携を通じて取組みを進めてきましたが、今後はさらに連携を強化する必要があります。そのため、地域連携推進会議や防災訓練、新興感染症対策などの体制整備を検討しています。法人全体でも地域連携は重要な課題となっており、地域の圏域会合への参加を継続しています。これらについてリスト化や職員との共有を行い、地域移行に際しては体験や事後の家族調整を行うなど、具体的な事例を通じて支援を重ねていくことを望みます。
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	法人では、社会貢献推進委員会を通じて交通安全啓発活動、市民向け研修、介護教室などを実施し、地域包括支援センターや相談支援事業所の研修・会議に参加して情報交換を行っています。光陽荘では、相談支援事業所や養護学校と利用ニーズや事業所紹介を兼ねた情報交換を進めています。推進メンバーは設置していませんが、施設長会議で情報共有を行い、地域ケア会議に参画しています。また、法人全体では独居高齢者の安否確認として配食サービスも実施しています。今後、施設独自でも地域福祉ニーズを把握できるアンテナを貼ることを期待します。
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。	c	法人では、社会貢献活動に加え、相談支援事業所や地域包括支援センター主催の研修・地域ケア会議を通じて地域ニーズに対応しています。光陽荘では、社会貢献推進委員会を中心に活動を進めていますが、感染対策の影響で一部活動を自粛している状況です。また、法人全体で緊急時対応として、不明者発生時に連絡が来るシステムに登録し、熊の出没情報なども法人が一元管理し、各施設長へ速やかに共有する仕組みを整えています。今後も法人と連携をしながら、施設独自でも地域福祉ニーズに沿った活動や事業を計画することを望みます。

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	倫理綱領は法人に先駆けて光陽荘で作成し、職員の行動基準とともに職員へ繰返し伝えていきます。利用者の尊重について施設内への掲示を行うほか、利用者の自治会でも情報提供し、職員の支援について利用者からも意見を寄せてほしい旨を伝えています。また、自己決定支援や令和6年から始まった個別支援計画策定時の会議に本人が参加することなどを通じて、利用者の尊重の姿勢を徹底しています。
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整備していませんが、虐待防止委員会や接遇委員会でプライバシーへの配慮について周知しています。しかし、2人部屋においては、ポータブルトイレの設置方法やオムツの収納等においても羞恥心への配慮がみられません。その他の掲示でも利用者の疾病や失禁等への配慮がなされていません。利用者から苦情がない、理解できないだろうということではなく、職員がプライバシーとは何かについて今一度学び、環境や支援について検討することを望みます。

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	パンフレットやホームページに事業所の掲載を行っています。施設の特徴や専門性などの紹介がないため利用希望者には施設があることはわかりませんが、他の施設と比較検討するための情報が乏しいものとなっています。インターネットでの情報公表をはかるためSNS等の活用を検討していますが、利用希望者にとって選択に資する情報を積極的に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	契約前に見学などを行い、利用者が理解した上でサービスを開始しています。利用開始時には利用者と家族等が立合い説明を行っています。しかし、契約書にはルビを振っていますが、重要事項説明書にはありません。利用者が契約の主体となっていることから、利用者が理解しやすい工夫を行うことを期待します。
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	令和6年度に施設からグループホームに移行した事例があります。本人と家族から自宅に戻りたいと希望があり、個別計画に位置付け支援を行っています。利用者の年齢と障害、家族の介護力などを総合的に検討し、グループホームへ入居しています。その際、法人内の移行だったため、連携はスムーズに行っています。今後は、移行についての手順書や添書など、必要な仕組みを整えていくことを期待します。
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。	a	利用者から希望等を個別に聴取する他、毎月の自治会活動を通じて利用者満足を図っています。自治会活動では、利用者の権利や健康管理などについて情報提供し、ひかりしんぶんの発行を支援しています。利用者から寄せられた有料放送の導入などは次年度から予算化の検討を行っています。
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	苦情受付のマニュアルはありませんが、フロー図で流れを確認し、利用者の個別記録に記載しています。苦情等があった場合は職員は月例会議で共有しています。重要事項説明書に苦情解決の受け先を掲載していますが、受付担当と責任者と第三者委員の連絡先がすべて施設の電話番号となっており、第三者委員へ直接連絡する方法を明示していません。また、苦情解決状況の公表を行っていないため、早急に改善することを望みます。
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。	b	利用者には自治会を通して相談や意見などを受付けていることを周知しています。また、併せて話しやすい職員に何でも話せることを伝えています。職員個々でコミュニケーションカードを使うなどの工夫を行っていますが、相談等に対する手順書や研修等を行い、どの職員でも適切な対応ができるよう取組んでいくことを期待します。
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。	b	利用者の自治会や傾聴の日の結果は、速やかに職員が共有しています。相談や意見に関し、実施に予算が必要なものについては、家族会の同意を得て家族会会計から支出する場合もあります。しかし、職員は相談等を受けた場合やコミュニケーション技術等に関するマニュアルがないため、対応にばらつきがある恐れがあります。今後は対応マニュアル等を整備し、手順を定めることを期待します。

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	利用者の自治会では、ケガをしないための勉強会も行い、職員の一方的な取組だけでなく利用者への注意喚起も行っています。リスクマネジメント委員会を組織し、リスク検討会議でヒヤリハット報告件数の把握や転倒リスク評価等を行い、利用者個別の危険度を図っています。6種類の評価を行いリスクについて多角的に分析していますが、支援の中で実践するために、個別支援計画への反映や、手順書やマニュアルの変更などを含め、再発防止策として有効に機能するよう工夫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	感染症予防対策委員会を設置し、年4回会議を行っています。感染症発生時の防具の脱着訓練や、内部研修は看護師が担当しています。感染症マニュアルと、新型コロナウイルス感染症の事業継続計画（BCP）を策定しています。BCPの見直しは令和3年と5年に行っています。BCPには、周知、研修、訓練と見直しの時期を定めることや、コロナウイルス感染症以外の感染症も想定していくことを期待します。
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やっている。	b	令和6年度の事業計画の重点課題としてBCPの研修・訓練結果を評価することとなっています。苫小牧市の研修に参加し、防災訓練に位置付けた避難訓練と、BCPにおける机上訓練を実施しています。今後は、地震災害以外の想定も行うことや、職員、利用者、家族等への事前の周知にも力を入れていくとともに、法人内他事業所や地域との連携についても検討することを期待します。

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。	c	法人のリスクマネジメント委員会が作成した各種マニュアルがありますが、1つのテーマがA4サイズ1枚の業務のフローとなっており、具体的な方法や配慮事項の記載はありません。事業所では高齢の重度重複障害者の生活を支援しているため、現行のマニュアルでは利用者の状況に即し、なおかつ業務全般を十分に網羅しているとは言えません。そのため、基本的な介助についても、職員に迷いが生じている現状があります。自ら提供するサービスを洗出し、職員の知識レベルや入居者の障害特性に合わせたマニュアルを編成することを期待します。
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。	c	マニュアルの見直しはリスク委員会が毎年9月に行うことになっています。また、障害特性委員会では職員からの対応についてのアンケートをまとめ、利用者ごとの介護の注意点などについて話し合いを行っています。今後は、標準的なマニュアルとして職員が確認しやすい書式にまとめ、定期的に現状を検証し、見直しの必要な具体的な項目について協議記録を作成し、内容を反映していくことを期待します。

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 アセスメントは、毎年8月と1月に実施しています。「サービス提供のプロセス」の書面において、計画策定のフロー図及び具体的行動と期限を定めています。アセスメントは利用者の担当職員が行い、サービス管理責任者が個別支援計画を作成しています。個別支援会議は看護職や担当職員が参加して行っています。フェイスシートやアセスメント様式があり、更にリスクの側面から6種類の評価を行っていますが、それらが計画に有効に反映していない状況です。利用者アセスメントをどのように計画に反映するのかを「サービス提供のプロセス」マニュアルで規定し、仕組みとして構築することを期待します。
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 計画の評価は半年毎にサービス管理責任者が行っています。また、利用者も評価に参加しています。サービス担当者会議を行い、利用者の支援記録から利用者の担当者が会議で意見を伝えています。しかし、標準的なマニュアルや、計画内容の具体的な実施方法が職員の共通の認識となっていないことから、評価基準が曖昧になっている側面も見られます。評価のためには、計画した支援内容を適切に実践し、評価を行っ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 個人記録はシステムで管理しています。職員全員にIDとパスワードを割り振り、情報の共有をしています。しかし、月ごとにまとめて入力するデータや排便チェック表などは別に記録しており、実施記録を支援記録に名称変更し、統一していくことを検討しています。今後は、利用者の個別支援計画の実施状況や、利用者の状況などの支援に必要な情報を一元化していくことや、職員により記載に差異や書き漏れが生じないように仕組みを構築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 処務規定に文書の取扱と保存について定めています。また、個人情報の保護方針、個人情報管理規定、特定個人情報取扱規定がありますが、個人情報の利用目的を定めていません。個人情報の管理は、コンプライアンスとして施設長から職員へ伝え、令和6年度中に研修を行う予定となっています。職員の退職時に誓約書を交わし、漏洩がないようにしていますが、在職中においてもUSBの持出しや、インターネット等を含め漏洩があった場合の対応等について定め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	毎月の自治会活動や年3回の傾聴の日の聞き取り、日常の関わりの中で利用者の意向を確認しています。特に発語の難しい利用者には選択肢を用意し確認を行っています。職員は令和6年度の内部研修で意思決定支援研修を受け自己決定支援の向上に取り組んでいます。

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。	a	法人の倫理綱領、職員の行動基準に規定しており、館内に掲示し常に利用者、職員の目に止まるようにしています。職員間では定期的に読合わせと施設内研修を行っています。利用者は自治会活動の中でスライドや絵を利用し、自らの権利と施設の取組について説明を受けています。虐待防止・虐待防止対応マニュアルに基づき、虐待防止委員会で職員のかかわりを検証しています。利用者と職員相互で権利擁護について共通の理解を持てるよう取組んでいます。

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	65歳以上の利用者が7割弱、障害支援区分6の利用者が7割強と高齢化と重度化が進んでいる中、自治会活動や傾聴の日の聞取り、日常生活の関わりの中で利用者の意向や障害特性を踏まえニーズを把握し、個別支援計画に基づいた支援を行っています。日中の活動は利用者の選択により、共有部分の清掃や手工芸、貼り絵、カラオケなど希望に合わせた活動に参加しています。
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	意思表示や言葉での伝達が難しい利用者には筆談や現物、写真等を提示し、障害特性に合わせた選択ができるように支援しています。自治会活動や傾聴の日の聞取り、日常生活の関わりで把握した情報を職員間で共有しています。個別支援計画や個別支援会議で職員間で共有し支援を行っています。また、職員は強度行動障害の特性を理解するため外部研修に参加し専門知識の向上に取り組んでいます。
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	令和5年度に職員の接遇研修を行い、傾聴の日の聞取りとともに、日常生活の関わりの中で各利用者の希望や意思を出しやすい場や雰囲気作りを行っています。職員は内部研修で令和6年に意思決定支援を受講し利用者の意思を尊重する支援に努めています。令和6年度から利用者が個別支援会議に参加し自分の意見等を出せる場を設けています。
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	日中活動は作業棟の4室を使用し、生活の場と分離していることで利用者はメリハリのある生活を送っています。積極的な活動と健康に配慮した活動に分かれ、個別支援計画に基づき支援しています。毎日、日中活動前に声かけをし意思や希望を尊重し、利用者が参加の可否を決めています。各作業棟にはカラオケや絵画の道具等を備え、楽しみながら活動できるようにしています。他人の声等気になる利用者には静かな場所を提供し、施設のホールでジグソーパズルに取り組むなど利用者の状況や意思を尊重した柔軟な支援を行っています。

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	利用者の状況は、重度障害、認知症、症状の重複や高齢化と多種多様です。個別性が大きいいため、個別支援計画に基づいて支援を行っています。障害特性委員会を組織し、半年ごとに利用者の介護の必要性をバーセルインデックス（日常生活動作評価）で測っていますが、個別計画への反映が十分ではありません。日中活動時の支援と生活棟での情報に差が生じており、共有に課題があります。そのため、サービス担当者会議、個別支援会議等で職員間の情報共有や支援方法の統一について検討することが大切です。また、各職員が強度行動障害等の知識を身に付け、利用者支援に関する共通の理解を持つことを期待します。
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。	b	個別支援計画に基づいた支援を行っています。が、十分ではありません。食事介助では理学療法士（PT）から助言を受け実施していますが、現場職員が利用者には個別性が高い支援が必要と感じているものの、計画の策定が曖昧で、実践できるマニュアルが参考とならない日常支援メニューも散見されます。入浴支援についても、時間が限られており十分な対応ができていないなど、課題があります。今後は、アセスメントを踏まえ、個別支援計画において必要な支援内容を明確にすることや、標準的なマニュアルの整備や個別性に配慮した支援が提供できるよう取り組んでいくことを期待します。
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	リスクマネジメント委員会があり、リスク検討会議での分析を行っています。転倒のヒヤリハット事例が半数以上を占めています。そのため転倒防止センサー等を使って転倒事故の予防に努めていますが、高齢の重複障害者と、施設の老朽化もあり、解決のための決定打が見いだせない状況です。また、定員70名から50名に減員していますが、2人部屋もありプライバシーの確保も難しい状況です。特に排泄に関する支援の際の羞恥心への配慮等が課題となっています。今後は、「暮らしやすい環境整備」のリスト及び衛生委員会の巡視においてもプライバシーの視点を取り入れることや、利用者の権利擁護の視点も含めて生活環境を見直していくことを期待します。
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。	b	身体機能は年2回バーセルインデックス評価と転倒リスク評価を実施し、各利用者の状態を把握しています。必要な利用者に毎日5分リハビリ室のPTの指導のもとリハビリを実施しています。また、生活リハビリとしてラジオ体操、ADL体操を行っています。今後は、利用年数が20年を超え、高齢で重度障害のある利用者が多い状況において、身体機能低下の防止の取組が課題となることが予測されます。高齢者特有の疾病や身体機能の変化などに対応できるよう、取り組んで行くことを期待します。
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。	a	朝のバイタルチェックを行い、本人の様子を体調チェックマニュアルに基づいて個人記録に記録しています。体調変化時は救急対応マニュアルの行動手順に沿って対応し、家族等への状況報告を行っています。利用者にも自分の体調管理について意識してもらえるよう、自治会活動で熱中症についての周知を行っています。

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	施設長を責任者として医療的支援、感染対策マニュアルを整備し、手順を明確にしています。看護師の配置により、日常的な利用者の健康管理と、日中帯の対応が可能となっています。持病などで緊急性のある状況が予測される利用者に対しては対応マニュアルを作成し宿直室に掲示しています。今後は、誤薬事故をなくするための仕組み作りとともに、職員に対して利用者の障害や疾病、薬についての知識が持てるよう、研修等を行って行くことを期待します。
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。	c	コロナ感染予防のため外出や社会参加の機会を制限しています。以前は参加していた小学校との交流会や交通安全の旗振りも利用者の体力と気力の衰えで難しくなっています。利用者が地域の一員として生活することは法人理念が目指す社会的包摂の第一歩といえます。利用者の現状や希望を踏まえた支援を推進していくことを望みます。
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	傾聴の日に利用者の地域移行についての意向を確認しています。過去に法人内のグループホームへの移行の希望があり、連携を行っています。また、傾聴の日の聞取りでは他事業のサービスで日中活動をしたいかなどの希望を含めてサービスの利用についても聞取っていますが、選択の前提として利用者への情報提供の工夫とともに、他法人のサービスとの連携のための手順や書式の準備等も進めていくことを期待します。
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	利用者の様子を伝えるため、毎月の会報を家族等に送付しています。家族会がありますが、年1回の総会は家族の高齢化とコロナ感染予防のため行っていない。利用者の帰省の際の支援や、緑星まつりの時は最寄りの駅から施設まで家族の送迎を行っています。利用者にとって、家族等との交流は生活の質を高めるためにも大切なことです。また、家族の生活や支援に関する悩みなどに応え、家族の支援を行うことも必要です。今後は、家族との連携や家族支援についての方針を定め、適切に対応していくことを希望します。