

(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：かたくり	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：施設長 中村 明	定員・利用人数：定員 40 名 利用人数 40 名	
所在地：〒028-5133 岩手県二戸郡一戸町中山字軽井沢 139-1		
TEL：0195-35-2295	ホームページ： http://www.iwate-fukushi.or.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 19 年 4 月 1 日		
経営法人・設置主体：社会福祉法人岩手県社会福祉事業団 理事長 佐々木 信		
職員数	常勤職員： 26 名	非常勤職員： 0 名
専門職員 施設・設備 の概要	施設長 1 名	
	サービス管理責任者 2 名 (生活支援員兼務)	
	業務係長 1 名 (生活支援員兼務)	
	寮棟主任 2 名 (生活支援員兼務)	
	生活支援員 25 名 (兼務含む)	
	(介護福祉士 7 名)	
	(社会福祉士 2 名)	
	(精神保健福祉士 1 名)	
	(居室名・定員:18 室：39 名)	(設備等)
職員数 専門職員 施設・設備 の概要	すぎ 2 名 まつ 2 名 かし 2 名	暖房機：ベッド等
	かき 1 名 にれ 1 名 もみ 3 名	暖房機：ベッド等
	とち 4 名 つが 1 名 くり 4 名	暖房機：ベッド等
	らん 2 名 はぎ 2 名 うめ 2 名	暖房機：ベッド等
	ゆり 1 名 もも 1 名 ふじ 2 名	暖房機：ベッド等
	ばら 3 名 けし 2 名 かな 4 名	暖房機：ベッド等

③ 理念・基本方針

<経営理念>

利用者の人権を尊重し、生きがいを持って、生活できるよう良質かつ適切なサービスを提供することを基本として運営にあたります。

また、地域の関係機関、団体との緊密な連携のもとで、一人ひとりのニーズに対応した専門的福祉サービスを提供します。

<経営方針>

利用者の人権を尊重し、利用者が安全な環境のもとで健康で安心して生活できるよう、継続的な

生活支援や健康管理に努めるとともに、利用者一人ひとりの想いに寄り添い、利用者主体の良質かつ適切なサービスの提供に努めます。

また、中山の園各事業所との連携により、経営課題の共有化を図るとともに、中長期経営実施計画に基づき、計画的に業務を遂行し自律（立）的施設経営の推進に努めます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

1 安心・安全なサービスの提供

利用者の高齢化や身体機能の低下による骨折や転倒のリスクが高まってきていることから、リスクマネジメントに関する研修会の実施、危険予知訓練などを取組む。

2 虐待防止の徹底と障害者差別解消法の推進

人権侵害自己チェックを毎月実施する。また、研修会を通して、理解と意識定着に取り組む。

3 地域公益活動の促進

地域住民を対象とした介護にかかわる研修会を通して、地域交流や福祉人材につながるボランティアの開拓につなげる。

4 職員満足度の向上

面談等を行い、ワークライフバランスの推進を図る。また、自己チェック表を活用し、フィードバックすることで、やりがいや充実感を感じながら働ける職場作りを目指す。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5 月 24 日（契約日） ～令和元年 12 月 2 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3 回（平成 28 年度）

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

利用者の半数が 60 歳以上である。70 歳以上の利用者が 7 名（全体の 17.5%）と利用者の高齢化が進んでいる。そのため、施設全体の課題として転倒リスク、誤薬リスクを強く意識した改善活動を行っている。3 名のリスクマネージャーを配置（1 名はゼネラルマネージャー）する組織体制であり、リスクマネジメント委員会は年 4 回開催しマニュアルを見直すなどの活動を行っている。転倒リスクの軽減策では床材をクッション性能の高い床材に張り替えるなどの対応を行った。服薬チェックの取組は、朝昼夕の与薬実施者、薬包廃棄者、仕分職員、チェック職員を記載することとし、処方の変更・追加、臨時薬情報を共有し、薬を投与する際は、声出し確認をルール化している。

◇ 改善が求められる点

定期的な個別支援計画の評価・見直し

個別支援計画の実施状況を 6 か月ごとにモニタリング記録表を用いて 4 段階にサービス提供状況を検証し、利用者の意向や家族の確認をもって個別支援計画の評価、見直しを行っている。計画の変更、見直しの内容は職員会議等で周知、共有している。詳細な支援方法を設定した個別支援マニュアルは職員の検討を経て毎年更新されている。個別支援マニュアルの更新に際して

はモニタリングの検討を経て実質的な再アセスメントが行われている。個別支援マニュアルは個別支援計画作成マニュアルに位置づけがないが、今後、個別支援計画と個別支援マニュアルの一貫性のある評価・見直しに関して検討の余地がある。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(1) 施設のコメント

福祉サービス第三者評価の受審は今回が4回目でした。

かたくり利用者の平均年齢は60歳を超え高齢化、重度化が進行しています。その中で、かたくりが実施している、リスクマネジメントの取り組みについて評価をいただきました。

今後につきましても、気を引き締めて取り組んでいきたいと考えています。

また、今回の評価の中でご指摘いただいた点については、協議を行ない改善に努めて参りたいと考えています。

(2) 法人本部コメント

当法人では、社会福祉法人制度改革への対応等、近年の更なる情勢の変化に応じるため、平成30年度に中長期経営基本計画【中間見直し改訂版】の一部修正版を作成するとともに、令和3年度以降の次期中長期経営基本計画策定を見据え、経営の安定・強化と人材育成・働きがいのある職場づくりに努めているところです。

今年度、当法人では2つの障害者支援施設と医療型障害児入所施設、児童養護施設の計4施設が福祉サービス第三者評価を受審し、安心・安全なサービスの提供を目的としたリスクマネジメントの仕組や仕組みについて高い評価をいただきました。今後も利用者の怪我等の未然防止のため、危険予知訓練等の取り組みを継続し、より利用者へ安心・安全なサービス提供の実現に努めてまいります。

一方、働き方改革に係るものとして、職員の欠員状態の長期化、事業数の増から、職員の有給休暇の取得が懸念される等、働きやすい職場づくりを求めるご意見もいただきました。

当法人では、利用者へのより良いサービスの提供、地域における公益的な取り組みを実施する責務を果たすため、より一層地域福祉の向上に向けた活動を積極的に進めるとともに、業務の効率化、ワークライフバランスの推進強化等により、職員の確保と定着及び育成を図ってまいります。

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【かたくり】

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>理念・基本方針は、法人の中長期計画、事業計画、パンフレット等の各種文書や広報誌・ホームページの広報媒体に記載され、内外への周知に努めている。施設では、施設運営計画の冒頭に理念・基本方針を掲載するとともに、法人理念を踏まえ施設の役割・利用者支援の意識化を図るために「かたくり経営理念」を独自に明文化している。職員への周知は、職員会議、施設内研修等を通して継続的に説明と研鑽を進め、職員満足度調査(年1回)にて個別の周知・理解の状況を把握する取組を行っている。利用者・家族に対しては、利用者の「みんなの会」(月例)、家族会総会での説明や施設内の掲示、施設だよりやホームページ等により周知に努めている。</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。	a
<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的確に把握・分析されている。</p> <p>社会福祉事業全体の動向については、法人の中長期経営基本計画(平成31年3月、一部修正版)において国・県の福祉行政の動向を把握・分析するとともに、法人経営並びに各施設・事業所の現状と課題を詳細に検討し明文化している。施設では、これを受けて、施設運営や福祉実践の課題を抽出し、「後期実施計画」(平成28年～32年度)に反映し「5年後のありたい姿」を導き出している。施設の経営状況については、法人本部の経営企画室、経営会議の下、定期的な「経営分析結果報告書」作成の取組を通して把握し、組織内での共有化に努めている。地域の動向やニーズ等の把握については、中山の園相談事業所や二戸地域自立支援協議会等との連携・参画により継続的に取り組んでいる。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p>評価者コメント3</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>中長期経営基本計画の現状分析に基づき、中山の園グループでは、「中山の園基本構想(中長期ビジョン)」を策定し、設立から40年を経て直面している経営課題や問題点(利用者の高齢化、障がいの重度化、支援サービスの質的变化、医療連携、福祉人材の確保・育成・専門性の向上、施設の老朽改築等)を明らかにしている。さらに、毎年度の決算を基に、「経営分析結果報告書」の作成に取り組み、①収支決算、②経営指標(利用率等)、③年度の経営の現状(収益の傾向・変化、費用の傾向・変化、サービスの向上、事務効率化等)の分析を行い、これを踏まえて、④「自律(自立)経営による持続可能なサービスの提供」実現のための具体的な方策(次年度、中長期)について検討している。この報告書は、法人の経営改善検討委員会、施設の職員会議での説明・協議を経て中長期計画(後期実施計画)の見直しや単年度事業計画に反映する仕組みとし、具体的な取組が進められている。</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。	a
<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・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>法人は平成24年3月、事業団のあるべき将来像＝「自律(自立)経営による持続可能なサービス提供の実現」を目指す中長期経営基本計画(平成23～32年度)を策定し、4つの重点課題を基に前期(5年)、後期(5年)の具体的実施計画により、法人及び各施設の事業を推進する仕組みを構築している。現在は、平成27年度の「中間見直し版」を経て、社会福祉法人制度改革や次期計画(令和3年度～)を見据えて「一部修正版」を策定(平成31年3月)し、各施設・事業所の後期実施計画を具体化している。施設では、後期実施計画「中間見直し版」において、「5年後のありたい姿」を目標に掲げ、4つの重点課題ごとに具体的な実践項目を明示し、それぞれの実施状況の評価等を行える内容となっている。</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。	a
<p>評価者コメント5</p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。</p> <p>施設の単年度計画は、中長期計画に基づき後期実施計画の目標<5年後のありたい姿>「…重度知的障がい者、触法障がい者、精神疾患を有する方々のニーズに対応できる専門的知識、支援スキルを持ち、利用者・家族の満足度を高めていく実践を常に意識した施設運営とする」を掲げ、各年度の実施計画を明記している。また、単年度の施設運営計画書に当該年度の経営方針、重点項目、実施計画、事業推進のための体制と諸計画等を示し、実行可能な内容・仕組みを整備している。事業の進捗状況の定期的な評価・見直しは、プロセスマネジメントの手法により継続的に取り組んでいる。</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。	a
<p>評価者コメント6</p> <p>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。</p> <p>事業計画の策定・実施状況の評価等は、法人の定めるプロセスマネジメントの仕組みの下、取り組まれている。施設においては、中長期計画の後期実施(5か年)計画に基づく当該年度の進捗状況管理(事業目標と取組内容、取組の結果、進捗度評価、次期への課題等)を四半期ごとに実施している。また、年度末には各種委員会、寮棟会議、業務調整会議等における検討を経て、臨時職員会議において年度の事業総括と、次年度に向けての意見集約を行い、事業計画の策定に反映するよう取り組んでいる。職員への周知については、職員会議における報告・説明はじめ各種会議・委員会への参画、中山の園グループ経営分析学習会等を通して、理解を促すための取組を行っている。</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。	a
<p>評価者コメント7</p> <p>事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。</p> <p>利用者へは「みんなの会」(毎月1回開催)において施設長から説明するとともに、運営方針・事業の重点目標、行事計画等について、イラスト・写真を入れて見やすく工夫し、食堂や寮棟に掲示し周知に努めている。さらに、毎日開催する「朝のつどい」「夕のつどい」の機会に、今日の予定、明日の予定等を説明し、利用者の声(疑問や要望)に応えるよう取り組んでいる。家族(保護者)へは「家族会総会」にて施設運営計画書を配付・説明し、欠席された保護者に対しては総会報告文書を送付し周知に努めている。また、毎月の行事実施内容や日々の生活の様子を広報紙「かたくりだより」(年4回)、「かたくりホームページ」(前年度は13回更新)に掲載する等、積極的な情報提供をすすめている。特に、ホームページを閲覧することが難しい利用者や家族のために、ホームページ掲載の写真を拡大し説明文を付して施設内に掲示する工夫をし、利用者・家族から喜ばれているとのこと。『あなたの笑顔の力になりたい』(かたくり職員キャッチフレーズ)の実践の一つとして高く評価される。</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。	a
<p>評価者コメント8</p> <p>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。</p> <p>法人は「福祉サービス第三者評価受審等要綱」を定め、「お客様(利用者)本位のサービス提供」をするために第三者評価基準ガイドラインを基にして、全職員参画による各施設・事業所のサービス改善・質の向上に取り組む仕組みを構築している。</p> <p>施設では、サービス改善委員会を核に自己評価を毎年度実施するとともに、第三者評価を3年ごとに受審している(今年度は4回目)。サービス評価は、職員全員の自己評価、利用者・家族の満足度調査を実施・集計→チーム評価→役付職員による評価→職員会議における自己評価結果報告と協議、の手順により継続的にサービス改善・質の向上に向けて取り組んでいる。</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
<p>評価者コメント9</p> <p>評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>自己評価及び第三者評価結果に基づく課題については、サービス改善委員会(第三者委員、利用者代表も参加)で協議し、「サービス改善実施計画書」(評価項目、評価結果、具体的な課題、改善計画、改善方法、期間、担当者)を策定、業務調整会議、職員会議を経て実施している。実施状況の評価については、「サービス改善実施結果(案)」にて評価を明記し、あわせて次期の改善計画へ反映する課題や見直し提案を行っている。</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		
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント10</p> <p>管理者は、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。 施設長は、施設の経営・管理に関する方針と取組について、年度初めの職員会議において施設の「運営計画書」を基に、経営理念・経営方針・事業実施計画と推進体制等について説明するとともに、業務分掌を明示し自らの役割と責任を表明している。施設長不在時における権限委任等に関しては、副担当（業務係長→寮棟主任）を以て充てることを明示している。施設長は、毎月の職員会議にて、発言要旨等を配付・説明するほか、広報紙「かたくりだより」や利用者の「みんなの会」・家族会総会において、自らの役割・責任について伝え、理解されるよう努めている。</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。	a
<p>評価者コメント11</p> <p>管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 施設長は、法令遵守に関して法人が定める諸規定をはじめコンプライアンスマニュアルや職員の基本テキスト「サービス提供の手引き(手にして未来Ⅱ)」等を活用するとともに、各種の施設長会議・研修会への出席を通して把握・理解に努めている。職員に対しては、毎月の職員会議や朝礼等で法令遵守について説明・理解を促すとともに、コンプライアンス研修を開催し講師も務めている。さらに定期的な取組として「コンプライアンス自己チェック」(年2回)、「人権侵害に関する自己チェック」(毎月)、「虐待の芽自己チェック」(毎月)を実施し、法令遵守に関する周知・理解の浸透を図るよう取り組んでいる。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント12</p> <p>管理者は、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十分な指導力を発揮している。 施設長は、中長期計画及び年次運営計画に基づく事業実施計画の進捗管理体制を構築し、定期的に評価・見直し・改善に取り組むとともに、毎年度、福祉サービスの自己評価を行い、3年ごとに第三者評価を受審する等、継続的にサービスの評価・分析を実施している。また、サービス推進の核となるサービス改善委員会をはじめ6つの委員会を組織し、施設長自身も委員の一人として参画して現場の実践状況の把握と助言・支援等に努めている。利用者・家族の満足度調査、職員提案制度、職員の人権擁護に関する自己チェック等を実施するとともに、職員面談を通して意見・ニーズの把握に取り組んでいる。職員の教育・研修は、法人の人材育成基本方針による個別人材育成計画の作成をはじめ、法人の教育研修体系により、職員の業務経験や職制・ニーズに応じた総合的な教育研修を実施している。</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。	a
<p>評価者コメント13</p> <p>管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。 施設長は、施設経営の現状分析を定期的に行い、〈収支、利用率、経営の現状と課題、経営努力、改善への方策等〉を報告書にまとめ、業務調整会議や職員会議において説明し、職員全体で効果的な事業推進を目指すために理解・意識形成に努めている。職員の主体的参画を目指す取組として法人の人材育成のための制度(教育研修、人事考課、目標管理)の具体化を進める中で、職員と上司、職員と施設長の面接を定期的に行っており、さらに職員満足度調査やメンタルヘルス調査、身上調書等により職員の意向把握を継続的に行い、人員配置や職員の働きやすい環境整備に反映するよう取組を進めている。</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、それに基づいた取組が実施されている。</p> <p>人材の確保・育成については、法人の中長期計画において、考え方や方針を確立している。組織として求める専門研修や専門資格取得者の見込・人員体制を明示して資格取得を奨励し、積極的な取組を行っている。これを受けて、施設は利用者の高齢化・重度化に対応すべく福祉サービスの質の向上に必要な人材や人員体制に関する方針を策定し、法人の定める教育研修制度、目標管理制度、人事考課制度により、福祉人材の確保・育成・定着への取組を継続的に推進している。</p> <p>職員採用活動に関しては、法人・施設全体で積極的な情報発信(ホームページでの職員募集、人材確保に特化したパンフレット作成、県内外の大学・専門学校を訪問しての就職説明会、「いわてU・ターンクラブ」への参加)を行っている。また、年2回の採用試験を実施し、新卒者・福祉経験者・他分野経験者など広く人材発掘に取り組み、さらに法人内の非正規職員等の内部登用(試験)を実施し、正職員への採用を進め、人材の確保・定着化に努めている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>評価者コメント15</p> <p>総合的な人事管理を実施している。</p> <p>法人は理念・基本方針を踏まえて「人材(人財)育成基本方針」を定め、「期待する職員像」を明確に示している。人材育成の三制度(教育研修、目標管理、人事考課)の有機的な連携を図り、各制度の具体的な取組を通して上司及び施設長による定期的面談・見直し・評価を行い、把握した職員の意向・意見も踏まえて改善方策の検討を行っている。職員処遇については、福祉・介護職員処遇改善加算の上位加算取得により、報酬等の水準維持と向上に努め、昇任昇格条件を年間勤務状況・勤務成績・昇給内申書等から明示できるようにしている。これらの取組を「個別人材育成計画」に反映させることにより、職員自ら将来を描くことができるような仕組みづくりを進めている。</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。	a
<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し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。</p> <p>職員一人ひとりから提出された身上調書を基に施設長による面接を年間2回実施し、職員の就業状況や職員個々の心身の状況把握に努め、適切な助言や、必要があれば人事配置等改善する仕組みが構築されている。また、ワークライフバランスに配慮し、年間平均1人当たり6日間の有給休暇の取得促進、会議時間やルールの設定(毎月第4火曜日 所要時間1時間以内)、自主点検表提出による労働災害防止策、法人本部にメンタルケア専門職員として保健師を配置し、メールや巡回による健康相談を実施し、メンタル面への対応がされている。さらに法人が定める休日・休暇、給与・手当等、福利厚生、安全衛生、雇用継続制度等の概要を一覧表にした「活用していますか?私達を守る制度～働き続けるために」のパンフレットを作成配付するなど、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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。	a
<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、適切に行われている。</p> <p>法人の基本方針を受けて中長期計画及び職員基本テキスト「手にして未来II」において「期待する職員像」を具体的に明示している。また、目標管理制度が整備され、毎年度一人ひとりの職員に目標の設定・達成度の確認等を行っている。職員が目指す目標設定のあり方、中間段階における振り返りと修正、最終的に目指す目標と評価が職員一人ひとりの育成につながるよう目標管理実施要綱の定めにより、定期的な上司面接、施設長面接を行い助言・支援に取り組んでいる。個別人材育成計画及び目標管理シートを機能させ、職員一人ひとりによる主体的な能力開発・専門性の向上に努めている。</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。	a
<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、教育・研修が実施されている。</p> <p>法人は、人材育成基本方針に基づく「教育研修制度」を定め、職員個々の業務経験や職制、ニーズに応じた研修体系(本部所管研修、施設所管研修、自己啓発研修)の仕組みを整備し、中期的視点に立つ人材育成を進めている。施設内の職場研修は年度ごとに運営計画に盛り込み、施設として必要な内容を精査し毎月実施している。教育、研修の機会を得た職員は、職員会議で研修報告や全職員への資料回覧も実施し、研修内容を共有している。また、教育・研修の機会は、非正規職員(地域職専門員)にも積極的に参加する機会を設けている。新採用職員(地域職専門員)には、研修マニュアルに基づきOJTを行い、成果を出している。施設独自のOJT研修計画及び施設内外の研修に当たっては、研修事前シート、結果確認シートにより研修成果の確認、助言を行っている。</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。	a
<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、適切に教育・研修が実施されている。</p> <p>法人の教育研修実施要綱に基づき、職員一人ひとりについて短期・中期の視点に立つ「個別人材育成計画」及び「職員研修履歴カード」の作成に取り組み、職員個々の経験や職務、求められる知識・技術等に応じた教育研修を組織的に実施し、個々のステップアップを目指せるような仕組みづくりを進めている。非正規職員についても一人ひとりの研修機会を保障できるよう研修の機会を積極的に設けている。中山の園グループ及び施設独自に新採用職員(地域職専門員)研修マニュアルに基づきOJTを行い、業務習熟度の高い職員を指導リーダーに配置し、相互に研修の機会となるよう工夫している。職場研修には外部講師を依頼することもあり、全職員が参加できるよう配慮している。</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>法人は実習生受入れ要綱を定め、実習生の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。施設では、中山の園グループ実習生受入れ要領及び受入れマニュアルにより、実習生受入れ態勢を整備しているが、専門職種に配慮したプログラム等、育成に向けた具体的な計画が未整備である。平成30年度の実習生受入実績によると、法人全体で199名。そのうち、中山の園グループ(5施設)で6名を受け入れており、福祉専門職を目指す次世代の福祉人材を育成する上で、法人及び各施設は一定の社会的貢献を果たしていると言える。</p> <p>今後について、法人・中山の園グループ全体で実習生の研修・育成に関する体制(プログラム策定、指導者の配置と各施設の実習生受入れ担当者との連携等)を整備し、実習生受入れがより効果的なものになるよう検討されたい。</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。	a
<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について、適切に公開している。</p> <p>法人のホームページにより、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報を公開している。「中山の園だより」及び「かたくりだより」は全家族に配付し、地域に向けては郵便局や農協等の窓口に配架し、情報公開に努めている。施設のホームページでは、施設運営方針や福祉サービス内容、行事、暮らしの様子など、障がい者福祉への理解を深めるよう発信するとともに第三者評価の受審、苦情、相談の体制や内容についても公表している。情報発信に当たっては個人情報に留意しながら適切に公開されている。</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>法人の会計規則・同施行細則の定めにより、施設の事務・経理・取引等に関するルールや職務分掌等は明確にされ、周知している。法人本部事務局の経営企画室を核に、各施設の経理・労務・業務(利用者支援、利用者の預り金管理)、予算等について適正運営を図るため、定期的なチェック、指導・援助の体制をとっている。法人監事による定期監査の実施(昨年度5回)、さらに平成29年度から導入した会計監査人による監査を実施し、社会福祉法人の事業運営の透明性と財務規律の強化に努めている。施設においては、これらの助言・指導をもとに職員会議で施設長から説明があり、職員全体で経営改善の意識を持てるよう組織で取り組んでいる。</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。	a
<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積極的に行っている。</p> <p>施設の運営計画書において「地域住民と利用者の交流促進」を掲げ、「ボランティア・地域の社会資源との交流計画」を作成し、目的(考え方)を明確にした年間実施計画に取り組んでいる。利用者のお楽しみ外出や買い物、通院等の日常的な活動をはじめ、個々の利用者のニーズに応じて職員が支援し、地域の社会資源を利用している。また、地域の商店に依頼し、「お楽しみショップ」(施設内販売店)を開く等の連携を図っているほか、利用者の理髪を地域の業者へ依頼している。地域の文化祭や農協祭り等がある際は利用者へ情報を伝え、可能な限り参加や見学を支援し、地域住民との交流に努めている。</p> <p>また、利用者と地域との交流を広げるため、広報紙やイベント情報などを地域に提示したり、交流後には広報紙やホームページで取り上げ情報発信している。</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
<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おり、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>ボランティア受入れの基本姿勢、受入れについての体制は中山の園グループ「ボランティア受入れ要領」に明示されている。「ボランティア・地域の社会資源との交流計画」に沿って一戸町社会福祉協議会と連携し、中学校や高等学校生徒の「ふれあい体験学習」を受け入れ、利用者との交流を通して福祉施設について理解を深める取組を毎年度継続している。また、地域の方々や大学生、専門学校学生を対象に受入れマニュアルも整備し、ボランティア育成に向けて、ボランティア講座や体験学習等を計画している。みんなの会や施設での日常生活において、コーラスやハンドマッサージ・神楽・大正琴・踊りなどのボランティアを受け入れ、交流している。家族会による利用者と一緒に取り組む花壇づくりは、施設的环境美化ボランティアとして評価される。</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。	a
<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、その関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <p>日常的に連携が必要な中山の園グループ事業所一覧、社会福祉関係、学校関係、行政関係、権利擁護関係、病院、サービス改善・苦情解決相談員などの一覧を整備しており、職員間でも情報を共有している。</p> <p>3か月に1回、二戸市で開催される二戸地域自立支援協議会の事務局を担当し、定期的に参加する中で地域の情報を得、必要なニーズの把握に努めている。援護の実施者との連絡会議や情報交換の内容は会議や朝礼等で職員に周知を図っている(回覧文書含む)。地域の社会資源は、写真も添えて地域エリアを利用者へも分かりやすいように壁面に掲示され、「地図で見える化」を工夫している。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p>評価者コメント26</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>法人が設置する「運営協議会」(地域・利用者又は家族・福祉関係等の代表者、20名の有識者で構成)や中山の園運営協議会はじめ二戸地域自立支援協議会等に施設長や担当職員が出席し、各地域の動向や様々な地域の福祉的ニーズや課題等の把握に努めている。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>評価者コメント27</p> <p>把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。</p> <p>運営協議会や中山の園グループ内の各施設・相談支援事業所等との連携で把握した福祉的ニーズに応じて、各施設が有するノウハウや人材を提供すべく、地域公益活動の実施について、法人中長期計画及び施設運営計画に明示している。法人レベルでは岩手県社協・社会福祉法人経営者協議会による「IWATE・あんしんサポート事業」へ参画し、県内全圏域にサポート相談員(平成31年度、13名)を配置。中山の園グループでは、在宅者等入浴サービス提供、公共施設等清掃ボランティア、エコキャップ活動、使用済切手収集、地域高齢者健康講座、救急救命講習等に取り組んでいる。施設では地域公民館への「出前講座」を企画、介護技術研修会(平成30年度)を開催。今年度は腰痛予防研修会を計画し、積極的に地域のニーズ・課題に向きあう取組を進めている。</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

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。	a
<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が明示され、組織内での共通の理解をもつための取組が行われている。</p> <p>経営理念に「人間の尊厳の保持を旨とし」と明示し、経営基本方針に「お客様本位の良質かつ適切なサービスの提供」を掲げているほか、倫理綱領で行動規範を定めている。理念・方針は中長期経営基本計画に示すとともに法人職員に共通する解説書である「手にて未来Ⅱ」には、「人権の尊重」「虐待の防止」等をはじめとする利用者支援の姿勢が説明されている。解説書は毎月の寮棟会議で読み合わせが行われている。また、虐待チェックシートを年4回実施し、利用者尊重の姿勢を点検している。</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が行われている。	b
<p>評価者コメント29 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が、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。 プライバシー保護マニュアルを平成25年4月に策定し、28年5月までに3度の見直しを行っている。入室や着替え、入浴、排せつ、通信物の開封、電話の取次ぎ、写真やビデオの取扱い、利用者心情への配慮等について、標準的な対応を定めている。また、人権侵害自己チェック、虐待の芽チェックリストを毎月実施しプライバシーに配慮した支援を点検するとともに、オムツ交換時の目隠しの使用や建具のガラスの遮光などの工夫を行っている。しかし、このマニュアルを含むプライバシー保護に関する職員への研修、浸透への取組に課題を残している。</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)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 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。 法人のパンフレットやホームページに施設概要が掲載されているほか、当施設の特徴を記したパンフレットや施設広報紙で情報提供されている。施設利用の決まりや自己負担となる日用品や衣類等についてはイラストで説明する資料を用意している。利用希望の相談は、法人が設置する相談支援事業所と連携して情報提供する仕組みとしている。見学や体験入所にも対応している。</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。	a
<p>評価者コメント31 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わかりやすく説明している。 利用開始に当たって施設が定める書類は、利用契約書、重要事項説明書、預り金等管理契約書、自己負担となる品目等を説明するイラスト資料などである。意思決定が困難な利用者については成年後見制度の利用を促す取組を進めている。現在4名が成年後見制度を利用している。契約書、重要事項説明書の言葉遣いは平易な表現とする配慮がされている。</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 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。 契約・契約解除手続き及び当日対応マニュアル、業務引継マニュアルを整備しており、最終の見直しは平成31年4月1日となっている。ここ数年、施設・事業所の変更や家庭への移行等の実績がないが、利用者の入院については支援に関する情報提供を行っている。家族の連絡先、既往歴、日常生活基本動作の支援度等を記載した支援サマリーを書面化し、支援の継続性に配慮した引継ぎを行うこととしている。また、緊急入院の際の携行品に健康ファイルを位置づけて利用者の疾病等の情報を提供している。しかし、利用者の個別支援マニュアルに記載されているような生活上の具体的支援を要約した情報提供が十分ではなく改善の余地がある。</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。	a
<p>評価者コメント33 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえ、その向上に向けた取組を行っている。 お客様本位の質の高いサービスの提供を方針とし、利用者とその家族の声を聴く取組として外部委員による聴き取りや利用者との個別面談、年2回満足度調査を行っている。また、利用者自治会の開催により利用者の希望を取りまとめている。職員は利用者を観察する中で利用者の意向を推察し、職員会議で検討している。洗浄機能付きトイレの増設など、利用者満足を図る具体例があった。</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。	a
<p>評価者コメント34 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とともに、苦情解決の仕組みが機能している。 苦情解決実施要綱及び苦情解決実施マニュアルが策定され、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が置かれ、仕組みが確立している。苦情は、受付・経過記録書に記載され、苦情対応は職員会議で共有する取組が行われている。苦情解決をテーマとした職場研修を実施している。平成30年度の苦情は1件であり、法人の事業報告書に概略を記載し公表している。苦情解決委員会は年3回開催された。</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
<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が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>毎月4～5回、何でも相談日を設けるとともに、毎週利用者から聴き取りを行う時間を設けて相談や意見を述べやすい環境を提供している。相談員は施設長や第三者委員、苦情受付担当者など5人が当たっている。相談等は受付票に記録し、対応状況は施設長をはじめとする幹部職員が確認している。担当職員は利用者から直接意見を聴くように努めており、買物や行事食の希望などを聴き取っている。苦情解決と相談の仕組みをポスター掲示している。</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、対応が十分ではない。</p> <p>意見、要望の聴取は、苦情解決の仕組みやなんでも相談を活用し、職員が利用者へ直接聴き取るなどして意見を把握している。意見要望は職員会議等で検討し対応することとしている。外出や食事に関する希望メニュー(麺類や丼物)、嗜好品の購入、室内環境の個別的な利用への対応等は組織的な対応が図られている。一方、意見や日常的な要望に応える上で判断の基準となる目安が作られていない。軽易な要望にどの程度のスピード感で応えていくのかを整理する必要がある。</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。</p> <p>利用者の半数が60歳以上である。70歳以上の利用者が7名(全体の17.5%)と利用者の高齢化が進んでいる。そのため、施設全体の課題として転倒リスク、誤薬リスクを強く意識した改善活動を行っている。3名のリスクマネージャーを配置(1名はゼネラルマネージャー)する組織体制であり、リスクマネジメント委員会は年4回開催しマニュアルを見直すなどの活動を行っている。転倒リスクの軽減策では床材をクッション性能の高い床材に張り替えるなどの対応を行った。服薬チェックの取組は、朝昼夕の与薬実施者、薬包廃棄者、仕分職員、チェック職員を記載することとし、処方の変更・追加、臨時薬情報を共有し、薬を投与する際は、声出し確認をルール化している。</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。	b
<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ているが、取組が十分ではない。</p> <p>過去の施設内インフルエンザの流行を反省材料とし、マニュアルの改正や職員研修の実施などの対策を行っている。感染症が発生した場合の対応策はA4判6ページのマニュアルにまとめるとともに、手洗い方法等の具体例は研修資料として職員に周知している。また、感染症対策委員会の活動や感染源予想マップを作成するなどのきめ細かい対策に取り組んでいる。しかし、職員やその家族が感染又はその疑いがある場合の出勤停止の判断の標準化と職員への周知が必要である。感染症発生時の湿度管理や換気回数には標準的な基準を設けているが、予防を目的とした平時の基準がないことも課題である。</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行っている。	b
<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行っているが、十分ではない。</p> <p>法人が定める災害応急対策要綱に基づき施設の防災マニュアルを定め、火災、地震、大雨・洪水、山林火災、不審者侵入を想定した職員招集の対応と連絡の仕組みを定めている。また利用者の緊急搬送等については緊急時連絡・対応マニュアルを定めている。火災と地震を想定した防災訓練を毎月実施している。施設にはスプリンクラー、火災報知器、放送設備、屋内消火栓が整備されており、食糧や飲料水の備蓄を行っている。しかし、災害によって施設建物や設備が使用できなくなる事態を想定した対策は敷地内の体育館への避難に留まっている。避難の長期化も想定した利用者の安全確保、生活の安定への備えの対策が課題である。</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。	a
<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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>法人職員全体を対象とした教育教材「手にして未来Ⅱ」が基本的なマニュアルである。施設では日常生活支援マニュアルをはじめとする31種類のマニュアルを定めて利用者への支援を標準化している。このほか、シフト勤務毎の業務手順を定めている。利用者支援に関する職員への研修や周知は、職員会議や寮棟会議、寮棟打合せ会をそれぞれ月2回以上開催して経験の浅い職員の資質向上を図っている。支援の記録は利用者ごとに、支援時刻、支援項目、支援内容、記入者が時系列に記録、集計されるシステムを導入している。</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が確立している。	a
<p>評価者コメント41 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。 利用者支援の標準的な実施方法は日常生活支援マニュアルである。マニュアルは起床から就寝までの支援を20項目余りに分類して実施方法を記述している。毎年2月から見直しに着手し4月1日に新しいマニュアルに更新する仕組みが機能している。他のマニュアルも毎年又は2年程度で見直しがされている。利用者個々の支援上の留意点は、個別支援計画や個別支援マニュアルから支援のポイントを抜き出し日常生活支援マニュアルに注意書きをして、職員間に共有する方法としている。マニュアルの検証・見直しは職員会議等で行う仕組みが機能している。</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。	a
<p>評価者コメント42 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おり、取組を行っている。 サービス管理責任者が個別支援計画作成の責任者となっている。アセスメント及び個別支援計画の策定方法は、マニュアル化されている。アセスメント項目は8領域40項目で4段階に支援レベルを評価し、支援の優先順位を判断するとともに、利用者本人と家族等から意見、要望を聞き取っている。アセスメントは入所時及び3年に1回、又は利用者に状況変化があったときに行われる。この後個別支援会議で合議を行い、日中サービス支援(生活介護)と施設入所サービス支援、帰省支援、入院支援が計画化される。サービス実施の状況は毎月個別支援計画提供管理表に取りまとめ、責任者の助言を受けた後、施設長の決裁を受けて確認する仕組みである。サービス提供の経過は6か月単位にモニタリング記録表に集約されている。また、個別支援計画と並行してアセスメント項目に基づく具体的かつ詳細な支援方法を個別支援マニュアルとして定めている。</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 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。 個別支援計画の実施状況を6か月ごとにモニタリング記録表を用いて4段階にサービス提供状況を検証し、利用者の意向や家族の確認をもって個別支援計画の評価、見直しを行っている。計画の変更、見直しの内容は職員会議等で周知、共有している。詳細な支援方法を設定した個別支援マニュアルは職員の検討を経て毎年更新されている。個別支援マニュアルの更新に際してはモニタリングの検討を経て実質的な再アセスメントが行われている。個別支援マニュアルは個別支援計画作成マニュアルに位置づけがないが、今後、個別支援計画と個別支援マニュアルの一貫性のある評価・見直しに関して検討の余地がある。</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。	a
<p>評価者コメント44 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)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。 業務日誌と利用者別支援記録がネットワークコンピュータの業務システムで統合されており、入力や閲覧の方法が標準化されている。記録の見出し項目を支援の実施項目することで、計画の実施状況を画面照会とペーパー出力ができる。支援記録の補助簿として、排便記録表(便の形状や時間を記録)や服薬チェック表が作成され、より詳細な記録となっている。支援困難や支援方法の変更、臨時の対応などは職員会議、打合せ会などで個別的な対応方法が話し合われ、支援が行われている。</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。	a
<p>評価者コメント45 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。 個別支援計画の作成は、施設のパソコンに限定するとともに利用者ごとに個別の記録媒体に保存するルールとなっている。記録媒体は施設外への持ち出しが禁じられており個人情報の流出を防いでいる。法人では個人情報の保護に関する規程を運用しているほか、法人の教育教材の「手にして未来Ⅱ」においてはSNSへの書込みの注意、個人情報の記載された書類の裁断などが記述され、職員会議等で読み合わせを通じて周知を図っている。</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。	a
<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。 なんでも相談、みんなの会や代表者会等で利用者の意思、意向等を確認し、かつ、家族等の意向も聴き取り、それを個別支援計画に反映させるとともに36項目にわたる利用者の状態別に具体的支援方法を作成し、それに基づき個別支援を行っている。表出言語のない利用者については、その行動表情から職員が読み取り、寮棟打合せ、寮棟会議等で職員間の情報交換・意見交換により、利用者の意思、希望等を推察している。人権の尊重、個別支援計画、健康管理、外出、理容・美容及び情報提供等について、利用者・家族への満足度調査を年2回実施し、効果測定をしている。なお、みんなの会は、職員と利用者とは話し合う機会として設けたものである。</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。 利用者の権利擁護については、法人の経営理念及び経営基本方針(行動指針)並びに「かたくり経営理念」に規定され、職場研修、毎月の寮棟会議及び週1回の寮棟打合せで確認の場を設けている。また、職員は、毎月「人権侵害自己チェック」を行い、その月の振り返りを行っている。身体拘束を行う場合の手順等は「身体拘束に関する取扱要領」に定められており、現に実施している4名の利用者については、毎月寮棟会議で検討・確認している。ただし、やむを得ず身体拘束の同意を得ている期間の延長が見込まれる場合は、事前説明や同意を得るタイミングに配慮が望まれる。また、身体拘束を行った際の記録は、個別記録とは別途記載する仕組みが望まれる。</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。	a
<p>評価者コメント3</p> <p>利用者の自律・自主生活のための支援を行っている。 具体的な支援は、一人ひとりについて36項目にわたる状態別にまとめた「個別支援マニュアル」を作成し、それに基づき個別支援している。「個別支援マニュアル」の作成や見直しの際は、利用者、家族との十分な話し合いを行っている。「自分でできることは自分で」を基本に支援している。成年後見人制度の活用については、施設側として制度説明や活用を勧め、現在、家族の理解を得た4名が利用中である。</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。	a
<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。 コミュニケーションが十分ではない利用者については、例えば、言葉を話せない利用者は支援者の手を引いたり、指で示したりしての意思表示をするので、それを読み取ったり、自分で意思表示ができるよう写真などを利用して本人の思いを引き出している。この支援方法は、一人ずつ個別支援マニュアルの「意思表示」「伝達理解」に記載している。コミュニケーション能力を高めるため、外に連れ出す等で環境を変え、また、様々な経験をして利用者の動きをみて思いを引き出すこと等に努めている。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援として相談等を適切に行なっている。	a
<p>評価者コメント5</p> <p>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。 毎週月曜日の16時に、「なんでも相談日」を設け、相談員も固定せず、利用者から相談を受け、相談等の内容により、必要に応じて業務調整会議で検討することになっている。毎日の朝、夕の集いの場や毎月開催する「みんなの会」・「代表者会」でも困ったことや要望を聴く機会も設けている。もちろん、日々の活動の中で、いつでも、どこでも相談等に応じることになっている。これらの相談内容は、モニタリング等で個々の支援に反映させている。なお、個々の個別支援マニュアルに「意思表示」、「伝達理解」にあるとおりの言語、ジェスチャー、手を引く等の方法により、利用者が意思表示できるよう支援を行っている。</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
<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。 本人及び家族の生活に対する意向を確認の上、日中サービス(生活介護)支援計画を立てている。歩行を主体とした健康活動、理学療法士の指導による機能訓練を行っている。レクリエーション、スポーツとして、卓球バレー、ベタンク、輪投げを行っているほか、新年会、忘年会、花見ではカラオケも楽しみとなっている。趣味で作った手芸品を地域の公民館やふくしアート展へ出展し、その鑑賞に出掛け、途中で食事を楽しむ利用者もいる。個別支援計画の見直し等と併せて、日中活動や支援内容等の検討・見直しもしている。</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。	a
<p>評価者コメント7 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 「中山の園障がい基礎知識取得研修」をはじめ、職員には、園外での研修等をできるだけ受講させることにしている。受講者は職員会議等で必ず伝講し、理解・共有を図っている。行動障害については、法人全体で時間をかけて検討したものがあり、それに基づいて対応している。新任職員については、1か月間の研修プログラムがあり、日々の利用者対応については、上司や先輩職員がその場で指導、助言を行うことにしている。車いすの使い方や移乗助介について専門職員から指導を受ける機会を設けている。</p>		
2-(2) 日常的な生活支援		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。	a
<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。 個別支援マニュアルの「食事」項目の「状態」と「具体的支援方法」に基づき、利用者ごとに支援に当たっている。利用者ごとに嗜好カルテを作成し、利用者の食事アンケート調査を行い、それを反映した食事指示箋により提供している。また、給食委員会を定期的に開催し、給食全般について協議の上、利用者の嗜好に沿った美味しい食事を提供することに努めている。入浴支援については、利用者の身体機能に合わせ、リフト浴槽も使用する等、安全に入浴できるよう配慮している。排泄支援及び移動・移乗支援については、個別支援マニュアルの「排尿」「排便」「姿勢・移動」項目の具体的支援方法に基づき支援している。</p>		
2-(3) 生活環境		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。	a
<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。 生活環境整備改善委員会が年度ごとに取組のテーマを決めている。例えば職員が施設内の修繕を要する箇所を発見した場合は、すぐ修繕し、その結果を、改善前と改善後という形で掲示し、生活環境改善を行ったことを公表している。以前、トイレの臭気が課題となったが、現在は、1日3回掃除をして、しかも決められた職員ではなく気が付いた職員が自主的に行うことにしている。一人で過ごしたい利用者には、静養室を開放している。安全点検表により、移動用具、居室環境、諸設備(浴室、トイレ、洗面所、デイルーム、食堂、出入り口・非常口)の点検を毎月行い、不具合があれば、すぐ修繕を行うことにしている。</p>		
2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
A⑩	A-2-(4)-① 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
<p>評価者コメント10 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。 機能訓練については、利用者個々に県立療育センターの理学療法士の助言・指導を受けて、機能低下しないよう機能維持を図ることを目標に日中活動に組み入れている。外出、買物、マナー等を個別支援マニュアルにより支援をしているが、生活訓練として必要な利用者について、計画的に実施していくことが望まれる。</p>		
2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント11 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。 利用者プロフィール及び支援サマリーに通院状況、現在処方中の薬、健康面の生活歴、ADL等の医療に関する基礎情報を備えている。検温・排泄確認を毎日行い、健康チェックカードに記入。利用者の状況に応じて血圧、酸素飽和濃度を毎日測定し、報告している。1年間の身体測定、検診・検査の状況、月別の診療状況をまとめて一葉にしている。入浴の際には各利用者の身体の状態を入念にチェックし、身体の変化等の早期発見に努めている。平日の朝と金曜日の夕方に、看護師が巡回する際に、健康チェックカードに添って報告し、情報を共有している。利用者の体調変化等があった場合は、「緊急時連絡・対応マニュアル」に沿って、家族や関係機関に連絡・対応することを決めている。</p>		

A ¹²	A-2-(5)-② 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。	a
<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。 毎週水曜日は一戸病院精神科医師、金曜日は一戸病院内科医師、火曜日と木曜日は医大の歯科医師が来園し、電子カルテの利用等で、個別に通院しなくても診察を受けられる体制が作られている。内服薬、外用薬等の扱いについては、「薬物管理及び与薬・誤与薬対応マニュアル」に沿って管理、対応をしている。特に、服薬前に複数の職員が氏名等を声に出して読み上げながら確認することは定着している。平日の朝と金曜日の夕方の看護師の巡回の際に医療的対応が必要な利用者はその都度助言・指導を受け、対応している。 なお、医療的ケアの必要な利用者はいない。</p>		
2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
A ¹³	A-2-(6)-① 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。	a
<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。 選挙の際には、選挙権行使マニュアルに基づいて、二人の職員が利用者本人から投票の意思を確認の上、「投票意思確認書」に記載し、意思確認できた利用者の要請により付添い支援(送迎)を行った。家族の都合で長く自宅に帰ることのできない利用者の希望を聴き、付添いの上、利用者の出身地域や家庭を訪問する「ふるさと訪問」も実施している。利用者が、他の事業所に送迎付きで通所し、調理実習や作品制作等を行うことで、施設外の人とのコミュニケーションをとることを支援している。また、利用者が趣味で作った作品を展示会へ出品し、見学をして創作力を高めるようにしている。合わせて買い物支援も行っている。</p>		
2-(7) 地域生活への移行等		第三者評価結果
A ¹⁴	A-2-(7)-① 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
<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。 県の地域生活意向調査や利用者とかかわりの中で地域生活意向を確認しているが、希望者は少ない。利用者本人の意向確認が難しいこと、利用者の入所期間が長く家族が現状維持を希望していることによる。その中で、グループホームを希望している利用者はいないが、日常生活やその他の課題が影響し実現には至っていない。支援内容の確認・再検討や医療、相談支援事業所等との連携・協力の強化が望まれる。</p>		
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
A ¹⁵	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
<p>評価者コメント15</p> <p>利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 年度初めに家族会総会を開催し、月1回の面会日等の事業、施設の経営方針、権利擁護等を説明するとともに、利用者の生活状況等について定期的に報告している。家族会総会に出席できなかった家族には、総会の記録を送付している。面会日は半分程度の家族の来園であるが、利用者の様子等を伝え、利用者への支援のあり方や家族の意向等を確認したり、家族の相談にも応じる等連携・交流・相談の機会としている。来園の少ない家族へは、担当者を中心に、適宜電話で利用者の状況を伝えるとともに家族の意向等も確認している。家族支援が必要になった場合等は、毎年実施している「援護の実施者等との連絡会」にて、行政から協力を得られるようにしている。なお、利用者の急変時の家族等への報告・連絡については、「緊急時連絡・対応マニュアル」を定めて、対応している。</p>		

A-3 発達支援

3-(1) 発達支援		第三者評価結果
A ¹⁶	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じて発達支援を行っている。	評価外
<p>評価者コメント16</p>		

A-4 就労支援

4-(1) 就労支援		第三者評価結果
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重して就労支援を行っている。	評価外
評価者コメント17		
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な取組と配慮を行っている。	評価外
評価者コメント18		
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。	評価外
評価者コメント19		