

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 療 護			
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 14 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

◎経営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。

◎ファミリーを活かした家族的雰囲気重視

各棟の利用者のグループ単位をファミリーと呼び、活動の基本としていますが、特に療護ではファミリーを中心とした家族的雰囲気を大切にしながらきめ細かい対応の中で、利用者同士と職員の関係作りをしています。全室個室で、同性介助の上、担当職員を2人体制(正職・嘱託)にして介助の安全を図り、個々の利用者の理解度に合わせて、居室訪問をしながら、言語表現が難しい人には、表情・態度などからも意向を汲み取るようにしています。家族の来村も多い中、家族と職員との茶話会や、ファミリー毎に家族を招き焼肉やお寿司などの食事会を実施するなど、家族との交流の機会をさらに促しています。食事会では、刻みなどの介助食の方にも食事を楽しめる工夫をし、ボランティアを活用したお茶会を開催してケーキを楽しんだりしています。特に医療面での配慮に心がけ、利用者の日々の動きの違いや食が落ちる、顔色など全体的な観察や、排便・排尿・バイタルなどのチェック表をつけて、担当職員を中心に状況把握をしています。看護師は24時間体制です。

◎緊急通院・緊急要請(搬送)の充実

福祉村に併設されている診療所で、利用者は充実した健康管理を受けています。しかし、高齢化や二次障がい的高度化が進み、結果として緊急通院も増加しています。緊急な通院の要請(搬送)が頻回となっていることから、消防署栗沢支所救急隊との間で利用者像や受診先の医療機関など緊急ケースの情報交換などを行い、スムーズに医療機関につながるよう密接な連携を行っています。このことは、利用者の高齢化や重度化が進むなかで、病状が悪化しやすい不安定な状況にある利用者にとって、大きな安心安全につながることで評価します。

◎介助効率向上の工夫

福祉村は開設後30年を経過し、利用者の平均年齢も高くなっています。機能低下、高齢化、二次障がい的高度化などで、重介護になる利用者が増加しています。現在の限られた職員数で、医療や介護を行っていくには限界が生じてきたため、障がい状況の重度化に合わせた医療・介護体制の整備を図ることになりました。「東棟は介護が必要だが医療面での配慮が比較的少ない利用者」と「東新棟は医療面で関わりの必要な利用者または環境面で配慮が必要な利用者」に住み分けを行いました。今後さらに重度になっても利用できる支援体制づくりが整備されました。利用者・家族にとって将来的にも住み慣れた居場所で、安全で安心な生活を送れるようになり評価します。

◇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。

◎プライバシー保護に関する一層の取り組み

全室個室であり、同性介助を実施しています。重要事項説明書を始めてとして、利用者サービスの基本理念や行動基準、標準的実施方法などに、プライバシー保護が明記されています。入浴・排泄時の介助時の配慮や、臨時職員が半年に1度実施している行動規範自己チェック票にも確認項目があります。職員間の無意識なやり取りに不用意な個人情報が出ないように随時指導を行い、意識喚起もされていますが、実際の支援では職員の常識の範囲・各自のモラルに委ねられる現状もあります。特にアコーディオンカーテンは音が漏れやすいなどの面があり、利用者の羞恥心に対する一層の配慮が必要な場合もあります。改めて、日々の支援の現場からの気づきと声を吸い上げ、プライバシー保護の重要性を職員全体で確認し、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介助 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。

施設運営としましては、平成17年度から、看護師を24時間常駐させたほか、平成21～22年度は、利用者の重度化への対応として、大幅な居室移動を行うなど、施設運営体制の大きな見直しや変更を行いました。このことが、介助効率の向上などに高い評価をいただいたとおり、効率的かつ充実した介護・医療体制の整備につながったと考えています。

また、平成18年度に北海道から施設移譲を受け、施設が民営化されるとともに、22年度からは療養部門も新事業体系へ移行するという経営の大きな変革期にあって、利用者へしっかり向き合って支援できたのか反省がないわけではありませんが、これまで、一貫して大切にしてきた「家族的な雰囲気の中での生活」という福祉村の支援方針について高い評価をいただいたことは、支援の基本的な方向性そのものは間違っていなかったと受け止めているところです。

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。

また、利用者のプライバシー保護及び誤薬については、事業所としても重要な課題として受け止め、対応マニュアルの作成や見直しを通じて、環境改善やサービスの質の向上、事故防止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 療 護	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	56 年 8 月 1 日
理念・基本方針： ※新事業体系移行 H22.4.1 「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	名	名	2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
13名	20名	19名	8名	8名	3名
					合 計
					79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	59名	20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	59名	20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
2名	0名	4名	3名	1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
0名	1名	0名	2名	1名	0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
2名	0名	0名	2名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	1名	1名	56名		

(平均利用期間： 19年)

※ただし、新体系移行としては、全員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

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員(支援員)
常勤	69(57.2)名	1(0.2)名	9(3.0)名	名	46(46.0)名
非常勤	2(0.7)名	名	名	名	1(0.6)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(5.0)名	2(0.6)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(0.4)名	名	名	名	2(2.0)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・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 2,577.28㎡ 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 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)	㎡
(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(障がい者療護施設)

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」を理念として明文化している。周知資料に明らかにすると共に所内に掲出して、サービスの質的向上とエンパワーメント支援、地域福祉の向上に寄与する経営姿勢を示している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	事業の基本方針は三大理念の下に個人の尊厳保持に配慮し、個々の生活を大切に、自分らしい生活の確保を支援する方針を明記して施設内に掲出するなど明らかにしている。
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は、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的方針に沿いながら、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から、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にあつて至難な状況にあるが、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。しかし、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合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・能力などの客観的基準に基づく人事考課制度は設けていない。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、人事考課が職務執行の客観性・公平性・透明性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	ソウェ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のなかで地域住民の参加を求め、地元関係機関などとの連携など、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など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している。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。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、標準的実施方法などに、プライバシー保護を明記している。入浴・排泄時の介助時の配慮や、職員間で無意識に個人情報が出ないように随時指導を行い、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。日々の業務の中から意向を把握している。半年に1度の個人面談時では、本人と共に家族の意向も確認し、行事参加の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意向を把握している。
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。定期的な買い物バスがある。職員2人体制で介護の安全を図っている。デイ活動課を中心として日中活動や余暇活動の充実に努め、余暇活動では家族会の協力を積極的に得ている。ファミリー毎に開催している食事会では家族の参加率が非常に高い。また、療護第二課では、刻み食を寿司に見立てるなどの工夫をして食事を楽しむ機会をつくったり、職員と家族との茶話会を年に3回実施して、関係を強化している。

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では、職員を気にせず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）にして、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に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。介護の安全のために夜勤を同性介助で2人体制とするなどの実施例はあるが、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いるとまでは言えない。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、今後に期待したい。

Ⅲ-2-2 (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 (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)-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-2-2 (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-2 (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。ケアプランの項目をケース記録の項目にする（療護第二課）などの工夫をしているが、さらに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-2-2 (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を定めている。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-2-2 (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、日誌を活用して引継ぎ、居住棟会議で共有している。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。診療所は24時間体制であり、夜間には看護師が定時連絡（療護第一課）を入れ、定時に看護師が来棟し面談を行い（療護第二課）さらに電話で確認するなど、医療面を強化している。診療所とは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 (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-1 (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、療護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日の流れや職員勤務体制、金銭管理に関することなどを丁寧に説明している。特に療護では医療面が重要なポイントとなる。入居前には、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>療護の場合、移行はほとんどないが、生活課が窓口であるため、全体の職員間で連携しながら情報を収集・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。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。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

	<p>第三者評価結果</p>	<p>コメント</p>
<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。特に医療面には留意している。言葉を持たない利用者には、家族と協力・連携しながら進めている。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）作成時に合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。各職員の気づきを会議の中で話しあい課題を修正している。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。家族との面談は、文章で確認している。家族の意向は安全・安心が優先される傾向があるが、本人の意思を尊重している。話しあいの席に職員も同席している。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を利用している。筆談など本人に合った方法を活用している。言語での意思表示の難しい利用者には、表情や態度から意向を汲み取っている。
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をし、プログラムを変更している。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。介護方法は個別支援計画の作成時に、介助か見守りかを見直し、できるだけ利用者の希望に沿う形で支援を行なっている。利用者との話し合いを重ね理解を得る努力を行なっているが、安全面を優先させることもあり、自力活動の見守りや行動範囲の広がりまでできていない状況もある。今後、利用者との十分な話し合いを行ない、同意を得ながら継続的な支援を行な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。計画に沿って、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名が利用した。

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に配慮している。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	給食委員会で利用者の意見を反映し、利用者の要望を丹念に把握しながら食事提供に努めている。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場所は障がい状態にあ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、居住棟内のダイニングでゆっくりと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、個人の状態にあわせて変更をしている。</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。入浴ができない場合は、シャワー浴か清拭を実施している。毎日シャワー浴は可能だが、介助が必要な利用者は利用できない場合もある。お湯の温度や浴槽に浸かる時間などは個人にあわせ、できる限り希望に沿って行っている。</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。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するなど環境に工夫している。</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>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。個人に応じた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定時間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。個人の状況に合わせ、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。洋服の購入は、本人の好みや家族とも相談の上、外出時に買い物支援を行っている。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。行事や外出時にはTPOにあわせた服装をしている。</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>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。利用者の中には、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もある。</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でお化粧やネイルなどの講座に参加し、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、職員間で周知しナース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、病状が重篤になりやすい利用者については日頃から地元消防署と個人ファイルで情報交換を行ない、指定の医療機関に迅速に搬送する体制を構築している。
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、服薬後薬の袋で飲み忘れはないか確認する3箇所でのチェックを徹底している。しかし、臨時薬や帰省時の投薬は定着していない面もある。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マニュアルの見直しや改善、職員への周知に期待したい。
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、日帰りバス旅行やコンサート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の支援をしている。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により実施している。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を行っている。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>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。</p>
<p>2-(10) 所持金・預かり金の管理等</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>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来訪し、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。定期的な小遣いの収支の確認は本人からの依頼によって行っているが、本人、家族、施設との金銭管理の確約書を取り交わし、自己管理としている。しかし、高齢化や介護の重度化などで、自己管理が困難になってきているケースもあり、今後に向けての取り扱いについては検討中である。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>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そって対応し、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、デ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。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>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持ち、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。</p>