

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009年7月30日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒069-0863

住所

江別市大麻新町14-9 ナルク江別 内

電話番号 011-388-1251

特定非営利活動法人  
 評価機関名 ニッポン・アクティブライフ・クラブ  
 ナルク北海道福祉調査センター

認証番号 北海道 第09-002

代表者氏名 代表 森 卓 郎



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)	吉 村 信 義	組織・福祉	1
	(2)	植 松 直	福祉	132
	(3)	霜 山 幸 雄	組織	119
	(4)	小 田 恵 子	福祉	120
	(5)			
サービス種別	知的障害者入所更生施設			
事業所名称	岩内あけぼの学園			
運営法人名称	社会福祉法人あけぼの福祉会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2009年1月6日	～	2009年7月30日	
利用者調査実施時期	2009年5月20日	～	2009年5月20日	
訪問調査日	2009年5月20日			
評価合議日	2009年6月9日			
評価結果報告日	2009年7月30日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<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事業所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 ニッポン・アクティブライフ・クラブ
--------------------------------

②事業者情報

名称：岩内あけぼの学園	種別：知的障害者入所更生施設
代表者氏名： 小野 裕	定員(利用人数)：50 名
所在地：〒045-0024 岩内郡岩内町字野東210	TEL 0135-62-9701

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

1) 全職員の評価参加について

法人の中核的存在として運営をリードしてきた「あけぼの学園」の第三者評価の調査受審の姿勢はきわめて積極的で、全員の職員が参加し、長時間をかけて自己評価結果を創出した。各職員が評価した中間集計の評価結果はa評価とb評価が折半に分かれるなどの項目分野が多くを占めている。評価過程を経た検討内容を推測すると、職員間に高い水準での論議が行われたと想像する。職員各位の自己評価への思いは自らに厳しく、更に高いレベルの域を目指した結果と考える。今後の日々実践される支援と評価の関係について、さらなる吟味と検討を期待したい。

2) 評価態度について

評価に対する視点が着目点を確実に捉え、複眼的思考に拠る冷静で客観的な評価になるよう応えている点に注目したい。さらに精度を高めることを期待したい。

3) 事業の発展的経緯と連携について

あけぼの学園の運営を基盤として発展的に授産工場ベーカリーサンライズを創設し、同時に利用者の地域生活志向に応えた拡張方策として、グループホーム群を作り上げた。この事業間の三者関係は関連する利用者を支援するための協力関係にとって、不可分の関係にある。あけぼの学園の評価はこうした生活関係を生み出した職員の努力が自己評価の結果にもよく現わされている。

4) 利用者への支援力について

生活支援方法の個別性の尊重・作業支援の多様さ・弾力さ・食事等の選択性の巧みさと明朗さ・利用者の基本的生活習慣のきめ細かな指導と衛生の安全性などは行き届いた職員の支援関係力の豊かさを学園の環境に感じる。さらなるご努力を期待したい。

◇改善を求められる点

1) 中長期計画について

事業の中長期計画は毎年時の単年度計画の連続性を読むことで確実な歩みを知ることができる。しかし、長期的な事業の収支計画や事業の発展的な志向性を総合的に読み取る資料は関係する機関宛の補助・助成などにかかわる企画書を全て点検しなければ、法人の各事業の発展関係に係わる計画的・企画的意図や志向性を読み取ることが難しい。これは事業の成果を挙げてきた法人の姿を示すにはもったいない。計画的意図を明確にし、その基に各事業の展開を進めていることを説明する、わかりやすい計画書が必要である。ご検討いただきたい。

2) わかりやすい総合的計画資料について

法人の各事業の発展を中長期的にかつ総合的に示す資料について考えると、これまで作成された事業の発展的企画事業部門等に関する資料を中心に、法人が指向してきた発展計画(あけぼの学園創設 → ベーカリー工場の開設 → グループホーム群の創出)と実践の見事な成果を示す、わかり易い事業の発展的説明書(中長期計画書)を作成してはいかががかと考える。この種の資料は法人の歩みと社会貢献への積極的な説明資料となり、全職員にとっても関係する父兄会や市町村にとっても法人のアジェンダを示す心強く、障害者福祉の理解を深める資料提供になるのではないかと考える。ご検討を期待したい。

3) 全職員の意欲と評価を高めるために

こうした事業計画にかかわる透明化資料の作成目的がさらなる良質な職員の確保に繋げるなど、貴法人の優れた経営の基本である人事・労務・財務さらにサービスの質的向上に係わる基本的姿勢を理解してもらふ基礎的資料となり、事業発展の条件を形作ることに大きく寄与するものとなるかと考える。一層のご検討を期待したい。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度第三者評価を受けるにあたり、初めての試みであり職員全員が戸惑いと不安を隠しきれませんでした。

ご講評のなかで、職員全体の評価を受ける姿勢と施設を利用されている利用者の方主体の支援体制を評価していただくとともに、改善しなければならない点についてのご指導を頂きました。

評価は、概ね標準点に近い結果と理解し、安堵しております。

ご指導いただきました事項につきましては、真摯に受け止め、今後一つずつ着実に改善して参ります。

今後とも継続して評価をお受けし、自分たちの提供する施設サービスの現状を認識し、施設を利用されるご本人や、ご家族が安心して当施設のサービスを利用して頂けるよう、誠心誠意努めて参ります。

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

## 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 21 年 4 月 22 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人あけぼの福祉会		
事業所名 (施設名)	岩内あけぼの学園	種別	知的障害者入所更生施設
所在地	〒 045-0024 岩内郡岩内町字野東 2 1 0		
電 話	0135-62-9701		
F A X	0135-62-4011		
E-mail	iwanaiakebono@iris.ocn.ne.jp		
U R L	http://akebono-swo.or.jp		
施設長氏名	小野 裕		
調査対応ご担当者	田中 裕幸 (所属、職名：法人事務局総務課長)		
利用定員	50 名	開設年	昭和 58 年 4 月 1 日
理念	<p>1. 利用者の方一人ひとりの意思を尊重する。</p> <p>2. 利用者の方一人ひとりの個別的な支援に努める。</p> <p>3. 利用者の方の尊厳を大切にし、権利擁護に努める。</p> <p>4. 明るく、暖かく、清潔な施設運営を目指す。</p>		
基本方針	<p>岩内あけぼの学園を利用する方が一人の人間として尊重され、その人生を有意義に主体的に過していただけるよう、利用者の方個人の尊厳を保持した支援を展開します。</p> <p>この実現のため社会福祉法人あけぼの福祉会倫理規程及び岩内あけぼの学園職員行動規準を遵守し、利用者の方、個々のニーズを的確に把握し、選択に基づく意思確認と合意を常に求め、契約を遵守しながら日々の支援を通じ、一層の権利擁護と生活の質の向上に努めます。</p> <p>また、今年度は平成22年度を予定している、障がい者自立支援法に基づく新支援体系移行のための基礎作りの年とする。</p>		
開 所 時 間 (通所施設のみ)			

**【本来事業に併設して行っている事業】**

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

知的障がい者入所更生施設通所部 (定員19名)  
知的障がい者短期入所事業

【利用者の状況に関する事項】（平成2009年4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（老人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	名	1名	3名	7名	10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
9名	6名	3名	3名	2名	6名
					合計
					50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ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～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			

○障害等の状況

・身体障害（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	7級
視覚障害	名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	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	名
肢体不自由	名	1名	名	名	1名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	1名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	1名	1名	1名	名	1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。

・知的障害（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
37名	13名	0名

・精神障害（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(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	名	2名	1名	1名	1名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
2名	0名	1名	0名	1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
1名	1名	1名	0名	1名	3名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
4名	1名	12名	16名		

(平均利用期間: 17年)

【職員の状況に関する事項】 (平成21年4月1日現在)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	27名	1名	3名	10名	8名
非常勤	1名	名	名	名	1名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	名	名	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	3名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」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 (名)
保育士	5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	1800.36㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	58年
(4) 改築年	平成	17年（増築）

○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	㎡	
(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 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

110 人（

・ボランティアの業務

- ・衣類の補修
- ・学園祭の手伝い（104人）
- ・生け花サークルの講師
- ・編み物サークルの講師

### 【実習生の受け入れ】

・平成 20 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 \_\_\_\_\_ 人

介護福祉士 \_\_\_\_\_ 人

その他 6 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。

- ・利用者自治会（はばたけ会）の会議を月1回開催し、毎月の目標や、行事、食事等に対する意見交換を行なっている。
- ・毎週月曜日に行なわれる朝礼で、利用者の方からの意見を聞く場を設けている。
- ・施設内に苦情受付を設置し、投函された内容に応じて、随時対応させて頂いている。
- ・法人苦情解決第三者委員の方が訪問された時に、意見交換を行なう場を設けている。

### 【その他特記事項】

- ・温泉を使用しており、毎日入浴することが可能である。
- ・食事は、利用者の方からの意見を取り入れたリクエストメニューや、2種類から好きな方をその場で選べる選択食、個々の持病や健康状態に合わせた治療食やカロリー制限食、刻み食などの提供を行なっており、安全で、美味しく、楽しめる食事の提供に努めている。
- ・自閉症（傾向）の方に対しては療育法の一つであるTEACCHプログラムの理念を取り入れた支援を行っている。
- ・日中活動では健康維持のためのストレッチや運動、利用者の方の能力に合わせて楽しめるレクリエーションも多数提供している。
- ・社会生活活動の時間として、買い物、料理学習（園内、町内の文化施設の調理室にて実施）、茶道、ビデオ学習、書道（希望者）があり、利用者の方が楽しみながら、様々な経験ができるような機会を提供している。
- ・毎月の誕生会、学園祭やクリスマス会、新年会といった行事の他にも、ゴールデンウィーク、夏休み、冬休みの時期には、ケーキパイキング、カレーパイキングなどの特別な食事会や、ゲーム大会、ドライブなどの行事を行い、利用者の方にメリハリのある生活を送っていただけるように努めている。

# 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	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	法人の定款、職員行動規準に至る施設の特性に応じて、利用者の主体性を活かす理念の明文化を徹底している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づく基本的な方針を事業計画書、職員行動規準、広報パンフレット等に分かりやすく明文化している。
Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	年初に事業計画書を配布し、かつ職員会議、職員研修などで数度の機会を設けて説明周知に努めているが、なお、多くの職員の合意を目指した努力を期待する。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	利用者・父母総会の説明あるいは身元引受人に事業計画書の配布・郵送して納得を得る努力を続け、かつ、他に園内の掲示板や自治会報に掲載して周知に努めている。

### Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	c	年度毎の事業計画が連続的に編成され、中長期の収支計画とともに策定しているが企画書の点検なしに読み取ることが難しい。双方の計画が総合的に整合され分かりやすく明文化することが求められる。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	中長期の収支計画に基づき事業計画が策定され、新体制移行の準備を着々と進めているが、中長期的展望が多くの職員に理解できる計画の整合的で分かりやすい計画を策定することを期待する。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b	理事会・職員会議は計画担当者だけでなく支援ワーカー間でも各種計画参加の機会があり、実施状況の点検評価をしている。更なる組織的検討を期待する。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	全職員・身元引受人などに計画を配布・周知しているが、周知の内容や説明方法について更なる工夫が求められる。

### Ⅰ-3 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
Ⅰ-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅰ-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	b	管理者の責任と役割は組織図などで職務分掌と責任を明確化、会議等での説明・表明をしているが、なお文書化・明文化・明文化・会議等での表明・検証・評価など一連の過程での実行はなお検討課題である。今後の検討成果に期待する。
Ⅰ-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	管理者研修の参加によって経営や業務の効率化、人事・労務・財務等に係わる分析、利用者の処遇に係わるサービスの質的向上のための研修など組織の合目的な責任者の役割を果たすための法令順守等の研修を計画的に進めている。
Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	b	サービスの質への意欲・職員の意見の聴取の取り組み・具体的な質の向上のための自主的努力が見られるが、組織的展開のための指導力については更なる工夫と検討を期待する。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	経営や業務の効率化と改善、働きやすい環境整備、組織内の処遇等の質的合意形成に積極的に取り組み指導力を発揮している。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-1 (1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	関係機関及び団体から情報収集するとともに、「後志支援研究委員会」に参画し意見交換、社会福祉関係団体の研修会に参加し動向把握に努めている。利用者数等についても、関係市町村・学校などから情報収集し、地域での特徴・変化等を把握、事業計画に反映されている。今後、潜在的利用者に関するデータ等の収集に期待したい。
Ⅱ-1-1 (1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	b	定期的にサービスのコストやサービス利用者の推移、利用率等の分析を行い新体系移行に伴う取り組みが事業計画に反映されている。経営状況や改善すべき課題について、職員会議等で周知しているが、なお多くの職員へ周知する取り組みが望まれる。
Ⅱ-1-1 (1)-③ 外部監査が実施されている。	c	外部監査は行われていないが、財務の観点から監査できる監事により年4回の監査を実施し、指摘事項に基づき経営改善を実施している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1 (1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	c	職員を募集しても応募者がいないなど人材確保が難しい中、必要な人員配置基準は順守されている。今後、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立されることを期待する。
Ⅱ-2-1 (1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	人事考課基準は策定していないが、園長など複数の経営層の協議による評価体制が確立され安定した人事考課が行われている。なお、本年度外部コンサルタントに依頼し人事考課基準を策定中である。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	職員の有給休暇取得状況などが記録され、就業状況の改善に向けた取り組みがなされている。職員の意向を把握するため定期的に個別面接を行い相談しやすい仕組みが整備されている。
Ⅱ-2-1 (2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	北海道民間社会福祉事業職員共済会への加入、法人の職員親睦会による職員旅行など福利厚生に取り組んでいる。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		
Ⅱ-2-1 (3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	教育・研修は、法人行動規範に基づき実行され、専門資格取得のため勤務免除の配慮もしている。
Ⅱ-2-1 (3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	教育・研修は、法人行動規範に基づき、それぞれの職種に合わせ個別に該当する研修を受けている。今後は個々の職員の持つ技量、知識、専門資格の必要性などを把握し、実施されることを期待する。
Ⅱ-2-1 (3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	研修に参加した職員は、復命書・レポートを作成し、職員会議で報告・職場内研修で発表する機会が設けられているが、評価・分析など、さらなる取組みが望まれる。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	実習生受入れマニュアルが整備され、学校と覚書を取り交わし、責任体制を明確にしている。

II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	大学生の施設実習が計画的に学べるよう実習生個人に応じたプログラムを用意し、学校との連携も図られている。
--------------------------------------	---	---

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	管理者を含めた安全管理委員会を設置し、「緊急時対処マニュアル」など各種マニュアルが整備され、利用者職員が参加した避難訓練も年4回実施されている。また、消防署職員による救命講習を受け利用者の安全確保に努めている。
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	ヒヤリハット報告書・事故報告書・安全管理巡察巡回結果によりその都度発生原因を分析、会議等で報告するとともに、事故防止に関する研修を行い安全確保に努めている。

II-4 地域との交流と連携

	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。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	事業計画書に地域貢献に向けた取り組みを掲げ、公共施設等の清掃活動、敬老の日に地域の人へのプレゼント、花壇の花植えなど地域への働きかけを積極的に行っている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域へ向けて広報誌等を配布し、小学生に対し知的障害者を理解してもらうための講演会の開催、地域の小・中学生に施設体験実習をするなど、機能の地域還元を努めている。
II-4-(1)-③ ボランティア受け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	ボランティアを確保することが難しい地域であるが、学園祭にはボランティアを受け入れている。今後はボランティア講座等を開催し、ボランティア希望者が増加することを期待する。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	c	病院、警察、行政機関等の電話番号は短縮電話に登録されている。今後は利用者の状況に対応できる、関係機関・団体の機能や連絡方法をリスト化し、誰でもがわかりやすい、情報の共有化が望まれる。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	病院・障害児親の会との連携は図られている。今後は、地域の関係機関・団体とのネットワーク化に取り組み、共通する問題の解決に向けて協同して取組むことが求められる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	障害児親の会、病院と連携し地域の福祉ニーズの把握に努めている。又、事業所内には「意見箱」が設置されている。今後は関係機関・団体とより一層連携を図るなど積極的な取組みを期待する。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づき事業・活動が行われている。	a	把握した福祉ニーズに基づき、法人としてグループホーム、ショートステイ事業を行っている。事業計画書には障害者自立支援法移行後についても明示している。

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) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	利用者を尊重したサービス提供については、理念や基本方針に明記され、個別支援計画の策定・実行・評価の過程に従い、職員研修での課題を検討。身体拘束・人権擁護行動マニュアルや倫理規程で共通理解を図っている。

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b	職員行動規準に、利用者のプライバシー保護を明記し、マニュアルを整え全職員へ周知の徹底を図っている。一人部屋、二人、三人部屋と定期的に居室を変えるなどの配慮がされている。今後とも、プライバシー保護の姿勢、意識を理解し、さらなる周知・工夫することが求められる。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a	利用者自治会や父母会を定期的に開催し、意見や要望を聴取、サービス計画の変更対応、苦情委員会の設置と開催など利用者の意向の汲み取りと満足の上昇の仕組みを整えている。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	a	利用者自治会は月1度の開催、職員会議では意向の汲み取った内容の分析・検討を行い即応できるよう取り組んでいる。
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	利用者による担当職員の選択に応じて、生活面・行事・食事の嗜好など、きめ細かな対応、職員の聴く姿勢の徹底など利用者の意見・相談しやすい環境作りを進めている。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情解決委員会の設置、第三者委員制度の周知は徹底している。組織的な苦情の解決への対応は整えられている。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	利用者の苦情や意見には職員全体会議で即応し、結果を本人に伝えるとともに、記録管理を徹底している。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の上昇に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	年2回の定例的評価の機会がある。第三者委員の設置による評価、サービス実施計画の見直しなどその評価結果を理事会・各重要会議・父母会に報告する仕組みがある。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b	評価の結果を組織的課題として取り組みつつあり、その明確化と共有化についてはさらなる職員間の検討協議を期待する。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	サービス実施計画の見直し・評価の結果を分析し、課題を明確にしてその都度実施可能な具体的改善計画を期待したい。
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	事業計画書に基づき生活支援・屋外支援・個別支援・自立支援などに分けて支援を行うこととしている。
Ⅲ-2-(2)-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	上記の個別支援計画は月1回のカンファレンス会議で検討、年2回の定期的見直し、必要に応じた協議の仕組みが出来ている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	利用者個別の日々の様子、個別目標などの処遇記録を職員間周知の統一的方法でパソコン処理により記録している。
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	記録管理責任者を定め個別情報の保護を含め記録・情報の管理体制を整え、情報管理の勉強会・研修を行っている。なお、管理・保存・廃止・開示の扱いなど規定化とともに検討されたい。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	職員間の記録情報の共有化は利用者個々の状況把握と支援活用のため徹底している。クレヨンデータシステムを活用している。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページ・要覧・見学・体験入所・実習生受け入れなど多様なニーズに応じた情報の提供と対応をしている。

Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	入所に当たり契約事項・重要事項説明（サービス内容・料金等の負担）を分かり易く説明書で伝え、本人・家族・身元引受人などの同意・署名・捺印を得ている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	移行措置に対する担当者の配置、サービスの継続性への配慮、利用者家族との密接な相談、記録の管理など利用者本位の立場で支援している。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	b	アセスメントでは統一的様式で心身の状況・生活歴等の収集・分析を行ない、年2回定期的見直しで職員間の共有化を図っている。しかし、一部に統一性を欠くとの意見もあり、アセスメントの質的共有の検討が望まれる。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	個々の課題を明記する手続きと、行動特性に合わせたニーズを捉えた具体的な課題を明らかにしている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	個別支援計画は、策定責任者の下に全職員がかかわって検討協議し、計画化をはかって定例職員会議での実行の確認・評価の見直しの定例化、日常の重点の具体化を図っている。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		

評価対象 障害者・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	利用者が担当になってほしい職員を3人選び、その中から中心になって支援を行う居室担当と副担当の2名を決定し、担当者が中心になり、意思疎通・意向の把握に努めている。意思伝達に制限のある方には、仕草や表情、TEACCHプログラムを参考に絵カード（意思表示カード）の使用などでコミュニケーション手段を工夫している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者が司会進行を行い、月の目標、反省や行事の感想、要望などを話し合う自治会を月1回開催している。担当職員はバックアップをし、要望や意見は、迅速に話し合わせ、解決できるシステムが出来ている。
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	日常生活上の行為は、自力であることを大切にしている。支援が必要な時は、利用者や家族と話し合い、各棟の会議で見直しをしている。
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。	b	毎月、生活能力向上のために、調理、交通機関を利用した買い物、外食をする機会を設け、金銭管理などの学習を行い、エンパワメントの理念を実践に結びつける取り組みを行っている。個別支援計画を活かし、一層個々人の能力を高めるための訓練プログラムの作成を期待する。

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	食生活と健康管理を支援目標に掲げている。体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。月1回食事提供会議を行い、利用者個々にあった食事を提供することに努めている。

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	自治会などを利用し、利用者の意見を献立に反映させ、選択メニューの充実、暖かいものは暖かく、冷たいものは冷たく、食事できるように配慮している。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	毎月、食事提供会議を開催し、食堂の設備、雰囲気等を話し合い、食事の時間には、音楽を流し、明るい雰囲気を作っている。個人差はあるが、ゆとりのある時間で食事が取れる支援に努めている。
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。	b	障害の程度や介助方法など、個々にあった支援方法が決められているが、チェックリストや支援マニュアル等はない。今後とも、利用者の健康に配慮した入浴支援に努めることを期待する。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	温泉を利用し、入浴したい時に入浴できる環境にある。時間帯や回数は利用者話し合いで決め、介助が必要な方は、職員と一緒に入浴している。入浴が困難な場合は、シャワー浴・清拭等を行っている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c	浴室、脱衣所には転倒マットや手すりを設置し、脱衣所にはカーテンを2重にし、プライバシー保護にも配慮している。脱衣所が狭く、浴室への出入り口の段差もある。今後とも事故防止に十分注意され、支援していくことを期待する。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	各利用者の注意事項や健康状態について必要に応じて、個別チェックリストを活用し、同時にパソコンに入力し共有している。介助が必要な方には、介助タオル等を用意し、シャワー浴なども行っている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレ掃除は毎日行い、汚れた場合は速やかに対応している。換気扇と掃除の時の窓の開閉、利用者の手が届かない天井に消臭剤を置くなど、防臭対策に努めている。
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	意思疎通が可能な場合は、一緒に買い物に行き、可能な限り好みや個性を尊重している。意思疎通の難しい方については、担当者間で相談し、状況に応じた支援をしている。
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	汚れに気づいたとき、破損があるときは、速やかに対応している。自分でできることは、自分でしてもらい、不十分な箇所のお手伝いや助言をしている。
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	髪型や化粧は、利用者の意思を尊重し、相談があれば手伝える。外出や行事の際は、外出着に着替え、髪型、化粧、マニキュア等を使用している。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	毎月職員が同行し、町内の希望する、理・美容室に行くようにしている。理、美容室においては、利用者の行動特性を理解してもらい、協力していただき、良い関係を保っている。
	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	生活リズムの同じ利用者さんを同室にするなどの配慮をし、行動特性に留意し、個室や二人部屋、三人部屋に割り振りしている。問題がある場合は迅速に対応し、一時的に他の部屋を利用することも可能。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	毎朝の体温チェックや血圧測定、週1度の体重測定等をし、看護師との連携を図り、健康管理している。健康管理の基本方針が計画書に明記され、それに基づき行われている。

A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	地域内に協力医療機関を確保し、日常的に連携を図っている。健康面での変調に迅速な対応をするための、緊急時対応体制が整備されている。月1度の精神科医の往診は全員が受けている。
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	内服薬、外用薬は、個人別に分け、看護師の責任の下に、施設管理されている。誤飲を防ぐため、職員が、本人の名前と時間を告げ投薬している。服用時間のずれなどが生ずる場合は、記録と申し送り、全体周知し、投薬の事故を防ぐため、管理体制を整備している。
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	学園祭のときは、100人ものボランティアの方が参加し、事前に利用者自治会で意見等を聞き行っている。サービス計画に基づき、余暇・レクリエーションについての意思を尊重し、実施されているが、より一層の工夫を期待する。
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。	b	社会生活活動として、月1回程度、利用者の希望に応じ地元の町へ外出している。自由外出する方には、施設で身分証明書を作り、携帯している。今後は、地域のボランティア等から介助や支援を受けられるような体制が整うことを期待する。
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。	b	担当職員と利用者と家族と相談し決めているが、自立支援法施行により、長期休暇時は希望通りの提供が出来ていない場合もある。
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、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	預かり金の管理については、規定を定め、重要事項説明書に明記され行なわれている。自分で管理できる方は、小遣い帳を活用し、自己管理できるよう支援している。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	利用者の意思や希望が尊重され、スポーツ新聞を取っている方もいる。希望に応じ個人のテレビを居室に設置し共有のビデオ、ゲーム等は、利用者の自治会でルールを決めている。
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。	a	健康状態に応じ、意思や希望を尊重した対応がされている。場所、時間、方法など利用者の自治会でルールを決めている。(飲酒は休日の前日等)