

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2014 年 12 月 19 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 063-0825

住所 札幌市西区発寒5条2丁目3番8-201号

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 評価機関認証 第14-001号

代表者氏名 鈴木 正子



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)	高村 一文	組織運営管理	第0053号
	(2)	古川 義則	総合	第0124号
	(3)	小野寺 さゆみ	組織運営管理	第0116号
	(4)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(5)			
サービス種別	施設入所支援			
事業所名称	北海道社会福祉事業団 療護(福祉村 療護)			
設置者名称	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2013 年 6 月 15 日	～	2014 年 10 月 27 日	
利用者調査実施時期	2014 年 6 月 16 日	～	2014 年 6 月 16 日	
訪問調査日	2014 年 10 月 3 日			
評価合議日	2014 年 10 月 11 日			
評価結果報告日	2014 年 12 月 19 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・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 26 年 8 月 1 日**

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団		
事業所名 (施設名)	北海道社会福祉事業団 療護 (福祉村 療護)	種別	施設入所支援
所在地	〒 068-0115 岩見沢市栗沢町福祉村350番地 1		
電 話	0126-45-2721		
F A X	0126-45-4614		
E-mail	fukushimura@dofukuji.or.jp		
U R L	http://www.dofukuji.or.jp/fukushimura/		
施設長氏名	松浦 哲夫		
調査対応ご担当者	小山田康幸 (所属、職名：療護部長)		
利用定員	80 名	開設年	昭和 56 年 9 月 1 日
理念・基本方針： 「自主自立」、「豊かな活動の場を」、「開かれた村づくり」の三大理念に基づき一人一人の生活を大切に、「人間尊重」「個の確立への支援」「生活向上への支援」「自己向上」という基本姿勢で、利用者本人にあった生活を確保しながら、地域との交流や生活を目指した、施設運営を行っております。			
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)			
障害者支援施設 更生	(定員 80 名)	障がい者地域活動支援センター	(定員 10 名)
障害者支援施設 授産	(定員 80 名)	指定特定障害者相談支援事業	
生活介護事業	(定員 30 名)	指定障害児相談支援事業	
日中一時支援事業	(定員 5 名)	指定一般特定障害者相談支援事業	
福祉ホーム	(定員 10 名)	障がい児通所支援事業	(定員 10 名)
短期入所事業	(定員 2 名)		

**【利用者の状況に関する事項】（平成26年8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	1名	2名	2名	1名	2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
6名	13名	20名	15名	8名	8名
					合計
					78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	62名	15名	名	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	62名	15名	名	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
3名	名	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	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	6名	2名	1名	2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
2名	6名	2名	0名	0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	3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		
0名	2名	0名	48名		

(平均利用期間: 18年2か月)

【職員の状況に関する事項】(平成 26年 8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	主任支援員	支援員
常勤	79(60.4)名	1(0.2)名	8(4)名	名	48(46.8)名
非常勤	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	9(5.1)名	7(1.2)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	3(1)名	名	名	1(0.1)名	2(2)名
非常勤	名	名	名	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	1名 ( 0名)
介護福祉士	16名 ( 5名)
保育士	10名 ( 0名)
	名 ( 名)
	名 ( 名)

(非常勤職員の有資格者数は( )に記入)

※福祉村職員全体の有資格取得者数。

**【施設の状態に関する事項】**

※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	2,577,28 m <sup>2</sup>		
(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	昭和	56年	
(4) 改築年(増築)	平成	1年	

○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	<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 <sup>2</sup>		
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>		
(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 25 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

421 人

・ボランティアの業務

施設の行事対応・花壇・環境整備・外出・買い物援助・車椅子清掃・衣類補修・サークル援助  
傾聴・各種スポーツ大会補助 日中活動講座

### 【実習生の受け入れ】

・平成 25 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 4 人

その他 1 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年 1 回入所者自治会と幹部職員による懇談会を実施している。
- ②月に 1 回のオンブズマンによる相談窓口を開設している。
- ③家族会役員会、幹事会、総会に職員が出席し意見を聞いている。
- ④年 1 回運営委員会を実施し、施設と利用者の代表者と意見交換を行っている。
- ⑤制度や運営事項の変更など利用者の生活に影響のある事項については、全体集会・各居住棟集会を開催し意見を聞いている。
- ⑥給食の嗜好アンケートを実施している。
- ⑦日中活動の内容に対する希望アンケートを実施している。
- ⑧年 1 回利用者満足度アンケートを実施している。

### 【その他特記事項】

旧法の療護施設ですが、法の改正後は、障がい種別を問わず、福祉サービスが必要とされる方を受け入れています。設立当初から培った高い介護技術と身体障がい以外の障がいにも対応できる研修体制は、入所される利用者に安心安全を提供しています。今後とも、道内各地からの医療・福祉関係者からの入所要請に応じていきたいと思っております。

## 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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-（1）-① 理念が明文化されている。	a	法人理念「地域社会が人間性溢れる潤いのあるものとなるよう、福祉サービスの充実と発展を目指す」は、法人のホームページや総合パンフレットで明文化されている。福祉村では、「自主自立の生活」「豊かな活動の場」「開かれた村づくり」という三つの理念がパンフレットや福祉村規程集等に記載されている。理念の文言は、福祉村で制作されている最上織（もがみおり）の模様を背景にし、大きなカラー印刷で読みやすく作成されて、各棟の玄関・詰め所等に掲示されている。福祉村の理念は、障がい者支援の原点ともいえる内容である。
Ⅰ-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人基本方針は法人制定の「職員倫理綱領」として明文化され、法人ホームページやパンフレットに記載されるとともに、職員必携として職員に配付されている。福祉村では、利用者サービスの心構えと、職員の業務に対する姿勢を明確にした、「人間尊重」「個の確立への支援」「生活上への支援」「自己向上」という4つの基本方針が明文化されている。基本方針は、福祉村規程集等に記載され、理念同様、各棟の玄関・詰め所等に掲示されている。福祉村の基本方針は、理念を方向づける職員の行動規範となっている。
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	法人制定の「職員倫理綱領」は職員必携として職員に配付されるとともに毎月の各課会議において読み上げ、全員での再確認が行われている。新人採用時には、福祉村の基本理念・基本方針の説明が行なわれ、先輩が後輩に業務について指導をするときの規範となっている。理念・基本方針の文言を額縁に入れ、職員が目につくように、各棟の玄関・詰め所等に掲示されている。
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	理念・基本方針は、家族会総会等においてルビを振ったわかりやすい説明会用資料を作成し、パワーポイントを活用して説明している。家族懇談会や茶話会においても必要に応じて、理念・基本方針の補足説明が行われている。理念・基本方針の文言を額縁に入れて、利用者・家族等の目につくように、各棟の玄関・詰め所等に掲示されている。



I-2 事業計画の策定

	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	「利用者の地域生活への移行を支援するとともに、福祉サービスの実践を通じて社会に貢献する」という社会的使命を達成目的とした、法人全体の「中期経営計画（平成24年～26年度）＝第2期経営計画」と「収支計画」が作成されている。福祉村では「北海道社会福祉事業団第3期経営改革策定に係る施設意見」が作成されており、①職員構成の見直し、②人材育成、③障がい児療育の充実、④利用者の重度・高齢化への支援の充実等が、計画されている。
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	法人の第2期経営計画を踏まえ、福祉村事業計画が作成されている。療護では、ファミリー編成の見直しによる、効率的な介護体制や業務運営が計画されている。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画は、各課の会議、運営委員会、利用者自治会等を通じて各職員や利用者の意見が確認され、前年度の計画とも見直し、勘案し各担当者が草案を作成している。草案は、部課長等の幹部会議で確認、検討、承認が行われ、さらに、法人理事会において承認されて決定される。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	法人理事会で承認、決定された福祉村事業計画書は、定例で開催される幹部会議（部課長等参加）で施設長が説明し、その後、各部課長から各課会議等で全職員に周知される。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	事業計画は、家族会総会において説明が行われるとともに、利用者自治会役員会、居住棟別説明会、茶話会でも、利用者やその家族への説明が行われ、周知されている。説明資料にはルビがふられ、理解しやすい工夫がされている。説明には、パワーポイントが使われることもあり、わかりやすい説明を心がけている。

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	「社会福祉法人北海道社会福祉事業団組織図」「北海道社会福祉事業団処務規程」「福祉村処務規程」等で、管理者（部長、課長）の役割と責任が明確にされている。管理者は、課会議や引継ぎ等において、職員に適切なアドバイスを適時に行うことを心がけ実行している。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	管理者は、法人が実施する階層別研修（職階や経験に応じた研修）に参加し、遵守すべき法令の理解に努めている。職員へは、会議等での説明が行われ、必要に応じ外部研修への派遣も実施しているほか、法人本部の参与が講師となり実施している倫理・法令遵守研修には、基本的には全職員が参加している。各種情報誌に目を通し、必要な情報については、その都度会議等で職員への周知を行っている。

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組に指導力を発揮している。	a	法人事業計画において「人材育成を図るための研修の充実」が掲げられ、長期的な視野に立った人材育成が計画されている。福祉村事業計画では、研修体制の充実が計画されている。管理者は、サービスの質の向上のため、リスクマネジメント委員会、虐待防止委員会等の各種委員会を立ち上げ、職員研修を行っている。職員の介護福祉士や社会福祉士等の国家資格取得を推奨し、資格取得のための援助を行っている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	福祉村では、正規職員を増やし、利用者サービスの向上と業務の効率化が計画され実施されている。また今年度から、ケース記録を手書きからパソコンでの入力へと変更し効率化を図るとともに、LAN（構内通信網）により各棟のパソコンの接続を行い情報共有化の速度を上げ、職員間の連携が高まる体制としている。

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	近郊の福祉事業所が連携して立ち上げたNPO法人との協議会や研修等で、地域ニーズを含めた事業運営に影響する多くの情報が収集されている。社会福祉事業の動向について把握・検討が行われており、事業計画で「障がい種別にこだわらない、地域生活障がい者への支援体制作り」が計画されている。具体的には、交通事故や脳疾患による高次脳機能障がいを負った中途障がい者を受入れ、医療施設から地域生活へ移行する際の中間施設としての役割を担っている。
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組を行っている。	a	「年間計画」と実績との比較分析が毎月実施され、事業種別ごとの進捗状況や利用者の活動参加状況等が分析されている。分析結果は幹部会議で報告され、浮かび上がった問題点に対する改善策が検討されている。問題点と改善策については、管理者から職員へ周知され、関係部署が連携し改善が行われ、26年度は、IT化による迅速な利用者情報の共有のために、パソコン台数を増やしている。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	「社会福祉法人の在り方報告書」に法人運営の適正化として財務諸表等の公表が求められている。ホームページには法人の決算報告として、資金収支計算書、事業活動収支計算書、貸借対照表、財産目録が公開されている。また、監事監査が毎年行なわれており、公認会計士である監事から指導を受けている。第三者評価基準が求める法人外部からの監査については、平成27年度からの新会計基準への移行に併せて実施予定となっているので期待したい。

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	法人経営計画で、利用者支援の充実と職員の処遇改善のため、正規職員の増員計画が立てられている。健康管理に関する人材プランでは、24時間の医療支援体制継続のため、看護師の24時間365日の常駐体制が計画実行されている。嚥下機能評価とそれに基づく機能訓練のために、今年度は言語聴覚士が1名配置された。また、痰の吸引処置が可能になるように職員を毎年度、資格取得研修に派遣して育成している。
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	法人の「第2期経営計画」で、職員の勤労意欲向上等を目的とした人事考課の導入が計画されている。人事考課票は詳細な項目で、客観的な効果が計れるようになっている。平成25年度においては管理職に対して先行実施されており、平成26年度からは一般職員に対しても実施されるので、今後の成果に期待したい。
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	年1回、正規職員に対して個別に意見聴取が実施されており、就業状況についての問題点、他部署や他施設への異動希望等が確認され、対策が取られている。非正規職員については、半年ごとに就業継続の有無や就業に関する希望の確認が行われている。有給休暇消化率は把握されており、勤務表作成時に、有給休暇が取れるように配慮されている。
Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	職員は、北海道民間社会福祉事業職員共済会に加入し、福利厚生事業を利用している。定期健康診断、予防接種は、正規職員・非正規職員ともに実施されている。全職員参加の懇親会においては、非正規職員へ会費面での配慮がなされている。育児休業、産前産後休暇制度があり、新型うつ病の職場復帰プログラムも実施されている。介護福祉士等の国家資格取得の受験者へはテキストの無償提供があり、資格取得時には助成金が支給される。
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	法人の職員倫理綱領で、職員は、「福祉に従事する職員としての社会的使命と役割を自覚し、常に専門的知識や支援技術の向上を目指して研鑽に努めること」が明記されている。法人の「第2期経営計画」で、職員のスキルアップと利用者支援の向上を図るため、全ての職員を対象とした階層別職員研修（職階や経験に応じた研修）が計画され、実施されている。福祉村では、毎月、職員研修が開催され、必要に応じ外部研修への派遣も行われている。
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組が行われている。	b	法人では、研修体系を踏まえた階層別研修等の年間研修計画が組まれている。福祉村では、職員一人ひとりについて、今年度前半の施設内研修や外部研修への参加状況の分析が行われ、それを基に今年度後半の職員個々の研修計画が立てられている。職員個々の研修計画は今年度は実施途中なので、来年度以降の成果が期待される。
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	法人開催の研修は、研修成果を委託の研修機関と分析・協議し、その反省点が次回研修に反映されている。福祉村では、研修参加者は報告レポート等の提出を行い、研修内容を会議等で報告している。職員個々の研修計画については今年度から取り組んでいるので、来年度以降の評価・見直しの取組が期待される。

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	福祉村事業計画書で「将来の福祉を担う人材を育成するため、専門学校等の実習生を積極的に受け入れる」という、実習生受入れの基本姿勢が明示されている。実習生受入れマニュアルが作成されており、実習担当者が中心となり、実習生受入れ先の各学校と事前に実習内容の協議・調整を行い、実習生を受入れているほか、社会福祉士の実習受入れも行われている。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	「福祉村虐待防止委員会設置要綱」「感染予防対策委員会設置要綱」「福祉村施設内感染症対策マニュアル」「福祉村事故等発生時対応マニュアル」等の各種の要綱とマニュアルが作成されており、責任と役割が職員に周知されている。要綱、マニュアルは年1回見直され、必要に応じて改正が行われている。新人・ベテランを問わず職員がいつでも確認できるように災害発生時のフローチャートがラミネートされ、居住棟の詰所に吊り下げられている。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	消防署との連携のもと、年3回、火災や地震発生時を想定した避難訓練が実施され、その内1回は、職員数が少なくなる夜間を想定したものとなっている。地震に備え、施設内の棚等の備品の転倒防止対策が実施され、利用者個室の備品等についても、利用者了承のもと転倒防止対策が実施されている。現在2日分の食料備蓄が行われているが、今後は3日分の確保を予定している。
II-3-(1)-③ 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	事故の未然防止のため義務付けられているヒヤリハット報告は、リスクマネジメント委員会により分析が行われ、改善策の検討と、情報の共有化が行われている。療護（東棟）では、1月分のヒヤリハットの発生が一目でわかるようになっている。職員全員で、日常的にヒヤリハットの意識付けをしている。

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	福祉村開設以来、栗沢農業祭、神社祭、ビールパーティなどに利用者が例年参加しており、地域住民と交流している。また、花壇の手入れ、買い物の付き添い、被服の補修など、様々なボランティアを受入れており、地域との交流を大切にしている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	道内各地の法人の事業所が所在する地域のニーズにより、理学療法士・言語聴覚士等の専門職が講演活動をしている。福祉村としては、地域の行事「歩け歩け大会」開催時にトイレを貸したり、「観劇」に保育所の児童を招待している。市民文化祭では職員が会場設置する等協力している。設立時からボランティアに来てくれている地域の方々が高齢になっても生き甲斐として継続的に活動できるように送迎をしている。

Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。	a	ボランティア活動は、花壇の手入れ、買い物の付き添い、被服の補修、草刈り、傾聴、車椅子掃除など様々で多数の受入れがある。ボランティア・マニュアルには、施設側で準備する事項のほか、ボランティア個人や団体が遵守すべき事項や心得等について記載されている。
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	常時利用している病院、歯科、行政機関、特別支援学級のある学校、ボランティア団体等は、電話番号リストとして職員詰め所に掲示され、通院、支援、申請、行事等の目的に活用されている。また、相談支援事業所等、新たな社会資源は更新される都度、職員間で情報が共有されている。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	市内のNPO法人や岩見沢市自立支援協議会、各地の相談支援事業所等と情報交換や研修、またケースの情報共有やカンファレンス等が定期的に行われている。道東から札幌市へ地域生活移行する利用者を中間施設として受入れ、病院、相談支援事業所と広域に連携した事例がある。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	昨年度から、岩見沢市と障がい児のニーズについて調査を行い、今年度の事業計画に障がい児通所支援事業所の開設を盛り込み実施している。また、北海道空知総合振興局からは空知圏域広域相談支援体制整備事業を受託するなど、地域のニーズを把握しながら事業展開している。
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	生活介護や短期入所のほかに、今年度から岩見沢市内で障がい児通所支援事業所を開設して、地域の福祉ニーズである障がい児へのサービスを始めた。また、空知圏域広域相談支援体制整備事業の受託後は、福祉村として地域づくりの後方支援活動にも力を入れている。

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組を行っている。	a	利用者サービスの基本理念と行動基準がマニュアル化されており、幹部会議・課内会議では倫理綱領が唱和されている。全職員対象に、虐待チェックリストと自己評価を実施した後に、管理職が個別に職員面談を行っている。新人職員には一定期間、先輩職員がスーパーバイザーとなるチューター制度を取り入れ、育成に力を入れている。
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	利用者の部屋は個室化されており、個人のプライバシーは守られている。また、入浴、排泄等のマニュアルにはプライバシー保護について明記されており、同性介助が実施されている。また、利用者の前で他の利用者のことを話すことがないように、管理職は部下職員に対して都度注意喚起している。
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、取組を行っている。	a	月2回の自治会や年2回のファミリー懇談会、また、昨年度から利用者や家族へのアンケートをそれぞれに対して実施している。こうした利用者満足度調査を積極的に行い、最近では、老朽化したナースコール設備の改修につなげている。

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	希望する利用者は、月1回来所するオンブズマンに相談できる体制になっている。利用者からの意見・要望に関しては、基本的にファミリーの担当職員が対応することで言いやすくしている。担当職員でなくても意見・要望が言えるので、直近では、ナースコール後の待ち時間に対する不満があったため、すぐに対応できない理由とおよその到着時間を利用者に説明するという取組を行っている。
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	些細なことでも利用者の意見・要望を聴き、苦情が出た場合は苦情解決の仕組みで処理している。解決までの経過は適切に記録・保管され、結果は利用者にはフィードバックされている。公表の有無は利用者の意見を聴きながら行われており、職員には会議で経過が説明されている。
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。	b	利用者からの意見等に対する対応フロー図や相談支援マニュアルが作成されている。利用者からの意見等に迅速に対応し、個人記録で「相談」という項目が設けられており、その内容が記載されている。今後は、相談内容を「対人」「物品」「施設整備」のように詳細に整理していくことが望まれる。

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組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	定期的に第三者評価を受審しており、自己評価は生活棟のファミリーグループの職員ごとに自己評価を行い、管理職に提出した後、全体の評価を決定して検討する仕組みになっている。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	自己評価や第三者評価で出された課題は生活棟のファミリー会議や課内会議でも話し合わせ、全体で共有され改善実施していく仕組みになっている。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供する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	標準的なサービスの実施マニュアルにプライバシー配慮の記載がある。標準的な実施マニュアルでは対応できない利用者には個別のマニュアルが用意されている。
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	マニュアルは生活棟のファミリー会議、課内会議を経て、定期と随時の見直しを行っている。身体障がいのほかに知的障がいや精神障がいの重複、また、高齢の障がい者にも対応できるように随時の見直しを行っている。
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。	a	サービスの実施に関する各種の書類が揃っている。個別支援計画に沿った記載方法を法人内でテキストを作成して研修する取り組みを行っている。支援内容の記録は、単に利用者に行ったことを羅列するのではなく、支援計画の目的に沿って記述するよう努めている。困難事例については、相談支援の総括としてまとめてあり、読み手に支援の在りようが伝わる記述となるよう心掛けている。

<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>	<p>a</p>	<p>個人情報管理規程により管理責任者が置かれ、個人情報の保管、利用、破棄、第三者提供、照会等について定められている。また実習生、ボランティア、職員には、記録の取扱いに関する教育がされている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>朝、夕の打ち合わせでの引き継ぎ、回覧等で利用者状況の変化を共有している。支援員、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士と利用者情報をケース検討会議やカンファレンス等で共有化している。さらに、次年度からはパソコンのネットワーク化が完全実施になる予定になっている。</p>

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>多くの利用者は、設立当初から入所し、出身は全道各地に及んでいる。新規の利用者のためには、ホームページで最新の情報を提供したり、近郊の市町村にはパンフレットを配布して必要な情報を提供している。また、問い合わせがあれば、随時、見学の希望等に対応している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>入所、短期入所では契約書、重要事項説明書に基づいてわかりやすく利用者及び家族等に説明している。また、栄養マネジメントや理学療法・作業療法のリハビリテーションを行う場合は、それぞれの支援計画の説明を行い同意を得ている。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>高齢化が進んでいるため地域移行をするケースはないが、相談支援事業所に引き継ぐ等、移行先で適切なサービスを提供できるように必要な支援を行っている。移行時に必要な書類は、利用者や家族の同意を得て、基本情報や経過等についても文書により情報提供することになっている。窓口は福祉村地域活動支援センターとなる。</p>

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>アセスメントは、手順の流れが示され、項目ごとに留意点が記載されている。本人・家族等の要望・意見を聴き、担当職員や専門職も入ったアセスメントが行われてニーズを洗い出している。</p>
<p>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。</p>		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>a</p>	<p>個別支援計画作成に関するサービス等の流れが具体的に示されている。また個別支援計画書に記載する際の留意点なども、項目ごとに示されている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>半年ごとの評価は、サービス管理責任者、支援員、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士等との会議を経て行い、利用者や家族等にも説明して同意を得ている。</p>

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	職員は、障がいや疾病に応じたコミュニケーション方法を学ぶことで、利用者との意思疎通を円滑にしようと努めている。障がいに合わせて作成したコミュニケーションボードやトーキングエイド等の機器を活用している。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者の余暇活動や地域との交流等を支援している。地域の祭りの神輿担ぎのメンバーとして活動する際の支援や、利用者の希望する地域のサークル活動に参加する支援を行っている。自治会の活動において利用者が意見を表明し、施設としてどのような支援ができるかを協議するなど、利用者の主体的な活動を尊重している。
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。	a	日常的に、利用者から生活上の希望を聴き取り、身体機能、健康状態、栄養マネジメントなど専門職による分野ごとの評価を定期的に行っている。利用者の「自分でできる」という意思を尊重しながら、高齢・疾病による身体機能の低下を確認しやすい入浴動作を専門職として見守り、「利用者が自力でできること」、「見守りの支援を要すること」、「介助支援を要すること」に分けて個別支援マニュアルに記載している。
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。	a	利用者が自分でできることや挑戦してみたいことが増えるよう、様々な体験の機会を提供している。利用者が希望する旅行へ家族と一緒に旅行しない場合は利用者の希望により旅行同行ボランティアを依頼したり、利用者が参加できる地域のサークルを探し、交流できるように支援している。

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	サービス実施計画に基づき、栄養マネジメントが行われている。利用者の高齢化に伴い、従来よりも嚥下機能に留意した個別の介助方法・食事形態により食事提供を行っている。利用者へ食事提供に関するアセスメントや栄養ケア計画を説明することで、栄養、体重コントロール等について啓発する機会となり、減量や血糖値減少等の目標に向かって励む利用者もいる。
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	献立や食事の提供方法などは定期的にアンケートを行い利用者の意見を反映している。主菜や果物が選択できるようになっており、利用者の好みも反映できるようにしている。また、主食のご飯とみそ汁は自分で盛り付けることができ、体調・食欲により量を調節することができる。



<p>A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>大食堂の壁面いっばいに造作された長いレースのカーテンは、適時開閉して食堂内を明るくしたり、屋外の緑の景色を眺められるようにしたりしている。天井の電灯も天候により、適時点灯している。男女別の生活単位(ユニット)を「ファミリー」と呼び、ファミリーごとにデイルームがある。男女のファミリーがデイルームに一堂に介し食卓を囲み、食事を通じ交流の時間となるようにしている。大食堂で食事をとる利用者もいる。</p>
<p>2-(2) 入浴</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>入浴は機械浴と一般浴(浮き輪を使用して浴槽に入っている利用者もいる)があり、障がいに応じて必要な介助職員数が配置されている。自力で入浴する利用者には、見守り時に身体能力の低下がないかを確認している。こだわりのある利用者に対しては、介助する職員が替わっても精神的に落ち着けるように、入浴の個別支援マニュアルが各棟の浴場に掲示してある。</p>
<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p>	<p>a</p>	<p>入浴は週2.5回で実施され、介助の必要がない利用者は、毎日のシャワー浴が可能となっている。機械浴を怖がり、運動浴(浮き輪を使った入浴)を希望する利用者のために職員が2名で介助することもある。お湯の温度や一番風呂の希望などにはできる限り対応している。</p>
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>浴室の清掃は外部に委託し、定期的に清掃や消毒が行われている。利用者の身体状況や介助の必要度に合わせて機械浴や一般浴を使い分けている。滑り止めマットやシャワーチェア、浮き輪など、利用者が安全に入浴できるよう器具を活用している。脱衣所で温度差が生じヒートショックを起こさないよう室温に配慮している。</p>
<p>2-(3) 排泄</p>		
<p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>トイレでの自然な排泄を目標とし、支援を行っている。排泄介助は同性介助で行っている。夜間のナースコールでの職員呼び出しが詰所での集中システムから職員のPHSへの直接呼出しに変更され、より早い対応が可能となっている。</p>
<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>毎日、清掃を行い、汚れがある場合には、都度、職員が清掃を行って快適な環境となるようにしている。体幹の保持が難しい利用者は、車椅子の背当てを工夫して座位を保てるようにしているほか、ストレッチャーやトイレ用の車椅子等の福祉用具を活用している。利用者の申し出により、芳香剤を提供している。</p>
<p>2-(4) 服装</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の服装の選択は、季節や外出先の場所等の予定に合わせて、個性を大切に日常生活や外出の場面にふさわしいものとなるようにアドバイスをしている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>職員は、利用者の各居室で、衣類の着替え時の支援をしている。基本的に着替えは本人の意思を尊重しているが、汚れが目立つ時には、必ず着替えを促す声掛けをしている。また、地域の方々のボランティア等により被服の補修を行っている。</p>

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	日頃の身だしなみとして爪切り・ひげそりを支援しているほか、利用者の入浴の際にも行っている。歯磨きは、利用者の高齢化で必要度が増している。夜間・土日祝日の支援が難しい化粧やネイル等のおしゃれは、日中活動プログラムで楽しんでいる。
A-2-（5）-② 理・美容について配慮している。	a	施設内に理容室があり、理容師が週2日訪問している。美容師は毎月1回理容室の訪問と東新棟デイルームに隔月で訪問しサービスを提供している。利用者の希望により、地域の理美容室に出掛ける予約や調整を行っている。

	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る。	a	居室は個室となっており、利用者は自分が眠りたい時間に就寝する。夜間の自室のテレビはイヤホンで聞くといったルールがある。利用者が隣室の音やテレビの反射光が気になって安眠できない場合は職員の仮眠室を提供する等、臨機応変に対応している。
2-（7） 健康管理		
A-2-（7）-① 日常の健康管理は適切である。	a	利用者は毎日看護師の訪問を受け、日常的な健康管理を受けている。施設内診療所の受診が可能であり、適切なタイミングで受診できる。利用者のかかりつけ医への受診後には薬の内容等を確認している。夕方の打ち合わせには看護師も参加し、健康状態について夜勤職員への引き継ぎを行っている。
A-2-（7）-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	医療処置をする機会が多い利用者は、施設内診療所に近い棟に入居している。ナースコールを備え、緊急時に迅速に対応する体制を整えている。緊急搬送の場合は、居住棟が幾つもあって敷地が広いので、毎年の避難訓練時に消防署職員を施設内へ誘導する訓練も行っている。また、利用者の既往歴等の医療情報が入った緊急持ち出し書類を準備してある。夜間・休日の緊急時には警備担当者が救急車を誘導する。
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	食後の薬の配付・与薬、帰省時に持ち帰る薬の準備等を手順に定めて支援を行っている。薬に関するヒヤリハットが発生した場合には職員が再発防止のための検討を行い、職員への意識付けと手順の周知を再確認している。また、与薬の際に氏名を確認し、薬をセットしてあるトレーにある顔写真とも照合して与薬を確実にする工夫をしている。
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	個別支援計画には、利用者の希望を盛り込み活動の充実を図っている。年齢とともに外出しなくなった利用者に対する活動参加への声掛けを欠かさず、楽しい時間を持てるよう支援を行っている。利用者が希望する余暇活動と一緒に行ってくれるボランティアや団体を探して協力を求めるといった外部の資源の開拓と活用も行っている。

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	日常的な外出手段の提供として定期バスを運行し、利用者の希望する場所への外出支援も行っている。神輿担ぎなど地域行事への参加や地域のサークルでの宴会の参加には、帰る時間が遅くなることも認め柔軟に対応している。
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	利用者と家族の希望を踏まえて、旅行や外出の同行ボランティアによる支援を行っている。利用者が希望する道外のアミューズメントパークなど、遠隔地への旅行はボランティアの募集と調整の支援を行っている。
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	所持金は、基本的には利用者の自主管理とし、利用者の居室に個別の金庫を設置している。毎月2回の金庫内の残金の確認や金庫の開閉簿の整備、小遣い帳の記載を支援している。また、銀行が施設内で業務を行えるよう配慮するなど、銀行口座の利用が容易に行えるようにしている。
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	新聞の購読や、テレビの有料放送の契約、インターネットの利用など、職員が必要な支援を行った上で利用者が個別に契約をしている。自室でのテレビの視聴の時間も利用者の自由となっているほか、デイルームには共用のテレビがある。また、共用のパソコンもあり、ワープロソフトやインターネットが使える。
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	利用者の喫煙や飲酒は、医療的制限がなければ自由となっているが、節煙のために自らたばこを職員に預ける利用者もいる。喫煙はベランダなどを喫煙場所として定めている。嗜好品として利用者の自主性を尊重しつつ、禁煙委員会を発足し、喫煙をする職員も交えて禁煙への取り組みを行い健康管理に配慮している。