

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016年3月28日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002

住 所

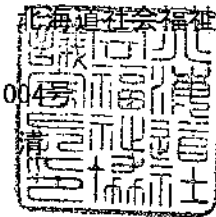
札幌市中央区北2条西7丁目

電話番号 011-251-3897

評価機関名 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



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)	高橋 春美	総合	第0018号
	(2)	野村 宏之	総合	第0158号
	(3)	坂本 豊	福祉	第0093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	札幌ワークセンター			
設置者名称	社会福祉法人北海道リハビリ			
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6月15日	～	2016年3月28日	
利用者調査実施時期	2015年9月7日	～	2015年10月16日	
訪問調査日	2015年11月17日			
評価合議日	2016年3月11日			
評価結果報告日	2016年3月28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・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 8 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)	札幌ワークセンター	事業 種別	生活介護
所在地	〒004-0813 札幌市清田区美しが丘3条4丁目1-50		
電 話	011-885-1001		
F A X	011-885-2100		
E-mail	work@iris.ocn.ne.jp		
U R L	http://www.seip.net/		
施設長氏名	藤原雅之		
調査対応ご担当者	伊藤義美 (所属、職名：支援課長)		
利用定員	40名	開設年	平成 22 年 11 月 1 日
理念・基本方針： 1. 基本理念 ○私達は、利用者一人ひとりの尊厳と権利を大切に、相互に人格と個性を尊重しながら、共に生き、共に育ち、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援を行います。 ○私達は、障がいのある人もない人も共に働くことを合言葉に、利用者の社会的自立と、自らが描く自己実現への挑戦に、最大限の支援を行います。 ○私達は、自らの社会的責任を重んじ、地域社会を構成する一員として果たすべき役割を常に意識し、地域における福祉の充実・発展に寄与する事業活動を行います。 2. 行動規範 別添のとおり 3. 利用者の人権に関する指針 別添のとおり 4. 利用者の虐待防止に関する指針 別添のとおり			
開所時間 (通所施設のみ)	10:00~16:00		

### 【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

施設入所支援事業 (定員30名)

短期入所事業 (空床型)

就労継続支援B型事業 (定員20名)

【利用者の状況に関する事項】（平成27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	1名	5名	2名	5名	4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
2名	4名	5名	2名	14名	17名
					合計
					61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	4名	名	名	名	1名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	3名	名	名	名	名	名
肢体不自由	24名	21名	1名	名	名	1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	名	名
合計	31名	21名	1名	名	1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
8名	4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
5名	4名	6名	4名	18名	24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	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 3年2か月)

【職員の状況に関する事項】(平成27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	事務員	サービス管理責任者	生活支援員
常勤	名	0.5名	名	0.5名	16.3名
非常勤	名	名	名	名	4.3名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	2名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	名	名	名
非常勤	名	名	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	3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	1865.5 m <sup>2</sup>	
(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	11年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあつては、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 <sup>2</sup>		
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>		
(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）

4 人

・ボランティアの業務

- ・ヨガ教室
- ・ピアノ演奏会
- ・マジックショー

**【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 0 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回利用者との意見交換会（男女各1名）を開催

**【その他特記事項】**

## 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 8 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 北海道リハビリ		
事業所名 (施設名)	札幌ワークセンター	事業種別	就労継続支援 (B型)
所在地	〒004-0813 札幌市清田区美しが丘3条4丁目1-50		
電 話	011-885-1001		
F A X	011-885-2100		
E-mail	work@iris.ocn.ne.jp		
U R L	<a href="http://www.selp.net/">http://www.selp.net/</a>		
施設長氏名	藤原雅之		
調査対応ご担当者	伊藤義美 (所属、職名：支援課長)		
利用定員	20名	開設年	平成 24 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>1. 基本理念</p> <p>○私達は、利用者一人ひとりの尊厳と権利を大切に、相互に人格と個性を尊重しながら、共に生き、共に育ち、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援を行います。</p> <p>○私達は、障がいのある人もない人も共に働くことを合言葉に、利用者の社会的自立と、自らが描く自己実現への挑戦に、最大限の支援を行います。</p> <p>○私達は、自らの社会的責任を重んじ、地域社会を構成する一員として果たすべき役割を常に意識し、地域における福祉の充実・発展に寄与する事業活動を行います。</p> <p>2. 行動規範 別添のとおり</p> <p>3. 利用者の人権に関する指針 別添のとおり</p> <p>4. 利用者の虐待防止に関する指針 別添のとおり</p>			
開所時間 (通所施設のみ)	10:00~16:15		

**【当該事業に併設して行っている事業】**

<p>(例) ○○事業 (定員○名)</p> <p>生活介護支援事業 (定員40名)</p> <p>施設入所支援事業 (定員30名)</p> <p>短期入所事業(空床型)</p>
---



【利用者の状況に関する事項】（平成27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
0名	2名	6名	3名	0名	2名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
1名	1名	1名	名	名	名
					合計
					16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	2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	2名	2名	1名	名	1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	3名	4名	1名	名	1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
1名	9名	2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
1名	1名	4名	3名	7名	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	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 2年2か月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年 1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	生活支援員
常勤	名	0.4名	名	0.5名	1名
非常勤	名	名	名	名	0.7名
	職業指導員	介護職員	保育士	目標工賃達成指導員	OT、PT、ST
常勤	3.2名	名	名	1名	名
非常勤	1.7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	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	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	名 ( 名)
介護福祉士	1 名 ( 名)
保育士	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	1865.5 m <sup>2</sup>	
(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	11年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(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	<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）		
(2) 建物面積	m <sup>2</sup>	
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>	
(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）

0 人

・ボランティアの業務

--

**【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 0 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回以上の作業以外での行事を通じて利用者との意見交換会を行っている
-------------------------------------

**【その他特記事項】**

--

## 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 8 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)	札幌ワークセンター	事業種別	施設入所支援
所在地	〒004-0813 札幌市清田区美しが丘3条4丁目1-50		
電話	011-885-1001		
FAX	011-885-2100		
E-mail	work@iris.ocn.ne.jp		
URL	<a href="http://seip.net/">http://seip.net/</a>		
施設長氏名	藤原雅之		
調査対応ご担当者	伊藤義美 (所属、職名：支援課長)		
利用定員	30名	開設年	平成 22 年 11 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>1. 基本理念</p> <p>○私達は、利用者一人ひとりの尊厳と権利を大切にし、相互に人格と個性を尊重しながら、共に生き、共に育ち、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援を行います。</p> <p>○私達は、障がいのある人もない人も共に働くことを合言葉に、利用者の社会的自立と、自らが描く自己実現への挑戦に、最大限の支援を行います。</p> <p>○私達は、自らの社会的責任を重んじ、地域社会を構成する一員として果たすべき役割を常に意識し、地域における福祉の充実・発展に寄与する事業活動を行います。</p> <p>2. 行動規範 別添のとおり</p> <p>3. 利用者の人権に関する指針 別添のとおり</p> <p>4. 利用者の虐待防止に関する指針 別添のとおり</p>			
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)

生活介護支援事業 (定員40名)

短期入所事業 (空床型)

就労継続支援B型事業 (定員20名)

【利用者の状況に関する事項】（平成27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
0名	0名	1名	0名	3名	2名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
1名	2名	3名	2名	11名	4名
					合計
					29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	2名	1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	10名	11名	1名	名	名	1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	名	名
合計	10名	13名	2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
7名	1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
0名	1名	1名	1名	7名	2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	2名	1名	0名	0名	0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
0名	2名	0名	名	1名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	0名	0名	7名		

(平均利用期間： 12年11か月)

【職員の状況に関する事項】 (平成27年 1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	生活支援員
常勤	名	0.4名	名	0.5名	8名
非常勤	名	名	名	名	4.5名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	1名	1名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	名	名	名
非常勤	名	名	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	3名 ( 1名)
保育士	1名 ( 名)
管理栄養士	1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	1865.5 m <sup>2</sup>	
(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	11年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(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）		
(2) 建物面積	m <sup>2</sup>	
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>	
(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）

0 人

・ボランティアの業務

--

**【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 0 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回利用者との意見交換会（男女各1名）を開催

--

**【その他特記事項】**

--

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：社会福祉法人北海道リハビリー

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

◆福祉サービスの質の向上を目指した事業経営

福祉サービスの質の向上のため、虐待防止等に重点を置く外部研修への参加は勿論、内部研修も複数回開催している。また、職員に対し社会福祉への理解を深めるため、精神保健福祉士・介護福祉士資格取得を推奨し、費用面や勤務シフト面での支援を行い、職員の資質向上に向けた積極的な取り組みがされています。

また、利用者の高齢化・重度化に伴う業務の多様化・複雑化に対応するため、パート職員の処遇改善により人員を確保したり、夜勤者や看護師を1名から2名に増員し利用者の安全・安心な支援体制の整備を図るとともに職員の労働過重を軽減したり、看護師と支援員が連携し、利用者の個別面談を行い利用者個々のニーズに対応する支援の充実を図っています。

さらに職員の出産や家族の介護に対応した働き方などについて、職員から日常的に相談に応じて、意見・意向を把握し事業運営に反映するなど働きやすい職場づくりに取り組み、福祉人材の確保・定着に積極的に取り組んでいます。

◆法人理念を追求した利用者尊重の日常生活支援の実践

事業所では利用者一人ひとりの尊厳と権利の尊重を追求し、特に障がい者虐待に関する職員の理解に力を注いでいます。就業規則への虐待防止の条項の追加や施設長が主導で職員自ら虐待対応の自己チェックを率先して行うなどの取り組みのほか、現在も事業所として障害者差別解消法の理解を深めていく試みを検討しています。

また、サービス提供全般にわたり、利用者の尊重を意識し、食事・入浴・排泄などの日常生活支援についても利用者の立場に立ち、意見・要望に丁寧に対応することで、適切な福祉サービス実施に繋げる姿勢は評価に値します。

改善が求められる点

◆総合的な職員の育成体制の構築への期待

法人の教育基本方針を定めた「研修要綱」に基づき、グループ全体から選出された職員による研修委員会が研修計画を策定し推進しており、職階別研修など各種の研修が実施されています。また、研修成果は次年度の計画に反映しています。

専門資格の取得も推奨されていますが、「期待する職員像等」について、具体的な専門性の明示には至っていない状況です。人事に関するプランの確立や、一人ひとりの教育・研修計画に基づく育成などが課題です。

事業所が必要とする職員の知識・技術・専門資格について、具体的な目標を明記し、体系的な教育・研修計画を明文化するとともに、総合的な人事管理及び職員の育成体制が構築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

当施設は、平成11年10月に移転改築し、現在に至っており、利用者の方々のニーズや障害内容、程度等に応じた日常生活の支援等を行っているほか、自立と社会参加等を促進するため、清掃作業など作業訓練を通じて就労支援を行っておりますが、現在の施設の状況を知ることと、より良いサービス提供のために今回の受審に至りました。

私たち職員一同は、北海道リハビリの基本理念のとおり、常にあるのは利用者が主体であることで、「誰のための施設であるか。」「誰に何をしなければならないのか。」を考え、運営してきましたが、今般の受審結果を受けて改めて再認識をすることができました。

評価の高かった点につきましては、安心することなくより一層の努力をし、サービス向上に取り組んで行くとともに、評価の低かった点につきましては、改善を行い、利用者の満足度向上を目指して参りたいと考えております。

また、改善が求められている職員の育成体制につきまして、職員一人ひとりの知識、技術等に基づく教育・研修計画を体系的に構築していくとともに、福祉職に携わる者としての福祉に対する思想、思考の醸成に取り組んで参りたいと考えております。

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

# 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	「利用者の尊厳と権利を大切にし、障がいのある人もない人もともに働くことを合言葉として、職員は最大限の支援を行う」などの理念を明文化し、施設内に掲示するとともに、広報誌、パンフレット、ホームページに記載している。職員には新入職員研修や毎月開催する職員会議などを通して周知している。利用者・家族には利用開始時に説明するなど理解を深めるための継続的な取り組みをしている。

### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化など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	社会就労センター協議会、市の福祉行政検討委員会への参画、福祉事業関連の会議・研修に参加し情報を収集している。また、相談支援事業所や特別支援学校などと連携し、体験実習や見学者を積極的に受け入れ地域の潜在的なニーズの把握に努めている。さらに法人全体では公認会計士・税理士などの専門家の助言・指導を受け、経営状況の把握・分析を行っている。
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	法人全体では、施設長など連絡会議・経営健全化戦略会議などを通じて経営課題を明確化し、各施設・事業所に周知し職員会議で協議している。また、毎日のミーティング・毎月の職員会議・リーダー会議などで職員や利用者の意見を集約し課題や改善策を協議している。地域相談支援事業所と連携を強化し新規利用者の受け入れの増や、利用者の重度化・高齢化に伴う医療ニーズに対応するため、看護師を増員し全職員との連携を密に行い支援体制を充実させるとともに、利用者ニーズを踏まえた送迎エリア拡大やパン製造販路確保、施設外就労の拡充などの経営課題に対し、継続的に取り組んでいる。

### 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	平成23年度から法人全体で「経営健全化推進計画」及び「収支計画」を3年ごとに策定し、現在は第2期の取り組みがなされている。事業所の課題・目標も明確化され、進捗状況は半期ごとに見直し次年度計画に反映している。

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	法人の「第2期経営健全化推進計画」を踏まえ、「支援員と看護師による個別面談により利用者支援の充実を図る」「障がいの重度化、多様化に対応できる軽作業の開拓」「人材育成のための職員の資質向上・介護技術の向上・資格取得の推奨」などの取り組みを掲げた事業計画と収支計画が策定され、職員会議で進捗状況や課題を協議している。
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。	b	事業計画は毎月の職員会議で、施設長より実施状況を報告し、職員と協議し実施状況の把握・評価・見直しをしている。また、事業計画書を職員詰所に配布し、いつでも閲覧できるようにしている。事業計画の策定及び評価に対して、職員のみではなく利用者の意見を集約して計画に反映し、あらかじめ定めた時期、手順に基づいて行うことを期待したい。
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者などに周知され、理解を促している。	b	事業計画は、談話室に置いて利用者・保護者など誰でも自由に閲覧できるようにしており、持ち帰る人もいるが、全員への文書配布はしていない。法人全体で配布している広報誌に事業計画を掲載し周知を図っているが、事業所独自の事業計画への利用者などの理解や参加を促す取り組みを期待したい。

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	利用者支援の質向上に向けて、社会福祉事業の学識経験者による定期の監事監査で事業計画を点検している。さらに、毎月の個別支援計画策定会議にモニタリング事例発表を組み入れPDCAサイクルが継続実施できるようにシステム化している。また、法人の苦情相談委員会では、苦情案件を施設・事業所に周知し、再発防止に向けた取り組みをしている。法人全体として、年度末に事業を評価し、改善策や新たな計画に繋げる取り組みを行っているが、定められた基準に基づいたサービスの自己評価と第三者評価は今回が初めてなので、今後は評価を継続して行われることが望まれる。
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	社会福祉事業の学識経験者による定期の監事監査での指摘事項については職員会議などで協議し速やかに改善策を実施している。また、法人の苦情相談委員会で検討した事例を各施設・事業所に周知して、職員は防止に努めている。今後はサービスの自己評価と第三者評価で抽出された課題に対して、職員参画のもとで改善策や改善計画を策定し取り組みを計画的に行うことを期待したい。

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。	b	施設長は定款細則で施設長の業務一覧を明確化し、ミーティングや会議などで職責を明らかにしている。今後は、事業運営における自らの役割と責任を含む職務分掌を文書化し、職員への周知を図ること、災害時などの有事における管理者の役割と責任について、不在時の権限委譲などを含め文書化することを期待したい。

11	II-i-(1)-② 遵守すべき法令などを正しく理解するための取組を行っている。	b	施設長等連絡会議や職員研修などで、関係法令などの情報を把握している。法律の改定や新制度に関しては職員会議などで周知するとともに資料を配布したり、外部研修に職員を参加させ、復命や研修資料の回覧などを行い職員へ周知に取り組んでいる。今後は、福祉分野に限らず雇用・労働・災害などに関するものや最新情報も含めた法令をリスト化するなどして遵守すべき法令などを網羅した取り組みに期待したい。
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	施設長は、理念に掲げる「利用者の尊厳と権利を大切に」をモットーとし、虐待防止などに重点を置く研修を内部は元より外部研修で重ねるとともに、関係職員に対し社会福祉の知識を深めるため、社会福祉主事任用資格・精神保健福祉士・介護福祉士資格取得に向けた取り組みを積極的に行っている。また、夜勤者や看護師を1名から2名に増員するなど福祉サービスの質の向上に向けて支援の充実を図っている。
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	施設長は、職員に対して日常のコミュニケーションの中で意見聴取だけでなく、主任職務の見直しを協議する中で次世代を担う後継者の育成に取り組んでいる。利用者増により収入安定を図るとともに、職員を増員し重度化・高齢化に伴う利用者に対する個別支援の充実努めるなど、働きやすい職場環境を整備し効果的な事業運営を目指した取り組みをしている。

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・定着など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	人材の確保・育成に関しては、「経営健全化推進計画」で方針が明確化され「福祉職員及び就労支援事業所職員の資質向上」「計画的な人員配置」として採用計画は数値目標として掲げている。また、パート職員の処遇改善に取り組み、業務の現況に対応した人員を確保し、社会福祉主事・精神保健福祉士・介護福祉士などの資格取得を支援し、福祉人材の確保・定着に積極的に取り組んでいる。
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、事業計画に基づく研修要綱により、「期待する職員像など」を明確化し専門資格の取得も推奨されている。人事考課制度を導入しているが、今後、能力開発のためのキャリアパスの明確化、昇任・昇格基準など仕組みづくりなどを期待したい。
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組んでいる。	b	有給休暇取得、時間外労働のデータを把握、管理するとともに、出産や介護に対応した働き方など日常的に相談に応じている。また、職員から意見・意向を把握し事業運営に反映し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。今後は事業所内に職員の悩みや健康上の相談ができる窓口を設置し、相談しやすい工夫、相談を受けた後に解決を図る体制などの整備を期待したい。



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 法人として「期待する職員像」が明確になっており、新任職員や中堅職員など階層別に研修の機会を設けている。面接を通じて職員の一人ひとりの目標を把握し研修に反映させる仕組みはあるが、個別の研修計画は策定されていない。今後、個別計画に沿って目標達成度や取り組み状況を確認する仕組みを整え、職員育成に取り組むことを期待したい。
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 法人の教育基本方針を定めた「研修要綱」に基づきグループ全体から選出された職員による研修委員会が研修計画を策定し推進しており、階層別研修など各種の研修が実施されている。事業所単位では職員会議やミーティングなどで情報交換や外部研修のフィードバック、ICF・発達障がいなどの内部研修をしている。今後は、事業所が必要とする職員の知識・技術・専門資格について具体的な目標が明記されることを期待したい。
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 職員との面談などにおいて、仕事に対する意向を聞き取ったり、資格取得や外部研修に参加させそれぞれの分野で専門性を高めるための支援をしているが、職員一人ひとりが実際に必要な教育・研修を受けられているかについて評価・見直しはされていない。職員一人ひとりの知識・技術水準・専門資格の取得などを把握し、必要な教育・研修を実施していくことを期待したい。
II-2-(4) 実習生など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 実習生など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 実習受け入れマニュアルを整備し、学校と連携して保育士や中学生の体験実習を受け入れている。今後、実習生に対する約束事項や心構えなどを整備し、実習の目的や効果などを考慮したプログラムの充実に期待したい。

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 法人のホームページ、広報誌などに事業計画・事業報告・会計報告などの事業運営状況を情報公開をしている。
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。	b 社会福祉法人新会計基準の制定に伴う業務体制を整備している。また監事の公認会計士や社会福祉事業の学識経験者による監査を実施し、事業の経営・運営に関する助言・指導を受け、指摘事項は速やかに対応している。法人の苦情相談委員会では苦情案件を施設・事業所に周知し、再発防止に向けた取り組みを行っている。第三者評価基準が求める法人外部からの監査は行われていないため今後の取り組みを期待したい。

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 地域の小・中学生との交流、地域のお祭りへの参加、近隣の特別養護老人ホームや保育園で利用者による手話歌を披露したり、窓ガラス拭きなどを行っている。また、施設長は町内会長と定期的に連絡をとり情報交換をしている。2015年から事業所内に「moriカフェ」をオープンさせ、利用者や家族、地域の方々との交流を図る取り組みを行っている。

24	II-4-(1)-② ボランティアなど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	清田区社会福祉協議会のボランティアセンターに登録し、マニュアルを整備し職員に周知し、いつでも受け入れる体制を整えている。また、地域の学校教育などへの協力をしており、小学校、中学校の見学及び体験学習を受入れている。今後はボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化し窓口を設置するなど、ボランティアを積極的に受入れるための体制の充実を期待したい。
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、関係機関などとの連携が適切に行われている。	a	地区の自立支援協議会、相談支援事業所、福祉関係団体と連携して福祉に関する情報を交換している。また、身体障がい者福祉事業連携協議会に加盟して、情報共有や研修会参加、災害時避難訓練や災害受入れ施設となっている。また、ヘルパーセンターとの移動支援、ハローワーク、職業センターと就職の定着支援、特別支援学校などと実習受入れや卒業後の支援、相談支援事業所との連携など、事業所が提供する福祉サービスに関連する専門機関と連携している。
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	地域住民を対象に「moriカフェ」を開設し交流したり、和室のスペースを開放するなどの取り組みをしている。地域の町内会とは連携しているが、施設・事業所の役割・機能を地域住民に周知する活動までには至っていない。
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	地域の町内会との情報交換、地区の自立支援協議会への参画、併設した相談支援事業所と連携し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、地域住民を対象に利用者が給仕を行い、製造したパンや飲み物を無料または低額で提供する「moriカフェ」を開設し、地域住民との交流が始まっている。今後はカフェ事業の活発化並びに事業所が把握している在宅障がい者の入浴ニーズなどへの積極的な取り組みを期待したい。

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	利用者一人ひとりの尊厳と権利を尊重した福祉サービスの提供と利用者自身の社会的自立と自己実現、そのために法人が地域でなすべき姿を掲げた法人理念の実践のため、職員会議において理念の周知が図られている。事業所では、特に職員の虐待に関する理解について力を注いでおり、就業規則に利用者の権利擁護や虐待防止に関する条項を追加し、職員への周知徹底を図るとともに、虐待自己チェックリストにより職員全員が点検を行う取り組みがなされている。さらに今後、事業所として差別解消法へのより深い理解のため職員会議での周知や研修会なども検討している。法人理念を追求し、利用者を尊重する事業所の姿勢や取り組みについては評価に値するが、標準化されたサービス提供方法の明文化が未整備のため、これまでの実践を振り返り、早急な作成への着手に期待したい。

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護など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。	b	法人の行動規範や利用者の人権に対する指針があり、また、プライバシー保護マニュアルとして「接し方によるプライバシー保護の留意事項」が整備されている。入浴介助や排泄介助などの個別のサービス提供マニュアルにおいてもプライバシーに配慮した視点がある。評価訪問調査時にも利用者がホール内で着替える際、カーテンを閉めて支援が行われている様子が確認できた。職員は利用者のプライバシー保護などの権利擁護に配慮した福祉サービスの提供に努めているが、実際の訪問調査時にプライバシー保護と個人情報保護規程を取り違えていた状況が垣間見られたことから、事業所として、職員に対するより一層の理解・周知の取り組みに期待したい。
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。	a	「施設要覧」をはじめ事業所独自のパンフレットを用いて、生活介護事業や就労継続支援B型など施設入所支援以外の事業所が有する機能の情報提供を行っている。利用希望者については、2～3日の宿泊型体験利用を実施し、その特性に合わせたサービス提供に結び付けている。また、2015年11月から利用者家族用に「札幌ワークセンターだより」を発行し、事業所が提供するサービスを分かりやすく文書化する取り組みも行われている。
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者などにわかりやすく説明している。	b	サービスの開始期は契約時に契約書、重要事項説明書、運営規程の説明を行い同意を得ている。地域移行などのサービス変更についても保護者説明会の機会などを通じて説明し同意を得ている。保護者説明会では、利用者負担金の説明などの詳細なことも資料を提示し説明がなされている。さらに事業所では「契約利用困難者への対応マニュアル」が整備され、成年後見制度や日常生活自立支援事業などの各種制度の活用や具体的な援助内容が定められている。利用者自身の理解度については、障がい程度により多様であることから、今後、その特性により配慮した支援に期待する。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行など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	利用者の事業所の変更や地域移行に際しては、担当する相談支援事業所などとの連携を図り、利用者とその家族に退所後の支援やアドバイスを行っているが、その際の手順・引継文書は整備されていない。今後は早急に事業所として手順などを整備し、サービスの継続性に配慮した丁寧な取り組みが組織的に機能するよう期待する。
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。	b	利用者や家族に対し、アンケートを実施するとともに、毎月1回の意見交換会や就労継続支援B型の利用者にはSST（社会生活機能訓練）時に意見を聴取・交換して外出レクリエーションや行事計画に活かしている。また、自治会終了後に利用者と事業所の職員が参加し、定期的に関催される給食会議では、利用者の要望などを聴取し献立作成に反映させている。事業所では利用者からの要望を可能な限り活かすように努めているが、利用者の障がい程度により必ずしも全てに応えられている状況には無いから、より利用者が満足できる仕組みづくりを工夫していくことに期待したい。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見など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 法人に「苦情相談委員設置規程」並びに「苦情解決事務取扱要領」が整備されており、苦情が発生した場合にどのような流れで解決に至るのかが明確になっている。また、事業所の1階と2階には掲示がなされるとともに食堂と1階フロアに苦情箱が設置されている。利用者や家族に対しては掲示のほかに法人の機関誌「Welfare」に掲載し周知する取り組みが行われている。さらに定期的に苦情相談員会を開催しているとともに、苦情が発生し解決に至った経過を事業報告書にて公表している。
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、利用者などに周知している。	b 利用者や家族からの意見や要望に対して、事業所内に「提案箱」を設置するとともに、相談スペースの確保など相談しやすいハード面に配慮した取り組みがされている。今後は、利用者や家族が相談する相手を選ぶように出勤している職員が一目でわかるような顔写真入りの掲示をするなどの周知方法の検討について期待する。
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。	b 利用者から相談や意見があった場合には、申し送りにて全職員が共有し、ソフト面で改善すべきものは速やかに改善に取り組んでいる。事業所内の手すりなどのハード面については、優先順位を決めて対応している。また、職員への要望はすぐに実現が難しい事例については、第三者の苦情解決委員などに相談し、適切な支援方法などの助言を得ている。しかし、相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順などのマニュアルは整備されてはならず、今後の取り組みに期待したい。
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 法人の各事業所職員で組織される安全衛生委員会によってサービスの提供場面における定期的な見回りを徹底し、事業所の危険箇所のみならず法人の別事業所のリスクについても検討がなされている。また、事業所にはリスクマネジメント並びに事故防止・対応マニュアルも整備し、日常的に改善箇所の確認・改善に向けて取り組みがなされている。 利用者は、事業所の鍵であるカードキーを保有し外出が自由である方もおり、権利の尊重がなされているが、その一方で夜間外出のリスクもある。今後、夜間の外出についてのリスクも検討され、マニュアル化するなどの取り組みに期待したい。
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 事業所に「感染症予防対策マニュアル」が整備されているとともに、利用者とその家族に対してインフルエンザ予防や食中毒についても機関誌「Welfare」を通じて情報提供するとともに、事業所内掲示板や館内放送を利用し注意喚起を行っている。利用者に対してはインフルエンザの予防接種を促し、予防対策を行っている。また、定期的に感染予防委員会が開催され、支援員はもとより看護師や栄養士も参加し、感染予防について情報提供と共有がされている。

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行っている。	a	年2回、夜間訓練も含めた総合防災訓練が実施されるとともに、他の障がい者入所施設と共同して災害時の避難訓練に施設長、支援課長、そして利用者が参加している。また、法人内に総合防災対策委員会が組織され、火災予防班・災害防止阻止班・夜間や休日における自衛防災活動隊が編成されており、有事の際に職員がどのような役割を担うのが明確になっている。事業所内には震災を想定した備蓄品がリスト化され、管理されている。
----	--	---	--

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	利用者の権利擁護に配慮された詳細なマニュアルが整備され、それに基づき食事・入浴・排泄・移動などのサービスを提供している。また、日課表により24時間の流れを定めている。個々のサービスは職員の経験により実践されているが、支援の多様化もあり、事業所全体のサービスを標準化する一層の取り組みが望まれる。マニュアルを検討することは自らの振り返りにもなることから、統一した標準的なマニュアルとして整理することを期待する。
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	事業所では毎月の個別支援会議において、利用者への支援方針や利用者同士の関係に基づく支援方法について意見交換がなされ見直しはされている。今回の第三者評価に至る職員の自己評価を参考とし、サービス提供場面でさらに必要なこと、不変とするものなど、定期的に自己評価をする仕組みづくりに期待したい。
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	利用者一人ひとりの特性、身体状況、生活状況をアセスメントで把握し、統一様式によって策定している。策定に当たっては、職種により3チームに分かれチーム会議を行い利用者の日常生活を支援する上での具体的な計画案を策定した後、サービス管理責任者が意見を盛り込み、看護師など多職種が参加する支援会議で策定している。また、研修を通じて策定に当たる職員の能力向上のため、ケアマネジメントの意義や目的、アセスメントの視点に理解を深める取り組みがなされている。
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	個別支援計画の見直しについては、半年ごとに利用者や家族と個別面談し、個別支援会議を経て策定している。利用者の入院など、計画を再変更しなければならない場合でも、利用者家族への報告と同意、医療機関との連携などの手順が定められ対応している。

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。	<p>b</p> <p>朝夕の申し送りや職員間の情報を共有している。日中、利用者に変化があった場合は、事業所内の詰所に掲げられているホワイトボードに記載し情報が伝わる仕組みをとっている。個別支援計画は利用者台帳に綴っていると同時に、個別ファイルを作成し服薬や支援の方法が詰所に保管され職員誰もが閲覧、確認できるようになっている。しかし、シフト勤務による夜勤明けなどには全職員が共有できていない場合もあることから情報のより一層の共有についての取り組みに期待したい。</p>
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。	<p>b</p> <p>法人に個人情報保護規程が整備されるとともに、個別支援計画や通所利用者及び家族と事業所との連絡帳は職員詰所に保管・管理されている。パソコンの記録はパスワード保護設定の上、情報を管理する体制がとられている。しかし、訪問調査時の支援場面では連絡帳の取り扱いに不備が見られたため、記録の管理体制が確立しているとまでは言えない。情報の漏えいに対する対策とその対応方法について、今一度、職員に対し周知徹底が望まれる。</p>

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	日常的にコミュニケーション支援が必要な利用者について、個別支援計画に具体的に明示され、マニュアルなどについても整備されている。今後は、聴覚障がいや発達障がいをもつ利用者の支援により理解を深めるための研修・会議などを実施し、サービスの質の向上を目指す取り組みに期待したい。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	日中活動の中で、麻雀、カラオケ、花栽培などが活発に行われている。また、利用者自治会が組織され、月1回協議が行われている。今後は、利用者の主体的な活動をさらに推進するため、それぞれの意向を尊重しながら、側面的なサポートとなるよう工夫願いたい。
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	b	発作の不安がある重度の利用者に対して、集音マイク・センサーを設置し、緊急時に備えるなど、利用者の状態などに応じた対応を職員間で確認している。今後は、利用者の高齢化など状態変化に対応するとともに、利用者の自発性や家族の意向などを踏まえたサービス提供となるよう職員の資質向上に期待したい。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b	就労継続B型事業など通所利用者に対して、月1回のSSTや調理教室などを実施している。入所部門では、重度の利用者が多く、かつ高齢化も進んでいることから、プログラム外でリハビリを取り入れている。今後は、入所利用者の状態に対応した学習・訓練プログラムを開発・実施していくことに期待する。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
2-(1) 食事		
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a	個別支援計画に基づき、食事が提供されている。また、介助や見守りが必要な利用者に対し、職員が丁寧に対応している。
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a	月1回の給食会議において、利用者の意見・要望を聴いて献立に反映しており、その意見などを参考にした「セレクト食」（月1、2回）や「駅弁フェア」（月1回）は、好評を得ている。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	月1回の給食会議において、席配置などについて意見を聴き、必要に応じて改善するなど環境に配慮している。食事時間は、朝8～9時、昼12～13時、夕18～19時に提供されており、その適切さがうかがわれる。
2-(2) 入浴		
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a	利用者の健康状態を確認し、個別支援計画に沿ったサービスを提供している。基本的に同性介助とし、利用者本人の能力を考慮して全て介助するのではなく、できることは自力でやってもらう姿勢を職員間で確認している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴は、夕食前の時間と利用者が希望すれば午前も可能となっている。機械浴については、週3回実施している。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場などの環境は適切である。	a	毎日2回の清掃や月1回の業者による特別清掃を実施している。脱衣室は床暖房を取り入れ冬季の室温に配慮がなされている。浴室はプライバシー保護のため、外に竹垣が設置されているとともに、脱衣室では出入りにカーテンが設置されている。
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	利用者毎に排泄状況表を作成し、個別支援計画に沿った必要な介助を職員間で確認・実施している。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	施設内にトイレが多く設置（1階：3カ所、2階：男女各2カ所、食堂：男女車イス各1カ所）され、清潔でゆとりのある造りとなっている。

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	利用者自ら外出して、衣服を購入する場合もあるが、多くは月1回の買物支援（衣服以外も含む）を活用し、職員同伴で衣服を購入している。
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	衣服の汚れが生じた場合には、適宜日常の支援の中で着替えなどの対応を行っている。
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	整髪、爪切り、髭剃り、歯磨きなどについては、利用者の意向を尊重しながら、自力で行えることは可能な限り自らやってもらうよう側面的な支援を行っている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	地域の理髪店を利用している利用者については、希望に応じて送迎を行っている。また、月1回、訪問理・美容業者の来所を調整し、希望する利用者が利用している。

	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	個別支援計画に基づき、夜間のトイレ誘導、おむつ交換などに適切に対応している。全室個室並びにナースコール配備により、利用者が安心して睡眠できる体制を整備している。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	健康管理マニュアルに基づき、看護師が中心となり、朝のバイタルチェックにはじまり、適宜相談を受けながら、利用者の健康管理を適切に行っている。口腔ケアやインフルエンザの予防接種などについても利用者の希望により実施している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	夜間の緊急時には事業所の看護師に連絡・相談し対応している。利用者が定期受診している病院とは、日頃から連携を図っている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬などの扱いは確実に行われている。	a	マニュアルに基づき、与薬チェック表により、看護師・担当職員など複数の職員が確認し、確実に実施されている。



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。	b	個別支援計画に基づき、余暇・レクリエーションを実施している。利用者自治会において説明を行い、一定の了解は得ているが、全ての利用者の意向・希望に沿うことは限界がある。今後は可能な限り利用者意向の把握に努め、活動メニューの増などきめ細かくニーズに対応していくことに期待したい。
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。	a	自治会において協議・確認したルールに基づき、利用者の外出は自由にできる。利用者にはカードキーが配付されている。
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	外泊ルールに基づき、利用者の希望に応じて外泊が可能となっている。必要に応じて家族との調整を施設職員が行っており、盆や正月に外泊を強制・要請はしていない。
2-(10) 所持金・預かり金の管理など		
A-2-(10)-① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	預り金規則に基づき、利用者または家族の依頼により実施しており、監事監査において点検している。基本的に自己管理を原則としている。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオなどは利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	新聞・雑誌の個人購読並びにテレビの個人所有は可能となっている。共有スペース(談話コーナーなど)にもテレビを設置している。
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこなど)については、健康上の影響などに留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	健康上などの問題がある利用者を除き、職員と協議し、飲酒・喫煙が認められている。飲酒の時間・場所などのルールを予め決めており、喫煙についても居室では不可だが、施設内に喫煙場所を設置している。

# 北海道リハビリー行動規範

## 総 則

### 1. この規範の趣旨及び適用範囲

この規範は、社会福祉法人北海道リハビリー（以下「法人」という）のすべての役員（これに準ずる者を含む）及び職員（以下「私たち」という）が、法人の持つ社会的責任を深く自覚し、あらゆる事業活動の場面において関係法令の遵守を徹底し、社会倫理に適合した行動をとることが法人の健全な発展のために不可欠であるとの認識の下に、日常の業務を遂行するにおいて遵守すべき事項を定めるものとしします。

### 2. 基本姿勢

- (1) 私たちは、あらゆる事業活動の場面において、関係法令及びこの規範を始めとする法人の規程等を常に遵守し、すべての事業活動が社会倫理に適合したものであるよう努めます。
- (2) 私たちは、あらゆる事業活動の場面において、すべての人の基本的人権を尊重しなければなりません。また、人種、信条、性別、年齢、社会的身分、門地、国籍、民族、宗教または障害の有無等の理由による差別や個人の尊厳を傷つける行為を行いません。
- (3) 私たちは、常に社会人としての自覚を持ち、高い道德観と倫理観に基づき、社会的良識に従って行動します。
- (4) 私たちは、法人の正当な利益に反する行為または法人の信用、名誉を毀損するような行為を一切行いません。

### 3. 規範遵守の責任

- (1) 私たちは、この規範に定める事項を誠実に実行しなければなりません。

- (2) 幹部職員は担当する部門のすべての職員が、また管理する立場にある職員はその管理下にある職員が、この規範のすべての事項を遵守するよう指導、監督しなければなりません。
- (3) この規範に従った事業活動を確実に実施するため、関係各部門は、行動マニュアルの制定、具体的な遵守事項の周知徹底、助言、指導その他必要な活動を展開しなければなりません。

## 社会との関係

### 1. 反社会的行為への関与の禁止

- (1) 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、断固たる行動をとるものとし、一切の関係を遮断しなければなりません。
- (2) 反社会的勢力・団体の活動を助長するような行為を行ってはなりません。

### 2. 環境保全

製品の資材調達から、製造、流通、使用、リサイクル、廃棄までのライフサイクルにわたって生じる環境への影響を低減し、地球環境の保全と持続可能な発展を実現するために、関係法令及び関係規制を徹底して遵守しなければなりません。

## 施設利用者との関係

### 1. 高水準な福祉サービスの提供

私たちは、常に施設利用者の満足を心がけ、支援の提供者としての専門的役割と使命を自覚し、絶えず知識と技術の研鑽に努め、各種サービスの質の向上に努

めなければなりません。

## 2. 公平・公正な関係の維持

- (1) 施設利用者及びその家族等との関係は、常に透明かつ公正なものとし、社会倫理に従い、誠実な対応を行わなければなりません。
- (2) 施設利用者個々人の障害や個性を正しく理解し、個別支援計画や要支援度に応じた公平なサービスを提供するよう心がけなければなりません。

## 顧客・取引先等との関係

### 1. 製品・サービスの安全性

常に顧客の満足を心がけ、法人が提供する製品・サービスの安全性及び品質に十分配慮しなければなりません。

### 2. 自由な競争及び公正な取引

- (1) すべての顧客、取引先等との間で、自由な競争原理に基づき、独占禁止法等の関係法令を遵守した公正な取引を励行しなければなりません。
- (2) 顧客、取引先等との関係は常に透明かつ公正なものとし、社会倫理に従って誠実な取引を行わなければなりません。

### 3. 購入先・協力先との取引に関する方針

- (1) 資材等の購入先及び下請事業者等の協力先に対しては、常に対等、公正な立場で接し、関係法令及び契約に従って誠実な取引を行わなければなりません。
- (2) 資材等の購入及び調達等に関する職務に関連して、利益や便宜の供与を受ける等、個人的な利益を追求してはなりません。

#### 4. 接待・贈答等に関する方針

取引先等からの接待・贈答品の授受に関して、健全な商習慣や社会的常識を逸脱してはなりません。

## 法人財産・情報の管理

### 1. 法人財産の管理及び適正使用

法人の財産（有形、無形の資産）を所定のルールに従い適正に管理し、私的用途に流用する等、業務目的以外に使用してはなりません。

### 2. 秘密情報の取扱い

- (1) 法人の秘密情報を厳重に管理し、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不正または不当に利用、開示及び漏洩してはなりません。
- (2) 業務上知り得た職員、施設利用者等の個人情報及び顧客、取引先、取次店等の情報は、正当な目的以外に使用しないとともに、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、漏洩しないよう厳重に管理しなければなりません。

### 3. 知的財産権の保護

- (1) 法人の所有する知的財産権（特許権、実用新案権、意匠権、商標権、著作権等）の維持、確保に努め、これら知的財産権の実施許諾等は、所定の手続きに従い行わなければなりません。
- (2) 他社（他者）の知的財産権を尊重し、故意に侵害したり不正に使用してはなりません。

## 運用体制

### 1. 運用体制

- (1) この規範の制定及び改廃は、法人内施設長会議の審議を経て、理事会がこれを決定するものとします。
- (2) この規範の運用に関する基本方針は、法人内施設長会議において審議し、理事会に報告するものとします。
- (3) この規範の主管部門は法人本部とし、法人本部はこの規範に規定する事項の実施につき、各部門に対する助言、提言を行うものとします。
- (4) この規範の遵守状況については、法人監事が監査を行うものとします。
- (5) この規範に違反した行為または違反するおそれのある行為が行われていることを知った職員は、上司を経由しまたは直接に法人監事に相談することができます。この場合において相談者は、相談した事実によって何らの不利益も受けることはありません。

### 2. 照会先

この規範の各事項に関する疑義解釈等の問い合わせ窓口は、法人本部総務課とします。

### (附則)

この規範は、平成15年4月1日から施行する。

## 別記

# 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

利用者に対してわいせつな行為をすること、または利用者をしてわ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、専務長、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事。
- ・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、独りよがりでは思い込まないこと。
- ・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。