

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 生活介護			
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29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。

◎日中活動の充実

デイ活動課を中心として余暇活動や日中活動の充実に努めています。利用者が自治会役員や各種イベントなどの実行委員として参加するだけではなく、アンケート調査を実施して結果の掲示を行い、利用者の参加率を高めています。年度初めには、アンケート内容に関する説明を行い、年間行事に意向が反映できるように努めています。作業担当の職員が窓口になるだけではなく、フリーの職員を配置して細かい要望にも対応できるようにしています。平成22年度は、生産的活動が印刷・委託加工・農業・売店の4科6作業種、日中プログラムは個別活動やスポーツレクなど、6活動19種別のプログラムを設定し、各種スポーツ大会へ向けた練習や参加への援助も行っています。活動・行事への家族参加の機会を促すことで、施設に対する理解と信頼感を深め、家族会との協力体制を強めています。利用者全体で楽しめるように、ゲーム感覚で身体を動かせるメニューを取り入れ、楽しみを共有することで機能改善を図っています。

◇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・能力考課の必要性和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。

◎記録の質のさらなる充実

日誌やケース記録、医療添書、引継ぎ記録簿、会議録など、各記録はあります。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ます。特に臨時職員の専門性の向上には、継続的な実務指導や自己評価を実施し、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るなどの取り組みが始まっています。記録は課題の共有が必要であり、着眼点を明確に出来る様式を取り入れるなどの工夫をして、日々の業務に対する気付きを促しながら、それに対する指導職員の的確な点検・指導に一層取り組むことで、記録の質がより充実することに期待します。

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。

利用者の活動は、平成19年度に余暇活動中心の日中活動へと大幅にサービス内容を変更しましたが、当初は、利用者の皆さんにも戸惑いが見られました。このため、平成21年度からは、家族へボランティアとして協力をお願いするとともに、利用者へも意識調査を行うなどしながら、サービス内容の充実に向けた取り組みを進めてきたところであり、このことが、今回の高い評価につながったものと考えています。こうした評価をいただいたのを機に、今後も一層、活動内容の充実と活性化に向けて取り組んでまいります。

また、改善点としてご指摘いただいた「記録の質のさらなる充実」につきましては、利用者個々の課題や情報の共有化によるサービスの質の向上を図る上で速やかに改善しなければならない課題であると受け止めており、今後、業務の効率化と情報やデータの一元管理を目指し、各記録の質の充実を目指していきたいと考えています。

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 生活介護	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	30 名	開設年	57 年 4 月 1 日
理念・基本方針： ※新事業体系移行 H20.4.1 「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 30 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
1名	2名	1名	7名	2名	5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
4名	8名	11名	7名	7名	5名
					合計
					60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。） 無し～3名

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	23名	28名	4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	23名	28名	4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
12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	1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	1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
6名	5名	5名	5名	7名	6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
6名	名	名	名	1名	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	名	名	2名	名	4名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	2名	名	9名		

(平均利用期間： 9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	22(6.0)名	1(0.2)名	名	名	10(3.5)名
非常勤	2(1.1)名	名	名	名	1(1)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	名	名	名	名	1(1.0)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・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 2,710.48㎡ 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 年
(4) 改築年 (増築)	平成 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（障がい者生活介護施設）

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、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て、地域福祉の向上に寄与する経営姿勢を示している。理念は施設内各所に掲示している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針は理念の下に個人の尊厳の保持、個々の生活の大切さ、自分らしい生活の確保、地域との交流支援を方針として明記し、施設内や関係資料に掲出し明らかにしている。
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が職員等に周知されている。		
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・組織の各部署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・基本方針の説明、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、月例で近隣市町村・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、研修報告や面談に対してスーパービジョンした上で、自己評価を実施している。廊下の各所には、ルビをふった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	日々の活動の中から意向を把握するに止まらず、アンケート調査を実施している。生活介護（通所）の特色として、福祉村内のイベントには参加率が低い傾向にあり、団体でのバス旅行や、札幌など遠距離への外出・買い物に関心が高い。年に2回、個人面談を実施し、作業内容の選択や、意向の確認をしている。自治会との定期的な意見交換もある。
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	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。年度初めの説明会でも、アンケート内容に関する説明を行い、年間行事に意向を反映するように努めている。作業担当の職員が窓口になるだけではなく、フリーの職員をにおいて細かい要望にも対応できるようにしている。デイ活動課を中心として余暇活動や日中活動の充実に努め、利用者の参加率を高めている。活動・行事への家族参加の機会を促して、家族会との協力体制を強めている。

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	2週間に1度、月曜日に開催される自治会では、独自性・独立性を保つために、職員の介入・出席はなく、自由に発言できる環境を整備し、生活介護からも自治会役員が選出されている。主に担当職員が相談の対応や意見把握を行っているが、さらに気軽に意見が言いやすいように、フリーの職員を配置している。意思疎通の難しい利用者の場合や状況に応じて、連絡帳を活用し家族と連携している。
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。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。また、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、その都度改善に向けた取り組みは行っているが、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、実務研修を充実させたり、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 (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・リフト車両における乗車介助など、様々なサービス提供場面に関して、標準的な実施方法を文書化している。生活介護では、主にレクリエーション場面でのマニュアルを活用し、リスク管理をしている。
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、障がいの種類の多様化や、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、医療添書、引継ぎ記録簿など、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。ただ、記録の中身に対する点検・指導が充分ではない。今後、点検・指導にさらに取り組むことで、記録の質の充実に期待したい。
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。	a	日誌の確認、口頭での引継ぎ、回覧文書などのほかに関係職員が全員確認できるように引継ぎ記録簿がある。また、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。

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、作業体験、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。
Ⅲ-3-1 (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	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。時間をかけて説明を行っている。
Ⅲ-3-1 (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-1 (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	地域支援課（地域相談支援事業所指定）が窓口となっている。近隣市町村との月1回のケアマネ学習会の実施など、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。必要に応じて家庭訪問を実施している。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っている。利用者引継ぎ文書がある。

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	地域支援課のケアマネージャーが中心となり、新利用者の場合には2人体制で、手順に従って実施している。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、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。
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。
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	各作業の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、同じ支援グループ内で話しあい、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。個別支援計画には、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。
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	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。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。