

## 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	銀山学園			
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2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			

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)： 126 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

◇特に評価の高い点

特に評価の高い点

1. 職員ガイドブックの作成と活用

法人は理念、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職員の従事活動の基本姿勢と理解・習得すべき事項を明記したガイドブックを職員に携帯させています。職員会議等で共用すると共に目指すべき施設と利用者支援のあり方を職員が主体的に実践できるテキストとして活用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

利用者自治会、なんでも相談、ユニット連絡協議会の開催、意見箱の設置、さらに重要事項説明書等に必要な情報のルビをつけるなど、利用者尊重や満足度の向上を目指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がす実践

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、ノーマライゼーション構築への具体的実践を進めています。

4. 施設環境のよさ

平成8年の移改築によって立地と自然条件に恵まれ、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生活環境の整備がされています。

◇改善を求められる点

1. サービスの標準的実施方法の策定

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よって取り組んでいます。施設はさらなる一定の水準を保つための標準的実施方法の具体化を検討中なので成果を期待します。

標準的実施方法は利用者の安心・安全・プライバシー保護など権利擁護のために、食事、入浴、排泄等の場面など、個々にどのように配慮して支援するかを示す文章化であって、施設サービス水準を決定するものですので、全職員で協議するよう望みます。

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留意されるよう望みます。

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 銀山学園

## 第三者評価結果に対するコメント

### 1, 地域づくりと共に歩む施設運営

銀山学園の歩みは地域と共に「福祉の里づくり」を進めてきたことである。障害のある人への偏見・差別の意識が強い時代から、利用者を施設の中に隔離収容することなく、地域と共に歩むことを通して、誰もが安心して生活出来る基盤を形成してきた。この実践は、道内はもとより全国的にも注目されてきたところである。

### 2, 地域移行への積極的な取り組み

入所施設主流の時代から、重度の方々の生活するグループホームの運営に先駆的に取り組み、その流れの中で通所施設を生み出すと共にグループホーム・ケアホームを増設しつつ、現行制度で可能な限りの地域移行を実現してきた。

### 3, 困難ケースへの積極的取り組み

銀山学園開設当初から、他施設での受け入れを拒絶された利用者を積極的に受け入れ支援を行ってきた。この流れは現在にも継続しており、自閉症スペクトラムの領域に属する利用者への積極的な支援と研究を深めている。

又、時代のニーズを受け止めつつ、触法ケースに対しても積極的に取り組み、新しい入所施設機能の位置づけを模索し続けている。

### 4, 多様な余暇活動支援の展開

利用者の余暇・娯楽へのニーズに真摯に向きあい、可能な限りの個別支援を展開するために職員もボランティアな意識をもって活動を支えている。

### 5, 保護者会との一体的な協力関係の推進

保護者会との緊張感をもった一体的な協力関係が形成されており、食生活の改善や生活全般についての率直な意見を伝えていただいている。自分で表現することが困難な利用者に代わり、保護者が自由に意見を言える場と雰囲気を形成してきたことは、苦情解決体制の位置づけ以上に、利用者の生活改善に大きな役割を果たしている。このような関係形成を作り上げてきたこと自体が大いに評価出来ることである。

### 6, 個別支援計画の先駆性

現行法が求める個別支援計画に先立ち、銀山学園では、マズロー理論、岡村重夫の社会的根本欲求の理論などにに基づき、生活する人の全面的・全体的な支援の基礎を築き、実践してきた。このような取り組みこそが今日の銀山学園の職員意識に大きな影響を与えてきたことは事実であろう。

## 今後の課題

### 1, 専門性の質的向上

多様なケースへ個別支援計画等に基づき専門的な支援の資質向上を図っているが、困難ケースへの実践的な取り組みを科学的に整理し、職員全体で支援方法等について共有する基礎知識の蓄積では不十分な点もみられる。研修制度の充実、自主研修への職員意識の向上と共に、スーパーバイズ体制の確立が望まれる。この点については現在、法人全体でスーパーバイザー養成研修を実施していることから、現場への浸透が今後の大きな課題となる。

### 2, 職員間のコミュニケーションの活性化

支援困難ケースの増加に加え、職員体制の脆弱化(新事業体系の課題でもある)により、職員同士の日常的なコミュニケーションの機会の喪失、会議時間の減少等の状況が生まれてきている。又、歴史を重ねてきたことによって年代の相違による意思統一の欠如等が組織基盤の弱さにつながっている。さまざまな努力を重ねている段階であるが、さまざまな工夫と知恵を結集して、利用者支援の充実の基盤である新しい組織のあり方を模索して行く段階にきている。

### 3, 地域と共にある運営への意識向上

銀山学園が形成してきた地域と共に歩む姿勢に弱さが広がってきている。背景には、労働基準法等の法令遵守により地域活動への参加促進の消極化、日常業務の多様化と多量化、地域外居住の職員の増加、非常勤職員の増加、地域住民の高齢化等があいまって、地域活動の共有が困難になってきていることもある。限界集落に近くなってきている地域の中にある福祉施設としての役割はなにか等をあらためて検証し、新たな方向性を見出すことが求められている。

### 4, 人材確保と魅力ある職場づくり

創設当時からの職員の減少、非常勤職員の増加等に伴い次代を担っていく人材の育成が大きな課題となっている。背景には、法人全体の事業規模の拡大に伴い、人材が分散化している状況もある。施設全体の経営・運営を見わたしながら仕事を進めていくことの出来る職員の育成をしていかなければならない。法人全体での研修への取り組みを強化しているが、施設としての職場内研修体制の強化と自主研修意識を促すことは大きな課題として残されている。

## 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 21 年 12 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	種別	
			(指定障害者支援施設)
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	ginzan@srbshouon.jp		
URL			
施設長氏名	瀬野 淳一		
調査対応ご担当者	板岡 宏教 (所属、職名：総務部長)		
利用定員	130 名	開設年	45 年 5 月 15 日
理念・基本方針：			
法人理念 一人ひとりが安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造			
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】**

本来事業 指定障害者支援施設 (施設入所支援、生活介護)
併設事業 短期入所事業 (併設型) 7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
名	1名	4名	9名	6名	17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	6名	6名	42名	17名	12名
					合計
					132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	1名	1名	名	3名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	2名	7名	4名	名	名	名
肢体不自由	1名	名	2名	3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	2名	10名	8名	名	4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
93名	21名	5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
1名	3名	4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	6名	2名	3名	2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
名	2名	名	4名	2名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	2名	6名	81名		

(平均利用期間: 23.5)

【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	名	1名	4名	名	51名
非常勤	名	名	名	名	5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	2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	1名	名	名	1名	3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	2名 ( 名)
介護福祉士	7名 ( 1名)
保育士	7名 ( 1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	4,589.444 m <sup>2</sup>	
(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	45年
(4) 改築年	平成	8年（老朽移転改築）

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 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	m <sup>2</sup>	
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>	
(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）

184 人

・ボランティアの業務

施設行事運営
施設周辺環境整備（草刈）
楽器等演奏
雑巾、マット作り 他

**【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 1 人

介護福祉士 5 人

その他 14 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。

苦情解決制度とは別に、「なんでも相談」の名称により、要望・意見・苦情などを受付ける投書箱の設置、随時職員による受付、相談日を設けての直接受付などの体制を整備している。
---

**【その他特記事項】**

--

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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) 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1970年創設以来計目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、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。
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	2006年以降も長期的な整備・運営計画を各年次の計画に具体化して運営にあたっている。
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の方針とともに、事業組織の各業務分掌に応じて組織的・定期的に業務の執行過程での実施状況を評価し、見直し策定している。
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員への周知は法人の政策方針を事業所の各事務分掌の役割に応じた会議・研修で資料化して理解を図っている。利用者には、従来、家族総会・利用者自治会の要望を受けて施設・設備の改善計画、地域移行支援等生活適応の拡張計画と執行過程の周知を図っている。

## 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	社会の多様な質的变化や人権意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） 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	福祉事業の全体の動向、地域の動向の積極的な把握に努め、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）-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・監査を受ける、これらを基に職員会議で協議検討し、解決課題職を職員への周知を図っている。
Ⅱ-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、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） 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	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、職員の人員の確保が優先され、計画的な確保には至っていない。
Ⅱ-2-（1）-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に記載、管理職、施設長が年1回「コミュニケーション面談」を実施、面談後は双方がその意向、感想、意見をフォロー表に記載。専業主婦に無効、施策、課題解決策、研修等人事施策に活用。また、上級職への「昇格ガイドライン」、一般職に行動規範を示す「一般職ガイドライン」を用意。40年の歴史から生れた個人意思を最大限尊重の制度がある。
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施策の最終決定を決定している。
Ⅱ-2-（2）-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	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-（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	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-（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、階層別研修など計画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-（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、支庁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-（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-（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） 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	「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）-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	地元の各種行事、まつりには職員と利用者が協力して機を組み、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	学園は、利用者が地域の1人として地元民とともに生きるまちづくりを目的にしてきた。職員はまちの社会福祉・文化・産業の振興に関わり、住民との関連組織化の核として事務局の役割を担い、その専門的な知識・技術・経験を提供して地域に還元している。また、農繁期での利用者の労働力を供給する働きもそのひとつである。
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	施設の行事運営、施設周辺の草刈り、家庭演奏会中、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。	b	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必要な社会資源を把握している。今後とも、誰にも分かるよう体系化しその周知が望まれる。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	事業運営に当たっては、地域関係機関、団体とよく連携をとりながら行っている。デイサービスセンターに於いては、仁木町からの委託事業としてデイサービスを行っているが、介護保険認定の非該当者を含む生きがいサービスとして町役場と連携を取りつつ運営している。
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。	b	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姓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、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踏き取る体制が確立している。
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	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。利用者の踏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。	c	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を定めた対応マニュアルの作成・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。	c	個別支援計画や日常支援活動・行事に関する評価、結果の分析、改善策等はケース会議やサポート会議で検討され共有化が図られているが、本評価が求めるサービス改善のための評価体制は整えられていない。
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	法人の「職員ガイドブック」にサービス共通評価基準について定められているが、事業所体制としては不明確で、解決課題を明確化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。	c	今回の第三者評価受審を機会に、定期的な評価・見直しの体制を確立し、課題の解決策と改善計画策定体制を整えるよう期待したい。
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。	c	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支援が職員間共有の下で実施している。また、個々の利用者に対する支援のあり方は明示しているが、一定のサービス水準を保つための標準的サービス実施方法の策定が望まれる。
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。	c	利用者個々のサービスについては、定例の各ユニット会議やサポート会議で随時討議し、必要に応じて見直し、職員会議で共有化が図っている。サービスの標準的実施方法の策定と定期的な評価・見直し体制の確立を期待したい。
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。	a	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、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・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の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。担当職員が作成し、ユニット会議、サポート会議で検討され、職員間で共有化が図っている。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に期待したい。
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する研修会を開催し、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が図っている。提供されたサービスを確認する仕組みなど今後の取り組みに期待したい。
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・見直しが行っている。ユニット会議やサポート会議で職員間の共有化が図り、利用者の同意を得る仕組みが整えている。

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。聴覚の方、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に策定している。
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、調理師と相談し一人ひとりの栄養量・栄養バランス、食事形態・献立・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密に行われている。
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聴き取りをして献立作成に活かしている。食事残渣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。現在は人的体制の中で具体化されない面を残しており今後に期待されている。
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、消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程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履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が記載し、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。衣服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摺を決めアセスメントシートに記入し共有を回し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。理容・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、首飾り等個々に応じて支援している。
A-2-(5)-② 理容・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
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	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。
2-(7) 健康管理		
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回の往診がある。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易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、服薬が確実に行なわ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なわれている。
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	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なっている。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なわれ、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するよう努めている。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なわれている。決められた用紙に保護者が記入し安全の確認を図っている。昼や正月の外泊については家族の事情を考慮して行なっている。
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	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。