

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ナルク

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	知的障害者グループホーム事業			
事業所名称	アットホームのぞみ			
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	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2009年5月21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：アットホームのぞみ	種別：知的障害者グループホーム
代表者氏名：池田 智子	定員(利用人数)：20(18) 名
所在地：〒045-0001 岩内郡岩内町大浜5番地2	Tel 0135-63-1945

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. 居住環境等について
ホームの居住環境は個性・共用空間・調理機能などの整備があり、自主性ある生活を支えることのできる環境が整っている。
2. 生活上の配慮について
職場との近接性の配慮・町内会など地域関係性重視、生活条件を大切に立地条件など利用者への配慮が進められている。
3. 支援体制について
支援指導員は現場経験のある資質を活かした指導体制をもとに適切な配置が行われている。
4. 支援の方法について
利用者(社員)の自主性を重んじた個別的生活関係を重んじた生活支援が伺われる。
5. 職場等の関連性について
関連職場との連携を考慮した生活指導関係の緊密さを重視している。

◇改善を求められる点

1. 自己評価の姿勢について
自己評価結果は自らに対して厳しく評価しているが、利用者に対する支援体制、支援環境、法人の組織体制から判断すると、「地域で自立して生活する利用者を支える」グループホームの役割を踏まえて支援員が力強く支援して成果を上げていると考えるので、更なる強化を図るよう期待したい。
2. 支援認識の大切さについて
日ごろから利用者の日常性にかかわり、きめ細かな多くの支援関係(エンパワーメント)の役割を果たしている。自己評価結果では支援員が自らその業務の係わりと成果を過小評価しているのではないと思われる。支援員が大きな役割を果たしているとの事実を認識され、一層のご活躍を期待したい。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度の第三者評価を受けるに当たり、初めての試みであり事業所の職員ともども、戸惑いと不安がありました。
地域生活支援ワーカー(世話人)の日々の細やかな支援と生活支援員との連携を評価して頂き、また改善点についてもご指導いただきましたが、概ね標準点に近い結果と理解し、安堵しております。
ご指導を頂きました事項を参考に、地域生活支援ワーカー及び生活支援員の協調のもと、利用者の方が健康で明るく地域生活にとけ込んでいけるよう、更に、一層の支援に努めて参ります。
今後とも継続して評価をお受けし、事業の見直し等を行い、利用者の皆さんの地域生活を支えていけるよう努めて参ります。

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)	アットホームのぞみ	種別	知的障害者グループホーム
所在地	〒 045-0001 岩内郡岩内町大浜5番地 2		
電 話	0135-63-1945		
F A X	0135-63-1945		
E-mail	http://akebono-sw.co.jp		
U R L			
施設長氏名	池田 智子		
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	20 名	開設年	平成4年 4 月 1 日
<p>理念： ①利用者の方1人ひとりの意思を尊重する。 ②利用者の方1人ひとりの個別的な支援に努める。 ③利用者の方の尊厳を大切に、権利擁護に努める。 ④明るく、暖かく、清潔な事業所運営を目指す。</p> <p>基本方針： 当事業所を利用する方が人として尊重され、その人生を有意義に主体的に過ごしていけるよう利用者の方の権利を尊重した支援を展開します。 そのために社会福祉法人あけぼの福祉会倫理規程及び共同生活援助・介護事業所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頃の支援を通じ、なお一層の権利擁護と生活の質の向上に努めます。 また職員は、専門的な知識や技能を修得し、利用者の方の生活を充実させるため、基本的な視点到った重点目標を設定し、その実現に努めます。</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)

【利用者の状況に関する事項】（平成21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	0名	3名	0名	2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
8名	1名	1名	0名	0名	0名
					合計
					18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	1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	名	名	名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	名	1名	名	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
5名	13名	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	2名	2名	1名	5名	0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	2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	5名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	名	名	名		

(平均利用期間: 6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	7名	名	1名	名	6名
非常勤	7名	1名	名	2名	4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	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	名	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	名 (名)
介護福祉士	名 (2 名)
保育士	1 名 (2 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 アットホームのぞみ

(1) 建物面積	148.72 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	4年
(4) 改築年	平成	年

【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 ホームつばさ

(1) 建物面積	158.64 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	20年
(4) 改築年	平成	年

【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 ビィラ・コスモス

(1) 建物面積	130.54 m ² <input type="radio"/> ・大舎制 <input type="radio"/> ・中舎制 <input type="radio"/> ・小舎制	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	46年
(4) 改築年	平成	年

【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 ホーム翔

(1) 建物面積	143.36 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	17年
(4) 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）

0 人

・ボランティアの業務

【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 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。

- ・利用者の方の苦情や意見、要望等を聞くため、苦情受付箱を設置している。
 - ・地域生活支援ワーカーが日常の会話の中で利用者の方の話を聞いたり、施設の担当職員が巡回して、利用者の方と話をすることで、意見や要望を聞いたり、相談を受けた際には随時対応させて頂いている。
 - ・利用者の方の主体的な活動を大切にしており、利用者自治会「大空会」の活動として、役員会、定例会を2ヶ月に1度実施し、行事や、日々の生活についてなど、意見を活発に出し合っている。

【その他特記事項】

- ・利用者主体の活動を大切にしており、大空会の行事として春は観桜会、夏はバーベキュー、秋は一泊旅行、冬は新年会、誕生月の誕生会、その他、利用者の方の希望に応じて、札幌での買い物等も行なっている。
 - ・食事については、利用者の方の希望を取り入れる他、地元の食材を使った料理や、旬の食材（野菜や山菜など）を使ったメニューを提供している。
 - ・避難訓練を年に4回以上は実施し、消化訓練も行ない、利用者の方の安全確保に取り組んでいる。

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、事業所の理念は事業計画書、法人倫理規程・パンフレット等に明文化している。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の理念に基づき事業の基本方針は事業計画書等に明記している。
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	グループホーム会議等で協議題としているが、職員の認識をさらに高めるよう求められる。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者自治会などで説明しているが、なお継続的な支援が求められる。

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。	a	年次計画や中長期の収支計画はあるが、中長期計画やビジョンが単年度の事業計画に整合されて判り易い文書化がなお望まれる。
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。	a	単年度の生活支援にかかわる事業計画が毎年度連続的に策定されている。
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画策定に支援員間でも組織的にかかわり適切に対処している。
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	社員会議等できめ細かな説明があり、職員相互が社員の生活事情・家族との関係を含め、支援方法を適切に処遇できるよう計画化している。

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	生活支援の役割り分掌が明確であり、連絡を蜜にした役割りと責任をはたしている。しかし、なお文書化・役割りや責任の明確さの徹底が望まれる。
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	グループホーム関連の会議・研修・勉強会など法令順守などの取り組みを進めている。
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。	a	利用者の生活支援環境の質的向上の指導に努めている。さらに、作業場等との関連生活支援など支援員間の組織的協議の効果に期待したい。
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	ホーム支援員の勤務の専門性を考慮して組織的支援協議制をとるなど合理化・効率化の改善を図っている。

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	法人として社会福祉事業全体の動向を把握するため、社会福祉関係団体の研修会等に参加し情報収集している。利用者数等についても、法人の三つの施設が連携して地域での特徴・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する。
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	定期的にサービス利用者の推移、サービスのコストや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、運営会議等で周知しているが、なお多くの職員へ周知され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	施設として必要な人員配置基準は順守されているが、専門的知識を持っている人材確保は難しく、家庭的な生活支援の出来る人を確保している。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、常務理事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	職員の時間外労働の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個別面談の機会を設け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、法人職員親睦会による職員の交流など福利厚生に取り組んでいる。
II-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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	職員の教育・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	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。	a	研修に参加した職員はレポートを作成し、運営会議で報告・職場内研修で発表・評価する機会が設けられ研修計画に反映している。
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。		グループホームは個人の居住の場のため実習生は受入れていない。
II-2-1 (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。		グループホームは個人の居住の場のため実習生は受入れていない。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-1 (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、「感染対策マニュアル」など各種マニュアルが整備され、地域の防災訓練に参加するほか、避難訓練・消火訓練・通報訓練を実施している。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	毎日、生活日誌に入所利用者状況・日常の支援を記録し職員が共有することにより、未然防止策に努めている、弱視の利用者には1階の居室を指定、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	法人の行動規範に「地域との共生」を明記し、地域との連携を深めるため、町内会への加入、除雪ボランティア、買い物などを通して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。	c	地域に向けて広報誌等を配布しているが、今後、施設が持つ機能の地域への開放・提供する取組みを期待する。
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。		グループホームは個人の居住のためボランティアは受入れていない。
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	警察、病院、行政等の電話番号は共有されている。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し、誰でもがわかりやすい、情報の共有化が求められる。
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、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り組むことを期待する。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	病院・障害児親の会と連携し地域の福祉ニーズの把握に努めている。事業所内に「意見箱」が設置されている。今後は民生委員等と連携を図るなど積極的な取組みが望まれる。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・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組みを行っている。	a	利用者の尊重は理念や基本方針に明記し、日常の活動に反映し、職員の研修、利用者への周知などの取組みがある。
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。	a	個人情報保護規定の制定、職員研修、利用者へ周知している。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	月1回の自治会があり、意見の発表・聴取や個々の相談の機会を作って満足を得ている。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取組みを行っている。	a	ホーム会議、日誌記録から個々の意向をくみ取り日常生活に活かす取組みをしている。
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	意見箱の設置・地域生活支援員の派遣と居間兼用の相談室などの環境を作っている。

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	ワーカーの日常的な聴取対応、相談に係わる資料の本人・家族等への配布に努めている。
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	迅速な対応に努めるほか、バックアップ施設との連絡を密にした即応体制がある。

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) 質の向上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。	b	実質的には今回の評価が複合的な要素の評価となった。今後、定例化した、課題別などの評価に活かした仕組みとなることを期待したい。
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	今回の自己評価調査で課題も明らかになり、職員間の共有化が促進されるよう期待したい。
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	個々の生活課題とバックアップ施設との関連など支援すべき課題などの計画化が可能となるよう期待したい。
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	個別支援日誌による支援方法を様式化するなど職員間で共通認識に立ち標準的支援ができるよう進めている。
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	年2回見直しする機会を定例化している。
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	個別記録、集団生活記録等を別にした記録方法を明確にして、支援対象を明らかにした記録管理を行っている。
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	管理責任者の設置、バックアップ施設での管理、個人情報の適切な管理が行われている。記録の保管・保存・廃棄等の規定化が求められる。
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	月1回の会議、地域支援員の助言指導と記録を関連職員を含め全体での共有化に努めている。

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	施設要覧、ホームページ、施設紹介資料を多様に活用したわかりやすい情報の提供に努めている。
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	基本的な契約の重要事項説明資料を提示して説明し、同意を得ている。
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	施設・地域移行などの相談・引継ぎ、必要に応じた体験指導など個々の生活事情にあった継続的支援対応をしている。

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	施設独自の統一したアセスメント表を利用しているが、アセスメント実施の手順・方法が不確定である。利用者の身体状況・生活状況、将来の希望等を正確に把握されることを望みます。
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	個別の生活支援計画によりバックアップ施設との連携を密にしたサービスが行われている。
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	定例の職員会議の協議を重ねた個別の生活支援計画を策定している。
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。	a	年2回定期的に計画の評価・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-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。		
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。		
A-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-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-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-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。		
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。		
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。		
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。		
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。		
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。		
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-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。		
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。		