

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2024 年 1 月 29 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 001-0010  
 住所 札幌市北区北10条西4丁目1 SCビル2F  
 電話番号 011-717-6001  
 評価機関名 特定非営利活動法人シーズネット  
 認証番号 北海道 22-001  
 代表者氏名 理事長 奥田 龍人



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)	奥田 龍人	総合	第0219号
	(2)	箭内 宏行	総合	第0257号
	(3)	柿沼 英樹	福祉医療保健	第0242号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	生活介護			
事業所名称	北広島デイセンター			
設置者名称	社会福祉法人 北ひろしま福祉会			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 北ひろしま福祉会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2022 年 4 月 19 日	~	2024 年 1 月 29 日	
利用者調査実施時期	2022 年 8 月 1 日	~	2022 年 8 月 31 日	
訪問調査日	2023 年 2 月 7 日	・	2023 年 10 月 20 日	
評価合議日	2023 年 10 月 18 日	・	2023 年 12 月 15 日	
評価結果報告日	2024 年 1 月 29 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

特定非営利活動法人シーズネット

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人北ひろしま福祉会

代表者氏名：理事長 渡邊 憲介

所在地：〒061-1123 北海道北広島市朝日町2丁目6番地9 Tel 011-373-8809

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

1. 毎日の支援の振り返りの習慣化

事業所目標として「明日も来たいデイセンターを職員みんなでつくる」を掲げており、職員が終業時に自分たちがその日に行った支援などを目標に照らし合わせ振り返るための「気づきメモ」を提出するという取組を行っています。気づきメモで出されたヒヤリハットや人権侵害かもしれないという気付きなどはリスクマネジメント委員会で迅速に検討し、その結果をすぐにグループウェアに流し、朝会でも確認しています。迅速な改善の習慣化により職員にも気づきメモを書くモチベーションが高まっています。また、支援で成果が上がったことも記載するようにして、そのメモを事務所に掲示して共有することにより職員の支援を賞賛しており、この取組も職員の働きがいを高めています。

2. 日中活動における個別支援計画の徹底

日中活動では活動室の場所に利用者個々人の個別支援計画をわかりやすくしたものを掲示して、利用者も職員も都度確認できるような工夫がなされています。また、個別支援計画は具体的に記載されており個別支援マニュアルの役目も果たしていて、担当職員ではない職員がサポートに入る場合も同様の支援ができるように配慮されています。機能訓練でのプランも「半年後には北広島駅の売店に行って好きなものを買えるようになろう」とか、「市役所にある有名菓子店のソフトを食べよう。そのために階段を登れるようにしよう」など、利用者にとって具体的かつモチベーションが上がるような目標を立てて実行しています。

3. コミュニケーションの配慮と意思を引き出す努力

意思決定が難しい利用者については、その前提となる意思形成をすることが有効と考え、タブレットで動画を見せて選択させるなど様々な取組を工夫しています。また、利用者が発した要望で支援者側の用意するメニューにない場合は「ドリームチャレンジ」と位置付けて、利用者の新たな可能性への挑戦として、希望をかなえることができるよう取組んでいます。それらの成果として2020年に「意思決定支援事例集」を事業所独自に作成しています。

4. 地域の福祉ニーズを基にした取組

特別支援学級・学校の夏休み、冬休み等の期間に、小中学生、高校生などを対象に施設開放事業を法人として行っており、事業所を開放して受け入れたり、外出行事などを行っています。学校の休み中は子どもが時間を持て余す傾向があるので、子どもたちを受け入れることで家庭のレスパイトにもなり、家庭にも子どもにも喜ばれています。また、事業所は北広島市の「公園の里親制度」に登録しており、近所の公園のゴミ拾い、草刈り、遊具の点検などを利用者が行っています。他に、法人の取組として、事業所に隣接している「ふれあいステーションほっと」というミニ体育館や様々な活動室があるスペースを、地域住民に無料開放しており、地域のサークルやサロン、教室などが開催され、地域交流の場となっています。そこでは、寺小屋という子どもたちが集まる場も設けています。

◇改善を求められる点

1. 福祉サービスの質の向上へ向けたさらなる取組

事業所としての自己評価は、北海道から示された実地指導用のシートで行っています。職員の場合は目標管理シートがあるので、それに職員自身で計画を立て振り返りにより自らの課題を明らかにするようにしています。また、気づきメモで、日頃のサービスの振り返りと改善に取り組んでいます。ただ、それだけでは事業所としてのサービスを詳細に検討する内容としては十分とは言えません。目標管理とは別に、提供しているサービスそのものを振り返るチェックリストなどを活用した職員の自己評価と、それを基にした事業所の自己評価に取り組むことで、サービスの質の向上を客観的に測るための仕組みづくりを期待したいところです。

2. 利用者の要望を把握する仕組みの充実

コミュニケーションが難しい利用者が多いことから、毎日の活動の中で職員が利用者の食事場面や活動の参加状況などを観察して支援に対しての満足度を図っているということです。家族の要望は毎日の送迎の際や、半年に一度個別支援計画を説明する個別面談の中で把握しているということです。事業所の苦情は数的にはほとんどありません。毎日の支援の中での観察で満足度を図ることは重要ですが、職員の視点からの評価になりがちなので、それを補完する仕組みづくりも考えたいところです。例えば、定期的に全利用者の満足度を調査する機会を設定しその結果を検討するか、苦情記入カードを配布するなど苦情を申し立てしやすい環境づくりを検討されることを期待したいところです。

3. 体調の管理

利用者にはてんかんなどの他、生活習慣病関連の予備群の方も在籍しており、服薬管理などもマニュアルに沿って行われていますが、利用者の高齢化とともに常日頃からの健康管理と慢性疾患への対応が重要となることから、看護師の勤務体制の充実を期待したいところです。利用者人数に比べ看護師の勤務時間が少ないだけに、生活支援員の健康管理に関する知識やスキルが求められますので、健康管理などの研修は定期的に行われることを期待したいところです。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

改善点の「1. 福祉サービスの質の向上へ向けた更なる取り組み」に対しては、定期的な事業所内研修と利用者のケース会議により具体的な支援方法の共有を図ります。また、個々の職員の知識・技術向上を目的に事業所のスキルチェックシートを活用しつつ、定期的な面談での到達点の確認、及び指導をしていきます。

「2. 利用者の要望を把握する仕組みの充実」については、半年に一度の面談の他、利用者・家族への利用満足度アンケートを実施と、苦情を申し立てしやすいよう苦情記入用紙の配布と、用紙を事業所に置く対応を行います。また、対応した苦情については対応も含め、事業所のエントランスにあるホワイトボードに掲示していきます。

「3. 体調管理」については、令和6年1月より、配置医師の契約を結び、定期的に利用者の健康確認を行っていきます。また、看護師による職員への健康管理に関する知識や技術の研修を実施していきます。

今後も「明日も来たいデイセンター」を事業所理念とし、利用者、家族、職員、そして地域の方にも満足される事業所を目指していきます。

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(障害者・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	<p>【取組状況】</p> <p>法人理念に「わたしたちは、すべての人のしあわせのために、地域福祉を推進する役割を担います」を掲げ、法人が各事業所にその具体的な取組を明示するよう指示している。事業所目標として「明日も来たいデイセンターを職員みんなで作る」を掲げ、利用者も職員も毎日を楽しむことを心がけている。全職員に理念や行動指針を文章化したものを配布し毎月の職員会議で確認しており、職員へのヒヤリングでも全ての職員が法人・事業所の理念を答えることができている。利用者・家族には法人としての広報誌を年2回、事業所としての広報誌を月1回発行し、法人の理念と事業所の目標を載せており、それに基づいた活動内容を説明している。</p>

### 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	<p>【取組状況】</p> <p>法人本部に経営管理部門があり、そこで障害福祉制度などの動向や地域の障害者の状況など分析し、利用者のライフステージを見据えた支援を掲げて経営計画を立てている。法人施設長会議・各部長会議が毎月開催され、各事業所の予実管理表を基にその計画の進捗状況など検討している。北海道知的障害福祉協会の会員であり、会員相互での情報交換も活発である。法人としてライフステージをトータルに支援できるよう「利用相談センター」を設置しており、障害サービスや介護保険サービスのトータルなコーディネートをしているが、そこで把握されたニーズなども分析している。事業所としては、それらの会議の資料として経営状況を把握し、分析している。</p>
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。	a	<p>【取組状況】</p> <p>経営状況については、法人本部の指導のもと改善に努めている。職員には職員会議で経営課題について説明し、一緒に改善の取り組みを検討している。コロナ禍で利用者減となり収入が厳しくなったので、節電などの日常的な取り組みや、稼働率を上げるために感染予防を徹底して利用控えを減らす、短時間利用も導入するなどを取り組んだ。超勤を減らすため限られた職員数でできる時間帯など見直し、出勤時間を業務に合わせてフレキシブルな対応をするなど工夫した結果、超勤は減少している。</p>

1-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	1-3-(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	<p>【取組状況】</p> <p>SDGs最終ゴール年度に合わせて法人としてのSDGs目標を掲げ、10年の長期計画を策定している。それを基に5年の中期目標を掲げ、施設整備・修繕、地域社会への取り組み、職員の処遇改善と人材確保、サービスの質の向上、財政基盤の整備など具体的な目標が位置付けられている。事業所としてもそれを踏まえた中期目標を作成し法人の会議で承認する仕組みとなっている。また、制度の改正や地域ニーズの変化などの要因で見直しをしており、最近では、生活介護のニーズが増大し定員上断らざるを得ない状況もあったので、新しい生活介護事業所を開設し2か所合わせて60名定員を100名とするなど、中期計画のビジョンを実行に移している。</p>
5	1-3-(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	<p>【取組状況】</p> <p>法人としては中期計画を踏まえた単年度計画を策定しており、その項目ごとに事業所としての単年度計画を策定している。項目ごとにSDGsの17の目標の何に当たるのかということも示している。項目の内容は具体的で到達目標を数値等で示しているので、振り返りの評価がしやすいものとなっている。</p>
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	1-3-(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	<p>【取組状況】</p> <p>事業計画は、法人が単年度計画で示した項目を基に前年度の活動における職員の反省も汲んで管理者層で案を作成し、主任等の意見も聞いて確定している。「明日も来たいデイセンター」という事業所目標に沿った項目となっており、年度初めの職員会議で説明している。法人として4半期ごとに事業計画の進捗状況をまとめているので、事業所としても細かくチェックし、見直す場合も職員会議等で周知している。</p>
7	1-3-(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	<p>【取組状況】</p> <p>利用者・家族には、事業所の目標と年間行事計画などを広報誌等で知らせている。家族会の行事として総会や成人式などがあり、その際に事業所の目標やSDGsの環境目標の取組などを説明している。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>事業所が利用者へのサービスをどのように高めていくのかは利用者・家族の最大関心事であるので、利用者・家族に事業計画をわかりやすく伝える文書を配布することや、家族が集まる機会などを通して管理者が説明することを期待したい。</p>

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	<p>【取組状況】</p> <p>事業所としての自己評価は、北海道から示された実地指導用のシートで行っており、職員の場合は目標管理シートがあるので、それに職員自身で計画を立て振り返りをする仕組みがある。サービスの質の向上については、事業計画に位置付けられた意思決定支援や権利擁護を基に利用者が楽しむことを追求するということを、計画の振り返りの中で検証している。なお、福祉サービス第三者評価の受審は今回が初めてである。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>事業計画についての振り返りはなされているが、サービスの質の向上を客観的に測るための仕組みが十分とは言えない。目標管理とは別に、提供しているサービスそのものを振り返るチェックリストなどを活用した職員の自己評価と、それを基にした事業所の自己評価に取組むことを期待したい。</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>事業計画の振り返りの中で組織として取り組むべき課題を明確にしており、職員は目標管理シートの振り返りにより自らの課題を明らかにする仕組みがある。それを受けて改善策を検討している。ただ、事業所としてのサービスを詳細に検討する内容としては十分とは言えない。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>改善する仕組みはあるので、サービスを詳細に検討するためのツールの活用を期待したい。</p>

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	<p>【取組状況】</p> <p>管理者は、職員会議等で事業所の目標である「明日も来たいデイセンター」の具現化を職員みんなで作ろうと、常日頃宣言している。そして経営課題を明らかにし、具体的取組を提示している。また利用者・家族にも、広報誌や年始の挨拶等の節目で、事業所の目指すべき方向性を示している。不在時の権限移譲も文書で明確化している。</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>法人としてコンプライアンスの規程を整備し、毎年1度、管理者を対象にコンプライアンス研修を行っている。外部講師を招いて他法人の様々な事案なども学んでおり、法人内のグループウェアで不適切事案などの新聞記事を職員全員に配布して、注意喚起している。ハラスメント対策やSDGsの取り組みなども法人全体で徹底するようにしており、管理者はその内容を職員会議等で伝えている。また、北海道知的障害福祉協会に加入し、協会の「人権侵害ゼロへの誓い」を職員全員が宣言するように取り組んでいる。</p>

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	<p>【取組状況】</p> <p>管理者は「すべての支援は利用者さんのために」を事業所目標に掲げ、「ポジメモ」という気づきメモの仕組みを作り、その内容を支援の質向上につなげている。気づきメモで出されたヒヤリハットなどはリスクマネジメント委員会で迅速に検討し、その結果をすぐにグループウェアに流し、朝会でも確認している。迅速な改善の習慣化により職員にも気づきメモを書くモチベーションが高まっている。また、障害特性の学びと意思決定支援については重点的に研修を行っている。</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>コロナ禍で経営状況が悪化したが、管理者は、稼働率を上げる取組や超勤を減らす取組などを導入し成果をあげている。行動障害を有する利用者が多いため、人員の配置基準を上回る2:1以上の職員配置をするなど、働きやすい環境づくりにも指導力を発揮している。</p>

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>法人としては、人材確保に力を入れてそのための具体的な計画を策定しており、それに沿った採用活動を行っている。社会福祉士、介護福祉士の資格取得を推奨し、勉強会を行ったり、スクーリングなどは特別休暇で与えている。専門学校と連携して実務者研修を当法人で行っていてもいる。サービス自体が夜勤等が無く土日休みの形態であり、働きやすさもあって中途退職者がほばいない。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>職員のモチベーションを高めるための工夫は十分に行っているが、まだ3割ぐらい国家資格の無資格者がいるので、一層の努力を期待したい。</p>
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>法人として「期待される職員像」を明文化して全職員に配布しており、それに基づいた人事考課制度を整備している。職員ごとの目標管理とスキルアップの評価を基に昇給、昇格と連動するシステムで、評価基準は職員にも公表しており、職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりとなっている。</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>職員の就業状況は法人としてデータ管理しており、事業所としても把握している。半年に一度個別面談を行い、職員の希望なども把握している。事業所の有休消化率は8割程度と高い水準である。メンタルチェックも定期的に行い、法人の産業医などに相談できる仕組みがある。法人としての福利厚生も充実しており、スポーツや文化活動など様々なサークルがある。事業所の定着率は同業種と比較しても高い方である。</p>

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	【取組状況】 「期待される職員像」については、到達度ごとにキャリアラダーモデルを制定しており、職員は経験年数や職位に応じて個人目標シートを作成している。管理者は、中間・期末の面談を行い、進捗状況を把握しており、聞き取った個別課題については具体的にアドバイスをしている。
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。	a	【取組状況】 職員個々の研修計画は目標管理シートに位置付けている。法人のラダーモデルに専門技術や資格も位置付け、資格取得奨励のため、参考書を配布したり、勉強会を行ったりしている。個々の研修計画の進捗状況は個別面談の際に確認し、見直す仕組みがある。
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。	a	【取組状況】 法人として階層別、職種別研修体系が制定されており、全職員の受講が必須となっている。事業所としても年度初めに所内研修計画を立てており、外部研修も同様に位置付けている。職員から外部研修受講の希望があった場合は、なるべく調整して受講させている。研修結果は職員会議等でフィードバックしている。利用者の個別処遇に関しては上位の職員がOJTで指導している。
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。	a	【取組状況】 事業計画に「実習生が充実した実習と感じてもらえるような環境を作る」を掲げており、その内容に沿った実習指導マニュアルを整備している。指導者は実習指導者養成研修を修了しており、指導者の育成のため計画的に養成研修を受講させている。実習プログラムは学校のプログラムを基に、学校と打ち合わせして作成している。令和4年度は、社会福祉士2名、保育士7名の実習生を受け入れている。

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。	【取組状況】 法人として「蝦夷援護咲く(エゾエンゴ・サク)」という広報誌を地域、関係者、家族向けに年2回発行しており、法人の理念や事業計画とそれに基づいた取組の情報、決算情報などを記載している。また、法人ホームページでは、各種計画や現況報告、各事業所の設備や活動などが紹介されている。事業所としても「ハピネスマイル」という便りを家族向けに毎月発行している。法人として地域住民向けに「北ひろしま福祉社会便り」を毎月発行し、地域住民向けの講座や行事などを紹介している。  【期待される取組】 事業所では苦情がほとんどないため苦情を公開するような仕組みがないとのことだが、苦情が無いことを公表することも大事であり、また、寄せられた意見などの公表も確認できなかったため、広報誌等での取組を期待したい。
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。	【取組状況】 法人として、福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールや職務分掌と権限・責任は文書で位置付けており、事業所もそれに従い運用している。法人として税理士による外部監査を定期的実施しており、事業所の経理関係もそこでチェックを受け、いただいた指摘事項についてはすぐに取組んで法人に報告している。



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) 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	<p>【取組状況】</p> <p>法人理念に「地域福祉を推進する役割を担います」と位置付けており、事業所としても事業計画には大項目で「地域福祉の推進を図る取組」を掲げている。そのうち、利用者と地域の交流を広げるための取組では、日中活動として「体力活動＝地域クリーン活動」「軽作業活動＝リサイクル作業の拡大」「芸術活動＝交通安全などのポスター作成など」を行い、日常的に地域との関りを持っている。また、北広島市の「公園の里親制度」に登録しており、近所の公園のゴミ拾い、草刈り、遊具の点検などを利用者が行っている。市内のスポーツイベントやお祭りなどにも参加する機会を設けている。</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>法人として積極的にボランティアを受入れるという方針があり、事業所としても受入れマニュアルを整備し、担当を配置している。ボランティアの受入れ時には研修も行っている。事業所前の花壇はボランティアが整備し、市のコンクールで表彰もされている。ただ、利用者と触れ合うボランティアの受入れはコロナ禍でストップして以降、コロナが落ち着いてもあまり回復していない。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>感染対策を万全にしながらも、ボランティアの受入れを再開されることを期待したい。</p>
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>市が発行している障害サービス事業所一覧は挿絵を利用者が担当したこともあり、職員全員が把握している。他の関係機関について特に一覧は用意しておらず、必要時に検索するなどしている。市の自立支援協議会では、法人の職員が指導的役割をもって参加している。法人としては、障害者を生涯に渡り支援するという姿勢で、むしろ必要な社会資源を創り出してきたという自負がある。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>職員の自己評価があまり高いとは言えず、管理者の思いが浸透しているとはいえない。地域の関係機関の役割や法人の歴史等について学ぶ機会を設けているとのことだが、さらに徹底することを期待したい。</p>
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。	a	<p>【取組状況】</p> <p>夏休み、冬休みに市から委託を受けて特別支援学級・学校の小中学生、高校生以上を対象に施設開放事業を法人として行っており、事業所も協力している。子どもたちを受け入れることで家庭のレスパイトになり、また学校の休み中は子どもが時間を持て余す傾向があるので家庭にも子どもにも喜ばれている。デイを開放して受け入れていたり、外出行事などを行っている。法人が運営している「ふれあいステーションほっと」というミニ体育館もあるスペースが隣にあり、地域住民に無料開放している。様々なサークルやサロン、教室などがあり地域交流の場となっている。寺小屋という子どもたちが集まる場も設けている。その交流の中で地域課題を聞き取り、新たな取組に結び付けている。</p>

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。	a	<p>【取組状況】</p> <p>法人として、地域住民のための福祉講座を毎年シリーズで開催しており、令和5年は「みんなde介護」という講座など開催している。また、町内会や老人クラブを対象に出前講座を開催している。法人では、毎年2回、町内会有志と災害時を想定した炊き出し訓練を行ったり、子ども食堂も開いている。</p>
----	--	---	--

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	<p>【取組状況】</p> <p>事業所の権利擁護委員会で年間研修計画を立て、人権に関する研修が取り組まれている。また、毎月、職員会議で管理者による短時間勉強会を開催している。直接的な支援の現場では、職員が終業時に理念等をバックボーンに自分たちの支援などを振り返るために、気づきがあったら記載して提出してもらい気づきメモの仕組みがある。そこで出てきた内容を主任以上が確認し、検討が必要なことなどあれば都度対応している。職員全てに配布されているスキルチェックシートにも権利擁護と接遇の項目があり、人事考課の都度、職員が振り返りできる仕組みがある。利用者(家族)調査では「職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか」については「はい」が88%、「どちらともいえない」が12%であった。</p>
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。	b	<p>【取組状況】</p> <p>プライバシーに関しては、雇用時に研修を行い、その上で支援現場に入ってもらっている。守秘義務を徹底する取組をしており、広報誌などへの顔出しを望まない方への配慮にも取り組んでいる。1階のロッカールームは男女兼用である為、プライバシーの確保が十分とはいえず、職員のプライバシーに関する意識にもばらつきがある。利用者(家族)調査では「プライバシーを職員は守ってくれていると思いますか」については「はい」が83%、「どちらともいえない」が13%、「いいえ」が3%であった。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>プライバシーに関するマニュアルを職員参画の上でより具体的に見直すなどして、職員間に差異がないサービスが実施できることを期待したい。また自分たちのプライバシー保護に関する事項を利用者や家族に伝えていくことで、職員の意識を高めたい。</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>法人ホームページに事業所のサイトがあり、事業所の特徴や活動グループの内容の紹介や写真なども掲載され、利用希望者が事業所のイメージをつかめるようにしている。情報内容が変更した際にはリアルタイムにホームページを更新している。利用希望が多い特別支援学校には、直接パンフレットを渡しながら事業所の事業内容や卒業生の現在の状況なども伝えている。事業所の相談や見学については、利用相談センターが窓口となっており、ホームページの中にその案内が掲載されている。利用相談センターの紹介で事業所に見学に来られた際には、見学と説明に時間をかけて事業所の内容を理解してもらえるようにしている。</p>

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	<p>【取組状況】</p> <p>サービスの開始にあたっては契約書と重要事項説明書をもとに利用者と家族の同意を得ているが、利用者には書面ではわかりづらいことを考慮して「体験実習生」という形でお試しサービス期間を1週間程度設け、サービス内容に納得した上で受け入れている。サービスの内容を変更する場合は、個別支援計画の変更として説明し、文字や言葉で理解が難しい利用者については、写真や動画なども用いて意思決定に対する支援を行っている。</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>移行に関しては、在宅から入所への希望が多く、実際の移行も多い。移行の際には個別支援計画を確認してもらうなど引き継ぎを行い、利用者がスムーズに移行できるように支援している。利用相談センターが、障害サービスや介護保険サービスのトータルなコーディネートをしており、移行やサービス終了の際はセンターが家族や他の事業所などとの調整を行う仕組みがある。引継ぎ等の書面などもセンターの様式で行っている。入所施設の入所者選考会議には事業所も参加している。</p>
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	<p>【取組状況】</p> <p>利用者満足度の調査は定期的には実施していない。コミュニケーションが難しい利用者が多いことから、毎日の活動の中で職員が利用者の食事場面や活動の参加状況などを観察して支援に対しての満足度を図っている。活動の参加に消極的な利用者がいればその理由を検討し、本人の満足に繋げるようにしている。家族の要望は毎日の送迎の際や、半年に一度個別支援計画を説明する個別面談の中で把握している。嗜好調査も定期的な実施は行っていないが、利用者の誕生日にリクエストメニューとして希望を聞き選択出来る機会を提供している。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>毎日の支援の中での観察で満足度を図ることは重要であるが、職員の視点からの評価になりがちなので、今後は定期的に全利用者の満足度を調査する機会を設定し、その結果を検討することで利用者、家族の満足度をさらに高めることを期待したい。</p>
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。	b	<p>【取組状況】</p> <p>苦情対応マニュアルの「初期対応のポイント」には、直ちにすべきことのみならず、対応時の心構えなども記載され、実用的なものとなっている。苦情体制や相談窓口などは重要事項説明書で明らかにしており、事業所以外の苦情相談窓口についても廊下に掲示されているが、苦情箱などは設置されていない。毎日の送迎場面で意見があれば対応するようにしている。法人としては、各事業所に寄せられた苦情のうち重大なものは内容やその後の取組などについて、年2回発行している広報誌に理事長名で公表をしている。事業所の苦情は数的にはほとんどないため、苦情内容に基づいたサービスの質の向上に関わる取組は特にない。利用者（家族）調査では「不満に思ったことや要望を伝えたとき、職員は、きちんと対応してくれていると思いますか」については「はい」が69%、「どちらともいえない」28%、「いいえ」が3%であった。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>苦情があまりないとのことだが、申し出しやすい工夫が足りないことも考え、苦情記入カードの配布など苦情を申し立てしやすい環境づくりをさらに検討されることを期待したい。</p>

35	<p>Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。</p>	b	<p><b>【取組状況】</b> 利用者自身で直接相談出来る方は少ないが、1割程度の利用者は自分がしたいことを訴えることが出来る。そのような場合は時間を取って傾聴するようにしている。プライバシーが守られる相談スペースも用意されている。家族からの相談は毎日の送迎時に聞いたり、連絡ノートを通して行っている。また、家族面談でも相談を聞くようにしている。法人としては、相談受付窓口として利用相談センターがあり、利用者、家族には、そこで相談を受け付けていることも知らせている。利用者（家族）調査では「困ったときに、職員以外の人（役所や第三者委員など）にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか」については、「はい」が61%、「どちらともいえない」が29%、「いいえ」が11%であった。</p> <p><b>【期待される取組】</b> 利用者、家族が相談や意見が述べやすい環境作りとして、匿名での意見を受け付ける仕組みや、第三者にも相談できることをより知らせるなどの取組を期待したい。</p>
36	<p>Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。</p>	b	<p><b>【取組状況】</b> 相談対応マニュアルは特になく、相談や要望に関することも苦情対応マニュアルで代用している。把握した内容を上司に伝えるルールは出来ており、要望や提案等についても都度対応している。</p> <p><b>【期待される取組】</b> 職員の自己評価があまり高いとは言えず、相談の対応を見直すことが望まれる。今後は、意見、要望、提案等の相談に対応するマニュアルを作成するなど、組織として迅速に対応できる仕組みづくりを期待したい。</p>
<p>Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</p>			
37	<p>Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。</p>	a	<p><b>【取組状況】</b> 法人でリスクマネジメント委員会を設置して事業所の指導に当たっている。統一したリスクマネジメントマニュアルが作成され、法人内の職員には研修等で周知されている。事業所内にもリスクマネジメント委員会があり、ここではグループウェア内で日常の危険予知訓練を実施している。それが職員のリスクに対する意識付けに繋がり、日々の中でヒヤリハットを気づきメモに記載する意識も高まり、事故防止に繋がっている。メモは集計して分析しており、再発防止策をリスクマネジメント委員会が作成し、職員会議、掲示等で周知している。事故に繋がりやすい場面については研修会の実施へ繋がっている。</p>
38	<p>Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。</p>	a	<p><b>【取組状況】</b> 法人本部に感染症対策室を設置して、専門の看護師を中心に各事業所の指導にあたっており、統一した感染症対策マニュアルを作成している。事業所としては、それに基づいて感染症対策委員会を設置して事業所としてのマニュアルを作成している。日常的に手洗いを欠かさず、市中の流行時にはマスクを着用し、感染が発生した場合にはゴーグルと防護服も使用するようにしている。利用者にはマスクがつけられるように練習をしており、活動場所の換気は1時間に1回行っている。職員へのコロナやインフルエンザのワクチンは法人による集団接種を行っている。BCP（事業継続計画）は令和3年に作成し、令和5年度も見直ししている。</p>

39	III-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>火災、地震と水害を想定した災害対応のマニュアルを作成している。建物の近隣に川があり、市の水害ハザードマップの危険地域となっており、そこからの水害を想定した対策をBCPに位置付けている。水害対策訓練は、市の要請もあり年2回実施している。災害に備えた備蓄も一覧を作成して管理している。災害時には、職員の場合はスマホアプリの一斉メール機能により安否確認等を行う仕組みがある。火災訓練では、消防職員に協力依頼し避難訓練を行っており、避難状況の確認と総評を頂いている。備蓄一覧について、個数や使用期限などもBCPに記載されることを期待したい。</p>
----	--	---	---

III-2 福祉サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	III-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	<p>【取組状況】</p> <p>生活介護全般にわたる標準的な実施方法としては、職員全てに配布されているスキルチェックシートがあり、接遇、権利擁護、個々の処遇の手引きとなっている。利用者の特性が多様なため、個別的な支援のマニュアルは個別支援計画として具体的に設定されている。支援に必要な利用者の権利擁護の視点については、チェックシートの内容を深めるために法人内研修や事業所内研修などで学ぶ機会が設けられている。</p>
41	III-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	<p>【取組状況】</p> <p>利用者への支援に関しては、毎月の活動室単位での会議や半年ごとの個別支援計画の評価により検診・見直しを実施している。スキルチェックシートは毎年確認しているが、見直しの手順が特に決められてはいない。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>利用者への支援への標準的な実施方法（スキルチェックシート）は、提供するサービスの根幹をなすものであるから、定期的に見直す仕組みの導入を期待したい。</p>
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。	<p>【取組状況】</p> <p>アセスメントは決まった様式を使用し、それにより利用者ニーズを把握して、サービス管理責任者が個別支援計画原案を作成し、サービス管理責任者、支援員、看護師、必要に応じて専門職が入る担当者会議で検討して確定している。個別支援計画のサービス内容は、文字や言葉で理解が難しい利用者については、写真や動画なども用いて説明するなど意思決定に対する支援を行っている。家族へは、家族面談で個別支援計画の説明をし、同意を得ている。日中活動では活動室の場所に利用者個々人の個別支援計画をわかりやすくしたものを掲示して、利用者も職員も都度確認できるような工夫がなされている。日々のサービスの中で課題が出てきた場合は、その日のうちにケース会議を実施している。必要な場合は、家族にもケース会議に参加してもらっている。利用者（家族）調査では「計画やサービス内容についての説明は、わかりやすいと思いますか」については「はい」が90%、「どちらともいえない」が6%、「いいえ」が3%であった。</p>

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。	a	<p><b>【取組状況】</b>                  支援目標の達成度合いについては、毎月、支援員がモニタリングを行い目標達成に向けての進捗状況を確認しており、サービス管理責任者、利用者担当者が半年ごとに評価し見直しの案を作成し、担当者会議を開催している。その結果、変更がある場合は、グループウェアにより関係職員に周知される仕組みを整えている。利用者調査では「サービスに関する計画（目標）を作成したり見直しをする際に、事業所はあなたの状況や要望を聞いてくれますか」については「はい」が88%、「どちらともいえない」が9%、「いいえ」が3%であった。</p>
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	<p><b>【取組状況】</b>                  日々の支援の実施記録は支援ソフトを利用して入力しており、サーバーに保管され、職員間で共有することが出来ている。記録に関しては職員間で差がないように、1年目の職員には法人の基礎研修で記録の基本的な書き方を教えている。その後、細かな記録の記載内容については事業所ごとに先輩職員からOJTで指導するようにしている。情報の共有に関しては、朝会やグループウェアにより行い、引き継ぎが出来るようになってきている。休んだ職員に対しても資料を渡し確認のサインを貰うようにしている。それ以外では、職員全体が参加する職員会議、主任以上が参加する事業運営会議、活動室でのリーダー会議などから職員に情報が伝達されるようになってきている。</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。	b	<p><b>【取組状況】</b>                  法人で個人情報保護規程を設けており、事業所もそれに沿って重要事項説明書で記載しており、契約時に利用者、家族に個人情報の取り扱いについて説明し同意を得ている。個人情報の管理等の職員教育については、採用時に個人情報の取り扱いに関する誓約書を交わす際に実施されているが、以降の実施はない。日常の記録についてはグループウェアで管理しており、パスワードで保護されUSB等外付記録媒体の使用は禁止している。</p> <p><b>【期待される取組】</b>                  個人情報保護については、採用時のみではなく、定期的な研修等で深められることを期待したい。</p>

評価対象 障害者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	
A-1-(1) 自己決定の尊重		
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	<p>【取組状況】</p> <p>自己決定が難しい利用者が多い事業所であるので、意思決定支援については取組に力を入れている。自己決定の前提として意思形成をすることが必要と考え、意思形成支援を行っている。既に意思形成が出来ている事柄への選択などについては、写真やカード、実物を用意して自己決定しやすい工夫をしている。これまで経験や体験をしていない事柄への自己決定については、事前に視覚的に情報を伝えるなどして意思形成を支援している。個別支援計画作成・モニタリングの際に、自己選択出来る利用者には活動の希望を聞き、利用者ごとのプログラムを作成している。様々な支援を試しても自己決定が困難な利用者については、普段の活動の状況を観察、記録し、家族、職員と話し合い、本人の思いを探りプログラムを決めている。3年前から行われているドリームチャレンジは日中活動の枠に収まらない本人の希望する活動を保障する支援であり、この支援も主体性を引き出すという意思形成支援に繋がっている。利用者（家族）調査では「職員があなたの気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか」については「はい」が82%、「どちらともいえない」が15%、「いいえ」が3%であった。</p>
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
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	<p>【取組状況】</p> <p>一昨年に心理的虐待が発生しており、以降、再発防止を最重要課題として重点的に取組んでいる。虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会を設置して、職員全員が参加するようにしている。虐待防止倫理規程、行動指針、目指すべき職員像は文章化されており、毎年、研修会で確認する場を持っている。日々の支援の中で自分自身の行動や他の職員の言動から人権擁護に反するような事がなかったかなどを退勤前に振り返り、気づきメモに記載し提出することを習慣化している。身体拘束の適正化に関しては、緊急やむない場合の身体拘束の手続きについての周知を図っており、やむを得ない拘束をした場合には判断に至った経過等を記録し、代替案がないかなどの検討もしている。定期的な権利擁護に関する勉強会の実施は「自分自身を見直す良い機会になっている」との職員からの言葉もあり、今後も継続した取組を期待したい。</p>

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		
A-2-(1)-① 利用者の自律・A③ 自立生活のための支援を行っている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>それぞれの活動室に、個別支援計画に沿った利用者の個別支援の手順が具体的かつ視覚的に理解出来るように掲示されており、職員間で支援の差異が出ないよう工夫がされている。障害特性に応じた環境調整などで、自立して活動参加が出来る工夫がされている。ロッカーが一人に一つ提供されており、そのロッカーを自身で管理してもらっている。他に食後の下膳や帰宅の準備など本人が出来る範囲で取組んでもらっている。行政手続きや生活関連サービスなどは、法人内に利用相談センターがあり、連携をして支援している。</p>

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 コミュニケーションに関するアセスメントを行い、言葉、カード、写真、実物提示、動画など活用し、本人の受容及び表出コミュニケーション能力に応じた支援を行っている。利用者が何らかの表現をすることは支援者側にとっても嬉しいので、そういう時は皆で賞賛するなどして成功体験を感じてもらえるようにしている。意思決定が難しい利用者については、その前提となる意思形成をすることが有効と考え、タブレットで動画を見せアプリで選択するなど様々な取組を工夫し、その成果として2020年に「意思決定支援事例集」を作成している。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 利用者の思いや気持ちを聞く機会として半年ごとに行われるモニタリングでの個別面談がある。他に毎日の支援の中で利用者より職員に直接相談があれば、都度、話しを聞き、内容を上長に伝えている。環境の見直しなどが必要な場合は、職員会議で検討している。個別支援計画に反映すべき内容の場合は、手順に沿って計画に反映させている。利用者（家族）調査では「あなたが困ったとき、職員は助けてくれると思いますか」については「はい」が85%、「どちらともいえない」が12%、「いいえ」が3%であった。 【期待される取組】 評価項目⑥とも連動するが、今後は職員が相談を受けた際には利用者の希望や悩みに適切に対応出来るよう手順を明確にして、相談した利用者が満足できるような積極的な相談支援に期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 日中活動は、利用者の障害特性や能力、体力などに応じた5つの活動室を設け、それぞれに独自の活動に取組んでいる。主に、作業系、芸術系、体力向上系の活動があり、作業では機械に手作りの補助具をつけることで利用者ができるようになったり、廃品の解体では工程を分割することで利用者ができることが増えるなど、常に工夫しており、その成果はすぐに個別支援計画に反映され、活動室に掲示されている。日中活動は、個別支援計画で話し合われた利用者の希望に沿った活動内容ではあるが、その日より別な活動をしたいという希望があれば、意思を尊重している。用意されている活動メニューにないものが要望として出てきた場合は、その希望をドリームチャレンジと位置づけて、利用者の新たな可能性への挑戦として積極的に希望に応じている。休憩時間なども、余暇活動として何をして過ごしたいか選択が出来るよう取り組んでいる。利用者（家族）調査では「サービスに関する計画（目標）を作成したり見直しをする際に、事業所はあなたの状況や要望を聞いてくれますか」については「はい」が88%、「どちらともいえない」が9%、「いいえ」が3%であった。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 利用者の障害特性に応じた支援をするために、行動援護従事者養成研修や事業所内の障害特性の研修に計画的に職員を参加させて専門知識やスキルの向上を図っている。行動障害がある利用者については、支援手順に基づく記録から時間をおかないでケース会議を開催して行動の背景と支援方法の検討を行い、職員間でその共有を図っている。利用者間のトラブル、特に行動特性からお互いの関係性の悪化により他害などに及ぶ可能性がある場合は、活動グループを変えたり、送迎などでは別ルートの車両に変更、クールダウンが必要な場合はエスケープできる部屋を用意して職員の見守りの中で過ごしてもらうなどの配慮を行っている。これらの取組は常にサービス管理者のスーパーバイズを受けている。利用者（家族）調査では「利用者同士のいさかきやいじめ等があった場合の職員の対応は信頼できますか」については「はい」が68%、「どちらともいえない」が18%、「いいえ」が4%であった。</p>



A-2-(2) 日常的な生活支援		
<p>A-2-(2)-① 個別支援計画に A⑧ もとづく日常的な生活支援 を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 食事の嗜好はアセスメントの段階で家族からの事前情報を得ており、その情報から利用者の誕生日に本人の好物のメニューを提供するなどしている。アレルギー食対応、刻みやとろみをつける、カロリー制限など、利用者それぞれの特性に応じ個別性を配慮した支援を行っている。排泄支援は個性が高く、利用者の状況に応じて声かけ誘導、拭き取り、汚さないような配慮などを行っている。長距離の乗車が苦手な利用者や利用者間の人間関係から心身に負担が生じる場合には、配車を工夫するなどの配慮をしており、いずれも個別支援計画を基に実施している。入浴は実施していない。利用者（家族）調査では「デイセンターでの活動は楽しいですか」については「はい」が63%、「どちらともいえない」が31%、「いいえ」が6%であった。</p>
A-2-(3) 生活環境		
<p>A-2-(3)-① 利用者の快適性 A⑨ と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。</p>	<p>a</p>	<p>活動グループは障害特性や関係性を考慮した活動部屋に分かれており、特性に応じた環境調整がされている。食堂は広く、身体を動かす活動の場にも活用されている。他にエスケープできる部屋が用意され、混乱を生じた利用者のクールダウンが必要な場合に活用出来るようになっている。スヌーズレンを取り入れた部屋も用意されている。暖房は、セントラルヒーティングでパネルヒーターには低温火傷防止の柵が設置されており、冷房も完備されて過ごしやすい環境となっている。階段での転倒防止への配慮もなされている。コロナ感染対策として換気を定時に行っている。トイレにも暖房があり、車椅子用のトイレも用意されている。活動場所に自分の空間が欲しい人にはパーテーションを用意して空間を確保している。家族の希望により、見学は積極的に受けて入れている。また半年に一度の個別支援の面談では、活動の見学も行っている。利用者調査では「生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか」については「はい」が69%、「どちらともいえない」が31%で、「身の回りにある設備は安心して使えますか」については、「はい」が82%、「どちらともいえない」が18%であった。</p>
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
<p>A-2-(4)-① 利用者の心身の A⑩ 状況に応じた 機能訓練・生活訓練を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 機能訓練が必要な利用者については個別支援の計画に盛り込み、法人の機能訓練センターに所属している理学療法士の助言、指導を受けて支援員が専用の場所で機能訓練を行っている。訓練内容はマニュアル化されており、プランも「半年後には北広島駅の売店に行って好きなものを買えるようになろう」とか、「市役所にある有名菓子店のソフトを食べよう。そのために階段を登れるようにしましょう」などモチベーションを高める目標を立てている。モニタリングの際には理学療法士も参加して評価を行っている。訓練を希望する利用者には法人の機能訓練センターで体験することも出来る。</p>

A-2-(5) 健康管理・医療的 な支援		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 通所時の家庭からの健康状態の報告や来所してからの検温、活動内での行動、排泄の状態などから健康状態の確認をしている。看護師は週一回事業所に来ており、利用者に対する必要な処置を行っている。看護師が事業所に不在の際にはグループウェアで必要な情報が医務担当の生活支援員から報告され、看護師が必要な助言を行っている。看護師など医療関係者への健康相談などの機会は作っていないが、利用者から相談があった場合には看護師が対応している。個別支援計画で健康増進が必要な利用者については、散歩など利用者の体力や特性に応じて距離や運動場所を設定している。体調変化への対応として、てんかん発作の対応、怪我をした際の対応などマニュアルが作成されている。今年度、看護師による医務研修を所内で行っている。利用者調査では「けがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか」については「はい」が88%、「どちらともいえない」が12%であった。</p> <p>【期待される取組】 利用者人数に比べ看護師の勤務時間が少ないだけに生活支援員の健康管理に関する知識やスキルが求められるので、健康管理などの研修は定期的に行われることを期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者には服薬管理など医療的支援が必要な方はいるが、医療的ケアが必要な方は現在在籍していない。医療的支援の安全管理、医療関係の備品の衛生管理については看護師の指示のもと行っている。服薬管理は、誤薬などの防止に繋げる為に服薬の手順書作成や研修が実施されている。アレルギーの方については、医師の指示に基づいて看護師、栄養士、生活支援員が対応している。事故が発生した場合には現場の判断ですぐに救急車を呼ぶということを徹底させている。</p> <p>【期待される取組】 利用者の中には糖尿病予備群の方も在籍しており、利用者の高齢化とともに常日頃からの健康管理と慢性疾患への対応が重要となることから、看護師の勤務体制の充実を期待したい。</p>
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 コロナ禍で社会参加への取組がストップしていたが、コロナの5類以降、徐々に再開しつつある。外出支援は利用者の希望を聞き企画しており、ボールパーク、ゆにガーデン、えこりん村などに出かけている。活動室ごとに出向の企画もあり、レストランで好きな料理を頼むなどもしている。物を作成することが好きな利用者の作った作品を北広島駅前の福祉ショップに並べ、売り子として参加するなどの体験をする機会を作ったりもしている。学習支援として、買い物に一人で行く場合の手順を学ばせるとかお金の支払いなどは模擬学習をしてから、実際に買い物に行かせたりもしている。</p>
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 個別支援計画の面談の際に今後の利用者の生活の場としてグループホームについて相談をされた場合は、グループホームの情報提供を行っている。移行の希望が具体的に出れば、個別支援計画にソーシャルスキル体得の支援を位置付け、食事の準備や後片付け、掃除、洗濯などの実践学習などを行っている。ショートステイ体験の希望がある際には、ショートステイ先に事業所の職員も同行することで利用者が安心して体験が出来るようにしており、ショートステイ先の職員へ利用者の個別支援について情報提供している。既にグループホームで暮らしている利用者の地域定着支援についても取組んでおり、定期的に訪問して、地域移行が混乱なくスムーズに出来るように支援をしている。地域移行の希望がある場合には利用者、家族の意思を尊重し、グループホームや利用相談センターと連携をしている。</p>

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 A⑮ との連携・交流と家族支援 を行っている。	a	【取組状況】 家族とは、毎日の送迎時に活動業況について話したり、連絡ノートを活用して意見交換している。また、半年ごとに個別支援計画のモニタリングを行うために家族面談の機会を設けている。家族から子どもの障害特性のため外出できないなどの相談があったときには、利用者のこだわりをコントロールする術を提案して家族と外出が出来るようになったなど、家族に適切な支援方法を伝えることをしている。親亡き後の相談として施設入居の希望などがあるが、その際には必要な情報提供をしたり、利用相談センターと連携するなどしている。緊急時の際の対応手順については、重要事項説明書や個別支援計画に示し、家族とも確認が出来ており、複数の連絡先を登録している。

A-3 発達支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-① 子どもの障害の A⑯ 状況や発達過程等に応じた 発達支援を行っている。	-	該当せず

A-4 就労支援

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 就労支援		
A-4-(1)-① 利用者の働く力 A⑰ や可能性を尊重した就労支 援を行っている。	-	該当せず
A-4-(1)-② 利用者に応じて A⑱ 適切な仕事内容等となるよ うに取組と配慮を行っている。	-	該当せず
A-4-(1)-③ 職場開拓と就職 A⑲ 活動の支援、定着支援等の 取組や工夫を行っている。	-	該当せず

## 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 4年 11月 1日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 北ひろしま福祉会		
事業所名 (施設名)	北広島デイセンター	事業 種別	生活介護
所在地	〒 061-1123 北海道北広島市朝日町4丁目4-11		
電 話	0 1 1 - 3 7 2 - 7 8 3 2		
F A X	0 1 1 - 3 7 3 - 8 8 5 7		
E-mail	horigome@nt@kitahiro-fukusikai.or.jp		
U R L	https://www.kitahiro-fukusikai.or.jp		
施設長氏名	佐々木 勝彦		
調査対応ご担当者	堀米 律光 (所属、職名：課長)		
利用定員	40名	開設年	平成 20年 4月 1日
<p><b>理念・基本方針：</b>          法人理念…わたしたちは すべての人の幸福（しあわせ）のために 地域福祉を推進する役割を担います          事業所目標（事業所理念）…明日も来たいデイセンター          成人期の利用者支援において、「楽しい」「嬉しい」の活動を提供するだけでなく、一定のルールの中で目的を持ち、成果をあげる為の取り組みも必要と          考えます。私たちは利用者が目的を持って自分の持つ能力を発揮し、決められたものを創り上げることや行動することを大切にしていき、そこに生まれる          自信や誇り、他者への信頼や繋がりをいきがいに変えていける支援をします。          北広島デイセンターでは、これを平仮名の「はたらく」と称し、日中活動の中での利用者支援に取り入れ、その利用者一人一人の人生を豊かにすることが          私たち事業所の役割とします。事業所理念の「明日も来たいデイセンター」のもと、利用者が安心して通える事業所としてだけでなく、ここに来たら「こ          んな事をしたい」「あんな事ができる」という想いを抱き、実践して成功体験により、「次も頑張ろう!」「またやってみよう!」「新しいことにチャレ          ンジしたい!」という気持ちになれるような事業所をつくります。利用者に限らず、職員も同様な想いが持てる事業所であり、地域の方にも足を運んでも          らえるような事業所を目指します。          一人一人の強みを事業所内で完結するのではなく、その先にある本人の地域生活の中でも、その人の強みとして表現できるように“社会参加”“地域活          動”を意識した取り組みを実践していきます。職員は利用者の人権を守る立場であることを忘れずに風通しの良い事業所（チーム）にしていきます。ま          た、館内の掃除や消毒、物品の整理整頓、感染症への正しい理解や対応についても職員一人一人が高く意識し、いつもきれいで明るく安心できる事業所で          サービスを提供していきます。利用者・職員・地域が、明日に向けて共に輝ける事業所を目指します。</p>			
<p><b>施設・事業所の特徴的な取組：</b>          ◎日中活動は「体力」「軽作業」「芸術」の大きく3つの分野に分けて、それぞれに活動目的を持って、利用者様に合わせた一週間の活動プログラムを作          成し実施。          ◎軽作業活動で得た収入は、携わった利用者様に還元金として支給。          ◎自力通所（ご家族送迎）が困難な方には、送迎を実施。今年度は8コースを運行。          ◎昼食は建物内厨房から出来立てを提供。アレルギー食材に対するの代替え食にも対応。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）	回	年度	
開所時間 (通所施設のみ)	9:00～16:00		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)	
	なし。

【利用者の状況に関する事項】（令和4年10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	3名	8名	8名	10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
7名	7名	1名	0名	0名	0名
					合計
					47名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	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	3名	名	1名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	3名	名	1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
47名	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
1名	2名	2名	1名	2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
2名	2名	1名	1名	2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
6名	2名	1名	17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: 9年8ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(令和4年10月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数(常勤職員)	施設長・管理者	事務員(兼務)	サービス管理責任者	運転手(委託)
常勤	24名	1名	1名	1名	3名
非常勤	名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員(兼務)	OT、PT、ST
常勤	名	22名	名	1名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士(兼務)	介助員	調理員等(委託)	医師	その他
常勤	1名	名	2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	3名( )名
介護福祉士	11名( )名
保育士	2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	488.94	m <sup>2</sup>
(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	2年
(4) 改築年	平成	23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	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
(4) 建築年	年	
(5) 改築年	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 <sup>2</sup>	
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>	
(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	年	
(6) 改築年	年	



【ボランティア等の受け入れに関する事項】

令和 4 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

近年ではボランティアの受け入れを行っていない。

【実習生の受け入れ】

令和 4 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 2 人

介護福祉士 0 人

その他（保育士） 4 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。

・職員側からの問いに対して、意思表示が難しい方が殆どであり、日常での経験から意思形成されているものについては、言葉だけでなく分かり易い写真や絵カード、またはそれと分かる品物を提示して選んでいただく方法を取っている。

【その他特記事項】