

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2014年5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14-002号

代表者氏名 代表 霜山 幸雄



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	総合	第0001号
	(2)	霜山 幸雄	組織運営管理	第0119号
	(3)	佐藤 俊和	組織運営管理	第0204号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	施設入所支援			
事業所名称	岩内あけぼの学園			
設置者名称	社会福祉法人 あけぼの福祉会			
運営者(指定管理者)名称				
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2013年8月30日	～	2014年5月30日	
利用者調査実施時期	2014年3月24日	～	2014年3月24日	
訪問調査日	2014年3月24日			
評価合議日	2014年5月13日			
評価結果報告日	2014年5月30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
ニッポン・アクティブライフ・クラブ

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称:	社会福祉法人あけぼの福祉会		
代表者氏名:	理事長 牧口 光則		
所在地:	〒045-0024 岩内郡岩内町字野東210番地	Tel	0135-62-9701

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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>1. 30年の歩みと地域の理解ある事業展開 学園活動を軸に、昭和57年(1982)創立以来、知的障害者入所更生施設(現在定員50名)に始まり30年を経る。ノーマライゼーションの進展に合わせ、平成4年、利用者の地域生活への援助を目的に、共同生活援助・介護事業(一体型)4所(現在定員20名)を加え、平成7年には通所授産施設(現在定員30名)、平成24年には相談支援事業などを展開してきた。 この間、一貫した利用者本位の自治会活動や父母会等の活動を支えに、利用者の主体性と自律性の支援を目的に、生活介護・就労訓練・地域支援等を通じて個別支援と地域の理解を得て、地域ぐるみの支援体制の維持と発展に努めている。</p> <p>2. 多様な利用者への支援 就労支援をはじめ地域移行支援の成果は学園での利用者の多様なニーズの吸収と心身の状況をきめ細かな把握に始まっている。 グループによる主体的で多様なレクリエーション活動や利用者個々の希望に応える、町内・外の見学、季節の行事企画や食事会など、利用者の日常生活への変化ある対応や社会性に配慮した支援が関係機関・団体の支援も得て成果を上げている。</p> <p>3. 改善への意欲と評価の取り組み 利用者の尊重・個性を大切にする対応、同時に、グループ活動の重視などの視点に立った支援の努力は、近年の施設改築とともに居室の個別化を促進するなど、生活環境整備とともに大きな改善を図っている。 利用者の声は明るく、公平で、開かれた職員の姿勢と対応が利用者から評価されている。 また、職員も利用者処遇に対する確認・点検・反省・見直しの対応に努めている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>1. 中長期計画の策定 財政収支の長期計画的な執行、施設整備に改善努力、人材確保と維持の困難さ等に直面しながらも、努力した対応の取組がみられる。こうした取り組みと実績を基に3~5年の中長期的展望を策定し明文化されることを期待したい。</p> <p>2. 評価計画の策定 単年度の計画的運営から30年の経営の歴史と着実なその歩みの過程を振り返り、中長期の展望に併せた計画・実施・点検・見直し(PDCA)の試みを、さらに実証することが可能と考えられ、運営の一貫性とサービスの一層の向上を期待したい。</p>
--

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>利用者主体の支援を心掛けている点につきまして、高い評価をいただき自信と励みになりました。今後も利用者主体を念頭におき、より一層支援に取り組んでまいります。 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、今後一つずつ改善して参ります。 今後も継続して評価をしていただき、自分たちの提供するサービスの現状を認識し、当施設を利用されるご本人や、ご家族が安心してサービスを利用していただけるよう、誠心誠意努めてまいります。</p>

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 25 年 12 月 26 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	事業種別	施設入所支援
所在地	〒 045-0024 岩内郡岩内町字野東210番地		
電 話	0135-62-9701		
F A X	0135-62-4011		
E-mail	iwanaiakebono@iris.ocn.ne.jp		
U R L	http://akebono-swc.or.jp		
施設長氏名	園長 小野 裕		
調査対応ご担当者	奥ヶ谷晃生 (所属、職名：支援係長)		
利用定員	入所50名	日中60名	開設年 昭和 58 年 4 月 1 日
理念	<ul style="list-style-type: none"> ・安心安全を第一に ・利用者の方一人ひとりの意思を尊重します。 ・利用者の方の尊厳を大切にし、権利擁護に努めます。 ・利用者の方一人ひとりの個別的支援に努めます。 ・明るく、あたたかく、おだやかで清潔な施設を目指します。 		
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ご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基準を遵守し、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出来る限り求め、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>		
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

生活介護 定員 52名
就労移行 定員 8名

【利用者の状況に関する事項】（平成25年12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	6名	2名	6名	9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	10名	7名	2名	4名	6名
					合計
					64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	名	2名	名	名	1名	1名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	1名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	1名	名	名	名
合計	2名	3名	2名	名	1名	1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
41名	22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
2名	3名	6名	3名	0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
0名	3名	1名	0名	0名	4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	0名	1名	1名	0名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
3名	0名	1名	33名		

(平均利用期間： 16年11か月)

【職員の状況に関する事項】(平成25年12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・管理者	事務員		
常勤	29名	1名	1名	名	名
非常勤	7名	名	1名	名	名
	支援職員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	25名	名	名	1名	名
非常勤	5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	名	名	名
非常勤	名	1名	名	嘱託名	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	1名 (名)
介護福祉士	4名 (名)
保育士	4名 (1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	2044.51 m ²		
(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	昭和	57年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²		
(2) 園庭面積	m ²		
(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)に行っ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 ²		
(3) 敷地面積	m ²		
(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 25 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

72 人

・ボランティアの業務

25年度
あけぼの学園祭出店のボランティア
園内草取り

【実習生の受け入れ】

・平成 25 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 2 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。

- ・利用者自治会の中で旅行で行きたいところ、食べたい物等について定期的に利用者から意見を聞き、反映させるようにしている。
- ・旅行後や行事について終わった後にどうだったか、利用者から意見を聞き、次回その意見を反映できるようにしている。
- ・日頃から利用者に行事はどうだったか等職員それぞれが聞いている。

【その他特記事項】

平成24年度に耐震化改修工事を実施。

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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	法人の倫理規程、学園職員行動基準に、利用者の主体性を尊重した理念を明文化し広報パンフレット等に記載している。
I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	利用者に対する姿勢等、法人理念に整合した基本方針を学園職員行動基準、事業計画書に明文化している。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	年度末に事業計画書を配布し、職員会議、ケース会議、職員研修など教養の機会を設けて、全ての職員を対象に説明周知に努めている。
I-1-1 (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、家族等に事業計画書を配布し、利用者自治会、父母会で説明し周知に努めている。なお、利用者への資料については、より理解しやすい資料の作成配布が望まれる。

I-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (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) -① 中・長期計画が策定されている。	c	前年度の理事会において、大規模修繕工事、収支計画等を決議し、年度の事業計画が編成されている。組織として取り組むべき設備の整備、職員体制、人材育成などについて、中・長期計画を作成することを期待する。
I-2-1 (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	前年度の理事会で設備の整備、収支計画等を策定し、事業計画が編成されている。中・長期計画の内容を反映した事業計画の作成を期待する。
I-2-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	各担当者が参画して事業計画を策定し、職員会議等で実施状況を把握し、評価・見直しを行っている。
I-2-1 (2) -② 事業計画が職員に周知されている。	a	年度末に事業計画書を配布し、職員会議、ケース会議、職員研修などで全ての職員を対象に説明周知に努めている。
I-2-1 (2) -③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	利用者、家族等に事業計画書を配布し、利用者自治会、父母会で説明し周知に努めている。なお、利用者への資料については、より理解しやすい資料の作成配布が望まれる。

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 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (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	管理者の責任と役割は、法人の倫理規程、運営規程、組織図、災害時などで職務分掌と責任を明確化し、職員会議、ケース会議で自らの役割、責任について表明している。
I-3-1 (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	各研修会に参加し遵守すべき法令等の理解に取り組んでいる。職員に対しては、虐待など遵守すべき法令等を会議の中で周知している。
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (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	研修会等へ積極的に参加し課題の把握に努め、職員との面談等でそれぞれの課題を把握し、職員会議、ケース会議で改善のための取り組みを行って指導に当たっている。
I-3-1 (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	業務の効率化を図るとともに、人事、労務、財務面からの分析、業務内容の見直しを行い、利用者状況の把握、安定した職員配置を行って、効率的な事業運営に努め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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	社会福祉事業全体の動向は、行政、関係団体からの情報、外部研修に参加して把握に努めている。地域の利用者数・利用者像の変化等については、行政、関係団体からの情報、特別支援学校生の動向を過去数年に涉り定期的に情報収集して把握、各年度の事業計画に反映している。
Ⅱ-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	過去数年に涉り地域の利用者の推移、利用者像の変化、利用率などの分析を定期的に行い、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、各年度の事業計画に反映している。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	公認会計士などによる外部監査は実施していない。法人の監事(税理士事務所職員)により年4回監査を実施している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(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	年度の事業計画等に基づき、必要な人員体制に関する具体的なプランを立て、採用予定人員を上回る応募があり、必要な人員配属基準は遵守されている。専門的な知識を有する人材の確保は難しい状況にあるが、福祉サービスの質を確保するため、有資格者の配置について、計画的な人事管理を期待する。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	法人の人事考課制度運用規程に基づき、リーダー職員、一般職員に分けて人事考課項目により年2回実施している。結果については職員にフィードバックし透明性の確保が図られている。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-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。	a	職員の有給休暇等の就業状況は、担当者が定期的に点検・分析して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、年2回個別面談を行い相談しやすい体制となっている。
Ⅱ-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。	a	福利厚生センターへの加入、ガン検診の実施、法人内保育の実施、職員親睦会によるスポーツ大会など、職員の福利厚生事業の充実を図っている。
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)-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	法人の行動規範に基本姿勢を明示し事業計画に反映している。専門資格取得のため教材費の補助について配慮している。
Ⅱ-2-(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	法人の行動規範、事業計画に基づき、職員の専門性をより高めるために、職員一人ひとりについて、勤務年数、職種、専門資格の必要性などを把握して研修計画を策定し、研修を計画的に受講させることが確立している。
Ⅱ-2-(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、復命書・レポートを作成し、職員会議、職場内研修で発表し、次の研修計画に反映している。
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受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。	b	実習生の受け入れについては、事業計画書に明示し、実習マニュアルに基づき、学校との連携を図りプログラム等を用意して指導を行っている。実習における責任体制を明確にするため、学校との覚書を取り交わす事を望む。

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 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	法人に災害対策委員会を設置して、防火管理者、防火及び防災担当者を指定し、責任を明らかにして、消防機器の管理、点検業務、防火・防災に関する企画立案、実施などを行っている。非常緊急時・感染症対策マニュアルなどが整備され安全体制を整えている。利用者外出時には身分証明書を持参させ、警察、消防署、自治会などと協力体制を築いている。
Ⅱ-3-(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	避難訓練を消防署、設備業者の指導・協力を得て実施して問題点の把握に努めている。又、原子力防災訓練に参加して、原子力などの大規模災害発生時には清水町などの施設と避難協定を結んで、広域避難先施設への移動訓練を実施し、建物の耐震化工事を行って利用者の安全確保に努めている。
Ⅱ-3-(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。	a	ヒヤリハット・事故報告書などを用いその都度発生原因を分析、会議等で全職員に周知事故防止に努めている。利用者外出時には身分証明書を持参させ、連絡体制の充実を図り、利用者の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示し、地域の清掃、お祭り、敬老会など地域行事への参加、あけぼの学園祭、改築記念行事に地域住民が参加するなどして、相互に交流が行われている。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	事業計画書に地域貢献に向けた取り組みを明記し、小学生の職場体験学習の受け入れ、道徳の授業への出前講座、広報誌を地域住民に配布するなど、福祉事業の啓発に努めている。
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。	b	ボランティアの受け入れについては、事業計画書に明示して、学園祭、園内草刈にボランティアを受け入れているが、受け入れに関するマニュアルの整備を望む。
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	児童相談所、保健所、病院、学校等の社会資源を明示し、事務室で管理している。職員間の連携が良く、情報の共有が図られている。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	知的障がい福祉協会地域支援部会、自立支援協議会、障がい児親の会など地域の団体・関係機関と定期的に会議等を開催し、情報を共有して課題解決に当たっている。
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	相談支援センター、自立支援協議会、見学者の状況などから、地域の福祉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	相談支援センター、見学者の状況などから把握した地域の福祉ニーズに基づき、法人としてグループホームを設置運営し、具体的な活動を事業計画の中に明示している。

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を行っている。	a	利用者尊重の基本姿勢は理念・基本方針を年度の事業計画書に明記し、職員倫理規程や行動基準とともに共有して理解し、職員相互が業務の執行に活かしている。
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。	a	職員倫理規程、行動基準等順守し、プライバシー保護規程や、個別の支援のマニュアルを設け、利用者の生活環境を整備して支援に当たっている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者自治会を月例開催して、食事・嗜好・行事・担当職員選択など運営方針を周知。担当部署による意向・要望・改善等の意見聴取や調査を行い、検討結果を提示して利用者満足の向上に努めている。
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	利用者が意見や相談をしやすい環境の取り組みは、定例の利用者・父母会で、窓口担当や相談担当者選択の手法を説明し、文書を掲示して利用を促している。職員は相談等の受容姿勢を共有して臨んでいる。
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	苦情解決第三者委員制度の活用を利用者自治会や父母会に周知するとともに、内部の組織体制を整え、日常的に、利用者の意向把握とその支援に努めている。
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	利用者の意見・提案等には対応マニュアルに従い、相談担当者選択の徹底や個別対応など、迅速な対応に努めている。意見・苦情は記録して課題の改善に活かしている。

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な評価を行う体制を整備している。	b	第三者評価は概ね3年に1度受審。その間、質的向上を目的に、逐年の事業・支援計画の策定、過程の確認、改善解決課題の明確化に努めている。なお、評価基準による自己評価と合わせた取り組みが望まれる。
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	事業結果報告実績は執行の確認・反省・見直し・改善を重ねた実績であるが、さらなる質的向上を目的に、新年度への組織的で基準による評価計画の策定が望まれる。

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	利用者個々への支援の基本姿勢、生活・活動状態に応じた支援方法の重点を明文化し、かつ、個別対応への実施方法を具体化したサービスが実施されている。
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	利用者個々の状況に応じた基本方針と支援実施計画の基に実行し、点検し、見直し改善の仕組みを確立している。
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	利用者個々のアセスメント、支援計画、モニタリング等のサービス過程が様式に準じた記録責任と利用者承諾を明確にして、的確に記録されている。
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	個人情報保護等管理規程の下に、責任、保存・廃棄を明確にし、保管場所・保存方法・情報開示の承諾などを含む管理体制を整えている。
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	利用者への基本的対応や生活場面の具体的支援事項とその情報の扱いはパソコンで情報を共有化するとともに、ケース会議等で情報の活用と管理を徹底している。

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	希望者には事業の沿革から事業内容、利用者の活動状況、見学・体験対応などをわかり易く、多様な活動状況と管内の相談センターの役割を含め、サービス選択に資する情報提供に努めている。
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	サービス開始に当たっては契約内容や重要事項の説明、生活や活動内容の詳細を資料とともに提示・説明して同意を得ている。
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。	b	継続施設との情報交換や家庭への復帰支援に役立つ情報提供に努めている。マニュアルに基づく経過記録の定期的点検などが望まれる。

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	アセスメントの手順等を様式化し、利用者個々の状況に合わせて具体的な見直しを計画化している。また、ニーズを明確にして解決課題への取り組みを記録している。
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	実施計画はアセスメントに基づき、組織のチームケア体制の下で、担当責任者が意見を集約・調整して家族・本人の承諾を得て策定している。
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	実施計画の評価・見直しは支援課長を軸に、個々人のケアマネジメントの過程を踏まえ、概ね6か月ごとに行うとともに、心身の変更状況に応じ本人・家族の承諾を得て実施している。

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	サービス実施・支援計画に基づき個々の心身の状況に合わせて絵カード、文字、ジェスチャーなど組み合わせ、担当者選択などの工夫でコミュニケーションの徹底を図っている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者支援の基本は利用者の主体的活動の尊重にある。主体的・定期的な集い・自由交流を促し、自治会の主体的運営の支援と施設管理者との定例協議の場を設けている。
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	支援体制は利用者の自力で行う生活への見守りを基本とし、個々の状況に応じて、本人(家族)と協議した支援体制にある。職員相互の基本的支援認識も高い。
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	利用者の支援プログラムは基本的な生活習慣や主体的交流関係の形成に始まり、個々の心身の状況・能力に応じた学習・訓練などエンパワメントの理念に基づいたプログラムがある。

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	栄養ケア実施計画に準じ、個々の心身の状況に応じた個別性に配慮した、食事介助マニュアルの下に提供している。
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	食事は自治会や個別的意向を取り入れ、献立に反映、適温、季節感、行事食等に留意し、料理の選択可能など、美味しく、楽しい時間対応などの工夫に努めている。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	利用者の声を大切にしたい検討会議を常設し、明るく、楽しい、ゆったりとした食事環境作りに努めている。
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。	a	利用者個々の心身の状況は常に把握し、配慮した対応を確認するなど支援に当たり、支援記録に留めている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴は希望や個々の事情を大切にするとともに、毎日入浴が可能で、2日に1回以上の入浴を支援している。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	温泉を用い、入浴器具・設備の整備、冷暖房など季節への配慮等に係わって定例会議で検討・協議して環境の保持に努めている。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	介助マニュアルにより個々の心身の状況把握と支援計画の下で支援している。支援結果は記録にとどめ、安全性・プライバシー・便意に配慮した支援に努めている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレの設備は毎日定時的に点検され、清潔で、照明、冷暖房など快適な状況にある。
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	服装は自己選択を基本とし、必要に応じて相談や買い物支援にあたっている。
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	身だしなみを清楚にして、清潔な状態の維持に努め、汚れや破損には留意して本人に伝え替えを促すなど支援に当たっている。
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	理美容は個別的な意思や好みを大切にしている。相談に応じて資料や情報を用意して支援に当たっている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	理美容の利用は月1度、職員とともに出向き、個々の意向に合わせた対応に努め理美容院の協力を得ている。

	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	睡眠対応は個々の心身の状況を把握し、リズム、寝具、照明、音などの配慮や就寝中の体位変換・オムツ活用等に対応し、記録に留めて支援している。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	健康管理表には毎日の検温、血圧、50歳以上の人には血中酸素飽和濃度等の測定、看護職の点検、歯磨きの励行、予防注射、定期健診など健康の維持に努め、記録の定期的点検を行っている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	看護師を軸に関係医療機関との連携を密にして、即応できる体制を整えている。
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	服薬の取り扱い看護師を軸に管理し、利用者個々のファイル一覧書を基に支援ワーカーとの分業・連携して確認し適正な服薬管理を行っている。
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。	a	余暇・レクリエーションは利用者の意向を軸に、年間行事計画を基本に実施している。地域の行事への参加を含め、創作活動やサークル活動・学園祭など多様な計画の基に実施している。
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。	a	外出規則に準じて、希望に応じた外出を認め、理美容の利用、誕生日等、必要に応じて職員・家族同伴など利用者の状況に応じた支援体制の下で実施をしている。
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	利用者とその自治会、父母会などでの協議に基づき外出規則を設け、必要に応じて家族等と調整し、自主性を大切にした外泊支援をしている。
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	金銭管理は重要事項に管理方法、保管責任者・保管管理者・出納責任者の特定、管理金銭の形態等を定め契約している。金銭活用の相談と指導や定期点検を行っている。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	おおむね全員が個室生活で、テレビ等の所有を自主的に選択している。また、意向を大切に共同する居間にはテレビや雑誌など共同で利用できるよう配慮している。
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	嗜好品の扱いについては自治会の課題として協議するとともに、心身の健康や個別的状況を考慮し、意向を尊重して肯定的に支援している。