

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011年2月18日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 064-0806

住所

札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4
高砂サニーハイツ401

電話番号 011-522-9772

評価機関名 特定非営利活動法人
福祉サービス評価機構Kネット

認証番号 北海道 第10-003号

代表者氏名 理事長 三上 重之

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) | 吉村 信義 | 組織・福祉 | 1 |
| | (2) | 黒河 悦子 | 組織・福祉 | 15 |
| | (3) | 村中 博 | 組織・福祉 | 141 |
| | (4) | 深澤 雅子 | 福祉 | 10 |
| | (5) | | | |
| サービス種別 | 知的障害者入所更生施設 | | | |
| 事業所名称 | 和光学園 | | | |
| 運営法人名称 | 社会福祉法人 後志報恩会 | | | |
| 評価実施期間(契約日から報告書提出日) | 2009年10月14日 | ～ | 2011年2月18日 | |
| 利用者調査実施時期 | 2010年2月9日 | ～ | 2010年3月25日 | |
| 訪問調査日 | 2010年2月22日 | | | |
| 評価合議日 | 2010年11月30日 | | | |
| 評価結果報告日 | 2011年2月18日 | | | |
| 評価結果の公表について事業所の同意の有無 | <input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし | | | |
| | | | | |

和光学園（障害者支援施設－入所支援・生活介護一体型）

特に評価の高い点

1.人権擁護の姿勢の表明

開設 50 余年の歴史ある和光学園は利用者に対する人権擁護の姿勢を「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、利用者支援の姿勢を明らかにしています。また、理念や基本方針をはじめ職員全員に基本的な利用者支援技術や方法、自主的な啓発に至る職員ガイドブックを携帯させて、常時活用するなど組織的な福祉実践の具体的姿勢を示しています。

2.利用者支援環境の体制整備

月例の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を求め、地域の理解や専門職以外の目や耳を窺う環境を作っています。また、アンケートや個別相談を取り入れて意見の申し出の窓口を大きく開いています。

3.利用者への地域支援と社会資源活用の体制

職員の思いと努力で地域社会資源の組織化を図り、多様な活動で利用者支援のため資源活用を図って日常的な利用者の活動の場の広がりを作り、同時に地域に開かれた住民との相互交流の環境づくりを進めています。

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）への参加機会の創出と行事の開催は組織化された地域の社会資源を活用して行われ、利用者の大会参加や出展・発表の機会とその内容を豊かで多彩な催しとしています。

改善が求められる点

1.中長期計画の策定の工夫

施設は 50 余年の歴史的発展過程や利用者支援活動の計画的な実績を有しています。この想いや計画を辿り、その歩みと苦勞を分かち合える、次なる展望をわかり易く、活用し易く、さらに業務意欲を向上・啓発となるような計画書の策定について工夫を重ねられるよう期待します。

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、一層の個室化など住環境改善の検討を期待します。

社会福祉法人 後志報恩会 和光学園

第三者評価結果に対するコメント

(1) 入所施設中心から通所機能拡大への推進

- ・在宅生活者・保護者からの通所利用の希望が増え通所施設機能の拡大整備を行った。
通所施設3施設（障害者自立支援法に基づく機能）

(2) 地域生活移行の積極的な推進

- ・障害者自立支援法に基づき入所施設70名定員からケアホーム・福祉ホームに12名の地域生活移行を行い、定員58名に減員を行った。今後も入所施設利用者の地域生活移行を進めていく。

(3) 多彩な事業運営と独創的な作業の展開

- ① 利用者さんのニーズの吸い上げと余暇活動の充実を目的にソフトボール、バドミントン・バスケット、ティーボールクラブや習字、水彩画、生け花等の習い事、個人で三味線、マラソン大会に参加するなど希望を取り入れた活動を行っている。
- ② 先駆的な作業種の取り組み
 - ・ガラス（吹きガラス製品）、木工（道産木を使用）、クラフト（牛乳パック再生紙）園芸（無農薬野菜）等の特徴ある作業種を取り入れた展開を行い、道内はもとより全国的にも先駆的な取り組みを行っている。また各作業班で販売ルートや下請け作業を取り入れ利用者の収益向上を図っている。

(4) 積極的な地域活動の推進

- ① 地域活動推進のための事務局の受任
 - ・福祉組織活動推進の一環として様々な事務局を引き受けている。
北海道障害者フライングディスク連盟、北海道ソーシャルワーカー協会、小樽友達の輪の会、小樽市知的障害者職親会、福祉のひろば等ボランティアで行っている。
- ② ネイバースクラブの設置運営
 - ・第三者による和光グループ内施設・地域生活利用者さんを対象に年各1回意見や要望、苦情の聞き取りを行い学園職員と懇談会を行っている。ネイバース委員からの提言に対し改善を行っている。
- ③ ガイドヘルパー活動の推進
 - ・ガイドヘルパーに登録した方（ボランティア）が利用者の余暇外出や買い物等のお手伝いをしている。年1回ガイドヘルパーや市民を対象とした救急講習会を実施している。

④ 地域社会教育プログラムの展開

- ・ 町内の小学生に作業プログラムを体験し、昼食を一緒に食べ交流することで障害者への理解を深めている。総合的な学習の時間で施設見学と障害者についての勉強会を実施し、障害についての理解を図る活動を行っている。

⑤ ボランティア・実習生の積極的な受け入れ

- ・ 受け入れ担当者や委員会を設置し実施マニュアルを作成している。敷地内の草刈等、職員と地域ボランティア・保護者が一緒に協力して環境美化を行っている。年間を通して積極的な実習生を受け入れ、将来の福祉人材の育成を行っている。また定期的な施設慰問ボランティア（コーラス・楽器演奏等）の受け入れも行っている。

⑥ 地域との連携と協力

- ・ 町内のお祭りの出店や総会・親睦会に出席し、地域からの理解と広報的な活動に取り組んでいる。町内会に加入（施設・グループホーム・ケアホーム）し地域住民への理解と協力体制を図っている。

今後の課題

(1) 利用者・保護者への理念・基本方針の周知や理解を深める

- ・ 利用者や保護者に理念や方針について説明する機会は有るが、周知や理解を得る取り組みは行ってない。これからは寄り合い（月1回利用者と職員との話し合い）や保護者会等の中でパンフレットや重要事項説明書を活用しながら説明し、理解を深めていきたい。

(2) 中・長期的計画の理解と推進

- ・ 年度当初や職員会議等で施設長から話をしているが、具体性に不透明な点が多く職員に中々理解されていない。また度重なる制度改革が理解を得ることの出来ない要因と思われる。法人・運営会議等の内容や制度変革時には職員に情報を提供し、管理職以外の職員からの具体的な提案も取り入れていきながら事業運営に取り組んでいきたい。

(3) 職員の育成とスキルアップ

- ・ 内部・外部研修等には職員にスキル向上を目的に参加や促しをしているが、研修会への意欲に個人差があり、意欲の相違が感じられる。これからは参加希望等も取り入れ、参加者には事前に研修目的を理解し参加意欲を持って研修に参加させたい。研修等に参加した事で仕事への意欲やモチベーションを高めていきたい。

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 11 月 1 日

| | | | |
|--|------------------------------|-----|-----------------|
| 経営主体 (法人名) | 社会福祉法人 後志報恩会 | | |
| 事業所名 (施設名) | 和光学園 | 種別 | 知的障害者入所更生施設 |
| 所在地 | 〒 047-0156 小樽市桜4丁目3番1号 | | |
| 電 話 | 0134-54-7606 | | |
| F A X | 0134-54-6360 | | |
| E-mail | wakou@cocoa.ocn.ne.jp | | |
| U R L | http://srbshouon.jp/ | | |
| 施設長氏名 | 山崎 忠顯 | | |
| 調査対応ご担当者 | 加賀 洋一 (所属、職名：和光学園 サービス管理責任者) | | |
| 利用定員 | 76名 | 開設年 | 昭和 35 年 9 月 1 日 |
| 理念・基本方針：一人ひとりが安心して共に生活出来る福祉コミュニティの創造 ～ノーマライゼーション社会の実現を目指して～ | | | |
| 開所時間 (通所施設のみ) | 9:00～16:00 | | |

【本来事業に併設して行っている事業】

| |
|--|
| 施設入所支援（58名定員） 短期入所事業（併設型3名） 日中一時支援事業 |
|--|

【利用者の状況に関する事項】（平成21年11月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 18歳未満 | 18～20歳未満 | 20～25歳未満 | 25～30歳未満 | 30～35歳未満 | 35～40歳未満 |
| 名 | 2名 | 2名 | 8名 | 16名 | 22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 |
| 12名 | 5名 | 1名 | 1名 | 名 | 名 |
| | | | | | 合計 |
| | | | | | 69名 |

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

| | | | | | |
|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| 65歳未満 | 65～70歳未満 | 70～75歳未満 | 75～80歳未満 | 80～85歳未満 | 85～90歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 90～95歳未満 | 95～100歳未満 | 100歳以上 | 合計 | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | | |

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1歳未満 | 1～6歳未満 | 6～7歳未満 | 7～8歳未満 | 8～9歳未満 | 9～10歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 10～11歳未満 | 11～12歳未満 | 12～13歳未満 | 13～14歳未満 | 14～15歳未満 | 15～16歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 16～17歳未満 | 17～18歳未満 | 18歳以上 | 合計 | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | | |

○年齢構成（保育所の場合）

| | | | | | |
|-------|-------------|------------|-----|-----|-----|
| 6ヶ月未満 | 6ヶ月～1歳3ヶ月未満 | 1歳3ヶ月～2歳未満 | 2歳児 | 3歳児 | 4歳児 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 5歳児 | 6歳児 | 合計 | | | |
| 名 | 名 | 名 | | | |

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 障害区分 | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | 7級 |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 視覚障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 聴覚又は平衡機能の障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 音声・言語、そしゃく機能の障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 肢体不自由 | 1名 | 名 | 名 | 1名 | 名 | 1名 | 名 |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 1名 | 名 | 名 | 1名 | 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 |
|--------|-----|-----|
| 29名 | 24名 | 16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 | 名 | 3名 | 1名 | 3名 | 0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 | 1名 | 2名 | 6名 | 1名 | 2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 |
| 11名 | 1名 | 0名 | 0名 | 3名 | 8名 |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上 | | |
| 2名 | 4名 | 18名 | 名 | | |

(平均利用期間： 14.5)

【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 | 29名 | 1名 | 6名 | 2名 | 17名 |
| 非常勤 | 3名 | 名 | 1名 | 名 | 1名 |
| | 主任介護職員 | 介護職員 | 保育士 | 看護職 | OT、PT、ST |
| 常勤 | 名 | 名 | 名 | 1名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | 管理栄養士・栄養士 | 介助員 | 調理員等 | 医師 | その他 |
| 常勤 | 1名 | 名 | 名 | 名 | 1名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 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 | 7名 (名) |
| 介護福祉士 | 5名 (名) |
| 保育士 | 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 | 2,546.24㎡ | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | 「1. はい」 「2. いいえ」 |
| | 耐震 | 「1. はい」 「2. いいえ」 |
| (3) 建築年 | 昭和 | 35年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 3～4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)に行って外遊びを行っている。 | |
| (3) 耐火・耐震構造 | 耐火 | 「1. はい」 「2. いいえ」 |
| | 耐震 | 「1. はい」 「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) | 「・大舎制」 「・中舎制」 「・小舎制」 | |
| (2) 建物面積 | ㎡ | |
| (3) 敷地面積 | ㎡ | |
| (4) 耐火・耐震構造 | 耐火 | 「1. はい」 「2. いいえ」 |
| | 耐震 | 「1. はい」 「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）

105 人

・ボランティアの業務

- ・行事ボランティア（ハイキング、和光フェスティバル等）30人
- ・作業ボランティア（織物加工）48人
- ・クラブ活動（バスケットボール）12人
- ・娯楽（婦人合唱）ボランティア15人

【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 5 人

介護福祉士 0 人

その他 29 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。

1. 月一回の「寄り合い」による直接の聞き取り
2. 「何でも意見箱」への投書
3. 年一回のネイバーズクラブ（オンブズマン制度）による利用者への聞き取り調査
4. 苦情解決制度
5. 日常的な個人面談の実施

【その他特記事項】

昭和35年9月に開設された法施行後の道内第1号施設、平成2年9月、道の合理化方針のもと30年目にして（社福）後志報恩会に移管される。入所者がそのまま継続入居し、正職員は全員交代する。長期間続いた公立施設をいかに活性化させるのかが移管後の大きな課題。基本的には施設サービスの地域展開と、個人ニーズの充実が重点。地域に開かれた施設を目指している。

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 | 障がい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明記し、ノーマライゼーション社会の実現を目指している。 |
| 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、今後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) 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し、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・就労支援等の計画化を図り、以降もかつ見直しをおこなっている。 |
| 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年以降にあっても、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り、見直しを行っている。 |
| 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 | 中長期計画とその具体化は、法人組織の各業務分掌に応じて組織的過程を経て策定し、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 | 職員への周知は組織的な政策過程を経て執行過程段階で周知し、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、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と判断を下し、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)-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 | 国の当該福祉事業の全体動向や地域の福祉ニーズを積極的な把握に努め、地域の就業や潜在的消費ニーズ等を求め、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 | 経営状況を踏まえ中長期的な展望の下に経営の合理化・改善と取り組み、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・監査を基に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、仕訳、帳票おこし、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 | 施設では必要な人材、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。人材登といわれる一方で、職員の人員の確保が優先され、計目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。 | a | 年2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、施設、課題解決案、研修等人事施策に活用。他に一般職から上級職へ「昇格ガイドライン」、具体的行動規範を示す「一般職ガイドライン」を用意。施設40年の歩みを活かした個人意思の尊重重視の制度である。 |
| 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、「コミュニケーション面談」で把握し、全体集約を行ない施設で対応すべき事項、法人として施設長会議で人事課題協議の最終決定を決定をしている。 |
| 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実施している。法人研修は新任、役割別、年代別、階層別研修など計目的に対応し職員を研修派遣している。また、自閉症、介護技術等職員の自主研修を開催。4回、100名以上の職員が参加。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、職員の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 | 利用者が地域との交流を促める目的の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、施設行事に参加を求めて共に企画するなど地域の人々が障害者を地域で生活する一人として受け入れてくれる環境づくりに努めている。 |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | a | 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施設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機物作業グループの支援、地域の草刈や行事への参加、行事以外のコース・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 | 関係機関の勉強会（福祉のひろば）や職員会等の連絡協議会と共に、地域関係機関・団体と連携をとり実効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を含め地域障害者の相談窓口の設置、地域の第三者委員の導入、短期入所・給食宅配事業、デイ・グループホームの開設による地域生活支援の拡大、中小企業家同友会との連携、職員研修会を通して地域との学習と啓発をおこなうと共にこれらの関係から地域の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、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 | 利用者や職員の話し合いの場「寄り合い」が毎月定期的に開催され意見・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 利用者満足の向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に「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も周知されている。 |
| 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う体制は整備されているが小集団で様や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提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 | 標準的な実施方法は、利用者の個性・業務の手順・組織的な点検・その対応方法等を明らかにして文書化され、個々のサービスが提供されている。 |
| 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っている。見直しにあたり、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あたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | b | 事業所の変更、地域・家庭の移行時にあたりサービスの継続性の保持に配慮してサービスプログラムやケース記録の引継ぎを行なっている。 |

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) 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書道・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を工夫し環境がある。 |
| 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。 | a | てんかん発作の人への見守り体制を実施している。おむつ使用者は1人のみで、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サービスの標準化を文書化して対応している。 |
| 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 |
|---|---------|--|
| 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 | 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。 |
| 2-（7） 健康管理 | | |
| 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 | 嘱託医が近隣にあり、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。 |
| 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。 | 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、利用者の出版、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。 |
| 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 | 事前に外出障等で希望、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。 |
| 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 | デ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、喫煙が認められている。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。 |