

(公表用)

## 岩手県福祉サービス第三者評価の結果

### ①第三者評価機関名

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

### ②施設・事業所情報

施設名称: 吉浜荘	種別: 障害者支援施設	
代表者(職名)氏名: 施設長 佐々木伸介	定員・利用人数: 定員60名 利用60名	
所在地: 岩手県大船渡市三陸町吉浜字上野 125-224		
TEL: 0192-45-2111	ホームページ <a href="http://aiseikai.wel-n.net">http://aiseikai.wel-n.net</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日: 昭和55年4月1日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等): 社会福祉法人 愛生会 理事長 森 斌		
職員数	常勤職員: 35名 非常勤職員: 10名	
専門職員	(専門職の名称: 名)	
	施設長 1	
	事務員 3	
	栄養士 1	
	サービス管理者 2	
	看護師 4	看護師 1
	生活支援員 24	生活支援員 8
		清掃員 1
	施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)
4人部屋 11室		食堂 浴室 事務室
2人部屋 14室		談話室 洗濯室 リハビリ室
1人部屋 4室		宿直室 ボイラー室

### ③理念・基本方針

【理念】 敬愛、誠実、信頼、奉仕、反省を軸に豊かな生活を提供します。

【基本方針】

- ① 利用者職員が笑顔で接し、心を通わせながら生きがいのある人生のお手伝いをいたします。
- ② 一人一人の利用者を大切に、豊かで安心できる安全な生活が送れるように支援します。
- ③ 地域の一員として活動し、地域福祉の発展に貢献します。
- ④ 利用者に満足のいくサービスを提供するために、専門的な知識と技術を高めるように努めます。
- ⑤ 環境を整え、安全で住みやすい施設づくりに努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

- ・日常生活の充実のために専門的なサービスの提供に努めます。
- ・定期的な健康診断、外来通院等医療機関との連携により健康保持のためのきめ細やかな支援を行います。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 5 月 26 日（契約日） ～ 平成 30 年 4 月 27 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回目

⑥総評

◇特に評価の高い点

○ 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制の構築

リスクマネジメントの責任者が配置され、事故対応マニュアルが策定されている。マニュアルが職員に周知されることで、事故報告等の収集が積極的に行われており、事例が蓄積されている。また、収集した事例を基に、事故防止検討委員会が毎月 1 回改善策・再発防止策を検討している。

◇改善が求められる点

○ 目標管理等の実施による職員の育成

人財育成基本方針の中に「目指すべき職員像（気づき、考え、情熱・責任感を持ち、行動する人）」を明示し、内部研修・外部研修ともに計画的に実施している。一方、目標管理等については、必要性を理解しつつも実施の段階までは至っていない。

法人では、目指す人財を「①自ら進んで何事にも取り組む人②法人にとって、なくてはならない人③今後もずっと、組織に貢献してくれる期待が大きい人④法人の利益に直結する有能な働きをする人」と捉え、育成に努めているが、こうした観点からも、目標管理等の仕組みを整備し、職員一人ひとりの知識・経験等に応じた業務目標の達成や資質向上に向けた取組が求められる。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

福祉サービスの第三者評価については、当法人の施設開業以来、38 年を経過しておりますが、初めての受審、試みでありました。

受審までの実施プロセスにおいては、全職員が関わったことにより、改めて施設の現状を把握することができ、課題が明らかになりました。更に、施設のあるべきサービス内容がより明確になったことが、ひとつの大きな成果として捉えています。

当施設では、ご利用者へ生活支援に携わる職員の人財（人は宝）育成が最も重要であると考え、働きがいのある職場、環境づくりに努めており、第三者評価の受審は正に施設の人づくりに合致した事業でありました。

公表される評価結果については、真摯に受け止め、今後は、本評価制度の受審を契機として、施設の弱みやご利用者への福祉サービスの質の向上のための課題をいかに改善、克服していくか、ご利用者やご家族、地域への説明責任を果たしていくか、施設職員が一体となって取り組んで参ります。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果【吉浜荘】

### 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

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		第三者評価結果
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<p>評価者コメント1</p> <p>法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。</p> <p>社会福祉法人愛生会は、『敬愛・誠実・信頼・奉仕・反省を軸に豊かな生活を提供します。』を理念に掲げ、さらに5項目の基本方針を明記し、法人の社会的使命、役割について、ホームページ、パンフレット及び広報誌(すいへいせん)等に掲載されている。職員への周知については、理念や基本方針を達成すべき行動指針(コンプライアンスマニュアル)の策定をはじめ、朝礼時における理念の復唱や職員の名刺の裏への印刷など、具体的取組が行われている。また利用者や家族に対しては、家族会(事業計画の要約版の配布・説明)をはじめ、利用者との対話集会、広報誌の配布や施設内(食堂、廊下、面会室等)掲示等により、周知が図られている。なお、今後の更なる取組として、利用者への周知方法については、障がいの状況に応じたわかりやすい資料等の工夫を期待したい。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
<p>評価者コメント2</p> <p>事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。</p> <p>国や県の福祉行政の動向については、各種経営セミナー等への参加をとおして把握されているほか、吉浜荘を含め、広く市民や福祉関係団体等の意見が反映された市の福祉計画についても、刊行物等により把握されている。また、気仙自立支援協議会(大船渡市、陸前高田市、住田町)をとおして福祉サービスのニーズや潜在的利用者等の把握に努めている。さらに県総合福祉センター発行の市町村別待機者名簿(障がい種別)のチェックによる入所希望者に関するデータ収集も行われている。一方、経営状況を把握する観点から、計画期間中における福祉サービスのコスト分析の実施など、収支バランスを注視した取組が望まれる。</p>		
3	I-1-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
<p>評価者コメント3</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。</p> <p>法人の中・長期経営計画においては、年度決算にもとづいた財務分析や国、県の福祉行政の動向及び市の福祉計画等を踏まえた5つの経営戦略のもとに、推進すべき福祉サービスの内容、方向性が示されている。また、経営状況や改善課題については、役員間での共有がなされているほか、各部署(医務・生活支援・サービス管理等)で検討・集約され、職員会議にて周知が図られるなど、組織的取組が行われている。中・長期経営計画は10年のスパンで策定され、平成29年度が初年度である。今後、3年ごとの事業計画並びに単年度計画の実施にあたり、その進捗状況や達成状況の検証・分析などの定期的取組が望まれる。</p>		

#### I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p>評価者コメント4</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。</p> <p>中・長期計画においては、法人の理念、基本方針の具現化に向け、経営課題や福祉行政の動向を踏まえた5つの経営戦略のもとに、推進すべき福祉サービスの具体的な内容が加味されている。また福祉サービスの実施に伴う人材育成や職員体制に関わる採用計画等も作成されている。一方、中・長期計画推進の財務面での裏付けとなる中・長期収支計画の策定や実施状況の評価の観点から、可能な限り数値目標の設定についても、今後検討されたい。</p>		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<p>評価者コメント5          単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。          単年度事業計画には、中・長期計画の内容及び前年度の課題等を反映した事業内容が具体的に示され、実施可能な内容となっているほか、単年度収支計画も策定されている。また、事業計画の中には、日課の改善など、対話集会等を通じて把握されている利用者の意見も反映されており、事業計画を要約した資料は家族にも配布されている。なお、実施状況の評価・分析の観点から、目標の数値化や具体的な成果等の設定など、可能な範囲で検討されたい。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		第三者評価結果
6	I-3-(2)-①事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p>評価者コメント6          事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。          事業計画の策定は、前年度の反省等を踏まえ、各担当職員による検討を経て総務課で集約し、新年度の職員会議にて周知が図られている。また、事業計画の中には、対話集会等を通じて把握された利用者の意見も反映されている。事業計画の評価・見直しは年度末に行われ、その記録等については、法人の定める文書取扱規程に基づいて保管されている。今後、計画期間中における事業計画の進捗状況等を把握する時期・手順等の検討が望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p>評価者コメント7          事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。          事業計画は、年度初めの対話集会にて利用者等に周知されているほか、広報に掲載し、荘内に掲示されている。家族に対しては、家族会や資料の送付をとおして周知を図っている。買い物などの外出計画にはルビを付してその都度掲示され、車椅子利用者が見やすい高さに掲示されている。さらに運動会や納涼まつりの企画会議に利用者の代表が入るなど、行事への参加を促す取組も行われている。一方、事業計画は利用者への福祉サービスの提供に関わる事項であることから、より分かりやすい資料の作成など、利用者等が理解しやすいような工夫が望まれる。</p>		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p>評価者コメント8          福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。          個別支援計画等に関しては、PDCAサイクルにもとづいた福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われている。また、法人の定める職員提案制度実施要綱にもとづき、職員の創意による実施可能な具体的かつ建設的な提案を奨励し、業務改善委員会の検討を経て、福祉サービスの質的向上につなげている。福祉サービス第三者評価の受審にあたっては準備委員会を組織し、各評価項目に精通した職員を中心に、11グループによる自己評価を実施、評価結果を分析・検討する場合は業務改善委員会に位置づけられている。今後、定期的(3年毎)受審が計画されているが、単年度ごとの自己評価の実施など、福祉サービスの向上に向けた切れ目のない取組が望まれる。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p>評価者コメント9          評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。          福祉サービスの向上に関しては、毎月実施される対話集会をはじめ、行事終了後の全職員による反省、「なんでも箱」の設置等による意見・要望等の把握及び改善に向けた取組が行われている。対話集会には苦情受付担当者が出席するほか、第三者委員による聞き取りも年2回実施され、要望等は業務連絡会議を経て、利用者等にフィードバックされている。また改善課題等は職員間で共有化が図られている。今後、自己評価や第三者評価結果にもとづく改善にあたっては、タイムスパンの設定などを含め計画的な取組が望まれる。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

<b>II-1 管理者の責任とリーダーシップ</b>		
<b>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>		第三者評価結果
10	<b>II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。</b>	<b>a</b>
<p>評価者コメント10</p> <p>施設長は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>施設長は、法人の理念・基本方針の具体化に向けた経営・管理に関する方針をはじめ、目指すべき職員像「気づき、考え、情熱・責任感を持ち、行動する人」について、職員の理解と周知に努めている。管理者としての役割と責任については、業務分掌表、法令遵守規程、コンプライアンスマニュアル及び吉浜荘管理規程等に文書化され、会議等において周知が図られているほか、広報誌にも所信の一端が述べられている。また、有事における管理者不在時の権限委任等についても、吉浜荘管理規程に明記されている。さらに、職員満足度調査・分析を行い、自らの役割と責任について検証するとともに、職員提案制度など新たな取組を通して業務改善につなげていることも評価される。</p>		
11	<b>II-1-(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。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント11</p> <p>施設長は、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が、十分ではない。</p> <p>法令遵守規程やコンプライアンスマニュアルにもとづいて、利害関係者に対して情実取引の排除、公正な取引先の選定、リベート要求の禁止など、適正な関係を保持している。また法令遵守の観点での経営に関する研修(階層別、専門分野別、課題別)にも計画的、積極的に参加し、受講者による研修報告会も実施されている。またサービス管理責任者による障害者差別解消法の内部研修や、コンプライアンスに関するセルフチェック等も行われている。改正された法令等は、改正ポイントを職員に周知後、例規集として各部署に備え付けられている。今後、福祉分野に限らず、環境への配慮等も含めた幅広い視点からの法令遵守の取組が望まれる。</p>		
<b>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>		第三者評価結果
12	<b>II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント12</p> <p>施設長は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>福祉サービスの質的向上に向けた経営戦略の取組をはじめ、利用者満足度調査・職員満足度調査を3年に一度実施し、サービス課題の把握に努め、解決のための取組を行っている。また、職員提案制度実施要綱を定め、改善すべき事項について、職場内の提案活動を積極的に推進しているほか、利用者や家族からの声については「なんでも箱」の活用を家族会通信にて促している。さらに管理者として諸会議・各種委員会に出席し、サービス向上に関する指導・助言を行っている。施設長自らも外部研修を受講し、内部研修の講師として指導力を発揮している。今後、利用者満足度調査については単年度毎に実施し、サービス提供に関する評価・分析・改善など、継続的な取組が望まれる。</p>		
13	<b>II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント13</p> <p>施設長は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>職員提案制度や職員満足度調査を実施し、サービスの改善や職員の働きやすい環境整備等の課題の集約を行い、業務改善に向けた取組を行っている。働きやすい環境整備については、福祉機器の導入をはじめ、職員処遇の改善、資格取得のための助成など、新規採用者を視野に入れた取組が行われている。また、業務改善すべき事項については、それぞれのテーマごとに提案チーム(サービス管理責任者、各年齢層)を編成し、改善プランの検討・作成を行うとともに、職員の業務改善に対する意識の高揚が図られている。一方、経営の改善や質の高い福祉サービスの実現に向け、人事、労務、財務等、それぞれの視点から定期的に検証を行い、職員全体による効果的な運営が望まれる。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p>評価者コメント14</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。</p> <p>法人の定める人材(人は宝)育成基本方針にもとづいて、人材の確保、育成を図っている。特に、介護職の実践能力の開発に向けて、OJT研修をはじめ、資格取得のための助成(職専免、旅費負担)や職種別研修会へ積極的に参加している。なお、有資格者リストや職員個々の研修履歴については給与ソフトにより保管されている。また、人材確保策として県内、県外(仙台)の福祉専門学校を訪問し、施設の理念等をはじめ、目指すべき職員像、人材育成方針(研修等)等の詳説による職員採用活動を行っている。さらに職業安定所主催のジョブカフェに参加しているほか、介護職の経験者情報を収集するなど、退職者等を見通した採用活動が実施されている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>評価者コメント15</p> <p>総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。</p> <p>人材(人は宝)育成基本方針の中で、目指すべき職員像を掲げ、職員個々の能力開発段階に応じた研修に参加している。また、人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)が定められ、職員等に周知されているほか、県内類似施設との人事異動が行われているが、法人一施設であるが故の異動の難しさもある。吉浜荘ではキャリアパス要件を整備し、職員にどのような職務にどのような立場で就くか、そこに到達するための目標を明確にするなど、職員が将来像を描ける仕組みづくりができています。現在、キャリアパス要件を満たし、実施されている職員もいるが、今後、職員を育てる観点から、人事考課制度と合わせた実施が望まれる。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		第三者評価結果
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p>評価者コメント16</p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>働きがいのある職場づくりとして、労働環境の改善、実践能力の開発、職員処遇の充実の3つの方策を掲げ、具体策が実施されている。有給休暇取得率が18%程度(平均消化日数6日)と低いことから、取得向上のための職員で構成する提案チームによる改善プランの作成が行われ、ワーク・ライフ・バランス等の充実に努めているほか、職員の意向を踏まえた勤務表の作成、変更も行われている。また、定期的にメンタルヘルス委員会(月1回の業務連絡会のあとに開催)を開催し、役付職員から部下職員の精神的、肉体的異変を把握し、対象職員との個別面接が行われている。さらに福利厚生についても、職員の制服支給をはじめ、親睦会への助成(一人5,000円)、インフルエンザ予防接種費用の助成等、働きやすい職場づくりに関する取組が行われている。一方、改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映されることが望まれる。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	c
<p>評価者コメント17</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。</p> <p>人材育成基本方針の中に「目指すべき職員像(気づき、考え、情熱・責任感を持ち、行動する人)」を明示し、内部研修・外部研修とともに計画的に実施している。一方、目標管理等については、必要性を理解しつつも実施の段階までは至っていない。法人では、目指す人材を「①自ら進んで何事にも取り組む人②法人にとって、なくてはならない人③今後もずっと、組織に貢献してくれる期待が大きい人④法人の利益に直結する有能な働きをする人」と捉え、育成に努めているが、こうした観点からも、目標管理等の仕組みを整備し、職員一人ひとりの知識・経験等に応じた業務目標の達成や資質向上に向けた取組が求められる。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p>評価者コメント18</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。</p> <p>法人の定める人材育成基本方針の中に、「目指すべき職員像」が明示され、その具体化に向けた教育・研修が計画的に実施されている。研修計画は、内部研修、外部研修ともに総務課長、サービス管理責任者により計画され、新採用者、中途採用者、臨時職員(外部研修)及びパート職員(内部研修)等、全職員を対象とした研修が行われている。研修終了後は、報告会を開くなど、受講内容等の共有が図られている。また、介護・看護技術等の向上に関わる研修にも随時参加している。一方、研修後の受講者の自己評価や所感等を踏まえ、教育・研修成果の評価・分析を行い、次年度の計画に反映する取組が望まれる。</p>		

19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p>評価者コメント19</p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分ではない。</p> <p>法人の人財育成基本方針にもとづき、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた研修や新採用者、中途採用者に対する教育・研修も計画的に行われている。また、個別的なOJTについても、サービス管理責任者の企画立案により、計画的に実施されている。さらに外部研修に関する情報提供については、サービス管理責任者のところで情報収集(資格取得情報も含む)と合わせて行われている。職員一人ひとりが、教育・研修の機会が得られるよう配慮されているほか、職員研修履歴も保管されている。一方、研修成果については、成果の評価・分析を行い、次年度の計画に反映する取組が望まれる。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>評価者コメント20</p> <p>実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。</p> <p>実習生等の教育・育成に関する基本姿勢が明文化され、受け入れに対するマニュアルも作成されている。以前は、介護等体験の学生を受け入れた実績があるが、現在は支援学校の生徒の産業現場実習が主である。今後、介護福祉士や社会福祉士等の実習に対応できる実習指導者講習会の受講や実習生の専門職種の特性に配慮したプログラムの用意など、受入体制の整備とともに、受け入れについても積極的な取組が望まれる。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p>評価者コメント21</p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。</p> <p>ホームページに理念、基本方針、事業計画、役員報酬、監査報告、予算等公開され、年4回の更新のほか施設行事の際はその都度更新されている。さらに、第三者評価、利用者・職員満足度調査、ホームページでの苦情対応の公開など、数値以外での運営透明化も始めている。また、パンフレットや広報誌(すいへいせん)も新たに理念を記載して市内郵便局、薬局、行政等に配架し情報公開を進めている。今後、サービス管理責任者や苦情解決責任者と連携を図り利用者家族の満足度調査も含めた幅広い情報公開に期待する。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p>評価者コメント22</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。</p> <p>福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールや、職務分掌と権限・責任等が「経理規程」に明確に記載されている。また、年3回の内部監査の他、税理士による外部監査を実施し、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを定期的に行っている。ホームページに監査報告書、財務諸表、役員名簿を公開して、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。</p>		

### II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p>評価者コメント23</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。</p> <p>中長期経営計画に、「地域の一員として活動し、地域福祉の発展に貢献します」と明示し、納涼祭ではボランティアや一般参加者を受け入れ、催し物では地元高校生による太鼓演奏やフラダンスサークルなど発表の場を設け、地域と利用者の交流の場を設けている。さらに、「IWATE安心サポート事業」での相談員配置など地域の相談窓口としての活動も始めている。今後、計画に基づき継続して活動すると同時に、利用者のニーズに合わせて地場産品の活用など、地域との協働意識のさらなる発展に期待したい。</p>		



24	II-4-(1)-② ボランティア等の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。	b
<p>評価者コメント24</p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>中長期経営計画に、実習生・ボランティア受け入れに関する方針が明文され、実習生・ボランティア受け入れに関するマニュアルやフローチャートが作成されている。また、近隣小中学生が慰問やクリスマスを盛り上げるためカード作成など、学校教育への協力も行っている。ただ、ボランティア登録手続き、受け入れ準備、事前説明ガイダンス等がマニュアル化されておらず、実習生向けの研修を行える職員がいない。今後、「将来を担う人財育成の場」「地域交流の場」の意味で施設全体の問題と捉え、積極的な実習生・ボランティアの受け入れに期待する。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p>評価者コメント25</p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。</p> <p>気仙自立支援協議会、関係部会にサービス管理責任者が連絡を取り情報共有や意見情報交換会に積極的に参加するほか、「気仙管内障がい福祉サービス事業所一覧」を作成し、対象者がどのサービス事業所に該当するかなど記載され分かりやすく工夫されている。今後、共有された情報の開示や報告など、サービス管理責任者を中心に体系化し、施設内でスムーズに連携がとれるような取組、工夫等、事業一覧に病院や行政など福祉サービスの連携に反映し、職員が誰でも迷うことなく関係機関と連携できる仕組み作りが期待される。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価者コメント26</p> <p>福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>所属の栄養士が地域婦人会で料理教室を開催したり、施設・道具の貸し出しのほか地域のお祭りや学校行事にテントを貸し出すなど地域福祉への貢献を行っている。また、市と大規模災害が発生した場合の「福祉避難所の開設・運営に関する協定書」を結び、施設のみでなく地域合同防災訓練シミュレーションを行政に申し入れるなど福祉避難所としての機能を明確に示している。しかし、地域に施設の活動や利用者の社会的理解を促すための活動が乏しいので、今後、講演会や地域サポーター育成など、積極的に理解を促す活動の展開が望まれる。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>評価者コメント27</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。</p> <p>地域社会貢献の取組として、平成29年3月「IWATEあんしんサポート事業に係わる覚書」を締結して相談員2名配置をしており、今後の更なる地域への周知と理解に向けた取組が期待される。なお、今後は気仙自立支援協議会や、行政と連携して地域福祉ニーズの具体的な状況の把握に努めること、民生委員・児童委員等地域で活動している住民と積極的な交流の場を設けるなど、新たな福祉ニーズ把握の機会をつくる取組についても検討が望まれる。関係機関とのネットワークを活用し、施設独自の地域貢献に基づく公益的な活動計画作成など、将来的展望を視野に入れての活動に期待したい。</p>		

### 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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	b
<p>評価者コメント28</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの実施について、理念や基本方針への明示は十分でない。また、理念は毎朝の申し送り時に唱和され浸透しているが、基本方針、倫理綱領等について職員が理解し実践するための取組には至っていない。利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢は、個々の福祉サービスの標準的な実施方法(マニュアル)等に反映され、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、虐待防止委員会での状況把握、勉強会等は行われ、全職員に回覧されているものの、組織全体での定期的な取組には至っていない。</p>		

29	III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p>評価者コメント29</p> <p>利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が十分ではない。</p> <p>利用者のプライバシー保護、虐待防止等の権利擁護について、コンプライアンス・マニュアル等に記載があり、毎年代表職員が外部研修を受講し全職員に回覧をしているが、職員全体への周知徹底には至っていない。利用者のプライバシー保護のための設備について、各居室等は配慮がなされているものの、浴室や脱衣所等、一部の環境については十分とは言えない点がある。不適切な事案が発生した場合には、幹部職員が丁寧に対応することとしているが、標準的な対応方法を明示するには至っていない。</p>		
III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		第三者評価結果
30	III-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p>評価者コメント30</p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>写真・図・絵等を使用したパンフレットを役所に常置しており、利用希望者等が情報を得られるようになっている。長期入所者が多く、年間の入退所は3~4人程度だが、利用希望者には個別に丁寧な説明が実施されており、利用開始前にはショートステイを必ず体験できるように配慮されている。また、パンフレットの情報の更新、写真の差替等は必要に応じて実施されている。</p>		
31	III-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p>評価者コメント31</p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意は、利用者の自己決定を原則としており、利用者や家族がわかりやすいように、ふりがな付きの資料を職員が読み上げる等の配慮を行っている。また、サービス開始・変更時には、利用者や家族の同意を得た上でその内容を書面で残しているが、意思決定が困難な重度利用者への配慮についてのルール化はなされておらず、サービス提供全般において意思決定支援が課題となっている。</p>		
32	III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p>評価者コメント32</p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>福祉サービスの内容変更にあたっては、利用者本人の意向を尊重しつつ、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように担当職員が丁寧に配慮し、配慮しており、福祉サービス終了後の対応窓口はサービス管理責任者が行っている。ただし、施設の性質上、地域移行の事例が少ないこともあり、福祉サービスの継続性に配慮した手順や引継ぎ文書を定めるには至っていない。</p>		
III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
33	III-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>評価者コメント33</p> <p>利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>利用者懇談会は、月1回の対話集会として定期的実施され、利用者の希望や不満等を汲み取るように配慮している。欠席者に対しても職員が分担して意向聴取を行っており、職員等は、利用者満足把握する目的で対話集会や家族会に出席している。利用者満足に関する調査は平成27年度に一度行われているが、意思決定が困難な利用者への対応が課題であるとともに、把握した結果を分析・検討する仕組みが不十分である。</p>		
III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		第三者評価結果
34	III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p>評価者コメント34</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>苦情解決の体制が整備されており、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が玄関前に掲示され、資料(重要事項説明書)を利用者に配布し説明している。苦情内容について、受付と解決を図った記録が適切に保管され、苦情内容に関する検討内容や対応策は利用者や家族にフィードバックされており、苦情相談内容に基づき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われているといえる。しかし、苦情記入カードの配布等、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫や、苦情の解決結果の公表等には至っていない。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p>評価者コメント35          利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境を整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。          利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることを口頭で説明しているが、文書を作成し、利用者や家族に配布するまでには至っていない。個室の面接室が準備され、相談者が相談しやすく意見を述べやすいスペースは確保されている。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p>評価者コメント36          利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。          職員は、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めており、意見箱の設置や、対話集会時の利用者意見の聴取が行われている。また、意見に基づき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。相談や意見を受けた際の概ねの対応を図式化したマニュアルがあり、「苦情解決規程」において苦情解決の手順や、記録様式が定められており、定期的な見直しが行われているが、実際の苦情解決に際してはこの様式が活用しにくいなど、苦情対応者個人の対応能力に依拠する部分が大きく、組織的かつ迅速な対応として十分とはいえない。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		第三者評価結果
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<p>評価者コメント37          リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。          リスクマネジメントに関する責任者は、事故防止検討委員会の委員長(施設長)とされ、体制が整備されている。事故対応マニュアルが策定され、職員に周知されることで、事故報告等の収集が積極的に行われており、毎月3~4件の報告がある。また、収集した事例を基に、事故防止検討委員会が毎月1回改善策・再発防止策を検討している。安全確保・事故防止に関する研修は、代表職員が外部研修に出席し、内部回覧している。今後の更なる取組として、事故防止策等の安全確保の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行う体制の強化が望まれる。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p>評価者コメント38          感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。          感染症対策に関する責任者は、感染症予防対策委員会の委員長(施設長)とされ、体制が整備されている。感染症の予防と発生時等の対応については、インフルエンザ、ノロウイルス、疥癬等の主要な感染症のマニュアルが策定され、必要に応じて見直されている。マニュアルは、各部署に設置されており、主要な担当者(看護師)等を中心として、感染症の予防や安全確保に関する留意事項を呼びかけており、感染症の予防策、感染症が発生した場合の対応が適切に行われている。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的にやっている。	a
<p>評価者コメント39          地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。          防災計画により災害時の対応体制が決められており、立地条件から土砂災害、山火事等、災害の影響を考慮し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。災害発生時には、利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、職員に周知されるとともに、食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備し、一週間程度の自家発電が可能となっている。利用者を含めた総合訓練は年2回、夜間訓練は年1回、時期を決めて行われており、実施時には消防署の他、地元自治会も避難支援に協力するなど地域との連携も図られている。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p>評価者コメント40          提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。          入浴介助、排泄介助、食事介助、移乗介助等、標準的な実施方法(マニュアル)が文書化されており、利用者の尊重、プライバシー保護等、権利擁護に関わる配慮が記載されているが、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策が十分でない。また、標準的な実施方法に基づいたサービス提供が実施されているかどうかを確認する仕組みが不十分である。</p>		

41	Ⅲ-2-(1)-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。	C
<p>評価者コメント41</p> <p>標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法(マニュアル)の検証・見直しは行われているが、時期や方法が組織で定められていない。検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容を必要に応じて反映するなどの取組も不十分である。マニュアルの検証・見直しにあたり、事故報告や苦情等は一部反映されているが、職員や利用者からの意見や提案が積極的に反映される仕組みにはなっていない。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		第三者評価結果
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p>評価者コメント42</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。</p> <p>個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者2名が対応している。全社協版のアセスメント様式を使用しているが、記載項目の多さから、すべての利用者に適用されているわけではなく、状況変化があった場合のみ使用している。支援計画策定にあたっては、複数の関係職員が集まり個別支援会議を開催して簡易アセスメントを実施している。個別支援計画には、利用者一人ひとりのニーズを明示することを原則としているが、意思決定が難しい利用者について、本人の意向を汲み取ることに限界があり、ニーズを記載していない事例や、支援計画書が利用者本人に交付されていない事例がある。「生活支援計画作成マニュアル」により、個別支援計画を策定するための手順が明確にされており、個別支援会議の際に、支援計画どおりに福祉サービスが行われているかどうかを確認する仕組みがある。なお、支援困難ケースについては必要に応じてケース検討会が開催されている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p>評価者コメント43</p> <p>個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>「生活支援計画作成マニュアル」に基づき、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の移行把握と同意を得るための手順等が定められ、見直しによって変更した個別支援計画の内容を共有する仕組みはあるが、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みまでは整理されていない。また、個別支援計画の評価見直しにあたって、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容、福祉サービスの質の向上に関わる課題等の明確化には至っていない。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		第三者評価結果
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
<p>評価者コメント44</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。</p> <p>利用者の身体状況等は看護日誌、生活状況等は介護日誌に日々記録され、パソコンのネットワークで一元的に管理され、関係職員は情報が必要な際にアクセス可能となっている。サービス実施状況を記録により確認することができるが、記録要領の作成や職員への指導等の工夫は十分でない。部門横断的な情報共有は朝昼夕の申し送りが活用されている。</p>		
45	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
<p>評価者コメント45</p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>個人情報管理規程により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規程を定めており、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。個人情報の取扱いについては、重要事項説明書等で利用者や家族に説明している。記録管理の責任者は理事長が指名することとされているが、指名の事実が確認できないため、明確にする必要がある。また、記録の管理についての職員に対する教育や研修、個人情報保護規程の徹底等は十分とはいえない。</p>		

## A-1 利用者の尊重と権利擁護

1-(1) 自己決定の尊重		第三者評価結果
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重して個別支援と取組を行なっている。	b
<p>評価者コメント1</p> <p>利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。 毎月1回「対話集会」を開催し、利用者の意見・要望を聞く機会を作っている。そこで出された意見や要望・希望は記録し、具体的な解決策についても、一緒に考えていこう努めている。施設は、共同、集団生活の場であるので、テレビの視聴時間やルールの検討等、施設主導の提案や方針が説明される傾向にある。可能な範囲で利用者の皆さんと理解を深めるための場や雰囲気づくりの努力が見られる。日常的な出来事を職員に周知する方法として、業務日誌や備考欄、ホワイトボードに記録する等、工夫した取組をしている。しかし、エンパワメントの理念に基づく本人の意向や自己決定を支援する取組は今後の課題となっている。今後、十分なアセスメントをして本人の要望・希望を個別支援計画に反映させる取組を繰り返しながら、モニタリングや見直しをして、個性を大切に本人の意欲を引き出していこう取組を望みたい。</p>		
1-(2) 権利侵害の防止等		第三者評価結果
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
<p>評価者コメント2</p> <p>利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。 「コンプライアンスマニュアル」に集約されており、職員に周知を図る努力は見られるが、全職員に理解され共有化されている状況とはいえない。リスクマネジメント委員会で検討された事案や現場職員からの問題点や対応策については、その都度、話し合い協議し助言したり、スーパーバイズの的な方法で解決を図っている。また、担当職員、係長、役職職員が集まって協議し、チームとしての対応策を検討することも実施している。しかし、各種マニュアルの整備が不十分なため、組織としてPDCAサイクルが機能できていない。今後は、早急にマニュアル作成委員会などの組織を復活させ、皆でマニュアルを検討する中で、常に利用者本位に考え、権利侵害を防止することを念頭にした取組を望みたい。</p>		

## A-2 生活支援

2-(1) 支援の基本		第三者評価結果
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行なっている。	b
<p>評価者コメント3</p> <p>利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。 開所当時は、自発的に自分の意思を伝え、要望を伝えられる利用者が多く、対応する職員もゆとりをもってケアし、個別に支援できていた。近年では、合併した障がいや高次脳機能障がい、精神障がいのある利用者が増え、自らの意思を伝達できない、自力では決められない利用者が増加し対応に苦慮している。日々の業務では時間をかけ、丁寧な支援に心がけているが自律・自立生活のための動機づけが難しい実情である。今後は、福祉サービス第三者評価の趣旨・解説、評価の留意点や評価の着眼点等を参考にし、PDCAサイクルを活かし、目標→実践→検証→反省→実践の取組を確かなものにして、課題解決に向けた取組に期待したい。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じてコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行なっている。	b
<p>評価者コメント4</p> <p>利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。 現在の利用者の状況から文字盤やトーキングエイド等のコミュニケーション機器の活用が有効であり、身振り、手ぶりのジェスチャーなどを交えてコミュニケーションを図っている。専門性のある代弁者や外部からの協力は無い。ナースコールやセンサー等も活用している。必要に応じて写真や絵、文字での掲示も併用している。今後、加齢や障がい状況の変化により、意思表示や伝達が困難となり、要望や意見、希望の聴取がより困難になっていくことも考えられるため、コミュニケーション能力を高める支援の取組が重要課題となる。個別支援計画に反映させて取組むためにも、利用者のニーズを聞き取り、個人々々ができること、強みを見つけ出して対応していく努力や実践が必要であり、継続的に、より積極的な取組を望みたい。</p>		

A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援として相談等を適切に行なっている。	b
<p>評価者コメント5          利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っているが、十分ではない。          担当職員は利用者の求めや希望に応じ、知りたい情報を収集、提供している。一緒に取組み、解決していこうと心がけている。利用者の生活状況を把握している。面会室に利用している部屋になんでも意見が述べられるように紙とペンを用意し、意見箱を設置している。最近では、投函する人もなく、月一回開催の「対話集会」で意見交換している。担当以外の職員や施設長でも相談できる雰囲気づくりをしている。          相談内容で多いのは、人間関係にかかる「居室変え」などで、支援会議、主任者会議など協議を繰り返して、利用者にとって最善の結果となるよう心がけている。しかし、利用者からの相談等が個別支援計画に反映されず、支援全体の調整等の取組も希薄なので、今後より積極的な取組を望みたい。</p>		
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
<p>評価者コメント6          個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。          利用者の希望に応じて各種サークル、レクリエーション、趣味活動、余暇活動、スポーツなどのメニューに参加できるよう支援している。また、年間行事への参加等の声かけをしている。          年々、高齢化と重度化のために日中活動への参加者が少なく、部屋でテレビを見て静かに過ごす傾向である。今後は、再アセスメントして、要望等を丁寧にヒアリングし、個別支援計画に反映するなど、本人の興味、関心事の発見や強みを引き出すよう積極的な取組を望みたい。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じて適切な支援を行っている。	b
<p>評価者コメント7          利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。          不応行動などの行動障がいについては、個々に対応する仕組みとなっている。担当者→支援会議→主任会議へ提案され、対応策を検討する。または上司から直接、助言を受けて対応する。長年の取組から、職員間の意思疎通はできているので問題点はないと考えている。リスクマネジメント委員会からの提案で(例えば、感染症対応などの事案)、対応策を検討し、職員に周知して解決した事案もある。対応の困難な利用者への個別対応マニュアルは作成していないが、その都度、対応に必要な事項は必ず、引継ぎ事項やホワイトボードで周知を図るようになっており、取組の詳細な経過などはケース記録に反映するよう心がけている。今後は、行動障がいのある利用者等も増えることも想定し、これまでの実績を基に、組織全体として機能するような取組を望みたい。</p>		
<b>2-(2) 日常的な生活支援</b>		第三者評価結果
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	b
<p>評価者コメント8          個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。          確認した各種マニュアルは手順を明記し簡素化されたものなので不十分である。組織として現在のマニュアルを見直し、全職員が共有し活かせるようなマニュアル作成を望みたい。入浴支援では①長時間の入浴時間の問題点や解決策。排泄支援では①おむつ交換時に待たせてしまう問題点等、改善すべき課題が多々あるように思われる。施設として「標準的なサービス提供マニュアル」と利用者個々の障がいに配慮した「個別支援マニュアル」が必要である。マニュアル作成や見直しの中で見えてくる問題点を作成し、取組をした後に見えてくる改善点、たくさんの気づきの中に重要な課題が発見できると思われる。時間がかかるかも知れないが、皆で話し合いを深め、組織としての取組が実現することを期待したい。</p>		
<b>2-(3) 生活環境</b>		第三者評価結果
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
<p>評価者コメント9          利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。          東日本大震災の地震被害により居室の一部が増改築され(南棟)、2人部屋が10室でスペースも広く、ゆとりある生活が確保されている。一方、昭和55年に建設され築37年経過している居室(東棟)等は修理、修繕と清掃も行き届いており、清潔感のある住環境である。トイレ、食堂、廊下の幅も広く冷暖房も完備されている。一方、4人部屋が11室ありプライバシー確保の面では課題となっている。心穏やかに安心・安全に暮らせるよう、スクリーンを設置する等配慮・工夫している。また、窓側の位置の寒さ防止のため、保温シートを張るなどして対処している。浴室は、一般浴室と特別浴室の間に脱衣室あり、職員にとって介助しやすい、動きやすい作りとなっているが、利用者にとってはプライバシー確保の点や快適性を考えると十分とはいえない。今後は、利用者がゆとり入浴でき、介助もやり易いような設備、環境となり、快適性にも配慮、工夫した取組を望みたい。</p>		

<b>2-(4) 機能訓練・生活訓練</b>		第三者評価結果
A⑩	<b>A-2-(4)-①</b> 利用者の心身の状況に応じて機能訓練・生活訓練を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント10</p> <p>利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。</p> <p>機能回復訓練室には各種リハビリ機器が整備されている。週に1回、他法人との理学療法士等指導訓練委託契約により、理学療法士による指導が行われている。また、理学療法士の指導により、生活動作の中で意図的な訓練を行っている方もいる。他の事業所(デイサービス)のリハビリを利用している方もいる。毎日のラジオ体操や施設内で歩行訓練をしたり、日常生活の中で体を動かす工夫をしている。起床時(6:00)にリハビリを実施したい利用者もいるが、職員・スタッフの勤務事情から個別支援計画に記載しても実施できないことが課題となっている。職員は、継続的にリハビリをすることで機能の維持や効果が期待できることは十分に理解している。しかし、理学療法士や作業療法士等の専門職の人材確保が難しい実情から、日常生活の中での生活訓練に重点を置いて取り組んできた経過と現状である。今後は、理学療法士や作業療法士等の専門職の確保とともに、個別支援計画に反映させて、本人の要望やニーズに対応するような支援の体制づくりを望みたい。</p>		
<b>2-(5) 健康管理・医療的な支援</b>		第三者評価結果
A⑪	<b>A-2-(5)-①</b> 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント11</p> <p>利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p> <p>生活支援員(28人)と看護師(5人)との連携・協力が図られ、日常的に利用者の健康状態の把握に努めており、利用者の体調変化時の際も、嘱託医の指示に従いチーム一丸となり迅速に対応している。今後の更なる取組として、健康管理に関するマニュアルや緊急時の対応マニュアル等分かりやすいものに見直す作業や、必要に応じて、利用者のための健康管理等に関わる勉強会や研修会には、看護師の参加を促しレクチャーを受けるなど、積極的な取組が行われることを期待する。今後もお互いの強みを活かして医療的ケアが充実するよう、更なるレベルアップに期待したい。</p>		
A⑫	<b>A-2-(5)-②</b> 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント12</p> <p>医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。</p> <p>医療的な支援に関する①職員研修②個別指導など定期的かつ日常的な業務の流れの中で取組んでいる。医療安全委員会で定期的に服薬管理・服用介助マニュアル等の見直しを実施している。今後は、①組織としてPDCAサイクルを活用する②個別支援計画に反映させる工夫をする等々、生活支援員、看護師、職員全体が一丸となって医療的支援のさらなる充実に努めていただきたい。</p>		
<b>2-(6) 社会参加、学習支援</b>		第三者評価結果
A⑬	<b>A-2-(6)-①</b> 利用者の希望と意向を尊重して社会参加や学習のための支援を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント13</p> <p>利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。</p> <p>施設内の年間行事である年2回(春と秋)の買物外出には、本人の希望を聞いて場所を選び、引率し、介助して外出する。外部からのコンサートやイベントの招待があれば希望者を募り参加している。外泊等は週末に帰宅する方、盆と正月に帰宅する方など、本人や家族の要望に沿って柔軟に対応している。現在は、1人で外出できる利用者はいない。個人の希望により外出する場合は、福祉タクシーを依頼し、個人負担で外出する。現在の施設の立地環境の課題もあるが、社会参加や学習支援等は、本人のニーズを個別支援計画に反映させるなど、今後の積極的な支援が望まれる。</p>		
<b>2-(7) 地域生活への移行等</b>		第三者評価結果
A⑭	<b>A-2-(7)-①</b> 利用者の希望と意向を尊重して地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント14</p> <p>利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。</p> <p>地域生活への移行等について、利用者の意見や希望の確認は年2回、サービス管理責任者が実施している。希望者にはグループホームの見学などを実施し、積極的に対応していく姿勢が見られる。しかし、高齢化と障がいの重度化が進む中で、地域生活への移行を望む利用者は少なく、施設生活の現状で満足している。地域生活にはリスクも大きく、ハードルが高いと感じているようで、勇気を出してチャレンジしようとする利用者はいない、また、家族も望んでいない実情もある。今後は、地域移行への希望が持てるような、いくつか選択肢を情報提供できる積極的な取組が期待される。</p>		

<b>2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</b>		<b>第三者評価結果</b>
<b>A⑮</b>	<b>A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント15          利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。          家族等との連携、交流のために①2か月に1回、家族通信を送付②定期的に生活状況等を報告③面会時に意見交換の機会をつくる④入院時の手続き等の代行⑤住所変更の手続き代行等々、家族の事情に応じて適切な対応に心がけている。しかし、伝達すべき重要な事項について家族等への連絡が不十分だったり、それが連続して発生することもあるため、取組として不十分であると考えている。家族等との連携や家族支援についての工夫や家族等からの相談に応じて適切な助言等を行って、ともに解決したような事案はない。今後、家族等の高齢化も進むことから、より丁寧な取組と利用者本人や家族支援への工夫や充実が望まれる。</p>		