

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2015 年 1 月 4 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 060-0006
住所 札幌市中央区北6条西24丁目1-30
YMビル

電話番号 011-644-8988

評価機関名 株式会社 吉岡経営センター

認証番号 北海道 12-005

代表者氏名 吉岡 和守

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)	常盤 武志	組織・福祉	0088
	(2)	斉藤 智	組織・福祉	0175
	(3)	立石 薫	組織・福祉	0087
	(4)			
	(5)			
サービス種別	障害者支援施設(施設入所支援+日中活動事業)			
事業所名称	障害者支援施設はれる			
設置者名称	社会福祉法人 美深福祉会			
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)	2014 年 1 月 7 日	~	2014 年 6 月 10 日	
利用者調査実施時期	2014 年 1 月 16 日	~	2014 年 2 月 15 日	
訪問調査日	2014 年 3 月 1 日			
評価合議日	2014 年 5 月 29 日			
評価結果報告日	2015 年 1 月 4 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

株式会社 吉岡経営センター

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人 美深福社会

代表者氏名：理事長 園部 幹雄

所在地：〒098-2205 中川郡美深町字美深76番地8

TEL 01656-2-1101

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

●利用者ニーズへの対応

国の施策、方針について徹底的に分析を行い、事業経営を取り巻く環境を把握している。また、施設解体をテーマにショートステイ機能の強化や小舎分散などの取組み計画を掲げており、利用者ニーズに応えるスタンスを築いている。

●コンプライアンスに関する取組

平成24年10月に施行された障害者虐待防止法についての取組み(虐待防止研修)については、近隣施設と合同で実施しており、利用者に対する思いや福祉に関する思いを地域全体で受け止め、浸透させる努力をしている。

◇改善を求められる点

●職員のメンタルヘルスに関する取組み

福祉現場の職員の定着、育成には、メンタル不全の問題を意識する必要があると考えられる。より良い福祉サービスを提供するために、メンタルヘルスを通じた職員の人材育成と福祉職場環境の整備に寄与する目的で、職員研修の実施が望まれる。

●マニュアルの整備が期待される

プライバシー保護に関するマニュアル、利用者対応マニュアル等の各種マニュアルが未整備のため、迅速かつ平準化されるべきことを想定し、整備することが望まれる。また、マニュアルに沿った対応が確実に行われるよう、日頃より職員におけるマニュアルの周知やそのための研修の実施等が継続的に確保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

障害者自立支援法施行以来、施設内の人的、構造的改革を進めて参りましたが、今後、更なる効率的な施設改善に取り組むために、吉岡経営センター様による第三者評価を実施させていただきました。評価が至らない点につきましては、早速、マニュアルの整備など、集中的な改善を実施し、利用者さまとご家族により一層、信頼を頂くことができる事業所運営に努力して参ります。また、吉岡経営センター様には、適切かつ厳格な姿勢で評価に望んでいただいたことに感謝申し上げます。

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 26 年 1 月 29 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 美深福祉会		
事業所名 (施設名)	障害者支援施設 はれる	事業 種別	障害者支援施設
所在地	〒098-2205 中川郡美深町字美深76番地8		
電 話	01656-2-2111		
F A X	01656-2-2176		
E-mail	nozomi2@gaea.ocn.ne.jp		
U R L	http://www.bfk.jpn.com		
施設長氏名	石田 力		
調査対応ご担当者	石田 力 (所属、職名：施設長)		
利用定員	40 名	開設年	平成 9 年 1 月 1 日
理念・基本方針：ふつうの生活を目指し、将来的には地域生活を目指す。職員は利用されている方々にやさしく親切な支援を心がけ、利用されている方々の能力を十分に引き出すことができる支援を行う。また、重点項目として、①個室化の具体的計画の作成 ②ケアホームでの体験利用の実施による自立支援。③ショートステイの利用拡大などを重点に置く。			
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】

生活介護事業所 (定員42名)

【利用者の状況に関する事項】（平成26年1月29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	0名	0名	1名	10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
5名	1名	1名	4名	3名	2名
					合計
					40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	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	名	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
33名	5名	2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
名	名	名	1名	名	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
8名	3名	名	1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	1名	8名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
18名	名	名	名		

(平均利用期間: 12年6ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成26年1月29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	生活支援員	
常勤	21名	1名	2名	17名	名
非常勤	1名	名	名	名	名
		生活支援員	保育士	看護職員	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	名	名	名	名	名
非常勤	1名	名	名	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	3名(名)
介護福祉士	11名(名)
保育士	名(名)
介護支援専門員	2名(名)
社会福祉学修士	1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	1837.6525㎡		
(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	9年	
(4) 改築年	平成	年	

○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 25 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

8 人

・ボランティアの業務

ボランティアについては、当該施設の利用者が名寄市立大学の学生との交流を続けている。当該施設の利用者が名寄市立大学構内の花壇を学生と一緒に整備している。また、大学の講義において、利用者に参加して頂き、施設や地域での生活についての体験を伺い、その後、学生と利用者がグループを作り、利用者が抱える課題やニーズを各グループごとにまとめて発表する、当事者参加型の講義を続けている。当該施設は、「ボランティアを受け入れる」といった旧来の受動的な交流ではなく、次世代を担う福祉学部の学生とより実践的なインクルーシブ教育のあり方を模索している。また、当該施設の利用者がアウトリーチによる地域交流を模索し、当該法人の利用者で編成されている、よさこいチーム「あっぱれ隊」の活動など、従来の慰問的なボランティアの受け入れではなく、当該施設の利用者が地域や大学などの教育機関にへ飛び込み、積極的なインクルーシブ教育を試行している。

【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 25 人

介護福祉士 _____ 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。

利用者ご家族アンケート 意見箱の設置を行っているが、重度利用者が多いために活用されることはない。このため、日頃からサービス向上委員会や感染予防委員会さらには個別のケース検討会議、モニタリング会議、サービス担当者会議において、利用者のニーズを共有し、サービスの向上と改善に努めている。また、問題行動や不安定な情緒については、原因を究明し、専門的なソーシャルワーク技術（行動変容アプローチなど）を導入している。特に、言葉の無い利用者に対しては、ケース検討会議において、KJ法などを活用し、利用者のニーズを総合的に共有する方法を導入している。今後は、PDCAサイクルによるサービス向上のシステムを構築するために、共通の業務マニュアルの確立と評価さらには、改善行動に至るサイクルを試験的に導入している。

【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)

事業者名 社会福祉法人 美深福祉会 障害者支援施設はれる

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	法人の基本理念が平成26年度事業計画書において明文化され、法人の使命・役割が反映されている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針が平成26年度事業計画書において明文化されている。また、ホームページ上にて法人の目的が明文化されている。今後は、パンフレットにも明文化する必要がある。法人理念との整合性が確保されており、内容は適切である。
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4月の職員会議、および適宜行っている職員研修において、事業計画に記載されている基本方針の説明・配布を行い周知している。また、中途採用者には採用時研修および適宜行っている職員研修において周知している。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c	重度の利用者が多いため、周知は難しい現状にあるが、今後は、ご家族に対し印刷物等で周知する等の配慮を要す

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。	c	25年度を含む中長期計画は存在していなかったが、組織の理念や基本方針の実現に向けた5ヶ年計画が25年度中に十分議論され、平成26年度からスタートする。
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	25年度を含む中長期計画は存在していなかったが、26年度以降の5ヶ年計画に沿った事業計画として、重度高齢化に対応した支援及び小舎分散を基本に置いた個室化について事業計画が策定されている。
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	事業計画は担当職員7名により作成し、実施状況の把握や評価・見直しを年度中も行っている。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	毎年、4月の職員会議、および適宜行っている職員研修において、事業計画を職員に配布・説明することで周知している。また、中途採用者には採用時研修および適宜行っている職員研修において周知している。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	c	活動や外出については、その都度、計画に従って利用者の理解を得ながら実施している。しかしながら利用者あるいは家族向けに、わかりやすく説明した資料を作成する配慮が求められる。

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。	a	管理者が福祉に対する心構え、自らの役割と責任を資料として配布し、各種会議等の場で表明している。
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	コンプライアンスに関する情報について、管理者が率先して職員に対して情報発信を行い、周知徹底している。特に、障害者虐待防止法についての取り組み(虐待防止研修)については、近隣施設とも合同で研修を実施し、成果を得ている。
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組に指導力を発揮している。	a	職員の支援技術向上に対しては、情報提供を行うとともに、職員の興味・レベルに合わせたアドバイスなどを積極的に行っている。また、施設長は、社会福祉援助技術および福祉運営論についても関心を持ち、大学の講義でも指導している。
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	施設長は、課題の解決には職員の増員や物品購入等の財務的な側面も必要であると認識しており、事業所の利用状況や収支状況を把握し、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	国の方針(主管課長会議資料や各種委員会)などの資料については、徹底的に分析を行い、事業経営を取り巻く環境を把握している。特に、環境分析の結果、入所施設の役割として、ショートステイ機能の強化や小舎分散などの方向性をまとめた。
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	小舎分散における、職員の配置基準や光熱費など、効率的な経営が可能かについては、報酬体系などを常に分析して、実施する時期などを吟味している。また、これらの分析を元に、事業所の運営会議等で職員間で協議し、運営に必要な収入を確保しながら、人員の増員や施設整備等を5ヶ年計画に定めて課題解決のための取り組みを実践している。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	会計事務所との契約により、毎月定期的に外部監査を受け、財務諸表の監査を受けている。

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	適切な人材の育成のために職員の研修計画を定めているが、地域がら職員採用に関しては厳しい状況にある。
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。	c	人事考課を導入していないが、今後導入の検討をしている。
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。	b	日常の職員とのコミュニケーションを通じて、職員の就業に関する意向や意見を聞き取っている。また、職員の健康状況やメンタルヘル스에配慮した勤務サイクルの作成および業務内容に合わせたきめ細かな勤務体制に努力している。しかし、有給休暇や時間外労働等のデータを分析し、活用するという点に関してはやや不十分である。
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。	c	メンタルヘル스에配慮した勤務サイクルは取られているが、事業所内に職員のための相談窓口は設置されていない。また、福利厚生事業に関して職員の希望等の把握は行われておらず、積極的な福利厚生事業の推進には至っていない。
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)-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	外部での研修については、全職員が受講できるように配慮した計画と予算組みを実施している。また、施設内での研修についても虐待防止研修など、他の事業所と合同で実施している。
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	個々の職員の能力、経験に沿った研修体系を組み、実施している。また、有効と思われる研修については、臨機応変に参加させている。
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	年に一度、研修については個々の状況に応じて見直しを行い、次の年度の計画を作成している。
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。	a	ソーシャルワーク実習については、大学との密接な連携により、積極的な受け入れを行い、毎年、質の高い実習先として評価を得ている。また、実習指導者養成研修を終了した社会福祉士を3名配置している。

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 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	緊急時の職員の連絡体制については確立されている。また、感染症については、感染予防委員会を設置して専門的な対応について整備している。
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	年に2回の避難訓練を実施し、消防署との非常通報訓練を実施するなど、地元との連携も積極的に行っている。
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	特に転倒のリスクが高い利用者については、専従で職員を配置したり、誤嚥防止のための対策についても職員間で協議して対策を行っている。また、ヒヤリハットや事故が発生した場合は報告書を作成し、事例を収集している。

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	利用者によるよさこいチームが地元イベントに参加したり、地元大学の講義や演習のボランティア、花壇整備を行うなど、利用者が活動範囲を広げ、地域と交流を図り、貢献できるよう、施設が積極的に取り組んでいる。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	体育施設の開放など、地域還元への努力はしているものの、自閉症や重度障がい者が利用者が多いこともあり、施設が持つ専門的な技術や情報を地域へ発信するには至っていない。
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。	c	利用者に自閉症や重度障がい者が多いため、ボランティアを施設に受け入れる体制が取りづらい。そのため、地域との連携を主体的に実施する担当者を決め、上記のように地域へ出向いてのボランティア活動を積極的に行うよう努力している。
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	利用者に対する福祉サービス向上に必要な病院や福祉施設等の関係機関との連携を行っており、必要な社会資源についての資料を事務所等で保管していつでも確認できるようにしている。また、職員会議等で職員間の情報の共有化が図られている。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	近隣の社会福祉法人、介護保険事業所、包括支援センター、相談支援センター、自治会等の関係機関との日常的な連携に積極的に取り組んでいる。また、近隣エリアにおける障害者支援に関しては、同施設がモデル事業所の位置付けとして知名度も高く、施設長が大学等の講演を実施する等連携している。
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	在宅利用者のご家族から情報を得たり、関係機関・団体と連携するなど、具体的な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	上記で把握した福祉ニーズに基づき、ショートステイ、日中活動の提供等を積極的に行っている。

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	利用者を尊重したサービス計画の策定と、個々のニーズに沿ったサービスの提供が行われている。また、社内研修等により、利用者尊重・基本的人権の配慮について共通認識を持つ努力をしている。
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。	c	チェック表による評価等一定のルールは存在し、プライバシー保護に対する意識はあるものの、規程・マニュアルはなく、ゆえに施設の共通認識として職員に周知されているとは言えない。規程・マニュアル等の早期整備が望まれる。
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	施設長を中心に毎日打合せを行い、個々の利用者・家族からのヒアリングを基にしたレクリエーション・プログラムの策定や、生活リズムを大切に管理を行っている。結果として、施設独自のプログラムが充実しており、利用者の満足度は高い。
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。	b	利用者とその家族に対するヒアリングは常時行われており、複数の相談相手が意見を聞ける体制はある。今後より良い体制強化の為、文書の作成・掲示があるとよい。
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、第三者委員の委嘱、苦情解決箱の設置は法人、事業所ともに整備され、苦情に対しては適切かつ迅速に対応している。
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。	c	利用者等からの苦情のみならず、意見や提案からも組織の改善課題を発見し、サービスの質を向上していく姿勢が求められる。現状、迅速な対応が取られているが、「対応マニュアル」の整備と職員への周知徹底が求められる。

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	職員は自己評価を行い、自己のサービス内容を定期的にチェックしている。自己評価は施設長からフィードバックする体制が整備されている。
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。	a	上記職員チェック表を取りまとめ職員に配布し、虐待防止研修の資料として活用するなど職員の理解啓発・課題の共有化が図られている。また、そこで出たあらゆる課題から改善計画を策定、実施している。
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	バーステックのケースワーク原理を職員に周知し、サービスが提供されている。また、個別支援のケース検討会議を実施し、KJ法を活用して支援状況の把握に努め、施設で定めたマニュアル通り標準的な実施がなされている。
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	理論的かつ多角的なアプローチから仮説→実施→評価→改善のサイクルを確立し、研修・会議において職員に周知徹底するとともに、施設で定めたマニュアルの見直しも同サイクルに基づき行っている。また、職員や利用者等からの意見も反映される仕組みになっており組織的に機能している。
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	サービス実施状況の記録はシステム化されており、職員間で共有されている。また、記録も十分にされており、定期的なモニタリングの実施結果についても付記されている。
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。	c	記録については、システム化されているが、利用者に関する記録の管理は、個人情報保護と情報開示の2つの観点からの管理体制の整備が必要である。記録管理責任者を置き、記録の保管・保存・廃棄に関する規程を定め、職員に対し教育・研修を行い、周知徹底する必要がある。
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	パソコンを利用し、必要な人に必要な情報が行き渡り、共有化できるシステムが構築されている。

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	ホームページやパンフレットの内容は充実しており、利用希望者がサービスを選択する際に必要な情報は提供している。また、普段から利用者に外出先や希望のメニューを聞き取りするなど、ニーズ喚起も積極的に行われている。
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	サービスの開始にあたっては、施設が定めた共通の様式（重要事項説明書）に基づき、利用者や家族に合わせた配慮のある説明をし、その上で同意書を必ず徴収、記名にて同意を得ている。
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。	a	利用者の自立を事業所のテーマとしているため、施設を退所しても相談できる窓口の設置や、機関紙・掲示等を活用した情報提供をマニュアル通り積極的に行っている。

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	サービス実施計画作成の手順はマニュアルで定められており、定期的には2回、状態変化があった際は随時アセスメントの見直しを行い、利用者の障害特性等に合わせて作成している。アセスメントの過程では、生活支援相談員、看護師、理学療法士等の他職種が参加し、多面的な
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	サービス実施計画は、サービス管理責任者である施設長により適切に管理され、策定されている。また、実施計画に基づくケース検討会議を逐次行う体制が整備されており、各種関係職員が集まり多面的な分析を行っている。
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。	a	最低6ヶ月に1度モニタリングを実施し、サービス担当者会議によりサービス支援計画についての検討を実施している。

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	個々に応じた支援計画を策定し、具体的方法について明示され、日々の関わり合いの中で利用者の意向を引き出そうとしている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	カード、絵合わせ、ボール、DVDなど利用者個々の特性や好みに合わせたツールを用意し、利用者自信が選択できる場面を増やすことを大切にしている。
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。	b	利用者の高齢化、重度化への対応を行うために通常より高い配置基準2:1での支援を行っており、サポート体制構築の努力がうかがえる。
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	利用者個々の能力の把握をし、それぞれの能力を引き出すための個別プログラムを策定し、個別支援計画に反映させている。

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	介助・支援方法に関するマニュアルが整備され、利用者個々の状態、咀嚼能力、嗜好に合わせた食事サービス計画、献立が策定されている。
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	利用者個々の好みを把握した上で献立を決めている。献立だけでなく、食堂の雰囲気(家具、明るさなど)、食器などにも利用者が楽しんで食事が取れるよう工夫されている。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	食事する空間は明るく開放的になっている。食事時間は基本的な時間帯は決められているが、本人の意向に対応している。個々の好みに合わせた食器も用意されている。
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	利用者の状態、安全に配慮した入浴体制を整えている。重度の利用者に対しては、1:1で入浴支援を行っている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴は週4回可能であるが、シャワーは毎日利用することができる。入浴時間は日中～夜間まで時間設定しており、本人の意向で入浴時間を決めることができる。入浴の時間・回数に関しては、利用者との話し合いで決めている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	清掃も行き届き、清潔感のある脱衣場、浴室になっている。浴室は、滑り止めの床材が使われていたり、手すりが設けられており安全面の配慮もなされている。

2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄支援は、プライバシーを守り、同性による支援を基本としている。 排便、排尿の状態については、チェック表によりチェックを行い、異変時には支援員から看護職員へ即時報告を行い、対応策を立てている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレ清掃は定期的に行っており、清潔感があり気になるにおいも感じられなかった。 清掃状況はサービス向上委員にて定期的にチェックを行い、清潔な状況の維持に努めている。
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	服装を選ぶのは、基本的には本人の意向を尊重している。ただし、季節、温度などに対応が必要な場合には、職員により調整を行っている。
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	着替えは毎日行い、洗濯済みの清潔な服を着ている。 食事の際の食べこぼしなど、服が汚れた際には速やかに着替えを促し、着替えを行っている。
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	髪型や化粧などは、利用者の希望に応じた選択が可能である。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	利用者の希望により理・美容店の選択が可能 他、予約・送迎などの支援を行っている。

	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	利用者同士の相性に配慮した居室になるよう部屋割りを決めている。 安眠につながるよう日中にできるだけ運動できる時間を設けている。 利用者が落ち着けるよう職員配置の工夫も行い、効果を上げている。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	c	看護師による健康管理は適切に行われている。 カルテにより利用者の健康状態の記載、更新が随時行われている。 健康管理マニュアルは具体的になっておらず、標準的な対応を行うためには今後策定が望まれる。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	c	地域内に協力的な提携医療機関を確保しており、急変時の迅速かつ適切な医療が受けられるように24時間連携が取られている。ただし、それに対するマニュアルがないことからマニュアルを整備し、全職員が標準的な対応がとれるような仕組みが必要である。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	c	薬の保管は施錠された医務室で管理されている。 服薬は呼称、確認により確実に服薬を行うよう徹底している。 薬物管理についてのマニュアルは策定されていないため、今後策定が望まれる。

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	利用者の希望を聞きながら、買い物、ドライブ、体育館でのレクリエーションなどサービス計画、事業計画に基づいて行っている。
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	外出は利用者の希望に沿って行われており、近隣の商店などへ自力で行くことができる利用者には、外出させている。 ただし、引率が必要な利用者については職員引率により外出支援を行っている。
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	利用者本人、家族の希望により外泊を認めている。 帰省時には、帰省が困難な利用者10名程度が施設に残っているが、例えば正月には、正月気分を味わえるような食事の用意を行うなど、残った利用者へのサポートを行っている。
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	預かり金は、管理規程を定め、月次残高チェック、年2回の監査により厳重に管理を行っている。
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	新聞、雑誌は利用者が自由に閲覧できるよう用意されている。 食堂には共有スペースがあり、そこでくつろぎながらテレビを見ることもできる。
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	飲酒については、特に医師から制限がなければ本人の意思を尊重している。 たばこ、火の管理を管理規程に基づき行われている。 利用者の喫煙ルームは用意されており、そこで喫煙を行っている。