

<特に評価の高い点>

1. 職員ガイドブックの作成と活用

「職員ガイドブック」は法人理念、基本方針、職員心得、権利擁護、リスクマネジメント、苦情・要望への対応、サービス評価基準、虐待・ハラスメントの禁止等活動の基本姿勢と理解・習得すべき事項を明記しています。本書は職員会議等で活用すると共に目指すべき施設と利用者のあり方を、職員が主体的に実践できるテキストとして携帯して資質を高めています。

2. 利用者の尊重と満足度を高める実践

利用者支援の姿勢は利用者自治会開催、なんでも相談やユニット連絡協議会開催、意見箱の設置、重要事項説明書等の必要な情報にルビをつけるなど、利用者尊重、満足度の向上を目指しています。職員の意識の高さがうかがえます。

3. 支援活動の多様さを促す実践

支援ははつり、パークゴルフ、アウトドアクラブ、各種スポーツ大会参加、人権擁護セミナー等集会への参加、地域文化発表会や行事への参加・出展へ機会など利用者の希望を優先した機会の創出に努めています。ノーマライゼーション構築への具体的で意欲的な実践を進めています。

4. 施設環境のよさ

平成 8 年の移改築は立地の自然条件に恵まれ、ワンフロアー、バリアフリー、採光等居住条件を具備して、利用者本位のサービスに合わせた整備をしています。

<改善を求められる点>

1. サービスの標準的実施方法のさらなる検討

利用者尊重のサービス提供・プライバシーの保護は理念・基本方針に明記、個別支援計画による支援と見直し、豊かな経験と実践に取り組み、施設の一定の水準を保つための標準的実施方法の策定に努めています。

園では法人本部と共に利用者の安心・安全・プライバシー保護など権利擁護の立場で、食事、入浴、排泄等生活の細部にわたる生活支援の方法の明文化につき、さらなるサービス水準の向上を目指した協議を進めています。成果に期待いたします。

2. ケース会議の日時の記録保存に留意を

随時もたれるケース会議の日時、議題、参加者等の記録も初歩的な重要事項記録としての留意を望みます。

3. 保護者会の呼称の検討を

障害を越えて成人した利用者の立場に立ち、呼称のあり方を当事者間で協議されることを望みます。

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

社会福祉法人 後志報恩会 銀山学園

## 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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	施設は障がいのある利用者対象に、ひとり一人が安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造を理念とし、ノーマライゼーション社会の実現を目指すとしている。職員が共有する「職員ガイドブック」等に明記している。
I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	サービス運営の基本方針を利用者支援の基本的視点、職員の取るべき支援姿勢、地域社会資源の活用と連携の3方針を「職員ガイドブック」に明記して理念の具体化を図っている。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	全ての職員が理念・基本方針を明記した業務執行の基本的な知識・技術・経験の成果をまとめた「職員ガイドブック」を携帯、日常的な業務執行や打ち合わせ・研修の機会に活用して資質やサービスの向上に活かしている。
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	サービス理念・基本方針を明記した利用者・家族向けのパンフレット、法人たより等は手に取れる場に配布し、利用者の生活指導場面に活かしている。なお、法人全体ではよりやさしい言葉や文章に表現できるように職員に募って検討しており、さらなる成果に期待したい。

### I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (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) -① 中・長期計画が策定されている。	a	学園は1970年創設以来計画的に事業の展開を図り拡張してきたが、1996年移転改築により新たな施設設備の整備と利用者支援の計画を立て、さらに、2005年障害者自立支援法に基づく対象利用者の生活支援・就労支援等を計画化してきた。何れも年次事業計画に反映している。
I-2-1 (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	2006年以降も障害者自立支援法の下に、生活・就労支援計画等長期的な整備と支援運営計画を各年次の計画に具体化して運営にあっている。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	a	中長期計画とその具体化は法人・各施設の組織の業務分掌に応じて組織的適程を経て策定している。
I-2-1 (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員への周知は組織の政策段階で決定し、執行分野段階での周知を図っている。各事務分掌の役割りや責任に応じて理解を図り、利用者の利益に寄与するよう周知の機会をもっている。従来、多くの計画が利用者・家族の要望を受けて計画され、その反映として施設・設備の整備や地域移行支援など生活適応の拡張策として周知している。

### 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 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (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	事務分掌規定は管理者の役割と責任を明確にし、学園運営の組織的な役割り分担の下に、統括すべき職員会議等で指導と判断を下し、全業務の執行状況を点検・評価し、その方向性を示して統括責任を担っている。
I-3-1 (1) -② 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	障がい者福祉に関連する法令のほか労務・衛生・保健等幅広い法令遵守が求められることから、管理者の下に組織的な分掌をはかり業務の適正な執行に努めている。
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (2) -① 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	社会の多様な質的変化や人権認識の向上などの必然的要請に応じて、従来業務を見直し、実施・評価・分析過程の検討、職員の意向の吸収・確かめが求められている。「コミュニケーション面談」方式を導入して職場の人的相互環境の改善や業務意欲を喚起、業務上の相談に活かすなど指導的役割りを果たしている。
I-3-1 (2) -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	多様化する福祉サービスニーズに応えるには職員の人材の確保・養成が不可欠であり、併せて人事・労務管理の適正化、一方財政的な合理化・効率化が求められている。与えられた諸条件に業務委託、ボランティアの導入、人的環境の改善など工夫を重ねて改善に努めている。

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 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-1 (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	福祉事業の全体の動向、特に、開設以来、銀山地域の社会的・経済的な動きに寄与しようとの積極的な意図から、関連とその実情の把握に努め、地域ニーズに基づく諸事業の展開に役立っている。
Ⅱ-1-1 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	経営状況を踏まえつつ中長期的な展望の下に毎年基盤整備事業を実施している。経営状況や課題については専門の会計事務所と契約し分析・診断・監査を受け、これらを基に職員会議で協議検討し、解決課題を職員に周知し解決を図っている。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	a	会計（公認）事務所と契約を交わし、経理事務の点検や財務分析、監査まで幅広く指導を受けている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1 (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	施設は必要な人材、人員体制、有資格者の配置が計画され、法人の採用計画として求人、採用が行われている。人材難といわれる一方で、当面の職員の人材の確保が優先され、計画的な確保には至っていない。
Ⅱ-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	年2回定期的に自己評価表に記載、管理職が年1回「コミュニケーション面談」を実施。面談後は双方がその意向、感想、意見をフォロー表に記載。卒業毎に集約、施策、課題解決策、研修等人事施策に活用している。「昇格ガイドライン」、一般職の行動規範を示す「一般職ガイドライン」がある。40年の歩みで生れた個人意思を尊重の仕組みで今後の成熟化に期待したい。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (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。	a	職員の就業状況のデータ収集、分析は総務が担当。職員の意向把握は、「コミュニティ面談」で把握し、全体集約を行ない、施設で対応すべき事と法人として全体的に決定すべき事項とを施設長会議で最終決定をしている。
Ⅱ-2-1 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福祉医療機構、北海道社会福祉事業民間共済会、福利厚生センターに加入し総合的な福利厚生を目指している。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-1 (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	法人の基本事業計画、運営方針、運営計画に研修機会の充実、研修会への参加促進をうたっている。また、職員のガイドラインにも、専門的役割と使命を自覚し、絶えず自己研鑽に努めることが求められている。
Ⅱ-2-1 (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り組みが行われている。	a	年度当初に個人毎に計画を組み実施。法人研修は新任、役割別、年代別、階層別研修など計画的に対応し職員を研修派遣。また、自閉症、介護技術等職員の自主研修を4回開催、100名余の職員が参加。ほか、札幌で開催される自閉症研究会に定期的に参加している。
Ⅱ-2-1 (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	研修出席者は復命書で報告するほか、職員会議、支援会議で報告している。資料等は関係職員に複写配布するほか、研修委員会では研修計画の企画立案に役立っている。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (4) -① 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	実習生受け入れの担当者、責任者を決めており、派遣校からの申込みに基づき当方の受け入れ態勢、相手方の希望と連絡・調整を図りながら実習マニュアルに沿って実習を行っている。
Ⅱ-2-1 (4) -② 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	派遣校とは密接な連携をとり実習プログラムに沿った実習を行い、介護福祉士、社会福祉士等を目指す受け入れ実習生は年間20名に及んでいる。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-1 (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。		
Ⅱ-3-1 (1) -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委員会」を法人及び当学園に設置し緊急時対策、安全対策に努めている。AEDを施設に設置して、救急救命研修も殆どの職員が終了している。また、感染症の対応方法の配布、緊急時の連絡体制も確立している。
Ⅱ-3-1 (1) -② 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委員会」において、ひやりハット、事故報告を集計し、事故の原因、背景、傾向、対応策等を分析、検討し再発防止に努めている。年2回の避難訓練の実施、職員1人が消防団員として参加、訓練を受けている。

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	地元の各種行事、まつりには職員と利用者が協力して樽を組み、テント張りなど手伝っている。利用者の職員宅、地域宅への訪問は、毎回120名以上、年間5回に及び個々の家庭を訪問・交流し、地域の人々が障害者を地域で生活する一人の人間として受け入れている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	学園祭には地元の人々が多数参加し、出店は全て地元の人やボランティアによって行われている。給食は業者委託だが、材料は取引量も多くを地元の素材を仕入れ支給し、地元との関係を大事にしている。また、人手のいる田植えなどの農繁期には利用者の労働力が欠かせぬ存在となっている。
II-4-(1)-③ 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	施設の行事運営、施設周辺の草刈り、楽器演奏雑巾、マットづくりなどに年間200人近いボランティアを受け入れている。地域交流施設を地域の人々に広く開放し地域と一体となった活用をしている。ボランティアの受け入れ姿勢を広く地域の人々に広め、更なる活動の発展を期待したい。
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	町役場、保健所、警察、職業安定所などの行政機関、救急病院などの医療機関、利用者の利用する理美容院など町ぐるみの必要な社会資源を把握して密度の高い社会資源活用を図っている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	事業運営に当っては「銀山コミュニティ推進協議会」が町内住民の自主的な地域関係団体・機関を包括して、行事・福祉等の部会を設け、季節や催事に合わせた連携を図り、地域ぐるみの利用者の交流の場を作ると共に支援関係を高めた運営をしている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	平成4年に町内会、文化団体、保育所、小中学校、趣味の会、福祉関係者約100名で構成する「銀山コミュニティ推進協議会」を設立。地域福祉部、文化イベント部等3部会を設け、それぞれ地域に密着した活動を展開している。当学園はその事務局を担っている。
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	「銀山コミュニティ推進協議会」などを通じて地域福祉ニーズ、意見要望等を把握しデイサービス、ショートステイ、交流ホームなど活発な地域福祉事業を推進している。

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り組みを行っている。	a	利用者の尊重は、法人の最重要課題としてガイドブックに明示し、利用者の権利擁護や虐待体罰の禁止、職員の心得等について職員会議等で研修し、職員間で共有化が図られ、サービス計画全般について反映している。
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。	a	利用者のプライバシーの保護については、法人のガイドブックに明示され、職員会議等で職員間で共有している。個室化の推進、入浴や排泄における同性介助などプライバシーの保護に努めている。さらなる促進を期待したい。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	利用者の自治会、ユニット協議会、なんでも相談、ご意見箱の設置等での利用者の意見聴取、家庭訪問や保護者との交流会等利用者や家族の意向を聴き取る体制が確立している。
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	利用者の意向や保護者会の意向を担当職員が集約し、ユニット会議やサポート会議等での意向の見直しや改善策を検討する仕組みを整えている。利用者の聴き取りを通して満足度を把握している。
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。	a	利用者・保護者からの相談は施設長はじめ担当・全職員が受ける体制を整えている。なんでも相談、ユニット連絡協議会、家庭訪問など、意見を述べやすい環境は整っている。
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	「苦情は積極的に活用」という法人の方針を受けて、苦情解決規程を作成し、苦情受付担当者及び苦情解決責任者、第三者委員を設置している。また、施設内に掲示（振り仮名付き）し、利用者、保護者に周知している。今後第三者委員による直接聴取も計画している。
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。	b	利用者、保護者からの苦情等については担当部署で協議し、サポート会議に諮り、職員間で共有を図っている。対応策は可能な限り即日回答するように努めている。今後、手順、対応方法、フィードバックなど定めた対応マニュアルの整備が望まれる。

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り組み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。	b	○個別支援計画や日常支援活動・行事等事業に関わる評価、結果の分析、改善策等はケース・サポート会議等で組織的に評価や検討をし共有化を図っている。本自己評価や第三者評価の取り組みは今回が初めてであり、今後の取組みに期待したい。
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ている。	b	法人の「職員ガイドブック」はサービス共通評価基準について定め、組織体制として、法人本部に担当部署がある。しかし、自己評価、第三者評価は今回が初めてである。この第三者評価受審を機会に、定期的に組織的な評価・見直しの実施体制が確立するよう期待したい。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	事業の施設整備・職員配置・財務執行・サービス等の計画に基づき委託監査機関の指導を得るなど、執行上の改善策を計画化しつつある。なお、今後の組織的対応に期待したい。
Ⅲ-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。		
Ⅲ-2-(2)-① 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	個々のサービスは利用者尊重、プライバシーに配慮すると共に、食事・入浴・排泄等個々の標準的な支援の実施方法を具体的に文書化し、職員間共有の下でサービスを実施している。
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	利用者個々の標準的サービスマニュアルについては、定例の各ユニット会議やサポート会議で随時討議し、必要に応じてその都度見直し、職員会議で共有化を図っている。見直しに当たっては利用者や保護者の意向を反映する仕組みを整え、参加する機会を設けて実施している。
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。	b	一人ひとりの個別支援計画、健康診断記録等が作成され、個別に保管しているが、記録する職員によってばらつきがあり、記録の目的、表記方法等の研修を期待したい。
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。	a	個別支援計画書など利用者の記録については、支援記録システムで管理・保管している。個人情報の開示提供についても規程を策定し、保護者の同意書を得て適切に管理している。
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	朝のミーティング、勤務交代時の引継ぎ、個人日誌等により利用者の情報の共有化を図っている。利用者の情報は支援記録システムで管理している。さらなる確認体制の整備を期待したい。

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。	b	パンフレットとホームページで情報提供を行っている。パンフレットには、法人の理念、施設の沿革、サービスの目標、しあわせ宣言など記載しているが、誰がいのある方に分かるような工夫が求められる。見学や体験利用も随時受け付けている。
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	契約時に契約書や重要事項説明書を説明し利用者・保護者の同意を得ている。重要事項説明書には振り仮名が振られ、施設内に掲示されており、利用者はいつでも見ることができるよう配慮している。
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	他の事業所への移行については、先方の事業所の訪問、本人の同意を得たうえで必要な情報提供など、サービスの継続性に配慮した対応が出来るよう整えている。また法人内の地域移行者への経済的側面からの業務委託支援を行っている。

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	法人独自のアセスメントシートを活用し、利用者・保護者の意向を反映したニーズや課題を明示している。アセスメントは年2回定期的に見直し、計画に反映している。
Ⅲ-4-(1)-② 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	個々の利用者のニーズや課題を把握しサービス場面ごとに明示している。担当職員が策定し、ユニット会議、サポート会議で検討され、職員間で共有化を図っている。課題をより具体的な表現にするよう取り組まれており今後期待したい。
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	法人内で個別支援計画に関わる研修会を開催し、利用者・家族の意向を聞いて担当職員が策定し、ユニット会議、サポート会議で検討し共有化を図っている。提供されたサービスを確認する仕組みなど今後の取組みに期待したい。
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	アセスメント・モニタリングは前期・後期の年2回実施し、定期的に評価・見直しを行っている。ユニット会議やサポート会議で職員間の共有化を図り、利用者の同意を得る仕組みを整えている。

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	コミュニケーション手段を確保する為の支援や工夫をしている。意思伝達に制限のある人の場合、絵文字を使用する等工夫している。難聴の方、自閉症状のある方など一人ひとりについては更なる工夫が考えられておりサービス実施計画を策定している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者のユニット連絡協議会が月に1度定期的に開催され利用者の主体的な活動協議の場となっている。職員はアドバイザーとして参加し、利用者の主体性を尊重してその発展を側面から支援している。
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	利用者が自力で行なう日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、主体性を尊重している。サービス援助の必要性については個々によって異なりニーズに合わせて検討している。介助・支援方法の統一的体制の整備にまでは至っていない。
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。	b	利用者の主体性を尊重しエンパワメントの理念に基づいた援助を行なうようケアプランを策定している。プログラムの内容はより具体的に個々に対応できるような検討が望まれる。

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	事業所の栄養士、提携医師と相談し一人ひとりの栄養量・栄養バランス・食事形態・療養食・水分摂取量・介助方法等について考慮されたサービス実施計画が立てられている。食事は外部委託であるが委託先の栄養士との連携も常時行われている。
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	利用者の嗜好については日頃から観察したり聞き取りをして献立作成に活かしている。食事残量状態は栄養士がチェックして参考にしている。食事は適温で提供され調味料、香辛料がテーブルに用意されている。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b	食堂は明るく清潔である。高齢者と若い利用者が共に利用することから個々のペースに合わせた場所や時間について改善の余地がある。現在は人的体制での困難も予想されるが更なる改善について検討を期待する。
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	入浴は利用者一人ひとりの心身状況に配慮して行なっている。個々のアセスメントシートに入浴介助に必要な留意点が明示されている。車椅子入浴、シャワー浴、清拭等個々の安全面やプライバシーに配慮している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	入浴は週3回行なわれており利用者の希望や身体状況に応じてその都度入浴することも可能である。夜間の利用は以前は実施していたが現在は見守りの為の人員確保が難しく実施していない。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	浴室は明るく広く換気システムも良好で掃除もゆき届き清潔が保持されている。お湯は循環式で衛生管理されており、脱衣場は冬期は床暖で適温が保たれている。各所に手摺が設置され安全に配慮されており環境は適切である。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	c	排泄介助は個々の身体状況に応じて快適に行っている。個々のアセスメントシートを利用して介助の留意点や注意点を記載し、実施計画を立て、サービスを実施している。排泄介助のプライバシー保護に関するマニュアルについては記載が望まれる。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレの採光・照明・換気・温度は適切である。掃除は毎日行われ清潔保持に配慮している。利用者の高齢化等により車椅子に対応するトイレの数を増やすよう整備改善計画を策定中である。
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	利用者の意思を尊重して服装の選択や購入の支援をしている。職員は必要に応じて適切な助言や情報提供を行い、利用者自身が納得のいく選択ができるように支援している。
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	清潔な衣類が着用できるように配慮しながら適切に支援している。衣類の汚れや破損への対応は速やかに行い、こだわりのある利用者等個々に対しては手順を決めアセスメントシートに記入し共有を回り個々に応じて対応している。
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	個性や好みを尊重して利用者が自由に選択できるように支援している。理・美容店の利用、保護者による支援等選択が可能である。職員は利用者の相談を受け、カタログ等を見せて情報を伝え、爪切り、髭剃り、歯磨き等個々に応じて支援している。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	地域の理髪店・美容院とは日常的に連携して理解を得るように努めており、必要に応じて職員の送迎や同行を行なっている。施設内への出張理容・美容も実施しており利用者の希望により選択することができる。

	第三者評価結果	コメント
<b>2-(6) 睡眠</b>		
A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができてい る。	a	居室は個室と2人部屋で構成され、夜間温度・湿度も適切に管理され安眠できるように配慮されている。ドアの開閉音に留意しその都度適切な対応がなされている。夜間対応マニュアルについて整備することが考えられている。
<b>2-(7) 健康管理</b>		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	年2回の健康診断、嘱託医による年4回の住診がある。看護師2名が常駐して日常健康管理に当たっている。個々の日常の健康状態、通院状況は記録され健康管理マニュアルが整備されている。緊急時対応処置方法の記載明示も適切になされている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	緊急医療機関連絡網がユニットの見やすい場所に掲示されている。地域内に協力医療機関を確保しており、必要時には昼夜を問わず緊急連絡網に従って連絡し適切な医療が受けられるように迅速に対応している。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に 行われている。	a	内服薬・外用薬は施設できる部屋に保管している。服薬については一人ひとり名前を明示した箱に1回分ずつ小分けし、顔写真も添える等工夫しており、服薬が確実にこなされるよう配慮されている。飲み忘れ、飲み残し、重複服用の確認が行われている。
<b>2-(8) 余暇・レクリエーション</b>		
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	余暇・レク活動は利用者の意向調査を行い、できるだけ希望に沿えるように行っている。地域行事や祭りの参加、温泉旅行、ボーリング、音楽や演歌鑑賞等が実施している。
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応じて行われ、必要に応じて職員同行やガイドヘルパー利用ができるように支援している。日頃から地域のガイドマップや祭り、催し物等のイベント情報を利用者に提供しよう努めている。職員宅での夕食会は好評である。
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	外泊は利用者の希望に応じて行われている。決められた用紙に保護者が記入し安全の確認を回っている。益や正月の外泊については家族の事情を考慮して行っている。
<b>2-(10) 所持金・預かり金の管理等</b>		
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	金銭管理については重要事項に明記してあり適切な管理体制が整備されている。個々の出費については事業所内で詳細に規定化されており、出納簿に記述されユニット責任者や施設長の確認印が押されている。出納帳は年2回保護者の確認印をとっている。
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、雑誌は個人購入することができる。テレビやラジオは希望により個人所有することができ居室に置ける。ユニットのデイルームにはテレビが設置されており、共同で視聴し互いに好きな番組を選択することができる。
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	嗜好品(酒・タバコ)については利用者の意思が尊重されているが健康に対するリスクについては情報提供している。酒は希望者には行事や休日前に適量の飲酒を認めている。タバコは個々の身体状況により本数を決め喫煙場所を定めている。

<特に評価の高い点>

1.人権擁護の姿勢の高さ

開設 50 年の歴史ある施設として利用者に対する人権擁護の姿勢が「人権侵害ゼロへの誓い」として職員の氏名押印による宣誓書を掲示するなど、職員相互の支援姿勢や職員全員に基本的な利用者支援の考え方や自主的な啓発に至る「職員ガイドブック」を作成して、日常的な業務執行に活用するなど福祉実践の具体的で積極的な姿が見られます。

2.利用者支援環境の整備

毎月、利用者と職員が相互に話し合える「寄り合い」の会合が開かれ、職員は徹底したサポート役を担い、傾聴して利用者が率直に意見・思いを話せるような場づくりに努めています。外部からは第三者委員の参加で地域の理解や専門職以外の目や耳を取り入れる場を作っています。また、アンケートや個別相談を取り入れて意見の申し出窓口を開いています。

3.利用者への地域支援と社会資源の多様さ

職員の思いと努力によって地域社会資源の組織化を進めています。社会資源との多様な活動が利用者支援の日常的な広がりを作り、同時に地域に開かれた環境づくりに役立っています。

4.余暇・レクリエーションの充実

多様なレク活動（スポーツ・文化芸術等）を支援して、利用者の大会参加や出展・発表の機会を創出しています。いっそうの支援の進展に期待しています。

<改善を求められる点>

1.中長期計画書の策定の工夫

本園は北海道での先導的な事業の沿革を有しています。事業の発展過程や利用者支援活動計画は貴重な歴史なので、その歩みと労苦を職員・関係者等にわかりやすく文章化することが望まれます。中長期計画がさらなる職員の業務意欲の向上や啓発に活かすような計画書となるよう策定の工夫と検討を期待します。

2.居住環境について

昭和 35 年、平成 4 年の改築で改善が進んでいますが、一層の個室化など今後の住環境改善のための検討を期待します。



# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

社会福祉法人 後志報恩会 和光学園

## 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	学園は障がいのある利用者対象にひとり一人が安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造を理念とし、さらにノーマライゼーション社会の実現を目指すとしている。職員共有の「職員ガイドブック」等に明記している。
Ⅰ-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	サービス運営の基本方針を利用者支援の基本的視点、職員の取るべき支援姿勢、地域社会資源の活用と連携の3方針を職員共有の「職員ガイドブック」等に明記して、理念の具体化を図っている。
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	全ての職員が理念・基本方針を明記した業務執行の基本的な知識・技術・経験の成果をまとめた「職員ハンドブック」を携帯、日常的な業務執行や打ち合わせ・研修の機会に活用して資質やサービスの向上に活かしている。
Ⅰ-1-（2）-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	サービス理念・基本方針を明記した利用者・家族向けのパンフレット、法人だより等は手に取れる場に配置し、利用者の生活指導場面に活かしている。なお、法人ではよりやさしく言葉や文章に表現できるが職員に募って検討しており、成果に期待したい。

### Ⅰ-2 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。	a	学園は1990年道立施設を後志報恩会へ移管、全面的施設・設備整備計画の下に関連事業の拡大展開を企画・計画し、さらに2005年障害者自立支援法の下に地域移行計画を立て、対象利用者の生活支援・就労支援等を実施している。
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。	a	2005年以降にあって、これらの計画を踏まえて障害者自立支援法による地域移行計画を企画、以後、各単年度事業計画の具体化を図っている。
Ⅰ-2-（2） 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-（2）-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	中長期の計画とその具体化は法人と施設組織の各業務分掌に応じて、利用者・家族等の意向を含め課題を集約している。中長期的課題解決のため組織的な過程を経て全職員が参加し協議して計画を決定している。
Ⅰ-2-（2）-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員は組織的な政策部局を経て執行過程段階で相互に周知し、各事務分掌の役割に応じて受け止め理解を図り、利用者の利益に寄与している。従来、多くの計画が利用者・家族の要望を受け施設・設備の整備を図り、かつ、地域移行支援など利用者の生活適応環境の拡大をめざせるよう周知を図っている。

### 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	事務分掌規定は管理者の役割と責任を明確にし、学園運営の組織的な役割分担の下に、統括すべき職員会議等で指導し、判断を下し、全業務の執行状況の点検・評価・方向性を示して統治責任を担っている。
Ⅰ-3-（1）-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	障がい者福祉に関する法令のほか労務・衛生・保健等幅広い法令遵守が求められることから、管理者の下に組織的な分担をはかり業務の適正な執行に努めている。
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り組みに指導力を発揮している。	a	社会の多様な質的変化や人権認識の向上などの必然的要請に応じて、従来の業務を見直し、実施・評価・分析過程の検討、職員の意向の吸収・確認をしている。「コミュニケーション面談」方式を導入して、職場の人的相互環境の改善や業務意欲を喚起するなど指導的役割を果たしている。
Ⅰ-3-（2）-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	多様化する福祉サービスニーズに応えるには職員の人材の確保・養成が不可欠で、併せて人事・労務管理の適正化、一方、財政的な合理化・効率化を求めて、与えられた諸条件に併せた業務委託、ボランティアの導入、人的環境の改善など工夫を重ねて改善に努めている。

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 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-1 (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	国の当該福祉事業施策の全体動向や小樽・後志地域の福祉ニーズを積極的に把握して地域の就業や潜在的消費ニーズ、父兄や地域の声を求め、年度の事業計画に反映して施設諸事業の展開に役立てている。
Ⅱ-1-1 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	中長期的な展望の下に経営会議等を中心に合理化・改善に取り組み、毎年度の就業・就労・生活支援や施設・設備整備事業等を実施している。経営状況や課題については専門会計事務所の点検・分析・監査の支援もあり解決課題を職員会議で検討し職員への周知を図っている。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	a	会計（公認会計士）事務所と契約を交わし、事業全般にわたる経理執行状況を報告して、経理の審査、財務分析、監査まで幅広く指導を受けている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1 (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。	a	施設は必要な人材、人員体制、有資格者の配置を計画し、法人全体の採用計画の下に各施設の計画を作成し、実情に合わせた具体的な求人、採用を行っている。
Ⅱ-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	年1回定期的に自己チェック表を記載、管理職、施設長が年1回「コミュニケーション面談」を実施。面談後双方が意向、感想、意見を記載。事業所毎にまとめ、職場の適応施策、課題解決策、研修等人事施策等に幅広く活用して効果をあげつつある。なお、本方式は職階別にもあり、今後の成熟化に期待したい。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (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。	a	職員の就業状況の情報収集、分析など職員の意向は、上述の「コミュニケーション面談」で個々に把握・確認し、集約結果を施設対応事項、または法人検討事項として施設長会議で人事課題施策等の一環として組織的に管理し判断する仕組みがある。
Ⅱ-2-1 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福祉医療機構、北海道社会福祉事業民間共済会、福利厚生センターに加入し総合的な福利厚生を行っている。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-1 (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	法人の基本事業計画、運営方針、運営計画に研修機会の充実、研修会への参加促進をうたっている。また、「職員ガイドブック」にも、専門的役割と使命を自覚し、絶えず自己研鑽に努めることが求められ実施している。
Ⅱ-2-1 (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り組みが行われている。	a	年度当初に個人毎に計画を組み、法人研修は新任、役割別、年代別、職階別研修など計画的に研修している。また、自閉症、介護技術等職員の自主研修を開催して多くの職員が参加。また、札幌で開催される定期的自閉症研究会に参加している。
Ⅱ-2-1 (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	研修出席者は復命報告、職員会議、支援会議では研究・研修成果を発表している。資料等は関係職員等に広く配布している。これらの実績を研修委員会は研修計画の企画立案・見直しに役立てている。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (4) -① 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	実習生受け入れの担当者、責任者を決めており、派遣校からの申込みに基づき施設の受け入れ態勢、相手方の希望と連絡・調整を図りながら実習マニュアルに沿って実習を行っている。
Ⅱ-2-1 (4) -② 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	派遣校とは密切な連携をとり実習プログラムに沿った実習を行い、介護福祉士、社会福祉士等を目指す受け入れ実習生は年間約30名に及んでいる。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-1 (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。		
Ⅱ-3-1 (1) -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委員会」を法人部と施設に設置して緊急時対策、安全対策に努めている。AEDを施設内に設置して、救急救命研修を終えている。また、感染症の対応方法を配布、緊急時の連絡体制も確立して利用者への支援体制を整えている。
Ⅱ-3-1 (1) -② 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委員会」は、ヒヤリハット、事故報告を集計し、事故の原因、背景、傾向、対応策等を分析、検討し再発防止に努めている。年2回の夜間・日中想定避難訓練を実施している。

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	施設40年の歴史は利用者と共に地域との交流を育んできた。ガイドヘルパー委員会はヘルパーの導入を図り、地域交流を促し、多様な施設行事に市民の参加を求めて共に企画し、施設は地域住民が障害者を地域で受け入れてくれる環境づくりを支えている。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	施設は地域の有志者と共に短期入所の受入、体育館開放、独居老人の給食宅配、授産製品の提供、小中学生・PTAへの製品作り体験、地域障害者の相談など多様な施設関連活動の機能を活用した地域還元に努めている。
Ⅱ-4-(1)-③ 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	ボランティア委員会は活動マニュアルにより地域の織物作業グループの支援、地域の草刈りや行事への参加、行事以外のコーラス・人形劇・楽器演奏の受け入れなど、地域交流施設を地域に広く開放し一体となった活用をしている。
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	市役所、保健所、警察、職業安定所等の行政機関、医療機関、利用する近隣の理容施設など社会資源リストを把握して協力体制や情報の共有化に努め利用者の支援をしている。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	多くの福祉関係団体・機関の勉強会（福祉のひろば）や職親会等の連絡協議会と共に、地域関係機関・団体と連携を図って相互が力を出し合う研修・行事共催など実効性のある活動を行っている。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	地域のニーズに応じて行政との連携で地域障害者相談窓口の設置、地域第三者委員の導入、短期入所・給食宅配事業、デイ・グループホームの開設等地域生活支援の拡大を図っている。中小企業家同友会と連携した職員研修会、地域住民との学習と啓発をおこなって、利用者のためのさらなる地域福祉ニーズを捉えている。
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	上記の諸活動を通して地域福祉ニーズや意見要望等を把握し、利用者の生活の場の確保と地域住民の支援の下に、和光学園として可能な地域支援の方途をさらに開発するよう努めている。

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) 利用者本位の福祉サービス		
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り組みを行っている。	a	利用者尊重についての基本姿勢は重要事項、事業方針、職員ガイドブックに明示している。研修会や会議等で共通の理解を図るよう努め、利用者の呼称への配慮、「人権侵害ゼロへの誓い」等具体的に取り組んでいる。
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。	a	プライバシー保護に関する規定・マニュアルは整備されている。リスクマネジメント委員会が置かれプライバシー保護に関する姿勢や意識が確立している。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上上を意図した仕組みを整備している。	a	利用者との話し合いの場「寄り合い」が毎月定期的で開催され意見・要望を聴いている。アンケート調査や個別相談等においても利用者満足度について把握するよう努めており具体的な仕組みが整備されている。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上上に向けた取り組みを行っている。	a	「何でも意見箱」・「寄り合い」等で利用者の意見や要望を把握している。内容を職員会議や関係者で検討し、細分化して各係りに振り分け、答えを利用者に伝える等対応し、改善終了の周知を行なっている。
Ⅲ-1-(3) 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		
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。	a	利用者が日常的に相談できる体制を整えており毎月定期的「寄り合い」が持たれている。第三者委員による聴き取り訪問、外部への苦情相談申し立て先窓口の明示を行い、「何でも意見箱」の設置がある。
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	苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員による聴き取り等苦情解決の仕組みが整備されている。関係文書はわかり易く説明し掲示しており、苦情解決の仕組みは利用者に周知されている。
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。	a	利用者からの意見や提案についてはマニュアルを整備して対応している。利用者の意見や要望について緊急性のあるもの(対人関係、盗難、怪我等)は迅速に連絡・報告をし、指示に従って対応しサービスの改善に繋げている。

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り組み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。	b	サービスの内容について定期的に評価を行なう体制は整備されているが小集団で採り作業班について話し合う場がない為十分に機能していない。今回の自己評価・第三者評価受診を契機として体制の確立を期待したい。
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ている。	b	会議に於いて取り組むべき課題を明確にしているがそれを検討し共有を図る場が少ない。職員間で課題の共有化を図り組織としての取り組みを期待したい。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	評価結果を検討し、実質的に取り組む職員の配置等については明確に掲示できない部分もあり充分ではない。今回の第三者評価を活かして課題に対する改善計画や改善策をたて実施していくことを期待する。
Ⅲ-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。		
Ⅲ-2-(2)-① 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、標準的な実施方法が文書化されそれに基づいたサービスが実施されている。年に1度アセスメントを行ないサービスプログラムが文書化されサービスを提供している。
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	個々のサービスの標準的な実施方法については6ヶ月ごと定期的にモニタリングを行なっている。見直しに当たり職員や利用者からの意見や提案が反映される仕組みになっており、サービスの質の向上を図っている。
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。	b	利用者一人ひとりに対するサービス実施状況は統一した方法で記載され確認している。日誌は特記事項の記載はあるが支援計画に基づく記載は十分ではなく今後適切に記載するよう期待したい。
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。	a	個人情報記録については書類などは適切に管理・保管している。家族からの要望があれば規定に沿って開示している。
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	利用者の個別支援に係わる情報は毎日の申し送りやカンファレンスで共有を図っている。パソコンのネットワークシステムを利用して事業所職員間で共有している。

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	利用希望者に対しては、パンフレットやインターネットホームページ、各種資料等で必要な情報を解りやすく提供している。施設見学、体験入所、1日利用、ショートステイ等の希望にも対応している。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始に当たり利用者等に説明し同意を得ている。	a	サービス開始時にはサービス内容や料金等が記載された重要事項説明書・契約書等の書類を用意し、利用者や家族に説明し同意を得ている。書類の文章表現は利用者により易いように配慮されている。
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当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、地域や家庭への移行に当たりサービスの継続性の保持に配慮したサービスプログラムやケース記録の引継ぎを行って適切な対応をしている。

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) サービス実施計画の策定		
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	利用者の身体状況や生活状況を正確に把握する為に組織が定めた統一した様式によって記録している。アセスメントは年1度定期的に行ない、半年毎にモニタリングを行い、変化が生じた場合は状況に合わせて見直しを行なっている。
Ⅲ-4-(1)-② 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	利用者全てについてアセスメントに基づき個別支援計画が策定されている。個々のサービス実施上のニーズや課題を具体的に明示して課題解決に取り組んでいる。
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策定責任者と関係職員が検討を重ね利用者や家族の意向を尊重して適切に策定している。自立支援法の移行に伴い記録物の書式変更もあり今後検討の余地を残している。
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	サービス実施計画は6ヶ月ごと定期的にモニタリングをしている。策定責任者、関係職員参加の検討会議がもたれ、状況の変化時には必要に応じて計画内容の変更を行ない周知を図っている。

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	入所の8割が軽・中度の障害者で意思疎通の問題は少ない。各棟の職員でリスクマネジメント委員会を構成して、利用者の「寄り合い」や意見箱での意向を汲む体制を整え個別支援課題解決に努めている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	各種スポーツ大会参加や華道・書道・三味線などの文化活動が盛んで、利用者の達成感の喜びや目標に繋がる支援を、参加者の意思を尊重して組織的に取り組み、障がい者間の交流を促している。
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	自力の生活を見守り・支援のための役割分担ができていますが、身の回りなどの支援体制に欠くときもある。利用者の可能性と支援の必要性を明らかにした支援を期待したい。
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。	b	利用者個々の能力にあわせ段階的な学習・訓練の積極的な実施、職場体験・交通機関利用のガイドヘルパー活用支援などを行っている。なお、生活能力の向上のため施設外の社会資源との連携が強まるような学習・訓練プログラム作成を期待したい。

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	栄養・医療・個別支援計画などサービス実施計画に基づき食事サービスを提供している。咀嚼、嚥下機能障がい対応は言語聴覚訓練士による専門的支援を行っている。
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	定期的に嗜好調査を行い献立表に活かしている。委託業者との月例会議に利用者の参加はないが「寄り合い」会で意見・要望が活かされ月1回の選択メニューや行事食の取入れで、楽しみや美味しさへの環境づくりを工夫している。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	こだわりある者への配慮のほかは座席自由。食事時間は個々のペースで、定められた時間に自由に食事が摂れ、布製のテーブルクロスに花を飾るなど、清潔感と雰囲気作りに工夫を施す環境がある。
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	個別支援計画に基づき状況に合わせた個別入浴を提供している。夜間入浴も心身の状況に合わせた安全浴に配慮している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴日以外でもシャワー浴など必要に応じて利用できる体制にある。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	構造上入り口から脱衣場が見えるが、カーテンで仕切り工夫しており、また、てんかん発作など心身の状況に応じた利用者の休憩の場や冬期間の暖房設備など完備、衛生管理や事故防止の抗菌マットを設備している。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	b	てんかん発作の人への見守り体制を実施しているが、十分でないときもある。おむつ使用者は1人だが個別対応に留意している。今後重度化が予想され、個別支援計画に反映できる標準的マニュアルの作成を期待したい。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	1日3回の清掃、2回の消毒処理を徹底して行って清潔感のある快適な環境にある。
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	服装について、利用者の選択を尊重している。年2回または必要に応じて買い物外出等を設定し、本人の好みを尊重した衣類の購入を実施している。また、必要があれば職員が相談に応じている。
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	衣類の着替えは、促しを行っても自主性を重んじて十分でないこともあるが、個別的な支援が必要な利用者には、洗濯や衣類交換を適切に行っている。また、外出時には普段と違う服装や、季節に合う衣服を着るように促している。
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	髪型や化粧の仕方は特に決まりなどなく、本人の希望を尊重し、必要があれば相談に応じている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	理容、美容室については、数箇所利用可能な店を設け、店選びなどは本人の希望を尊重している。一人で行けない利用者には職員が付き添う等の支援をしている。

	第三者評価結果	コメント
<b>2-（6） 睡眠</b>		
A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	a	長身者用や本人の状態によってベット以外の形態も提供。また、必要に応じて睡眠状況のチェック表等を作成・確認、毎週リネン交換の実施、寝具の取替え等を行い、衛生面、快適な睡眠への配慮をしている。なお、二人部屋は物理的要因でカーテン仕切りだが、防音、個別性重視の長期的視点のもとで改善を期待したい。
<b>2-（7） 健康管理</b>		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	医務日誌などで個別的に記録を行い、利用者の健康状態を継続的に把握している。また、看護師による健康相談も必要に応じ実施している。その他、インフルエンザの予防接種や年2回の健康診断、口腔衛生指導なども実施している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	構内医師が近隣にあり、緊急時には迅速な対応をしている。夜間の緊急時医療機関の利用、インフルエンザ、ノロウイルスなどの対応についても夫々マニュアルが用意されている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	内服薬は、看護師の管理のもとに日毎、服薬時間毎に仕分けされ、渡す職員、飲ませる職員が確認している。また、外用薬については、宿直室で保管しチェック表で確認している。
<b>2-（8） 余暇・レクリエーション</b>		
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	バスケット、ソフトボール等のスポーツクラブが盛んで、大会では優勝実績がある。文化芸術面も、習字、水彩画、生け花、三味線と習い事も活発で、利用者の出展、発表会が開かれている。また、ボランティアの協力、ガイドヘルパーの利用で余暇の充実を図っている。今後とも活動の充実継続を期待したい。
<b>2-（9） 外出、外泊</b>		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	事前に外出簿等で希望、外出先などを確認し、本人の希望にそって外出を実施している。また、単独での外出が困難な利用者については、ガイドヘルパーを有効に活用している。
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	家庭と連絡をとり、希望にそって外泊を実施している。希望状況は外泊簿で把握している。保護者の送迎が困難な利用者については職員による送迎を実施している。
<b>2-（10） 所持金・預かり金の管理等</b>		
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	預かり金マニュアルにそって事務所で個別の台帳で支出の管理を行うとともに、現金は作業班毎の出納簿で管理し、毎月末に係長、科長のチェックを受け確認している。帰省時には家庭に使用状況を文書で通知している。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	テイルームなど利用者が集まる場所には施設でテレビを設置しているが、居室ではテレビ、ラジオなどは個人で所有している。また、新聞、雑誌などの購読についても本人の希望にそって行っている。
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	嗜好品については、健康状態に留意した上で本人の希望を尊重し、飲酒、喫煙を認めている。喫煙は、仕切り、排煙機設置の喫煙所を設け分煙対策を行っている。その他、ライターなど就寝時に預かり安全対策を実施している。

<特に評価の高い点>

1.職員の気づきと意思を尊重した面談方式の人事評価

法人全体で取り組んでいる「次世代育成施策」は自己評価と上司との面談による、職員の主体性重視の目論みによって業務能力の向上と開発を目的とする人事効果、スーパービジョンの自己開発的学習効果、カウンセリングの相談支援的效果など多様で多面的な効果が期待されます。

2.利用者尊重の姿勢と看取りの対応

施設は利用者支援に当たって利用者自治会支援、自由討議・ユニット協議会での意見聴取、職員会議等への参加と意見聴取、意見箱の設置、重要事項説明書や掲示等のルビをつけるなど、利用者の声に耳を傾け、満足する施設作りを目指した支援を実践しています。利用者の表情からも満足度が窺えます。また、高齢化に伴う「看取り」の充実に対応するなど、その取組みを高く評価します。

3.地域との共生を目指す活動

「地域住民の一員として生活が確保されるよう自立と社会参加を目指す」を方針に、施設は大江地域の町内会、保育所、小学校、子ども育成会、青年会などと連携して支援の組織強化を図ってきました。施設を開放した絵画・書道・陶芸等作品の展示会や学習会等多彩な行事を開催して、利用者を支える町の人々とともに交流社会の実現に努め成果を挙げています。

<改善を求められる点>

1.保護者の同意を得る取組み

利用者の多くが重度・高齢化し、施設と保護者との関係が薄くなりつつありますが、自ら意思表示の難しい利用者もおられるので、保護者の意向等を個別支援計画に反映するよう望みます。

2.保護者会の呼称の検討を

保護者には後見的、代弁的、代理的要素に係わって支援者役を担っていただき、本人の判断だけでなく、親のニーズや希望を個別支援計画等に反映して支援しておられるのですが、障害があっても成人になったこともあり、「保護者会」の呼称については当事者間で協議課題として再考の機会を望みます。

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

社会福祉法人 後志報恩会 大江学園

## 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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	施設は障がいのある利用者対象にひとり一人が安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造を理念とし、ノーマライゼーション社会の実現を目指すとしている。この理念を職員が共有する「職員ハンドブック」等に明記している。
I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	サービス運営の基本方針を利用者支援の基本的視点、職員の取るべき支援姿勢、地域社会資源の活用と連携の3方針を「職員ハンドブック」に明記して、理念の具体化を図っている。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	全ての職員が理念・基本方針を明記した業務執行の基本的な知識・技術・経験の成果を纏めた「職員ハンドブック」を携帯、日常的な業務執行や打ち合わせ・研修の機会に活用して職員の資質やサービスの向上に活かしている。
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	サービス理念・基本方針を明記した利用者・家族向けのパンフレット、法人だより等は手に取れる場に設置し、利用者の生活指導場面に活かしている。なお、法人ではよりやさしく言葉や文章に表現できるかを職員に募って検討しており、さらなる成果に期待したい。

### I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (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) -① 中・長期計画が策定されている。	a	学園では1983年から2005年まで4期の拡張工事により施設・設備の整備計画を立て、かつ、障害者自立支援法の下に、対象利用者の生活支援・就労支援等を計画化し、実施している。
I-2-1 (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	2005年以降にあっては、上述の計画を踏まえて各単年度の計画に具体化している。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	a	中長期計画とその具体化は法人並びに施設組織の各業務分掌に応じて組織的プロセスを経て策定している。
I-2-1 (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員には政策決定段階を経て業務執行段階での周知を図っている。各事務分掌の役割や責任に即した理解、また利用者の利益に資する周知の機会や参加の場を持っている。従来、多くの計画が利用者・家族の要望を受け、その反映として、施設・設備の整備や地域移行支援など生活適応の拡張をめざしていることを説明している。

### 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 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (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	事務分掌規定は管理者の役割と責任を明確にし、学園運営の組織的な役割分担の下に、統括すべき職員会議等で指導し、判断を下し、全業務の執行状況の点検・評価・方向性を示して統括責任を担っている。
I-3-1 (1) -② 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	障がい者福祉に関連する法令のほか労働・衛生・保健等幅広い法令遵守が求められることから、管理者の下に組織的な分担をはかり業務の適正な執行に努めている。
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (2) -① 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	社会の多様な質的变化や人権認識の向上などの必然的要請に応じて、従来業務を見直し、実施・評価・分析過程の検討、職員の意向の吸収や確認をしている。「コミュニケーション面談」方式を導入して職場の人的相互環境の改善や業務意欲の喚起、業務上の相談などに効果を上げるなど指導的役割りを果たしている。
I-3-1 (2) -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	管理者は多様化する福祉サービスニーズに応える職員の確保・養成が不可欠で、かつ、人事・労務管理の適正化、財政的な合理・効率化を求めている。与えられた諸条件の下に、地域と連携したボランティアの導入、職員相互や利用者との人的環境に配慮するなど工夫を重ねた改善に努めている。



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 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-1 (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	学園27年間の事業運営を背景にした計画に基づき、利用者の高齢化課題対応を主たる事業目的とし、観山学園と連携し、かつ大江地域住民の交流と支援を得て、地域のニーズを共有して地域の施設として捉え、各年次の計画に具体化した運営展開を図っている。
Ⅱ-1-1 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	入所者の高齢化と生活上の変化の推移、心身の変化と原因分析などを探ると共に、今後の利用者の生活支援の態様を考慮した経営分析を行って、改善課題と取り組んでいる。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	a	公認会計士事務所と会計経理の処理、分析と監査契約を交わし経営の改善を図っている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1 (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	人材の確保は国の基準に基づき計画的な専門職や生活支援の運営上の諸資格者の配置を含む適切な人材の確保を基本として示している。なお、人材確保の計画的方針を職員間に周知徹底を図り、さらなる理解を進めて内実的に効果を高めるよう期待したい。
Ⅱ-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	年2回の自己評価表の提出、「コミュニケーション面談」方式を採用、年1度、上司と面談して職場の人的環境の向上、自発的改善の気づき、サービス質の向上を目的に、一般職と上位職用を応用して人事考課の実を高めようと努めている。応用にあたり、職員の一層の理解を得て今後の成果を期待したい。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (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。	a	休暇の消化率、超過勤務状況等の把握・分析で改善を検討するとともに「コミュニケーション面談」方式は職場の人的環境の改善を目的としており、利用者の生活支援効果と共に職員間の課題解決に効果的の寄与をしている。
Ⅱ-2-1 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福祉医療機構、北海道社会福祉事業民間共済会等に参加、独自の親睦会など積極的な職員福利に取り組んでいる。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-1 (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	法人の基本事業計画、運営方針、運営計画、事業実施にいたる専門性を期待する職員研修機会の充実・参加促進を「職員ガイドブック」に明示している。
Ⅱ-2-1 (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り組みが行われている。	a	年度の個別計画は研修委員会で職員の意向に基づき内部研修を企画、「職員ガイドブック」によるテーマ読み合わせ、高齢者の職下課題など具体的な介護技術の向上に取り組み、外部研修も計画的な参加の取り組みがある。
Ⅱ-2-1 (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。	b	研修後は復命によって決裁を得て意義の確認をするほか、職員会議で報告して運営に活かしている。なお、研修の評価や見直しが安易に流れないよう検討を期待したい。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (4) -① 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	実習生の受け入れ体制は事務分掌に明記し、実習校との連絡調整・評価者などを規定して受け入れ体制責任を整えている。
Ⅱ-2-1 (4) -② 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	実習校との連絡を密にして施設の沿革、利用者の受け止め過程と生活内容の分析を資料化するなど、実習プログラムの受け入れ準備態勢を整え積極的な取り組みをしている。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-1 (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。		
Ⅱ-3-1 (1) -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	緊急な防災計画、避難訓練、環境・衛生・医療等の責任を事務分掌化し、各マニュアルを作成して利用者の安全と安心の体制を整えている。
Ⅱ-3-1 (1) -② 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体制は組織的な委員会設置の下に事故報告等の資料収集・分析、具体的対応課題を明らかにして再発の防止対応に努めている。

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	法人の理念が利用者と共に地域づくりに寄与し、利用者の生活の原点が地域に支えられてあること表明して、20余年の実効性の高い事業展開をしている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	施設が有する地域交流館を活用し、開放して地域ぐるみの多くの行事を展開している。利用者・職員・地域住民・ボランティアは一体となって行事を運営し相互に利用者支援を目的に幅広い社会還元を行っている。
II-4-(1)-③ 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	平成18年ボランティアを募集し、「大江ボランティアの里」を結成し、施設環境、余暇支援、介護講習会の開催など、目的的で積極的なボランティア組織体制の取り組みをしている。
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	支庁、保健所、職業安定所、役場、社協、病院等の機関、青年会、老人クラブ、女性の会など幅広い社会資源を明示し、かかわっている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	施設は役場、社協、銀山学園、障害者団体等で構成する障害者自立支援協議会の基幹となる委員であり、近年、町社協や道社協と連携して補助事業としての「小地域活性化事業」を展開するなど連携を深めている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	学園創立25年余の歴史を踏まえ、地域の福祉ニーズを先導的に掘り起こしつつ事業展開を図ってきた。今後のさらなる展開を期待したい。
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	地域共同作業所の設置、地域交流ホームの開設、通所部門開設、仁木町共生型基盤整備事業等の活動を歴史的展開とともに定着させてきた。今後の一層の活動を期待したい。

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り組みを行っている。	a	事業方針に利用者の尊厳と自己決定権の尊重が明示され、法人のガイドブックに明示された利用者の権利擁護や虐待体罰の禁止、職員の心得等についても定期的に研修し、利用者の尊重は施設の最重要課題として職員間に認識されている。
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。	a	プライバシーの保護については、法人のガイドブック、場面ごと支援マニュアルにも明示し、職員研修会等で周知徹底を図っている。入浴、排泄面でも同性介助などプライバシー保護への配慮が向える。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	利用者の自治会、ユニット協議会、職員会議（傍聴参加）での利用者の意見聴取、保護者会との交流会により、利用者や家族の意向を聴き取る体制を確立している。
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	定期的な利用者による検査、給食会議や職員会議への参加、フリーティング等で利用者の意向を担当職員が集約し、各種会議で具体的に改善策が検討され、改善策は利用者に報告している。重度化・高齢化が進む利用者の満足度を高める支援のあり方の検討も進めている。
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。	a	利用者・保護者からの相談は施設長はじめすべての職員が受ける体制を整えている。第三者委員には直接相談できる体制を整え、施設長室が相談室として利用されるなど、意見が述べやすい体制を整えている。
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	「苦情は積極的に活用」という法人の方針を受けて、苦情解決規程を作成し、苦情受付担当者及び苦情解決責任者、第三者委員を配置している。また、施設内に掲示（振り仮名付き）し、利用者、保護者への周知も図っている。
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。	a	利用者、保護者からの苦情等については担当部署で協議し、施設長に報告される。対応策については職員会議等に諮り、職員間で共有化が図られ、苦情等については迅速対応を目指しており、手順をマニュアル化している。

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り組み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。	b	個別支援計画や日常活動支援や行事等の評価、結果の分析、見直しについてはユニット会議や職員会議等で検討し共通化を図っている。しかし、自己評価や第三者評価など事業経営の全体的な評価実施体制は今回が初めてであり、今後の取組みに期待したい。
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ている。	b	本評価で求めているサービス改善についての自己評価は平成15年度に実施されたのみである。法人のガイドブックにはサービス共通評価基準を定めており、本館に担当部がある。今回の第三者評価受審を機会に、組織的に定期的なサービス内容の評価と見直しを実施体制を強化される上
Ⅲ-2-（1）-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	事業の施設設備・職員配置・財務執行・サービス等の計画に基づき委託監査機関の指導を得るなど、執行上の改善策を計画化しつつある。なお、今後の組織的な実施対応を期待したい。
Ⅲ-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。		
Ⅲ-2-（2）-① 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	食事や入浴など個々のサービスについて利用者尊重、プライバシーに配慮した詳細な支援マニュアルを整備し、職員間共有のもとで実施している。
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。	b	支援マニュアルは各ユニット会議や生活支援科会議、ケース会議等で適宜見直しされ、職員会議で確認されている。見直しにあたっては利用者の意向のみでなく、保護者の意向も反映するよう望みたい。
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。	b	一人ひとりの個別支援計画書、個別記録票、健康診断記録等にサービス実施状況が記録されている。日常的な変化や行動特徴の記録など記録の見直しに期待したい。
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。	a	個別支援計画など利用者の記録については、支援記録システムで管理されている。個人情報の開示・提供についても管理規程が定められ、保護者の同意書も得て適切に管理している。
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	朝のミーティング、勤務交代時の引継ぎ、業務日誌、支援記録システムで管理され職員間で情報共有の体制は出来ている。さらに、ユニット会議やケース会議、サービス会議で全職員に周知し共有化している。

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。	b	パンフレットとホームページで情報提供を行っている。パンフレットには、施設の沿革、基本的考え方、日中活動や行事など記載されているが、障がいのある方に分かるような工夫が求められる。見学や体験利用も随時受け付けている。
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	契約時に契約書や重要事項説明書を説明し、利用者や保護者の同意を得ている。振り仮名付きの重要事項説明書は施設内にも掲示されており、利用者はいつでも見ることができるよう配慮している。
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	他の施設への移行や家庭への移行は稀にあるが、利用者の同意を得て先方に必要な情報を提供するなど、サービスの継続性に配慮した対応が出来る仕組みを整えている。法人内の地域移行は若干名の実績があるが、手順に従い進めている。

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	施設独自のアセスメント票や個別記録票を活用し、身体状況や生活状況、行動特徴、利用者・保護者の希望を把握し作成している。アセスメントは年2回見直しを行っている。なお、法人内における各サービス計画書等の様式についての検討を期待したい。
Ⅲ-4-（1）-② 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	個別支援計画や個別記録票等に個々の利用者の個別場面ごとのニーズや課題は明示され、ユニット会議やサービス会議で職員間の共有を図っている。利用者の重度・高齢化に伴う対応についても取り組んでいる。
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。	b	個別支援計画は、利用者の意向を聞いて担当者が作成し、ユニット会議、サービス会議で討議・策定され、職員間の共有化を図っている。保護者の意向を把握する取り組みを期待したい。
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。	b	アセスメント、モニタリングは前期・後期の年2回定期的に実施し、ユニット会議やサービス会議で評価・見直しが行われている。利用者の同意は得ているが、保護者の同意を得る取り組みを期待したい。

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	利用者とのコミュニケーションの確保については個別対応を図りその人固有の伝達手段やサインの発見確保に心がけている。個別支援計画により課題を提示しており時間をかけてゆっくり対応するよう実践している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	「利用者の会」が設けられ、利用者の主体的な活動協議の場として機能している。会は月1度定期的に開催され職員はオブザーバーとして参加し側面から会の運営を支援している。保護者会の活動も会の主体性を支えている。
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	利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち主体性を尊重している。必要時には迅速に対応できるよう行なっているが、時間がなく十分な支援に欠けることもある。支援の必要性についてはサービス計画のバランスを検討・確認が望まれる。
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。	b	利用者の主体性を尊重しエンパワメントの理念に基づいてプログラムを作成している。日中活動を通じて生活力が高められるよう配慮しているが更に具体的なプログラム等の検討が望まれる。

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	栄養士や医師と相談のうえ個別状況に合わせて栄養量、栄養バランス、療養食等の献立が作成されている。食事形態や介助方法については言語聴覚士からの助言も取り入れマニュアルを作成している。また、事業所栄養士と委託先栄養士の連携が図られている。
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	利用者の嗜好調査を「検査」という形で毎月実施しデータ化している。月例の給食会場で利用者の要望として提示し利用者代表も参加して意見を献立に反映させている。食卓には調味料、香辛料が用意され適温の食事を提供している。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b	食堂は家庭的雰囲気があり清潔も行き届いているが行事食の場合等には狭い。食事時間は委託先との契約で食中毒予防に配慮して時間に制限があり、席次は対人関係を考慮して定席としている。利用者の意向やその変化を含めさらなる検討が望まれる。
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	入浴は利用者個々の障害程度や心身状態に配慮して行なわれている。機械浴も設置されており必要に応じて使用している。入浴ケア記録記載のマニュアルが貼ってあり、手摺の設置、滑らない床の材質等安全面に配慮している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	入浴は週3回行なっており希望により毎日利用することもできる。身体の状態によりシャワー浴、個人浴、機械浴を選択することもできる。通院引率等で入浴日の変更があり利用者の希望に沿えない時もあり、さらなる対応に努めている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c	浴室や脱衣場については清潔保持の為漂白剤等を使用し丁寧に清掃している。建物全体の老朽化に伴い浴室の壁のタイルに破損箇所がありカビの発生がみられる。天窓の開閉ができない等換気状態にも改善の余地がある。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄介助は個々の状況に合わせて適切で、定時排泄介助・居室内ポータブル使用など利用者の個人的事情に配慮している。個人記録にも注意点を記録して確認して、排泄マニュアルを適切に応用している。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレは毎日清掃を行い清潔で温度管理も良く臭気はない。女子トイレに昇降型便器が設置されており身体状況に応じて使用されている。利用者の高齢化に伴い車椅子用トイレの数の増加を検討している。
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	服装の選択は利用者の個性や好みを尊重している。購入に際しては同行して必要な情報を提供し支援をしている。意思疎通の困難な利用者も多く代行購入の場合は状況に応じた支援を行なっている。
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	衣類の着替えの希望には適切に対応できるよう衣類は清潔を保ち、破損箇所があれば速やかに縫うなど、個々の状況により対応するとともに、利用者の意向を大切に支援を行なっている。
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	利用者の意思を尊重して理容店や美容室が利用できるように支援している。理容店は数軒の中から選択できるように、適切な助言や資料等情報を提供している。また、爪きり、髭剃り、歯磨き、化粧など身だしなみに配慮した支援をしている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	理・美容店には理解と協力が得られるように日常的に連携すると共に、同行支援をしている。園内理容も行なっており、髪染め等職員が協力している。

	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	安眠できるように施設内の設備環境を整えると共に、利用者の生活リズムや日中活動のペースを適切に行ない、夜の良質な睡眠に繋げている。不眠の利用者に対しては医師と相談した個別対応、2人部屋の場合は夜間排泄介助等で音の出ないように配慮している。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	看護師は常駐し、検温、血圧測定等毎日の健康管理に当たり、医師は年4回の往診、年1度の健康診断を実施している。健康記録は医務室に管理・保存し、パソコン入力して職員には必要に応じて周知・共有している。感染症予防処置も適切である。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	緊急時受診体制は整備され、マニュアルに従い、日頃から提携医師との連携を図っている。施設内にはAED、アンビューバック等を用意するなど、適切な医療が迅速に受けられる体制を整備している。
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	内服薬、外用薬は医務室に保管し、無人の時は施錠管理をしている。看護師が用意した個々に服用する薬剤を職員が投与し、複数職員で確認する手順となっているが、通院や外出時に確認漏れが報告されており、マニュアルに沿った確実な服薬が期待される。
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。	b	余暇活動の要望は「利用者の会」に多数出され、希望に沿ってドライブ、野球見物、温泉旅行、陶芸、地域行事への参加等が活発である。重度利用者の参加が難しいことや日々の日中活動の支援方法を検討しており、具体化を期待したい。
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は多く心身の状況に応じ具体化するよう努め、必要に応じてガイドヘルパーの利用や職員同行を行なっている。職員宅での夕食会は利用者に好評で在宅志向・地域ぐるみの運営の工夫の成果である。
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	外泊は利用者の希望に沿って行い、盆、正月の帰省の際は施設の車で送迎している。外泊マニュアルに沿って書類記載し安全の確認をしている。盆、正月の外泊は家庭の事情を考慮して無理のないように行なっている。
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	預かり金は取り扱い規定で責任の所在を入所時の契約で明確にしており、利用者や家族の希望に沿った保護者会・保護者・施設の三者がそれぞれ契約に基づき管理している。
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	利用者の希望により、個別に雑誌や新聞の購入をしている。デイルームには雑誌やテレビが置かれ自由に閲覧、視聴できる。テレビは希望の番組が観れるよう配慮している。
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	嗜好品(酒、タバコ)については医師に相談し、健康上のリスクを説明したうえで個人の希望を尊重している。酒は行事等に希望者に適量提供し、タバコは排煙機能設備の喫煙室で個々に合わせた喫煙を認めている。

<特に評価の高い点>

1、施設経営と生活基盤作り

本施設は平成 15 年創設以来、基幹施設の銀山学園と連携して、その歴史的に発展させてきた授産事業部を引継いできました。さらに、新事業を加えた施設は事業基盤の強化を進めて利用者の生活向上と意欲的な利用者の地域への定着を図る運営に努めています。

2、地域の組織化と環境づくり

職員は先導的に地域住民とともに支援組織強化に取り組んで利用者を支え、地域と共に生きる環境づくり（稼働の場・家庭生活支援・自由な交流等）に努めています。

3、新事業実験の取組み

地域の要望を担った施設は食品加工、ドライフラワー業務に続き、エコ（食品廃油回収燃料精製、食品廃棄物回収堆肥化）事業の実験的展開によって利用者就労の場の拡大と所得の倍増化を図っています。

<改善を求められる点>

1・事業所独自のマニュアルの作成

各種マニュアルは法人共用パソコンのネットワークで全職員に周知し、活用を図っています。しかし、当事業所の業種は食品加工、ドライフラワー、エコ事業など多様な機器を使用していますから、事業所独自の作業機器操作安全マニュアルなどの作成を検討するよう望みます。

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

社会福祉法人 後志報恩会 陽だまり

## 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	陽だまりでは障がいのある利用者対象に「ひとり一人が安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造」を理念とし、ノーマライゼーション社会の実現を目指すとしている。職員が共有する「職員ガイドブック」等に明記している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	サービス運営の基本方針を利用者支援の基本的視点、職員の取るべき支援姿勢、地域社会資源の活用と連携の3方針を「職員ガイドブック」等に明記して、理念の具体化を図っている。
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	全ての職員が理念・基本方針を明記した業務執行の基本的な知識・技術・経験の成果をまとめた「職員ハンドブック」を携帯、日常的な業務執行や打ち合わせ・研修の機会に活用して資質やサービスの向上に活かしている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	サービス理念・基本方針を明記した利用者・家族向けのパンフレット、法人たより等は手に取れる場に設置し、利用者の生活指導場面に活かしている。なお、事業所を含め法人の課題として、よりやさしい言葉や文章に表現できるよう職員に募って検討している。さらなる成果に期待したい。

### Ⅰ-2 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。	a	陽だまりは平成15年知的障害者通所授産施設として創設した。かねて銀山学園の発展的整備計画の下にあり、現在、就労継続支援B型、日中一時支援対象利用者の生活支援・就労支援等を計画して実施している。
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。	a	平成15年以降にあっても上記計画を踏まえ、かつ、障害者自立支援法の下での地域移行計画等を立てて各単年度の計画に反映して具体的に実施している。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	中長期計画とその具体化は法人及び施設組織の各業務分掌に応じて組織的の過程を経て決定している。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員への周知は政策部局での決定を経て、執行過程段階で周知を図っている。各事務分掌の役割りに応じて受け止め理解を図り、利用者の利益に寄与している。従来、多くの計画が利用者・家族の要望を受け、全職員が受け止め施設・設備の整備を図り、地域移行支援など生活適応の拡張をめざして周知を図っている。

### 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	事務分掌規定は管理者の役割と責任を明確にし、学園運営の組織的な役割り分担の下に、統括すべき職員会議等で指導し、判断を下し、全業務の執行状況の点検・評価・方向性を示して統括責任を担っている。
Ⅰ-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	障がい者福祉に関連する法令のほか労働・衛生・保健等幅広い法令順守が求められることから、管理者の下に組織的な分担をはかり業務の適正な執行に努めている。
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り組みに指導力を発揮している。	a	社会の多様な質的変化や人権認識の向上などの必然的要請に応じて、従来業務を見直し、実施・評価・分析過程の検討、職員の意向の吸収・確かめが求められている。「コミュニケーション面談」方式を導入して職場の人的環境の改善や業務意欲を喚起するなど指導的役割りを果たしている。
Ⅰ-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	多様化する福祉サービスニーズに応えるには職員の人材の確保・養成に努め、人事・労務管理の適正化、財政的な合理化・効率化を図っている。また、地域のニーズに合わせたエコ油の再生・生ごみ再生事業など新事業の取組み、地域ボランティアの導入など工夫を重ねて業務の効率化と改善に努めている。

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	関係団体の研修会参加、行政との連携、インターネットの活用などにより社会福祉事業全体の動向を把握し、特殊支援学校、地域の行政担当者などからサービスのニーズ、データーなど情報収集し事業計画に反映している。
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り組みを行っている。	a	経営状況を把握・分析し、定員増（20名から40名）を行い、利用者が就労しやすい作業を提供し支援している。運営上の課題については、法人の運営会議で協議し改善すべき課題に取り組んでいる。
Ⅱ-1-（1）-③ 外部監査が実施されている。	a	税理士・公認会計士法人との契約による経理事務・財務分析・外部監査の指導を得ている。

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	事業計画に基づき具体的プランは確立しているが、専門的技術を持っている人材確保は難しく、法人全体の異動計画に基づき、適材適所の人材確保に努めている。
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。	b	年2回職員は自己チェック表を提出し上司とのコミュニケーション面接を受ける。職場の人的環境の改善、自己の業務の気づきによる自発的改善、資質の向上を目的として導入している。結果は組織的に認められ施設長会議等で協議する評価体制がある。今後の効果的成果に期待したい。
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。	a	職員の就業状況が記録され、有給休暇の消化状況が毎月の給料支給表に記入され通知されている。また、職員の意向を把握するため、職員アンケートの実施、コミュニケーション面接を行うなど、相談しやすい仕組みを整備し、就業状況の改善に向けた取り組みをしている。
Ⅱ-2-（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、法人の職員福利厚生会による職員の交流など福利厚生に取り組んでいる。
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	職員の教育・研修は、法人の基本方針、事業計画に基づき実行され、専門資格取得のための配慮もしている。
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り組みが行われている。	a	職員の知識、専門資格の必要性などを把握し、研修計画を策定している。また、法人として研修委員会を設け、法人全体の研修を実施しています。
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	復命書により報告し、朝の打ち合わせ時に研修成果を発表する機会を設けるなど、次の研修計画に反映する取り組みをしている。
Ⅱ-2-（4） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-（4）-① 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	実習生受け入れに関するマニュアルが整備され、利用者等への事前説明を行い、責任体制を明確にしている。
Ⅱ-2-（4）-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	b	社会福祉に関する資格取得のための実習依頼はないが、銀山学園の実習生を関連体験実習として受け入れている。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-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。		
Ⅱ-3-（1）-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。	b	法人としてリスクマネジメント委員会を設け、非常災害時対策・危機管理体制について月1回協議している。法人の共通マニュアルとして緊急対応マニュアルなどが整備されているが、作業に伴う危機管理体制の充実を図るため、事業所独自の事故対応マニュアルの整備が望まれる。
Ⅱ-3-（1）-② 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	ヒヤリハット報告書に基づき、リスクマネジメント委員会で協議し、対策を実行している。消防署の協力で非難訓練・消火器取扱いなど実施している。



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	「地域住民の一人として社会で生きる喜びを享受できるよう」を基本に、町内会加入、地域行事（お祭り、文化祭、ダンスパーティ）、地域ボランティア（草刈、祭り会場設置等）など地域への働きかけを積極的に行っている。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	ドライフラワー講習会、地域学校を対象とした出前講座、エコ作業（食品廃油回収、食品廃棄物回収）など、施設の特長機能を地域への提供など積極的に取り組んでいる。
Ⅱ-4-(1)-③ 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。	b	ボランティアを確保することが難しい地域であり、関連施設でボランティア講習会を開催し、マニュアルを作成、ブルーベリーの収穫にボランティアを受け入れているが十分な体制にはなっていない。
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。	b	関係機関・団体の連絡方法等は、パソコンのネットワークを利用し、全職員が共有するシステムを取り入れている。パソコンのネットワーク項目が多く分かりづらいので検討が望まれる。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	就労支援センター、管内の授産施設、関係機関等と定期的に課題や事例検討を行い連携を図っている。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	法人として相談ネットワークを設け、地域の福祉ニーズの把握に努めている。事業所は、家族会、利用者との個別面談、事業所内に「何でも相談箱」を置き福祉ニーズの把握に努めている。また、関係機関等との連携・情報収集など積極的に取り組んでいる。
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	把握した福祉ニーズに基づき、法人として福祉ホーム、ショートステイ、デイサービスを行っている。

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り組みを行っている。	a	利用者の尊重や人権への配慮につき年1度セミナーを開いて組織的な勉強会を実施するなど職員に周知をはかっている。
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。	b	個人情報保護のマニュアルを整え職員に周知している。なお、実施過程の見直しを期待したい。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	保護者を含む利用者支援会議は年2回開催、夏・冬帰省時のアンケート調査と分析、月1回の利用者会議で作業等を含む満足・苦情の確認等を行っている。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	調査結果を分析し、改善課題を記録に留めて利用者参加の下に検討会議を開き具体的な改善を行っている。
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。	a	なんでも相談箱の設置、日常相談窓口職員を選び相談できる体制、ルビつきの文章でわかりやすく周知し相談や意見の出しやすい場を設けるなど環境に留意している。
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	苦情解決のための担当職員を決め、苦情等意見の分析・確認・記録し利用者と同様に課題解決を相談・協議できる場・機会を設けている。
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。	a	組織的に対応マニュアルに添った対応と利用者の意向を確かに受止め迅速な解決法で臨んでいる。

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り組み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	第三者評価に係わる部署を設けて受審体制を整え、自己評価を行い分析している。
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ている。	a	評価結果を検討すると共に改善課題を明確にして文書化して、解決にあっている。
Ⅲ-2-（1）-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	今回の第三者評価の受審の結果によって得た改善課題を次年度に計画化するように検討している。
Ⅲ-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。		
Ⅲ-2-（2）-① 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。	b	就労的支援についての基本的なサービス方法をガイドブック等に文書化しているが、なお、利用者個々についてのサービスの標準的な実施方法の具体的な文書化が望まれる。
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。	b	実質的に支援会議、ケース会議、モニタリング会議等サービスの具体化を図っているが具体的な標準方法の文書化に基づく見直しや検証などの仕組みが望まれる。
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	個々のサービス各種日誌・個別記録を保存管理している。
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。	a	記録の保存・管理は職員の責任を明らかにした管理体制を保持している。
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	業務の始めにあたっての打ち合わせ、個々の業務展開についての支援会議、ケース会議、カンファレンス後の情報の共有化には特段の留意を払っている。

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	独自のホームページで理念の説明、施設概要、詳細な事業内容などを公開している。年間行事などの写真等を入れたパンフレットを作成し、また各事業所の取り組み等掲載した法人だよりは、関係機関・団体等に配布している。体験見学も随時行っている。
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	利用者にも分かりやすいようにふりがな表記した契約書、重要事項説明書などにより利用者や家族に十分な事前説明がされており、利用者の同意も確認している。
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	今までは法人内での移行が殆どであるが、生涯にわたる安心を保障提供できる体系の確立のため各施設に担当者・窓口を設置し必要に応じ法人の相談支援ネットワーク担当者会議を開催し利用者への支援継続の取り組みを行っている。事業所独自のマニュアルの整備を期待する。

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	利用者の身体状況、生活状況、行動の変化・特徴、希望などを把握し統一した様式で記録し、年2回定期的に見直しをしている。
Ⅲ-4-（1）-② 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	アセスメントにより把握された情報を基に個別支援計画が策定され、個々のニーズや課題を具体的に明記している。
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	計画策定責任者が適切に策定の管理をしており、計画策定のための関係会議を行い、利用者の意向を把握し同意を得ている。事業所内パソコンをネットで繋ぎ全職員がその内容、実施状況が確認できる仕組みが出来ており機能している。
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	利用者の意向に配慮しながら年2回個別支援計画の定期的な評価と見直しを行っている。必要に応じて支援会議やケース会議で計画の見直しをし、利用者や保護者の同意を得て変更している。

## 社会福祉法人 後志報恩会 長橋寮 総評

### <特に評価の高い点>

#### 1. 積極的な地域移行と受け皿整備

「地域住民の一人として社会で生きる喜びを享受できるように援助を行う」ことを基本方針に、基幹施設の和光学園等の就労事業所と連携して、当長橋寮他 8 事業所（グループホーム）の生活の場を開設しています。利用者にとって最適な生活環境が整備して地域移行を積極的な受止めています。

#### 2. 相談体制の充実と生活の安定

生活支援員や世話人への支援は指導・育成研修計画の下に支援技術や相談技能研修で資質の向上を図っています。利用対象者への支援は生活体験訓練、入所不安解消の取組みやスーパーバイザーを配置して支援員等の指導や利用者の生活の安定と定着に努めています。また、関連（グループホーム）施設間では、毎月、職員と利用者との話し合い（寮会議）や必要に応じた個別面談を行い、安心して日常生活を過ごせるよう支援して効果を上げています。

### <改善を求められる点>

#### 地域との交流促進について

地域との関わりは、基幹となる和光学園の体育館の開放、ボランティアの受入れ、授産製品作り体験、地域障害者の相談窓口設置など積極的に行われています。

施設（グループホーム）としては、町内会に加入し地域のお祭りなどに参加していますが、さらに、地域との交わりを深めて地域ボランティア活動、地域行事への参加など地域との積極的交流を期待します。

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

社会福祉法人 後志報恩会 長橋寮

## 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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	長橋寮は障がいのある利用者対象にひとり一人が安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造を理念として、ノーマライゼーション社会の実現を目指すとしている。これら理念は職員が共有する「職員ガイドブック」等に明記している。
I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	サービス運営の基本方針を利用者支援の基本的視点、職員の取るべき支援姿勢、地域社会資源の活用と連携の3方針を「職員ガイドブック」等に明記して理念の具体化を図っている。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	全ての職員が理念・基本方針を明記した業務執行の基本的な知識・技術・経験の成果を纏めた「職員ハンドブック」を携帯、日常的な業務執行や打ち合わせ・研修の機会に活用して資質やサービスの向上に活かしている。
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	サービス理念・基本方針を明記した利用者・家族向けのパンフレット、法人たより等は手もとに置き、利用者の生活指導場面に活かしている。なお、法人ではよりやさしい言葉や文章に表現できるよう職員に募って検討しており、その成果に期待したい。

### I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (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) -① 中・長期計画が策定されている。	a	長橋寮は1990年道立和光学園の後志報恩会への移管に伴う施設・設備整備計画の下に、対象利用者の共同生活援助・ケア施設計画に基づいて逐年施設の整備を図ってグループホーム長橋寮を設置してきた。これら関連する事業の拡大と共に整備を図り、当施設の運営計画などを年次計画に具体化して示している。
I-2-1 (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	2006年以降にあっては、上述の計画を踏まえて当施設の各単年度の計画を具体的に決定している。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	a	中長期計画とその具体化は法人の意向及び当施設運営の課題を提起し、当該組織での各業務分掌に応じた組織的過程を経て計画を決定している。
I-2-1 (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員への周知は政策部局と執行過程段階での協議と周知を図って利用者の利益に寄与している。従来、多くの計画が利用者・家族の要望を受け、施設・設備の整備を図ってきた。この方針の下に利用者と共に地域移行支援や生活広場の拡張をめざしている。

### 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 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (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	事務分掌規定は管理者の役割と責任を明確にし、学園運営の組織的な役割分担の下に、統括すべき職員会議等で指導し、判断を下し、全業務の執行と点検・評価・方向性を示して統治責任を担っている。
I-3-1 (1) -② 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	障がい者福祉に関連する法令のほか労働・衛生・保健等幅広い法令遵守が求められることから、管理者の下に組織的な分担任をはかり業務の適正な執行に努めている。
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (2) -① 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	社会の多様な質的变化や人権認識の向上などの必然的要請に応じて、従来業務を見直し、実施・評価・分析過程の検討、職員の意向の吸収・確かめが求められている。「コミュニケーション面談」方式を導入して職場の人的環境の改善や業務意欲を喚起するなど指導的役割りを果たしている。
I-3-1 (2) -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	多様化する福祉サービスニーズに応えるには職員の人材の確保・養成が不可欠であり、併せて人事・労務管理の適正化、一方財政的な合理化・効率化が求められている。与えられた諸条件に業務委託、ボランティアの導入、人的環境の改善など工夫を重ねて改善に努めている。

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。	b	入所者に関連して関係機関・団体の研修会等に参加するとともに、統括する法人本部・和光学園関連から入所者情報を収集している。施設単体としては、状況把握の取組みが十分ではない。
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り組みを行っている。	a	経営状況は法人全体、和光学園関連で把握し施設経営、運営上の課題については、法人の運営会議（月2回）、和光学園関連会議で協議し改善すべき課題について取り組んでいる。
Ⅱ-1-（1）-③ 外部監査が実施されている。	a	本年度から税理士（公認会計士）法人による経理指導・監査について契約締結し指導を得ている。

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。	a	施設として必要な人員配置基準を遵守し、家庭的な生活支援要員を確保している。生活支援要員である支援員や世話人の育成計画を策定し、外部有識者をスーパーバイザーとして配置し、支援技術の向上に成果を挙げている。
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。	b	年2回自己チェック表を提出して「コミュニケーション面談」方式を導入して職場環境の改善、職場業務の自己気づき評価、質的養成を目的としている。複数段階の上司との面談による評価体制を整えようとしている。今後の成果の成熟化に期待したい。
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。	a	職員の就業状況が記録され、職員の意向を把握するためのコミュニケーション面談を行うなど、相談しやすい仕組みが整備され、就業状況の改善に向け取り組んでいる。
Ⅱ-2-（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、法人の職員福利厚生会による職員の交流など福利厚生に取り組んでいる。
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	職員の教育・研修は、法人の基本方針、事業計画に基づき実行され、専門資格取得のための職務免除の配慮もしている。
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り組みが行われている。	b	法人として研修委員会を設け、法人全体の研修計画を立案し実施している。今後は個々の職員の知識、専門資格の必要性などを把握し、実施することが望まれる。
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。	b	研修報告書により定時・定例に報告しているが、研修成果を発表する機会を設けるなど、次の研修計画に反映する取り組みを期待する。
Ⅱ-2-（4） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-（4）-① 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。		グループホームは個人の居住の場のため実習生は受け入れていないので評価しない。
Ⅱ-2-（4）-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		グループホームは個人の居住の場のため実習生は受け入れていないので評価しない。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-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。		
Ⅱ-3-（1）-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	法人としてリスクマネジメント委員会を設け、非常災害時対策・危機管理体制について月1回協議している。緊急対応マニュアルなど各種マニュアルが整備され、事業所には自動通報装置を設置している。なお、現在セキュリティシステムの導入を検討している。
Ⅱ-3-（1）-② 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	避難訓練、防火講座を受講するなど事故防止に関する研修を行い、ヒヤリハット報告書に基づきリスクマネジメント委員会で協議し対策を実行している。年1回非難訓練を行っているが十分とは言えない。冬季、夜間、地域住民との協力を得ながらの訓練を期待したい。

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。	b	「地域住民の一人」として自立と社会参加を促進するための支援を基本とし、地域お祭りへの参加、買い物などを通して地域への働きかけを行っているが十分とは言えない。今後は利用者が可能な限り地域とのかかわりの持てる支援を期待したい。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		施設機能の還元は性質的に妥当でないので評価しない。
II-4-(1)-③ 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。		グループホームは個人の居住の場のためボランティアは受け入れていないので評価しない。
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。	b	事業所には協力医院・関係機関を掲示しているが十分ではない。今後は利用者の状況に対応できる関係機関・団体の機能や連絡方法をリストにし、誰でも分かりやすい、情報の共有化を図ることを期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	複数事業所間の連携事業で定期的に課題や事例検討を行い連携を図っている。今後は利用者の生活の事情に応じて関係機関との連携の機会を確保し、共通する問題の解決に向けて共同して取り組むことを期待したい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	法人として相談ネットワークを設け、地域の福祉ニーズの把握に努めている。事業所としては、利用者との寮会議を毎月開催するとともに保護者との懇談、事業所内に「何でも意見箱」を置き福祉ニーズの把握に努めている。今後は施設として、関係機関等との連携・情報収集など積極的な取り組みが望まれる。
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	把握した福祉ニーズに基づき、法人として福祉ホーム、ショートステイ、デイサービスを行っている。

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り組みを行っている。	a	利用者を尊重したサービス提供の基本姿勢に関しては寮内に掲示している重要事項説明書や事業方針、理念、職員ガイドブックに明示している。会議や研修会で共通の理解を図り、「人権侵害0への誓い」利用者の呼称の配慮等具体的に取り組んでいる。
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。	a	利用者のプライバシー保護については、マニュアルが整備されており会議や職員ガイドブックで職員に周知を図っている。マニュアルに基づいて個々の私生活を尊重するサービスが実施され、寮は各自個室でトイレ、浴室等住環境に配慮されている。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	定期的に1ヶ月に1度「寮会議」が開催され利用者と職員が話し合いをもっている。利用者個々の要望の把握に努め、ケース会議等に於いて改善課題の発見や対策について討議し利用者満足の仕組みを整備している。
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	寮会議や保護者会等で把握した利用者満足の調査結果はケース会議等で分析・検討している。調査結果を活かして具体的な改善に向けて取り組むようケアプランを作成して対応している。
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。	a	日常的に利用者が相談し易い雰囲気を作っており、定期的に行われる寮会議では意見を述べ易いように配慮している。「意見箱」の設置やアンケートの実施、保護者会等で利用者・家族の意見を聴いている。
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	苦情受付担当者、苦情解決責任者、複数の第三者委員(ホバークラブ)が配置され苦情受付体制が整備されている。苦情解決の仕組みを説明した内容が重要事項に記載されており、わかり易い表現内容で寮内に掲示され周知されている。
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。	a	利用者からの意見や苦情は具体的に福祉サービスの改善に反映するようマニュアルを整備し取り組んでいる。

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り組み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。	b	サービス内容については利用者との面談や会議等で評価・討議されることはある。今回の第三者評価は組織として取り組んでおり、自己評価・外部評価の実施により結果を分析し、改善を期待する。
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ている。	b	職員の参画により自己評価を作成している。今回の第三者評価により実施した評価結果を分析し組織として取り組むべき課題について検討するよう期待したい。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画 を立て実施している。	b	評価結果から明確になった課題については現在は改善策を策定していないが、今後改善計画を立て実施する方針であり、成果を期待したい。
Ⅲ-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。		
Ⅲ-2-(2)-① 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を文書化し、それに基づいてサービスを提供している。年に1度アセスメントを行ないサービスプログラムを作成する。会議や研修により職員に周知している。
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。	b	個々の標準的なサービスの見直しについては半年に1度定期的に検証し見直しを行なっている。職員や利用者の意見や提案が反映されるよう検討会議等で協議しているが具体性にかけるなど十分でない。
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	利用者一人ひとりのサービス実施状況は統一した方法で具体的に記録されている。記録は寮日誌に記録されパソコン入力して共有化を図っている。
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。	a	利用者に関する記録は個人情報保護の立場から取り扱いや保管場所に配慮している。寮内の金庫に個人情報記載の書類を保管し、個人情報ファイルは本部(学園)に保管している。情報開示については組織の規定に従って行なっている。
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	ケアカンファレンスや寮日誌、口答等で利用者の情報を職員間で共有している。パソコンのネットワークシステムを利用して事業所内の必要な情報を職員間で共有できるように整備している。

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	パンフレットの配布、利用希望者等の案内等サービス内容についてわかり易く説明し対応している。インターネットを利用して組織を紹介したホームページを作成するなど「報恩会」として積極的に各施設や寮の情報を公開している。
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	サービス開始前には利用者や家族にサービス内容や料金が記載された重要事項説明書等の書類を用意して説明し同意を得るよう行なっている。説明書や書類はわかり易く利用者にも理解できるように配慮している。
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	事業所の変更、家庭への移行を行なう場合は、関係書類などを引き継ぎ、サービス終了後も組織として利用者や家族が相談できるように窓口を開き支援を行ないサービスの継続性に配慮している。

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	利用者の身体状況や生活状況を正確に把握する為に組織が定めた統一した様式によるアセスメントシートを利用して記録している。アセスメントは定期的に見直し個別支援計画を策定している。
Ⅲ-4-(1)-② 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	利用者の課題はアセスメントによって把握された情報をもとに検討され、個別支援計画が策定されている。サービス実施上のニーズや課題を具体的に記載するよう行なっている。
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策定責任者を決め、関係者の検討・討議を重ねて策定している。計画内容は担当者、生活支援員、管理者等各責任者の確認の下に適切な策定過程の体制を整えている。
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	サービス実施計画は半年毎に定期的にモニタリングを行い、策定責任者、関係職員参加で検討会議を持ち、状況変化に応じて計画内容の変更を行っている。

## 小樽市さくら学園 総評

### <特に評価の高い点>

#### 1. 職員ガイドブックの策定

児童の尊重とサービスの質の向上は、福祉サービス事業の従事者に求められる職業的倫理です。当法人では、法人の理念、方針、職員の心得、利用者の権利擁護、リスクマネジメント、苦情・要望への対応、サービス評価基準、虐待・体罰の禁止、ハラスメントの禁止などを網羅した「職員ガイドブック」を作成し、全職員が携帯しています。その活用は年度当初の職員会議等で確認し、日々実践に用いています。人権擁護の施設経営は、施設職員の意識の芽生えがなければ至難の業であり、その認識で先進的で開明的な施設創りへの積極的な取り組みを高く評価します。

#### 2. 密接な家庭との連携

本園の療育方針は「家庭との連携を密にし、十分話し合いを深め、理解・協力していきます」と定め、家庭訪問週間、個別懇談週間、連絡ノート、毎月の保護者会、保護者研修会、日常の電話相談に取り組んでいます。

児童の支援計画の策定や個人情報に関わる事項等も、必ず保護者の意向や承諾のもとに進め、家庭との連携を強化して園児の全面的な発達を図る積極的な姿勢がうかがえます。

#### 3. 障がいのある園児の発達に適切な療育内容

本園は『遊びの中で、一人ひとりの子どもに適切な療育を行う』と方針を定め、療育目標として基本的な生活習慣の確立、健康な身体の育成、コミュニケーションの形成、環境整備、家庭との連携の5点を定め、療育実践に取り組んでいます。

園内遊びや園外遊びでは、手先の巧緻性、健康な身体、他園児と関わりを深めるための『遊び』が工夫され、その内容は障がい児の全面的な発達の観点から適切であり、また学園内はお雛様や園児の作品が展示され明るく楽しい雰囲気のもとで実践しています。さらに、最新のPEPⅢ検査（コミュニケーションと関連する療育検査）を取り入れ、保護者と共に障がいのある園児の理解を深め、相互の連携により園児の全面的な発達を図る実践を評価します。

### <改善を求められる点>

#### 1. 標準的実施方法の策定が必要です。

福祉サービスは、園児一人ひとりの状況に応じたサービスを提供する必要がありますので、個別療育計画には個別のサービス内容、課題、獲得した力などは明示しております。しかし、一定の水準以上のサービスを提供するためには、サービス実施時点での留意点やプライバシーへの配慮など事業者として実施事項を文書化することが求められ、検討を期待します。

#### 2. ケース会議との日時の記録保存

職員会議時に行われるケース会議について、会議に提出された資料等は保存されていますが、随時行われるケース会議の日時の記録が不明です。ケース会議が開かれたその都度の、会議の日時、内容、出席者等の記録が必要で、検討を期待します。



# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

小樽市さくら学園

## 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	学園は 障がいのある利用者対象にひとり一人が安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造を理念とし、ノーマライゼーション社会の実現を目指すとしている。職員が共有する「職員ガイドブック」等に明記している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	サービス運営の基本方針を利用者支援の基本的視点、職員の取るべき支援姿勢、地域社会資源の活用と連携の3方針を「職員ガイドブック」等に明記して理念の具体化を図っている。
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	全ての職員が理念・基本方針を明記しかつ業務執行の基本的な知識・技術・経験の成果を纏めた「職員ハンドブック」を携帯、日常的な業務執行や打ち合わせ・研修の機会に活用して資質やサービスの向上に活かしている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	サービス理念・基本方針を明記した利用者・家族向けのパンフレット、法人たより等は手に取れる場に配布し、利用者の生活指導場面に活かしている。なお、法人ではよりやさしく言葉や文章に表現できるか職員に募って検討しており、さらなる成果に期待したい。

### Ⅰ-2 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。	a	学園は2007年から2012年まで後志報恩会が小樽市から指定管理を受託。適宜にあたっては市の次世代育成支援行動計画、児童福祉法令・市条例に基づいて運営している。
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。	a	2007年小樽市の業務受託以降、小樽市次世代育成支援行動計画に順じ、小樽市と協議して、学園の各単年度の事業計画に具体化している。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	小樽市の受託契約条項・市の支援行動計画等に順じ、受託法人組織の各業務分掌に応じた組織的プロセスを経て計画の執行を決定している。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員は小樽市が作成した障害児の支援計画の基本的理解と受託関係の意義を認識して、保護者との共通理解を図って保護者と共にサービスの向上を目指している。

### 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	事務分掌規定は管理者の役割と責任を明確にし、学園運営の組織的な割り分担の下に、統括すべき職員会議等で指導し、判断を下し、全業務の執行状況の点検・評価・方向性を示して統括責任を担っている。
Ⅰ-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	障がい者福祉に関連する法令のほか労働・衛生・保健等幅広い法令遵守が求められることから、管理者の下に組織的な分担をはかり業務の適正な執行に努めている。
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り組みに指導力を発揮している。	a	園は社会の多様な質的変化や人権認識の向上などの必然的要請に応じて、従来の業務を見直し、実施・評価・分析過程の検討、職員の意向を吸収・確かめている。この実現を図る「コミュニケーション面談」方式を導入して、職場の人的環境の改善や業務意欲を喚起するなど指導的役割りを果たしている。
Ⅰ-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	多様化する福祉サービスニーズに応えるには職員の人材の確保・養成が不可欠であり、併せて人事・労務管理の適正化、一方財政的な合理化・効率化が求められている。与えられた諸条件に業務委託、ボランティアの導入、人的環境の改善など工夫を重ねて改善に努めている。

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 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-1 (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	本年の経営は指定管理者受託事業として、指針となる障害福祉サービス等の数値目標や提供体制の確保などに関する「小樽市障害福祉計画」に基づき事業を進めており、中長期計画に順じ行政等の情報を的確に捉えて運営している。
Ⅱ-1-1 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	5年間の指定管理委託契約に基づき業務の執行に当たっており、障害福祉サービスの詳細に当たっては小樽市の指導と協議を重ねつつ合理的な運営に取り組んでいる。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	a	小樽市の委託事業のため、小樽市による監督及び監査により適切な事業運営を実施している。法人としても当学園の運営につき公認会計事務所と契約し、経理事務、財務分析、監査指導を受けている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1 (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。	a	委託契約に基づき指定職種、資格者を有する職員を指定数確保して適切な業務の執行をしている。
Ⅱ-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	職場環境の向上、自発的な業務改善（気づき）、職員の資質向上と育成を目的に年2回自己チェック表を提出し、年1度の上司との【コミュニケーション面談】を行う方法で効果を上げている。今後の積み重ねによる効果測定結果など活用の成熟化に期待したい。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (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。	a	職員の有給休暇消化率や残業状況のチェックを行ない、かつ、職員との「コミュニケーション面談」を年2回～3回に増やし、職員の就業状況把握と意欲や意向を確認して職場の人間関係の向上に活かす業務や職務の改善を図っている。
Ⅱ-2-1 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	北海道社会福祉事業民間職員共済会等に加入しており、検診から福利厚生まで総合的に実施している。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-1 (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	法人事業計画の運営方針は一人と向き合える職員の質を高め、専門性の高い職員集団を育成するとの方針と計画の下に職員の教育・研修を行っている。
Ⅱ-2-1 (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り組みが行われている。	a	全職員による学園内研修は、親の子どもを育てる気持ち、心のケア、あそび、コミュニケーション、家族・兄弟支援など47回に及ぶ研修の実施。法人内の個別状況を含む研修・外部研修を組織的に取組み、また、他地域施設との職員交換研修を行い、職員の視野の拡大、資質の向上に役立っている。
Ⅱ-2-1 (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	職員の資質向上を目的に計画的な研修受講の取組みを行うと共に、見直しを含め多様な取組みを行っている。小樽市との指定管理受託後数年を経過してさらなる指導方法の開拓研究などに全職員が挑戦すべく努力を奮っている。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (4) -① 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	基本姿勢は実習校の指導課程に順次、受け入れ態勢は施設長・主任を中心に、母子通園学級、単独通園学級等のクラスに亘っての実習を全職員で対応している。
Ⅱ-2-1 (4) -② 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	実習内容は、派遣校の指導課程に応じて、母子通園学級と単独通園学級の両クラスを体験するよう取組み実習効果を高めている。実習期間中は派遣校と密接な連携を取り指導している。実習後はボランティアとして受け入れるなど継続的な関係を維持して更なる向上に当たっている。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-1 (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。		
Ⅱ-3-1 (1) -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	全職員参加によるリスクマネジメント会議、衛生会議を毎月開催し、事故、感染症の発生防止を図っているほか、インフルエンザ、ノロウイルス、中登、誤飲等の各種緊急時マニュアルを作成し、利用者の安全確保に努めている。
Ⅱ-3-1 (1) -② 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	上記会議で、ヒヤリハットの発生傾向、背景、原因を分析し、再発防止の取り組みを行っている。また、出火場所と避難方法を変えた避難訓練を毎月行うとともに、消火訓練を実施している。

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	地域とのかかわりの重要性を大切にしており、関連する小学校・幼稚園・保育園・関係機関連携、また、園児及び家族の交流会を年2回開催している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	契約の有無に拘わらず、助けの求めに手を差し伸べる精神で、子どもと困っている家族の保育、心のケア、成長に向けた相談支援を行っている。また、おもちゃライブラリーとして年3回の園開放。「自闭症」をテーマの講演会には地域の保育園、養護学校、幼稚園、親の会等から多くの参加を得ている。
II-4-(1)-③ 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	受け入れは年間計画を策定の上、学校に、地域のおもちゃライブラリーに、実習生を通じてなど多様な方法で計画的に要請し、行事の準備、後片付け、園児の対応補助として対応している。ボランティアの目的は学校の学習の一環や社会体験など多様な対応をしている。
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	対象児やその家族のため、市保健所、子ども発達支援センター、道立子ども医療・療育センター等関係障害指導機関、市内の医療機関との連携を明確化している。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	上記障害指導機関の保育士、言語聴覚士、作業療法士等と必要に応じて専門的な情報交換を行なっている。また、学園と保育所との2か所並行通園には日常の送迎、日々の療育、保護者・保育所との情報共有、市関係機関との横断的な連携に留意している。今後とも他機関とのケース会議など更なる発展を期待したい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	小樽市と連携の下に、地域障害対象児童の実情等の情報収集や福祉ニーズの把握に努めている。また、契約者以外の広域な人々からの療育相談を受けるなど、関係者や関係機関との情報交換と把握に努めている。
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	地域の人々からの相談、毎月1回開催する親の会を通じて障害を持つ家族への支援など活発な活動を行っている。また、卒園後幼稚園で対応が出来ない園児の再受入を図るなどきめ細かな対応が見られる。

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り組みを行っている。	a	入園のしおりに「子どもの個性や様子を光を当てて関わる」、事業計画にも「一人ひとりが生き生き自分らしく生活できる」こと、など利用者尊重の視点を明示している。職員会議やケース会議で方針や課題を検討し、共通理解の下で取り組んでいる。
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。	a	法人内でプライバシー保護に関する規程を整備し、利用者の状況や家庭環境等を保護者の同意を得ないで口外しないよう職員会議等で申し合わせている。また、保護者には契約時に説明されているが、保護者会など継続的に取り組むことを期待したい。
III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	定期的な保護者会の開催、家庭訪問、個別懇談会、連絡ノート、意見箱、日常の電話相談、登園時の対応等で保護者の意向の把握に努めている。内部監査での指摘を受け、アンケートで保護者の本音を掴もうとする取り組みも始められており、サービス向上への反映が期待できる。
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	保護者からの意見等は担当者から園長に報告されケース会議や職員会議で検討し療育内容の改善に結びついている。園児の発達を促す「遊び」を療育計画の中心に据え、園児が満足して生活できるような配慮が見られる。
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。	a	保護者からの相談はクラス担任はじめ園長、全職員が受ける仕組みができています。連絡ノートや日常の電話相談、個別懇談等あらゆる場面で相談を受ける体制が整えられており、保護者にも周知している。
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	苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を設け、保護者が集う団楽室に掲示している。契約時には契約書や重要事項説明書で説明し、苦情を積極的に受け止める姿勢を明示し、保護者等に周知している。
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。	a	苦情対応マニュアルが整備され、保護者からの苦情等についてはケース会議や職員会議に諮って対応を検討する体制が出来ている。苦情が出されたときには極力即日解決することになっている。

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り組み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	法人として評価基準を設け職員全員が自己評価を行い利用者の権利尊重や職人としての資質の向上に向けて組織的に取り組んでいる。
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ている。	a	保育サービス内容やサービス支援計画の達成度や課題についてはクラス会議、ケース会議、全員参加の職員会議で検討し評価の結果を次年度の計画に反映させている。このたび第三者評価を実施したのでサービス内容についての組織的な取り組みが期待できる。なおケース会議等の実施日の記録を残すことを求めたい。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	
Ⅲ-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。		
Ⅲ-2-(2)-① 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。	b	療育内容（ディリープログラム）やサービス支援計画にサービス内容・実施方法が明示されている。週案は担当者が作成し職員会議で全員に周知され、サービスが実施されている。今後、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示された標準的実施方法を策定されることを期待する。
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	週案や療育内容、サービス支援計画については打ち合わせやケース会議等で随時評価・見直しを行い、次年度の計画に反映されている。見直しに当たっては保護者や職員の意向が反映する仕組みを整えている。
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	園児一人ひとりのサービス支援計画、観察記録、健康診断記録、検食簿、連絡カードなど適切に記録され園児の変化が読み取れる。その内容についてはケース会議や職員会議で職員に周知され、園児の変化については「保護者連絡簿」で保護者に伝えられている。今後パソコン化も検討している。
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。	b	園児に関する資料記録等は園長の責任のもと適切に管理されている。個人情報保護に関する規程が定められ、保護者にも説明し同意書を得ている。職員の守秘義務を「職員ガイドブック」に明示し徹底を図っている。今後、法人としての文書管理規程を整備することが望まれる。
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	園児の様子については朝・夕の打ち合わせ、指泊日誌、観察記録等で確認し、職員間で情報を共有している。

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	園のパンフレットやホームページで情報提供が行われている。入園する園児は相談機関からの紹介が多いため、必要な資料は相談機関に配布されている。希望者には見学や体験入園を随時受け付けている。
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	入園に当たっては、パンフレット、契約書、重要事項説明書、入園のしおりを基に保護者に説明されている。療育目標、年間行事、家庭との連携、延長預かり、持ち物、通園料、緊急対応など保護者が理解できるように分かりやすく説明されている。疑問点についてはいつでも相談できる体制を整えている。
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	幼稚園や保育所への中途退園者には、園長や主任職員が対応する。保護者連絡簿、引継ぎ文書等は保護者の同意を得て先方に送付し保育の継続に配慮している。

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	園児の入園に当たっては相談機関からの資料で身体状況、生活状況、行動特徴等を把握し、入園後は家庭訪問等で、保護者の意向を把握し計画に反映させている。
Ⅲ-4-(1)-② 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	家庭訪問、個別懇談会、連絡ノート、観察記録等により一人ひとりのニーズや課題を明示している。クラス会議やケース会議で障がいに対応したサービス支援計画を策定し、職員会議で共有化を図っている。
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	サービス支援計画は、アセスメント票、観察記録、保護者面談、連絡ノートなどを基にクラス会議やケース会議で検討し、職員会議で策定されている。週案は作成手順に沿って策定、評価、見直しを行い、保護者の意向を十分踏まえ、発達に配慮した計画になっている。
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	本園では二期制（前期・後期）を取り、学期ごとにクラス会議やケース会議で、わらい、達成度、課題を明確にし、次期計画に活かしている。また、職員会議、ケース会議で、随時見直しを行い、保護者の意向も取り入れ、本園と保護者の連携のもとで取り組んでいる。