

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)	村中 博	組織・福祉	141
	(3)	金指 良己	福祉	12
	(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	大江学園			
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3月3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="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし			

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット

②事業者情報

名称：社会福祉法人 後志報恩会	種別：障がい者支援施設・障がい福祉サービス事業
代表者氏名：理事長 山崎 忠顯	定員(利用人数)： 50 名
所在地：〒048-2335 北海道余市郡仁木町銀山2丁目134番地	TEL 0135-33-5311

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>1. 職員の気づきと意思を尊重した面談方式評価 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は業務能力活用を目的とする人事考課の効果、スーパービジョンの自己開発的效果、カウンセリングの相談的效果など多様な作用が期待できるものとして、その成果に期待しております。</p> <p>2. 利用者尊重の姿勢と看取りの対応 利用者自治会、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・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実践ができていて、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」の充実に対応しているなど、その取組みは高く評価できます。</p> <p>3. 地域との共生 「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」方針のもとで大江地域の町内会、保育所、小学校、子ども育成会、青年会などと連携した行事の利用者を含む参加と交流があり、施設の交流ホームを開放した絵画・書道・陶芸等作品の展示会を開催して、地域の委員としての利用者を含む町の人々との交流社会の実現に努め成果を挙げています。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>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。</p> <p>2. 保護者会の呼称の再考を 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。</p>
--

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

別紙のとおり

⑥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

社会福祉法人 後志報恩会 大江学園

第三者評価結果に対するコメント

1 高齢期知的障害者支援の充実

※ 高齢期の特性をふまえた支援方法の確立・定着

個々人のライフステージ、そのラストステージを支援することの使命感を基礎にひとり一人をしっかりと受け止めようとする「受容」の姿勢を基本としてきた。その支援課題に向き合うとき、課題を共有し、具体的な介護や支援にあたっては、方法を相互に検証し、より良い支援のあり方に改善していく仕組みづくりが確立できてきた。

※ 病気療養支援から看取り支援まで

およそ20名の利用者の看取りに立ち会うことができた。

入所支援機能の法的な制約を受けながらも、終末までの支援に挑戦できた。

特に医療機関や保護者の会との連携が構築できた。

2 地域と一体的な活動の展開

※ 地域組織への参加(桃の会への参加)

※ 地域と一体的な取り組み行事(クリスマス会、ノーマライゼーション等)

地域の過疎化傾向の中、「活性化への願い」を地域の人たちと共有し、共に支えあう関係づくりができた。その取り組みの中で、十分に「地域生活が実感できる施設の暮らし」が提供できている。

3 リスクマネジメント体制の充実

※ ヒヤリハット、事故報告書の浸透とデータ化への取り組み

利用者の加齢化、機能低下の経過の中でおきる事故、ヒヤリハット。

その傾向や特性にせまり、対策の方向性を示唆する取り組みとして

今後も継続して行くべきと考えている。

4 利用者中心の生活の保証

※ 多様な苦情解決の方法への取り組み

措置費制度が定着し始めた時代開設し、その後、早い段階から利用者の声をきく姿勢を重要視してきた。利用者の自治会組織を立ち上げ、それを継続的に支援してきた。日常生活の中で、個々の要望等を聞く機会や仕組みをつくってきた。

今後の課題

- 1 高齢期知的障害者へのマニュアルが不十分である。
高齢期の特性をふまえた支援方法の確立・定着と評価できる一方で、その手法等が標準化されていない面がある。
多くの事例から蓄積した支援方法を体系化し、「生きることをあきらめない支援」を継続したい。
- 2 将来計画が未作成である。
高齢期知的障害者の状態変化に応じて、施設や設備の整備を実施してきた。必然的な整備計画であったと考える。この先、更に権利擁護の時代、役職員一体となった将来計画の策定が重要と考える。
- 3 人材の育成が不十分である。
福祉事業を継続的に展開するのは「人」という認識が不十分。
貧困な財政事情のなか、施設設備等の整備に目が向けられがち。
開設後25年を経過し、事業継続を支える人材を育成するために、これまで蓄積してきた事業運営の指針、理念をしっかりと伝承することが求められていると考える。
- 4 利用者の想いと苦情解決する道筋が弱い
利用者の声を聞く姿勢や仕組みについては、早い段階から基盤づくりができた一方で、十分に満足できるものではなかったとも考える。
個人の尊厳、利用者の意向尊重、更に促進させるためには、法人の、施設の、職員や支援者だけで対応できるものではないと考える。様々な社会資源の活用、関係機関との連携強化の中で、満足度を高めていくことが重要と考える。

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 22 年 2 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)	大江学園	種別	知的障害者入所更生施設
所在地	〒 048-2402 余市郡仁木町大江2丁目457番地		
電 話	0135-32-3662		
F A X	0135-32-3710		
E-mail	ohe2-457@topaz.ocn.ne.jp		
U R L			
施設長氏名	大洞 忠義		
調査対応ご担当者	金子 修郎	(所属、職名：総務科長)	
利用定員	50 名	開設年	昭和 59 年 4 月 1 日
理念・基本方針：			
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 (定員〇名)

--

【利用者の状況に関する事項】（平成21年12月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	0名	0名	1名	3名	1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
0名	2名	1名	7名	11名	25名
					合計
					51名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

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

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

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

○年齢構成（保育所の場合）

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

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	名	名	名	名	1名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	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	1名	3名	1名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	4名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	3名	1名	名	名	名
合計	3名	1名	10名	2名	1名	1名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
30名	19名	3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	1名	名
合計	名	1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	2名	1名	4名	2名	4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	0名	1名	1名	1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
0名	1名	0名	0名	2名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	0名	0名	28名		

(平均利用期間: 15.27)

【職員の状況に関する事項】(平成21年12月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	34名	1名	4名	4名	21名
非常勤	6名	名	名	名	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	2名
非常勤	名	名	名	名	6名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	1名 ()名
介護福祉士	3名 ()名
保育士	名 ()名
管理栄養士	1名 ()名
看護師	1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	2.145 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	58年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²		
(2) 園庭面積	m ²		
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行き外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年	
(5) 改築年	平成	年	

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制		
(2) 建物面積	m ²		
(3) 敷地面積	m ²		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

140 人

・ボランティアの業務

各行事の際の売店営業、利用者引率、運営参加。余暇支援の講師、園芸作業の助手ほか

【実習生の受け入れ】

・平成 21 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 15 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日々の職員への直接要望。②「利用者の会」（利用者自治会）における要望。③各職員会議への利用者参加（「行事」「文化・スポーツ」「研修」「給食」）④月例職員会議での傍聴時の発言。⑤各ユニットでの毎日の朝礼、夕礼での発言。⑥各ユニットでのフリートーキングでの発言。⑦「苦情解決委員会」での受付。

【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)

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) 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、利用者の生活指導等場面に活かしている。なお、法人誌ではよりやさしく言葉や文章に表現できるか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、対象利用者の生活支援・就労支援等を計画化している。
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各単年度の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	中長期計画とその具体化は法人の方針をもとに事業所の組織の各業務分掌に応じて、組織的・定期的に実施の過程を評価し、見直して策定している。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員への計画の周知は所掌の各業務分掌に応じた定期的な会議・研修で資料化して周知と理解をはかっている。利用者には家族の要望をもとに施設・設備の改善や地域移行計画の具体的な計画を家族会総会や自治会で説明し、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	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事業目的とし、鶴山学園と連携し、かつ大江地域住民の交流と支援をえて地域のニーズを捉えて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	入所者の高齢化と推移、心身の変化と原因分析などを行うと共に、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面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回の自己評価書の提出、【コミュニケーション面談】方式を採用、年度の上回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している。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-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-2 (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	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-2-2 (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-2-3 (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 (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、事業実施にいたる職員研修機会の充実・参加促進を明示している。
Ⅱ-2-3 (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、高齢者の障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-2-3 (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旨の確認をするほか、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-2-4 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-4 (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性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定めている。
Ⅱ-2-4 (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、利用者が地域の一員として生活出来ること表明して20余年、利用者は職員と共に地域の福祉・文化・産業に寄与できる地域行事の企画・参加・共同作業、創作品の展示・販売など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年ボランティア受け入れの基本姿勢を明文化して人材を募集・登録して「大江ボランティアの里」を結成。必要な研修の下に施設環境整備・余閑支援・介護講習を開催。目的的で計画的なボランティア組織体制を整えている。
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にかかわっている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	役場、社協、鏡山学園、障害者団体等で構成する障害者自立支援協議会の基軸となる委員であり、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」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、場面ごとに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、排泄面でも同姓介助などプライバシー保護への配慮が伺える。
III-1-(2) 利用者満足の上昇に務めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の上昇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 利用者満足の上昇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、見直しについてはユニット会議や職員会議等で検討され共通化が図られているが、サービスの定期的な評価体制の役割担当の明確化などを期待したい。
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。	c	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について定めているが、事業所としては取り組み課題の明確化について文章化するなど、検討過程を含め明確化を期待したい。
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。	c	今回の第三者評価受審を機会に、定期的なサービス内容の評価と見直しをもとに、改善策や改善計画を明確にして実施するよう期待したい。
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回定期的に行われ、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。必要時には迅速に対応するよう行なっているが、時間がなく十分な支援欠けることもある。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と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ー化している。月例の給食会議に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量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掃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。送迎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・美容		
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替りなど、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、医師には年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、無人の時は施設管理をしている。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より好評で在宅志向・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み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。