

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009 年 10 月 20 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（生活介護、就労継続B、施設入所）			
事業所名称	社会福祉法人新生会 障害者支援施設おにしか更生園			
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 8 月 20 日	~	2009 年 10 月 20 日	
利用者調査実施時期	2009 年 9 月 1 日	~	2009 年 9 月 30 日	
訪問調査日	2009 年 10 月 1 日			
評価合議日	2009 年 10 月 15 日			
評価結果報告日	2009 年 10 月 20 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 障害者支援施設おにしか更生園	種別：障害者支援施設（生活介護、就労継続B、施設入所）
代表者氏名：理事長 新谷 龍一郎	定員(利用人数)： 84名
所在地：〒078-3442 北海道留萌郡小平町字鬼鹿田代584番地の2	TEL：0164-57-1321

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

運営に関して日々の業務を通じてきめ細かな行政との連携や法人が運営する共同生活事業での地元の人達の雇用、利用者のコンビニエンスストアなどでの買い物の際の見守り等 利用者への支援が職員と同じ目線で地域を挙げて行われ、地域福祉のニーズの把握と共に地元の人達との連携・協力体制が整い、事業所の持つ機能が地域に還元されています。

共用の空間は、清掃が行き届き、清潔で快適である。また、利用者一人ひとりの思いや意向を大切に、手洗いや食事の際のこだわりについても把握した支援が実践されています。

情報の共有化で社内LANが構築され、管理者・職員間の情報の一元化が実践されてサービスの質の向上や働きやすい職場環境の整備が行われています。

改善を求められる点

個人情報の取り扱いや事業所の運営方針、研修会開催など、その目的や意義について職員間の理解、周知徹底が期待されます。

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します。

平成21年度施設運営計画書の中で中・長期計画が明文化され、部署ごとの読み合わせや内部研修会が行われ職員に対する周知が行われているが、利用者への周知方法が今後の課題として挙げられる。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

これまでも自主評価を定期的実施し課題の洗い出しと改善を図ってきたが、第三者の目にはどの様に映りどのような評価が下されるのか不安と興味が交錯した。

開園以来「興地域倶生」「一人一人と向き合って」日々の地道な取組みが評価され、携わる者にとって溜飲が下がると共に今後への大きな励みとなった。しかし、「普通の生活」「当たり前」の提供を旨とする者、倫理綱領・マニュアル等の更なる浸透を図るため、チャート化など視認性を高める取り組みを行い、共通認識を深めながら中長期的な展望に立った事業経営を進めていきたい。

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 9 月 7 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 新生会		
事業所名 (施設名)	障害者支援施設おにしか更生園	種別	障害者支援施設 (生活介護、就労継続B、施設入所)
所在地	〒 078 - 3442 北海道留萌郡小平町字鬼鹿田代584番地の2		
電話	0164-57-1321		
FAX	0164-57-1343		
E-mail	oni-05@bz01.plala.or.jp		
URL			
施設長氏名	濱野 修二		
調査対応ご担当者	濱野 修二 (所属、職名：施設長)		
利用定員	84名	開設年	昭和 59年 5月 1日
理念・基本方針： <ol style="list-style-type: none"> 1. ひとりひとりの生命と心の重さをしっかりと受けとめます。 2. ひとりひとりに応じた、暮らし方を探し求め創りだします。 3. 人の生き方、社会のあり方を問い続ける福祉活動を実践し、障害を持っている人々を含めみんなが住みよい地域作りを進めます。 			
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) 本来事業：障害者支援施設(生活介護71名、就労継続B型13名、施設入所支援75名) 併設事業：短期入所(空床2名)、日中一時支援(空床2名)
--

【利用者の状況に関する事項】（平成 21 年 8 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	0名	8名	12名	11名	7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
8名	5名	7名	3名	3名	10名
					合計
					74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	1名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	2名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	2名	名	名	名	名
肢体不自由	1名	2名	1名	名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	1名	2名	5名	1名	1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
60名	8名	6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	0名	1名	2名	1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
3名	3名	5名	4名	1名	0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
3名	1名	0名	2名	3名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	18名	0名	25名		

(平均利用期間: 16年 4ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成 21 年 8 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	3名	1名	30名
非常勤	名	名	名	0.4名	1.4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	4名	名	名
非常勤	名	2.25名	0.8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	1名 (名)
介護福祉士	8名 (2名)
保育士	9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	2737.515㎡	
(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	昭和	58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 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

40 人

・ボランティアの業務

施設利用者に対する食事・歯磨き・日中活動(散歩等)等の日常生活動作援助
施設行事での運営協力
施設周辺の環境整備

【実習生の受け入れ】

・平成 20 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 16 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。

日常業務における利用者との関わりや会話の中から聴取や斟酌
食事サービス提供における検討委員会への会議参加
「なんでも相談箱」の設置(苦情受付)
利用者本人によるサービス評価

等

【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	平成21年度施設運営計画書が作られて職員に配布され、理念・方針が明文化されている。
- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	平成21年度施設運営計画書の中で、理念、基本方針が明文化されている。また、年間行動計画で重点目標の管理が行われている。
- 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	理念、基本方針が平成21年度施設運営計画書の中で明文化され、部署ごとの読み合わせや内部研修会、社内LANで周知が行われている。
- 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	理念、基本方針は、利用者・家族、来訪者等に分かりやすく掲示している。また、利用者アンケートの実施などで周知する取り組みが行われている。

- 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	平成21年度施設運営計画書を達成するための具体的な中・長期の各部署の行動計画が明確にされている。
- 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	平成21年度施設運営計画書に基づき、中・長期の施設運営計画が策定され、具体的な行動計画を達成するための目標が立てられ評価されている。
- 2 - (2) 計画が適切に策定されている。		
- 2 - (2) - 計画の策定が組織的に行われている。	a	中・長期的な計画の策定が検討・実施され、同一地域内の系列事業所を含めた計画が策定されている。
- 2 - (2) - 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	平成21年度施設運営計画書の中で明文化され、部署ごとの読み合わせや内部研修会が行われ職員に対する周知が行われているが、利用者への周知が今後の課題として挙げられる。

- 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	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	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。	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ている。また、職員アンケートによって具体的なニーズが把握されている。
- 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します。
- 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。	a	毎月係長以上の参加で運営会議を開催して、職員の就業状況、意向を把握する機会を設けている。
- 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ている。また、職員アンケートによって具体的なニーズが把握されている。
- 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。	a	職員の段階に応じた教育・訓練計画がある。また、研修後は報告書で評価している。
- 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	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、各委員会でも適時必要に応じて計画を策定している。
- 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、実習における責任体制を明文化している。
- 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、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	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整備している。
- 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。	b	ヒヤリ・ハット、事故事例のデータの収集及び分析が行われ原因究明が行われているが、リスク評価及び真の原因分析について再検討する余地がある。

- 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	法人が運営する共同生活事業での地元の人達の雇用の雇用などで利用者への支援が職員と同じ目線で地域を挙げて行われ、地域福祉のニーズの把握と共に地元の人達との連携・協力体制が整っている。
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	相談支援事業の実施や地域住民に施設を開放するなど事業所が有する機能の地域への還元が行われている。
- 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	小平町、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。
- 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、養護学校、障害者支援団体、小平町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、養護学校、障害者支援団体、小平町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。

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・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取り組んでいる。
- 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	利用者満足の向上を目指して、利用者・職員アンケートを実施してデータの収集・分析を行い、改善課題を明確にしている。
- 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・職員アンケートを実施して、データの収集・分析を行い、改善課題を明確にしている。
- 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。	b	利用者が相談したり意見を述べたい時に相談場所、相談方法、相談相手を選択できるよう取り組んでいるが、職員に盲く表現できない利用者に対する取り組み方法の検討を期待します。
- 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	機関誌の発行や事業所独自の第三者委員の相談日を設けて、苦情や意見を言い表せる機会を設けている。
- 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	苦情解決委員会、第三者委員の訪問日を設けて利用者からの意見等に対して迅速に対応している。また、それらの意見や苦情を運営に反映している。

- 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	自己評価及びサービス評価の実施、利用者アンケートの実施で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。
- 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	サービスの内容について、職員による評価を実施して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。
- 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	重要事項説明書や個々のサービスについての標準的な実施方法及び個別支援実施書が文書化され、サービスが提供されている。
- 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	個別支援計画が立てられ個別支援の実施が記録されている。また、個別支援の実施が定期的に評価されて次回の個別支援に反映されている。
- 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。
- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	文書管理、責任と権限が規定され、適切な管理が行われている。
- 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、自由に見学できるように取り組んでいる。
- 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、統一した様式でアセスメントを行っている。また、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、実施状況の評価・見直しがされている。また、状態変化に応じて現状に即した見直しが実施されている。

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	個別支援計画で言語障がい、自閉症、ダウン症等のある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	本人の希望や思いなど日々の状態に合わせて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	寮や日常生活に関する見守りなど支援し、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	買い物や散歩など利用者が自力で行う日常生活上の行為は、見守りの姿勢を保つなど支援の方針を研修や会議で確認している。

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。
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	給食会議を通じて、個々の嗜好を調査し、嗜好に合わせた献立に反映している。
A - 2 - (1) - 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	本人のペースに合わせた喫食が出来るように状況に合わせて時間を調整している。
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	安全面やプライバシーに配慮しながら、入浴時間や支援内容など個別支援計画やケース記録に配慮している。
A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	本人の希望に沿って入浴を支援している。また、個別支援計画に反映している。
A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	浴室や脱衣場の設備や環境を改善しながら配慮している。
2 - (3) 排泄		
A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a	障害の状態に応じて職員の介助のもとで適切に支援されている。また、個別支援計画に反映されている。
A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a	1日2回掃除・消毒を行い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	本人の好みを尊重して、服装の選択について支援している。
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	身だしなみに留意し、清潔を保つように支援している。
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	可能な限り本人の意思を尊重し、希望に応じて地元の店を利用している。
A - 2 - (5) - 理・美容について配慮している。	a	本人の希望する地域の理美容院の利用など送迎や同行を支援している。また、地元の美容院が閉店しているので、理髪店の女性に依頼して整髪している。

	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に個別 相談に応じ配慮を行っている。
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実施し、健康状態の把握を行い健康管理 を行っている。
A - 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受 けられる。	a	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられようマニュアル の整備や協力医院との連携を密にしている。
A - 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に 行われている。	a	利用者及び職員は、薬の目的、性質、効果、副作用、注意事 項等について適切な情報を得て、誤配や誤薬が無いように防 止に努めている。
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	個別支援計画に基づき、年間計画を立て余暇活動やレクリ エーションを実施している。また、活動内容の報告書を提出 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	余暇計画に基づき、サービスが実施されている。また、地域 のボランティアの協力を得ている。
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	本人及び保護者の希望に応じて支援されている。
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、その取り扱いを定め、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作られている。
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 煙室が設けられている。