

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009年11月17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 No. 09-001

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)	渡辺 信英	組織・福祉	第00109
	(2)	古川 義則	組織・福祉	第00124
	(3)	木村 靖子	福祉	第00033
	(4)	鈴木 正子	組織・福祉	第00129
	(5)			
サービス種別	身体障害者授産施設			
事業所名称	福祉村			
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)	2009年 5 月 25 日	～	2009年 10 月 29 日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2009年 9 月 15 日			
評価合議日	2009年 9 月 29 日			
評価結果報告日	2009年 11 月 17 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	● 同意あり ○ 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

サード・アイ合同会社

②事業者情報

名称：社会福祉事業団 福祉村	種別：身体障害者授産施設
代表者氏名：渡辺 松伸	定員(利用人数)：80(79) 名
所在地：〒068-0115 岩見沢市栗沢町最上350番地	TEL 0126-45-2721

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

●「自主自立の精神の尊重」

福祉村は、当事者運動によって設立した施設であるという経緯から2つの特徴があります。一つ目は利用者の自主自立の精神を尊重する基本理念が施設全体にゆきわたっていることです。居室もすべて個室化されてプライベート空間が確保されています。二つ目は、生活全般について職員との話し合いのもとで決定されるシステムが確立していることです。設立時から、利用者自治会と家族会が活発に活動して施設と協働する関係にあります。

この二つの特徴は、職員が利用者の自己決定を尊重することにも表れます。それは自分で自分のことを決めることを大切にしているため、「決めるまで待つ」ということを職員間で共通理解がされています。仮に、利用者にとって必要と思われる支援を拒否される場合でも管理的な対応は行わないで、介入の時期をはかるための「待つ姿勢」です。

そのために日々、職員一人一人が利用者の情報を共有しながら、支援方法の検討がされています。また、支援を拒否された利用者の安全を確保しながらも利用者が本当は何を望んでいるのか、或いは、どのような方法であれば必要な支援となる対応になるかを、チームとして真剣に取り組まれています。

●「権利擁護の姿勢」

昭和32年、東京で障がい当事者の自立運動組織「青い芝の会」(脳性まひ)が誕生し、全国的な広がりを見せながら、昭和39年「北海道青い芝の会」が発足しました。そして全国的な自立運動の流れの中で、北海道は昭和54年に福祉村を開設しました。当事者運動の影響も大きく、当時から利用者中心の支援が福祉村では行われてきていました。そこでは、時には利用者と介助・支援の方法・在り方では議論が白熱しながらも、可能な限り利用者主体の支援を貫いてきました。

大きな転機として、措置費制度から支援費制度、そして障害者自立支援法の施行という制度の変化がありました。また、平成18年北海道から民間移譲され経営面でも大きな影響がありました。この間、利用者の退所やベテラン職員の退職と収入減に見舞われながらも、将来の福祉村のあり方について利用者、家族会と何度も粘り強く話し合いをして活路を見出そうとしてきました。

福祉村の創設当初は、脳性まひの重度障がい者を対象とした利用者中心の支援が行われてきました。自主自立を支えるための利用者主体の支援は、結果として、権利擁護のためのノウハウの蓄積となっています。

例えば、呼称一つにしても、利用者が呼んで欲しい名前と呼ぶことを尊重する等、数限りなくあります。こうした利用者の権利を擁護していく姿勢を現在も崩すことなく、脳性まひ以外の障がいの幅広いニーズにも対応していくことは、新しい福祉村の創設ともいえる気概に溢れており、高く評価できます。

●「福祉人材の育成」

地域との交流や人材の育成の観点から、専門学校・大学の社会教育・福祉教育体験実習や養護学校の職場体験実習等を積極的に受け入れていることが事業計画書に明示されています。受け入れのための各種実習マニュアルも完備しています。平成20年度は介護福祉士関係16名、社会福祉士関係6名、作業療法士・理学療法士6名のほか教員養成校による介護等体験実習28名を受け入れていました。

一般的な各週ごとの実習プログラムの他、各部署では実習生一人ひとりの個別プログラムを用意し、本人の能力に合わせた取り組みをしています。また、学校単位の事前学習やまとめの反省会に出席するなど福祉系大学や専門学校との連携も行きてどいています。

さらに、地域の研修会や福祉系大学に職員を講師として派遣している他、中学校・高校からも生徒のインターンシップ体験も積極的に受け入れています。

このように幅広く且つ、きめ細かい積極的な対応は、将来の福祉を支える人材の育成に大きく寄与するものであり高く評価されます。

◇改善を求められる点

●組織的人材育成と人事考課

事業計画に研修体制の充実が明示され、年間計画に沿ってキャリアごとの研修が行われています。今年度から導入のチューター(新人教育)制度には、一定の成果が見られました。しかし、個別の職員に対して組織としての教育・研修計画に関しては、一人ひとりの技量や意向に沿ったものにはなっていません。

つまり、組織に必要な人材や人員を適切に配置するための具体的なプランにまでは至っていません。いふなれば、個々の職員にとっては、組織の勤務年数・所属部署によってどのような能力を獲得されていくべきかが示されていません。

それでは、組織の今後を担う福祉人材像が具体的に個々の職員に伝わりません。このように、人事考課が実施されていないため職員の昇任や人事異動に客観性、透明性を欠く結果となっています。雇用形態に関わらず、全職員のキャリアプラン形成の為に人事考課の実施が今後、期待されます。

●外部監査の必要性

経営や業務の効率化と改善では、省エネ委員会を設置して、経費削減として日常的な事柄から利用者からのアイデアも取り入れ職員と利用者が一丸となって取り組まれています。単体施設運営ではないので、全体的な経営改善に関する事は法人本部が行っています。外部監査は実施されていませんが、法人監事には公認会計士が就任して、経営に関する指導や助言が適時、行われています。

当該施設は、本評価以前に自己評価を詳細に行われていましたが、第三者である機関が評価を行う意義を了解済みであれば、内部監査に留まらず、外部監査の実施を期待します。利用者自治会や家族会、全職員の施設運営への十分な理解、社会的評価や新規利用者の獲得のためにも、外部監査の実施により施設運営の透明性が、より高められることが望まれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

当法人が経営する福祉村の障害者支援施設(授産)を対象に、福祉サービスの第三者評価を実施いたしました。当法人としては初めての第三者評価の実施であり、これまでの福祉村の取り組みがどのように評価されるのか、正直不安な部分もありましたが、結果は、施設運営や支援サービスのほぼ全般にわたって高い評価をいただくことができ、職員一同、これまでの取り組みに自信を深めることができました。

一方で、組織的人材育成と人事考課及び外部監査の実施の2項目については改善が求められる点とされましたので、今後、法人として早急にその内容を検討し、実施できるものから取り組みを進めてまいります。

今回は、福祉村の一部の事業所を対象に福祉サービスの第三者評価を実施しましたが、来年度からは、当法人のすべての事業所において第三者評価を実施し、利用者支援サービスの一層の充実が図られるよう努力してまいります。

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 21 年 7 月 23 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 授産	種別	身体障害者授産施設
所在地	〒 068-0115 岩見沢市栗沢町最上350番地1		
電話	0126-45-2721		
FAX	0126-45-4614		
E-mail	fukushimura@dofukuii.or.jp		
URL	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	昭和 54 年 6 月 18 日
理念・基本方針： 「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し、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21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	3名	8名	21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	15名	7名	8名	2名	2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	18名	57名	3名	1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	18名	57名	3名	1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	1名	2名	3名	3名	3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	2名	4名	0名	3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
3名	4名	0名	1名	8名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	10名	8名	16名		

(平均利用期間: 14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21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	67(23.1)名	1(0.2)名	10(3.0)名	名	43(16.8)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・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	5(1.7)名 ()名
介護福祉士	18(6.1)名 ()名
保育士	14(5.5)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	居住棟 2,744.99㎡ 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	55年
(4) 改築年（増築）	平成	3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。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(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

・大舎制 ・中舎制 ・小舎制

(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 20 年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数)

667 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 20 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 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・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	福祉サービスの充実と発展を目指す法人の経営理念、施設(福祉村)開設時の精神を表す三大理念として、「自主自立の生活」「豊かな活動の場を」「開かれた村づくり」と明文化されている。パンフレット、ホームページで公開され、施設内にも掲示されている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	上記の理念に基づき、利用者一人一人の生活を大切にし、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た実践が行える施設運営を基本方針としている。また、年度ごとの事業計画書には、基本方針及び運営指針として示されている。
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	施設の基本理念、基本方針を日常の福祉サービスに結び付けるために「利用者サービスの基本理念と行動基準」として詳細かつ具体的に文書化され、研修会等で職員に配布され周知状況の確認となっている。
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	重要事項説明書の記述で説明しているほか、自治会や家族会にも「利用者サービスの基本理念」を配布し、パワーポイントを用いた全体説明会などを継続的に行っている。

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	新体系移行プランをベースにマスタープランが策定され、平成24年度までの事業体系計画と収支見通しなどが示されている。
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	21年度から一部新体系に移行しており、すべての事業計画がマスタープランを軸に策定されている。
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	施設の運営企画に関する特命担当のマスタープラン委員会で、経営や実施に関する中長期計画を立案し組織決定している。委員会に専任主査を配置し、各課会議などを通じて職員の意見反映を図っている。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	毎年度末に全体説明会を行い、計画概要のほか組織、人員など支援体制を中心に説明している。随時、自治会役員を通じてファミリー(ユニット)ごとに説明、周知が図られている。

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	施設長は職員向け年頭挨拶、各種の会合挨拶で自らの所信を表明しているほか、定期的には隔週の部課長会議で意見表明している。各課長は議事録を持って月1回の課内会議の場で職員への周知を図っている。

1-3-(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	施設長や幹部職員が障がい者施設長会議、肢体不自由者協会など関係の会議や勉強会に出席し、資料のコピーを職員に配布するなど積極的な取り組みを行っている。特に自立支援法関係については担当職員を配置して情報を収集している。
1-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
1-3-(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	各部長等も平常スタッフの一員として夜勤も行っており、個々の支援計画も把握し、十分に指導力を発揮している。しかし、福祉サービスの質について定期的、継続的に評価、分析するまでには至っていない。
1-3-(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	施設としては、省エネ委員会を設置して利用者のアイデアを取り入れるなど、コストを中心とした日常的な業務の改善に積極的に取り組んでいる。人事、財務など全体的な経営改善に関することは法人本部が主体的に行っている。

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	企画担当主査が中心になって、施設協議会をはじめとする各種会議、近隣施設との情報交換、インターネットの活用などで積極的に情報収集している。 また、今年度は、全道一円の関係機関に施設案内を2000通発送しており、潜在的利用者に関するデータ収集にも積極的である。
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	業界紙や会議等で福祉施設経営を学ぶほか、異業種の経営者を研修会に招くなど職員の意識向上を図っている。また、月々の利用率や収支は各課長から職員に周知されている。
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が法人監事には公認会計士が就いていて適宜、経営に関する指導助言を受けている。施設運営の透明性をより高めるには外部監査の実施が望ましい。

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。	b	サービス実施の必要人員は確保している。社会福祉士や介護福祉士等の有資格者も確保されており、現場の協力体制によって新規の資格取得にも努めている。しかし、必要な人材や人員を適切に配置するための具体的なプランを持っていない。
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。	c	人事考課が実施されていないため職員の昇任や人事異動に客観性、透明性を欠く結果となっている。職員のキャリアアップに反映させるためにも人事考課の実施、提案が期待される。
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	各部長が職員から人事異動の希望、家庭事情、苦情要望のほか業務の提案を聞く機会を設けているが頻度は十分とはいえない。休暇消化率や時間外勤務のチェックはされているが、改善策を検討するには至っていない。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	福利センターに加入しているが正規職員のみである。余暇活動、レクリエーション事業への参加も活発とはいえない。

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	事業計画に研修体制の充実が明示されており、年間計画に沿ってキャリアごとの研修を行っている。今年度から導入したチューター制度の実施も一定の成果を上げている。
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。	b	職種ごと、キャリア別の研修は計画的に実施しているが職員個々の技量や意向に沿ったものにはなっていない。施設内研修、各課内研修が定期的に行われている。
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。	b	研修復命書、報告書は関係部署を経て施設長決済後全職員に開示されている。さらに年数回、伝達講習会を行い研修結果に基づく勉強会を実施している。学識経験者など外部の講評を受けることもある。しかし、研修成果の評価・分析には至っていない。
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	実習生の積極的な受け入れが事業計画書に明示されており、実習マニュアルも完備している。また、学校単位の事前学習やまとめの反省会にも出席するなど福祉系大学や専門学校との連携も行き届いており、福祉人材育成に大きく寄与している。
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	一般的な各週ごとの実習プログラムの他、各部署で実習生ごとの個別プログラムを用意し、本人の能力に合わせた取り組みをしている。

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	感染症、災害、防災、リスクマネジメント等々の対応マニュアル、要領などが整備され、総合施設長などが責任者となる各種委員会が設置されている。委員会は定期的あるいは随時開催され、事故分析、事故対応策の検討などを行っている。
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	ヒヤリハットの内容および傾向が分析されており、各委員会で対応策を検討している。この数年間は事故事例件数も減少傾向にあり、対応策の効果が出てきている。

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	開設以来、夏祭りや栗沢農業祭等、積極的に地域と交流を行ってきた。日中活動でも地域の人に講師を依頼するなど、かかわりを大切にしている。地域との交流は創立以来の理念、基本方針でもあり、地道に継続してきている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域の研修会、大学等に講師を派遣している。岩見沢・由仁・江別・美唄・三笠等の近隣市町村より生活介護、日中一時支援事業として在宅利用者を積極的に受け入れている。また、長沼中学校・高校からインターシップ体験を受け入れ、次世代の福祉社会推進の牽引的役割を果たしている。
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	長年ボランティアを受け入れており、そのノウハウは蓄積されている。平成20年度で64件478人のボランティアを受け入れてきている。近年は傾聴ボランティアも入っており、利用者の評判も良い。今後のボランティアの育成も踏まえ、マニュアル化されるのが望ましい。
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	利用者サービス向上のための社会資源は、担当職員が把握しているが、他の職員にもその活用

II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	近隣市町村で構成されている「南空知ケアマネ学習会」や近隣施設で構成されているNPO法人「ふらっと」に加盟して情報交換や事例検討を行い、地域生活者の支援となっている。
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	近隣市町村で構成されている「南空知ケアマネ学習会」などでニーズ把握を行っている。また、近年は養護学校との連携が多くなり、卒業生の受け入れにも積極的に対応している。
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	診療報酬の改正により医療機関のリハビリ期間が短縮されたことで、受け皿としてのニーズが高くなってきている。また、知的障がい・精神障がい・脳血管障がいの人たちの受け入れにも積極的に対応している。

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	利用者サービスの基本理念と行動基準が定められており、会議にも利用者が委員として参加している。また個別支援計画の説明やサービスの変更等も利用者が理解しやすいように、ていねいに説明している。
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	入浴・排泄等の支援マニュアルの中でプライバシーについて、十分に配慮されている。法人の個人情報保護規定は策定されているが、施設の管理規定は現在策定中である。
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ている。	a	月1回の自治会や家族会の幹事会で、ディスカッション方式を取り入れて意見・要望等を聞いて利用者満足の向上に力を入れている。
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	施設の運営会議には利用者の代表が参加できる。また、ファミリー会議や自治会支援等でも、利用者の意見や要望を十分聞きながら、利用者満足の向上に取り組んでいる。
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	苦情箱を設置し、4名のオンブズマンが毎月交互に来所して、利用者とは気軽に相談できる環境を整えている。また、自治会では利用者が自由に意見が言えるように、あえて職員は同席しないといった自主独立性を伝統的に大切にしている。
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	苦情解決の仕組みを整備し、利用者にも周知されている。受付から解決まで利用者にフィードバックするように機能しており、利用者本人の承諾があれば、掲示もしている。また、家族からの意見・要望は、家族会の幹事会を通して、施設に伝えられている。
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。	a	職員の言葉遣い・態度への要望、車椅子から見た物品の置き場所に指摘があるなど、利用者から意見は出やすい。意見・要望は即対応している。

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。	b	自己評価は平成12年度から行っているが、実施していない時期もあった。また、現場職員間の検討を経ないで評価決定をしているので、今後はより客観的な手順で評価を行うよう期待したい。
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。	b	自己評価の課題整理は行っているが、十分な検討はされていない。そのため職員間の共有も十分ではない。
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	職員参加で十分な検討を行っていないので、具体的な改善への取り組みは不十分である。
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	各種サービスの標準マニュアル(入浴介助・食事介助・預かり金管理・移送サービス・地域生活実習等々)は整備されている。標準的な実施方法に基づきながらも、利用者の心身の状況に応じた支援がされている。
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。	b	障がいの特性から標準マニュアルだけでは介助できないため、標準的な実施方法より個別支援計画による柔軟な対応によることが多い。マニュアルは各種揃っているが、介助マニュアルの見直しにまで至らない。今後は、3障がい(知的・精神・身体)に対応できるようなマニュアルの整備が望まれる。
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。	b	サービスの記録は適切に行われているが、様々な記録が混在しており、利用者個人の情報が素早く引き出せる仕組みが望まれる。
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	施設としての個人情報管理規定を策定中である。新人職員も多いので個人情報のいっそうの管理・教育が望まれる。
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	職員間で文書・口頭で細かく伝達している。朝・夕の申し送り、通院情報、課内の文書回覧等で必要な情報は共有されている。

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	ホームページが開設されているが、脳性まひ以外の障がい者に対する情報は不足している。今後、よりわかりやすい情報を提供していくことで、利用者の選択性が向上することが期待される。
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	4月に生活介護事業所として新たなサービスを開始するに当たり、利用者・家族に十分に説明をして不安を取り除いている。特に個別支援サービスや金銭管理、また介護給付費対象外サービスの理美容等の利用方法、料金についてもいねいに説明して同意を得ている。
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	前年度、福祉ホームには2名が移行し、退所は1名だった。福祉ホームへの移行は利用者のリスクに十分な配慮をしている。また、退所の場合は、利用者の生活環境が整うように相談支援を行っている。

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	今年度より、障害者自立支援法新体系事業所に移行、サービス管理責任者を配置している。決められた書式により課題抽出を行っており、利用者本人の希望も記載されている。
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	利用者一人ひとりについてニーズや課題が抽出されており、会議等の中でも具体的な目標として確認されている。利用者状況に変化があった場合も課題の変更がなされ、職員間で共有されている。
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	個別支援会議が実施され、利用者本人の希望から医療支援、日中活動支援等、総合的に立案されている。特に自立生活プログラム希望の利用者はケアプランに組み入れ、１年間の学習プログラムが用意されており、利用者からは終了後の意見交換会で評価が高い。
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	半年毎に定期的なモニタリングを行っている。加齢による重度化など、心身の変化に応じた会議が開催され、新たな見直しもされている。

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	<p>各種の意思伝達器具等が用意されている。コミュニケーションの具体的支援方法は、利用者話し合いの上、サービス実施計画に明記されている。</p> <p>新人職員に対しては、ベテラン職員がそのコミュニケーションスキルにおける経験知を効率的に伝達できるよう、個別に現場で指導するチューター制度を導入し、効果が得られている。</p>
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	<p>各棟ごとの利用者自身の活動や、自治会活動に対して担当職員を配置している。利用者と職員による自治会・業務打ち合わせも月1回開催されている。自治会主催の行事等に対しては、要望があった場合は支援を行い、主体性を尊重して過度に介入しないよう配慮している。理容室の利用希望や外出時のバス利用等の取りまとめは、自治会が行ない、その取次ぎは職員がする。このように、自主自立の尊重を基本理念として、利用者主体の活動が行われるように側面的な支援に配慮されている。</p>
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	<p>当事者運動による施設開設の経緯から、利用者の自立意識は大変高い。介助方法は、本人との日頃のコミュニケーションで確認し、サービス計画に反映している。安全の確保と自己責任・職員体制からくる管理的要素など、対立する場面もあるが、利用者との話し合いを重ね理解を得る努力が行われている。</p>
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	<p>利用者が行事担当などの役割を担ったときは、主体性を尊重しながら適時、側面的な支援を行っている。</p> <p>外出等を通じた社会性の獲得という目標の場合、本人の主体性を尊重し、少しずつ目標に向かえるよう支援している。</p> <p>自立生活の啓発については、職員からの情報提供の他に、実地見学や実践者を交えての体験談を聞く機会を設けている。また、地域自立体験室を用意し、地域生活を体験できるプログラムを実施している。</p>

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	食事マニュアルが整備されており、体調不良者は自室での食事の対応も可能である。個別の健康状態や嚥下・咀嚼など身体機能を勘案した食形態や食器・禁止食・留意点などがわかりやすく一覧表にして工夫されている。
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	利用者の代表も参加する給食会議が毎月開催され、年に一回は嗜好調査が実施されている。季節にあったメニューや選択食など、献立に工夫が見られる。検食簿には毎日、検食者の率直な感想や栄養士・調理師の所見も記入されメニューや飾りつけ・味付けなどの改善につながっている。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b	食事は一時間内で、各自が自由に摂ることになっている。数名の要介助者は、職員体制により一部時間が決められている。食堂は大食堂と離れた別棟に小食堂があり、ワゴンでお膳を運んでいる。調理室が併設されている大食堂は、早い時間帯に利用者が集中する。短時間だが、かなり混雑した状態となる。安全に配慮しながらも、より良質な雰囲気が見られる。
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	機械浴か一般浴の選択と、介助の際の留意点については、半年毎の個別支援計画の見直し時に再検討されている。安全性やプライバシー保護の配慮が盛り込まれた入浴介助マニュアルがあり、具体的支援方法や注意点も盛り込まれている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	月水金と火木の2サイクルで男女交代二週間で五回、13時から16時の間で入浴できる。入浴の順番は利用者間で決められており、お湯の温度や湯につかる時間は、一人ずつ危険がないように確認をとっている。予定されていない日の入浴についても可能な限り対応している。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	浴室はファミリー(ユニット)ごとに一般浴室がある。脱衣室には洗濯機が床を掘り下げて置かれ、利用者が車椅子のままでも使いやすい工夫がされている。機械浴は利用者の障がいの重度化から需要増となり、昨年、運動浴室を機械浴に改造してゆとりを持った入浴が可能となった。入り口には扉のほかにカーテンがひかれ、プライバシーへ配慮されている。脱衣室には、暖房設備や扇風機を設置し、室温が調整されている。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄介助は、プライバシー保護や安全面に考慮されており、個別支援計画にも個々の状況に応じた支援方法が明記されている。排泄後の処理に課題がある場合は、ウォシュレット機能を整備する工夫がされている。排便管理を要する利用者は、排便チェック表をトイレ内に貼って記録し健康に留意している。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレは各居室にある。本人の障害状況に合わせて手すり、転倒防止、床材の工夫等行っている。利用者の自立意識が高く、清掃は利用者個々の責任で行っている。身体状況から掃除を行うことが困難な利用者には、本人との話し合い、外部の清掃業者に委託している。トイレ汚染が頻繁で清掃が必要でも、利用者自身の固有空間の意識が強いため清掃を拒否される場合もあるが、利用者個々の意思を尊重して粘り強く働きかけている。

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	服装は利用者の好みが尊重され、必要に応じ購入の支援が行われている。アクセサリなども各自の個性が発揮されており、カラフルな色使いが見られる。また、行事や外出時の服装について職員が相談に応じている。
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。	b	服の着替えは、基本的に利用者の意向を尊重し対応している。しかし季節に合わない服装や汚染時等、職員が着替えの働きかけを行っても、なかなか理解が得られない場合がある。具体的場面を用いて、援助者間で声かけなどの具体的なアドバイスの方法について検討するなど、援助者としての援助技術の更なる向上の工夫が望まれる。
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	身だしなみから化粧まで個人の意思を尊重し、必要に応じ職員が支援している。お化粧やネイルなどの講座が日中活動のプログラムとして用意されており、利用者の個性を引き出す環境作りの工夫がされている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	美容・理容業者が週二回施設へ来ており、自治会役員が理美容の希望者を取りまとめ、職員が業者との連絡を行っている。行事前や帰省時期の前などは、希望者全員が利用できるように業者との調整を職員が行っている。町内の理美容店を希望する利用者には、定期バスの予約や店との調整もしている。

	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	全室が個室で安眠できる環境となっている。夜間就寝時の体位交換やおむつ交換は、利用者の意思を尊重しつつ、健康等の変化により個別支援計画で随時見直しを行っている。不眠時には看護師を交えて相談を受けたり、医療的な対応を行っている。状況により、詰め所での添い寝なども行っている。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	診療所が併設され、健康管理票の整備により必要に応じ健康相談ができる体制ができています。専門診療を要する疾患を持つ利用者は職員が付き添い複数の地域の医療機関に定期的通院介助を実施している。体重測定や血圧測定、血液検査などは定期的に行われ、インフルエンザ予防接種やがん検診なども希望をとり、医療機関につないでいる。歯科検診は年一回実施している。個別に基本的医療関連マニュアルを整備したフローチャートを作成し一貫した対応を行っている。日々の健康状態に変化が生じた場合は、引き継ぎと臨時対応マニュアルを画面化し介助者に徹底を図っている。健康維持のためにスポーツプログラムがある。

<p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p>	<p>a</p>	<p>夜間緊急時の通報マニュアルや職員の緊急連絡簿を設置し、夜間のリスクや通院の円滑化を図っている。特に持病やリスクの高い利用者に対しては、担当以外の職員も適切な対応が可能となるように詳細な個々の緊急時対応マニュアルが作成されている。看護師が24時間体制で勤務しており、地域に協力医も確保しており、医療機関との連携など、必要時に迅速に対応できる体制ができている。</p>
<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>食後の薬は食堂入り口にあるロッカーに薬ケースが置かれ、利用者の写真と一緒に名前・日時を明記した薬を蓋付きケースに収納している。投薬後は薬ケースの蓋を閉じ誤薬防止の工夫をしている。薬の準備も2重確認体制を取り、施錠し保管している。通院後の薬の変更については、医療部門から生活部門へ日誌を通じて引き継がれ、居住棟における職員間の引き継ぎについても書面を使い徹底している。また誤薬撲滅月間を作り、標語を掲示するなど、誤薬事故の防止を施設全体で取り組んでいる。</p>
<p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>日中活動プログラムは、アンケート調査等を通じて利用者のニーズを把握し、利用者の希望に沿った計画が立案されている。余暇や諸活動は、個別支援計画作成時に本人の希望を職員が聞いて実施されている。本人がボランティアを希望したり、必要な時には職員が調整も行っている。観劇等外部のイベントについてはポスター掲示や参加集約、移動手段の有無などの情報が提供されている。</p>
<p>2-(9) 外出、外泊</p>		
<p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>	<p>a</p>	<p>原則、外出は自由であり、付き添い者の必要人には、ボランティアの確保を支援している。買い物外出支援は、平日週1回、土曜日1回、定期バスが運行され、店舗にはボランティアが待機する体制ができている。定期バスの利用外出に必要な知識やイベント情報は掲示板に掲示されている。</p>
<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>緊急時の所在確認のため届出制がとられているが、基本的に外泊は自由である。外泊は自宅への場合がほとんどで、連休・お盆・年末年始については事前に家族との確認を行い、全員の希望が叶えられるよう職員が調整を行っている。週末の帰省についても調整支援を行っており、直近の健康状況を伝え、健康管理に留意している。</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>a</p>	<p>金銭については「金銭確認書」を利用者、家族と取り交わし、基本的に自己管理となっている。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行員が施設に訪し、直接利用者と行員で現金のやり取りを行っている。金銭管理が難しい利用者には小遣い帳記入などの支援を行っている。</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>利用者が自由に観賞できるテレビは数ヶ所にあり、新聞も2種類、食堂で自由に閲覧できる。全室が個室であるため自室へテレビの持ちこみは可能であり、新聞・雑誌の講読も自由である。</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>嗜好品は基本的に自由で、市街の商店などで個々に購入している。数ヶ所にソファと灰皿がおかれ、自由に喫煙できる分煙の環境となっている。居室での喫煙は、防災上の理由から、自粛されている。医師の指導がある場合は、利用者や家族と話し合いのもと制限を行っている。利用者の理解が難しい場合は、ケア会議等で支援方法の検討がされている。</p>