

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2017年3月21日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 063-0825  
住所 札幌市西区発寒5条2丁目3-8-201

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 評価機関認証 第14-001号  
代表者氏名 鈴木 正子

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)	羽田 保子	福祉医療保健	第0152号
	(2)	百合野 潔	福祉医療保健	第0238号
	(3)	橋見館 由美子	福祉医療保健	第0117号
	(4)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(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	リハビリリー・エイト			
設置者名称	社会福祉法人 北海道リハビリリー			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 北海道リハビリリー			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2016年6月2日	~	2017年1月16日	
利用者調査実施時期	2016年7月26日	~	年 月 日	
訪問調査日	2016年12月9日			
評価合議日	2016年12月17日			
評価結果報告日	2017年3月21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

サード・アイ合同会社

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人 北海道リハビリ

代表者氏名: 石崎 岳

所在地: 〒061-1102 北広島市西の里507番地1

TEL 011-375-2111

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

別紙による

◇改善を求められる点

別紙による

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価の受審にあたりましては、利用者へのインタビューや職員への聞き取り調査等を丁寧を実施していただき感謝を申し上げます。

特に評価の高い点としては、「利用者ファーストの精神に基づき、利用者一人ひとりの障がい特性等に配慮した支援や利用者が和めるような日々の楽しみにも配慮した福祉サービスの提供に取り組んでいること」、また「施設入所支援、生活介護、就労支援の全般において、職員の意識改革をはじめとして、管理者や管理職のリーダーシップが遺憾なく発揮されていること」などが評価されました。一方、今後期待される取り組みとしては、「現在実施している『ヒヤリハット活動』の多面的・効果的な展開等」について助言をいただきました。

私どもは今回の評価結果を真摯に受け止め、特に「a」評価に至らなかった項目につきまして、引き続き利用者様のご意向やニーズ等を踏まえ、職員一丸となって一層の支援の充実を図るとともに、高評価をいただいた項目につきましても、更なる高みを目指して、今後も福祉サービスの一層の向上に努めて参ります。

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

## 総 評

### <評価の高い点>

#### ○「利用者ファースト」

利用者は、車いす等を使用する方が多いので廊下やトイレ、洗面所、浴室といった設備は広々としています。手話通訳可能な職員は、聴覚障がいの方の出勤する日には必置となるように勤務が考慮されています。言語によるコミュニケーションが困難な利用者には、イラストで作成した「1日の予定」を示しています。

利用者が文化活動やスポーツ大会等へ参加する場合や自己啓発等を行う場合には、その費用の一部を助成する制度があり、アビリンピックへの参加等を後押しています。現在、ワープロ検定の資格取得を目指している方へも支給を検討中で、個々の利用者に応じた支援に努めています。

SST（社会生活技能訓練）はマナーや挨拶等の訓練だけではなく、自分の考えや気持ちを相手に伝えることや社会や他者を認知して対応・判断する力を身につける、といったより社会的な面での助言を行っています。

食堂から見える庭には、利用者が和めるようにプランターの花を設けています。花の時期が終わった庭は殺風景になりがちですが、職員が作ったかまくらは、利用者には好評でした。かまくらは、2階の喫煙スペースからも見え、車いすでかまくらに入って重心にかえる利用者の声が聞こえました。

このように、利用者一人ひとりの自立や自律の他、日々の楽しみも提供することに事業所は努めています。利用者を第一に考えてサービス提供する姿勢がうかがえます。

#### ○「管理職のリーダーシップ」

事業所は、第三者評価基準を使った自己評価を受審前に実施して、職員の利用者サービスに対する共通認識をあらためて図りました。福祉制度改革以後は、印刷業務優先となりがちな生産現場の意識から利用者支援を第一に改革を進め、福祉事業であることに立ち返るようにしました。職員全員が「支援者」という意識を高める指導を続けています。この意識改革と同時に、生産活動における製造販売の両組織の見直しや業務の効率化を図るとともに、受注物件の精査や印刷機器等の稼働率・生産性を検証して、職員の理解と協力を得て、生産ラインの統廃合やオペレーター業務を合理化する等により経営を改善させました。更に、軽作業部門を新設して利用者ニーズに応えられる福祉事業所として展開しています。福祉と就労を両輪として、管理職の指導力が発揮されています。

<改善を求められる点>

○「ヒヤリハット活動の充実」

安心・安全な福祉サービスの提供を目的として「安全衛生委員会」では定期的に事業所内外を巡回しています。事業所内では、複数個所に意見箱を設置し、利用者からもヒヤリハットを募り活用しています。また、安全衛生活動に加えて、入所支援・生活部門においては、独自に利用者の特性等を鑑みて日常生活支援上のヒヤリハットを別途収集してその都度改善策等を検討するなど、きめ細かな取り組みが行われています。

今後は、この取り組みを就労支援部門にも拡大するとともに、両部門の事例等を定期的に集約・分析し、事故防止対策に結び付けていくことが期待されます。

## 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 28 年 9 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 北海道リハビリー		
事業所名 (施設名)	リハビリー・エイト	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	〒 061-1102 北広島市西の里507番地1		
電 話	011-375-2116		
F A X	011-375-2115		
E-mail	hrkanri@seis.net		
U R L	http://seis.net/		
施設長氏名	福田 一宏		
調査対応ご担当者	佐藤 貴広	(所属、職名：支援3課 課長)	
利用定員	80 名	開設年	平成 22 年 11 月 1 日
<b>基本理念・基本方針：</b> 1. 基本理念 ○私たちは、障がいのある人も、ない人も、共に生き、共に働くことを合言葉に、利用者一人ひとりの尊厳と権利を大切に、利用者が生きがいと希望をもって、自立した生活と社会参加ができるよう、支援を行います。 ○私たちは、社会地域を構成する一員としてその責任と役割を自覚し、地域における福祉の充実・発展に貢献する事業活動を行います。 ○私たちは、社会福祉事業の担い手として、社会規範を守り、常に福祉サービスの向上を目指すとともに、経営基盤の強化を図り法人の健全な発展と、ここで働くすべての人の幸福の増進に努力します。			
2. 基本方針 (行動規範・利用者の人権に関する指針・利用者の虐待防止に関する指針 別紙)			
<b>施設・事業所の特徴的な取組：</b> 就労系施設には、専ら障がいの生きがい対策に重点を置きたいわゆる福祉的就労を志向する施設がある一方、障がいの一般雇用への結びつきが困難な状況を踏まえ、就労事業の内容を充実し、その中に障がい者雇用を創り出そうとする施設があり、北海道リハビリーはその後者に属します。このため、施設独自の受入体制を確立するとともに、障がいを持つ方のハンディキャップを補い就労の機会を広げるための授産機器等の導入を積極的に行い、適切な技術指導のもとに、職業的自立と社会参加へ向けた様々な支援を行っています。			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		0 回	(平成 年度)
開所時間 (通所施設のみ)	8：30～17：20		

### 【当該事業に併設して行っている事業】

○障害者支援施設（定員80名）	
・施設入所支援事業	定員40名
・生活介護事業	定員40名
・就労継続支援B型事業	定員34名
・就労移行支援事業	定員6名
・短期入所支援事業	空床型

【利用者の状況に関する事項】（平成 28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
0名	6名	10名	6名	5名	0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	6名	12名	9名	11名
					合計
					80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	1～5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	1名	7名	1名	名	名	1名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	1名	名	名	名	名
肢体不自由	13名	28名	1名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	2名	名	名	名	名
合計	16名	39名	3名	名	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
5名	12名	4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	1名	1名
合計	名	1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
3名	1名	6名	2名	3名	10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
5名	3名	4名	3名	3名	2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	1名	2名	0名	2名	3名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	2名	0名	23名		

(平均利用期間： 12年10カ月)

【職員の状況に関する事項】(平成 28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	サービス管理責任者	生活支援員	職業指導員
常勤	22名	1名	2名	9名	6名
非常勤	5名	名	名	2名	名
		就労支援員	目標工賃達成指導員	管理栄養士	看護師
常勤		1名	1名	1名	1名
非常勤		名	名	名	名
		医師	その他		
常勤		名	名	名	名
非常勤		1名	2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	2名 ( 名)
介護福祉士	4名 ( 名)
精神保健福祉士	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66年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	3,108.18	㎡
(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	13年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)		㎡
(2) 園庭面積		㎡
(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) に行き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		㎡	
(3) 敷地面積		㎡	
(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 27 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

43 人

・ボランティアの業務

40名 ボランティアカーニバルに係るテント設営、駐車場誘導係、店舗売子他

3名 マジックショー

**【実習生の受け入れ】**

・平成 27 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 8 人（インターシップ）

**【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。

給食会議、利用者自治会懇談会などをおして意見交換をしている。  
苦情相談箱を設置し、苦情や要望を吸い上げ利用者支援の向上に努めている。  
生活状況や心身状況などによって都度面談等を行い、問題解決に取り組んでいる。  
個別支援計画作成時、モニタリング時に面談等を行い、意見・要望等を聞き、それらを活かした計画作成等を実施している。

**【その他特記事項】**

作業訓練内容：印刷関連作業その他軽作業  
作業訓練提供時間：8：30～17：20（実作業訓練提供時間 7.5時間）  
就労継続支援B型平均工資：（H26 月額41,502円）

## 北海道リハビリー 行動規範

この規範は、社会福祉法人北海道リハビリーの全ての役職員が、法人の基本理念を共有しながら、その具体的な実現のために、常に心がけ日々行動することを目的として定めるものです。

### 私たちの基本姿勢

- 1 利用者をはじめ、法人の事業活動に関わる全ての人の尊厳と基本的権利を重んじ、障がいの有無や程度、性別、年齢、人種、国籍、宗教、思想等を理由とした差別をしません。
- 2 公共性・公益性の高い法人として、その社会的な責任と使命を常に自覚して行動します。
- 3 あらゆる事業活動において、社会倫理に則り、関係法令及び法人の規程等を遵守して行動します。
- 4 法人の正当な利益に反する行為、または、法人の信用を傷つける行為を一切行いません。

### 利用者との関係

- 1 私たちは、利用者の人格と主体性を尊重し、常に公平で心のこもった対応をします。
- 2 私たちは、いかなる理由があっても、利用者に対する差別的な発言や行動をしません。
- 3 私たちは、利用者に対する身体的、心理的、経済的等の、あらゆる虐待行為を行わず、見逃しません。
- 4 私たちは、常に支援者としての自覚をもち、専門的な知識と技術の向上を目指して努力します。

### 地域社会との関係

- 1 私たちは、地域社会の一員として、様々な機会を通じて、地域福祉の向上に努めます。
- 2 私たちは、事業活動による環境への影響に配慮し、資源の有効活用や省エネルギーの推進に努めるとともに、常に環境保全を意識して行動します。
- 3 私たちは、市民社会の秩序や安全に脅威を与える反社会的勢力・団体に対しては、断固たる行動をとります。

## お客様や取引先との関係

- 1 私たちは、事業活動により提供する製品やサービスの安全性と品質に対する配慮を怠りません。
- 2 私たちは、お客様や取引先との関係を常に透明かつ公正なものとし、誠実に取引を行います。
- 3 私たちは、取引先等との職務に関連して、便宜の供与を受けたり、社会常識を逸脱した接待や贈答品の授受は行いません。

## 法人の財産・情報の管理

- 1 私たちは、法人財産の適正な管理と有効活用に努めるとともに、法人の業務目的以外には流用しません。
- 2 私たちは、業務上のあらゆる情報の管理を徹底し、特に、役職員、利用者及びその家族の個人情報、並びに顧客、取引先の情報は、正当な目的以外に使用しません。また、在職中のみならず退職後も、所定の手続きに従うことなく開示や漏洩はしません。

## 職場における心構え

- 1 私たちは、常に挨拶と笑顔の絶えない、思いやりにあふれた明るく働きやすい職場づくりに努めます。
- 2 私たちは、職場における、報告・連絡・相談を徹底し、業務上のコミュニケーションと職員同士の絆を強めます。
- 3 私たちは、職場におけるセクシャルハラスメント、パワーハラスメント等の行為を決して行わず、見逃しません。
- 4 私たちは、常に整理整頓を心がけ、事故や怪我のない安全で安心できる良質な職場環境づくりに努めます。

## 利用者の人権に関する指針

### I 趣旨

本法人は、利用者個人が尊厳をもってその人らしい自立した生活が送れるよう、利用者の全人格を尊重し、個々が内包するあらゆる可能性を導き、自立することを主眼として、すべての職員がこれらを認識し、本指針を遵守して福祉の増進に努めることとする。

### II 人権の尊重

- (1) 利用者の障がいや個性を正しく理解し、利用者及びその家族等の基本的人権を尊重する。
- (2) 利用者の市民としての基本的な権利行使に配慮し、必要な支援を行う。
- (3) 利用者の生活及び作業上において、希望や意見が施設運営に反映されるよう努める。
- (4) 利用者の活動範囲が広がるように、ニーズの把握に努め、適切な支援を行う。
- (5) 利用者の主体的活動については、その意向を尊重し、必要な支援を行う。
- (6) 利用者の健康管理及び事故防止等には、最大限の配慮と支援を行う。

### III プライバシーの保護

利用者それぞれのプライバシーが尊重されるよう、次に掲げる事項を基本として定める。

- (1) 利用者及びその家族の個人情報、法の下に保護されるべき私的利益ないし権利であり、これを尊重する。
- (2) 施設利用に関しての利用者の個人情報は、事業所がその責任において保護・管理する。
- (3) 業務上における利用者の個人情報は、各部署で保護・管理し、その責任は所管の責任者とする。
- (4) 利用者の個人情報を業務上取り扱う場合は、所管の責任者の指示、許可を受けるものとする。その主なものは次のとおりとする。
  - ① 個人情報の撮影、複写、録音、搬出、移動等
  - ② 個人のプライバシーに関わる居室等の立ち入り又は見学等。
  - ③ その他個人情報事項の保護・管理上必要と認められる場合。

### IV 人権の擁護

利用者の人権等を厳守し、その侵害を防止するため、次に掲げる事項を定めてこれを厳守する。

- (1) 利用者に対する職員の体罰等は、厳にこれを禁止し、すべての職員がこれを遵守するものとする。
- (2) 体罰とは、物理的行為によって身体に侵害を加える場合、又は社会通念上認められない精神的・肉体的苦痛を生じさせるものをいう。

## 利用者への虐待防止に関する指針

### 1. 趣旨

本法人は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、利用者に対する虐待の禁止、虐待の予防及び早期発見のための措置等を定め、すべての職員がこれらを認識し、本指針を遵守して、福祉の増進に努めることとする。

### 2. 虐待の定義

虐待とは、職員等から利用者に対する次のいずれかに該当する行為をいう。

#### (1) 身体的虐待

利用者の身体に外傷を生じ、若しくは生じる恐れのある行為を加え、または正当な理由なく利用者の身体を拘束すること。

(蹴る・殴る・たばこを押しつける・熱湯を飲ませる・食べられないものを食べさせる・食事を与えない・戸外に閉め出す・部屋に閉じ込める・縄などで縛る等)

#### (2) 性的虐待

利用者においせつな行為をすること、または利用者をしておいせつな行為をさせること。

(性交・性的暴力・性的行為の強要・性的雑誌やDVDを見るように強いる・裸の写真や映像を撮る等)

#### (3) 心理的虐待

利用者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応または不当な差別的言動、著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

(「そんなことをすると外出させない」など言葉による脅迫・「何度言えばわかるの」など心を傷つけることを繰り返す・成人の利用者を子ども扱いするなど自尊心を傷つける・馬鹿にする・無視する・他者と差別的な対応をする等)

#### (4) ネグレクト

利用者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、前三項に掲げる行為と同様の行為の放置、利用者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

(自己決定といって放置する・失禁をしていても衣服を取り替えない・栄養不良のまま放置・病気の看護を怠る・話しかけられても無視する・拒否的態度を示す等)

#### (5) 経済的虐待

利用者の財産を不当に処分すること、利用者から不当に財産上の利益を得ること。(利用者の同意を得ない年金等の流用など財産の不当な処分)

### 3. 虐待防止委員会の設置及び虐待防止に関する責務等

虐待の防止及び早期発見への組織的対応を図ることを目的に、次のとおり虐待防止委員会を設置するとともに虐待防止に関する責任者等を定めるなど必要な措置を講ずる。

#### (1) 虐待防止委員会

① 委員会の委員長は、常務理事とする。

② 委員会の委員は、事務長、自立支援・相談室長、各事業所管理者(施設長)とする。

③ 委員会は、年1回以上、委員長が必要と認めた時に開催する。

また、必要に応じて本法人監事、苦情相談委員等を委員会に招聘し、助言等を得ることとする。

④ 委員会の審議事項等

・職員の意識を高める掲示物等に関すること。

- ・基本理念、行動規範等、職員への周知に関する事。
- ・職員の人権意識を高めるための研修計画の策定に関する事。
- ・職員が支援等に関する悩みを相談することのできる相談体制に関する事。
- ・虐待防止、早期発見等に向けた取り組みに関する事。
- ・苦情解決制度、第三者評価、成年後見制度の活用に関する事。
- ・虐待発見時の対応に関する事。
- ・その他人権侵害、虐待防止等に関する事。

⑤ 委員会の事務局は、総務課に置くこととする。

#### (2) 虐待防止に関する責務等

①虐待防止に関する統括は事務長が行い、責任者は各事業所管理者（施設長）とする。

②虐待防止に関する責任者は、本指針及び虐待防止委員会で示す方針等に従い、虐待の防止を啓発・普及するための職員に対する研修の実施を図るとともに、成年後見制度の利用支援、苦情解決体制の活用など日常的な虐待の防止等の取組みを推進する。

また、責任者は虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、虐待の早期発見に努めなければならない。

なお、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

### 4. 虐待の早期発見等への対応

#### (1) 虐待の早期発見

虐待事案は、虐待を裏付ける具体的な証拠がなくても、利用者の様子の変化を迅速に察知し、それに係る確認や責任者等への報告が重要である。

また、地域で生活している利用者のサービス利用時等の様子にも配慮し、疑いがもたれる場合には、家庭訪問や相談支援事業者との連携、さらには、行政への通報を含め迅速に対応することが必要である。

なお、虐待とは利用者の権利侵害する些細な行為から虐待へとエスカレートすることを認識し、平素から、責任者等は、利用者・保護者、職員とのコミュニケーションの確保を図り、虐待の早期発見に努めることとする。

#### (2) 虐待発見時の早期対応

虐待もしくは虐待が疑われる事案を発見した場合には、利用者の安全・安心の確保を最優先に、誠意ある対応や説明をすること及び利用者や家族に十分に配慮すること、また、被害者のプライバシー保護を大前提としながらも、対外的な説明責任を果たすことなど、速やかに組織的な対応を図ること、また、行政に通報・相談することとする。

さらには、発生要因を十分に調査・分析するとともに、再発防止に向けて、組織体制の強化、職員の意識啓発等について、一層の徹底を図ることに努めることとする。

### 5. 職員等が留意すべき事項

職員等は、北海道リハビリ基本理念及び行動規範に掲げる利用者の人格を尊重することを深く認識し、虐待を防止するために次に掲げる事項に留意することとする。

虐待事案の発生は、利用者の生命と生活を脅かすことのみならず、社会福祉法人・事業所としての社会的な信頼を著しく損なうこと、そして、その後の事業経営において大きな困難を抱えることになる問題として十分に認識する必要がある。

#### (1) 意識の重要性

- ・障がいの程度等に関わらず、常に利用者の人格や権利を尊重すること。
- ・職員等は利用者にとって支援者であることを強く自覚し、利用者の立場に立った言動を心がけること。
- ・虐待に関する受止め方には、利用者による個人差や性差などがあることを、絶えず認識すること。

(2) 基本的な心構え

- ・利用者との人間関係が構築されていると、独りよがり思い込まないこと。
- ・利用者が職員の言動に対し虐待であるとの意思表示をした場合は、その言動を繰り返さないこと。
- ・利用者本人は心理的苦痛を感じていても、重度の重複障がいなどからそれを訴えたり、拒否することができない場合もあることを認識すること。
- ・職員同士が話しやすい雰囲気づくりに努め、虐待とみられる言動について、職員同士で注意を促すこと。
- ・虐待（疑い）を受けている利用者について見聞きした場合は、利用者の立場に立って事実確認や懇切丁寧な相談支援を行なうとともに、責任者に速やかに報告すること。
- ・職場内の虐待に係る問題や発言等を個人的な問題として処理せず、組織として良好な職場環境を確保するための契機とする意識を持つとともに、責任者への速やかな報告は職員等の義務であることを認識すること。

(附 則)

この指針は、平成 24 年 9 月 1 日から施行する。



# 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	原本コメント
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 利用者支援、地域貢献、法人の健全発展の3つを柱とした理念が広報誌「かがやき」やホームページに掲載、事業所内に掲示されている。基本方針は、行動規範、利用者の人権に関する指針、利用者の虐待防止に関する指針とし、ホームページに掲載されている。法人では行動規範について、社会福祉を取り巻く環境の変化等を踏まえて、また、より明瞭な綱領として更なる理解と周知を図るべく改定作業を進めている。事業所には「障害者支援施設リハビリエイト 福祉サービスの基本方針」も掲示され、利用者・職員に周知されている。

### 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 事業経営をとりまく環境を把握するために、北広島市の福祉関連会議の他、印刷等の就労事業に関する会議等に参加し、利用者の動向と経営戦略のための情報収集を図っている。経営状況の分析は、法人連絡会議等において、印刷・軽作業の収支計算書や利用者状況一覧等の資料をもとに、月毎に協議されている。
3	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。	a 経営課題として印刷事業部は、紙媒体の需要減少、入所支援・生活介護は障がいの重度化と高齢化、就労支援事業は利用者ニーズの多様化等があげられている。これに向けた取組を中長期計画に載せて進めている。

### 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。	a 中・長期的なビジョンを明確にした計画としては、法人全体として平成28年度から30年度までの「第3期経営推進中期計画」と同期間の事業活動内訳表が策定されている。平成27年度事業報告書には、「経営健全化推進中期計画 実績報告」があり、平成25年度から28年度にかけての報告となり、経営課題の経年変化を見て取れるようになっている。ビジョン達成の具体的な目標数値として、就労支援事業活動・福祉事業活動のほか、施設設備計画等を含めて事業活動及び資金収支予算に組み入れて策定されている。

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。	a	中・長期計画を踏まえた単年度の計画には、福祉事業・就労支援事業、人材育成等があげられている。中・長期計画には利用者の登録目標が計上され、就労移行支援事業は年度に1名以上の就労を目指すとなっている。単年度計画には「一般就労希望者への就労移行支援の促進と定着支援の継続実施」として策定されている。予算計画においては年間の利用者数の他、利用率、報酬推移等を勘案した算定が行われている。
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。	a	平成27年度事業報告書には、「経営健全化推進中期計画 実績報告」があり、平成25年度から28年度にかけての実績が並記され経年変化を見ることができる。この経緯は、各課の部署で周知されている。計画に反映する機械設備等の詳細な現場の情報は、職員から上司に日常的に伝えられており、特に策定期の直近の月例会議は意識的に意見が求められている。
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。	a	事業計画は、各課で閲覧できるようにしている。冊子の一枚目は「要約した事業計画」とルビ打ちして用意され、後のページは職員用閲覧と同様の体裁として利用者にも同等の情報提供をしている。「要約した事業計画」は掲示もされている。利用者懇談会、毎月曜日の利用者朝礼の場では、話し言葉で、易しく、わかりやすく伝えることも始めている。全体の場で伝わらない利用者には個別対応している。利用者の多くは読解力があるが、多様な障がいの方を受け入れていることもあり、理解を促すための種々の工夫が行われている。

#### 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	福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、第三者評価基準を使った自己評価を受審前に実施した。実施後の成果として、職員の利用者サービスに対する共通認識の改善につながった。今回は初回の受審であるので、今後も定期的な自己評価等を事業計画に位置付け、福祉サービスの質向上となることを期待したい。
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	福祉サービス第三者評価の受審前に実施した自己評価結果の課題を踏まえた取り組みの一例として、日中・夜間の支援員を増員するといった介護体制を充実するための具体的な対応が図られた。また、他の課題等についても解決に向けた取り組みが続けられている。今回の第三者評価を契機に、福祉サービスの更なる向上に向けて課題をより明確にしたうえで、計画的な改善を継続することを期待したい。

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。	a	管理者は、自らの役割と責任を定款細則で文書化している。各種会議の場で先を見据えた事業経営の方針を職員に示している。
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。	a	遵守すべき法令等を正しく理解するために管理者は、事業を取り巻く諸法令を把握して会議や研修の場で事業所内にフィードバックを行っている。「社会福祉法等の一部を改正する法律案」を見据えて、行動規範等の見直しに着手している。
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	管理者は印刷業務優先となりがちな生産現場の意識から利用者支援を第一に捉え直した。そして、福祉事業であることに立ち返る表明をして、職員全員が「支援者」であるという意識を高める指導をしている。理事長を含む管理者は、仕事のやりがい等に関するアンケート実施後に職員と話す機会を設けた。日常的なコミュニケーションにも努めて全職員の利用者支援に対する意識の向上を図っている。
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	管理者は経営の改善や業務の効率性・実効性を高めるために、製造販売における両組織の見直しや業務の効率化を図るとともに、受注物件の精査や印刷機器等の稼働率・生産性等を検証し、職員の協力も得て、生産ラインの統廃合やオペレータ業務等を合理化するなどにより経営を改善させた。その一方で、利用者ニーズに応えられる軽作業部門を新設して福祉事業所としての実効性が高まるようにした。就労支援事業と福祉事業の両輪に指導力を発揮している。

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。	a	必要な福祉人材の確保に関しては、法人全体の「経営推進中期計画」に検討事項が記載されている。人材育成に関しては、社会福祉士等の有資格者の割合を25%以上になるよう目標設定されている。その他には「現状及び中期的人材確保案」が作成され人材定着にもつながる職員個々の履歴が把握されている。採用活動は、ハローワークや求人誌以外にも、様々な媒体をフル活用して実施している。
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	人事基準に基づく運用がなされ、各種労働条件が整備されている。従来からあるキャリアパスの仕組みを更に充実させるために平成28年6月各部署から職員を募り発足した「人材委員会」において職員の処遇改善等を検討中である。総合的な人事管理として、能力開発・育成は、職員の個別研修計画に着手しているところなので、今後に期待したい。

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。	a 管理者は日頃から就労等に関する相談を受けやすいように職員への声掛けを心がけ、就労状況の把握に努めている。職員の育児・介護に対応する働き方等の相談を受け、休暇取得期間は派遣社員で代替して、雇用の継続を図っている。事業所内には「6S」の他「給料日はノー残業デー」と標語を掲げ、職員のワークライフバランスを推奨している。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組としては、人事考課の過程で、個別に目標を把握して研修等に反映させている。職員個々の目標管理の仕組みを更に充実するため、キャリアパスシステムの改定作業を進めている。今後は、個別の職員の目標達成に向けた教育・研修計画による人材育成となることが期待される。
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 「研修要綱」に基づき法人の研修委員会において年間の職員研修計画が策定されている。この計画に対して、作成予定の個々の職員の教育・研修計画と事業計画が連動することにより、質の高い支援力となることが期待される。
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 職階別・経験年数別・職種別等の研修が事業所内外で実施されている。パート勤務も含めた全職員が研修受講の対象となっている。今後は、研修成果の評価・分析の結果が、次の研修計画に一層効果的に反映されるような取り組みが期待される。
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。	a 「職場実習生受入れ要綱」が策定され、大学や専門学校等からのインターンシップや教育実習生を受入れている。事業所は多機能型で、入所支援と就労B型・就労移行支援も行っているため実習生が学びを得るところは大きい。実習内容については、学校側と連携し、専門性に適したプログラムが策定されている。実習期間中及び実習終了後においても継続的な連携を維持していくために学校と事業所の相互訪問や成果報告会等が行われている。

### 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	運営の透明性を確保するための情報公開としては、ホームページに情報公開のページを設け、財務諸表の他、事業計画や事業報告、地域等に向けた社会貢献の取り組み状況等を掲載している。事業所のページには、沿革や特色が作業の写真と共に掲載されている。
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	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のために、事務・経理及び日常的な取引等に関するルールが明確され、これに基づいた事業運営がなされている。内部監査、監事監査が定期に実施されている。平成29年度から外部会計監査を導入するにあたり、平成28年度下期からプレ監査を開始している。

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 (1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	II-4-1-1-① 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	利用者と地域との交流については、法人設立当初から「ボランティアカーニバル」を実施し、自治会主催の「花火大会」とともに地域のお祭りとして定着している。近年、障がいの重度化や高齢化にともない、利用者と地域との関わりに変化が生じている。外出頻度が少なくなった利用者も地域の人とふれあえるように、幼稚園児や人形劇等のボランティア団体の訪問を受け入れている。障害者福祉の啓発としても、利用者の社会参加や生きがいがいづくりにもなる地域との関わりを推進している。
24	II-4-1-1-② 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	「ボランティア受け入れ要綱」「職場実習生受け入れ要綱」等が作成され受け入れ体制があり、各種のボランティア等を受けて入れている。今後は、事業所と地域を繋ぐボランティアや就業体験実習等に対して事業所が望む基本姿勢を明文化していくことが期待される。
II-4-1 (2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-2-1-① 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	利用者に必要な病院等の関係機関の資料を整備している。定期的に連絡が必要な相談支援事業所や常に情報交換を要するグループホームとは連携できる体制をとっている。
II-4-1 (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-3-1-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	ドクターヘリの離着陸場を緊急時に提供できるように北広島市・広域消防指定を受けている他、福祉避難所として北広島市と協定を交わしている。近隣高校の車椅子体験授業へ協力や車いすの操作法を教えている。この他にも、事業所機能を様々なかたちで地域に提供している。
27	II-4-3-1-② 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。	a	「石狩管内地域未来づくり会議」等、様々な地域の会議に出席して地域福祉ニーズの把握に努めている。「北広島市就労情報交換会」の要請で、生活困窮者・季節労働者の受け入れを始めている。

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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	III-1-1-1-① 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	基本理念において利用者の尊厳と権利を第一とした基本姿勢が明文化されるとともに、職員への周知や共通認識を持つための取組が行われている。行動規範(倫理綱領)において、利用者に対する姿勢や利用者本位の福祉サービスの提供について明示され、職員への周知や共通認識を持つための取組が行われている。利用者を尊重した福祉サービス提供についての共通認識をもつために、職員は「障害者支援施設リハビリ・エイト 福祉サービスの基本方針」を日常的に意識している。「利用者ファースト(利用者第一)」を掲げ、組織内での共通理解を確保するために、福祉事業職員向けの内部研修を月1回のペースで行っているほか、利用者連絡会議を週一回開催し、全職員の実務上の研鑽の機会としている。

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。	a	「排せつ」「入浴」のマニュアルに、プライバシー配慮について記載されている。入所者は施錠できる個室が提供され、通所利用者には、ロッカールームと畳のある広い休憩室が用意されている。権利擁護の周知に関しては、利用者周知の掲示物の他、広報誌に掲載している。職員に対しては、権利擁護研修受講に留まらず、会議等で繰り返し周知することで理解を図っている。
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。	a	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を提供するために、ホームページに事業所を紹介している。情報発信としては、他に、法人総合パンフレットと広報誌「かがやき」は、福祉センター等に配布している。「エイト通信」は年3～4回の発行で、見学者にも渡している。中学校の支援学級や高等支援学校へも情報提供し、見学や体験実習を受入れている。重度の知的障がいや発達障がいの方の利用も増えていることから、利用者・家族等の理解が得やすいように、情報提供の方法等について適時見直しを行っている。
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。	a	契約書・重要事項説明書を基本にして、障がいに応じた説明をしている。聴覚障がいの方へはパソコン画面で質疑応答ができるようにしている。本人の理解が難しい場合は、家族の同席を求めている。契約前には体験実習を経て、本人と事業所の相性がわかるように、相互理解を図っている。就労支援B型から生活介護や作業種の変更については、本人の希望を聞いた上で所定の様式を用いて行っている。
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。	a	事業所の変更や地域移行に関しては、相談支援事業所等と連携を図り、利用者・家族等の希望を取り入れて行っている。就労移行支援後に就職した企業や利用者・家族等には、定期的に連絡を取り定着支援を行っている。
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	利用者満足の向上を目的とする仕組みとして、「給食アンケート」実施や給食委員会へ利用者の参加協力を得ている。毎月の自治会懇談会を通し、意見や要望を聞く機会を設けている。自治会は強制加入ではなく未加入の利用者もいる。利用者が個人的に参加する活動に助成する制度がある。
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。	a	苦情解決の仕組みとして「苦情相談委員設置規程」等を整備し、第三者苦情委員会は3ヶ月に一度行われている。第三者苦情相談委員は2名配置され、専用の携帯電話が支給されている。第三者苦情相談員への連絡先は、掲示物等で利用者へ周知されている。

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	利用者が意見や相談を述べやすい環境として、相談面談室を現在よりリラックスして訪れるように内装の雰囲気づくりに努めている。事業所内に苦情相談受付箱の他、意見提案箱が設置されている。自治会懇談会では利用者が意見を述べる機会としている。
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	「コミュニケーション支援及び相談支援マニュアル」により利用者から受けた相談等は、どの職員でも対応することになっている。相談等は本人の同意を得て関係者に周知、会議にはかられる。相談等をした利用者の心情に配慮して、相談を受けた職員が最後まで関わることになっている。経過は個人記録表に記載され、迅速な対応が行われている。
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	安心・安全な福祉サービスの提供を目的として「安全衛生委員会」では定期的に事業所内外を巡回して、環境面やハード面等での安全の確保に努めている。また、事業所内の複数個所に意見箱を設置し、利用者からも広くヒヤリハット事例等を募り、リスクマネジメントに活用している。加えて入所支援・生活部門においては、利用者の特性等を鑑みて日常生活支援上のヒヤリハットを別途収集し、その都度改善策等を検討するなど、きめ細かな取り組みが行われている。今後は、この取り組みを就労支援部門にも拡大するとともに、両部門の事例等を定期的にも集約・分析し、事故防止対策に結び付けていくことが期待される。
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。	a	「衛生管理・感染症予防対策マニュアル」「インフルエンザ等感染対策マニュアル」を職員に周知している。ノロウイルス等の細菌拡散防止のための嘔吐物処理手順書が掲示され、医療職の指導による実地訓練は年に1回実施している。利用者自身と他の人の健康を守ることにつながるので、うがい・手洗いの協力を利用者朝礼等で促すことに努めている。
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	災害時における利用者の安全確保のために、総合防災対策委員会を設置するとともに、自主点検チェック表等の活用や非常災害対策の基本事項を定めた「総合防災対策ファイル」が策定されている。大規模災害時には近隣地域在住の職員が緊急集合する基準を設けた地図が作成されている。悪天候時には、通所利用者の自宅まで送迎するといった個別対応を行っているが、通所利用者の多くが帰宅不能となった場合の対応手順も加えることを期待したい。

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。	a	提供する福祉サービスの標準的な実施方法として「リハビリター・エイト業務一覧表及び各種支援マニュアル等」が平成28年1月より新たに追加作成されている。個別性の高い利用者の支援・介助方法は、介護・看護日誌に実施方法が掲載されている。これらによるサービス提供がされている。
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	「リハビリター・エイト業務一覧表及び各種支援マニュアル等」は平成28年1月より新たに追加作成されている。それ以前に作成されたマニュアルには改定年月日の記載がない。追加作成されたマニュアルには「見直しは、改定が必要と判断された都度と年度末に行う」と明記されている。今後の見直し時には、改定年月日の記載を期待したい。
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。	a	「アセスメントシート」は入所用と通所用に分けられ、ADL（日常生活動作）・健康状況等が記載されている。アセスメント時には、利用者の協力を得て個別に面談している。個別支援計画は、「フェースシート」「アセスメントシート」「医療情報」をもとに、サービス管理責任者が中心となり、支援会議において作成されている。個別支援計画を適切且つ計画的な手順で策定するために、毎月数名ずつの評価・見直しが行われている。また、個別支援計画の策定にあたっては、部門を横断した専門職種が参加する体制がある。
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。	a	個別支援計画は半年に一度、モニタリングを実施して必要に応じて見直し・変更を行っている。事例としては、精神面が不安定になった利用者が休みがちになったため、目標を生活リズムを整えることに見直したことがあった。生産活動における工賃額の再評価についても、明確な評価方法で実施し利用者へ書面を交付し説明をしている。
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。	a	サービスの記録として、「日中生活記録」「作業日誌」「夜勤日誌」があり、すべてがパソコン入力ではないが、利用者の「ケース記録簿」へ転記される。支援会議、利用者支援連絡会議において、情報の共有化を図っている。事業所は多機能型で、入所支援の利用者と通所の利用者も作業に従事する。入所利用者に関する申送りが漏れることがないように、夜勤者から日勤者への連絡等、日々の細やかな情報共有に努めている。
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。	a	利用者に関する記録は「個人情報保護規定」「特定個人情報取扱要綱」において、保管・保存・破棄・情報の提供に関する規定が定められている。個人情報保護責任者と個人情報保護管理者は、その役割と責務が明確となっている。電子データは、パソコンにパスワードが設定されアクセス制限等により情報漏洩の防止している。



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。	a	コミュニケーション手段を確保するために機能を5段階に区分してアセスメント用紙に記載している。特記事項には利用者に応じたコミュニケーション方法を記載し実施している。絵・写真等を使用して個別に「1日の予定」を作る等の工夫がなされている。聴覚障がいの方には手話通訳可能な職員を配置している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者の主体的な活動を尊重する一環として、自治会と職員の懇談会が月1回実施されている。自治会主催の行事が行われる際は、職員が自治会から要望されたことをサポートし、過度に介入しないよう配慮している。アビリンピック参加手続き等、個々の利用者の主体的な活動を支援している。
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	利用者が自力で行うことができる日常生活上の行為は基本的に見守り支援の姿勢を保ち、介助が必要と判断したときには適時支援を行うなど、主体性を重んじ心身状況に配慮した支援に努めている。支援方法を変更する必要がある場合には、利用者との話し合いが行われ、作業や生活の両場面での試行を繰り返して、安全面で不安や問題等がないかを確認して利用者の理解を得ている。また、脚力維持のために歩行器等を活用するなど、利用者個々の様々なニーズの中で、日常生活に必要な体力や健康も維持できるような見守りと支援が行われている。
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。	a	マナーや挨拶等の訓練のほか、自分の考えや気持ちを相手に伝えることや社会や他者を認知して対応・判断する力を身につけるSST(社会生活技能訓練)を導入し、社会的な面での助言も行っている。就労支援では、チェックリストを用いた対人関係・作業態度等の訓練が行われている。現在、ワープロ検定の資格取得にも法人独自の助成金の支給を検討中で、学習の機会拡大を図っている。

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	個別支援計画に基づいた食事サービスを提供するために、栄養ケア計画サービス担当会議で、栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングが実施されている。栄養状態のリスク・食生活状況の評価・判定がされている。アセスメントには摂食の自立度が3段階に分けられ、特記事項欄に食事支援内容が記載されている。特に支援が必要な利用者に対する支援内容も記載されている。

<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1回の嗜好調査の他、イベント食に関するアンケートの実施と給食意見箱の設置がある。月4回のセレクト食や年3回のイベント食、日々の献立に利用者の要望を反映するため、毎月の給食会議に自治会から3名が参加している。食堂内に2台の電子レンジ、暖かいお茶と冷たいお茶、食卓上には調味料や香辛料が用意されている。食堂には複数の職員が配置され、自力で電子レンジを使用できるが加減が不明な利用者の食器にラップフィルムをかけるといった細やかな対応が見られた。</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>a</p>	<p>食堂は、中庭に面して外光を取り入れて明るい雰囲気である。テレビが設置され、壁面には、生活介護で作られた貼り絵等が飾られ季節感をだしている。テーブル間は、車いす・歩行器の利用者が行き来しやすいように広い。食堂から見える庭にはプランター花壇が置かれている。昨冬は、花がなくて寂しい庭に、車いすでも入れる大きなかまくらを職員が作り、利用者に好評だった。</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>要介助者の一覧表には、更衣・移動・洗体・洗髪の実施内容や注意点が記載されている。記載内容は、半年に1回のモニタリングで見直されている。必要な利用者はスタッフルームでバイタルチェックを行い、記録は保管されている。要介助者の脱衣・洗体時にはバスタオル・タオルを使用してプライバシーに配慮している。個別対応の例としては、着衣の着脱時に不便だった下肢左右差に対して、高さの調整等の配慮を行っている。</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>a</p>	<p>入浴は同姓介助を基本としている。稀にやむを得ない場合に限り、男性利用者に対して本人の承諾を得たうえで女性職員が対応する場合もある。入浴は月・水・金の週3回であるが、要介助者は週2回の場合もある。評価機関が実施した平成28年7月利用者調査結果を活かして午前の時間帯も入浴を実施している。失禁等の対応が重なる場合でも、他課職員の応援を得て対応している。</p>
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>浴室入口には暖簾を掛け、プライバシーに配慮している。浴槽入り口には段差の低い階段と手すりがあり、手すりには滑らないように布が巻かれ、安全を図っている。車椅子からそのまま移動できる高床式の洗い場や、利用者の身体機能に応じて、滑りやすくした床材の場所もある。椅子は利用者が選択できるよう、数種類用意されている。給湯の温度は夏・冬で調整し、床暖・暖房設備・扇風機の利用で快適な環境が提供されている。皮膚への刺激が少ないように塩素濃度を最低基準で調整している。</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>支援内容はアセスメントシートに明記され、必要な利用者には個別支援計画にも記載されている。排泄状況のチェック表はスタッフルームで保管されている。「排泄マニュアル」には自尊心への配慮の記載がある。失禁者への対応時には、着替えを理由に伝えて本人に配慮している。</p>

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	清掃は法人内の事業所「札幌ワークセンター」に委託している。トイレは毎日清掃され、「チェック表」で管理している。車椅子でも自力でも使用できるように個室トイレの入り口はカーテンが付けられ、電動で高さを調整できる便座も用意されている。その他に、洋式・和式のトイレがあり、障がいに応じた選択が可能となっている。照明・換気・暖房は快適な環境で、週2回を目安に強力消臭剤が使用されている。
-------------------------	---	--

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	多くの利用者は、毎日の洋服を自分で自由に選択し、携帯電話の通販サイトも利用している。自力での選択が難しい利用者には数点の中から決めてもらう支援をしている。場所にそぐわない服装の時には職員が助言することもある。アクセサリーの使用も作業に支障がなければ認めている。作業場では座布団・ひざ掛け等、利用者の好みを使用している。必要に応じて買い物支援も行っている。
--	---	---

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	衣服が汚れている時には、「汚れ」には触れず「暖かさ」や「気持ちよさ」を理由にして着替えを進め、利用者の自尊心に配慮している。衣服の修繕は、法人内の「セルフさっぽろ」が廉価で利用できるため、利用者と話し合っ外注に出している。簡単な修繕、ゴム入れ等は職員が行っている。
---	---	--

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	髪型や化粧等は、利用者本人の意思で自由に選択されている。整髪や髭も個性を尊重しながら、清潔な身だしなみへの声掛けを行っている。利用者から髪型や洋服の選択についての相談に対応している。月2回の訪問理・美容は専用の部屋があり、染髪やパーマも対応している。地域の理・美容店の情報提供も行っている。
---------------------------------------	---	---

A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	月2回の訪問理・美容を行う専用室が用意されている。部屋にはシャンプー台が設置され、カット、染髪、パーマも行なわれている。訪問理・美容の利用時は、担当職員が事前に利用者の希望を取り、人数・利用内容を先方に伝えている。地域の理・美容室への送迎・同行が必要な利用者は、担当職員が対応している。
---------------------------	---	---

	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	全室が個室で、利用者が各自好みの寝具を使用している。家具の配置やポスター等も、利用者個々が落ちついて過ごせるように自由になっている。夜間巡回は利用者との話し合いで現在3名が対象となっている。他の利用者の睡眠の妨げにならないように、スタッフルーム直通の壁掛け型警報コールが全室に設置されている。発熱等の体調不良時には、無線コール機を枕元に置いている。寝つけない利用者には、談話室等で職員が対応している。
--------------------------------	---	--

2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	年2回の健康診断は年2回実施され、利用者個々の病歴・BMI(体重・体格指数)等の記録は医務室で保管されている。インフルエンザの予防接種は、利用者から承諾書を取った上で事業所内で実施している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	医務室には看護師が常勤配置され、利用者からの健康相談を受けている。医療機関との連絡は、看護日誌に記載され職員に回覧されている。日常の定期通院は担当職員が行い、緊急時の対応は健康管理マニュアルに記載されている。スタッフルームには病歴・かかりつけ医療機関名・服薬状況一覧表等が利用者別に1冊のファイルにまとめられ、緊急時に持ち出しできるようになっている。
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	薬は医務室内の施錠されたロッカーで保管されている。服薬支援を必要としている利用者には、名前と顔写真付きの透明なケースに服用薬がセットされ、複数の職員が確認しチェック表にサインをしている。服薬後は1名の職員が確認している。服薬を自己管理している利用者もいるため、医師・看護師と連携して誤薬等の事故を防止している。スタッフルームに常備されている服薬一覧表には、使用方法、効能等の情報が記載され、職員間で共有されている。
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	余暇・レクリエーションは個別支援計画や事業所行事の他、自治会で集約した「レクリエーションの希望」を把握した上で計画を立てている。実施後には写真を提示する等、利用者が感想や意見を述べやすい状況で聞き取りを行い、次回の参考にしている。地域サークル活動の情報提供をして、「ポッチャ」「パレーボール」のサークルに利用者数人が参加している。
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。	a	「外出届」の提出があれば、原則として外出に制限はなく利用者の希望で外出できる。門限はなく、夜中の帰宅にも夜勤職員が対応している。外出に不安のある利用者は、連絡先等を記入したカードを携帯している。外出に支援が必要な利用者には、「外出レクリエーション」等を利用して買い物等の希望に応じている。
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	「外泊届」の提出により、外泊は自由に行える。外出先から急に外泊になった場合や、帰宅日の変更は事業所への連絡で、給食等の調整をしている。遠方に帰省の際は家族と連絡を取り、送迎支援をしている。外泊の際の服薬については、予備の薬を持参させ、服薬確認を行っている。

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>a</p>	<p>「預り金管理依頼書」・「預かり金等預かり証」で契約を取り交わしている。月1回の法人事務所での決裁・年4回の監事監査が行われ、家族には電話や訪問時に内容説明を行っている。「残高帳」は担当職員が確認し、「残高報告書」を利用者に交付している。所内預金制度の「あすなる預金」は、利息が付くため利用者から好評である。</p>
<p>A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ・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>a</p>	<p>新聞の定期購入者は10人程いる。個室のテレビ・ラジオ・パソコン等の所有は自由である。使用に関しては他人の迷惑にならないようイヤホンを使用するなど音量への配慮を促している。消灯後の使用もできる。</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>a</p>	<p>飲酒・タバコ等の嗜好品は、健康に問題のない範囲で自由である。タバコの児童販売機が事業所内に設置され、希望の銘柄が購入できる。朝礼時に事例を交えて飲酒・タバコの有害を伝えている。利用者の希望で24時間喫煙可能となっているスペースが三か所ある。分煙対策は2か所が完了し、残る1か所は28年度中に改修される予定である。</p>