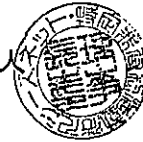


北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2024 年 4 月 15 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 001-0010
 住所 札幌市北区北10条西4丁目1 SCビル2F
 電話番号 011-717-6001
 評価機関名 特定非営利活動法人シーズネット
 認証番号 北海道 22-001
 代表者氏名 理事長 奥田 龍人



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)	奥田 龍人	総合	第0219号
	(2)	藤原 靖広	総合	第0210号
	(3)	箭内 宏行	総合	第0257号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業）			
事業所名称	銀山学園			
設置者名称	社会福祉法人 後志報恩会			
運営者（指定管理者）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)	2023 年 5 月 24 日	～	2024 年 4 月 15 日	
利用者調査実施時期	2023 年 8 月 1 日	～	2023 年 8 月 31 日	
訪問調査日	2024 年 1 月 10 日			
評価合議日	2024 年 3 月 1 日			
評価結果報告日	2024 年 4 月 15 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人シーズネット

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人 後志報恩会

代表者氏名: 理事長 阪口 光男

所在地: 〒047-0156 北海道小樽市桜4丁目6-2 Tel 0134-51-5217

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

1. 生涯にわたる支援の取組

法人開設時の基幹施設であり、開設当初から「施設から地域生活へ」という方針を一貫して掲げており、地域移行支援のためにグループホームを整備して日中活動も充実できるように取組んでいる。振興山村地域でもあり、また比較的重度の知的障害者が多いため、グループホームから普通の地域生活への移行は困難な面もあるが、希望があれば法人の小樽地区や他法人の資源とも連携するなど、利用者の障害の特性にあったライフステージを提供するよう努めている。また、地域での生活がこれまでの生活の質と変わりなくできるように、施設職員とグループホーム職員の連携を密にしている。地域移行が難しい利用者についても、学園での生活が地域の生活と同質になるよう、意思表出の機会を大切にし、意思決定できるよう支援している。

2. 地域の社会資源としての活動

法人理念に「福祉コミュニティ」を掲げ、施設開設時から地域の理解を得るための日常的な交流活動に取組んできている。振興山間地域のため、施設は地域にとっても重要な社会資源となっていて、地元の小中学生との交流や、地域の文化祭、神社のお祭りなど日常的な交流があり、最寄り駅の清掃活動も担っている。地域の要介護高齢者のためにデイサービスも開設している。また、泊原発から15kmという立地であり、放射線防護施設の指定を受け、放射能事故があっても200人が3日間暮らせる備品を全て備えており、災害時などいざというときのために地域住民にとって頼れる存在となっている。

3. 利用者の思いを聞き取る場の重層的な仕組み

利用者の思いや気持ちを聞く機会として「ユニット連絡協議会」を月に1度開催し、そこで出された要望でできることについては速やかに対応している。また、利用者と園長、支援部長が話し合う場が2か月に1回設けられ、そこでも利用者の要望を受け止めている。要望としては、買い物や外出行事が多いが、近隣の市部への買い物は日常的に行い、他にカラオケ、居酒屋、動物園やボーリング、コンサートなど要望があったものにはできるだけ対応している。

4. 人材確保の努力

全国的な福祉人材の確保の難しさに加え振興山村地域というハンデがあり人材確保が厳しい状況にあるが、施設長は後志管内の同種施設に呼びかけ小樽市のショッピングモールで福祉の仕事の楽しさをアピールするイベントを共同開催するとか、地域の世帯に人材募集のポスティングをするなど創意を凝らした取組をしている。また、昨年度より外国人人材を受け入れ、この後も介護福祉士養成校と連携し学費を負担するなどして外国人人材の確保に努めている。未だ成果が十分に上がっていないため職員の自己評価は低いですが、地の利が厳しい中でその努力は評価に値する。

◇改善を求められる点

1. 人事評価と職員の育成・教育のシステムづくり

人事管理全般は法人本部が行っており、人事考課の仕組みを定めて運用している。人事考課の基準は職員に明示しているが、職員の自己評価で見るとあまり浸透しているとは言い難い。また、職員を計画的に外部研修に参加させるなどの取組はしているが、職員一人ひとりの育成に向けた個別の目標設定とそれに基づく具体的な研修計画の作成には至っていない。今後は階層別や職種別に必要とされる専門知識や技術などを明示し、法人が実施している人事評価に合わせ個別の目標設定と研修計画が一体となったスキルアップ、キャリアアップのシステム作りが望まれる。

2. 標準的な実施方法の作成

利用者それぞれの障害特性により支援方法が異なる場合が多いので、利用者ごとに「支援の標準化シート」を作成して支援に当たっている。「支援の標準化シート」の取組は、障害特性を考えた個別性に配慮しているという面で素晴らしい取組と評価できるが、その基本ともなる施設生活全般にわたる標準的な実施方法が作成されていないので、新入職員へのOJTにも運用できるような利用者の権利擁護が反映された施設生活全般にわたる標準的な実施方法の作成を期待したい。また、その趣旨を踏まえた上での個別性に配慮した「支援の標準化シート」の作成を期待したい。

3. 施設の広報

施設のホームページでは「どんな施設生活なのか」、「日中活動や余暇活動にはどのような内容があるのか」などがあまり具体的に把握できないので、利用希望者への情報提供や情報公開の充実を目指し、より充実されることを期待したい。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

サービスの質の向上を目指すことを目的に、第三者評価を受審しました。第三者評価を受審することで、ありのままの現状を見ていただき、評価をしていただき、事業所の課題を明確にご指摘下さったことで、課題に対する今後の取組の方向性がはっきりとしたこと、また、今出来ていること、事業所としての良い所も確認出来たことは有意義なことであったと思う。今回の全職員へのアンケート結果では、経営層との感覚の「ズレ」の部分が見えた点は、今後の事業所運営にとって貴重なデータとして活用させていただき、風通しの良い組織風土を作り上げていきたいと考えています。今回は、認定NPO法人シーズネットの皆様にご協力いただき、貴重なご意見をいただきましたことに、この場を借りて御礼申し上げます。

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

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：		2023年9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)	銀山学園	事業種別	障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業）
所在地	〒 048-2335 余市郡仁木町銀山2丁目134番地		
電話	0135-33-5311		
FAX	0135-33-5313		
E-mail	a.kosuga@srbshouon.jp		
URL	https://srbshouon.jp/		
施設長氏名	小菅 敦		
調査対応ご担当者	小菅 敦 (所属、職名：施設長)		
利用定員	入所90名・生活介護110名	開設年	昭和 45 年 5 月 15 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>【理念】「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」～安心と笑顔でつながみんなのしあわせ～ 銀山学園創設以来、地域と共に歩み、障がいのある者もない者も共に幸せに暮らすことの出来る福祉コミュニティを創造することを実現すべき目標としています。人間の生活は、全ての安心から始まります。安心を実感し、強め、実現するのは笑顔です。安心と笑顔を一人ひとりがつなぎあうことで、しあわせな地域・職場・社会を形成することが出来ます。法人理念を実現するために日々の実践に取り組むことが職員の使命です。</p> <p>【基本方針】「信頼と感謝とロマン」～人と人とが信頼し合い、互いに違いをこえて他者を尊重し、受け入れ感謝し合う、そのような人間社会を形成するという夢とロマンを持ち続けていくことを法人の基本姿勢としています。</p>			
施設・事業所の特徴的な取組：			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		0 回	年度
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業（定員○名）	
老人デイサービスえんれいそう（地域密着型通所介護）	定員 14 名

【利用者の状況に関する事項】（令和5年9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（高齢者福祉施設、高齢者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	2名	1名	3名	4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
5名	5名	8名	5名	4名	49名
					合計
					86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か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～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			

○障がいの状況

・身体障がい（身体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
視覚障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	0名	0名	0名	2名	0名	1名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	3名	2名	0名	0名
肢体不自由	2名	1名	5名	3名	1名	0名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	0名	0名	0名	0名	0名
重複障害（別掲）	1名	0名	1名	1名	0名	0名
合計	4名	1名	9名	8名	1名	1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。

・知的障がい（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
63名	22名	名

・精神障がい（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(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
1名	0名	0名	0名	3名	1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
4名	4名	1名	4名	2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	2名	2名	1名	1名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
3名	1名	0名	55名		

(平均利用期間: 29.9)

【職員の状況に関する事項】(令和5年9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・管理者	事務員		
常勤	49名	1名	8名	名	名
非常勤	14名	名	名	名	名
	支援員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	39名	名	名	名	名
非常勤	11名	名	名	3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	名
非常勤	名	名	名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」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	4名(名)
介護福祉士	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	4,740,685㎡
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	1996年
(4) 改築年	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	年
(5) 改築年	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制
(2) 建物面積	㎡
(3) 敷地面積	㎡
(4) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	年
(6) 改築年	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

令和 5 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

従来なら学園祭の手伝いが主ですがコロナ感染のため今年度は中止となり、ボランティアの受け入れが出来ませんでした。

【実習生の受け入れ】

令和 5 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

保育士 _____ 3 人

その他 _____ 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

各月開催で、施設長・支援部長と各ユニット利用者代表利用者と面談を開催。利用者については、各ユニット代表利用者としてはいるが、来て話をしたい方については参加いただいている。また、毎月利用者との会議を各部署でしています。給食に関してはユニットの代表の利用者が毎月1回会議に参加してもらい職員と話しています。年2回個別支援計画作成のため個別に面談もしています。

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	<p>【取組状況】 法人として、基本理念、行動指針を明文化しており、ホームページや広報誌、年度計画書にも記載されている。法人は、仁木町の銀山地区、大江地区、小樽地区の3つの地区グループで運営しており、地区グループごとに法人の経営目標を落とし込んだ基本方針を策定している。銀山学園が所属する銀山地区では、法人理念を掲げた独自のパンフレット、また広報紙として「銀山だより」を年1回、外部の関係先や家族へ配布しており、運営方針等の周知に努めている。職員への周知は定例の会議や研修会で説明しており、利用者や家族にはサービス利用契約時に説明し周知に努めている。</p> <p>【期待される取組】 ユニット連絡協議会という利用者の役員と職員が話し合う場が月1回設けられており、他にも懇談会という利用者と園長、支援部長が話し合う場が年6回設けられているが、そこで理念や事業計画等の説明等は行われていない。利用者にも、年度当初などの機会に法人の理念である「安心してともに生活できる福祉コミュニティ」とそれを基に作成された事業計画の内容をわかりやすい形で周知するよう努めることを期待したい。</p>

Ⅰ-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	<p>【取組状況】 施設長は、後志知的障がい福祉協会の会長として事業経営を取り巻く環境の具体的把握に務め、他の法人にも情報提供を行っている。これらの情報や仁木町の障害福祉計画等を法人本部とともに分析して、地域に密着した経営環境の把握・経営状況の把握に努めている。</p>
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	<p>【取組状況】 経営課題については、本部主導による事業所長会議で設備や職員体制、人材確保など検討している。当園については、より地域移行を進めるため現員を定員より少しづつ減らしており、定員の見直しも検討している。施設の老朽化の課題もあり、今年度大規模修繕を行っている。人員基準は満たされているが、余裕のある職員体制を整えるため常時職員募集している。しかしなかなか応募がない状況もあり、今年度から外国人採用も行っている。また、報酬改定への対応の検討など具体的に進めており、職員には法人内研修や会議で説明し周知に努めている。</p> <p>【期待される取組】 経営課題を明らかにして取り組んでいるが、自己評価結果から職員への周知が十分とは言えない。職員会議で職員には意見を表明するよう促しているとのことだが、プロジェクトチームなど、よりボトムアップを志向した取り組みを期待したい。</p>

1-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	1-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>法人本部として、中期経営目標、経営計画を策定しており、その中に当園を含む銀山地区の計画も含まれている。施設としては、地域移行支援を明確に打ち出してグループホームの整備計画に着手しつつある。計画的な地域移行の実施のため、今年度中に全利用者の聞き取りを行い、6年度以降、数値目標を掲げて地域移行する利用者を増やして行くという目標を立てている。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>地域移行支援を重点的に行うことを職員には表明しているが、自己評価結果から職員には難しい課題と受け止められていることが推察される。施設の将来ビジョンを職員と共有する取組の徹底を期待したい。</p>
5	1-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>法人本部の単年度の事業計画を基に、基本方針や年度目標、活動方針や各種業務事項が盛り込まれた計画を作成しており、具体的な取組を明記している。単年度計画は、生活介護では7ユニットごとにどのような日中活動をするかなど、職員から上げられた意見を基に決めている。修繕計画も、職員の意見を尊重して予算との見合いで作成している。</p>
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	1-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	<p>【取組状況】</p> <p>事業計画については職員会議で説明し、各ユニットにも配布している。事業計画の進捗状況は、職員会議、課長職以上の運営会議、支援部係長会議等で意見を吸い上げて、見直しが必要な事項は補正予算等に反映している。見直しは運営会議等で年度末に5段階評価を行い、次年度への反映としている。評価についても職員会議で説明し、次年度計画作成に活かせるようにしている。</p>
7	1-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	<p>【取組状況】</p> <p>事業計画は、家族会の総会で説明する機会を設けており、重点目標や施設整備等の報告をしている。出席できない方には資料を送付している。利用者にはユニット連絡協議会で説明しているが、主に施設生活に関わる部分の説明にとどまっている。行事計画は、利用者の意見を汲み取り反映するようにしている。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>理解が難しい利用者が多数を占める状況ではあるが、わかりやすい資料を作るなどして地域移行支援や設備の修繕など当該年度の施設の目指す方向を説明する取り組みを期待したい。</p>

1-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
1-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	1-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	<p>【取組状況】</p> <p>施設の自己評価は、課長職以上の会議で実地指導の様式を基に毎年行っており、職員の自己評価は施設が作成したチェックシートを基に毎年実施している。また、ユニットごとに毎年目標を立て職員会議で発表しており、年度末にはユニットごとに振り返りをしてそれも職員会議で発表し、その集計を運営会議で評価している。なお、第三者評価の受審は初めてである。</p>

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	<p>【取組状況】</p> <p>職員の自己評価チェックシートで上げられた課題などから、処遇が難しい事例への対応方法とか意思決定支援が職員間でばらつきが無いようにする対応の検証などを、職員会議やユニット会議等で実施しており、そこで確認された優れた支援方法を個別の支援マニュアルに落とし込んで職員全体で共有している。</p>
---	---	---	---

評価対象II 組織の運営管理

II-1 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
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	<p>【取組状況】</p> <p>広報紙の巻頭言に施設長の管理者としての使命を表明している。職員には、法人および施設の事業計画と重点目標を会議で説明し周知に努めている。職務分掌等も文書化し会議や研修会にて共有している。緊急時における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任も含めて明確にしている。</p>
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	<p>【取組状況】</p> <p>施設長は、遵守すべき法令等を十分に理解し、利害関係者との適正な関係を保持するよう努めている。また、後志知的障がい福祉協会の会長として関係施設の管理者研修会を主催するなどしており、情報交換の場としても活用し施設管理に役立てている。また法人では、コンプライアンス管理担当を法人本部に配置して、法人として遵守すべき法令等の周知に取り組んでおり、新人職員のコンプライアンス研修受講を必須としている。</p>
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	<p>【取組状況】</p> <p>施設長は、年1回職員の個別面談の際には、身体拘束禁止や意思決定支援など利用者の人権に関わるサービスの質について職員の自己評価を基に掘り下げて聞いており、誰もが同じサービスをできるようにと仕組みづくりを指示している。職員会議が報告だけで終わっていた経過があり、もっと意見を発信してもらえよう意識的に取組んできた結果、職員会議は参加型の会議に変わり、サービス向上への意見等が活発に出されるようになった。また、本部主導でサービスの質の向上に関わる研修計画を立てている。</p>
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	<p>【取組状況】</p> <p>人事、労務、財務等を踏まえた分析は、本部や施設総務部からの指示のもと行っている。運営会議がそれらを検討する場となっており、施設長と各部長、サービス管理責任者と一体で本部からの課題事項を検討している。施設の理念や基本方針の実現に向けて、地域移行支援へのシフトを先導し、グループホームの増築計画の策定など、具体的な改善を進めている。</p>

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>職員の配置基準は2：1加算を取得しており、看護職も常勤で3名確保して体制加算を取得している。しかし、支援員は様々な手を尽くして募集しているが確保が難しく、施設長が主導して後志管内の知的障害者サービスを提供する11法人が参加して求人の特化したイベントをハローワークにも働きかけて、小樽のスーパーセンターで行ったりもしている。また、2023年からは外国人人材2名を初めて受け入れており、介護福祉士の専門学校が外国人を集めて資格を取得する仕組みにも協力している（授業料を法人が負担する）。その取組で、来年再来年で外国人2名が就職する予定である。職員採用のために作ったDMを仁木・余市地区でポスティングするなど取組んでおり、法人としてもホームページに新卒採用コーナーを設け、リクルートガイドブックをアップするなどの取組をしている。</p>
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>人事管理全般は法人本部が行っている。法人として人事考課は行っているが、給与や待遇に結び付く人事考課としては運用しておらず、給与制度では基本的に経験年数に応じて上の等級に移行するシステムとしている。人事評価の原案や職員の異動希望などは施設長が作成し本部と調整している。「期待する職員像」は職員ガイドブックに記載されており、法人として年1回職員にガイドブックの説明会を開催し、また研修会でも使用して共有認識できるようにしている。法人本部主催で採用時の研修と年2回、新規採用職員・中途採用職員の研修を行っており、地区ごとに年度末にフォローアップ研修を実施している。キャリアパスの標準的なモデルは全職員に明示しており、一定の評価に基づいて昇格など検討している。報酬加算を最大限取得し処遇改善効果が発揮されるように取組んでいる。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>しかし、人事評価の基準が明確とは言い難く、第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価で肯定的な回答の割合が低位である。より透明性の高い人事管理制度が望まれる。</p>
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a	<p>【取組状況】</p> <p>勤怠管理システムで残業等の就業状況を把握しているが、残業はあまりない。有給休暇も取得を推進している。ストレスチェックを毎年1回実施しており、関係先に精神科医師がいるなど法人内に相談する体制ができています。北海道の知的障がい福祉協会の職員スポーツ大会に参加したり、全道の職員交流会に参加するなどの機会を積極的に設けている。職員に「どういうときにイライラするのか」というアンケートを2023年に行い、アンケート結果を分析・検討している。それを受け、アンガーマネジメントの研修を企画している。</p>
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>法人として職員ガイドブックを作成しており、職員全員に配布している。ガイドブックには、実践心得や行動規範などで期待される職員像を明確にしている。またメンター制度を導入しており、新人には中堅職員のメンターをつけて、数か月おきにメンターとメンティが振り返って施設長に報告している。職員一人ひとりが自ら目標を設定し、年度末の個別面談で検証しているが、目標設定が徹底されていないと施設長は感じている。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>個々人の目標設定にあたっては、法人が例示している年次別研修などに求められる内容と連動した目標管理の仕組みづくりを期待したい。また、中間面接を行うことで個人目標の動機づけが高まることを期待したい。</p>

18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>法人に研修委員会があり、3地区から委員が参加し運営しており、そこでまとめた案を法人の運営会議で検討し、毎年度毎回の研修を見直して実施している。施設としてそれを受け年間計画を立案しており、随時の研修も計画している。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>しかし、職員個別の具体的な研修計画は作成しておらず、キャリアアップを目指す仕組みが十分ではない。今後は、職員の個別目標と連動した教育・研修計画を企画し、「期待する職員像」に向けて育成していくことを期待したい。また、職員のニーズ調査が望まれる。</p>
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>業務に関係した資格取得や専門的研修については実務者の受講をサポートしており、全国大会への参加なども支援している。初任者には、北海道知的障がい福祉協会の知的障害を理解する基礎講座を法人負担で受講させており、新任研修やフォローアップ研修なども法人主催で行っている。外部研修に関する情報提供や参加についても支援している。コロナ禍以降、Eラーニングを取り入れオンデマンドで受講してレポートで習熟度を図る取組を導入して、ほぼ全員の職員が取組むようになった。</p>
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>実習希望があれば積極的に受入れており、地区として受入れできる体制ができています。実習生の受入プログラムは、地区の委員が中心となって、学校側と連携して工夫して整備している。実習担当職員の指導者研修は受講されている。保育の実習生が多く、社会福祉系の学生の実習はあまりない。実習生等受入マニュアルはあるがそれぞれの専門職種の特性に配慮したプログラムとはなっておらず、実習生全般の受入マニュアルとなっている。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>施設長は実習生を受け入れる意義を十分に理解しているので、受入マニュアルを専門職種の特性に応じた内容に見直すことを期待したい。</p>

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b <p>【取組状況】</p> <p>法人の定款や事業概要、財務状況などをホームページに掲載しており、銀山地区の広報紙を年1回発行して、町内会や関係先に配布するなどして、積極的に情報公開を行っている。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>しかし、ホームページでは事業所単位の情報に乏しく、施設での暮らしぶりや日中活動の具体的紹介など、利用希望者が見て処遇内容がよく把握できるような情報公開を期待したい。</p>
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a <p>【取組状況】</p> <p>法人として、事務、経理、取引等に関する規則を制定し、職務分掌と権限・責任も明確になっており、職員にも周知している。法人本部に各事業所が書類を提出し、チェックしてもらうシステムがある。利用者の預り金の出し入れについてはダブルチェックする体制ができています。また、財務や経理等の取引については税理士事務所により定期的に確認されており、公認会計士による監査も受けている。</p>

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。			
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>法人理念に「福祉コミュニティ」を掲げ、施設の設定当初から地域社会との関りを重要視しており、職員や地域住民の家庭に入所者を招く「家庭訪問」活動などのユニークな実践を続けてきた歴史もある。コロナ禍前は小学校、中学校の学芸会などに参加したり、地域の文化祭に利用者の作品の展示をするなどしてきた。また、福祉を子どもたちに知ってもらおうと小中学校の職業体験受入なども行っている。学園祭では、テントを設置して知的障害者と実際に触れ合うことを経験してもらう機会も設けている。地域の神社のお祭りにはほとんどの利用者が参加している。地域の清掃活動や最寄り駅の花壇整備も行っており、地域から愛されている園である。</p>
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受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	<p>【取組状況】</p> <p>地元の婦人会が毎年雑巾を縫ってくれていたり、スコップを使って三味線をするボランティアや、ボランティアドッグ協会と連携し犬をたくさん連れてきて利用者と一緒に触れ合うなど、多彩なボランティア活動を受入れている。しかし、ボランティア受入マニュアルはあるが更新されておらず、またマニュアルで位置付けているボランティアへの研修などは行われていない。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>今後については、マニュアルの整備とボランティアへの研修や支援を行うなど、積極的に受入体制を構築することを期待したい。</p>
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>支援部長が地域の知的障害者施設連絡協議会の部会長を担っており、関係機関との連絡は密である。社会資源リストは、災害対策のBCPIに一覧を作成している。地域の自立支援協議会にもリーダー的立場で関わっている。そこで得た社会資源の情報を法人内ネットワークで共有している。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>しかし、関係機関との連携が上層部や関心のある職員にとどまり職員全体に周知されているとはいえず、また第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価で肯定的な回答の割合が低位であることから、今後はそうした取組の意義が職員のスキルアップに繋がることを周知できるよう期待したい。</p>
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>町内会との付き合いは昔から親密な関係であり、町内会の総会や行事に欠かさず参加している。また、法人の相談支援事業所の相談の傾向を施設としても共有し、地域ニーズの把握に努めている。隣接する介護保険のデイサービスとも連携して、地域の介護、障害等の相談事に応じており、銀山地区としてできることは対応している。第三者委員（連合町内会長など）の意見等も拝聴し、地域の課題を把握するように努めている。</p>
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>銀山地区の住民のためにデイサービスを隣に開設しており、地域の介護サービスの拠点となっている。また泊原発から15kmという立地であり、施設自体が放射線防護の施設に指定され、放射線事故があっても200人が3日間暮らせる備品を全部備えている。そのため、空気浄化装置もある。</p>

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。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a 【取組状況】 法人の理念や行動指針については、職員ガイドブック、ホームページに示されており、新任職員にはオリエンテーションで説明をし、その他の職員に対しては、毎年4月の職員会議に話しをする機会を作り、その半年後にも同様に実施している。他に職員会議で基本的な人権や支援の配慮への取組について話しがされている。過去に虐待案件で振興局から指導を受けていた経緯もあり、利用者の多くは支援度が高く中には支援が困難なケースも多いことから、職員には利用者の尊重、人権に配慮した虐待対応マニュアルを基に、困難事例や身体拘束など事例を通じた研修会や勉強会を常日頃開催している。また虐待防止に関する外部研修を受けた者は、その月に他の職員に向けて全体研修として伝達している。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a 【取組状況】 プライバシー保護に関しては、年3回、職員自身が振り返りを行う機会がある。ここでは各職員が振り返りシート(虐待防止チェックリスト)に沿ってチェックをし、自らがプライバシーに関して配慮した支援を行っていたかを確認している。その振り返りの中から、入浴時に外から見えないよう衝立を設置する、女性の部屋は半分曇りガラスにする、女性のユニットに男性職員が入室する際に良いか悪いかを部屋入口に○、×の札を掲げるなど、利用者のプライバシーが守られる工夫を生活の中に反映させている。部屋については、個室を基本として個人のプライバシーが守られるようにしている。利用者調査の「プライバシー保護」に関する項目では非該当を除き肯定的な意見が78%であった。財政的な課題はあるが、出来る限り全ての利用者への個室提供がされることを期待したい。
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b 【取組状況】 施設の紹介についてはホームページに掲載している。施設に見学に来た方などにはパンフを渡している。見学者に対しては、利用者の部屋を見せられない為、紹介動画を作成して見てもらい参考にして頂いている。コロナ禍ではストップしていた体験利用も徐々に受入れている。 【期待される取組】 ホームページに関しては、利用希望者がサービスを選択出来るような情報提供としては不十分である。今後、ホームページの修正を考えているとのことなので利用する側が分かりやすく必要な情報が提供されるホームページとなるよう期待したい。
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a 【取組状況】 サービス開始時の契約書や重要事項説明には、ルビがふられており、かつサービス管理責任者が口頭で分かりやすく説明を行っている。理解が難しく、意思決定が困難な利用者に対しては、ご家族もしくは後見人、代理人に説明を行うことになるが、これまで入所希望された方で保護者がいなかったケースは皆無である。日中活動の変更については利用者の希望を取り入れ、体験利用して利用者の理解を十分に促すなどしている。利用者調査の「計画やサービス内容についての説明は、わかりやすいと思いますか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が77%であった。

32	<p>III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。</p>	a	<p>【取組状況】 利用者自身がこれまでの生活の場や活動の場を変更したいという希望が出た際には、相談支援事業所と連携し情報を共有し、利用者に適したサービスが継続されるように対応している。グループホームに移行する場合は日中活動が変わることもあるので先に新しい日中活動に慣れてから移行するような配慮も行っている。利用者が地域生活を希望しグループホームに入居した後にグループホームでの生活が難しくなった場合でも、また施設に戻れるように配慮している。</p>
<p>III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>			
33	<p>III-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。</p>	b	<p>【取組状況】 月1回、利用者と職員が直接意見交換するユニット会議があり、利用者の意向や不満、職員の対応で悩んでいる事について聴く場となっている。ユニット会議で利用者が購入したいものを事前に聞いて、希望に応じた現金を用意して買い物を職員が代行したりご本人が買い物に行くなどしている。他にも個別支援計画のモニタリングで半年に一度実施する個別面談がある。利用者からの意見や要望は食に対するものが多く、毎月給食運営会議（担当は支援部長）で要望を検討している。また年6回の懇談会では、栄養士、支援員、利用者、家族がメンバーに入り食を含めた生活全般の要望等を聴いている。これらの機会から利用者から意見や要望があれば出来ることはすぐに取り入れるようにしている。利用者との話し合いの中から多目的ホールに掛け時計がなく時間が分からないので設置してもらいたいとの要望が上がり、翌日には設置したという例もある。即答できない要望などは運営会議で検討を行っている。ただ、定期的な満足度調査は行ってはいない。 【期待される取組】 今後は、定期的な満足度調査を行うとともに、ユニット会議や家族会、満足度調査から導き出されたニーズに対する取り組みの結果を、ユニット会議や広報誌などに報告、わかりやすく掲示することなどを通じて、利用者や家族が意見を表明することの意義を認識できるような取組を期待したい。</p>
<p>III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>			
34	<p>III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	a	<p>【取組状況】 苦情解決の仕組みは出来ており、ホームページや廊下に掲示もされている。施設内には3カ所意見箱が設置されている。ただメモ用紙や筆記用具を置くことと利用者が別の目的で利用することもあり筆記用具などは置いていない。ここ何年もの間、意見箱に意見が入っている事はない。それに変わることとして実際に利用者からの声を直接聞く機会を設けている。家族には個別支援計画を作成、モニタリングの時の年2回、「苦情、要望があればお書きください」という欄を設けて聞いている。仕組みとしては、要望内容は記録して保管し、要望を出した利用者、家族にはフィードバックすることとしている。また、ご本人の同意があれば公表するようにしている。ただ、近年は苦情が無いので、サービスに反映された例はない。今後、苦情がないことについても公表することも必要だと思われる。</p>
35	<p>III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。</p>	a	<p>【取組状況】 苦情相談について掲示しているが、多くの利用者はこの掲示を見て理解することは難しいと思われ、それを補うために利用者との話し合いの機会の中で具体的に分かりやすいように説明して、その場で意見を聞き取るようにしている。管理者層との懇談会はユニットの職員が入っていないので支援者に関することは述べやすいと考えている。家族へは契約時に第三者委員のことを含めて詳しく伝えている。個別支援計画作成時にも個別面談で要望は聞いている。面談に参加できない家族については、電話で相談や意見について確認している。相談がある場合は相談内容が漏れないよう相談室が設けられている。利用者調査の「職員以外への相談」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が55%であった。</p>

36	III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	<p>【取組状況】</p> <p>利用者の相談については、積極的に受け入れている。生活の場であるユニットでは、職員が利用者の雰囲気や様子が普段と違うと感じた時には個別面談している。ユニットの職員に話づらいときは、施設長、課長、栄養士などに直接話してることがあり、相談しやすい雰囲気があると思われる。聴いた内容については、記録しユニット会議などで話し合いを行うこととしている。相談対応は苦情対応マニュアルに則って行われている。利用者調査の「不満や要望への対応」に関する項目は、非該当を除き肯定的な意見が75%であった。</p>
III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	III-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>法人全体でリスクマネジメント委員会を設置して担当施設長と3地区から委員を選出し、月1回開催している。その場でヒヤリハットの集計、分析を行い、毎月テーマを決めてそれぞれの事業所の事故防止委員会で事故・ヒヤリハットの未然防止を検討するように指示、実行している。事故・ヒヤリハットに関する対応マニュアルも整備されており、見直しも行われている。事故・ヒヤリハットの事例と再発防止策は、施設データベースにアップして、職員会議で周知している。研修会は毎年2回行っている。大きな事故の予防としてヒヤリハット報告を積み上げて、利用者の安全・安心な生活に繋がるよう継続した取り組みを行っている。</p>
38	III-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>法人内の医療職、栄養士等が年4回程度集まり医療・食生活会議を開催して、マニュアルを作成、見直しも行っている。感染症に関するBCPも作成しており、新型コロナウイルス感染者が発生した際にも拡大せず、そのまま終息に至らせることが出来ている。予防については職員研修を行い、利用者にも日常的に感染予防の指導をしている。職員からの感染予防にも徹底し、全職員に私生活でもその予防に努めようよう指導している。</p>
39	III-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>自然災害に対するBCPを作成しており、それを基に指令系統、緊急連絡網、非常用発電、備蓄、食品のローリングストックなどを備えている。避難訓練は地震風水害を含め年4回と夜間想定での避難も実施している。救急救命に関する研修は消防署に協力してもらい実施している。またAEDの使用の仕方は看護師が職員会議で職員に指導している。地域的に原発事故に対する対策も組まれている。</p>

III-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	III-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b	<p>【取組状況】</p> <p>利用者それぞれの障害特性により支援方法が異なる場合が多いので、利用者ごとに「支援の標準化シート」を作成して支援に当たっている。これにより、利用者が属するユニット以外の職員も均一した支援ができるように工夫している。しかし、施設生活全般にわたっての基本となる標準的な実施マニュアルは作成されていない。</p> <p>【期待される取組】</p> <p>今後は、新入職員へのOJTにも運用できるような利用者の権利擁護が反映された施設生活全般にわたる標準的な実施方法の作成を期待したい。</p>

41	<p>III-2-(1)-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。</p>	b	<p>【取組状況】 利用者の支援については「支援の標準化シート」を基に行われている。見直しがある場合は、担当職員がシートを更新して他の職員が確認できるようにしている。 【期待される取組】 「支援の標準化シート」の取組は、障害特性を考えた個別性に配慮しているという面で素晴らしい取組と評価できるが、その基本ともなる施設生活全般にわたる標準的な実施方法を文章化し、その趣旨を踏まえて個別性に配慮した「支援の標準化シート」の作成を行い、支援の中でより改善すべきことがあれば、「支援の標準化シート」の見直しを標準的な実施方法に反映させることを期待したい。</p>
<p>III-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。</p>			
42	<p>III-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。</p>	a	<p>【取組状況】 個別支援計画はサービス管理責任者が支援ソフトの様式によりアセスメントを行い作成されている。半年に一度のモニタリングでは個別面談を行い利用者のニーズなどの把握を行っている。その上で担当者会議を開催し、再アセスメントから計画、実行とPDCAサイクルが組まれている。支援が難しい利用者については、その都度ケース会議を開き支援の検討を行った上でサービス提供が行われており、行動障害など障害特性を理解した上での支援方法を実施している。利用者調査の「サービスに関する計画(目標)を作成したり見直しをする際に、職員はあなたの状況や要望を聞いてくれますか」に関する項目は、非該当を除き肯定的な意見が81%であった。</p>
43	<p>III-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	a	<p>【取組状況】 個別支援計画の見直しはモニタリングとして半年に一度行われており、利用者、家族と対面で意向などを確認をしている。モニタリングの根拠となる日々の個別支援記録は個別支援計画に沿った記録がされ、サービス管理責任者が支援員に状況を確認することもしている。目標の達成度合いを検討、再アセスメントし新たな個別支援計画を作成している。この一連の流れは定着しており、個別支援計画の評価、見直しの会議は多職種の参加のもとで行われ、その意見を反映した計画作成をしている。</p>
<p>III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>			
44	<p>III-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	a	<p>【取組状況】 日々の支援の記録は法人内のグループウェアに入力し、職員間で共有したい情報はサーバーにアクセスする事で確認出来る。役職に応じて閲覧できる権限を与え管理されており、情報共有は職位ごとに整備されている。記録の記載方法の研修は法人により開催され、施設内でも周知を図っている。</p>
45	<p>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。</p>	a	<p>【取組状況】 法人として個人情報保護規定を定め、職員ガイドブックに個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)を掲載している。規定には個人情報の保管や破棄、提供、漏洩に対する対策も含めて位置付けられている。利用者・家族へは、個人情報の取り扱いについて契約の際に説明し同意を得ている。職員会議で個人情報に関する研修を行い、職員にも浸透させている。特に今まで個人情報に関するトラブルはない。広報誌で利用者の顔が写るときは本人、ご家族に了解を得ている。</p>

評価対象 障がい者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	
A-1-(1) 自己決定の尊重			
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を A④ 尊重した個別支援と取組を行っている。	a	【取組状況】 職員ガイドブックに自己決定に関する方針が記載されており、その方針に基づいて利用者の自己決定を尊重した取組を行っている。利用者の意見や要望については、毎月実施されるユニット会議で確認されている。月一回の買い物では、本人の希望する嗜好品も購入しており、飲料の自動販売機が設置されており飲みたいときに飲めるようにしている。また利用者の意見を聞き入れて旅行の計画を立てて実行したり、ヘアスタイルやカラーについても希望があれば応じられるようにしている。権利擁護に関しては職員会議で各ユニットの代表(課長)が出てそこでの結果をユニットに持ち帰って各職員に報告がなされている。利用者調査の「自分に合った支援が受けられているか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が79%であった。	
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 A④	a	【取組状況】 以前に虐待事案がありそれを機に再発防止策を徹底するようにしており、権利擁護に関する規程、マニュアルも常に見直している。コロナ禍以降は、職員にはエラーニングを活用し虐待防止の研修を受講させ、フィードバックさせる仕組みを作っている。早期発見のためにユニット会議で利用者に聞き取りを行ったり、毎月の係長以上がメンバーとなっている虐待防止委員会では、支援において第三者からみると虐待とも捉えられる部分について話し合い、その結果を各ユニットの職員に伝えていく。虐待セルフチェックについては、4半期に1回全職員に実施している。身体拘束適正化委員会では、身体拘束に関してやむを得ない場合の手順など職員に周知しており、利用者の身に迫る危険性が無い限りは身体拘束は行わないように徹底している。また、令和5年度から利用者に対して「こういうことは虐待にあたる」という事例を交えた研修会を実施するようにしている。家族会の総会でも権利擁護の取り組みを説明している。利用者調査の「職員の言葉遣いや態度、服装などが適切か」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が67%であった。	

A-2 生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 支援の基本			
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立 A④ 生活のための支援を行っている。	a	【取組状況】 個別支援計画作成の際には利用者とは個別面談を行い、意向を聞いている。アセスメントやモニタリングで自身で出来そうなことは、環境調整や前向きに取り組めるような動機付けを用いて自身で取り組めるように支援を行っている。身辺処理については課題分析し、その結果に基づいて必要な支援を行っている。例えば、グループホームへ移行を希望している利用者には、洗濯や掃除など生活関連サービスのスキルも教える取組をしている。	
A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 A④	a	【取組状況】 アセスメントを基にそれぞれの利用者に応じたコミュニケーション方法を用いている。自己選択してもらう際には、写真や現物提示により本人が選択可能な選択肢を用意して選んでもらうなど工夫している。それでも自ら意思を表出することが困難な方々については、職員の日常的な観察から意思を把握している。また契約の際には相談支援事業所と協力して、必要な方には後見人を立ててもらっている。	

<p>A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重 A⑤ する支援としての相談等を適切に行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 利用者の意見を表明できるユニット会議の他、いつでも話したい時に職員側が時間をつくり、本人の居室で話しを聞くなどしているが、施設生活が長く意思を形成するまでに至っていない利用者も多い。地域移行に関する意向を聞いても地域での生活の経験がないことから自己決定することが難しいので、意思形成を促すためにグループホームでの体験をしてもらった上で意思を確認するなどの手順を踏んでいる。職員が個別に相談を受けた際には対応するとともに、日誌に記載してユニット会議で話し合い、必要であれば個別支援計画に盛り込むようにしている。利用者調査の「職員があなたの気持ちを大切にしながら対応してくれているか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が90%であった。</p>
<p>A-2-(1)-④ 個別支援計画にもと A⑥ づく日中活動と利用支援等を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 日中活動に関しては、個別支援計画の作成に際して行われる個別面談で意向を確認し、意向に沿った日中活動を位置付けて支援を行っている。利用者の意向に沿った活動が提供できるように活動の種類を増やしたり、利用者の障がい特性に応じたシステムを取り入れたり、利用者の中には別の生活介護で経験したいとの要望があれば応じられるようにしている。また、利用者のモチベーションを上げることを目指し、農業など生産活動にも取り組んでいる。社会参加や余暇に対する希望にもなるべく応じられるようにしており、社会参加に関する情報などは掲示したり、個別に情報提供するなど利用者の意向が反映できるようにしている。利用者調査の「夜の時間や休みの日などに好きなことができますか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が73%であった。</p>
<p>A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況 A⑦ に応じた適切な支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 利用者の障がい特性に応じて適切な支援をするため、利用者ごとに「支援の標準化シート」を作成して支援に当たっている。職員には計画的に行動障がいに関する研修を受講させている。また支援が難しい利用者については、外部の支援機関に依頼し、ユニットでのカンファレンスと一緒に参加してもらい、支援の底上げを図っている。カンファレンスは2週間に一回程度行い、支援内容はモニタリングで検証している。</p>
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>		
<p>A-2-(2)-① 個別支援計画にもと A⑧ づく日常的な生活支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 利用者が給食運営会議に3名程度参加し、食事に関する希望や意見を出してもらっている。食生活検討委員会では保護者会の役員が入り、普段の利用者への食事を知ったり保護者からの意向を伝える機会となっている。これまで利用者の食に関する希望はほぼメニューに反映されている。利用者に食事を楽しんでもらう目的でご当地メニュー、麺類ツアーなどアイデアを出し提供している。個別支援計画には利用者の摂取状況、疾患などに応じた食事提供の課題が上げられており、病気食、食事形態、自立して食事が食べられるような自助具の提供もされている。入浴は週3回提供し、車いす利用者も湯船に入れる環境が整っている。排泄支援では排泄状況をデータとしてまとめており、それを根拠に時間誘導を行っている。医療的ケアが必要な場合は看護師と連携して対処している。移動の際に転倒しやすい方については、転倒リスクがどのくらい高いかというスコアを付けて職員間で共有して、リスクの高い行為や場所に気を付けるようにしている。利用者調査の「食事の時間が楽しみですか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が80%であった。</p>

A-2-(3) 生活環境		
<p>A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心 A⑩ 心・安全に配慮した生活環境が確保されている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 施設の中は採光が良く、廊下幅も広い。食堂の席は利用者の特性に応じた配慮がされている。居室は個室が原則ではあるが2人部屋も一部あり、なじみの家具も入れることが出来る。利用者同士の刺激による混乱を少なくするようユニットの構成を配慮し、良好な睡眠環境をつくるようにしている。車いす専用のトイレが用意されている。風呂場は明るく、車いすの方でも湯船まで浸かれるようにスロープが用意されている。角がある場所にはクッションを貼っており、必要な箇所には手すりが設置され、転倒対策が図られている。利用者の集まる空間などには冷房も設置されている。居室にも冷房を設置したいが、地域の電力事情から設置を断念したとのことであった。利用者調査の「身の回りにある設備は安心して使えますか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が83%で、「学園の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が79%であった。</p>
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
<p>A-2-(4)-① 利用者の心身の状況 A⑩ に応じた 機能訓練・生活訓練を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 利用者の高齢化も進み、機能維持が欠かせなくなっている。生活介護事業の中で、嚥下機能維持の為に口腔体操や、ユニットにはエアロバイクを設置して下肢筋力の維持のための運動を取り入れている。また整骨院の柔道整復師からのリハビリを受けている者が3名いる。 【期待される取組】 運動や機能訓練、リハビリは、それを提供することになった時点で個別支援計画や機能訓練の計画などに位置づけた取組とすることを期待したい。</p>
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
<p>A-2-(5)-① 利用者の健康状態の A⑩ 把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 自ら体調不良など訴えることが出来ない利用者が多いことから、起床時にバイタルチェック、入浴時にボディチェック、日常的には水分摂取量、排泄状況を記録して、看護師とも情報共有している。嘱託医の診察結果や通院での状況は都度、家族に伝えている。嘱託医の診察は年2回、他に内科と歯科の往診がある。緊急時や体調に変化があった場合は、マニュアルに従い連絡対応している。利用者調査の「けがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が86%であった。</p>
<p>A-2-(5)-② 医療的な支援が適切 A⑩ な手順と安全管理体制のもとに提供されている。</p>	<p>b</p>	<p>【取組状況】 医療的支援は、日常的に看護師との連携の中で行っている。服薬管理は看護師が行い、誤薬がないようチェック体制もある。服薬の手順に関しては看護師による勉強会や研修動画を用いて学ぶ機会を職員に提供している。医療的ケアについては、医師の指示を受けて看護師が対応している。 【期待される取組】 日常的な支援の中で医療的な支援が適切に行われているが、服薬マニュアルを除いた医療的ケアのマニュアルが作成されていない。今後、医療の基礎知識と介護職ができる医療関連行為などの医療的な支援に対するマニュアルや手順書が作成され、それを基に職員に定期的な研修の機会を設けることを期待したい。</p>
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
<p>A-2-(6)-① 利用者の希望と意向 A⑩ を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>【取組状況】 社会参加など利用者の希望があれば応じるようにしている。コロナ禍では制限していた外出、面会についても現在は制限を設けてはいない。外出の例としては、余市まで買い物に行ったり、動物園やポーリング、コンサート、居酒屋など、なるべく利用者の希望をかなえる取組をしている。徐々にコロナ禍前に戻りつつある。</p>

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>現在、利用者に地域移行に対する希望や思いについて聞き取りを行っている。地域移行を希望する利用者については、見学や体験する機会を作っている。意向については、利用者だけではなく家族の理解も必要であるため、半年から1年程の時間を掛けて家族にも理解して頂くための取組を行っている。移行を実施する際にはグループホーム担当者や相談支援事業所と会議を重ねて混乱なく移行出来るように努めている。また建物の設計や住まいの形式など利用者の障がい特性に合わせた調整にも協力している。</p>
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a	<p>【取組状況】</p> <p>家族には、ユニット通信の他に保護者の方へのお便りなどで施設の様子を伝えると同時にユニットごとに定期的に電話にて意見交換を行っている。対面では、個別支援計画のモニタリングで意見や相談を受けるようにしている。また家族からの企画として、「新任職員に利用者の理解を深めてもらいたい」と親や家族がこれまでの利用者の生活について話したり、その中で親の心理を知るなど利用者理解を深められる機会が作られ、その後年1度定期的に開催している。利用者に事故や体調不良があった場合は、緊急時対応のルールに従い、家族に連絡している。コロナ禍で開催を見送っていた家族会も令和6年度から再開する予定である。利用者調査の「家族等に連絡する場合には、その前に連絡方法や内容等について、あなたの希望を聞いてくれますか」に関する項目は非該当を除き肯定的な意見が79%であった。</p>

A-3 発達支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	-	該当せず

A-4 就労支援

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 就労支援		
A-4-(1)-① 利用者の働く力や可塑性を尊重した就労支援を行っている。	-	該当せず
A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	-	該当せず
A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	-	該当せず