

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2010 年 3 月 8 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 旭川市緑ヶ丘東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 第08-006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00049
	(2)	渡邊 史朗	組織・福祉	第00056
	(3)	松井 美記	福祉	第00058
	(4)			
	(5)			
サービス種別	障害者支援施設			
事業所名称	社会福祉法人新生会 障害者支援施設風連別学園			
運営法人名称	社会福祉法人新生会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2009 年 10 月 16 日	~	2010 年 3 月 8 日	
利用者調査実施時期	2009 年 10 月 16 日	~	2009 年 11 月 12 日	
訪問調査日	2009 年 11 月 18 日			
評価合議日	2010 年 1 月 28 日			
評価結果報告日	2010 年 3 月 8 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<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

第三者評価機関名

タンジェント株式会社

事業者情報

名称：社会福祉法人新生会 障害者支援施設風連別学園	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 新谷 龍一郎	定員(利用人数)： 39名
所在地：〒078-4432 北海道苫前郡初山別村字明里165番地	TEL：0164-67-2377

事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

総評

特に評価の高い点

道の駅のレストランと売店の販売運営や授産施設を利用して、水産加工やアイスクリーム製造、地元の食材を積極的に使用して、地場産の貢献と地域活性化に大きく寄与している。

地域との協力体制と連携を重要視し、就業対策や職員の社会福祉協議会などの地域の行政、団体の役員など率先して関わるなど、地域と施設の結びつきが、施設全体で取り組まれている。

利用者のための苦情解決窓口の設置や何でも相談ポストの設置など、人格の尊重と権利擁護を推進し、利用者への豊かな人生支援を基本的な理念として、職員間で共有している。

改善を求められる点

行政による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課題発見とその対策を図るための、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。

福祉施設としての待遇面などで難しさがあるが、職員の職務遂行にあたっての能力、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る人事考課制度の導入について検討されることを期待する。

必要があればサービス内容を充実させるために、園長、管理職が職員と面談して相談やアドバイスを実施しているが、定期的に職員との個別面談の機会を設けるなどの仕組み作りに期待する。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価全体を通じて、細かい分析を基に、ご指導、ご指摘を頂き有難うございました。自分たちが歩んできた足跡を見直す良い機会となりました。ご指摘のあった点や評価の低い点につきましては、十分に検討を加え改善の方向で取り組んで参りたいと思います。

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 21 年 10 月 30 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人新生会		
事業所名 (施設名)	風連別学園	種別	障害者支援施設
所在地	〒 078 - 4432 苫前郡初山別村字明里165 - 7		
電話	0164 - 67 - 2377		
FAX	0164 - 67 - 2494		
E-mail	kawahata@north.hokkai.net		
URL			
施設長氏名	須貝 暁三		
調査対応ご担当者	川畑 豊 (所属、職名：支援課長 川畑 豊)		
利用定員	39名名	開設年	平成 7年 4月 1日
<p>理念：(利用者への深い愛情と理解をもち、そのあるがままを受容し、個々の人格を尊重する) 私たちは施設を利用される方のライフサイクルや価値観を尊重し、豊かな人生を自己実現できるように支援する事が、私たちの責務である。支援者として確固たる倫理観を持ち、その専門的役割を自覚し、自らの使命を果たさなければならない。基本方針：私たちは福祉に携わる物として、専門的な知識、技術と正しい価値観を持って社会福祉の向上と利用者の自己実現を支援していく。 私たちは職務の責任において、障害者の福祉を一般社会に啓発し、理解を深めてもらうように努める。私たちは利用者の権利や利益を守ると共に、保護者、家族の信頼を得、地域社会との連携をふかめていく。私たちは権利擁護を推進し、個人の尊厳を尊重し、利用者のQOLの向上を目指していく。</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)

【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
名	名	7名	2名	1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
1名	5名	7名	4名	4名	5名
					合計
					39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	2名	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）	名	名	名	名	名	名	名
合計	名	1名	2名	名	2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
15名	14名	10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	1名	3名	3名	3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
名	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	1名	名	27名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間: 10,9)

【職員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)

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	名	1名	1名	1名	10名
非常勤	名	名	名	名	3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	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	3名	名	名
非常勤	1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	4 名 (名)
保育士	6 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

(1) 建物面積	1.904.88 m ²	
(2) 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
(3) 建築年	平成	7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)に行き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 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

20 人

・ボランティアの業務

学園祭などの行事の手伝い。

【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 2人

その他 18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。

利用者からの相談については簡単なことは生活支援員が何時でも意見を聞けるようにしています。苦情については常設の窓口（連絡先）、担当者、第三者委員を設け利用者のニーズをくみ取る要にしている。ホールに何でも相談ボックスを設置し、意見や苦情を出しやすい工夫をしている。毎日、朝夕の引継を行い、利用者の状況把握や情緒の変化など職員間で情報を共有するようにしている。

【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)

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「運営の概要書」に明記されており、支援室や保護者室、玄関掲示板に掲示されており、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	「運営の概要書」の中で、理念、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「運営の概要書」や「事業運営の手引き書」などをもとに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	各寮や施設内の掲示板に、利用者・家族、来訪者等に分かりやすく掲示をしている。

- 2 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。	a	運営計画を達成するための幹部職員による運営会議による「中・長期計画」が策定され、自立支援法に関わる新体系移行の計画の実行を担いながら今後の体制の見直しも進めていくことになっている。
- 2 - (1) - 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」に基づき、策定されているが、具体的な行動計画を達成するための自立支援法が不透明なので、その動きの推移を見ながら見直しに着手している。
- 2 - (2) - 計画の策定が組織的に行われている。	a	課長以上の幹部職員をはじめ主任以上の拡大運営会議が設けられており、その中で職員や利用者の意見が反映されるよう組織をあげて取り組んでいる。
- 2 - (2) - 計画が職員や利用者に周知されている。	a	職員会議や寮会議、保護者会など各会議に施設の方針を説明し、周知をしている。

- 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	園務の分掌規定でそれぞれの職務権限が規定され責任と権限が明確化され職員に周知をしている。
- 3 - (1) - 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	管理者は自ら、遵守すべき法令（障害者自立支援法）やその他の規範について職員会議や研修会、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。
- 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り組みに指導力を発揮している。	a	職員アンケートを実施してサービスの質の向上に取り組んでいる。また、アンケートを通じて職員の研修受講内容の希望の把握で課題を明確にしてサービスの質を高めている。
- 3 - (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	部署別の到達目標の設定、社内LANなどのOA化で業務の効率化及び改善に向けて具体的な取り組みが行われている。

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、知的障害福祉協会、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り組みを行っている。	a	常に経営状況の把握分析が行われ、改善すべき課題について明確化する取り組みを行っている。
- 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	運営計画の中に教育訓練の計画がある。運営会議でサービスの質を確保するための必要な人材や人員を状況報告を受けながら話し合われている。
- 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	職員の仕事に対する意欲や能力開発に活用される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。
- 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。		
- 2 - (2) - 職員の仕事に対する意欲や能力開発に活用される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。	b	必要性に応じて課長、園長が面談し、相談やアドバイスをしているが、仕組みやそのマニュアルは構築されていないので、今後の検討課題である。
- 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、スポーツ事業の参加などで職員の趣味の拡大やリフレッシュに取り組んでいる。
- 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	「平成21年度施設運営計画書」に具体的な職員研修計画が確立し、明文化され、それに基づき実践されている。
- 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り組みが行われている。	b	個別のプログラムはないが、職員の段階に応じた教育、訓練計画がある。また、積極的な研修会の参加を促進している。
- 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。	b	教育・研修の有効性の評価は、研修参加後の報告書やレポート提出で都度実施されている。また、研修部門を設け、園内研修などの評価・見直しを行っている。
- 2 - (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
- 2 - (4) - 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。	a	実習生受け入れのカリキュラム、プログラム等が整備され、「運営の概要書」に実習生の受け入れ係を明記して積極的に受け入れている。
- 2 - (4) - 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	専門学校生、大学生などの受け入れを積極的に行い、学校側との実習内容の打合せや効果的なプログラムを用意し、福祉の担い手の育成について積極的に取り組んでいる。

- 3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
- 3 - (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。		
- 3 - (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	リスクマネジメントをはじめ、各種対応マニュアルが備えてあり、有事の時は非常時対策委員会、感染症対策委員会が設置され、緊急時の訓練や連絡体制を確立している。
- 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。	a	リスクマネジメントをはじめ、各種対応マニュアルを備えてあり、必要に応じて見直しもしている。

- 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) - 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	初山別村との連携で、「道の駅」におけるレストランや売店で地元の人達の雇用や地元食材の仕入れを通じて、日常的なコミュニケーションが行われ利用者と地域の人々との交流・連携が行われている。
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	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は事業所が対応すると共に行政との連携で事業所が有する機能を地域に還元している。
- 4 - (1) - 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。	a	地域ボランティアや高校生のボランティアの受け入れなど基本姿勢を明確にし、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	初山別村、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	福祉事務所、各相談支援センター、道立小平高等養護学校、障害者支援団体、初山別村など関連機関との連携が行われている。
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	a	福祉事務所、各相談支援センター、道立小平高等養護学校、障害者支援団体、初山別村など関連機関との連携で地域のニーズを把握している。
- 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、短期入所受け入れなど具体的な事業・活動が実施されている。また、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り組みを行っている。	a	利用者の満足度の向上を目指して、倫理綱領、行動規範、マニュアルが整備されており、園内研修や職員会議等で論議し、確認作業をしている。
- 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に基づきプライバシーの遵守、個人情報保護管理について研修が実施され、職員に周知されている。
- 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ている。	a	利用者・家族アンケートの実施や個別支援計画への反映、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実施については、共通の理解に立ち取り組んでいる。
- 1 - (2) - 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	利用者・家族アンケートの実施や利用者の自治会での提案がされており、具体的には、食事の嗜好の提案に応じて、新献立メニューの工夫をして改善を行っている。
- 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	苦情解決の窓口やなんでも相談箱設置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。	a	苦情解決の窓口、なんでも相談箱設置や事業所独自の第三者委員会が設置されており、苦情の解決の仕組みが機能している。
- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	苦情解決のマニュアルをもとに、利用者からの苦情・意見など具体的な改善に活かしている。

- 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り組み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	支援課長が中心となって、サービス内容について年1回自己評価を行い、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ている。	a	職員による評価を実施して、職員会議での評価結果の分析や具体的な改善課題を文書化し、職員間で共有している。
- 2 - (1) - 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	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。
- 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。		
- 2 - (2) - 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	利用者尊重やプライバシー保護の姿勢、日常生活への支援、健康への支援や緊急時の対応等がマニュアル化され、職員研修や個別指導によって周知徹底されている。
- 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	毎年、職員や利用者・家族からの意見を幹部会議でマニュアル及び記録の見直しが実施されている。また、サービス向上委員会で職員や利用者からの意見や提案を採り入れ見直しの実施が行われている。
- 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、個別の記録など一人ひとりの実施状況が適切に記録されている。同時に利用者又は、家族に承諾書を取っている。
- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	個人情報保護のマニュアルで利用者に関する記録の管理が規定され職員会議で周知されている。個人情報保護法に基づく記録の保管、開示請求などの規定が定められている。
- 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	職員会議、ケース会議、申し送りが行われ、個別支援計画の実施状況、他部門への伝達が必要な情報、利用者に係わる日々の情報等や意見交換をして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や法人のホームページで施設紹介を公表している。また、地域相談支援センターへの情報提供を積極的に行っている。
- 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	他事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した情報提供が行われている。

- 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6ヶ月ごとに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、そのつどアセスメントの定期的な見直しが実施されている。
- 4 - (1) - 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	利用者一人ひとりの課題について、個別支援計画に記載され目標達成に向けた具体的な取り組みが定期的に評価され、見直されている。
- 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個別支援計画が作成されている。
- 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	定期的にアセスメントが実施され、利用者の視点に立っての見直しの時期、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、組織的な仕組みを定めて評価・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	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	言語障がい、自閉症、ダウン症、認知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工夫がなされている。
A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	日々の生活全般において、本人の生活ペースなどを熟知したうえで、主体的な活動ができるように側面的な支援をしている。
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	利用者が社会生活の能力を維持したうえで、段階的な課題を設定した支援を自活の訓練活動の中で進めている。

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、障害別の代替食の提供もしている。
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	嗜好調査を行うなど美味しく楽しく食べられる献立に工夫が見られる。
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の配置の工夫があり、窓から見る海上風景などに配慮されており、楽しく食べられるきつしよく環境になっている。
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	入浴日は一応設定されているが、利用者のニーズに合わせて毎日でも入浴が出来、入浴介助も能力応じた段階介助をふまえて対応している。
A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	本人の希望があれば毎日の入浴が出来る体制を整えている。
A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	浴室や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	個別サービス実施計画、個別チェックリスト、マニュアルなどの活用で自然排泄できるよう考慮しながら支援している。
A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a	換気や適切な防臭、毎日の掃除と消毒と汚れに応じて清掃にあたっている。また、常にトイレの清潔が保たれるように工夫している。
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	利用者の好みを尊重して、服装の選択をしている。また、衣服の買物の際は、買物外出計画を組んで支援している。
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	髪型や化粧の仕方は、本人の意志で決めており、必要であれば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	本人の希望に応じ理美容院が選択でき、パーマや髪染め、好みの髪型など必要に応じて職員が同行し希望に沿えるよう支援している。

	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	本人の生活リズムへの配慮など安眠が確保できるよう体制を 図り、個別相談にも応じる配慮を行っている。
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年2回実施し、健康状態の把握を行うた め、朝晩の治療の際や入浴の時に外傷の有無を確認し、細心 の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	嘱託医や協力医院との連携を図りながら緊急時でも対応でき る体制を整えている。
A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に 行われている。	a	薬の管理体制を厳守し、投薬の際は、チェック表と薬の写真 を貼り付け誤と薬の無いように努めている。
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	毎月の余暇支援計画により、余暇活動やレクリエーションを 実施している。また、希望があればサークル活動に参加を促 進している。
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	野球観戦やコンサートなど個人的なニーズにも出来るだけ対 応に努めている。
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	利用者及び保護者の希望に応じて支援されている。また、利 用者を尊重して外泊計画を立てたうえ、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。
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	預かり金については、責任の所在を明確にして利用者ごとに 適切な管理体制が作られている。また、年に2回家族に出納の 記録を送付し、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	読書や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。