

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011 年 3 月 2 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002
住 所 札幌市中央区北2条西7丁目

電 話 番 号 011-251-3897

評 価 機 関 名 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 第10-006号

代 表 者 氏 名 会長 三宅浩次

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	総合	第0001号
	(2)	武田 志津子	福祉	第0013号
	(3)	山崎 美智子	総合	第0150号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	障害者支援施設			
事業所名称	福祉村 更生			
運営法人名称	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)	2010年9月6日	～	2011年3月2日	
利用者調査実施時期	2010年10月7日	～	2010年10月29日	
訪問調査日	2010年10月7日			
評価合議日	2011年1月31日			
評価結果報告日	2011年3月2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			
※評価結果の公表について事業所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

北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 北海道社会福祉事業団

代表者氏名：理事長 吉田 洋一

所在地：〒060-0042 札幌市中央区大通西5丁目11番地 大五ビル3F TEL 011-271-5531

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

◎经营理念や基本方針と対応計画の明確さ

当法人の設立経緯は北海道立福祉村として開設、以来30余年の経営の歴史を有しています。利用者の自主自立、豊かな活動の場、開かれた村づくりの三大理念を基に利用者支援の基本方針を明確にして北海道の障害者福祉のモデル的経営を示してきました。平成18年以降、経営の基本的な改変に伴い、経営の抜本的な合理化を進めつつ、創立時の基本理念や利用者支援の高い基本的姿勢と方針を維持するよう中期運営計画を定め、高度化する障害者福祉向上の時代の要請に応えようと努めています。

◎人材確保と養成の工夫と努力

中期運営計画の経営合理化方針による実行過程は職員構成の正・非正規職員の配分など課題に直面しています。こうした課題解決に積極的方策を講じ、職員の資格取得への研修やキャリアに応じたスーパーバイザーによる個別指導など人材の確保につなぐ養成に実効性のある工夫と努力を重ねています。

◎自立生活に向けた支援

生活課が窓口となり、地域生活体験室「わたぼうし」やILP(自立生活支援プログラム)学習会を実施して地域での自立生活に向けた支援をしています。平成21年度「わたぼうし」では、福祉村全体で延べ143人を数える利用者がありました。またILP学習会では、対象利用者の理解力にあわせて、ヘルパー利用方法、コミュニケーション、お金の管理などテーマを設定し、外出などの実践プログラムも取り入れています。さらに全室個室であることや、自主性を尊重する取り組みの中からも、具体的な目標へと結び付けられるように支援しています。ほかの施設見学を実施したり、講演会を開催しています。地域生活への移行では、近隣市町村との定期的な会合などを通じ、情報を取りやすい環境を整えて、行政の担当者や該当地域の居宅サービス・日中活用の事業所とネットワークを構築しながら、不動産業者や住宅改造の相談・支援も行っています。受け入れ実施機関とケースカンファレンス、サービス担当者会議などを行い、地域支援課とも連携しています。支援過程では、利用者の生活意欲の維持とニーズを引き出すために、職員間で連携しながら情報を共有しています。

◎診療所との連携と健康管理の充実

福祉村には診療所が併設されています。日常的な健康診断として血液検査や所長検診、並びに定期健診として血圧測定・体重測定を行い、保健医療及び予防医療(プライマリ・ケア)の充実を目指しています。疾病の早期発見と予防に努めるばかりでなく、利用者の自己健康管理能力の向上にもつながっています。高齢化や二次障がい的高度化で疾病にかかりやすい利用者の健康管理にとって重要です。

◎介助効率向上の工夫

福祉村では、従来まで男女混合の居住棟を、「北棟は男性、南棟は女性」と男女別の居住棟としました。日中・夜間とも男女別の介護が可能になりました。夜勤体制も見直しを行い、同性2名の職員を配置しました。生活課職員で夜勤を行うためスムーズな引継ぎができ、朝晩の介護量が必要な時間帯にも十分な支援を行うことができました。今後さらに重度になっても利用できるように、ライフステージに合った体制づくりを構築することができました。本人や家族にとって将来を見据えて安全で安心な生活を送ることにつながり評価します。

◇改善を求められる点

◎人事考課方策の検討を期待

職員の業務における成績・情意・能力考課の必要性とその本質は事業執行の客観性・公平性・透明性に係わり、かつ職員個々の意欲の喚起と組織の活性化にとって不可欠な課題と考えられますので、今後の組織的な検討を期待します。

◎対応マニュアルの整備

苦情受付だけではなく要望などに関しても、直接、申し出者に回答したり、状況に配慮しながら集会などで取り組みの経過説明をするなど、迅速な対応を心がけています。しかし、利用者からの声は、苦情に限らず意見・要望・提案・相談などあらゆる要素が含まれるのが通常です。日頃の思いを受け止め、ゆっくり話を聞いて欲しいという声は、利用者調査からも伺えます。担当職員が意図的・定期的に会話をする時間を設定するなどの工夫や、日常的な状況把握にオンブズマンを積極的に活用するなどして、利用者の様々な声を汲み取り、対応マニュアルを整備して、サービスに活用・反映させることに期待します。

◎内服薬・外用薬の取り扱い

薬の取り扱いに関しては、マニュアルをもとに対応しています。マニュアルの内容は「①各居住棟ごとに医務の指示で看護師が薬のセット ②支援員が日時、名前を読み上げ声出し確認後に服薬助 ③服薬後、薬の袋で飲み忘れはないか確認」とあり、3ヶ所でのチェック体制を徹底しています。しかし、各居住棟で年間平均数回の誤薬があります。職員個々が薬の効用、副作用などを十分に理解していないことや、特に臨時薬や帰省時の薬の渡し忘れなど職員間に定着していない面が見受けられます。また、内服・外用薬の使用状況を様式に記録することが重要です。常用薬のみならず、臨時薬や帰省時の薬の取り扱いについてマニュアルの見直しや改善、事故防止意識など職員への周知徹底を期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価では、利用者調査として利用者からの丁寧な聞き取り調査を行っていただき、心から感謝申し上げます。「利用者の自主自立」の理念は、私達が最も大切にしてきたものであり、そのことを評価していただいたことは大きな自信となりました。今後もこの姿勢を忘れることなく、施設を運営してまいりたいと考えています。

今回、高く評価していただいた人材育成は、施設運営にも関わる大変重要な課題であり、研修やバイザー制度、QCサークルといった取り組みを行ってきましたが、まだまだ十分とは言えません。今後も更なる人材育成に向けた取り組みを行ってまいります。

同様に高い評価をいただいた「自立生活に向けた支援」は、実習を中心に進めてまいりましたが、今後も制度の動向を見据えながら、利用者の意向に添って進めていきたいと考えています。

また、利用者の健康管理については、施設内の診療所が日常的なチェックや定期検診を行うなど、日ごろから予防医療の充実に努めてきておりますが、障がいの重度化に伴い、医療機関への緊急移送も急増してきておりますので、今後も、24時間体制で迅速な対応が図られるよう、消防署など関係機関との連携に十分留意してまいります。

一方、改善を求められる点としてご指摘いただいた人事考課方策の検討については、今後、法人の新たな経営計画の策定を進める中で対応を検討してまいります。

利用者からの「日頃の思いを受け止め、ゆっくり話を聞いてほしい」などの声につきましては、これまで施設運営の大きな変革期ということもあり、落ち着いた対応が出来なかったことも事実です。これからは腰を据えて利用者の方と向き合えるよう、時間と場の確保について職員全員で工夫してまいりたいと思います。

利用者からの「日頃の思いを受け止め、ゆっくり話を聞いてほしい」などの声につきましては、これまで施設運営の大きな変革期ということもあり、落ち着いた対応が出来なかったことも事実です。これからは腰を据えて利用者の方と向き合えるよう、時間と場の確保について職員全員で工夫してまいりたいと思います。

また、誤薬につきましては、対応マニュアルの見直しに加え、職員研修等により薬の知識を再確認するなど、事故防止の徹底に努めてまいります。

これまで、試行錯誤を重ねながら、現在の運営体制を作ってくることが出来ましたが、今後も法人の経営理念や福祉村の理念の実現を目指し、支援内容等の充実に向け、利用者と共に更なる取り組みを行っていきたいと考えています。

また、「福祉は人」を念頭に、利用者から信頼される人間味のある支援者の養成にも取り組んでまいりたいと思います。今回ご指摘いただいた評価細目の課題につきましては、新年度に「改善委員会(仮称)」を立ち上げ、改善を図ってまいります。

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： 平成 22 年 8 月 12 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福祉村 更生	種別	障害者支援施設
所在地	〒 068-0115 岩見沢市栗沢町最上 3 5 0 番地 1		
電 話	0126-45-2721		
F A X	0126-45-4614		
E-mail	fukushimura@dofukuji.or.jp		
U R L	http://www4.ocn.ne.jp/~mura2721/		
施設長氏名	総合施設長 渡辺 松伸		
調査対応ご担当者	宮脇 一 (所属、職名：生活部長)		
利用定員	80 名	開設年	54 年 6 月 1 日
理念・基本方針： ※新事業体系移行 H21.4.1 「自主自立の生活」「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の生活を大切に、自分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て実践を行い、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)

--	--

【利用者の状況に関する事項】（平成22年 7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	1名	6名	7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
11名	11名	8名	9名	4名	2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	41名	37名	名	名	名	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	41名	37名	名	名	名	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
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ヶ月以下	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
1名	2名	5名	2名	5名	5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
0名	1名	0名	5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
1名	1名	2名	0名	1名	5名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	3名	9名	27名		

(平均利用期間： 15年)

※ただし、新体系移行としては、全員1年3か月

【職員の状況に関する事項】(平成22年 7月 1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況 未記入

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員(支援員)
常勤	73(31.7)名	1(0.2)名	10(3.0)名	名	49(25.4)名
非常勤	3(0.8)名	名	名	名	2(0.7)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	8(1.0)名	2(0.3)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(サビ管)
常勤	1(0.3)名	名	名	名	2(1.5)名
非常勤	名	名	名	1(0.1)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・準看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

※職員数は総数とし括弧内を常勤換算数にて記載する。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	13名()名
介護福祉士	35名()名
保育士	15名()名
	名()名
	名()名

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

※ただし、福祉村全体での人数。

【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	居住棟 2,903.07㎡ 共通 5,950.99㎡
(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 54年
(4) 改築年 (増築)	平成 2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	㎡
(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	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 21 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

492 人

・ボランティアの業務

○施設行事対応 ○花壇整備 ○外出、買い物援助 ○車椅子清掃 ○施設周辺の草刈り
○衣服の補修 ○サークル援助 ○作業補助・傾聴 ○各種スポーツ大会

【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 6 人

介護福祉士 12 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。

○各居住棟に投書箱の設置、定期回収 ○月 1 回のオンブズマンによる相談窓口の開設 ○家族会役員会、幹事会、総会への職員出席で意見を聞く（2 か月に 1 回程度） ○運営委員会（利用者代表と施設代表による年一回） ○制度や運営事項の変更など利用者に影響を及ぼす事項については、全体集会開催や各居住棟集会（昨年度は、3 回開催）

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者更生施設)

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・事業所は利用者の尊厳を基に「自主自立の生活」「豊かな活動の場」「開かれた村づくり」を理念としてサービスの質的向上とエンパワメント支援などを明記し、地域福祉の向上に寄与する姿勢を示している。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本姿勢は理念の下に個人の尊厳保持の立場で、個々の生活の尊重、自分にあった生活の確保と地域との交流を支援することを明文化している。施設内に掲出するほか周知資料に明らかにしている。
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	職員への周知は施設内掲出、ホームページ、パンフレット、定例機関誌などに明示し、業務上の研修・指示などに活かして実践している。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	入所契約時に説明し、家族総会などでも運営の基本理念に立つ説明をして理解を深めている。利用者への周知にはなお、分かり易い文章化や図化などの工夫が望まれる。

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	近年の施設経営の実態を基に財務・施設整備・人事・労務・研修など平成23年度末までの5ヶ年計画を策定している。
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	単年度の事業計画の策定にあたって、中長期計画の経過を反映して策定している。
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	計画の策定にあたっては担当部署が法人の基本方針に沿いながら、事業組織の意向を反映した計画となるよう創案し、本部と協議の下に決定している。
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	決定した事業計画は定例会・組織の各部局を通して周知に努めている。利用者に対しては自治会や全体集会の機会を通して周知に努めている。

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	管理者（施設長・部長など）は部署に応じた年頭所感や基本方針の説明時、定例会などの連絡・引継ぎなどで役割・責任を明らかにしている。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	経営や運営の大綱に立って法令順守の姿勢が見られる。しかし、係わる関係法令などは多く、組織的な規模の大きさなど、職務分掌に応じた責任ある法令順守の体制が不可欠と思われる。各分掌での専門的法令順守の徹底を図るための工夫に期待したい。

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。	b	職員の資質向上は、経営の抜本的改革計画途上の状況にあるが、サービスの質的向上、リスクマネジメント、権利擁護などに重点を置く内外の研修を重ね、資格取得への支援など積極的な取り組みに努めている。なお、当面する課題や研修成果の分析・評価・改善の方向を示すなど指導性が求められている。
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。	b	事業環境の多様な背景を踏まえ、生活支援の合理化・改善、収支の効率化に努め、個々の利用者支援も心身の状況にあわせ意欲の向上を支える取り組みに努めている。しかし、組織活性化への効果・効率と改善への具体的示唆など、さらなる指導性が求められている。

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。	b	管内の種々の協議会を通じ、全国的な政策的関連情報を収集するとともに、全道的な利用者支援の状況を審らかにするよう、専門的な部署を設けるなどの確な環境把握に努めている。しかし、経営の改変期にあり組織全体の共有化と連携の努力に期待したい。
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。	b	年間の計画を基に月例での収支状況を明らかにしている。業種別の進捗状況、利用者の心身の状況や参加意欲などの課題を分析し、関係部署と連携協議して改善策を図っている。なお、組織的な職員周知・連携の仕組みの構築が期待される。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	外部監査は実施していない。なお、内部監査にあたっては公認会計士を監事に迎えて適切な監査を得ている。

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。	a	中・長期計画に基づく正規職員の削減計画による人材確保と充実の課題は、時間給職員の補充と組み合わせで常勤換算以上の適正管理に努めている。そのための時間給職員の養成制度でスキルアップに努め、計画を補完している。
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。	c	職員の成績・情意・能力などによる客観的な人事考課基準は設けていない。なお、昇進などは日頃の勤務状況や組織的貢献を基準としているが、評価基準が職員に共有されていない。今後、人事考課が就業上の客観性・公平性・透明性確保の視点に立ち職員の就業意欲の向上に資するよう検討が望まれる。
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。	b	正規職員の就業状況や異動希望など、定例的に業務全般について意見聴取し課題対応に努めている。また、嘱託・臨時職員は年度の中間期に自己評価の提出を受け、スーパービジョン（職員の管理・教育・訓練）の機会を設け課題支援にあたっている。なお、全体的・組織的な課題対応の成果検証の取り組みが望まれる。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	ソウエルクラブの加入は正規職員のみである。ほかに多様な支援の試みがあるが、職員全体への福利厚生の取り組みは十分とはいえず、今後の検討課題である。

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	職員に対するサービスの質的向上のための方策は中長期計画に明示し、新人から幹部職員の各階層に応じた専門技術習得・専門資格対応研修などを年次、計画的に行っている。
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	基本的な研修計画に沿い月例研修、施設内業務研究発表会の開催と外部講師の助言・講評、資格取得研修サークル活動など個々の状況に応じた新人から幹部職員にいたる課題に応じた知識・技術習得を目的に、計画的に実施している。
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	経験の浅い職員にはチューター（個別指導員）制度を採り、介護の専門的な知識・技術の習得や指導にあたり、現任職員として必要に応じた相談・助言を行って、業務の習得実感と意欲の向上に資している。
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	専門職種養成の現場実習機関として受止めの基本姿勢を明示し、組織的な指導体制を整えている。受け入れマニュアルは関係機関との協議の下に調整し、効果的なプログラムを設定して指導している。
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	実習生には研修期間担当職員を配置してあたり、学校などとの協議・調整した研修マニュアルに沿い、プログラムを展開するとともに連携して、実習生の資質向上に合う指導を行っている。

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	事故・感染症など緊急時の対応は、組織的に事故・感染症等委員会を通じて担当部署・責任体制を明らかにし、定期的点検・事実確認・点検報告を行って体制の強化を図り、かつ、緊急時の対応に努めている。
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。	b	所属ごとにヒヤリハット報告義務を課し、日々の事故予見や改善への対策を検討協議して、課題の共有化を図っている。定期的なリスクマネジメント委員会を開催して事故分析と防止対策を報告して周知を図っているが、服薬管理のリスク対応の検討が望まれる。なお、災害対応は消防計画などに基づき訓練の実施を計画的に行っている。

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	事業所の経営理念を基に行事などの企画から実施にいたるなかで、地域住民の参加を求め、地元関係機関との連携など、地域社会との多様な交流の機会創出に努めている。
II-4-（1）-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	相談事業、デイサービス、ショートステイ、資格取得講習、特別支援学校の施設体験、小中高生徒の学習支援など多様な施設機能を活用した地域還元の働きを展開実施している。
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。	b	ボランティア活動の受け入れは担当部署を窓口に行事・作業・買い物などの目的に応じた受け入れを地元社会福祉協議会や教育機関と連携を図り行っている。しかし参加者の固定化、高齢化など後継者不足の課題も多く、今後の人材の組織化などに工夫と検討が求められる。
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	役所・消防署・警察・学校・図書館などの公共機関、社会福祉協議会などの福祉機関をはじめ、大型量販店などの社会資源を明らかにしている。

II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	関係機関とのケアマネ会議・ふらっと委員会・支援協議会などの定例開催、月例の近隣市町村・相談所、学識経験者との事例研究や情報交換を行って連携を図っている。
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	担当部署を設け管内の利用者ニーズを把握するため家庭訪問、ケアマネ等専門家会議、関係機関連携会議の開催、デイ、ショートステイサービスなど地域利用者からの情報の収集に努めている。
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	近隣市町村、関連施設との連携を図って、デイサービス、ショートステイ事業の実施や地域移行訓練の試みなど基本計画に沿って実施している。

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	福祉村の開設時に作成された三大理念を基にして、措置から契約に変わった時点で利用者サービスの基本理念と行動基準を定めた。運営計画やサービスの標準的な実施方法にも反映させている。職員には行動基準を配布し、月に1度職員研修を実施している。新人職員には、チューター制度を導入して、自己評価を実施している。新人に対する定期的なスーパービジョンが、ベテランにとっても業務の再確認になっている。廊下の各所には、ルビ付きの利用者サービスの基本理念を掲示している。
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	全室個室であり、同性介助を実施している。プライバシー保護は、重要事項説明書を始めとして、利用者サービスの基本理念や行動基準、入浴・排泄などの標準的な実施方法に明記している。職員の会話の中で無意識に個人情報が出ないように指導を行い、意識喚起はしているが、実際の支援では職員の常識の範囲・各自のモラルに委ねる場合もある。改めて、職員全体でプライバシー保護の重要性を確認するためにも、職員参画の上、プライバシー保護に関するマニュアルを作成することに期待したい。
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ている。	a	食事の嗜好調査や日中活動に関する調査を実施している。必要に応じて開催しているファミリー会議や、自主運営で2週間に1度開催されている自治会とは、定期的に意見交換をしている。半年に1度の個人面談時には、本人だけでなく家族からも要望を聞き取っている。家族会の会合に職員が出席して課題を共有している。
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	全室個室であることや、飲酒や喫煙に関する自由、金銭に関する自己管理など、利用者の自主性を尊重する観点から規制が少ない。毎週水曜日の町内便・土曜日の江別便・岩見沢便の定期買い物バスのほかに、年に2回の福祉村買い物バスがある。アンケート結果を掲示して、要望に具体的に回答している。デイ活動課を中心として日中活動や余暇活動の充実にも努め、参加率を高めている。夏祭りや忘年会、給食会議などに利用者も構成メンバーとして参加し、意見を述べる場を確保している。

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	利用者の各棟のグループ単位をファミリーと呼び、活動の基本として意見の言いやすい環境作りを目指している。自治会やファミリー会議は、職員の介入・出席はなく自由に発言できる環境を整備している。個々の利用者の理解度に考慮し、担当職員を2人体制（正職・嘱託）として、言語表現が難しい利用者には、居室訪問をしながら表情・態度などからも意向を汲み取るようにしている。必要な情報は共有している。
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	苦情解決取扱要綱と苦情処理運営細則を策定し、苦情処理に関する流れを明確にしている。第三者委員としてオンブズマンを設置し、オンブズマン運営要領を定め、その役割を明確にしている。壁にはオンブズマンの写真と説明を掲示し、オンブズマンによる月に1度の相談日には、放送を流している。家族会にも周知している。各棟ロビーに苦情箱を設置し、解決へのフローチャートを貼付している。苦情解決経過と結果は記録され、配慮した上で「村のたより」などに掲載して公表・報告している。
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。	b	苦情受付だけではなく要望などに関しても、直接、申し出者に回答したり、状況に配慮しながら集会などで取り組みの経過説明をするなど、迅速な対応を心がけている。しかし、利用者からの声は、苦情に限らず意見・要望・提案・相談などあらゆる要素が含まれるのが通常であり、ゆっくり話を聞いて欲しいという声も多い。日常的な状況把握にオンブズマンを積極的に活用するなどして、利用者の様々な声を汲み取り、サービスに活用・反映させるためにも、対応マニュアルを整備することに期待したい。

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。	a	福祉村として、21年度の授産事業に続き第三者評価を受審し、来年度以降も定期的な受審の意向を示している。受審の際の自己評価の取り組みは、正職・嘱託・臨時の3人を1グループとし気づきを共有した。第三者評価受審の窓口を生活部長とし、21年度受審結果に対する検討の場を設けている。臨時職員に関しては、スーパーバイザーによる継続的な実務指導や自己評価を実施している。
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ている。	b	課題を明確にし、第三者評価の受審後の改善も見られるが、受審結果に対して、職員の参画により分析や検討を実施して、全体で課題を共有するまでには至っていない面もある。今後、受審結果をより有効的に活かすためにも、職員を積極的に参画させ課題を共有化する一層の取り組みに期待したい。
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	月に1度、臨時職員を含めた全体での研修会議を実施している。改善策として、北棟で作業をしている利用者もレクリエーションを楽しめるように2週間に1度土曜日を余暇活動日とするなどの例はあるが、何を何時まで誰がという具体的な改善計画の策定に職員が参画し全体で共有してとまでは言えない。人事考課や外部監査、施設の大規模修繕などは、法人全体の連携に期待したい。臨時職員の専門性の向上には、実習生用のケーススタディを応用して、記録記載の力量アップを図ったり、月に2度、介護福祉士資格取得のための研修を実施するなどの具体的な取り組みが始まっているため、今後期待したい。

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	標準的な実施方法とは、全ての利用者に対する画一的なサービスを求めているのではなく、事業所としての一定の水準を示すものであり、それを基に各利用者への個別対応が求められている。利用者サービスの基本理念やプライバシー保護を基に、排泄・入浴・食事・夜間就寝後介助・リフト車両における乗車介助・外泊・入退院確認簿など、様々なサービス提供場面に關して、標準的な実施方法を文書化している。
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	業務マニュアルを作成しているが、障がいの種別の多様化や、重度化、二次障害への対応や利用者の高齢化などに対して、介助方法や医療的対応・服薬管理の定期的な見直しが必要である。新たなリスク管理のためにも、ヒヤリハットや事故報告書と連動させて、標準的な実施方法の定期的な見直しに期待したい。
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。	b	日誌やケース記録、会議録、医療添書など、各記録がある。モニタリングも実施して個別支援計画の課題の達成度を確認している。特に、臨時職員に対しては、研修日誌だけではなく実習生用のケーススタディを応用して、記録記載の力量アップを図っている。記録は課題の共有が必要であり、着眼点を明確にできる様式を取り入れ、パソコンを積極活用することで、事務の煩雑化を抑えながら、記録の質を一層高めることに期待したい。
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。	b	法人全体として、個人情報保護要綱とプライバシーポリシーがあるが、加えて22年度、福祉村として個人情報管理規程と個人情報保護指針を整備した。管理責任者を定め、保管・保存・廃棄に関する規定があり、運営規程にも記録の整備記載がある。個人情報の提供と取得に関する同意書があり、開示請求に関する窓口も定めている。ただし、職員に対する説明・研修の観点からは充分とはいえない。今後、整備した規程・指針を活かし、個人情報管理に関する教育・研修の実施に期待したい。
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。	b	全体で確認・共有の必要な場合には、回覧文書を用いている。口頭での日常的な引継ぎのほか、課の日誌には利用者一人一人に対してポイントを記載し、翌日に引継いで関係職員が確認している。ケース会議では、異業種の職員が入り情報を共有している。診療所の担当看護師とは、対面で打ち合わせをし、通院及び診療結果の情報の共有を図っているが一層の連携が必要である。パソコンを積極活用することで、事務の煩雑化を抑えながら、情報を共有化する一層の取り組みに期待したい。

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。	a	ホームページを作成している。関係病院にはパンフレットを置いている。通常から関係市町村、保健所などの公的機関との定期的な連携を深め、施設の利用情報を提供している。生活課が窓口となり、施設見学や、体験入所、家庭訪問などを通じて概要説明を行い、施設の情報を積極的に提供している。特別支援学校の実習を受け入れている。

<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>重要事項説明書・契約書の説明のほかに、付随事項の説明を行い、利用者・家族からの要望事項についても確認を行っている。契約書のほかにサービス開始に必要な同意書がある。生活課長の面談のほか、ファミリー担当職員が面談を行い、生活場面や医療・日中活動など、日課表を基に1日の流れや時間の目安を丁寧に説明している。入居前には、10日間位の日程計画表を郵送して、福祉村での生活内容を前もって知らせている。</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>生活課が窓口となり、地域生活体験室「わたぼうし」やILP（自立生活支援プログラム）学習会を実施して地域での自立生活に向けた支援をしている。利用者の生活意欲の維持とニーズを引き出すために、職員間で連携しながら情報を共有している。近隣市町村との定期的な会合などを通じ、情報を取りやすい環境を整えて、行政の担当者や該当地域の居宅サービス・日中活用の事業所とネットワークを構築している。受け入れ実施機関とケースカンファレンス、サービス担当者会議などを行い、地域支援課とも連携している。利用者引継ぎ文書がある。</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>今年度から新たなアセスメントの様式を使い、フェイスシート・家族状況調査も統一した様式により把握・記録している。ケース記録から把握した課題を反映させ、本人・家族の意向も確認して、年に2度の個別支援計画（ケアプラン）作成時にあわせてモニタリングして見直している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>個別支援計画に連動するように、生活場面からアセスメントした具体的な課題を、個別のサービス場面ごとに明記し、手続きを統一している。支援度や緊急度などを確認することで、悪化防止や早期発見の観点からも課題を明らかにしている。</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>担当者が利用者の意向を聞き取り、家族の要望も含めて支援案を作成してから、課内で話しあい、さらに連携の必要のある他業種ともケアプラン会議を開催した上で作成している。個別支援計画作成を、情報共有の場として位置づけ、支援する上での留意点を具体的に記載している。サービス管理責任者を置いている。</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>個別支援計画は、担当者により、半年に1度、利用者に加えて家族を交えたモニタリングを行って、必要な場合には見直し、同意を得るなどの手順を定めている。利用者が地域生活を希望する際の家族の不安にも対応しながら支援している。緊急で変更する際は担当者会議を実施するなどの手順も決めている。変更した計画は関係職員に周知している。</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	コミュニケーションは個別支援計画に沿って個別に関わり、ゆっくり会話することで取っている。文字盤・絵カード・トーキングエイドなどのコミュニケーション機器も利用する。筆談など本人にあった方法も活用している。最近、発達障がい者の入村でコミュニケーションが取りにくい場合があり、発達障がい者の支援を専門に行っている同一法人内の事業所で研修をして、発達障がい者に特化したコミュニケーションスキルを学んでいる。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者による自治会活動や居住棟などで会議があり、職員は側面的な支援を行っている。日中活動や趣味活動では、個別支援計画を作成する時に希望を聞いたり、定期的なアンケート調査を行っている。調査結果はデイ活動課が取りまとめプログラムを変更している。趣味活動のポッチャー（スポーツ競技）・車椅子マラソンなどは本人の責任として大会遠征を行っている。職員が個別に対応できない場合はボランティアや家族会などが補って、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。	b	介助マニュアルを整備している。介護方法はできるだけ利用者の希望に沿う形で支援を行っている。利用者との話し合いを重ね理解を得る努力を行っているが、特に中途入村者で40～50歳の脳血管障がいの利用者には、十分な理解が得られない時もある。今後、利用者とは十分な話し合いを行い、同意を得ながら継続的な支援を行うことに期待したい。
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。	a	年間9回ほどILP学習会を開催している。サポート事業者や地域生活者などを招いて、地域で生活するためのマニュアルや地域生活を開始しての体験談を聞いたり、地域生活のノウハウやスキルを学習している。岩見沢市に地域生活体験室「わたぼうし」があり、利用希望者には、自立生活訓練計画を作成している。計画にそって、見学・一日体験・体験実習など希望の利用ができ、21年度は、福祉村全体で143名の利用があった。

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	食事介助マニュアルを整備している。サービス実施計画に基づき、食事形態（常食、軟菜食、治療食、アレルギー除去食、禁止食品など）を表にまとめている。食材の形状加工や医療指示による治療食の提供は特別な配慮をしている。一人ひとりの水分補給や介助の方法、使用する食器や用具なども一覧表にまとめている。利用者全体の状況が表を見るだけで分かりやすく、個別に対応できるように工夫している。
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	月1回の給食委員会に利用者も参加し、食事に関する要望やメニューの提案など意見を述べている。利用者の意見や要望を丹念に把握しながら食事提供に努めている。昼食は肉・魚などの選択食を行っている。食事場面では職員は安全に食事を楽しめているか注意深く観察し、食堂テーブルの利用者の座席は障がい状態に合わせた対応をしている。食事の形状は医師、栄養士と連携をとり摂取しやすい形状にするなど、誤嚥対策を見直し、誤嚥しやすい利用者には軟菜食を提供している。

<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>食事時間は概ね1時間程度と設定している。個人への配慮としてはある程度食事時間帯に幅があるが、食事介助の必要な利用者には決められた時間の中で対応している。居住棟から食堂への長距離移動の負担を軽減するため、居住棟のデイルームでゆっくり食事ができるようにするなど、個別の対応をしている。</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>入浴介助マニュアルを整備している。一般浴と機械浴に分け、個別の状況にあわせ介助している。対応マニュアルにより、障がい程度や身体状況の把握もあわせて行っている。6ヶ月ごとに行うケアプラン作成時に、障がい状況の変化が見られる時は、機械浴か一般浴か見直しを行い、利用者の同意を得て、個人の状況にあわせ変更をしている。</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>入浴介助は週平均2.5回13時から16時の時間帯で実施している。介助の必要がない利用者は、安全を配慮しながら毎日シャワー浴ができる。お湯の温度や浴槽に浸かる時間などは個人に合わせて、できる限り希望に沿って行っている。入浴の回数や時間帯については、利用者との話し合いで決定している。</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>建物の老朽化や構造上使いにくい棟もある。介護の重度化にともない、脱衣場、浴室ともに介護スペースが狭いなど適切とはいえない棟もある。脱衣場で死角になる場所があり事故防止のために死角を作らないよう配慮している。換気が悪いため扇風機や冬の防寒対策に暖房器具を設置して環境に工夫している。来年度に浴室や脱衣場の改築が予定されている棟がある。</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>排泄介助マニュアルを整備している。多くは1~2名に1便器となっている。排泄介助は、個人の状況にあわせた対応で行う。一人ひとりのマニュアルがあり、迅速な対応に心掛けている。必要があれば排泄チェックを状況により実施している。食後など時間帯により一時的に集中し待たせることもあり、ナースコールが一斉に鳴る場合もある。</p>
<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>今年度は業者により毎日清掃を行っている。ほかに職員も気が付けば、その都度清掃している。個人の状況にあわせ、身体機能に応じたトイレの設備や補助具の配備などを工夫している。</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>服装の選択は、基本的に本人の自主性に任せて確認しながら対応している。洋服は家族が持参するか、本人の好みや家族とも相談の上、外出の買い物支援で購入している。利用者は介護に不自由な衣類を避けているようで、ジャージやTシャツといった画一的な装いも多く見られる。行事や外出時の服装はTPOにあわせて選択している。</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>b</p>	<p>汚れや失禁などについては、気づいた時に速やかに対応している。汚れや破損についてアドバイスしてもなかなか聞き入れず、そのままになることもあり、継続的な支援が必要な場合がある。</p>
<p>2-(5) 理容・美容</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>整容整髪や化粧などの支援をしている。日中活動プログラムとしてお化粧やネイルなどの講座があり、受講し、おしゃれを楽しんでいる。また、爪切り、ひげそり、歯磨きなどは日頃の身だしなみとして支援している。</p>

A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	理容は施設内の理容室、美容はデイルームに業者が来て、希望に沿って実施している。行事前や帰省時期の前などは混雑するが業者が調整して行っている。また、施設の定期運行バスを利用して町内や岩見沢・江別の理美容店に自主的に行く利用者も多く、必要に応じて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ます。	a	全室個室で、プライバシーは概ね守られ、安眠ができる環境になっている。夜間は、夜勤就寝後の介助マニュアルにより対応している。体位交換、排泄、布団かけなどの介助項目は利用者の意思を尊重しつつナーズコールで対応している。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	常勤医1名と看護師の夜勤により24時間・365日医療体制を確保している。施設内で定期的に診療することにより日常的な健康管理は確保でき、健康管理票により必要に応じ健康相談ができる体制になっている。必要時には近隣の病院への通院も迅速に行っている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	臨時対応マニュアル、臨時通院時マニュアルを整備している。日中・夜間を問わず、健康に異変が発生した場合、地元消防署の緊急搬送を含め通院体制を整備している。また、病状が変化しやすい利用者については、地元消防署と事前の連携が構築され、指定医療機関への搬送も迅速に行わ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。	b	マニュアルを基に対応している。各居住棟ごとに医師の指示で看護師が薬のセットをし、支援員が日時、名前を読み上げ確認後に服薬介助、服薬後の薬の袋で飲み忘れはないか3箇所でのチェックを徹底している。しかし、年間に各居住棟で平均数回の誤薬がある。特に臨時薬の投薬や帰省時の薬の受け渡しは定着していない。職員個々が薬の効用、副作用などを十分に理解していない。常用薬のみならず、臨時薬や帰省時の薬について取り扱いも含めマニュアルの見直しや改善に期待したい。
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	日中活動プログラムについてはアンケート調査を通じて利用者の意向を取りまとめ、検討会議で計画を作成している。年間の余暇やレクリエーションについては、個別支援計画を作成時に本人の希望を聞きながら作成し、支援している。また、本人の希望や必要時にはボランティアの活用も調整している。各種教室・サークル活動、教養活動、スポーツ・レクリエーション活動、趣味創作活動などがある。特別プログラムでは、余暇やレクリエーションに消極的な利用者にも声掛けを行い、日帰りバス旅行や秋の音楽会・演劇鑑賞会の開催など内容も工夫し参加者が増えている。

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	個別支援計画に基づき、利用者の多様な体験としての外出支援を行っている。外出は施設の定期バス（町内便・江別便・岩見沢便）の運行や公共交通機関やタクシーを利用しながら自己申告をして実施している。介助の必要な利用者には介助職員や買い物ボランティアの活用が前提となり、年間計画で割り振りしている。
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	外泊は原則自己申告制である。本人・家族の意向に沿った形で対応している。外泊に際し家族との調整が必要なケースは、本人からの依頼で担当職員が調整を行っている。
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。	b	利用者自身の責任において自己管理を原則として、利用者からの預かり金は原則実施していない。通帳の出入金については自治会が利用料を負担することで銀行員が施設に訪し、直接利用者と現金のやりとりを行っている。金銭の管理は福祉村金銭管理規定により本人、家族、施設の合意によって扱うこととしている。高齢化、介護の重度化などで、自己管理が困難になってきたケースも出てきている。将来的な取り扱いの方法は検討中であり、今後の適切な管理体制に期待したい。
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	新聞については食堂で閲覧できる体制にしている。購買は本人の希望に沿って対応し、雑誌は売店でも販売している。テレビは自室で所有している利用者が大半だが、ダイルームや食堂でも自由に見れるように設置している。視聴時間やチャンネル選択は利用者の自主性としている。
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	医療的に制限のある利用者は、医師の指導の下本人や家族と話しあいをもち、禁止あるいは量的制限など自粛している。理解困難な利用者にはケア会議で検討し継続的に関わっている。そのほかは個々のニーズと状況を把握した上で、本人の希望に沿って対応している。喫煙については健康上の影響を留意して、分煙体制をとっている。