

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009 年 7 月 31 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)	高橋 和夫	福祉	第00041
	(4)			
	(5)			
サービス種別	知的障害者入所更生施設			
事業所名称	社会福祉法人新生会 第二希望学園			
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 4 月 1 日	~	2009 年 7 月 31 日	
利用者調査実施時期	2009 年 6 月 1 日	~	2009 年 7 月 10 日	
訪問調査日	2009 年 7 月 16 日			
評価合議日	2009 年 7 月 31 日			
評価結果報告日	2009 年 7 月 31 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 第二希望学園	種別：知的障害者入所更生施設
代表者氏名：理事長 新谷 龍一郎	定員(利用人数)： 35名
所在地：〒071-8144 旭川市春光台4条10丁目	TEL:0166-51-0900

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

利用者の施設利用の年齢制限を設けずに将来的な不安への対応や生活への支援が行われ、自立した日常生活に向けた取り組みが実践されています。

利用者の思いや希望に応じて、散歩や近くのコンビニエンスストアでの雑誌購入等の買い物、ドライブや理美容院の利用、地域の行事参加など重度の利用者にも社会参加を積極的に支援し、主体的な活動を尊重している。

築年数が古い食堂、トイレ、浴室、共用の空間など清潔感が漂い整理整頓が行きとどいています。改築改装をして築40年で現在に至るが、それを上回る管理者、職員の皆さんの利用者への支援の熱意が伝わる取り組みが感じられました。

改善を求められる点

ホームページやわかりやすいパンフレットの作成、学園祭や施設の機能を地域に開放するなど取り組まれているが、一人ひとりの嗜好を把握した食事への取り組みや個別支援計画での生活の支援など良い面の取り組みについて積極的に外部に向けてアピールする工夫を期待します。

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。

経営上の改善課題の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専門家による指摘事項、アドバイス等は重要です。外部による監査を実施して、その結果を経営改善に活用する等検討されることを期待します。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

正直、「何を見られるのだろう？」との大きな不安とわずかな期待のもと、この第三者評価を受けました。その中で、比較的障がいの重たい人が多い中、上手く表出できないニーズの掘り起こしをして、社会参加へつなげているところを高く評価していただきありがとうございました。若い職員集団に大きな自信となったと思います。これに甘んじることなく、さらなる底上げとご指摘の改善点の是正に向けて取り組んでいきたいと思っています。

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 4 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人新生会		
事業所名 (施設名)	第二希望学園	種別	知的障害者入所更生施設
所在地	〒 071-8144 旭川市春光台4条10丁目		
電 話	0166-51-0900		
F A X	0166-51-7016		
E-mail	kibou@potato.hokkai.net		
U R L			
施設長氏名	山内 達博		
調査対応ご担当者	(所属、職名：)		
利用定員	35 名	開設年	昭和 62 年 7 月 1 日
<p>理念・基本方針：本園は、道北地方における社会的・家族的な事情に鑑み、道北における知的障がい児者福祉の黎明期に誕生した。いかなる原因で心身に障がいを受けても、また、その障がいや能力の程度が軽度であろうと重度であろうと、人間としての価値は変わるものではない。本園は、こうした心身障がい児者が、その能力に応じ、かつ個々の特性を活かし、明るく・楽しく・希望にあふれ、人間として生きる喜びを享受できるような学園でありたい。よって、本園の目的は、下記のとおりとする。『日々の生活諸活動を通して、それぞれの自立に必要な事柄を習得し、ごく普通の生活を営むことができることをめざし、全人格的な発達を促進する。』</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)

【利用者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）

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	名	名	名	2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
20名	13名	名	名	名	名
					合計
					35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	1名	名	名	名	名
肢体不自由	名	4名	2名	名	1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	5名	3名	名	1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
30名	5名	0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	1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
1名	名	名	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	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	1名	名	29名		

(平均利用期間： 19)

【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	23名	1名	1名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT、ST
常勤	名	19名	名	1名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	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	名	名	2名	名

職員の資格の保有状況

社会福祉士	3名 (名)
介護福祉士	10名 (名)
保育士	12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	581.83	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	昭和 45 年	児童施設の定員の一部を成人施設に変更
(4) 改築年	平成 19 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 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

170 人

・ボランティアの業務

天理教婦人部ボランティア：縫製作業	6 回 × 15 名	90 名
専門学校生ボランティア：学園祭業務補助	1 回	50 名
施設拠点機能支援事業：映画・研修会運営		30 名

【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 _____ 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。

年度末に苦情解決委員会の第三者委員を招聘し、利用者から直に1対1で話をすることができる場を設けている。苦情解決のシステムを細分化して、現場サイドで細かい苦情（暮らしずらさ）を拾い上げ、不満等が大きくならないうちに処理している。日常提供している支援を検証するために、サービス向上委員会を設置して、利用者から具体的な事例に対しての評価をもらい、支援内容の検証改善を行っている。

【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	年度毎に運営計画書が作られ理念、方針が明文化されている。また、職員に配布され部署ごとに読み合わせなど行われ職員間で共有されている。
- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	運営計画書の中で、理念、基本方針が明文化され、基本方針達成の為に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	運営計画書の中で理念、基本方針が明文化され、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へ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	利用者・家族、来訪者等に分かりやすく理念や基本方針は、ホームページやパンフレットに掲載している。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	運営計画を達成するための具体的な中・長期の運営計画、各部門の実行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	運営計画書に基づき、中・長期の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。	b	障がい者自立支援法対策室を設けて中・長期的な計画の策定が検討・実施されているが、法の改正など難しい面もあるが今後に向けて中・長期の計画の妥当性や有効性についてさらに見直しの機会の創出に期待します。
- 2 - (2) - 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	中・長期計画を踏まえた計画が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への取り組みが行われている。

- 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職員に周知されている。
- 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障がい者自立支援法対策室を設けて、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	サービス向上委員会を設置し、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ます。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	障がい者自立支援法対策室の設置やサービス向上委員会、部署別到達目標の設定などで業務の効率化及び改善に向けた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	知的障害福祉協会や地域の団体等の研修参加などで社会福祉の動向の把握、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	経営上の改善課題の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専門家による指摘事項、アドバイス等は重要です。外部による監査を実施して、その結果を経営改善に活用する等検討されることを期待します。

- 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	必要な人材に関する具体的なプランを年度運営計画書に確立している。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	職員の就業状況や意向を年3回自己評価を元に職員との個別面接の機会を設けて、相談しやすいように工夫している。
- 2 - (2) - 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	北海道民間社会福祉事業職員共済会への加入で職員の趣味の拡大やリフレッシュに取り組んでいるが、休憩時など時には利用者から離れて気分転換などできるような取り組みに期待します。
- 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	年度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	個別の職員毎の力量が把握され、それぞれの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	個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。また、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。
- 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	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、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	実習内容の打合せや効果的なプログラムを用意し、教育大学、短大、専門学校生など積極的に受け入れ実習生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	利用者の安全確保のためリスクマネジメントの研修や緊急時マニュアル、感染症対策マニュアル等を作成し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。	a	利用者の安全確保のためにリスクを把握し、所在不明時の対応マニュアルやてんかん発作マニュアル、リスクマネジメントの研修会開催、事故事例のデータの収集及び分析が行われ対策が行われている。

- 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	利用者と地域とのかかわりを大切にし、地域のお祭りなどのイベント参加や学園祭開催、買い物や地域の理美容院の利用を通じて地域とかがわりが出来るように取り組んでいる。
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域住民に施設を開放したり、備品の貸出し、実習生やボランティアの受け入れ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、専門学校生のボランティアの受け入れ、町内会や地区社協との協働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	福祉協会、社会福祉協議会などの関係機関との連携が行われ必要な社会資源を明確にしている。
- 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、児童相談所、各相談支援センター、地域自立支援協議会、障害者支援団体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	地域の具体的なニーズを把握するために「障がいをかかえる母子のトレーニング」を実施して、進路相談や栄養相談など具体的に地域の福祉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「障がいをかかえる母子のトレーニング」や自立支援協議会を通じて具体的な事業・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	利用者を尊重したサービス提供について利用者アンケートの実施やサービス向上委員会、職員の行動規範や倫理綱領の研修を通じて取り組んでいる。
- 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	利用者のプライバシー保護に関して、サービス向上委員会での取り組みや職員の行動規範、倫理綱領に基づき研修が実施され、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・分析して、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	利用者満足の向上に向け利用者・職員アンケートを実施して、データの収集・分析して、改善課題を明確にしている。また、サービス向上委員会で具体的な改善への取り組みを行っている。
- 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。	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	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	利用者からの意見等に対して苦情解決委員会、サービス向上委員会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	サービス内容について定期的にサービス向上委員会の開催、利用者アンケートの実施で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、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	個々のサービスについて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	アセスメントに基づき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P-D-C-Aサイクルが機能している。
- 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	責任と権限が規定され、利用者に関する記録の管理体制が確立している。
- 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	利用者の状況等に関する情報を定期的に部門間の会議、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	パンフレットや法人のホームページを作成し、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	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	定められた手順に従って利用者の身体状況、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を実施されている。
- 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、見直しされている。
- 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適切に作成されている。
- 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。

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	コミュニケーション手段を確保するため言語障がい、情緒障がい、自閉症、行動障がい、ダウン症等のある利用者へ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	利用者の主体的な活動を尊重し、思いや体調、精神状態など日々の状態に合わせて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	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ためアセスメントシートで日常生活に関する領域を支援し、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	利用者のエンパワメントの理念にもとづき調理や洗たく、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	美味しく、楽しく食べられるように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。また、その日の好みに合わせたセレクトメニューも用意されている。
A - 2 - (1) - 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	本人の希望や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	入浴は、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人的事情に配慮している。
A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴は、本人の希望に沿って支援している。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	施設は古いですが、清掃が行き届いて浴室・脱衣場等の環境は適切である。
2 - (3) 排泄		
A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a	利用者の半数近くが介助が必要であり職員の見守り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	定期的に掃除を行い汚れに応じて生活担当職員が清掃にあたりトイレは清潔で快適である。
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	利用者の個性や好みを尊重し、買い物で服装の選択について支援している。また、自立できる利用者には随時外出できるように支援している。
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	衣類の着替え時の支援や汚れについてアセスメントシートで「必要な支援、本人の希望」欄で適切に行っている。
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	利用者の個性や好みを尊重し、美容雑誌や職員のアドバイスで支援している。
A - 2 - (5) - 理容・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。

	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	安眠できるよう本人の生活リズムへの配慮など個別相談に応 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	定期的な健康診断の実施や日常の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	内服薬・外用薬等について利用者及び職員は、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	余暇・レクリエーションは、個別支援計画に基づき実施して 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	外出は、利用者からの希望に応じて、コンビニエンスストア や買い物、ドライブや地域の行事参加など積極的に外出を支 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	外泊は、本人の意思表示は少ないが、外泊の希望に応じるよ う配慮されている。
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	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。