

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2013年 1月 21日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 078-8801

住所

旭川市緑が丘東1条3丁目1-6  
旭川リサーチセンター内

電話番号 0166-66-6565

評価機関名 タンジェント株式会社

認証番号 北海道 第12-004号

代表者氏名 代表取締役 小山内 信夫



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)	小山内 信夫	組織	第0049号
	(2)	渡邊 史朗	総合	第0056号
	(3)	高橋 綾	福祉	第0039号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	障がい者支援施設			
事業所名称	障がい者支援施設 鶴が丘学園			
設置者名称	社会福祉法人 釧路愛育協会			
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)	2012年 11月 1日	～	2013年 1月 21日	
利用者調査実施時期	2012年 11月 7日	～	2012年 11月 30日	
訪問調査日	2012年 12月 17日			
評価合議日	2013年 1月 18日			
評価結果報告日	2013年 1月 21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

タンジェント株式会社
------------

## ②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 釧路愛育協会
------------------

代表者氏名：理事長 内田 守
----------------

所在地：〒085-0812 釧路市紫雲台2番18号
---------------------------

Tel 0154-41-5238
------------------

## 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

## ＜提案に基づく新しい施設＞

施設は、平成24年2月に完成した平屋の新築の建物であるが、設計の段階から利用者・家族や職員による意見・提案を受け入れ、施設内は、採光に工夫がほどこされ、廊下や食堂、共用空間は広く、明るく、清潔感があり、特に、トイレ和・洋式の利用、洗面、入浴室、などにそのアイデアが採用されている。また、利用者は、個室の対応となっており、良い環境で快適な生活を送って居ると好評で、今回の利用者・家族のアンケートでも多くの満足度の回答があった。これまで念願であった施設の新築の構想ではないかと考える。それに奔走された法人関係者や職員・家族に対し新築実現の熱意を高く評価したい。

## ＜地域の交流と連携＞

地域との連携は、障害者の理解、施設に対する理解を進めるうえで極めて大切であると重点項目で位置付けており、利用者・職員の地域活動・イベントへの参加や地域から施設イベントへの参加により地域との交流が盛んに行われている。また、地域資源の活用として、施設内の清掃や園内警備をシルバー人材センターの委託や施設での生活介護支援(日中生産活動)で、栽培した野菜やお菓子、工芸品などを地域のイベントの即売会に出店し、地域との連携と交流に大きく貢献している。

## ＜外出旅行の支援＞

事業所が遠隔地であることや障害程度によって単独の外出・旅行が困難であるため、事業所の企画によりグループ別に近郊の温泉への日帰り旅行や遠く網走への一泊旅行、単独では、個々の希望に沿って職員が同行しての札幌ドームのプロ野球の観戦などルールを設けて、社会参加を率先して実施している。

## ◇改善を求められる点

## ＜外部監査の実施＞

法人の内部監査や行政による指導監査は実施されているが、専門家による経営の指摘事項や助言など経営上の改善の課題発見とその解決による客観的な情報を得るために公認会計士を導入して経営改善に役立てることが適切である。

## ＜人事考課制度の導入＞

福祉施設として、福祉サービスでの人事考課の導入への難しさがあるが、職員の職務遂行に当たっての能力、行動及びその成果を組織として、一定の基準と方法に従って評価し、職員の仕事に対する意欲や能力開発に活用されるので、個々の意欲の喚起と組織の活性化に役立つ人事考課制度の導入について検討されることを期待したい。

## ＜定期的な評価の実施＞

福祉サービス全体として質を上げることが重要であり、定められた評価基準に基づいて、年に1回以上の自己評価を行うとともに定期的に評価を行う体制が整備され、評価の計画的な実施、評価を行った後での結果分析、分析内容についての検討までの仕組みを組織として実行されることを期待したい。

## ⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、改築移転及び新体系移行に伴い、よりよい施設運営並びに今後の方向性を確認するため福祉サービスの第三者評価を実施いたしました。職員による評価や検証だけでなくご家族のアンケート、職員のアンケートを実施し、更には評価調査員の現地調査を含め多岐にわたり検証していただきました。評価結果として特に評価の高い点にあげられました、＜提案に基づく新しい施設＞、＜地域の交流と連携＞、＜外出旅行の支援＞については今以上の充実が図れるよう努力する所存でおります。また改善点としてあげられました＜外部監査の実施＞、＜人事考課制度の導入＞、＜定期的な評価の実施＞については専門家による経営の指摘事項や助言等により経営改善に役立て、また職員のスキルアップ、個々の意欲の喚起、組織の活性化にもなる人事考課制度導入について検討すると共に、定期的に自己評価を行いその結果を分析し、法人の理念を踏まえ組織として取り組んでいきたいと思っております。

## 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

## 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 24 年 11 月 5 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人 釧路愛育協会		
事業所名 (施設名)	障がい者支援施設 鶴が丘学園	種別	障がい者支援施設
事業所所在地	〒 084-0926 釧路市鶴丘42番地の1		
電 話	0154-57-4856		
F A X	0154-57-5183		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	奥村 清松		
調査対応ご担当者	中村 貢 (所属、職名：総務課長)		
利用定員	90名	開設年	昭和 45 年 11 月 1 日
<p>【理念】</p> <p>(1) その人らしい尊厳のある暮らしの実現をめざす。  (2) 心身共に健やかに育成される保育、養護、教育、支援の充実をめざす。  (3) 専門的技術と知識により、質の高いサービスの提供をめざす。  (4) 安心、安全、快適な施設・設備の充実をめざす。</p> <p>【基本方針】</p> <p>(1) 基本的人権と個人としての尊厳と誇りを尊重し、その人らしい充実した生活を送れる支援に努める。  (2) 利用者及び家族等、並びに地域の方々から、信頼が得られる経営・運営に努める。  (3) 経営・運営における透明性の確保に努める。  (4) 職員は、地域移行への支援を実現するため、相互に研修を深め、よりよい個別プログラムを研究し実践に努める。  (5) 利用者の要望や意見が施設利用に反映されるための苦情解決システムを構築し、苦情申し立てについては誠意をもって迅速且つ適切に解決を図るよう努める。  (6) 施設は集団生活を基本としているが、集団生活であるという理由でプライバシーの侵害が行われないよう、利用者の基本的プライバシー保護を確保するように努める。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)	9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0		

### 【本来事業に併設して行っている事業】

<p>(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)</p> <p>短期入所事業 定員2名</p>
--

【利用者の状況に関する事項】（平成24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（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	2名	3名	6名	3名	13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	14名	8名	14名	7名	11名
					合計
					90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	2名	名	名	名	名	名
肢体不自由	2名	2名	5名	2名	2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）	2名	名	1名	名	1名	名	名
合計	4名	5名	6名	2名	3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
85名	名	5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	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
2名	2名	3名	1名	13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	名	2名	1名	2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
1名	1名	1名	1名	1名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	2名	2名	48名		

(平均利用期間： 20年)

【職員の状況に関する事項】(平成24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	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	46名	1名	3名	3名	29名
非常勤	名	名	名	名	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	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	5名	名	2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	9名( )名
保育士	23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	3,382.72	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	24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)	<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 checked="" 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 24 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

39 人

・ボランティアの業務

利用者さんの行事参加に伴う支援  
・ 釧路ふれあい広場の支援  
・ 学園祭における支援

【実習生の受け入れ】

・平成 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 9 人

その他 \_\_\_\_\_ 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。

利用者が会があり必要に応じて開催している。担任制を取り入れており、常に利用者からの意見を反映させると共に、利用者の代表で組織する利用者会開催及び2ヶ月に1度利用者懇談会・家族懇談会を実施し広く利用者・ご家族の意見を聞く場を設けている。

【その他特記事項】



# 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	理念、基本方針が「法人要覧」「事業概要」に明記されており事業所内の文書やパンフレットに記載され、法人の使命や役割が職員や利用者等への周知が確認できた。
Ⅰ-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針が、法人の事業計画や事業所内の文書、パンフレット等の広報誌に記載され、法人の理念との整合性が確保されており、職員の行動規範となるべく基本方針が明確にされている。
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。	a	毎年、職員会議で施設長から理念や基本方針を職員に文書で配付し、説明されており、継続的な取り組みが行われている。
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	施設内の掲示板に利用者、家族、来訪者などに判りやすく掲示し、毎年、利用者や家族に配布し、資料をもとに説明している。

### Ⅰ-2 事業計画の策定

	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	実施する福祉サービスの更なる充実と地域のニーズに基づいた目標を明確にし、その目標を実現するための、組織体制や職員体制、設備の整備、人材育成を現状分析し、課題や問題点を明らかにした中・長期の収支計画が策定されている。
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	中・長期計画の収支計画内容が、各年度の事業計画に反映されており、各単年度における事業内容が具体的に示され、実施状況の見直しを行っている。
Ⅰ-2-（2） 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-（2）-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	各課の幹部職員が中心となって、社会の動向、組織の状況、利用者や地域のニーズなどの変化を考慮して取りまとめ、その中でも、特に、職員や利用者の意見や実施状況の評価も行っている。
Ⅰ-2-（2）-② 事業計画が職員に周知されている。	a	事業計画と事業概要を職員会議で説明・配付し、会議の欠席者には各課に回覧し、周知の状況を確認しながら継続的に取り組んでいる。
Ⅰ-2-（2）-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	利用者懇談会や家族会において、事業計画や事業概要をより理解しやすいように説明をしている。

### 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。	a	職務の分掌規定でそれぞれの職務権限が明確化され、職員に周知されている。また、自らの役割と責任について文書化されており、災害時のマニュアル等のなかでも管理者の役割が明記されている。
Ⅰ-3-（1）-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	管理者は、自ら遵守すべき法令やその他の規範について把握し、職員会議や研修会で、遵守するための具体的な方策を話し合い、法令遵守に取り組んでいる。
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組に指導力を発揮している。	a	定期的開催の職員会議で、意見や要望を話し合い、福祉サービスの提供の課題を把握し、改善のための具体的な取り組みを明示して、指導力を発揮している。
Ⅰ-3-（2）-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	施設内の0A化等で経営や業務の効率化に向けて人事、労務、財務などの改善に向けた取り組みをしている。また、法人内の理事者と定期的に経営会議を開催し、常に効率的な事業運営を目指す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 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。	a	行政との連携や地域団体などの会議・研修会の参加など社会福祉事業全体の動向の把握や福祉サービスのニーズなどの収集・分析し、事業運営を取り巻く環境を的確に把握している。
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組を行っている。	a	定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率の分析を行い、経営状況や改善すべき課題について、会議で職員に周知している。
Ⅱ-1-1-1-③ 外部監査が実施されている。	c	法人の内部監査や実施機関の運営指導は受けており、改善すべき課題は明確にしているが、公認会計士などの外部監査は受けていない。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 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。	b	サービスの質を確保するための福祉専門職や人員の採用・補充等を具体的に計画しているが、人材確保が難しく具体的なプランに基づいた人事管理が十分でない。
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。	c	職員の仕事に対する情熱・意欲や能力開発に活用される人事考課制度の導入の実施がされていない。
Ⅱ-2-2 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-2-2-① 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。	b	職員の有給休暇や時間外労働のデータ等を把握し、業務の効率化や労働時間などの改善に向けた取り組みをしているが、改善する仕組みの構築が十分でない。
Ⅱ-2-2-2-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	ソウエルクラブの入会や健康の維持に関わる健康診断は実施しているが、職員処遇の充実をはかるための職員相談窓口の設置やサークル活動の推進、福利厚生の助成制度など日常生活に対する総合的な福利厚生事業の推進を期待したい。
Ⅱ-2-3 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-3-3-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	就業規則の中に明文化され、それに基づいて職員研修の年間計画をたてて実践している。また、福祉サービスの質の向上に向けて研修部を設置し、研修目的の基本姿勢が明示されている。
Ⅱ-2-3-3-② 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組が行われている。	a	年度当初に職員一人ひとりについて外部研修、内部研修の計画が策定され、策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。また、研修報告会やケース検討会も実施している。
Ⅱ-2-3-3-③ 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	教育・研修の有効性は、研修参加後の研修報告書やレポートで確認されている。また、研修参加者の報告会や個別ケースの検討会を実施し、次の研修計画に反映している。
Ⅱ-2-4 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-4-4-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	地域との連携活動援助項目の内容に実習生受け入れのカリキュラム、プログラムが作成され明文化し、専門学校生、短大生等の実習生の受け入れを行っている。また、受け入れ担当者も明示している。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-1 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
Ⅱ-3-1-1-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	リスクマネジメントはじめ、各種対応マニュアルが整備されており、有事の時や緊急時の訓練や連絡体制が確立されている。また、事故が起きた際も事故対策委員会を開催し、再発防止のための検証の実施を行っている。
Ⅱ-3-1-1-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	防災管理規定に基づいて、月1回の避難訓練及び定期的な消防設備の点検、年2回の市消防と合同の防災・避難訓練を実施している。
Ⅱ-3-1-1-③ 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。	b	各種対応マニュアルを作成し、利用者の安全を脅かす事例の収集の仕組みと職員への周知に努めているが、発生要因の分析及び未然防止策の検討が十分でない。

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	「職員の倫理」や「行動規範」の中で地域との関わり方について基本的な考え方を文書化しており、利用者の地域開催のイベントの参加や学園祭への地域の方の参加を呼びかけて、利用者と地域の人々との交流・連携が行われている。
Ⅱ-4-（1）-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	旧施設を利用して、障がい者や福祉を理解してもらえるよう地域との交流の拠点や研修会開催の場所として整備し、利用者の創作活動や住民の見学会・研修会開催など事業所が有する機能を地域に還元している。
Ⅱ-4-（1）-③ ボランティア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	地域との連携活動援助項目と内容において、ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化し、ボランティア受け入れのマニュアルを整備し、体制が確立している。
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。	a	市、社会福祉協議会などの関係機関・団体の機能や連絡方法が明示され、地域の各種の機関や団体との連携が行われている。また、地域の社会資源を明記した冊子やパンフレットを職員間で回覧し、活用している。
Ⅱ-4-（2）-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	利用者へのサービス向上に必要な連携が、市、各相談支援センター、障害者支援団体など福祉の関連機関・団体との会議参加で具体的な連携が行われている。
Ⅱ-4-（3） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ-4-（3）-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	各種の障害者団体に加入し、その研修会や事例研究会に施設長はじめ各課長などが出席し、地域の関係機関・団体とのネットワーク化に取り組んでいる。また、市、関連機関・各団体の連携で地域のニーズの把握に努めている。
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	関係機関・各団体の連携と地域の福祉ニーズに基づき、年度の事業計画が作成され、ショートステイやグループホームの設置・運営など具体的な事業や活動が実施されている。

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	
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を行っている。	a	利用者の満足度を目指して、倫理綱領、行動規範、マニュアルが整備されており、組織の勉強会や職員研修で利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法に反映され、取り組んでいる。
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。	c	職員の倫理、行動規範の中にプライバシーの尊重が明文化されているが、マニュアル・規定等の整備がされていないので、組織として具体的な取り組みを期待したい。
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、取組を行っている。	a	利用者の会の定例会や家族会の開催や個別支援計画の反映、職員の行動規範や倫理綱領の研修を通じて、利用者を尊重したサービスに取り組む、食事の嗜好調査による利用者が選択できるメニュー等改善課題への評価・見直しをしている。
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	利用者や家族に文書を配付したり、わかりやすい場所に相談箱の設置や定例の利用者懇談会・家族会を開催し、話し合いの場を設定して、意見を述べやすいよう支援をしている。
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。	b	苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置され、苦情解決のシステムは整備されているが、苦情の案件がこれまで1ケースなので、仕組みが十分に機能していない。
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。	c	苦情解決のシステムは整備されているが、具体的な苦情解決や利用者からの意見や提案への具体的な対応マニュアルがない。定期的な利用者懇談会で苦情や意見を聞き日々の生活で対応可能なものはその場で対応している。

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) 質の向上に向けた組織的な取組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1回の自己評価、利用者・家族アンケートを実施し、改善課題を明確にし、継続的に評価・見直しを実施している。また、職員会議・支援会議で結果分析、分析内容の検討が行われている。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	職員会議・支援会議で取り組むべき課題などを明確にし、都度話し合いの場を設けて改善を図っているが、改善実施計画の策定がない。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供する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	アセスメントにより本人の能力、情緒の状況を的確に把握し、介護、見守り、一部支援を見極め、個々にサービスを提供できるよう標準的な実施方法が文書化されている。
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	利用者懇談会、家族懇談会、担任などの個別的な意見は職員会議でマニュアル及び記録の検討・見直しが行われている。また、定期的に評価・見直しが行われている。
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	個別支援計画に基づくサービスやモニタリングが実施され、個別支援記録など一人ひとりのサービス実施状況が適切に記録されている。また、支援計画に沿った記録の記載方法を職員研修会で指導している。
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。	a	個人情報に基づく記録の管理や施設外への持ち出し、守秘義務の徹底など利用者に関する記録の管理が規定されており、個人情報保護と情報開示の観点から職員会議で周知されている。
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	定例の職員会議、支援会議、臨時会議等で個別支援計画の実施状況、ほかの部門への伝達が必要な情報や利用者に係わる日常の情報や意見交換の情報が職員間で共有されている。

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	インターネットにホームページの開設や事業所のパンフレットの作成で施設紹介を公表している。また、関係機関や即売会、地域住民の見学会開催等でパンフレットを配布して、情報提供を積極的に行っている。
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	施設入所時に利用者、家族に対してのサービス内容や料金などが具体的に記載された重要事項説明書や利用契約書の資料を基に、判りやすく納得できるよう説明し、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	利用者や家族の意向に沿って、家庭やほかの施設への移行にアフターケアの一環として、サービスの継続性に配慮した情報提供や相談の支援をしている。

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。	a	組織が定めた統一の様式に沿って、利用者の身体状況や生活状況、行動の特徴等を把握し、定期的に見直しを行っている。また、状況に変化があった場合は、その都度、アセスメントの定期的な見直しを実施している。
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	個別支援計画の策定に関して、アセスメントに基づき利用者一人ひとりの状況にあったサービスが提供できる具体的な明示になっていて、職員会議や支援会議等で部門を越えた職員の意見を反映している。
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	定期的にアセスメントが実施され、見直しの時期や利用者の意向把握と同意を得るための手順など、組織的な仕組みを定めて実施状況の評価・見直しが行われている。

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	
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	言語障害、自閉症、ダウン症に関する専門知識を学び利用者とのジェスチャー、サイン言語を取り入れた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ある。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	定期的な利用者懇談会(2ヶ月に1回)を開催し、学園祭やイベントの企画立案などを利用者が中心となって活動しており、それを側面から支援する職員の体制も整っている。
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	アセスメント、個別支援計画などで利用者の日常生活上の動向を把握し、個々の状況に応じた見守り支援をしている。また、本人の生活ペースなどを熟知したうえ、主体的な活動が出来るようサポートしている。
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。	a	社会生活力を高めるために、買い物や一泊での外泊旅行、学園祭で地域の人達との交流など学習や体験の機会が設けられている。

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	アセスメント、個別支援計画に基づき本人の健康状態、嗜好を把握し、栄養バランスやカロリーなど個々の状態に合わせた食事サービスの提供をしている。また、利用者の体調や身体状況により個別の食事も用意している。
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	定期的に嗜好調査を実施しながら、楽しく美味しく食べられるよう配慮しており、好き嫌いについては、調理の工夫により食べやすくしたり、楽しみ食、選択食を取り入れて支援をし、献立に反映している。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	新築でも有り、ゆとりある椅子やテーブルが配置された快適な喫食環境にある。食事は、利用者が障害の程度によって幅のある時間帯の中で自分のペースで食べられるよう配慮されている。
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	サービス実施計画や個別チェックリストを利用して、その日の健康状態、個人的事情などに応じて入浴支援をしている。また、入浴中の安全確保のため職員を複数体制にして細心の注意を払っている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	週3回の入浴日を設定しており、利用者の希望により失禁や汗をかいた場合は、シャワー浴が可能となっている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	新築された施設でもあり、浴室、脱衣所の環境は、清潔で広く快適な環境を確保されている。また、プライバシーに配慮した構造になっている。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	個別サービス実施計画、個別チェックリストの活用で自然排泄できるよう考慮して支援をしている。また、プライバシーに配慮しながら排泄を確認し、清潔保持のため毎日の清拭を行う支援をしている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレの構造・設備をはじめ、和式・洋式を設置し、換気や毎日の清掃など清潔であり快適性が確保されている。また、プライバシーに配慮した構造・設備になっている。
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	衣服の買い物支援や服装の選択は、利用者の選択を基本にしているが、必要があれば相談に応じている。また、利用者の主体性や好みを尊重した支援をしている。
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	利用者が着替えを希望した場合は、その意思は尊重し、衣類の汚れによる洗濯は、常に、実施し、清潔感に努めている。また、主体性を尊重し、介助に頼らず自ら着替えをしたい利用者には、その意思を尊重している。
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	毎月、理容・美容の業者が来園し、支援している。また、職員が必要があれば整髪や化粧品を手伝ったり、相談に応じたりしている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	地域的に遠隔であるが、可能な限り利用者が希望すれば地域の理容・美容院が選択できるように支援している。

	第三者評価結果	コメント
<b>2-（6） 睡眠</b>		
A-2-（6）-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	a	すべて個室の配置となっており、寝室やベッド周辺の光や音について利用者の希望や状況に応じた適切な配慮になっている。また、常に個別相談にも応じている。
<b>2-（7） 健康管理</b>		
A-2-（7）-① 日常の健康管理は適切である。	a	定期的に健康診断を実施しており、利用者の日常の健康状態を継続して記録し、緊急時の応急措置の方法と搬送する病院などが記載された健康管理表が整備されている。
A-2-（7）-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	地域内の協力医療機関（病院、歯科医院）の確保や必要時に迅速に医療を受けられる体制にある。また、在籍の看護師が健康管理と服薬管理をしている。
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	服用時の注意事項や薬物管理のマニュアルがあり、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等適切な情報を得ている。また、投薬時は誤薬防止のために3重のチェック体制をとっている。
<b>2-（8） 余暇・レクリエーション</b>		
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。	a	年間の行事計画により学園祭をはじめ、誕生会、スポーツ・レクリエーション活動を実施している。また、利用者懇談会で主体的に企画・立案できるように必要に応じて職員をサポートを実施し、クラブ活動も行っている。
<b>2-（9） 外出、外泊</b>		
A-2-（9）-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	地域性や障害程度によって、単独の外出は難しいが、利用者懇談会での希望に基づき職員のサポートで年間6回ほどの近郊温泉や一泊旅行の支援をしている。
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	利用者や利用者懇談会、家族の希望に応じて外泊が行われており、帰省はじめ利用者を尊重し、計画をたてたうえ、外泊届けを提出するなど、基本的には利用者の社会参加を支援している。
<b>2-（10） 所持金・預かり金の管理等</b>		
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	取扱規定を定め責任の所在を明確にして、利用者ごとに適切な管理体制が確立されている。また、家族に出納の記録を確認してもらい透明性を保っている。
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に添って集団生活に支障のない限り新聞、雑誌、ラジオなどの情報媒体・機器を利用できるよう支援している。
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	健康に害ある場合を除いて、利用者の希望や意思を尊重した取り組みをしている。飲酒・喫煙については、その害について利用者に情報提供し、正しい認識が持てるように支援している。