

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2012年 1月 13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10-004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	組織・福祉	第0056号
	(3)	森 明美	福祉	第0035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 おんべつ学園			
設置者名称	社会福祉法人 音別憩いの郷			
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)	2011年 7月 12日	~	2012年 1月 13日	
利用者調査実施時期	2011年 9月 1日	~	2011年 9月 30日	
訪問調査日	2011年 11月 28日			
評価合議日	2012年 1月 12日			
評価結果報告日	2012年 1月 13日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 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

第三者評価機関名

タンジェント株式会社

運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 音別憩いの郷
代表者氏名：理事長 吉田 正勝
所在地：〒088-0112 釧路市音別町中音別630番199 01547-6-2811

事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

総評

特に評価の高い点

・地域における福祉サービスの連携

当事業所では、障害者の就労支援として椎茸栽培やパンの製造・販売に取り組んでいて地域や社会福祉協議会との福祉サービスの連携を図るため、地域への移動販売や独居老人、農家への宅配など地域と事業所が相互の絆で結ばれた協力関係の支援をしている。

・地域との交流と活性化

当事業所では地域との交流を重視しており、地元中学校との交流をはじめ、遠隔地にありながら音別町ふれあい広場やお祭り、国道沿いの花植えなど町内行事に職員や利用者が参加するなど地域とのかわり・連携を大切にしている。また、事業所では地域の経済活性化と地産地消の観点から地場の生鮮食品から日用品雑貨、燃料などを町内から調達しており、地域における貢献度は非常に大きいと考えられる。

・職員の情報の共有化

管理者及び役職者職員は、組織の理念や事業計画をはじめ職員へ医療・福祉に関する広範な知識の情報提供と各種の資料の配布や伝達が徹底されている。また、それに基づいて職員会議や寮会議が開催されており、全ての職員の情報の共有化が図られるよう取り組んでいる。

改善を求められる点

・施設内の改善・改築

現在の施設は、大学の寮を再利用した建物のため障害者に対するバリアフリー化となっていない。特に、急な階段や入浴室、トイレが狭隘、段差とこれまで創意と工夫しながら設備改善に努めてきたが、もはや改修、改善では限界にきており、改築も視野にいれた抜本的な検討と早急な環境の整備に努めることに期待したい。

・人事考課制度の導入

福祉施設としては福祉サービス事業の待遇面での難しさがあるが、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定めた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、個々の意欲を喚起し、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。

・外部監査の実施

行政による運営の指導監査や内部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アドバイスなど経営上の改善の課題発見とその解決のための客観的な情報を得るために公認会計士等の外部監査を導入して経営改善に役立てることに期待したい。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

当法人が経営する障がい者支援施設を対象に福祉サービスの第三者評価を実施していただきました。当法人としては毎年の自己評価を行っていましたが初めての第三者評価の実施であり、利用者家族、職員へのアンケートから始まり、これまでの施設での取組みがどのように評価されるのか不安な部分がありました。結果は、施設運営や支援サービスにおいて評価をいただき、職員一同これまでの取り組みの見直しことができました。一方で改善が求められる点を今後施設として早急にもその内容を検討し、実施できるところから取り組みを進めてまいります。福祉サービスの評価を受けることによって職員の自覚と改善意欲の醸成、課題の共有化等が図られ、取組みの具体的な目標設定ができ、今以上に利用者支援のより一層の充実が図られるように努力してまいります。

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 23 年 10 月 20 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人 音別憩いの郷		
事業所名 (施設名)	障がい者支援施設 おんべつ学園	種別	障害者支援施設
事業所所在地	〒 088-0118 釧路市音別町中音別630番地199		
電 話	01547-6-2811		
F A X	01547-6-2814		
E-mail	onbg1989@ec1.technowave.ne.jp		
U R L			
施設長氏名	波 間 良 隆		
調査対応ご担当者	藤 川 岳 (所属、職名： 次長)		
利用定員	110 名	開設年	平成 1 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針： 「将来、自らの生活を切り拓いていけるように、日々の支援と日中活動を通して、それぞれの生命を全うするための必要な事がらを体得し、ごく普通の社会生活を営むことができるようにする。」 1. 利用者の人格を尊重しつつ、利用者と職員が共同生活者として共感できうる「生活の場」づくりに努める。 2. 利用者の社会自立（就労支援・日中活動・地域生活）を促進するための諸計画を樹立し、具体的展開が図れるよう努める。 3. 利用者の能動的な生活の高揚と、施設・地域生活を潤いのあるものにするため、施設・地域利用者自治会を主軸とした自治的・文化的・芸術的な活動の活発化に努める。 4. 利用者の高齢化と重度重複障害者(特に自閉的傾向を併せ持つ方たち)の顕著化に対処するために、保健活動の充実と将来展望に立脚した法人の整備充実に努める。 5. 民間施設の特性を發揮しつつ、地域社会との関わりを深めると共に、発達障害者(児)への思想の啓発に努める。 6. 「施設という小さな社会」が利己的社会でなく、相互信頼に基づく相互扶助的な社会であるよう努める。</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 名)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 短期入所(定員4名) ・ 日中一時支援事業
---------------------------	--

【利用者の状況に関する事項】（平成 23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
名	1名	7名	5名	13名	43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
11名	7名	5名	5名	9名	9名
					合計
					115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	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	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	名	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
89名	22名	4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	4名	6名	7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
3名	2名	2名	2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
2名	1名	名	名	2名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	4名	5名	65名		

(平均利用期間： 16年)

【職員の状況に関する事項】(平成 年 月 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	55名	1名	4名	3名	37名
非常勤	1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	7名	名	名
非常勤	名	名	1名	(1)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	5 名 (名)
保育士	21 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	3,806.92 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 type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	49年	
(4) 改築年	平成	1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 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 22 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

26 人

・ボランティアの業務

- ・音別フラダンス同好会慰問、観賞
- ・法人レクリエーション大会 業務補助
- ・もちつき行事 お手伝い
- ・ふれあい広場 業務補助

【実習生の受け入れ】

・平成 22 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 13 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。

- ・苦情受付箱の設置
- ・利用者自治会
- ・給食に関するアンケート
- ・担当職員単位で利用者本人とお茶会をしながら意見を汲み取る

【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 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。		
- 1 - (1) - 理念が明文化されている。	a	理念、基本方針が「運営の規定」「運営計画」などに明記されており、事業所内文書やパンフレットに記載され、その内容が確認できる。
- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	「運営の規定」「運営計画」の中で、理念に基づいて基本方針が明文化されており、職員の規範となるべく基本方針が明確にされている。
- 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。		
- 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	年度当初の職員会議で施設長から理念や基本方針を文書にして配付し説明されており、職員への周知の取り組みが行われている。
- 1 - (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、来訪者等に分かりやすく掲示し、利用者や家族に配布すると共に利用者自治会及び「家族の会」総会でも説明し、周知している。

- 2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
- 2 - (1) - 中・長期計画が策定されている。	b	施設建替に向けての幹部職員による「長期計画(案)H22～H31」が策定されているが、自立支援法の補足事項の変更や今後の補助金の交付、新たな法改正等の不透明な部分があり、目標を明確にした収支計画が策定されていない。
- 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	施設の運営計画の中で将来展望を踏まえた施設整備が触れられているが、各年度における具体的な事業内容が示されていない。
- 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
- 2 - (2) - 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	法人全体、施設全体、各寮、作業所、係り分担など各部門における計画をそれぞれの責任者のもとで取りまとめ、その中で職員や利用者の意見が反映されるよう取り組んでいる。また、半年毎に各部門の計画を評価・見直しもしている。
- 2 - (2) - 事業計画が職員に周知されている。	a	各部門で計画をそれぞれの会議を通じて作成し、年度の当初に事業計画書として配付し、職員会議で説明されている。また、半年毎に評価・見直しをしている。
- 2 - (2) - 事業計画が利用者等に周知されている。	a	事業計画書を直接利用者に関係する部分を抜粋して掲示している。また、利用者自治会及び「家族の会」総会において配付し、説明をしている。

- 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
- 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
- 3 - (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	職務分掌規定で職務権限が規定され責任と権限が明確化され、部門毎の会議を通じて職員に周知をしている。また、災害時のマニュアルの中でも管理者の役割が明確に示されている。
- 3 - (1) - 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	遵守すべき法令やその他の規範について職員会議や外部・内部研修会参加、社内LANの閲覧などで正しく理解する取り組みをしている。また、職員会議や毎日の朝礼等で遵守すべき取り組みなどを職員に周知している。
- 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
- 3 - (2) - 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	管理者は、個人面談や部門毎の会議を通じて、職員の意見や要望を聞きながらサービスの質と課題について話し合い、継続的に評価・分析し、改善の取り組みを行っている。
- 3 - (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	外部コンサルタントを導入し、社内LANやOA化で経営や業務の効率化及び改善に向けて具体的な取り組みを行っている。また、経営や業務の効率化、人材育成や働きやすい環境整備等に努めている。

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
- 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、地域の団体等の研修参加などで社会福祉の動向の把握や福祉サービスのニーズなどデータの収集・分析で事業経営を取り巻く環境を的確に把握している。
- 1 - (1) - 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	外部コンサルタントを招聘し、定期的にコスト分析や利用者の推移・利用率等の分析が行われている。また、中・長期計画に反映するように取り組んでいる。
- 1 - (1) - 外部監査が実施されている。	c	実施機関の運営指導をうけており、改善すべき課題について明確にしているが、公認会計士等の外部監査は受けていない。

- 2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。		
- 2 - (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	事業所を適切に機能させるための必要な人材育成や有資格者の採用等計画しているが、施設が過疎地ということもあり人員採用が遅れその計画どおりの人事管理になっていない。
- 2 - (1) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	人事考課制度が導入されていないので、その導入について検討されることを期待したい。
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
- 2 - (2) - 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	年1回の個人面談の実施や部門毎の会議を通じて意向や意見を把握し、業務の効率化や労働時間の短縮などの改善に向けた取り組みをしているが、就業状況を分析し、検討する仕組みが組織として十分でない。
- 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	福祉事業職員共済会への加入や年1回の健康診断、親睦的なグルメ会や焼肉パーティの開催など、職員の余暇活動や日常生活に対する支援と福利厚生事業の推進を図っている。また、年1回施設長との個人面談を実施している。
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	基本方針、中・長期計画及び就業規則の中に職員の教育・研修に関する基本姿勢及び計画が明文化され、その計画に基づき職員研修を実践している。
- 2 - (3) - 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	職員の勤務年数・経験・資格等段階に応じた教育、訓練計画を策定している。また、計画に沿った外部研修への参加や外部講師を招聘しての内部研修を実施している。
- 2 - (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	外部・内部研修参加後の報告書やレポート提出が確認され、その研修の成果について評価・見直しを行い次年度の研修計画に反映している。
- 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
- 2 - (4) - 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	受入れ体制のマニュアルが整備され、専門学校生や大学生などの受入れを積極的に行っている。また、地元の中学生を対象に学校と連携して交流体験学習を実施している。

- 3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
- 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。		
- 3 - (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。	b	緊急時の対応体制や事故対応マニュアル、感染症対策マニュアル等の体制が整備しているが、事故の未然防止のためのヒヤリ・ハットへの取組が十分に組織として機能をしていない。
- 3 - (1) - 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	b	年2回の避難訓練及び定期的な消防設備の点検、市と合同での防災訓練を実施している。また、施設の耐震診断の実施や毎年、備蓄庫の点検、補充をしているが、利用者の安全確保の取り組みとしては、まだ、十分ではない。
- 3 - (1) - 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	リスクの分析・評価をもとに各種対応マニュアルを作成し、職員への周知を図り全ての職員を対象に救命救急講習の実施や再講習も受けている。また、誤薬防止のために服薬動作のチェック表を使用しているが、ヒヤリハット等での要因分析や未然防止策が十分ではない。

- 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
- 4 - (1) - 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	利用者自治会で地域のふれあい広場やお祭り等参加できるよう案内したり、国道沿いの花植えには職員、利用者の参加や事業所主催のパークゴルフ大会を開催し、利用者地域の人々が交流できるよう取り組んでいる。
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域の社会福祉協議会への役員参加で、地域の人々から障がいに関する専門的な相談があった場合にその支援活動に対応するなど地域に還元している。
- 4 - (1) - 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	地域ボランティアの慰問や中学生のボランティア交流の受け入れなど基本姿勢を明文化し、体制を確立している。
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
- 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。	a	釧路市、社会福祉協議会などの関係機関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があり、職員間で活用している。
- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	釧路圏障害者自立支援協議会、知的障害者福祉協会等に定期的に参加すると共に行政主催のケース会議参加などで、事例検討に取り組んでいる。
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	a	釧路圏障害者自立支援協議会、知的障害者福祉協会等の関係機関との連携や行政との事例検討、家族懇談会の開催で地域のニーズの把握に努めている。
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	地域の福祉のニーズに基づき、毎年度の事業計画書が作成され具体的な事業や活動が実施されている。また、パンの宅配サービスや各種イベントの交流を行い地域活性化に寄与している。

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果	コメント
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
- 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	理念、基本方針、倫理綱領、行動規範等のマニュアルが整備され明文化している。また、人権に関する研修や身体拘束廃止・虐待防止の研修会を実施している。
- 1 - (1) - 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	職員の行動規範や倫理綱領等の規定やマニュアルに基づきプライバシーの保護の遵守について研修会を実施し、職員に周知している。また、人権擁護の誓いを周知し、誓約書に署名し、掲示板に掲示している。
- 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。		
- 1 - (2) - 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	自治会の定例会、家族懇談会等での意見や要望の把握、食事の嗜好調査を定期的に行い、改善課題を部門毎で話し合い利用者満足の向上に務めている。また、利用者・家族の個別の聞き取り調査を実施し、分析・検討を実施している。
- 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。		
- 1 - (3) - 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	外部の苦情解決の窓口の掲示やなんでも相談箱設置、複数の職員に相談できるなど判りやすく文書を作成し、見やすい場所に掲示している。
- 1 - (3) - 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	苦情の解決の体制は整備され、利用者に周知する取り組みが行われているが、苦情の案件がないために十分に機能しているとはいえない。
- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	c	自治会の定例会やホームルームで利用者からの苦情・意見を聞き、日常生活で対応可能なものはその場で対応しているが、対応マニュアルを整備していない。

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
- 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。		
- 2 - (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	サービス内容について年1回自己評価を行い、個別支援に関するモニタリングは半年毎に行っている。また、各部署の評価・見直しも半年毎に実施し、評価結果については、職員会議に報告され、改善策が話し合われている。
- 2 - (1) - 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	職員によるサービスの自己評価を実施しており、評価結果の分析や具体的な改善課題を文書化している。明確になった課題について、職員参画のもと改善計画が策定されているが、利用者の実態、施設の構造上の課題等で計画の実施が遅れている。
- 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。		
- 2 - (2) - 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	提供するサービスが「日課における職員行動基準」等で文書化され、利用者尊重やプライバシー保護についても明示している。また、職員会議・部門会議等で規定類・マニュアルの評価・見直しが行われている。
- 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	利用者自治会や家族懇談会、個別の話し合い等からの意見・要望、苦情を職員会議や部門毎の会議で話し合い、「日課における職員行動基準」で示す服薬や排泄支援等のマニュアル及び規定類の見直しの実施や職員意見からの提案を採り入れている。
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
- 2 - (3) - 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が実施され、その支援計画に基づいた記録がケース記録として記載されている。
- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	c	個人情報保護法に基づく記録の保管や施設外への持ち出し禁止等が実施されているが、記録の保管、保存、廃棄に関する規定が定められていない。
- 2 - (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	全体会議、職員会議、部門毎会議、寮会議、引継ぎの申し送り、施設内LANやOA化で他部門への伝達が必要な情報、利用者に係わる日々の変化等職員間で情報の共有が行われている。

- 3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
- 3 - (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	事業所のパンフレット作成で施設紹介を公表している。また、関係機関（市役所・養護学校等）や合同販売会に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。インターネット上のホームページは現在作成中である。
- 3 - (1) - 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	サービス開始にあたり、サービス内容や利用料金等が具体的に記載された重要事項説明書や利用契約書を利用者・家族に説明し、同意を得ている。
- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
- 3 - (2) - 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	利用者及び家族の意向に沿って法人内事業や他事業所の紹介を行っており、移行後も相談窓口を設置し、サービスの継続性に配慮している。

- 4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
- 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている。		
- 4 - (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	利用者の身体状況、生活状況等を把握して、統一した様式で定期的に見直しを行っている。また、状況に変化があった時には、その都度アセスメントの定期的な見直しを実施されている。
- 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。		
- 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策定している。	a	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よう関係者が策定会議に参加し、個別支援計画が作成されている。また、モニタリングを実施し、定期的に評価・見直しを実施している。
- 4 - (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	利用者の視点に立った見直しの時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等定めてモニタリングを実施している。

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) - 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コミュニケーション手段を確保するための支援や具体的な個別支援計画を策定し、実行している。
A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者自治会があり、利用者の主体的活動とその意向を尊重しながら支援している。また、日々の生活全般において、本人の生活ベースなどを熟知したうえ、主体的な活動ができるようにサポートをしている。
A - 1 - (1) - 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	寮生活や日常生活に関する見守りの姿勢を保ちながら、必要な時は、迅速に支援する方針を会議などで確認し、個別支援計画に反映している。
A - 1 - (1) - 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	外出支援を通じて買い物や交通機関利用の練習、外食マナーの練習等自立して過ごせるように学習・訓練プログラムを用意している。

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) - 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	個別支援計画に基づき食事の嗜好、栄養バランスやカロリーなど個々の状態に合わせたサービスが用意されている。また、毎月の給食会議で利用者の体調や身体状況により内容を検討する支援を行っている。
A - 2 - (1) - 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行い、毎月の給食会議で献立に反映している。また、調味料や季節感を味わえる食材、座席や利用者の特性に応じた食事の支援を工夫している。
A - 2 - (1) - 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	ゆとりある椅子やテーブルが配置され、昼食は余裕ある時間帯での食事の配慮をしている。また、給食会議で食堂の環境(遮光カーテン、自閉症利用者に合せた仕切り)整備に配慮している。
2 - (2) 入浴		
A - 2 - (2) - 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	個別支援計画に基づき障害程度、健康状態、必要な介助などの個人的事情に配慮して入浴支援を行っている。特に健康状態(痲痺など)は十分に配慮している。
A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	利用者の希望に合せながら入浴の支援をし、失禁や汗をかけた場合にはシャワー浴が可能である。しかしながら浴室が1カ所で、男女別に週3回と曜日を決めて支援しているのでは十分ではない。
A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c	既存の施設を再利用した浴室であり、脱衣所の設備や環境を改善しながら入浴を支援している。また、脱衣所には滑り止めマットを装着している。
2 - (3) 排泄		
A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a	利用者の健康状態や注意事項について個別サービス実施計画、個別チェックリスト、マニュアルなど活用している。また、利用者によっては、プライバシーに配慮しながら、清潔保持のため毎日清拭を行う支援をしている。
A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	c	換気や適切な防臭、感染症予防をかねて毎日の掃除と消毒と汚れに応じて清掃にあたっているが、既存の建物を再利用した施設で障害に適切した構造とはいえない。
2 - (4) 服装		
A - 2 - (4) - 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	利用者の好みや趣味を尊重して、服装の選択をしている。また、本人の選択を尊重しているが、必要に応じて相談に応じている。
A - 2 - (4) - 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	衣類の着替えを希望した場合や汚れに気づいた場合には、本人の意思を尊重して適切に対応している。
2 - (5) 理容・美容		
A - 2 - (5) - 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	理美容室は町内に4店あり、本人の希望する店舗へ送迎をしており、髪型や化粧の仕方は、本人の意志で決めていなければならない職員が相談にのるなど支援している。
A - 2 - (5) - 理・美容について配慮している。	a	本人の希望に応じた地域の理美容院が選択でき、各理美容院には職員が送迎や同行の支援をしている。

	第三者評価結果	コメント
2 - (6) 睡眠		
A - 2 - (6) - 安眠できるよう適切な配慮ができてい る。	a	利用者の希望に応じて遮光カーテンや私物寝具を使用するなど本人の生活リズムへの配慮など安眠が確保できるよう配慮し、夜間の個別支援は統一された様式で記録している。
2 - (7) 健康管理		
A - 2 - (7) - 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、利用者の健康管理票が整備されている。また、利用者に関する疾病に伴う日常生活上の留意点を栄養士や看護師による研修会を実施し、健康管理をしている。
A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	利用者の疾病状況や対応マニュアルは職員が共有しており、日常的に迅速かつ適切な医療が受けられるように協力医療機関や嘱託医を確保している。
A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に 行われている。	a	服薬時の薬の目的、性質、効能、注意事項等の職員への研修会を通じた周知や誤薬防止のマニュアルがあり、アセスメントを通して利用者毎の疾病を把握している。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。
2 - (8) 余暇・レクリエーション		
A - 2 - (8) - 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	利用者の希望や要望をもとに余暇支援計画を作成し、余暇活動やクラブ活動、レクリエーションを実施している。また、自治会主催の企画・立案行事を職員のサポートによる支援で実施している。
2 - (9) 外出、外泊		
A - 2 - (9) - 外出は利用者の希望に応じて行わ れている。	a	地域性もあり多くの回数にならないが、利用者の希望に応じて外出の支援をしている。また、一年おきに旅行の希望に応じており、利用者の社会参加を支援している。
A - 2 - (9) - 外泊は利用者の希望に応じ るよう配慮されている。	a	利用者及び家族の希望に応じて、旅行等の外泊の支援をしている。また、自治会と検討しながら外泊できる機会を増やせるように話し合っている。
2 - (10) 所持金・預かり金の管理等		
A - 2 - (10) - 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	預かり金管理規定に従って預かり金については、責任の所在を明確にし、利用者ごとに適切な管理体制を確立している。また、家族に四半期ごとに収納の記録を確認してもらい、透明性を保っている。
A - 2 - (10) - 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	各寮、施設内で新聞を提供しているが、好きな雑誌の定期購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って集団生活に支障のない限り利用できる。
A - 2 - (10) - 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	嗜好品については、飲みすぎ、吸いすぎが無いように本人と話し合い吸いすぎや健康に害のある場合を除いて、本人の希望や意思を尊重した取り組みをしている。また、喫煙や飲酒等自治会等と話し合っ てルールを決めている。