

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：福島県きびたき寮	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：郷眞智子	定員（利用人数）： 80（72）名	
所在地：福島県西白河郡西郷村真船字芝原 1 4 2 - 8		
TEL：0248-25-3107	ホームページ： http://www.fukushima-sj.jp/taiyo_kibitaki/index.html	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：昭和49年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 福島県社会福祉事業団		
職員数	常勤職員： 44名	非常勤職員 5名
専門職員	（専門職の名称） 名	
	施設長 1名	
	援助員・介護員 35名	3名
	看護師・准看護師 3名	1名
	管理栄養士 1名	
	理学療法士 1名	
	サービス管理責任者 2名	
	事務員 1名	1名
施設・設備 の概要	（居室数） 18室	（設備等）
		静養室 機能回復訓練室 集会室 相談室 食堂 医務室 洗面所 便所 浴室

② 理念・基本方針

障害者総合支援法の福祉サービスの理念と事業団経営理念に則り、自主運営施設としての自覚を持って、障害者支援施設として生活介護事業、施設入所事業の2つの事業を遂行します。また、お客様には引き続き安心・安全に利用いただける施設づくりを目指し、次に掲げる基本方針のもと、以下の事業を推進します。

- 1 良質な福祉サービスの継続的・安定的な提供
- 2 地域社会から求められる福祉サービスの実践
- 3 防災・防犯・安全管理体制の強化
- 4 経営基盤の更なる強化

③ 施設・事業所の特徴的な取組

身体障がい者を主としており、常勤の理学療法士による機能訓練を実施している。喀痰吸引や経管栄養を必要とする利用者を受入れ、それに伴う職員の資格取得に努めている。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年8月2日（契約日）～ 令和4年3月29日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2回（平成21年度）

⑤ 第三者評価機関名

NPO 法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 利用者を尊重する取り組みについて

「人格・人権・命を守る」を命題として掲げた経営理念や運営方針の他、職員倫理綱領、虐待防止指針で利用者の尊重、権利擁護が重要な原則として入っている。年2回倫理綱領の読み合わせ、「倫理綱領自己チェック表」による自己評価、結果を受け改善への取り組みを進めている。

また、サービス向上委員会による利用者聞き取りの他、権利擁護推進委員会で利用者代表からも要望や希望を聞きとり、利用者を尊重する取り組みの徹底を図っている。「苦情解決第三者委員会」、「虐待防止委員会」においても丁寧な対応がなされるなど組織的、継続的な取り組みが行われている。

2. 総合的な人事管理について

法人としてキャリアパス制度を導入し、期待する職員像を明確にし、各施設に掲示して職員への周知を図っている。人事基準は管理規則・人事考課要領・キャリアパス設置要領に定められ、複数の評価者により、定められた人事基準に従い客観的な人事考課を実施している。

また、人事考課表を使用して職員が目標を設定し、管理者等が面談を通してアドバイスや目標達成度を確認し、人材育成を図るなど総合的な人事管理を行っている。

3. サービスの標準的な実施方法の確立について

入浴・排泄・移乗・食事・口腔ケアなど支援内容ごとに手順書があり、各職員に配布

している。新人職員には先輩職員(エルダー)がついてOJTを行い、介護技術の習熟度を確保しながら標準的なサービスが身に付くよう指導している。

また、外部講師を招聘しておむつの当て方、食事のトロミのつけ方など実技も取り入れた研修も行っている。プライバシーや羞恥心への配慮もそれぞれの手順書の中に留意点として入れている。さらに、利用者ごと個別の支援上の留意点を写真付きで作成し支援方法の統一を図っている。

◇改善を求められる点

1. 関係機関との連携について

社会資源については、法人の基幹相談支援センターがリストアップした関係機関や村のガイドブックを活用している。関係機関がかかわる地域自立支援協議会には同センターが出席しており、そこから間接的に情報を得ている。

そのため、施設は、利用者の手続きなど必要がある時にのみ個々の関係機関と関わる対応にとどまっており、地域の関係機関とネットワークは築けていない。今後、施設として業務の中で把握できた関係機関も社会資源リストに加えるとともに、法人の経営理念「事業団だからこそ挑戦しなければならないことの実践」を進めるためにも、利用者のニーズを直接把握できる施設として地域移行やアフターケアを行う上で不足している必要な社会資源を発掘し、ネットワーク化等への取り組みを期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価の中で、利用者や職員を守る為の権利擁護の取り組み、統一した支援を実施する為の業務標準化等、良い評価をしていただいた部分につきましては『これでよし!』とせず、見直しを行いながらより良い取り組みが出来るように精進したいと思います。

ご指摘のあった地域との関わりや地域移行に向けてのニーズの引き出しについては、相談支援事業所等の地域の事業所との連絡を密にし、情報の収集や提供等、職員の意識改革を行い、社会資源を少しでも多く活用できるよう働きかけていきたいと思っております。また、このコロナ禍でも状況を見ながら外出支援については出来ることから(ドライブなど)、取り組んで行きます。

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（共通評価基準）

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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
I-1-(1) 理念、基本方針を確立・周知している。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人理念を施設の理念とし、施設のスローガンと基本方針を策定している。法人理念や施設のスローガン、基本方針は、ホームページ・広報誌・施設パンフレットに記載し周知を図っている。</p> <p>また、玄関や廊下等に法人理念や施設のスローガン、基本方針を掲示している。さらに、職員へは事業計画を作成する過程において、理念やスローガン、基本方針に触れながら協議を進めることで浸透を図っている。利用者には入所時に説明し、家族へは毎年、家族総会で説明している。現在はコロナ禍で家族会が開催できないため、文書で送付し周知に努めている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析している。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>全国身体障害者施設協議会や東北ブロック身体障害者施設協議会に出席し、社会福祉事業全体の動向や分析の情報を得ている。</p> <p>また、毎月開催する法人の施設長会議において、各施設の欠員状況や収支状況の報告、分析を行い、地域の福祉計画の策定動向や内容等の情報も得ている。</p> <p>しかし、潜在的利用者に関するデータや地域における福祉を取り巻く状況の変化等の把握がなされていないため、在宅している障がい者の利用ニーズなどの情報収集が望まれる。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p>		

毎月開催する施設長会議で法人や各施設が抱える経営課題について把握し分析している。それらの内容は職員会議を通して職員に伝達している。施設の課題としては、利用者の高齢化や重度化に伴い退所者が出る頻度が高くなり、特別な医療を必要とする利用者が一定以上の割合となることが要件となる重度障害者支援加算(Ⅰ)が取れなくなっていることやコロナ禍の影響を受け空床期間が長くなっていることから収入減に陥っていることである。新たにリハビリテーション加算の取得による収入の増加や空床期間の短縮を図るなど経営改善に向けた取り組みを行っている。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体の中・長期の事業計画と収支計画がともに策定されている。中・長期計画は、理念・基本方針の実現に向けた目標を明確にした10年計画であるが、5年経過時に前期の実績を評価し、計画の見直しを図っている。</p> <p>なお、数値目標や具体的な成果等は設定されていないので実施状況の評価が可能となるように、数値目標や具体的な成果等を設定することが望まれる。また、法人としての中・長期計画は総合的な全体計画であり、施設毎のビジョンや方向性は示されていないので部門別計画として中・長期計画を策定することに期待したい。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画を踏まえ、施設の単年度の事業計画及び収支計画を策定している。法人の事業計画と調整を取りながら各委員会等で具体的に実施内容を決めて事業計画を策定しており、単年度計画は実行可能な内容になっている。</p> <p>なお、数値目標や具体的な成果等を設定するなどして実施状況の評価ができる内容にはなっていないので、実施状況の評価が可能となるように数値目標や具体的な成果等の設定が望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体の事業計画は、各施設の代表職員で構成する経営作業部会とサービス作業部会部会で原案を作成し、各施設の次長で構成する計画策定委員会で検討の上策定している。施設の事業計画はスタッフ会議・各委員会で作成し、職員会議で検討の上策定している。毎年12月に、スタッフ会議や各委員会において実施結果の評価や見直しを行い、次年度の計画作成に反映させている。</p> <p>また、毎年3月の職員会議で職員全員に配布し、事業計画の内容を読み上げて周知を図っている。</p>		

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画のうち利用者に関係する部分は、4月の「利用者との話し合い」の中で説明し周知を図っている。</p> <p>また、事業計画は玄関前にふりがなをつけて掲示している。家族に対しては毎年開催する家族会総会で説明しているが、コロナ禍以降は事業計画書を郵送することで周知を図っている。</p> <p>なお、事業計画にふりがなをつけて掲示をしているが、さらに写真やイラスト等を使用する等、読みやすさ・分かりやすさを工夫して利用者や家族の理解につながる取り組みが望まれる。</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

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、サービス向上委員会が担当して第三者評価項目に基づき自己評価を実施している。自己評価の結果は委員会でまとめ、職員会議を通じて周知を図っている。</p> <p>また、サービス向上委員会で自己評価と利用者満足度調査の結果から課題を抽出して、サービス改善計画を立てている。4月の職員会議で、サービス改善計画を配布し説明しながら職員への周知を図り、各担当部署において改善に向けた取り組みを行うなど組織的な仕組みが機能している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会で評価分析の結果に基づき、課題を文書化し改善計画を作成し法人本部へ提出するとともに、職員会議を通して課題や改善策の共有化を図っている。</p> <p>改善計画は1年単位として実践し、サービス向上委員会において各委員会の実践報告をもとに成果を評価し、改善計画の見直しを図っている。</p> <p>また、年度の間で実施状況を確認し、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。職員がサービスに関して気づいたことをカードに記入し、掲示板に張り出す「気づきノート」を行い、サービスの改善に結びつける取り組みを行っている。さらに課題解決のための内部研修を実施するなど組織的な改善策を実施している。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任を明確にしている。		

10	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は毎年4月の職員会議において事務分掌を配布し、自分の役割と責任について説明している。</p> <p>また、事業計画の概要説明に合わせ、管理者としての経営方針と取り組みについて説明を行い周知に努めている。さらに、有事における不在時の権限委譲については、事務分掌に副担当者や代決者が明記される他、手順書の中にも連絡体制が示されるなど職員に周知徹底している。</p>		
11	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の施設長会議や全国身体障害者施設協議会、県社会福祉協議会の経営者協議会の会議・研修会に出席し、遵守すべき法令等の把握に努めている。</p> <p>また、各協議会からのメールやインターネットで情報収集を行い、最新情報等の把握や理解に努めており、その都度、資料等のコピーを各棟に配布し職員会議や朝のミーティングで職員に周知を図っている。</p> <p>さらに、毎年、権利擁護に関する誓約書への署名捺印を職員全員に求め、玄関に掲示している。年1回、倫理綱領自己チェック・行動規範自己チェックを実施し、集計結果は権利擁護推進委員会を通して職員に周知し、利用者の権利擁護や法令遵守に向けた取り組みを行っている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
12	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、権利擁護・リスクマネジメント・感染対策・防災・サービス向上・第三者サービス評価の各委員会に出席し、現状や課題の把握に努め、改善に向けて具体的な指示や方向性を示している。</p> <p>また、毎年、職員との個人面談を行い、出された意見や提案は検討の上運営に活かすようにしている。さらに、課題を抱えている職員に対しては、随時、個人面談を実施し悩みを聞きながら指導やアドバイスをを行い、サービスの質の向上につなげている。</p>		
13	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は施設長会議などを通して法人本部と情報を共有し、経営の改善や業務の実効性の向上に向けた取り組みを行っている。職員会議や各種委員会で、経営改善のための取り組みの方向性を示し、具体的な指示を行っている。</p> <p>また、空床期間の短縮のため入所予定者へ入所案内を早期に進める指示や重度障害者支援加算対象者の退去で加算が取れなくなった時には、リハビリテーション加算の取得を進めるなど収入確保に努めている。さらに、強度行動障害加算など新たな加算取得を目指して条件</p>		

整備(職員の資格要件)を進めるなど指導力を発揮している。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制を整備している。		
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を確立し、取組を実施している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画は、中・長期計画のなかで示している。職員の採用は、法人本部で一括して実施しているが、定年退職者や中途退職者、再任用者等を加味して毎年、職種毎の募集人員を決定している。施設では法人本部との人事ヒアリングで必要な福祉人材の要求を行い、要望どおりの配置を受けている。職員募集はホームページへの掲載や福祉系大学・地域の高校への学校訪問で行い、募集した福祉人材の採用ができています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人事業管理部で「期待する職員像」を明文化しており、各施設ではそれを掲示している。また法人の初任研修や初級研修でも周知を図っている。人事基準は、管理規則・人事考課要領・キャリアパス設置要領に定められている。職員の人事考課は、第一次評価者は係長、第二次評価者は管理者、最終評価者が事務局長と定められており評価基準に従い複数の評価者による客観的な人事考課が行われており、評価結果は賞与に反映している。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月、職員の超過勤務時間数や休暇取得日数を集計し、職員の就業状況を把握している。毎週水曜日と第2・第4金曜日をノー残業デーとして定時に退勤する習慣づけを図っており、超過勤務の要因として記録に時間を要していることから、記録が勤務時間内に終わるよう業務改善に取り組んでいる。</p> <p>また、職員がお互いに良いところを見つけカードに記入し張り出す「グッドジョブ」パネルの設置、棟を超えて少人数の職員で権利擁護等の話し合いを行う「ワールドカフェ」などを実施し、風通しのよい職場づくりに努めている。職場におけるハラスメントの防止に関する規程を定め、棟ごとに男女2名の職員を相談員として配置しハラスメント防止に努めている。</p> <p>さらに、法人が外部委託している事業団相談室「なごむ」を設け、職員が相談しやすい体制づくりがなされている。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課表は、独自の目標管理シートを用いて、毎年5月に、職員は上司と面談し話し合</p>		

<p>い目指すべき年度目標を設定している。年度の中間に職員が自己評価を行い、具体的な成果や課題、反省点を人事考課表にまとめて提出し、それを基に上司が達成状況を確認し、面談を通じて目標達成に向けた助言をしている。年度末にも、一次評価者の係長、二次評価者の管理者が達成状況を確認・評価を行うとともに助言や励ましを通じて職員一人一人の育成を図っている。</p>		
18	<p>Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人本部で職員研修方針に基づき法人の階層別・専門研修の年間計画を立てている。施設では、法人の年間計画やキャリアパス制度に基づき、施設研修計画を作成し教育・研修を行っている。</p> <p>なお、職員は研修の復命書に自己評価を記入し研修委員が自己評価を集計して確認している。しかし、法人や施設内部研修以外の外部研修に関しては、次年度の研修計画の作成に自己評価結果が活かされていない。今後、効果的な研修を進めるうえでも評価を次年度の計画の見直しに活かしていくことが望まれる。</p>		
19	<p>Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員育成方針に基づき、職員のキャリア形成に必要な知識や技術を学ぶための研修機会(階層別研修・現任専門研修・特別研修・施設専門研修など)を確保し研修を実施している。一人一人の研修参加状況は個々の研修履歴カードで管理している。新任職員には、エルダー制度を採り入れ先輩職員が指導者となりOJTで育成している。</p> <p>また、新任職員以外の職員には、各棟の係長が職員の経験や技術水準に応じたOJTを行っている。自己啓発型研修については施設に届く様々な研修案内を回覧して推奨し、職員からの申し出を受け参加できるよう勤務調整などの配慮を行っている。</p>		
<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・育成を適切に行っている。</p>		
20	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生の受入れは法人本部で行っており、実習生の専門性や希望に応じて実習先の施設を決定している。実習生等受入れ要領に受入れの連絡窓口やオリエンテーションなどを定め受入れ体制を整備しているが、この2年間はコロナ禍のため受入れていない。施設における実習育成プログラムは、その都度、学校側のプログラムをもとに調整の上作成している。施設には実習指導者が2名いるが、研修は実施していない。</p> <p>なお、実習生等受入れ要領を定めているが、受入れに関する基本姿勢が明文化されていないため、明文化が望まれる。また、受入れ担当職員を実習指導者養成研修に参加させ指導者として育成することが望まれる。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組を行っている。</p>		

21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページにより、法人や施設の理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、予算決算等を公開している。</p> <p>また、第三者評価の受審結果、苦情相談の体制や内容もホームページで開示している。施設の広報誌「きびたき」は地元自治体や行政支所のカウンターに置いて住民等が自由に持ち帰ることができるようにしている。</p> <p>さらに、施設周辺の2つの行政地区の住民には広報誌を回覧している。法人では年1回地域との懇談会を開催し、地域の区長や家族会会長等を招き、法人や施設の存在意義や役割についての理解を図っている。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事務、経理や取引等に関するルールは経理規程に定めており職員に周知している。施設では年1回、法人事務局による内部監査(総務・経理・サービス面)を受けている。</p> <p>また、毎年法人監事による監査があり、さらに公認会計士による外部監査を受け、助言や指導を活かして透明性の高い経営や運営に取り組んでいる。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画のなかで、地域との関わり方について明示している。買い物や理髪等の外出時に、有料の移送業者や介護タクシーを使用している利用者があるため、管内の業者名・電話番号を記載した用紙を廊下に掲示している。</p> <p>また、利用者が移送業者に依頼する場合、契約書の代筆、スケジュールや留意事項のメモ作成などの支援を実施している。</p> <p>なお、地域の社会資源の情報を収集しているが、職員や利用者への周知が行われていないため、利用者が活用できるように社会資源等の情報の周知が望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れに関する登録手続き等は、法人の実習生等受入れ要領に明記している。</p> <p>また、事前打合せ等については「ボランティア心得」に記載し、実施している。ボランティア受入れに当たっては、利用者には事前に口頭で説明し、当日紹介してお互い顔見知りになれるようにしている。</p> <p>さらに、村内の小中学校の体験学習等の受入れを行っている。</p>		

<p>なお、ボランティアや小中学校の体験学習の受入れについて、受入れ要領の中に受入れに関する基本姿勢が示されていないので、明文化が望まれる。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。</p>		
25	<p>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を適切に行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>社会資源については、法人の基幹相談支援センターがリストアップした関係機関や村のガイドブックを活用している。関係機関がかかわる地域自立支援協議会には法人の相談支援センターが出席しており、そこから間接的に情報を得ている。</p> <p>そのため、施設での取り組みは、利用者の手続きなど必要がある時に個々の関係機関と関わる対応にとどまり、地域の機関とネットワークまでは築けていない。今後、施設として業務の中で把握できた機関も社会資源リストに加えるとともに、法人の経営理念「事業団だからこそ挑戦しなければならないことの実践」を進めるためにも、利用者のニーズを直接把握できる施設として地域移行やアフターケアを行う上で不足している必要な社会資源を発掘し、ネットワーク化等への取り組みに期待したい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地域の福祉ニーズは、法人の基幹相談支援センターを通して把握に努めている。</p> <p>また、法人において、毎年、地域の区長や家族代表と「地域との懇談会」を開催し地域の福祉ニーズの把握を行っている。</p> <p>なお、地域の福祉ニーズの把握は限られており、地域の民生委員や行政機関、地域の当事者団体などと具体的に交流を持ちながら地域の具体的な福祉ニーズの把握に向けた取り組みが望まれる。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として、「地域福祉支援プロジェクトチーム派遣事業実施要領」を定めている。それに基づき、介護福祉士・栄養士・理学療法士などの職員を地域の講習会講師として派遣し、専門的知識や技術を教えるなど公益的な事業を実施し、施設の職員も講師として参加している。</p> <p>また、「福島県被災地介護施設再開等支援事業」や「応援職員派遣支援事業」に登録し、施設職員を3か月派遣している。さらに、施設は福祉避難所の指定を受けており、地元自治体の緊急避難場所や避難所マップに掲載され地域住民に周知されている。</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

	第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「人格・人権・命を守る」を掲げた経営理念や運営方針の他、職員倫理綱領・虐待防止指針で利用者の尊重、権利擁護が重要な原則となっている。年2回倫理綱領を読み合わせする他、「倫理綱領自己チェック表」による自己評価、結果を分析し改善への取り組みを進めている。</p> <p>また、サービス向上委員会による利用者聞き取りの他、権利擁護推進委員会で利用者代表からも要望や希望を聞きとり、利用者を尊重する取り組みの徹底を図っている。「苦情解決第三者委員会」・「虐待防止委員会」においても丁寧な対応がなされるなど組織的、継続的な取り組みが行われている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護については、倫理綱領や接遇マニュアルの中で取り組みへの姿勢を示している。職員個人レベルでも「接遇マニュアル」や「職員倫理綱領自己チェック表」で振り返りを行っている。利用者個々の介護支援マニュアル(入浴・排泄・健康管理等)の手順書においてもプライバシーへの配慮が記載されている。</p> <p>また、施設は築後50年近く経過し、環境面の不十分なところを、居室(4人部屋)にプライベートカーテンを設置し個人ゾーンを設けるなど、工夫をしながらプライバシーへの尊重に努めている。</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)を適切に行っている。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>情報提供はホームページやパンフレットで行われ、基幹相談支援センターや地域の相談センターなどに置いている。利用希望者には施設での生活状況やリハビリ、日中活動の様子がわかる写真付きの読みやすいパンフレットを用意し情報提供を行っている。これまでは入所希望者に施設内見学で対応してきたが、コロナ禍で詳細な見学が難しくなり、リモートで施設内の見学ができるように工夫し対応している。</p> <p>なお、パンフレットは基幹相談支援センターなど限られたところに置かれているが、ホームページを工夫して施設での生活内容が分かる情報を提供するとともに、特別支援学校・障がい者通所事業所などにも置くなど、利用を希望する方の選択の機会を広げる取り組みが望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用開始時は、利用者と家族に重要事項説明書などでサービス内容を説明して同意をいただいている。入所のしおりは簡潔で分かりやすい表現で説明し、施設での生活状況やリハビリ、日中活動の様子がわかるよう写真を多用し視覚に訴える内容になっている。入所に当た</p>		

<p>っては、次長・サービス管理責任者・障がい特性を理解しコミュニケーションが取れる職員が対応し、利用者の意思確認を行い丁寧に進めている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの変更は、利用者や家族に重要事項説明書で変更内容を説明し同意をもらっている。地域移行は、移行のための訓練環境がある法人内のひばり寮で自立訓練を経て、地域移行を進めた例はある。出身地の施設への移行を希望する利用者には、サービス管理責任者が移行先のサービス管理責任者と連携を取り、継続したサービスが受けられるよう支援している。</p> <p>なお、入所の長期化や利用者の重度化・高齢化が進んでおり、地域移行の希望は稀なため、地域移行時の手順書等は準備されていない。他施設や地域への移行、家庭復帰の時に支援の継続性に配慮した手順書や引き継ぎ書を作成しておくことが望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会が中心となり、毎年交互に家族と利用者へ満足度に関するアンケートを実施している。希望として出された意見に応え、ドライブの内容や食事形態など改善につなげている。実現が困難な場合は説明し納得を得るようにしている。</p> <p>また、以前は利用者があったが、重度化・高齢化などにより自然消滅となっており、それに代わり権利擁護推進委員会に利用者代表が参加し、当事者として意見を反映できている。</p> <p>なお、「サービス向上委員会」にも利用者代表を加え、サービス向上に当事者の声を反映させることが望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の苦情解決実施要綱の他にきびたき寮苦情解決委員設置要綱があり、法人と施設の双方に苦情解決の仕組みが整備されている。外部の第三者委員の氏名・連絡先が大きな字で書かれたポスターを玄関に掲示し、意見箱を置くなど、利用者や家族から苦情が出やすい環境作りに取り組んでいる。</p> <p>また、利用者自身が苦情アンケートに記入することが困難な場合は、職員が代筆している。苦情の内容と対応経過、顛末が記録され、法人の苦情解決委員会に諮った苦情はホームページや広報誌で公表している。苦情とは言い難い不満や要望レベルまで対応していることが記録されており、制度が機能していることが確認できた。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の相談や意見を出しやすくする取り組みが多層的に行われ、機能している。「サービ</p>		

<p>ス向上委員」が行う、定期的な利用者の聞き取りの他、日々の生活の中でも様々な相談や要望を聞いている。個別の相談は、相談室・食堂手前の小部屋・外の喫煙場所などプライバシーを確保しつつ、臨機応変に利用者の要望や相談に応じるなど気持ちに寄り添った対応をしている。これらの相談情報は個別支援計画の共有情報として記録され、システム内で共有ができるようになっている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>相談支援の体制は、利用者の障がい特性や状況を踏まえたものとなっており、意見に迅速に対応するシステムが構築されている。利用者からの相談は、対応や顛末を含め記録され共有できている。その場で対応できるものは迅速に対応し、出来ないものは上司に報告し組織的協議・検討して対応している。</p> <p>なお、苦情相談以外の対応マニュアルは作成していないため、相談を受けた際、職員の判断や対応にばらつきが出ないよう対応マニュアルの策定が望まれる。</p>		
<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を行っている。</p>		
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を構築している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の多くは医療・介護等のケアにおいて個別的な注意や配慮、手順が必要なため、事故や感染症発生時、災害時毎に対応手順書(日中用・夜間時用)が作成される他、権利擁護(虐待防止・身体拘束の防止)、利用者毎の対応手順(排泄・入浴・清拭・医療的ケア・服薬・健康管理)が明確に示されている。</p> <p>また、これらのマニュアルはリスクマネジメント委員会で検証し見直しが行われ、事故やヒヤリハットなどについては各棟で検証し、個別支援計画の見直しが行われるなどリスクマネジメント体制が機能している。</p> <p>さらに、内部研修で職員の知識や技術を定着する他、危険予知訓練を実施し事前のリスク予知能力向上も図っている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の感染症対策委員会の他、施設感染症・保健衛生委員会があり、施設の感染症対応マニュアルを作成し職員に周知している。</p> <p>また、新型コロナウイルス感染症については、専門研修を受け、看護師から職員に専門知識とスキルの伝達が行われている。新型コロナ感染者用として居室2部屋を確保し、使い捨て防護服などを準備し、ガウンテクニックの取り扱いの実演など専門的な対応を学んでいる。</p> <p>さらに、感染症が発生した場合のゾーニング、職員数が減少したときを想定した対応マニュアル(緊急時勤務割表)を作成し、想定訓練も実施している。</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組織的に行っている。	a・b・c
<p><コメント></p>		

防災・防犯委員会を中心に毎月様々な災害を想定した避難訓練が行われ、課題への対応について話し合っている。火災や地震、水害、土砂災害毎の対応手順書(昼用・夜間用)があり、法人・施設の役割も明記している。

また、ハザードマップで予想されるダム放流に伴う水害や土砂災害時のリスクを想定した具体的な安全確保の取り組みがなされている。地元自治体・消防団とネットワーク体制が生まれ、職員の招集基準や連絡方法(一斉メール・電話連絡網)も決められ、職員に周知している。地元災害情報の入手や共有のため、村の防災情報のアプリへの登録を各職員に推奨している。災害時の事業継続のためのBCP計画については、原案作成が終わり決定の手続きが進められている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴・排泄・移乗・食事・口腔ケアなど支援内容毎に手順書があり、各職員に配布している。新人職員には先輩職員(エルダー)がついてOJTを行い、介護技術の習熟度を確認しながら標準的なサービスが身につくよう指導している。</p> <p>また、外部講師を招聘しておむつの当て方、食事のトロミのつけ方など実技も取り入れた研修も行っている。プライバシーや羞恥心への配慮もそれぞれの手順書の中に留意点として入っている。さらに、利用者毎個別の支援上の留意点を写真付きで作成し、支援方法の統一を図っている。</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を確立している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事故・ヒヤリハットがあった場合は、その都度利用者の支援方法について、各棟(男子棟・女子棟)会議で検証し、寮全体会議で防止策を検討し手順書や個別支援計画を見直している。</p> <p>また、年度末には支援方法を評価し、足りないところなど手順書の見直しをしている。</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を策定している。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントは個別支援計画策定の流れに示され、アセスメント、モニタリングから個別支援計画策定会議、支援計画の作成、同意、交付までのプロセスを示されている。</p> <p>また、法人の「サービス管理責任者業務手引き」の中で手順や対応、留意事項、時期などを示し、その中でアセスメントの方法が詳細に決められている。アセスメントは、サービス管理責任者が生活支援員・看護師・栄養士など他職種の意見をまとめ行われており、それを基にサービス管理責任者が作成した原案を、個別支援計画策定会議で利用者と各部門責任者が参加し、検討・策定している。個別支援状況は毎月記録し、新規入所利用者は3か月目、</p>		

<p>継続入所利用者は6か月目にモニタリングを実施し、利用者本人の意思やニーズの表明を大切に本人の話し言葉での記載を徹底している。</p>		
43	<p>Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は、日々の記録を担当職員が記入し、モニタリングは月次報告として1か月の記録を係長が確認し、サービス管理責任者・次長・寮長・栄養士・看護師・理学療法士が新規入所者は3か月、継続入所者は6か月毎にまとめた記録を定期的に確認し、支援計画が実践されているか確認している。モニタリング結果から個別支援計画の変更が必要な場合は、個別支援計画検討会議で支援の方向性や支援内容の修正・変更を検討している。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。</p>		
44	<p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録を適切に行い、職員間で共有化している。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>支援記録は、パソコンソフト「絆」が導入され、支援計画に沿って実践状況が記録されている。看護記録や理学療法士の記録も統合され個人ケース記録としてまとめられており、職員誰でも共有できるようになっている。</p> <p>また、記録は職員による申し送りメモ(ノート記載)・引継ぎも兼ねた個別記録の申し送り情報・ケース記録の3段階で構成しており、ノート記載以外の情報はパソコン入力し共有している。</p>		
45	<p>Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の文書管理規程・個人情報保護規程・情報公開規程により管理している。次長が責任者となり、記録情報は鍵付きロッカー及び書庫で適切に管理している。</p> <p>また、情報公開手続き・保存年限・廃棄・処分などが定められている。パソコンは各棟でIDとパスワードが設定されており、外部へのUSBメモリーなどでの持ち出しは禁じられており、クラウドに情報保存が行われている。情報は法人本部で一元管理され、パソコンの外部ネットワークへの接続は限定的な使用にのみ限られている。</p>		

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（19項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援会議にはなるべく利用者に参加してもらい、その場でも意向を確認している。嗜好品や趣味活動は利用者の希望を取り入れて行っている。希望する活動については、参加できるよう環境を整える他、意思疎通が難しい方には選択肢を示すなど、本人の意思で選んでもらうように努め、利用者のストレスを引き出すようなサポートをしている。</p> <p>また、就寝時間やテレビなどの視聴時間、喫煙など他利用者の迷惑にならない限り、生活日課も利用者の自主管理に任せ、柔軟に対応している。さらに、権利擁護推進委員会を中心に毎月要望などについて聞き取りを行うなど、意見を表出できる環境づくりに努めている。</p>		

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。	①・-・c
<p><コメント></p> <p>職員倫理綱領・虐待防止指針・身体拘束等適正化指針等があり利用者の人権を尊重する姿勢が示され、研修などを通じて職員へ周知徹底している。権利擁護推進委員会・身体拘束適正化委員会で定期的に利用者の声を聴き、出された意見をもとに検討を行い、改善に向けて具体的に取り組んでいる。例えば、言葉遣いや挨拶などについては、対応方法を職員間で統一し、利用者に改善されたか確認するなど取り組みの徹底を図っている。</p> <p>また、権利侵害の予防や早期の発見のために、倫理綱領や職員行動規範について自己チェックを定期的に行い、委員会で集計・分析し課題を検討して改善に努めるなど、権利擁護の仕組みが確立している。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		

A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者本人から日々の生活場面や定期的なアセスメントで、生活への希望を把握するようにしている。言語化できない利用者に写真やイラストなどを入れて情報を示すなど、利用者が選択できるような対応に努めている。支援マニュアルで自立支援を支援の基本に掲げており、利用者が出来ることは見守りなど安全確保に努めながらやっていただき、できないことは支援することを実践している。</p> <p>また、利用者に預金残額を伝えており、介護タクシーを利用した外出や希望する洋服、趣向品やウォークマン、ブルーレイなどを職員が代理購入(コロナ禍で外出制限のため)をするなど、利用者が自分の意思で選択したことを行えるよう側面から支援を行っている。</p>		
A④	A-2-(1)-② 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>トーキングエイド・絵カード・画像などをコミュニケーション手段として使い、意思疎通に努めている。アセスメント表に利用者ごとのコミュニケーション手段を記載し、職員間で共有し利用者との意思疎通に困らないように努めている。</p> <p>また、代弁者には利用者との相性も考慮した職員を当てる他、看護師・理学療法士・事務職員の知恵も借り理解に努めている。</p> <p>さらに、利用者の特有の言葉や身振りなども情報収集し、思いをくみ取れるよう努めている。職員が把握した利用者情報は介護ソフト絆の中で共有が可能となっており、支援に活かしている。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>権利擁護委員会で定期的に利用者からの聞き取りを行っている。</p> <p>また、相談室・集会室・食堂等においてプライバシーに配慮しながら随時相談できる環境にあり、身の回りや将来のこと、家族との関係に関すること等の相談に応じている。把握した要望や相談事項は、検討が必要な相談に対しては、権利擁護推進委員会の中で検討し個別支援計画の修正や支援方法の変更、家族との調整などにつなげている。なお、迅速な対応が必要な場合には、管理職まで上げて対応を検討している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に日中活動について支援内容を記載しており、それに基づく支援を行っている。オセロや将棋、プラモデル作成、園芸、茶話会、玉入れなどの趣味や利用者同士の交流、体を動かし集団で楽しむスポーツ活動等プログラムを用意し、利用者は自由に選択し参加できるようになっている。</p> <p>なお、コロナ禍のため従来楽しんでいたドライブやコンサート等外出を伴う活動は制限を受けている。コロナ禍であっても予防に努め、利用者が楽しんで参加出来る外出プログラムの発掘が望まれる。</p>		

A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>障がい特性や介護技術について、外部・法人・施設内の研修があり、職員は専門知識や技術を学んでおり、利用者の障がい特性への理解や専門的な介助技術の習得に努めている。</p> <p>また、利用者毎にサービスマニュアルを作成し、障がい特性・支援上の留意事項・写真付きの注意点などを分かりやすく記載しており、職員間で共有して支援が行われている。サービスマニュアルは看護師や理学療法士も入り毎年見直しを行う他、ヒヤリハットが起きた時には随時見直しを行い、留意点として加筆・修正を行い支援に活かしている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(2) 日常的な生活支援		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>食事提供委員会は利用者もメンバーとして入っており、意見を聞いている。利用者の嫌いなメニューには別のものを提供するなど個別の対応をしている。週1回の選択食、月1回の出前食(寿司・天丼・うな丼)、おやつに希望した果物などを提供する等、楽しく美味しく食べる工夫をしている。入浴は週2回を基本に体調によって清拭対応となっており、シャンプー・リンスは利用者によっては好みのものを購入している。排泄はトイレでの自立排泄に努める他、利用者にあった排泄用品を選択している。なお、入浴・排泄介助マニュアルがあり、心身の状況に合わせた支援をしている。移乗支援は、利用者毎に作成している支援マニュアルに沿って、安全性へ配慮しながら利用者の自立度に応じた個別支援が行われている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(3) 生活環境		
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を確保している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身状況に合わせ、サイドレール・クッション・エアーマット・センサーマット等で安全性や快適性に配慮した工夫をしている。居室は原則4人部屋。カーテンで仕切り、プライバシーの確保に努めている。テレビや衣装ケース、ラジオの他、写真やイラストなどを掲示するコーナーもありくつろぎの場となっている。</p> <p>なお、建物は建設後50年近く経過し、様々な工夫をして居心地よく過ごせるよう取り組んでいるが、プライバシー面では他者を意識した生活にならざるを得ないため、簡易な仕切りなどで個室感を出すなど更なる工夫が望まれる。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行	a・b・c

	っている。	
<p><コメント></p> <p>定期的にモニタリングや心身状況のアセスメントを行う他、診療所の医師の助言も受けて訓練計画を策定し、それに基づいて機能訓練を実施している。利用者が自主的に訓練室にきてリハビリを受ける様子が確認できた。利用者の状況によってはベッドサイドでの訓練も行っている。</p> <p>また、生活動作を出来る限り本人にやっていただき、職員は見守ることで生活動作の自立の継続につなげている。訓練計画は3か月ごと評価・見直しを行っている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴や排泄、生活場面での観察、看護師によるバイタルチェック、定期的な診察結果など健康管理台帳とケース記録双方に記録し、ネットワークを通じて各部署で情報共有を行っている。緊急時対応マニュアルと急変時の対応手順があり、職員に周知するとともに体調変化時の対応について内部研修を行っている。昼間帯に限らず夜間時も看護師・診療所医師の指示が受けられるようになっている。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援を適切な手順と安全管理体制のもとに提供している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>経管栄養手順書・服薬管理マニュアルなどがあり、安全管理体制が整えられている。医療的ケアを要する利用者も多く、痰吸引・経管栄養・誤嚥時の対応など専門的・技術的な研修を受けるなど、医療的ケアについて職員の対応能力や技術の取得に向けた取り組みが行われている。</p> <p>また、感染症・保健委員会を中心にマニュアルの見直しと職場内研修が行われている。投薬は2人体制で確認しながら実施する他、夜勤明け職員でなく早番勤務者が対応するなど誤薬防止に努めている。さらに、入所時にアレルギー検査を行い、アレルギーを持つ利用者には別メニューで対応している。慢性疾患のある利用者は、診療所医師・看護師・栄養士による対応が行われ、健康管理や塩分・脂肪制限食の提供等医療的ケアに努めている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 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。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>社会参加については、コロナ禍前にコンサートや地域の行事などの情報を提供し、介護タクシーを使って参加する利用者もあり、移送業者との契約や手配を支援していた。外泊なども家族との調整を行い実施出来ていたが現在は制限を受けている。</p>		

また、家族会も年3回行われ、利用者と交流も出来ていたが中止となっている。
 なお、コロナ禍で外出や外部からの訪問が制限されているが、利用者の意向を聞き取りながら学習や社会参加ができる条件整備を図るなど、参加に向けた取り組みや工夫が望まれる。

		第三者評価結果
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	A-2-(7)-① 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントなどで、利用者の意向を確認し地域移行のニーズを把握している。地域移行の希望が出た場合は生活訓練の環境がある法人内のひばり寮で、自立生活訓練を受けて地域移行した例も出ている。</p> <p>また、出身地の施設に移行する希望もあり、サービス管理責任者が移行先のサービス管理責任者、家族と調整し、移行に向けた取り組みを進めている。</p> <p>なお、現実には、入所の長期化、利用者の重度化・高齢化が進んでおり、地域移行を希望する利用者は少ない。利用者に地域移行に関する具体的な情報や地域生活の体験などを通じて興味や意欲を引き出すほか、行政や関係機関と連携して利用者が安心して地域移行できる環境の整備などに取り組むことに期待したい。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍にあり、感染防止の観点から家族会や家族と利用者との交流機会が制限を受け中止している。</p> <p>また、以前実施できていた外泊も中止している。家族と利用者の会いたい気持ちをつなぐため毎月「家族通信」を発行し、その中に本人の写真や様子、支援状況を入れて郵送している。面会は窓越しやオンラインで実施し、電話で交流することも行っている。</p> <p>なお、コロナ禍であっても感染の状況や環境面での工夫を行い、利用者と家族が交流できる機会を増やす努力が望まれる。</p>		

A-3 発達支援

【障がい児支援（障害児入所支援、障害児通所支援）の評価において適用】

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A16	A-3-(1)-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

A-4 就労支援

【就労支援（就労移行支援、就労継続支援 等）の評価において適用】

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A⑱	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A⑲	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		