

第三者評価結果

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
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・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>障害者支援施設マ・メゾン光星は、昭和31年(1956年)に開設された精神薄弱児施設光星学園、昭和39年(1964年)に開設された精神薄弱者更生施設松風荘の歴史を引き継ぎ、昭和51年(1976年)に精神薄弱児施設の光星学園を廃止、精神薄弱者更生施設の松風荘を精神薄弱者更生施設光星学園に名称変更、さらに平成15年(2003年)の障害者支援費制度施行時に知的障害者更生施設マ・メゾン光星と名称変更するとともに現在使用している施設を竣工、併せて通所施設ノエル光星を開設し、その後平成21年(2009年)に現在の新事業体系に移行するに至っている。</p> <p>精神薄弱児施設光星学園開設のきっかけは、創立者フロジャック神父が東京の中野や清瀬で結核患者救済の事業を展開する中で昭和21年(1946年)に皇室から那須の旧御料地300町歩(300ha、現在は93haに縮小)の貸付を受け、当時、深刻であった食糧難ほかの問題解決を、日本では殆ど放置されていた高原地帯の開発によってはかり、同時にカトリック社会福祉センターをそこに建設しようという遠大な夢から始まっている。</p> <p>その歴史と使命を脈々と伝えるべく、社会福祉法人慈生会の創設理念である「慈生会の誓い」や創立者フロジャック神父の言葉をパンフレット、ホームページ等に掲載して周知するとともに、毎日の職員朝礼で「慈生会の誓い」を唱和、施設内各所に掲示するなどして日常的にその周知が図られている。</p> <p>また、年度事業計画書には、慈生会の誓い、マ・メゾン光星のビジョン、運営理念、運営方針、支援方針、支援者のミッションほかを掲載、その内容は法人と事業所の使命や目指す方向性を示しており、職員の行動規範ともなる内容となっている。利用者への周知の取り組みは、理念や方針を言葉として覚えてもらうのではなく、日々の生活の中で生きる喜びを感じ、隣人愛を育むことを主眼にした祈りの言葉の唱和や毎月のカトリックの言葉の掲示など工夫して行っているが、利用者に十分な理解を得られるものにはなっていないと考えており、今後も継続的に工夫と改善をしていきたいとしている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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・(b)・c
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・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>全国知的障害関係施設長会議や栃木県障害施設・事業協会研修等を通じて業界動向を把握するとともに、那須町の福祉計画策定に参画して地域の福祉ニーズ把握に努めている。しかし、把握した情報の分析、経営課題を明確にして中・長期計画や各年度計画に反映させるまでには至っていない。</p> <p>ただ、地域生活が可能な利用者支援のため平成24年度から「施設の在り方検討会」「グループホーム検討委員会」等を施設内部に設け、障害福祉事業の在り方検討や課題整理といった取り組みを進め、平成28年度には法人理事会の承認を得て地域拠点整備具体化に向けた取り組みが始まっている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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・b・(c)
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・b・(c)
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・(b)・c
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・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>平成23年度に法人として中・長期運営方針を策定しているが、マ・メゾン光星に関わる内容は明文化されていない。法人事業が東京都と栃木県に跨って設置運営されていることや、児童、障害、高齢、医療施設まで複数の事業形態を有する大規模法人であること、障害者支援制度の度々の変更により左右され見通しがたてにくいことなど複合的要因もあれば、事業運営・事業経営のためにはマ・メゾン光星に係る中・長期計画の策定明文化が必要である。入所利用者の高齢化への対応、那須地区における地域福祉ニーズへの貢献といった課題も発生しており、マ・メゾン光星の施設目標明確化とその目標実現のための中・長期計画（組織体制、設備整備、職員体制、人材育成等）と収支計画の策定が必要となっている。</p> <p>単年度計画は、中・長期計画を踏まえたものとは言えないまでも、職員も参加して組織的に評価・見直しは行われており、年度間に継続性のあるものとなっている。ただ、経営層は現状の評価・見直し基準は不十分だと考えており、新たな基準づくりを検討している。</p> <p>また、利用者に対しては年間行事計画のみ掲示して周知、家族には保護者会や帰省時の集まり</p>		

で運営方針や年間行事計画等を説明しているが、家族の高齢化もあって年々参加数が減少傾向にあり、十分な周知は図れていない。そのため、利用者にとってわかりやすい事業計画説明資料づくりや家族への周知方法の工夫が検討課題となっている。

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
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・(b)・c
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>利用者の「生活の質の向上」について改善・工夫ほかを検討する生活支援委員会や虐待の予防と啓発、具体的な支援現場での対応等を検討提案する虐待防止委員会等を設置、各委員会での検討提案内容の調整、連絡、検討の場として支援会議を設置するなど、組織的に福祉サービスの質向上に取り組むための体制を整備している。また、常勤職員は複数の委員会に所属して取り組みに参画、各委員会の振り返りと活動計画については毎年冊子化される年度計画に掲載され、全職員に配布されている。ただ、自己評価や平成24年度に東京都方式で受審した第三者評価結果の振り返りが行われていないなど、評価、見直しについては課題が残されている。</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
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・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>施設長は、自らの役割と責任を全職員に配布する年度事業計画の「職務分掌」「非常災害対策」ほかで明文化し表明するとともに、行政や関係団体主催の各種会議や研修等に参加して入手した福祉動向や法令順守の情報を朝礼や職員会議で報告、その職責を果たしている。</p>		

福祉サービスの質の向上については、各種会議や委員会を活用して出来るだけ多くの職員の意見が反映される仕組みの構築や、職員面接を年1回実施して全職員の意見を吸い上げる仕組みを構築するなど指導力を発揮している。

ただ、経営の改善や業務の実効性を高める取り組みについては、人事、労務、財務等の課題分析までは指導力を発揮しているが、改善の段階になると法人本部および理事会の判断を必要とする案件が多く、十分な指導力を発揮出来ていない状況にある。社会福祉法人改革の動向を鑑みながら、今後、一定の権限を付与することがリーダーシップを発揮する上で望まれる。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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・(b)・c
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>人材の確保は退職職員の補充に限定されおり、必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画は策定出来ていない。人事管理についても人事基準が確立していないため、人事基準に基づく運用、能力開発、活用、処遇、評価に取り組んでいない。人事基準の確立については、職員アンケートの回答にも「不透明」との記載があり、キャリアパス導入など早期に取り組むことが求められる。</p> <p>職員の就業状況や意向の把握、働きやすい職場づくりの取り組みでは、施設長による年1回の職員面接や必要に応じての産業医面接、相談窓口の設置などの取り組みが行われている。さらに、今年度からはストレスチェックを実施する計画となっている。ただ、職員アンケートの回答に「相談できる窓口、カウンセラーが必要」との記載もあり、産業医への相談方法や相談窓口設置について周知方法の改善が必要である。また、有給休暇取得の困難さや残業基準の明確化を求める記</p>		

載もあり、働きやすい職場づくりに向け一層の配慮が望まれる。

職員一人ひとりの育成に向けた取り組みとして、全職員を対象とした研修プログラム（新任職員研修、2～5年研修、中堅研修、個別研修）を整備するとともに、業務目標成果シートにも取り組んできたが、業務目標成果シートの提出は一部の職員にとどまっており、職員一人ひとりについて、技量や資格の把握と将来に向けた研修計画の立案が必要となっている。

実習生等の福祉サービスに係わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化し、受け入れマニュアルを整備している。昨年度は6校27人の実習生受入れ、さらに教員初任者研修23人の受入れを行うなど、次世代後継者の育成に積極的に取り組んでいる。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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・(b)・c
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・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>法人ホームページに法人理念と決算概況及び現況報告、マ・メゾン光星ほかの法人施設の紹介（施設概況、目的、基本方針、沿革）、工事情報、求人情報を公開している。さらにマ・メゾン光星の施設ホームページでも直近の行事案内や広報紙「ひかり」をアップして活動報告などの情報公開が行われている。ただ、第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況については公表されていない。</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のため事務、経理、取引等に関するルール及び職務分掌などが明確にされ、職員にも周知されている。また、法人監事には公認会計士を選任し定期的に内部監査を実施しているが、外部監査は実施出来ていない。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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・(b)・c
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。	a・b・(c)
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・(b)・c
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。	a・(b)・c
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。	a・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>年度事業計画に地域支援活動の項目を設け、「社会福祉法人の地域での役割は大きい、地域の一員として、密接に繋がりながら、施設としての支援力を地域に発信していく事は、地域貢献、そして、障害者の社会参加・理解に繋がっていく」と地域との関わりについての基本方針を明確にし、「光舞隊（よさこい踊り）」「絵画活動（つながるひろがるアート展）」を活動の柱に据え取り組んでいる。「光舞隊」は、マ・メゾン光星12名を含む総勢50名の障害者と健常者の枠を超えたよさこい踊りのチーム名で、昨年度だけで計15回の地域行事などに参加し、計48回の練習会の内27回はマ・メゾン光星を開放して実施している。また、地域のよさこい踊り活動への講師派遣にも取り組んでおり、活動の輪は那須町以外にも広がっている。平成28年の6月には、念願の札幌市で開催された「YOSAKOIソーラン祭り」に参加することができた。「絵画活動」は、「つながるひろがるアート展」ほか計6企画の展示会に利用者の作品を出展し「ハンディキャップのある方々の芸術性の素晴らしさを地域の人達に気づいてもらえるように支援して行きたい」と取り組んでいる。10月に開催される光星祭は、地域のボランティアや市民活動団体の参加を得て毎年盛大に行われ、地域住民の参加の便宜を図るために地域の公民館とのシャトルバスを運行して、事業所への地域住民の理解促進と交流を図っている。また、毎年12月には那須町にある障害者施設の保護者会が主催するチャリティコンサート&バザー（チャリティコンサート実行委員会主催）に協力し、保護者会とともに障害者支援への理解を呼びかけ、寄付活動に取り組んでいる。</p> <p>ボランティアの受入れは担当職員を決めて実施しており、手織りや染め、菓子作り等の日中活動をはじめ余暇活動やイベントなどにはボランティアが欠かせないものとなっている。受け入れの基本方針やマニュアル等は整備されていないが、昨年度だけで延べ809人のボランティアを受入れており、その整備が望まれる。</p> <p>施設機能の地域への還元については、過去に地域自治会等へ災害時の活用ほかを働きかけたことはあるが、施設の立地が辺鄙な場所にあるため実現出来ていない。</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
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)・b・c
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・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
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・(b)・c
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。	a・(b)・c
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)・b・c
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・(b)・c
<p><評価所見></p> <p>障害者支援施設マ・メゾン光星は、入所支援事業（定員90名）、生活介護事業（定員105名、入所利用90名と通所利用定員15名で構成）、短期入所事業（定員10名）、指定相談支援事業を行っている。施設入所利用者と短期入所利用者は生活単位として三つのファミリー（へいわ、ひかり、めぐみ）に別れて生活しており、生活介護事業では大きく6つのグループ（羊の丘工房、だいち、トムソーヤ、ドリーム、こひつじの森、ノエル室内）を形成して活動が行われている。</p> <p><利用者を尊重する姿勢></p> <p>法人の基本理念である「慈生会の誓い」には、「一人ひとりの命を尊び、人格を大切にします」という文言が記され、この理念がマ・メゾン光星の運営理念や運営方針にも貫かれている。利用者を尊重する支援の方針は、「支援者のミッション」で端的に表され、「接遇マニュアル」や「マ・メゾン光星言い換え集」他のマニュアル類に具体的に示されて、職員の支援の礎となっている。新入職員には『新たに福祉職に就いた人たちのための支援テキスト～知識・考え方を学ぶ』（特定非営利活動法人栃木県障害施設・事業協会発行）を配付し、倫理綱領や支援の基本を学ばせている。また、日本知的障害者支援協会発行の月刊『サポート』から毎月テーマを選ぶサポート学習会を開催して、障害者支援の職員間の共通理解を図っている。この学習会は新入職員にとり、支援場面での悩みの解消につながる学びの機会となっている。虐待防止セルフチェックシートを利用した年2回の定期的な振り返りにも取り組んでおり、利用者理解を深め、支援の質を向上させ</p>		

る努力を継続している。

プライバシー保護に特化した規程やマニュアルは策定されていないが、同性介助等の取り決めがあり、「接遇マニュアル」の中でプライバシーへの配慮に言及している。以前作成して職員に配付した「マ・メゾン光星ハンドブック」には職員行動規範が示され、プライバシーの項目を設けて具体的なプライバシー侵害を例示している。現在はこのようなまとまった規程がないので、何らかの文書化が望まれる。「障害者虐待防止マニュアル」や「マ・メゾン光星における虐待防止に向けた具体的な取組」を策定し、その中で具体的な虐待事例などを挙げて、職員の理解と周知に取り組んでいる。また、虐待防止委員会を組織して、虐待防止の具体的な取り組みを協議している。年2回、虐待防止セルフチェックシートを利用して職員が自己検証する取り組みを実施し、委員会で集計して課題を把握し改善に取り組んでいる。「接遇マニュアル」や「言い換え集」に提示されている内容が、親しさのあまり軽視されていないか、常に検証することが必要と思われる。

<サービス提供に関する説明と同意>

施設を紹介する写真を多用したパンフレットがあるが、特別支援学校などに設置する以外には公共的な場所に置いていない。開設50周年を記念して施設を紹介するDVDを作成し、入所利用希望者や見学者に見てもらっている。また、創作活動に励む利用者の姿を撮影したDVDを作成して、光星祭の作品展示会場で上映し、施設の紹介と障害者支援を理解してもらうために活用している。ホームページを開設しているが、視覚的、内容的に不十分な点があり、更新も遅れがちであるため、抜本的な改訂に向けて検討中である。

サービスの利用開始に当たっては、利用者が家族や代理人と共に説明を受け同意をして契約に至る。利用開始には家族の意向が強く表れがちであるため、利用者の自己決定が損なわれる場合もあるが、できる限り説明を尽くして、利用者の同意を得るようにしている。利用途中で重要事項に変更が加えられた場合には、変更箇所を赤字にするなどして、利用者や家族に分かりやすく示している。意思決定が困難な利用者については、家族からの聞き取りを詳しく行い、関係者や相談支援員、関わった職員から利用者の利益になるようにとの方向で聞き取って判断している。

他の福祉施設や事業所、地域や家庭への移行に当たり、引き継ぎ担当者が引き継ぎ簿や看護サマリー、サービス等利用基本情報を用意し、家族や移行先の事業者と十分話し合っ、移行することが利用者にとって不利益にならないよう配慮している。移行後のアフターケアにも努めているが、相談方法や担当者について記載した文書は渡していない。10月に開催された光星祭には、他の施設に移った高齢の元利用者や、家庭に移行した元利用者が訪れていて、楽しんでいる様子が見られた。

<利用者満足の上昇>

利用者満足を図るための調査としては、毎年のアセスメント「このように生きてみたい」聴取があるが、そのほかには誕生日に供する希望メニューの聴取があり、分かりやすいメニュー表を示して職員と話し合いながら一緒に決める仕組みがある。また、外出希望を聞き取ったり、旅行先の希望を聞いて決めたりして、利用者の希望を叶えている。利用者自治会では、自分たちの暮らしをよくしようというかけ声の下、映画会を自主企画して上映したり、「節電・節約」の掲示をしたり、熊本地震災害の募金を集めたりする取り組みを提案し、職員はその取り組みを支援して利用者の生活の向上に寄与している。利用者満足度を把握して課題を分析し、改善へつなげるような利用者満足の上昇のために特化して話し合われる場は設けられていないが、生活支援委員会が利用者の生活の質の向上を目指して様々な改善や活動を提案し施設全体で取り組んでいる。

<利用者の意見把握体制>

苦情解決の体制（苦情解決責任者：施設長、苦情受付担当者の設置、第三者委員2名）が整備され、苦情解決委員会も組織されている。苦情解決のためのマニュアルは策定されていないが、苦情解決委員会が苦情や要望を利用者が事業所に伝えやすい方法を協議し、毎年いろいろ工夫しながら相談を受け付けている。苦情解決の仕組みとしては、「困りごと相談」という名称を付けて、苦情解決委員の職員が利用者一人ひとりから話を聞き取ったり、苦情解決第三者委員が相談を受け付けたり、職員が利用者の話や様子から読み取った内容を「苦情メモ」に記入したりして、広く苦情を収集して解決に当たる方法をとっている。苦情内容は苦情解決委員がまとめ、苦情解決の実際を年2回、第三者委員に報告して意見交換を行っている。組織運営や支援の質の向上を図るためには、虐待防止委員会等と連携した事業所全体での問題認識と課題の共有が求められており、本年度から虐待防止委員会が利用者からの苦情の中に虐待の芽が隠されていないか検討を始めている。苦情内容と解決結果を公表する取り組みは、利用者向けに施設内掲示のみ行っている。苦情解決の仕組みを家族等に周知したり、事業所が課題に真摯に取り組んでいることを知らせたりするためにも、利用者や家族のプライバシーに配慮しつつ、広報紙等を通して公表することが望ましい。

「困りごと相談」の仕組みはいろいろな方法で利用者に伝えられており、相談を受ける場所も他から隔離された応接室や利用者の話しやすい医務室、事務室なども利用し、さらに、利用者の居室に出向いて聞き取るなどいろいろ工夫している。ただ、家族アンケートでは、苦情解決の仕組みを知らないとの回答も一定数あり、さらなる周知の取り組みが求められる。

利用者や家族からの相談事や意見、要望に対応するためのマニュアルは策定されておらず、苦情解決の仕組みを援用して取り扱っている。利用者の困りごと相談で聴取できた内容は、ファミリーで対応できるものはすぐに対応し、職員全体で共有すべき内容は職員会議にかけて対応を協議して実施し情報を共有している。家族からも様々な要望が伝えられるが、個別利用者の課題は個別に対応し、運営全体に関わる内容は、例えば短期入所受け入れの際の持ち込み荷物の管理を書式に記録する方法に変更するなど、実施方法の変更で対応を図っている。

<安心・安全なサービス提供>

事業所内に施設長をトップとする危機管理体制を構築し、危機管理委員（施設長、支援課長）のもと、防災委員会、感染症対策委員会、事故防止委員会、虐待防止委員会、衛生委員会、苦情解決委員会が、それぞれのリスクに対応するための話し合いや事例の収集活動を行い、周知を図っている。また、それぞれのリスクの防止マニュアルや対応マニュアルを整備し、毎年見直しをしている。これらのマニュアルは年々記載内容が増加傾向にあり、リスクマネジメントの精緻化が進んでいるが、事故対応マニュアルの抜け落ちが見られるなど、職員が利用する際に实际的・現実的かどうか、理解が進んでいるかどうか、研修の機会があるかどうかを、職員の立場に立って検証することが必要かと思われる。また、相模原市の障害者施設で発生した事件を受けて、防犯や不審者対応への取り組みの必要に迫られている。事業所ではいくつかの防犯体制の強化（夜間の施錠、防犯センサーライトの設置、緊急対応の検討、防犯訓練の実施、連絡体制の確認）を図り、これらの対策について広報紙「ひかり」に掲載し、家族や関係者に知らせている。

感染症に対してはリスクが非常に高いため、感染症が発生した場合の対応方法を含めた「感染症予防マニュアル」「ノロウイルス胃腸炎施設内発生時のガイドライン」「インフルエンザ施設内発生時のガイドライン」「感染症発生時の対応の流れ」「隔離者の支援マニュアル」等を定めて事

業計画書に掲載し、看護師をリーダーにした感染症対策委員会を組織して、感染症や疾病の予防と健康管理に関する情報の共有化と周知を図っている。SARSや新型インフルエンザの流行などの新しい感染症が出現しており、その都度、マニュアルの追加や見直しを行っている。

事業所ではこの20年、那須水害時の落雷による長期停電、大雪による交通遮断と事業所の孤立、東日本大震災の建物被害と福島原子力発電所の放射能漏れ事故による放射能汚染など、大きな災害に見舞われてきた。その都度、緊急対応を迫られると共に対策としてマニュアルを見直し、除雪機やスコップの準備、職員間の連絡方法の整備、備蓄品の購入などを行ってきた。災害緊急対応時には、施設長を本部長とする対策本部のもと支援課長が委員長として対策委員会を招集し、情報収集・連絡班、消火班、物資班、安全対策班、救護・衛生班がそれぞれの任務を負って対応することになっている。平常時には防災委員会が設備の安全点検や備蓄（食料品・飲料水・医薬品）の整備と管理、月ごとに火災や災害を想定した訓練の実施、職員や利用者に対する防災教育を行っている。事業所が集落からは離れたところにあるため、町役場や地域との防災協定の締結や合同防災訓練などは、實際上、役に立たないのではないかとして取り組んでいない。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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・(b)・c
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。	a・(b)・c
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)・b・c
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)・b・c
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、職員間で共有化している。	a・(b)・c
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・(b)・c
<p><評価所見></p> <p><サービスの標準的な実施方法></p> <p>支援場面（食事介助、排泄介助、入浴介助、活動支援等）を想定した標準的な実施方法を記載したものは、以前は「マ・メソン光星ハンドブック」に掲載されていたが、現在は、事故防止委員会が策定した「入浴支援事故防止」「歩行・転倒・転落事故防止」「外出支援事故防止」「送迎支援事故防止」「利用者間トラブル防止」「活動中の怪我防止」「誤嚥・誤飲防止」「所在不明防止」の各マニュアルが毎年配布される事業計画書に掲載されている。それぞれには支援内容と共に支援の際の留意点が記入され、職員の支援の拠り所となっている。また、各部署（ファミリー、通所</p>		

等)の日課表に、支援に注意を要する利用者の注記を掲載して担当職員間で共有し、特に支援の方法に工夫を要する場合は、関係専門職が話し合い(食事の場合では栄養士などと連携して)個別支援計画に織り込み個別支援に力点を置いた支援を実施している。標準的实施方法に即して支援が提供されているかは、日々の朝礼の集まりで話題に載せて調整を行うことで検証している。

各部署におけるサービスの実施方法については、毎年度、部署会議(ファミリー会議、通所部会議等)で話し合い、現実とのずれを確認し合っ、次年度の実施方法を策定している。標準的実施方法については、事故防止委員会が事故防止の観点から策定と見直しを行っている。職員アンケートでは標準的実施方法がないことを指摘する記載があるので、「～事故防止マニュアル」の事業計画への記載だけでサービスの標準的実施方法の周知が図られているか、検証することが必要であろう。

<アセスメントと個別支援計画の策定>

サービス管理責任者3名を中心に個別支援計画作成委員会が組織され、計画の作成手順や作成に関する留意点を事業計画書に記載し、これに従って利用者の個別支援計画が策定されている。毎年、アセスメントシート「こんなふうに生きてみたい」を使って、利用者から生活や活動の希望、人間関係、困っていること等々を聞き取っている。別に作成する自立度チェックシートに記載された利用者の状況、年2回実施している家族との面談内容をもとに、ケース担当職員が個別支援計画を作成し、利用者本人への説明と同意を得、サービス管理責任者の承認を経て計画書を完成させている。10年来続けている「こんなふうに生きてみたい」を使ったアセスメント方法は、職員が利用者個人とじっくり話す良い機会となり、ニーズの把握に役立っている。支援困難ケースや利用者の日々の状態変化については部署会議等で逐次対応を話し合い支援に反映させている。

取り決めでは9月と3月にモニタリングを実施するほか、利用者の状況が変化し、個別支援計画作成委員会や職員支援会議、生活支援会議、部署会議等の話し合いが必要が認められれば、随時、計画の見直しを行っている。

<サービスの実施記録>

パソコンのネットワークシステムを整備し、利用者の活動や医療記録等は日々の記録用のフォーマットに入力する方法でデータベース化している。日誌類もデジタルデータとして管理し、内容は職員間で共有出来るようになっている。日々の支援を記録するデジタルシートには、上部に支援目標が記入されており、目標に照らして記録することが出来るようになってはいるが、記入内容や書き方にバラツキが出ないような、記録についての指導が事業所全体でなされてはならず、支援課長や部署リーダーが個別に指導をしているのみであり、今後、継続的な指導が求められる。また、職員アンケートには職員間や部署間での情報共有が不足しているとの複数の回答があり、また、情報伝達のタイムラグや情報授受の不徹底が見られるため、職員教育等による改善が必要と思われる。

事業所内で作成されている文書の管理に関する取り決めとしては、書類保管年限文書や個人情報保護規定、就業規則、実習生からの誓約書(秘密の保持等)がある。利用者の記録類については利用者本人や家族からの開示請求に対応する措置の条文は個人情報保護規定の中にはないが、契約時に示す重要事項説明書に明示している。また、ネットワークシステムを利用する際の閲覧や利用権限も設定されていないため、記録や情報の管理および情報漏洩防止に対する研修を含めた取り組みの強化が求められる。

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-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・(b)・c
	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・(b)・c
	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・(b)・c
	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・(b)・c
A-1-(2) 権利擁護		
	A-1-(2)-① 成年後見制度や日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)の活用を推進している。	a・(b)・c
A-1-(3) 契約内容変更		
	A-1-(3)-① 契約内容変更等の手続きは適正に行われている。	(a)・b・c

評価所見

<利用者の尊重>

意思伝達に制限のある利用者については、個別支援計画にそれぞれの特性を考慮して行動観察シートや絵カード、筆談等の具体的な支援内容と方法を明示し、利用者の意思や希望を出来るだけ理解しようと努力し支援にあたっている。自治会活動が行なわれているが、利用者が主体的な活動を行っていくにはまだ力不足であるため、職員側から働きかけを行いよりよい自治会活動が出来るよう支援している。日常生活上の行為に対する見守りと支援については、支援の必要度が高い利用者については会議等で話し合わせ支援内容が確認されているが、比較的自立度が高い利用者に対しては、支援内容に職員間でばらつきがみられるケースがあるため、自立度チェックシート等で確認し職員間で共通した支援が出来るような取り組みを期待したい。利用者のエンパワメントのプログラムについて、一部の通所利用者が計算ドリルや漢字の練習を行っている以外には特別に用意されているわけではないが、毎年「こんなふうに生きてみたい」というアセスメントシートを活用して、利用者から夢や希望を聞き取り、個々の持つ特性や強みを伸ばせるような作業内容や余暇活動、外出支援など様々な場面で利用者の主体性を尊重した支援が行われるよう努力している。また、国や地方自治体の選挙に際しては、車椅子を使用している利用者も参加しやすい期日前投票所への送迎をするなど、権利の行使を支援している。

<権利擁護>

数年前に保護者会で成年後見制度や権利擁護に関する説明を行ったが毎年説明はしていない。必要に応じて個別に面談を行ったり希望する家族には一緒にセミナーに参加するなどして、理解を深めてもらったうえでの活用を勧めている。成年後見制度は家族後見も含め現在数人が

利用している。

<契約内容変更>

契約内容等に変更があれば、変更内容を文書により利用者と家族に説明し同意を得たうえで署名捺印をしてもらい施設側と家族側とそれぞれ1部ずつ保管している。

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-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・(b)・c
	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・(b)・c
	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・(b)・c
A-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・(b)・c
	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・(b)・c
	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・(b)・c
A-2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a・(b)・c
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・(b)・c
A-2-(4) 衣服		
	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・(b)・c
A-2-(7) 健康管理		
	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a・(b)・c
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a・(b)・c
	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・(b)・c
A-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、利用者の希望に沿って行われている。	a・(b)・c

A-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・(b)・c
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・(b)・c
	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、利用者の意志や希望が尊重されている。	a・(b)・c
A-2-(11) 通所支援		
	A-2-(11)-① 利用者の個人事情に配慮した通所支援を行っている。	(a)・b・c
A-2-(12) 更衣室		
	A-2-(12)-① 更衣室等の環境は適切である。	a・(b)・c
A-2-(13) 自治組織		
	A-2-(13)-① 利用者の自主性と意思が尊重されるような自治のための仕組みがある。	a・(b)・c
A-2-(14) 家族との連携		
	A-2-(14)-① 家族との連携・交流を適切に支援している。	a・(b)・c

評価所見

<食事>

食事は栄養士の指導の下、事業所の厨房で調理しており、利用者が育てた野菜等が豊富に収穫された時はその野菜を使ったメニューに変更し、菓子食品製造部門でジャムが沢山できた時は朝食に出すなどして柔軟に対応している。食事について支援が必要な利用者には食事形態や介助の方法など支援内容が明示された個別支援計画に基づいて実施されている。写真などを使って利用者の希望メニューの調査を行ったりし、ラーメンやそば、うどんなどの麺類もカウンター方式をとって、麺がのびないうちに食べられるよう工夫して提供している。また利用者に食べられない食材などがあった場合は代替メニューを出して対応している。ファミリーからの依頼で作るお花見弁当や秋の味覚弁当などは、見た目も工夫し季節感にあふれ利用者に好評である。献立表に所々絵や写真を入れて利用者にもわかるよう工夫されているが、献立や食材の栄養や健康との関係など利用者にもわかりやすく説明し情報提供することで、食に対する意識を高めていく取り組みなども期待したい。

食堂が広いので衝立で区切り、通所利用者は通所部の施設で、BGMを流すなどしてファミリーごとに楽しく食べられるよう喫食環境を整えている。食べる時間はほぼ一斉であるが食べきるまでの時間を考慮し早めに食べ始まる利用者もいる。

今年度「栄養ケアマネジメント」の導入に向けての取り組みを行っており、導入後はすべての利用者に栄養ケア計画が作成されケア計画に基づいた健康管理が個別に行われていくことになり、今後さらにきめ細やかな支援が行われていくものと期待したい。

<入浴>

入浴は同性介助を基本としており、利用者の健康状態や身体状況、事故防止に留意した入浴時の支援方法についてのマニュアルが用意され、一般浴が難しい利用者には機械浴で対応している。入浴は週3日と決められているが、夏場の暑い時期はシャワー浴が出来るようになっている。浴室には転倒防止のための滑り止めマットやシャワーチェアが用意され、浴室と脱衣所には暖房等の設備がある。基本は共同入浴であるが、個浴を希望する利用者には入る時間帯をずらすなどして個浴が出来るよう配慮している。通所部においては利用日に一人ずつ入浴する個浴で対応している。

<排泄>

排泄の介助や支援が必要な利用者に対しては個別支援計画に基づいて支援し、排泄確認票などでチェックしている。トイレは小便器の他はすべて洋式となっており、一部のトイレを車いす対応に改修したためカーテン式の扉になっている箇所がある。トイレ清掃は1日3回行われており、トイレ清掃マニュアルはあるが職員によって清掃の仕方にバラツキがみられ換気が十分行われていないこともある。今後プライバシーに配慮した取り組みと、職員が統一したやり方で清掃を行い快適なトイレ環境を整えていくことを期待したい。

<衣服>

衣服の汚れがある場合は着替えを促して衣服を取り替えているが、すぐに対応できない時もある。

<健康管理>

持病のある利用者がかかりつけ医の定期受診に通院する場合、通所部においては家族対応となっている。配置医による利用者の健康診断が年2回と生活習慣病検診の血液検査や腸内細菌検査など各種検査が行われ必要な指導や助言を受けている。看護師が利用者一人ひとりの健康状態を記載した個別健康管理票を作り日々の健康状態を管理している。緊急時に迅速適切な医療が受けられるよう配置医や協力医療機関と契約している。今後は、口腔衛生にも力を入れるために歯科医師等から指導を受けたり、健康面で変調があった場合の対応マニュアル等を整備したりして、より充実した健康管理体制を整えていくことを期待したい。

薬については「くすりに関するマニュアル」がありそれに基づいて、処方された時から保管、服用、使用確認まで支援ポイントチェック表を活用し何重にもチェックし管理している。それでも誤薬があった場合は看護師や必要時には主治医へ連絡し指示を仰ぎ対処するとともに事故報告書を作成し、事故防止委員会で再発防止のための話し合いが行われている。

<余暇、レクリエーション>

余暇、レクリエーションについて利用者が主体的に計画立案することは難しいが、利用者の希望を聞いて職員が主体となって、主に土日にカラオケやゲームや運動などのレクリエーションの他、オリエンテーリングやピクニック等様々な季節に応じた行事も行われている。今後ボランティア等も有効活用して、余暇、レクリエーションの幅を広げより充実した活動が行われるよう期待したい。

<外出・外泊>

通所部での外出は利用者の希望等を確認し、イチゴ狩りやサクランボ狩り、紅葉狩りなど季節を感じられるような所へ出かけている。日常的な買い物は基本的に家族と行くことになっている。

<所持金・預かり金の管理等>

「マ・メゾン光星預り金等取り扱い規程」に基づいて利用者家族の希望により「依頼書」と「委任状」をもらい、必要な金銭の管理をおこなっている。通所部では主に家族が金銭管理を行っている。

嗜好品について現在喫煙をする利用者はなく、飲酒については利用者の健康状態を考慮して医師から可否をもらい飲酒が可能な利用者には月2回の居酒屋開催時にアルコールが提供されている。アルコールが飲めない利用者にはノンアルコールビールを提供し雰囲気味わってもらっている。コーヒーが好きな利用者には1日のうちでどの時間帯に飲むかを決めて飲みすぎないように配慮している。

事務所が市街地から遠く近隣に商店もないため、ロビーに飲料の自動販売機を設置して自分でお金を入れて購入できる利用者が飲み物を買えるようにしている。また食べ過ぎに注意を払えるよう事務所の職員が管理するものの、販売用ボックスを置いてアイスクリーム類を購入できるようにしている。また、生活空間から少し離れたところにあるログハウスでは、コーヒーなどの飲み物とクッキーなどを提供している。

<通所支援>

通所支援では送迎を行っており、個別の事情に合わせて利用時間の延長や利用日の変更など柔軟に対応している。

<更衣室>

通所者が活動する施設には浴室の隣に脱衣所兼更衣室があり暖房等の設備がある。また、和室が設けられており、更衣や休憩に利用することができる。

<自治組織>

自治会があり利用者の中から2年に一度選挙によって役員が選ばれ、自治会広報紙を発行したり映画会を開催したり募金活動を行なうなど様々な自治会活動が行なわれている。職員は側面的な支援にとどまらず中心的な役割を担うことが多く、利用者の自主性と意思が尊重される主体的な活動とするためには、まだ利用者のエンパワメントが必要であり、今後の活動に期待したい。

<家族との連携>

通所の利用者全員に連絡帳を作り家族との情報交換をおこなっている。イベント開催の通知を出して家族にも参加してもらい施設行事を一緒に楽しんでもらっている。家族側の事情もあり個別的には十分対応しきれていないところもある。

A-3 授産事業

		第三者評価結果
A-3-(1) 授産事業		
	A-3-(1)-① 授産事業の活動メニューは希望や特性に応じて選択できるよう努めている。	a・(b)・c
	A-3-(1)-② 利用者の状況に合わせた作業支援を行っている。	a・(b)・c
	A-3-(1)-③ 作業環境の整備に努めている。	a・(b)・c

評価所見

生活介護事業では大きく6つのグループ（羊の丘工房、だいち、トムソーヤ、ドリーム、こひつじの森、ノエル室内）を形成して活動が行われている。このグループは入所利用者の生活単位（ファミリー）および通所利用者グループにほぼ即して作られているが、活動内容の向き不向きや利用者の希望、健康状態などに配慮して、個別支援計画に基づき利用者の編成替えもある。グループでの作業は授産事業としてではないが、ジャムやクッキーなどの食品加工、畑仕事や養鶏、花卉栽培などの農作業、絵画などの創作活動、ペットボトルのラベル剥がしなどのエコ活動など様々で選択肢は多い。また、文化スポーツ活動として健康ウォーキングや音楽療法、手織り教室、染色、太鼓教室、陶芸、書道、華道などが個別支援計画に基づきプログラムに組み込まれ、利用者の能力や満足感を高める効果を果たしている。本人に適性があるため厨房での作業を継続的に担当している利用者もいる。

作業や活動については、利用者個々の好みや状況を加味して、支援計画に基づき割り当てられるが、職員からは個別事情に配慮し切れていない部分もあるとの声が聞かれる。職員には、利用者は元々生活経験が乏しいという状態に有るので、経験の幅を広げて一人ひとりの可能性を伸ばしたいとの思いがあり、今後の職員と利用者のチャレンジに期待したい。

各活動には作業リーダーが決められ、リーダーの指導の下、作業手順や作業環境の整備等の計画が立てられ、年度の事業計画書の中に示される。利用者に対して計画が詳しく説明されることが足りないと感じている職員がおり、グループごとに対応のばらつきが見られる。

利用者が高齢化や重度化しているという現状に鑑み、広大な敷地内での活動場所を縮小したり、活動内容を軽減化したり、放射能汚染によって原木椎茸栽培を断念したりした経緯がある。敷地には山林やその間を結ぶ道路などがあり、大規模な伐採作業等は業者に委託しているが、利用者もできる草刈りや除雪などの作業は日中活動に組み込み、職員と利用者がともに取り組んでいる。食品加工等の作業環境は衛生状態も含めておおむね整えられており、必要に応じて設備の追加・改修が加えられている。

A-4 リスク管理等

		第三者評価結果
A-3-(1) 作業事故対策		
	A-3-(1)-① 作業事故への対応に配慮している。	a・(b)・c

評価所見

事業所内で利用者は毎日何らかの作業や活動に従事・参加しており、事故や怪我、急病などの緊急事態の発生が予測される。「作業中の怪我防止マニュアル」が作成され、職員全員に配布される毎年の事業計画書に掲載されて周知が図られている。

事故や怪我が発生した場合は、事業所の看護師が対応し、必要に応じた通院や救急車の手配などの措置が実施されているが、まとまった「事故対応マニュアル」がないとの職員の声上がり、目下、事故防止委員会で作成が進められている。

以前、「マ・メゾン光星ハンドブック」が作成されて、その中に「事故・急病マニュアル」があり、①連絡体制、②手当の順序、③救急時の対応、④怪我の対応、⑤各種症状の対応、⑥施設内における事故予防対策の項目があり、詳述されていることから、この内容がベテラン職員に継承されていて、緊急事態の際には適切な措置が行われているものと考えられる。

このハンドブックは、新しい職員には配付されていないということであるので、事故防止委員会での新たな事故対応等を含めたマニュアルの整備が待たれるところである。