

平成29年度
福祉サービス第三者評価結果
報告書

社会福祉法人 天神会
障害者支援施設
こうのしま荘

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目次

	ページ
福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン …	1
共通評価項目	
Ⅰ. 福祉サービスの基本方針と組織 ……………	5
Ⅱ. 組織の運営管理 ……………	9
Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施 ……………	19
内容評価項目 ……………	29

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者【保護者・子ども】調査 集計結果

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

名 称：障害者支援施設こうのしま荘	種別：生活介護・施設入所支援		
代表者：寺次 功	定員（利用人数）：80名		
所在地：岡山県笠岡市神島3628-3			
TEL：0865-67-6111	ホームページ： http://www.tenjinkai.org/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：1992年4月1日			
経営法人・設置主体：社会福祉法人 天神会			
職員数	常勤職員：55名 非常勤職員：6名		
専門職員	介護福祉士：30名 看護師：2名		
	看護師：6名		
	理学療法士：2名		
	社会福祉士：1名		
	管理栄養士：1名		
施設・設備の概要	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;">個室：16室 2人部屋：6室 4人部屋：16室</td> <td style="border: none;">リハビリ室：1室、相談室：3室、 医務室1室、静養室1室、洗面所：5カ所、 トイレ：7カ所、浴室：4室、 食堂・ダイニング：4カ所、 利用者貴重品ロッカー：1カ所</td> </tr> </table>	個室：16室 2人部屋：6室 4人部屋：16室	リハビリ室：1室、相談室：3室、 医務室1室、静養室1室、洗面所：5カ所、 トイレ：7カ所、浴室：4室、 食堂・ダイニング：4カ所、 利用者貴重品ロッカー：1カ所
個室：16室 2人部屋：6室 4人部屋：16室	リハビリ室：1室、相談室：3室、 医務室1室、静養室1室、洗面所：5カ所、 トイレ：7カ所、浴室：4室、 食堂・ダイニング：4カ所、 利用者貴重品ロッカー：1カ所		

③ 理念・基本方針

●基本理念

- ・われわれは、「愛と献身」を基本方針とし、利用者のこころとからだを癒し、安全で品質の高い介護サービスを提供することで地域社会に貢献する。

●経営基本方針

- ・地域の福祉ニーズを把握し、多様なニーズに合った高い介護技術を確立し、利用者への福祉サービスを提供する。
- ・法人としてリスク管理体制を確立し、安心・安全なサービス提供に努める。
- ・全職員の守るべき法令、規範、倫理を理解し、公平・公正な法人経営を行う。
- ・幅広く優秀な人材を採用し、職員の教育と資格の取得を支援することで人材育成に取り組む。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・法人は自然災害までを踏まえ、事業の継続性についてのリスクマネジメント体制の構築に取り組んでいる。これについては、リスク管理の専門家を入れて、年単位で法人全体のリスクについて学び、その体制づくりに取り組んだ。これは同時に社会福祉法人としての地域貢献にも直結する動きと言える。
- ・平成27年度より外出支援に力を入れており、外部との関わりを増やすことで、利用者自身の生活の幅が広がってきている。
- ・業務の効率化のため平成29年度よりQC活動の手法を学び、業務改善に取り入れ、実施している。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年4月25日（契約日）～ 平成30年3月30日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成25年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 利用者の苦情・意見を吸い上げる多様な機会を設け、サービス改善に向けて機能させている

施設長を苦情解決責任者とし、サービス管理責任者を苦情受付担当者とする苦情解決制度のほか、「接遇向上・虐待防止委員会」による利用者満足に関する聞き取り調査の実施、意見箱の設置、利用者懇談会や家族懇談会の開催、利用者一人ひとりの要望を受け止め支援計画に反映させるしくみとしての個別担当制の実施、サービス管理責任者による相談、看護師による施設内巡回時の声かけ、職員誰もが相談に応じる体制など、利用者からの苦情・意見を施設全体で吸い上げる体制を整備している。

受け付けた苦情・意見の詳細は、所定の書式「苦情報告書」に詳細に記録している。これは最終的に苦情解決責任者（施設長）のもとに集約され、分析を行うなど、施設長を軸に苦情・意見を吸い上げるしくみが機能している。

これら意見・苦情の内容は「接遇向上・虐待防止委員会」などの場で検討され、日中活動を工夫して利用者の外出の機会を増やす取り組み、食堂の環境設定の改善、職員の接遇研修強化などのサービスの改善に活かしている。

◇特に改善を求められる点

1. 障害をもつ人の権利と権利侵害について十分に学習し、組織一丸となって権利侵害の防止に取り組む体制を構築するよう期待する

周知の通り、「障害者の権利に関する条約」第3条の「一般原則」8項目の冒頭には「固有の尊厳、個人の自律（自ら選択する自由を含む。）及び個人の自立の尊重」が掲げられている。これは、第三者評価におけるサービス評価の中軸をなす概念である。

法人は、職員が利用者の人権について意識して行動するよう職員ハンドブック『てんじん心得帖』に「人権について」の項目を掲載して職員への周知を図り、施設長は朝礼後にこれを用いた研修を行っている。

また、権利侵害の防止等に関する職員教育として「虐待防止ガイドライン」について年1回15分間研修を行い、職員には毎年「セルフチェックシート」を使った行動の振り返りをさせている。それらの他にも権利侵害の早期発見とその防止のための取り組みとして、看護師による巡回の実施（1日3回）、サービス管理責任者や支援職員等が利用者の意見を吸い上げる取り組みなどがあげられる。

その一方で、利用者の権利擁護の視点からの課題がある。その一つ、プライバシー保護については、居室のあり方、排泄介助・入浴介助の場面において利用者への説明と同意のプロセスが欠如していることなどが課題である。

今後の改善に向けては、身体拘束や虐待防止等に特化した職員研修から障害をもつ人の「人権」へとさらにその視点を広げていくことや、障害をもつ人の権利と権利侵害について職員一人ひとりが自分の言葉で語れるよう理解を深めることなど、さらなる取り組みの充実が図られることを期待したい。

2. 地域生活も視野に入れて、個別支援計画の目標を設定することを期待する

当事業所の利用者は20歳代から80歳代までと年代の幅が広い。さらに重度の障害をもつ人、医療依存度の高い人など、多様な支援を必要としている。利用者一人ひとりに対応した支援が必要となってくるが、「地域生活への移行」と「地域生活の支援」に関する取り組みは、今後の課題と言える。

施設長方針に「あなたの思いを大切に、笑顔あふれる暮らしができるようお手伝いします」を掲げ、個別支援計画においても当該利用者が「何をしたいか」について尋ね、その利用者が「したいこと」をリハビリテーションや活動に盛り込むなど、利用者主体の計画を立案している。

しかし、障害をもつ人の支援計画は、その人が「何をしたいか」ではなく、障害をもちながら「どう生きたいか」「どのような生活をしたいか」を問い、その答えが、計画の長期目標となるはずである。当然、この目標を決めるまでには支援が必要であり、何度となくサービス管理責任者や担当支援員との話し合いが繰り返され、より充実した施設生活の継続、家庭復帰、地域での自立生活などその人の真の思いを反映した目標に到達する支援のプロセスが求められる。重度障害をもつ人の暮らしがそれぞれの真の目標に向かうよう「どう生きたいか」から支援計画を策定していく必要があると言える。

地域での生活も目標として支援するには、当事業所の支援方針としてこれを明確に示す必要があり、計画的な支援体制の整備も必要となる。事業所としても大きな方向転換となるが、重度障害をもつ人のエンパワーメントを目指すという意義からも、その取り組みに期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第2回目の第三者評価を受け、事業所として取り組むべき課題や改善の必要な部分について、明確になったと感じています。権利擁護の関係で、障害者の権利や自立について考える機会になり、さらなる体制の構築、施設内研修の充実などの必要性を感じました。また、アセスメントや、個別支援計画へのさらなる取り組みの必要性など気づかされ、施設を見つめ直す良い機会となりました。

改善点について活動を進めて参りますが、高評価された部分についてもさらなる飛躍ができたかと考えています。利用者様、地域の皆様に愛される施設となれるよう今後も一同邁進して参ります。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.5～36）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。

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(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)54.8% b)42.9% c)0% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 当法人は基本理念を『愛と献身』を基本方針とし、利用者のこころとからだを癒し、安全で品質の高い介護サービスを提供することで地域社会に貢献する」とし、経営基本方針や教育基本方針等を定めている。それらは事業所内に掲示するとともに、法人のホームページ、パンフレット、広報誌(天神だより)、全職員が携行する小冊子「てんじん心得帖」(平成28年度から発行し毎年度改訂)に掲載している。 法人では毎年4月に全事業所が参加する施設説明会を開催し、理事長が基本理念を踏まえた当該年度の方針等を発表して、職員への理解に努めている。 基本理念等については、職員の採用時に研修会で説明するとともに、朝礼や申し送りの際に、管理者(施設長)は「てんじん心得帖」についての解説を行い、さらに年2回の職員面談の機会にも「てんじん心得帖」に記載されている理念等の理解度を確認している。 当事業所では、利用者懇談会(平成29年度から)と家族懇談会を開催し、事業所の方針等について周知する機会を設けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人および事業所として理念や基本方針等を明文化し、「てんじん心得帖」の発行や利用者懇談会などの新たな取り組みを工夫しながら、職員、利用者、家族に対する周知に努めている。 しかし、当事業所の経営層は周知状況は「まだ十分ではない」としている。理念等の明示と周知は法人や事業所の目指す方向性や姿を表すものとして重要である。さらなる取り組みに期待する。 	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-1(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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.5% b)45.2% c)4.8% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人では全事業所の施設長による予算実績会議(予実会議)を毎月開催し、各事業所の収支や利用者数、職員の要員計画に対する現状などについて情報を共有している。 当事業所では福祉業界の動向は全国身体障害者協議会、中四国身体障害者協議会等や圏域の自立支援協議会に参加していることで提供される情報の把握に努めている。そのほか、県による集団指導や県内の施設長会議への参加によって情報収集を行っている。 地域の障害福祉に関する情報は、当事業所から職員を派遣している圏域の障害者相談支援センターにおいて、精神障害者や知的障害分野を含めた関係機関のやりとりを通じて収集に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <p>広域および地域の関係団体との交流によって事業経営をとりまく情報の把握は行われているが、いずれも受動的な取組みにとどまっており、また、分析しているとは言い切れない。経営層としても「今後取り組みたい」と課題と認識している。さらなる取組みに期待する。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)45.2% b)38.1% c)2.4% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内外の経営環境は法人の予実会議で各事業所の収支や利用者数、職員の要員計画に対する現状などについて情報を共有している。 ・法人の経営状況や改善課題等は理事会等に諮られ共有がなされている。また、職員に対しては前年度の収支実績などを年度当初に開催する法人の「施設方針説明会」で周知している。 ・当事業所の経営層は、前年度に利用者の退所が増えて収益に影響があったことを契機に「満床化」に向けた協議を急遽行い、初めて営業先の拡充などに取り組んできている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、これまで近隣地域で同種の事業所がないことなどから利用者獲得に向けた積極的な取組みは行ってこなかったが、利用者の減少を契機に新たな試みに取り組み始めている。 ・なお、今回の第三者評価の受審に伴う職員自己評価では、この項目に関する肯定的な回答の割合は5割前後であり、職員への周知不足もうかがえる。課題解決に向けた職員の関わり方の工夫も含め、さらなる取り組みに期待する。 	

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。

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。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.0% b)19.0% c)0% 無回答)11.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、理事長の方針を「中期計画」(平成29年4月～平成32年3月)として明示している。そこでは法人の理念や基本方針に基づく施設経営やサービス提供における方向性などを定めるとともに、それらに基づく重点施策を掲げている。 ・当事業所では、法人の中期経営計画の各項目に沿って「こうのしま荘中期経営計画」を定め、項目ごとに「重点施策」を明示している。また、法人では平成29年度から新たに「第三者評価委員会(委員長は理事長、各事業所の施設長・課長級で構成)」を設置して、第三者評価の受審結果の共有や改善に向けた取り組みを計画的に行うこととしており、中期経営計画の進捗状況についても同委員会で把握・共有する計画である。 	

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。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)38.1% c)2.4% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所では、法人の中期経営計画を踏まえて年度ごとの「施設方針」および「事業計画」を策定している。「施設方針」では、中期経営計画の主な項目に沿って「施設の重点施策」、「施設の具体的な取り組み」を明示し、「事業計画」には「施設長方針」「施設の利用計画」のほか、前回(平成25年度)の第三者評価の受審結果の項目ごとに具体的な取り組みを明示している。 ・なお、取り組みの成果を振り返りやすくすることを目的に、平成29年度から法人内の全事業所の事業計画を東京都版の第三者評価の「評価基準」を用いた枠組みに改めている。</p> <p>■ 改善課題 ・事業計画には具体的な取り組みを示す「改善計画」の記述にやや抽象的なものが散見され、より具体的な検討が求められる。 ・なお、事業計画の構成を約1年の検討を経て改めたところであり、今後の成果に期待する。</p>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)57.1% c)4.8% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業計画は、当事業所では理事長方針(中期計画)での重点施策を受けて、施設運営会議で作成する。同会議のメンバーが各部署や各委員会のリーダー(代表者)であることから、それぞれが所管している業務の状況を踏まえて事業計画に盛り込むべき事項を検討し、それらを持ち寄ってとりまとめる。また、作成にあたっては可能な範囲で目標の数値化に努めている。 ・平成29年度から事業計画の構成を改め、取り組みを月別、項目別に分けて3カ月ごとに施設運営会議で事業の進捗管理を行っている。</p> <p>■ 改善課題 施設運営会議で各部署の意向を集約し、事業計画を作成することに努めている。しかし、職員自己評価では、事業計画の適切な策定に関する職員の肯定的な回答の割合は5割前後である。平成29年度から事業計画の構成を改めたところであり、職員への周知を含めて今後の成果に期待する。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)47.6% c)7.1% 無回答)11.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 利用者懇談会および家族懇談会で法人の理念、事業計画の「重点目標」や「行事予定」などについてパワーポイントで理解しやすいように工夫した内容で説明し、欠席者には配布している。なお利用者家族からは「分かりやすく説明してもらってよかった」という声があったという。</p> <p>■ 改善課題 ・事業計画についての利用者等への周知は数年前からの取り組みであり、事業所では「周知は十分ではない」として引き続き継続して取り組んでいく意向である。 ・事業計画は利用者へのサービスの提供に直接的に関係するものであり、その主な内容を理解しやすい工夫をしつつ周知していくことが重要である。さらなる取り組みに期待する。</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。

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)42.9% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として「福祉サービス向上委員会」を設置し、その下部に「人材育成部会」「地域連携部会」「褥瘡部会」「権利擁護部会」を置いている。そして、当事業所では、これらの各部会と関係する「人材育成委員会」や「ケア向上委員会」等を設けている。また、法人および各事業所では、平成29年度、新たに品質管理や業務改善を課題とした取り組みを開始して「QC委員会」(Quality Control)を設置し、活動を始めている。 ・法人の「第三者評価委員会」は平成24年度に設置され、さらに平成29年度からは理事長を委員長として活動を再編した。各事業所における第三者評価の計画的な受審を進め、その結果を共有した上で各事業所による改善報告会を行い、次年度の目標を設定する計画である。 ・当事業所では、他県の「障害者サービス事業者等自己チェックリスト」(主に人事・設備・運営面)を用いて年2回の自己点検を実施している。</p> <p>■ 改善課題 ・第三者評価委員会の設置や新たにQC活動を始めるなど、組織的な取り組み体制を整えつつある。経営層は、サービスの質の向上のための組織的な取り組みについて「一般職員までの周知はまだまだ乖離がある」として、その周知を課題としている。 ・組織体制のもとで、より多くの職員の理解や参加を得ることが、成果を高めるためには重要である。さらなる取り組みの充実に期待する。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 評価結果を分析し、組織として取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。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)35.7% b)50.0% c)2.4% 無回答)11.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・「第三者評価委員会」では、当事業所における平成29年度の受審結果に基づく課題と改善策を検討する計画である。また、QC活動は、平成29年度はまず手法を学ぶところから開始し、QC活動を行うグループ編成、取り組むテーマの選定、目標設定、計画策定などを行っている。 ・当事業所では、前回(平成26年度)の第三者評価の受審後にワーキンググループを設置して改善に取り組んできている。</p> <p>■ 改善課題 ・経営層は、計画的な改善の実施について「一般職員への周知が課題」としている。職員自己評価では、計画的な改善策の実施に関する肯定的な回答の割合は5割前後であることからそれがうかがえる。 ・第三者評価委員会の機能を発揮し、計画的な改善策の策定と、職員間での課題の共有化を含めた取り組み強化を期待する。</p>	

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。

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。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)16.7% c)4.8% 無回答)11.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所の管理者は平成28年度に就任して2年目である。管理者は「理念の浸透」を重視し、様々な専門職の多様な意見をとりまとめていく役割が重要であると考え、よりよいサービスを提供し、利用者には選ばれる施設になりたいとしている。 ・管理者等の役割は法人が「職務分担表」で明示しており、職員はそれをパソコンの共有フォルダで閲覧することができる。管理者はそれを施設方針発表会や15分間研修で取り上げ、施設方針や各職員の役割等についての周知に努めている。 ・有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任については、法人が定めた事業継続計画(BCP)等において明示している。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 管理者は、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。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)33.3% c)0% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 管理者は、法人内外の研修や会議などへの参加や、制度改正や報酬単価等に関する市販の解説書から学び、さらには行政による集団指導の場などを通じて確認に努めている。また、法人の「てんじん心得帖」においても法令遵守等を明示しており、管理者は職員に対して15分間研修や朝礼などの機会にそれを活用して周知を図っている。</p> <p>■ 改善課題 管理者は、自ら学ぶとともに、15分間研修などを通じて職員への周知を図っている。しかし「勉強不足で、職員にはさらに分かりやすく伝えたい」としている。管理者には、常に最新の法令等について適切に理解するとともに、その内容を職員に浸透させていく体制づくりを進めたり、その機会を適宜設けるなどリーダーシップの発揮が求められている。さらなる取り組みに期待する。</p>	

II-1-2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)54.8% b)28.6% c)2.4% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・管理者は、事業所内の全ての委員会に「総括」という立場で参加し、具体的な指示や助言は行わないまでも、委員会での議論を通じてサービスの現状の把握を行っている。 ・また、管理者は、平成29年度に現場における主体的なサービス改善を進めるためにチーフ職員を中心としてフロアをいくつかの「班」に分け、フロアからの意見を持ち寄る「フロアミーティング」(月1回)を新たに設けた。管理者は、そこに自ら参加し、利用者サービスの質の向上に努めている。</p> <p>■ 改善課題 ・管理者は全ての委員会に参加して状況把握に努め「さらにいろいろな職員の声を聞いていきたい」としている。 ・管理者にはサービスの質を向上させるために、個々の職員の工夫を職場内に普遍化したり、そのための体制やルールを整備したりといった面でのリーダーシップが求められる。さらなる取り組みに期待する。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 管理者は、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。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)31.0% c)4.8% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は全ての委員会に「総括」という立場で参加し、運営は委員長に任せているものの、業務の改善に向けた取り組みに強い関心を持って臨んでいる。また、管理者は法人の予実(予算実績)会議に参加し、事業計画などの進捗や収入の現状とその理由などについて確認し、事業所の事業の遂行に反映させるよう努めている。 ・平成29年度から開始したQC活動の一環として「委員会の実施についてのルール」を定めた。「事前準備」から「終了後の処理方法」に至る進め方や委員会の実施時間の目安などを明示し、効率的に業務が実施できるように取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は「強いリーダーシップの発揮」より「わかりやすく方向性を示していきたい」とし、引き続き取り組んでいきたいと考えている。職員自己評価では「管理者は働きやすい環境を作ってくれている」などの意見も出ている。 ・管理者には、経営改善に向けて人事、労務、財務の視点から経営の現状を把握するとともに、効果・効率的な業務の推進において職員が同様の意識を持って取り組んでいけるようリーダーシップを発揮することが求められる。さらなる取り組みに期待する。 	

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。

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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いるが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 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いない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)45.2% b)35.7% c)11.9% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「人材育成方針」を定め、「人材育成の目的」、「人材育成システム」、「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明示している。 ・各事業所では例年7月頃に次年度に必要な職員の人数や資格等をが法人本部に情報提供し、法人ではそれを基に事業所ごとの「要員計画」を作成している。その計画を根拠として、各事業所では非常勤職員を含めて不足があれば法人本部(人事課)に要請し、本部が一括して採用活動を行っている。また、採用後の育成は法人本部のヒューマン・リソース室(HR室)が中心となって進めている。 ・採用活動では、法人本部が若手職員とともに近隣の高等学校を個別に訪問して就職を呼びかけている。 ・法人ではEPA(経済連携協定)に基づき、インドネシアからの介護福祉士候補者を受け入れており、当事業所にも配置している。 ・当事業所では介護職の応募が少なく苦慮しており、派遣社員の活用も難しい状況である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、前年度までの実績などを勘案した「要因計画」に基づき法人本部と連携して職員採用に努めている。 ・採用が難しい状況にあつて、現状分析と改善に向けた取り組みの強化に期待する。 	

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)33.3% c)4.8% 無回答)11.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が定めている「人材育成方針」において、「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明示し、人事管理は法人本部が一元的に行っている。そして、介護職をベースとして「キャリアパス」を明示し、「階層別人材育成計画」「個別育成計画」によって職員個々の目標を定め、年2回の「育成面談」によって達成度を確認している。 ・現在の人事考課制度は「求められる役割行動の明確化と評価・処置(昇格・給与・賞与)への反映」を目的に、平成28年度後半から新たに採用したものである。法人は、その実施にあたって「人材評価マニュアル」を定め「評価制度の概要」「評価の運用」「評価プロセス」「留意点」などを明示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として方針を明確に示し、人事考課制度や研修制度を整備して、新たな人事考課制度の実施にあたってマニュアル作成によって適切な運用に努めている。 ・しかし、職員自己評価の「総合的な人事管理が行われている」の各項目では、肯定的な回答の割合が4割前後のものが見受けられた。新たな人事考課制度が始まったところであり、人事評価マニュアルによる運営の徹底やその取り扱いに関する周知を含め、今後の成果に期待する。 	

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)45.2% b)42.9% c)4.8% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、メンタルヘルスは「健康管理部会」が、セクシャルハラスメントやパワーハラスメント防止は「ハラスメント委員会」が、腰痛対策は「衛生専門委員会」がそれぞれ所管する体制である。また「次世代育成支援対策推進法」に基づき仕事と子育ての両立を図るための「一般事業主行動計画」(平成24年4月1日～平成29年3月31日)を策定している。 ・産業医(協力病院の精神科医)が毎月1回、各事業所を訪問して職員が相談できるように配慮し、各事業所では衛生管理者を配置している。健康診断を年2回実施し、年2回の職員面談で職員の状況把握に努めている。また、職員の有給休暇の取得状況や時間外労働時間の管理は「勤怠支給控除項目一覧表」を作成し、毎月の予実会議で把握している。 ・福利厚生事業としては、福利厚生センター(ソウェルクラブ)に加盟しているほか、慶弔金や職員互助会による職員旅行への資金援助などを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営層は「働きやすい職場づくり」を念頭においているが、十分ではないと考えている。職員自己評価でも「職員の就業状況に配慮がなされている」の各項目について、肯定的な回答の割合は3～5割程度であった。 ・法人による新たなプロジェクトやQC活動の反映などを始めているが、職員の意向・意見をよりの確に把握して、改善に向けて取り組むことが求められる。さらなる改善に期待する。 	

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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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るが、十分ではない。	
	c) 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.8% b)59.5% c)7.1% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「人材育成方針」において「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明確にしている。 ・職員に一人ひとりの目標設定と管理を行う現行の人事考課制度は平成28年後半から導入したもので、法人としての全体目標および部門目標に関連づけながら職員一人ひとりの目標を設定することとしている。その職員の目標は個人育成シートに記入し、年2回の上司との面談により確認等を行っている。なお、対象とする職員は正規・非正規を問わない仕組みである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「職員の質の向上に向けた体制が確立」に関する項目では、職員の肯定的な回答の割合は5割前後であった。 ・現行制度の導入が平成28年度後半からであり、考課面接の技術向上や職員に対する運用についての十分な周知などを含め、着実な実施とその成果に期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)47.6% c)2.4% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「人材育成方針」において「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明示している。その「方針」に基づき、法人本部のHR室が所管して作成する「階層別人財育成計画」において、役職別(管理者、監督者、シニア、新人)の「求められる能力」、「目標」、対象となる内外の「研修」を明示している。 ・具体的には法人の「階層別研修」「職種別研修」に加え、当事業所では夕方に行う「15分間研修」について年間を通じた「内容」と担当する「委員会」等を定めて計画的に実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人による人材育成方針や階層別人財育成計画の明示とその実施など、職員育成の体制は整備されている。事業所内での研修も、限られた時間で同じ内容の研修を複数回実施するなどの工夫をしている。 ・引き続き、職員の育成ニーズの的確な把握、研修計画や内容の定期的な評価と見直しなど、研修内容の充実に期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)54.8% c)4.8% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事評価制度で使用する「個人育成計画シート」(平成28年度から)において、個々の職員の課題や目標等を定め、職員面接でも把握している。 ・法人として行う階層別研修は該当する参加すべき職員が定められている。新任職員に対してはHR室が担当して1カ月間(中途採用の場合は業務経験等による)の研修を行い、その後、各事業所に配属されて2日間の研修を行う。各事業所ではチューター制度によって新任職員を指導する先輩職員を定め、3カ月、6カ月、7カ月を区切り課題の習得状況を点検している。また、法人の職種別研修は各課長職がテーマに応じ、過去の研修履歴を勘案して参加職員を選んでいる。 ・事業所内の15分間研修は全職員が参加対象であり、開催時間を日によって12時25分から、14時から、などと変え、また同じ内容を複数回繰り返して行い、職員が参加しやすいように工夫している。さらに、受講の有無を確認して参加の徹底を図っている。 ・外部の研修実施機関が行う研修に関する情報は、パソコンの共有フォルダで共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営層としては、研修参加や育成課題に関して職員面接で意向把握を行っているものの、一人ひとりのレベルでは「現場を離れにくい」という認識から研修参加が難しいという受け止め方があるのではないかと考えている。 ・職員自己評価では「職員一人ひとりの教育・研修の機会確保」について、肯定的な回答の割合は5割前後である。その原因分析とさらなる取り組みに期待する。 	

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。

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	b
	b) 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が用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 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おらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)21.4% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受入れに関しては、法人の人財育成部会が所管し、平成29年7月に「実習生受入マニュアル」と「実習指導者マニュアル」を整備した。その「実習生受入マニュアル」において、実習生を受け入れる意義を「次世代を担う福祉の人材を育成する」「施設・事業所の社会的使命を果たす」と明示するとともに、実習に関する「目的」「期間」「実習内容」等を定めている。 ・当事業所ではこれまでの受入れ実績があることから、養成校から恒常的に次年度における受入れの依頼があり、対応している。しかし、学生の減少によって実習生の減少傾向が出てきている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてマニュアル作成などして実習生の受入れ体制を整備し、当事業所でもこれまでの実績から一定の実習生を受け入れている。しかし、学生の減少による実習生の減少など、課題も出てきている。実習生の受入れは、次世代の福祉人材の育成という社会的な意義はもとより、当事業所における将来の人材確保という面からも重要である。 ・養成校や学生が求めるものや当事業所で学べることなどを明確化しつつ、より積極的に養成校に働きかけ、実習生を受け入れていくことが重要である。さらなる取り組みに期待する。 	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-1(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

Ⅱ-3-1(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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)42.9% c)0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてホームページとソーシャルネットワークサービスを運営している。ホームページは平成28年10月にリニューアルしたもので、法人の理念、事業概要、福祉サービス第三者評価の受審結果、法人内研修、決算情報等を掲載して情報公開している。情報の更新は各事業所から提供された情報を法人本部が一括して行っている。当事業所に関するものでは事業所内外で行った取り組みの写真(「スタッフノート」のページ)を中心に更新されている。 ・紙媒体のものでは、法人パンフレットのほか「天神会だより」を年4回発行し、利用者および利用者家族のほか、関係する市町村行政、実習関係の学校、近隣の住民、福祉施設などに配布している(発行部数:利用者を除き300部)。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページはリニューアルされ、ビジュアルな工夫を行っている。しかし、当事業所では「事業所に関する掲載内容は十分ではない」としている。 ・今日、より透明性の高い経営が期待されているところであり、事業計画や事業報告、苦情やその対応なども含め、情報公開に関するさらなる取り組みに期待する。 	

Ⅱ-3-1(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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)42.9% b)31.0% c)11.9% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、実務や経理等に関するルールを一元的に整備し、職員は必要な規程等をパソコンで閲覧することができる環境を整えている。 ・また、法人内の監事監査を年2回実施し、外部監査の活用は行っていないものの、公認会計士と契約して財務管理を中心に必要に応じて相談・助言を得ている。 ・なお、職員自己評価の「公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組」に関して、肯定的な回答の割合は5割に満たない項目が見られた。職員へのさらなる周知徹底を課題として指摘しておきたい。 	

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-1(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-1(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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.9% b)28.6% c)4.8% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の行事や催し物、旅行雑誌、市役所の社会資源マップなどを綴じて各館の食堂などに置いている。 ・集団による年1回の一日旅行ほか個々の希望に応じた外出(一日旅行)、介護タクシーを利用した買い物や映画鑑賞、誕生日会に代えて希望に応じた外食による「個別の誕生会」「外食ツアー」など、事業計画に位置づけて利用者が暮らしの幅が広がるような取り組みを試み始めている。 ・障害者週間に、地域の「道の駅」で開催される近隣の福祉施設によるイベントに利用者も参加して製品販売を行ったり、法人の祭り(天神祭り)に地域住民に来てもらったの利用者との交流などに取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域に出かけることにおいて、これまでの集団での取り組み中心だったものを、希望に応じた個別的な取り組みに代えてきており、事業所としては以前に比べれば「積極的に取り組んでいる」と認識している。しかし、現在の取り組みは依然としてイベント中心で、また社会資源に関する情報提供も食堂の一角に綴りを配置しているものの、地域へ出て行きやすいような支援という意味では十分ではない。 ・利用者が日常的に地域住民と交流を持ち、良好な関係を築くことは、利用者の活動範囲を広げ、QOLを高めることにつながるものとして重要である。事業所としても「本人のやる気やモチベーションを上げることが課題」としており、さらなる取り組みに期待する。 	

II-4-1(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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)45.2% c)2.4% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人で「ボランティア受入れマニュアル」を整備し、「受入れ理念」「窓口」「オリエンテーション」「活動内容」などを明示していることに加え、当事業所としてもマニュアルを定め、担当者などの「受入れ体制」「当日の流れ」「活動内容」等を明示している。 ・法人によるQC活動の一環として「ボランティアの拡充」を掲げており、当事業所ではボランティアの活動者数の目標値を定め、社会福祉協議会の「夏のボランティア体験」に平成29年度に初めて参加したり、中学生の職場体験に協力したりしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア活動者数の目標を設定したり、社会福祉協議会の事業に参加協力するなど、ボランティアの受入れに力を入れ始めている。 ・しかし、ボランティア活動の多くは夏の行事の手伝いにとどまっている。事業所としても「利用者にも職員にも刺激になる」として、若い人に限らず多様な人に協力してもらいたいと考え、今後力を入れて行きたい取り組みの一つと位置づけている。今後期待する。 	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5% b)28.6% c)0% 無回答)11.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別のケース対応を通じて、相談支援事業所・病院・学校・社会福祉協議会、警察・介護タクシーの会社・市役所の関係課などとは連絡をとり合っている。 ・あいねっと(井笠圏域の障害者自立支援協議会)の地域部会に参加して、障害児者施設や特別支援学校等との情報交換のほか、研修会等を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の虐待(セルフネグレクト)ケースへの対応の必要性から、相談支援事業所をはじめ関係機関との連携を図る機会を持っている。しかし、それらはさほど意図的・主体的な連携体制とは言えず、特定のケース対応の結果として連携している状況である。 ・よりよいサービス提供にいくために、関係機関や地域内の公私団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、ネットワーク化や定期的な連絡会の開催などを計画的に実施していくことが重要である。さらなる取り組みに期待する。 	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

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。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)40.5% c)2.4% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「理事長方針(中期計画)」により法人内の各事業所が独自に相談窓口を設置することを定め、当事業所ではそれに基づいて平成29年度に直通電話による「相談窓口」を開設した。これは当事業所が介護職、看護職、理学療法士など多様な専門職を置いている利点を生かし、地域の障害者および障害児(その家族を含む)、地域住民からの多様な相談を受けることにより、地域のニーズを把握するとともに専門職の知識等を広く地域に還元することを目的としているものである。現状では数件の実績であるが、ホームページ、社会福祉協議会、「あいねっと」などで広報に努めている。 ・法人では地域住民を対象として毎年度「福祉を考える講演会」(今年度は6回目)を開催しているほか、介護関連器具(車椅子、リクライニングいす、杖、歩行器など)、レジャー用品(カラオケ、テント、ブルーシートなど)など、所有している備品や交流スペース(マルチパーパスルーム)を地域に広く貸し出すなど、その機能を地域に提供することに取り組んでいる。 ・当事業所では行政との間で「福祉避難所」の協定を結んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、専門機能の地域還元に取り組み始めている。また、当事業所でも、新たに「相談窓口」の設置をしたところである。 ・今後の取り組みの強化に期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b
	b) 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。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.5% b) 50.0% c) 0% 無回答) 9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士などによる「転倒予防教室」の開催や、その機会を通じて民生委員とのやりとりなどによって地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、地域のニーズ把握のために「相談窓口」を新規開設したところであり、未だ件数は少ないものの地域住民からの相談が寄せられ始めている。これらのほか、社会福祉協議会の見学を契機に見学を訪れる団体が増加しつつあり、新たなニーズ発見につながることを期待している。 ・事業計画において「低所得者への配慮」を掲げ、利用料の減免を行う計画である。なお、現在までのところ、該当する利用者がなく具体的には適用していない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、これまで地域の福祉ニーズの把握を意図的に行うことには取り組んできていない。法人の中期計画に基づいて新たに相談窓口を置き、地域との「接点」を設けたところである。 ・地域社会に対する公益的な取り組みの強化が求められており、今後を期待する。 	

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(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

Ⅲ-1-1(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持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 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、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	b
	b) 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。	
	c) 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ていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)19.0% c)0% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「あなたの思いを大切に、笑顔あふれる暮らしができるようお手伝いします」と、利用者の尊重を示唆する施設長方針を事業計画書前文に明記して職員に周知させている。 ・施設長は、朝礼後に天神会共通のサービスについての心得「てんじん心得帖」を用いて、人権について研修を実施している。また、法人は職員が利用者の「人権」を意識して行動するよう「てんじん心得帖」に該当記事を載せている。「てんじん心得帖」を小さなハンドブックにして職員に携行させ、その周知を図っている。 ・接遇向上・虐待防止委員会は、身体拘束についての実施状況の把握と評価を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の尊重や基本的人権への配慮に関する実施状況の確認・評価の実施を肯定する職員自己評価の回答は5割程度施ある。 ・例えば、身体拘束や虐待に特化した現状の職員研修から、障害をもつ人の「人権」へと視点を広げた研修とするなどの取り組みが期待される。 	

Ⅲ-1-1(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。		評価
判断基準	a) 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、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行われている。	b
	b) 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の提供が十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)26.2% c)0% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護、虐待防止、社会福祉事業従事者としての姿勢・責務、利用者の権利擁護等についての基本的な考え方を「てんじん心得帖」に載せ、経営層が朝礼時に15分間研修を行い、また「虐待防止ガイドライン」を使った虐待防止の研修を行って理解や知識を浸透させている。 ・生活環境面では、2～4人用の多床室が多く、間仕切りカーテンの設置や2年ごとの部屋替え、排泄介助時の工夫で職員はプライバシー保護に努めている。一方、居室扉は安全性の観点から開放されている。また、職員配置の関係から排泄・入浴介助は異性介助もある。利用者調査では「プライバシーが守られていると思いますか」について、肯定回答は4割に満たない。その理由に、居室の問題、排泄介助の問題があがっている。 ・プライバシー保護と権利擁護に関する施設としての取り組みについては、重要事項説明書に身体拘束等その一部が記載され、入所時に利用者や家族へ説明されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護と権利擁護の観点から、居室扉の開放・排泄や入浴時異性介助についての利用者・家族への説明と同意の手続き、職員による不適切な事案が発生した場合の事業所としての対応方法の周知の取り組み等が課題である。 ・利用者の尊厳にかかわる重要事項なので、できるだけ早期の改善を期待する。 	

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。

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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提供しているが、十分ではない。	
	c) 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提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)73.8% b)19.0% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当施設についての情報提供は、多くの人々に向けたものとして法人ホームページがある。ホームページでは、法人理念、サービス概要(制度上の考え方)の他、行事や屋外での取り組みなど地域と利用者の交流の様子が写真紹介されている。関係者向けには、法人季刊広報誌「天神だより」や法人施設のリーフレットセットを所轄官庁、地域障害者自立支援協議会、病院、施設等へ配布している。広報誌は、理事長メッセージほか、法人全体の職員の動きや施設のトピックスを取り上げている。当事業所に関しては、A4判・1枚に「短期入所」との並記で制度上の施設の目的・事業内容を示し、居室や行事を写真紹介するリーフレットのみである。いずれのメディアからも、施設独自の運営方針、職員(介助や相談)体制、日常生活の様子をうかがい知ることはできない。 ・利用希望者への対応はサービス管理責任者が行う。土日等も見学希望の受け入れ、体験利用も可能である。入所の説明は、申し込みから入所までの仕組みや、入所時の持ち物や手続き、施設生活、利用料金と支払方法、体調不良・事故時の対応等について所定の文書に基づき聞き手の理解を確認しつつ、丁寧に行っている。使用される文書は、書類管理委員会が精査し、必要に応じて見直し修正を行う。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族が施設選択をする上で、当施設の対象となる重度身体障害をもつ人が入手しやすいメディアの検討と、その選択にできるように提供情報を充実させることが課題である。 ・今後の取り組みに期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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を行っている。	c
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)28.6% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの開始・変更に伴う説明はサービス管理責任者が、必要に応じ入院先、自宅へ赴いて、所定の重要事項説明書・入所のしおりに基づいて、当事者へ説明することを原則としている。説明の内容を理解してもらうために、出来るだけ専門用語は使わず、分かりにくい料金表などは「サービス料金説明書」を用いて説明している。家庭での説明時には看護師も同道して、医療面での質問にも応じている。 ・また、意思決定が困難な利用者への説明は、家族、後見人など身元引受人へ説明している。意思決定困難との判断は、説明者であるサービス管理責任者が行う。説明内容への同意は「同意書」を受け取ることで確認をしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所の条件や入所を当事者が意思決定する支援としての「説明」が求められている。こうした観点から「意思決定困難」との判断や説明の方法について、組織としての取り決めが必要と考えられる。また、説明から意思決定(同意)に至る経過について記録(説明の内容、質問や苦情の内容と対応、意思決定の決め手、説明者の感想等)しておくことも求められている。本評価基準は、意思決定支援経過を記録上で確認ができない場合は「c」評価とするというガイドラインに従っている。 ・今後の取り組みに期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)31.0% c)4.8% 無回答)16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当施設の場合、入所(移行)は病院や家庭からが多い。受け入れ時には、必ず当事者や家族と面談をし、入所によって大きな不利益となることがないよう、これまでの生活についての情報を得て入所後のサービスに活かしている。また、相談支援事業所、病院等の関係機関からも事前に個別支援計画等を取り寄せ、よりよいサービスの提供について検討し、施設の支援につなげている。 ・当施設退所時のサービスの移行については、移行先となる病院などの関係機関へ施設が行ってきた支援などについて引き継ぎ、退所後もサービス管理責任者が窓口となって、引き続き利用者や家族からの相談を受けることを退所時に当事者等に対して説明している。</p> <p>■ 改善課題 ・病院、福祉施設、地域生活への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎの手順、引継ぎ文書(様式)に関する定めはなく、今後の課題である。 ・また、退所後の相談窓口や相談方法について文書化するなど、利用者が相談したいときに確実に活用できるような取り組みが求められている。取り組みの充実に期待する。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

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。		評価
判断基準	a) 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て、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 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把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)50% c)0% 無回答)2.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 「接遇向上・虐待防止委員会」が、年1回利用者満足について聞き取り調査、結果の分析、検討を行っている。また、利用者懇談会でも希望などを聞く機会をつくり、これらの結果から、例えば前年度は外出の機会を増やす取り組み(外食ツアー、誕生日外出など)などの要望をサービスの改善に反映させている。利用者調査からも外出の機会を楽しみとする利用者の声は多い。</p> <p>■ 改善課題 「接遇向上・虐待防止委員会」は、利用者の意向をサービス改善に反映させる取り組みを行っているが、調査結果の分析や検討の過程へのサービス利用当事者の参画はない。利用者主体のサービス提供という観点から、今後の取り組みに期待したい。</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。

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.0% b)16.7% c)0% 無回答)2.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長を苦情解決責任者、サービス管理責任者を苦情受付担当者とし、民生委員、弁護士各1名を第三者委員とする苦情解決の体制があり、入所時にサービス管理責任者が説明をする。施設内にもこの制度についての掲示物はあるが目立たず、利用者への周知率は5割に満たない。 ・その他、意見箱の設置、年1回の利用者アンケート(職員による聴き取り)、利用者担当制や看護師による施設内巡回時の声かけ、誰もが相談に応じる体制等、施設全体で利用者からの意見・苦情を把握するように努めている。また、受け付けた苦情・意見の詳細は、法人所定の書式「苦情報告書」に詳細に記録され、苦情解決責任者(施設長)のもとに集約する等、責任者を軸に、苦情解決に当たる仕組みが機能している。 ・苦情について、当事者への説明はもとより、入所者へは「利用者懇談会」で、年間苦情件数を項目別にまとめたグラフで説明し、改善に向けた取り組みの説明も行っている。グラフは、食堂や施設内に掲出して来所者にも周知させている。苦情内容によって職員に関する接遇研修を強化するなどサービスの改善に活かしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決制度活用のPR方法の改善、利用者間への浸透が一つの課題である。また、利用者が苦情や意見を言いやすい仕組みとして「匿名」を担保する工夫が求められる。意見箱設置場所の工夫や利用者の障害特性を考慮した代筆者選定の工夫などである。 ・苦情等の公表についても「事業報告書」や「広報誌」への実績掲載などは今後の課題である。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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ているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)45.2% c)2.4% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりの要望をしっかりと受け止め個別支援計画に反映させる仕組みとして、身近なケア担当職員による担当制を敷いている。担当変更の希望にも年1回、応じている。サービス管理責任者も利用者からの相談を受け、仕組みとしては、職員誰に相談しても構わないという共通理解があり、入所時にサービス管理責任者が利用者に説明をしている。 ・相談をしやすく意見を述べやすいスペースとして相談室を2カ所設置し、使用中の場合は他にも相談の場として使用できる部屋があるなど、相談者のプライバシーを保護することができる相談環境である。 ・なお、相談できる職員として、担当職員以外にも複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書の作成と、利用者や家族への周知策を講じること望まれる。 	

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。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b
	b) 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。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5% b)33.3% c)2.4% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「苦情解決に係る取扱い指針」で、意見・要望についても記録・報告手順・対応策の検討などについて定め、リスクマネジメント構築推進委員会が年1回の見直しを行い、必要に応じた改定もしている。また、同指針は、苦情・意見・要望を訴えた人と真摯に向き合うように指示しており、施設では、意見箱の設置、定期的な利用者アンケートの実施、利用者懇談会や個別のカンファレンスなどの機会を捉えて利用者からの相談、意見を受けるなど実践している。相談や意見・要望には、迅速に対応している。 ・利用者からの意見に基づいて、例えば、食事環境の整備(食事場所と下膳食器の置き場所の区別)、職員の態度について職員研修の実施など改善への取り組みが行われている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の福祉サービス提供において利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮する点について、職員自己評価では肯定的回答が6割に満たない。また、利用者調査結果でも「不満や要望への職員の対応」について肯定的回答は3割に満たず、職員による対応の違いを指摘する声もある。 ・法人の「苦情解決に係る取扱い指針」の周知徹底を含め、さらなる取り組みに期待する。 	

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。

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)28.6% c)0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての取り組みが充実している。法人としてリスクマネジメント構築推進委員会を設置し、法人内各事業所からの報告をまとめ、各事業所に報告し周知を図っている。また、委員会メンバーから監査員を選出し、法人全体の事業所を巡回し、「介護事故防止安全管理に関する指針」「事故対応マニュアル」「苦情解決に係る取扱い指針」などの内容を中心に、職員を対象に質問するなど内部監査を行っている。各事業所にはヒヤリ・ハット事例の提出を喚起している。 ・当事業所内には、介護事故予防・苦情解決委員会を設置して、毎月開催し現場から報告される事故について検討し集計している。事故報告書とヒヤリ・ハット報告書に分類している。この違いは「介護事故防止安全管理に関する指針」に明記されており、ヒヤリ・ハットは報告書に記載し、リスクマネジメント構築推進委員会のメンバー内で確認できるようにしている。 ・現場で起った事故は、現場のリーダーや発見者にサービス管理責任者が加わって要因分析をし対策を検討の後、事故報告書に記載している。対策の適切性の評価・確認は、利用者の定期的な再アセスメント時にカンファレンスで確認するようにしている。 ・研修会は、法人として外部講師を招いて年2回、内部研修としては「15分間研修」で取り上げている。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、対策に関しては実施状況やその適切性に関する定期的な評価・見直しに関する肯定率が低い。委員会としても取り組み課題としているので、事故の要因分析と対策に関するさらなる取り組み、研修などを充実させて実践的な取り組みとし、改善につながることを期待する。</p>	

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)11.9% c)0% 無回答)2.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人は中央安全衛生委員会に健康管理部会を設置し、事業所内には感染症対策委員会を置いて感染症対策の指針、マニュアルを策定し、予防に取り組んでいる。また、各部署の委員は「感染症対策ラウンド用チェックリスト」を活用し、チェックが必要な場所・個所を3カ月ごとに巡回して予防策の適切性をチェックしている。また、例年、10月からの下半期を「感染予防月間」と定め、手洗いや掃除方法などの適切性をチェックしている。なお、利用者の感染については個室対応とし、感染の拡大防止に取り組んでいる。 ・年2回の研修では、予防策や発生時の対応、そして、吐物処理については演習をしている。加えて、感染症が発生しやすい季節には、「15分間研修」によって周知に取り組んでいる。感染症マニュアルは、書類管理委員会が、毎年見直しをしている。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 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行っている。	a
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.0% b)14.3% c)0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所では、全職員を対象に年1回の災害に関する研修会のほか「15分間研修」でも取り上げている。避難訓練(年2回)は、そのうち1回は消防署立ち合いによる初期消火・避難・通報訓練を実施し、夜間の避難通報訓練も行っている。また、定期的な安否確認訓練も実施している。 ・法人の取り組みとして、大災害時などに備えて「天神会危機管理室」を設置し、事業継続経計画を策定している。「危機管理マニュアル」「安否確認システム」を構築し、安否確認メール、食料・備品などの備蓄がある。来年度から専門業者と契約し、メール通信を主体とした安否確認システムを導入し、災害発生時の職員間の情報共有を図るとともに、継続した支援体制の確保を課題としている。確実な実施を期待する。</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。

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.0% b)19.0% c)2.4% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・福祉サービスの標準的な実施方法の主なものは、職員が携行する「てんじん心得帖」と「こうのしま荘標準マニュアル」に収録されている。前者は、福祉サービスの提供に際して法人が運営する5施設に共通する基本的な考え方を、後者は当施設固有のサービス提供の(主として)手順を記載したものである。標準的な実施方法に求められる利用者尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢については「てんじん心得帖」で述べている。これらは、新人研修や感染症が流行る時期など、必要に応じて内容の確認と周知徹底に用いている。 ・標準的な実施方法の実践状況については、法人所定のシートを使って評価し、上司が職員に個人面談をして実施状況を把握し助言等を行うという仕組みでサービス水準を一定に保つようになっている。</p> <p>■ 改善課題 標準的な実施方法の実践状況を確認する取り組みに対する職員自己評価の肯定的回答は5割程度で、経営層の認識とは大きなずれを感じる。今後の取り組みに期待する。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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ているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)23.8% c)4.8% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「こうのしま荘標準マニュアル」は、毎年10月に書類管理委員会(サービス各分野の責任者で構成)が見直しを行っている。 ・見直しにあたり、委員以外の職員や利用者の意見や提案、利用者アンケートの結果も反映させることにしており、例えば、個別支援計画のなかで個別対応していた「スライディングシートを用いた移乗方法」について、標準化項目として加筆するなど、個別支援計画の内容も反映させている。 <p>■ 改善課題</p> <p>標準的な実施方法の見直しとして、利用者のプライバシー保護に関する視点と実践、利用者の尊厳、性的虐待防止の観点から、入浴介助や排泄介助における異性介助の留意点等について、改めて「こうのしま荘標準マニュアル」を見直し、加筆の検討が必要と考える。取り組みに期待する。</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。

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)11.9% c)2.4% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス管理責任者(2名)がアセスメントから個別支援計画策定までの一連の過程を統括している。入所時の暫定的個別支援計画の策定、入所後1カ月以内の計画の策定、これらの計画で使用するアセスメントシートなどは、全身協版を使用している。 ・個別支援計画の根拠となるアセスメント情報は、主として担当支援員が利用者への個別面接と関係職員からの聞き取りによって記載し、関係専門職が加筆をして完成させる。アセスメントおよび個別支援計画策定の「カンファレンス」は、利用者の意向を基に多角的な検討となるよう、参加を希望する利用者および家族、サービス管理責任者(サビ管)、担当支援員、介護主任、フロアチーフ、担当看護師、理学療法士、栄養士など、すべてのサービス関係部門関係者が参加して行うことを原則としている。 ・個別支援計画は、大きくは「本人・家族の意向・要望」「将来の生活への希望」「課題・留意事項等」「総合的な支援方針」と、日常生活面での介助の必要度、リハビリテーション、栄養、健康管理で構成され、介護の必要度や健康管理、援助内容や目標等が具体的に示され、利用者や家族への説明には、プロジェクトを用いてわかりやすい説明を心がけている。利用者調査でも該当者34名のうち、7割程度が「わかりやすい」と回答している。 ・個別支援計画の実践状況は、サビ管が計画策定後3ヶ月ごとのモニタリングで確認するとともに、日々の施設介護経過記録からも確認している。 ・支援が困難な利用者の場合は、先述のカンファレンスに諮るが、ここでも支援の方向が結論されないような場合は、施設長・ケア長・サービス管理責任者・フロアチーフ・看護師で構成する接遇向上委員会や、関係職員による臨機の協議によって検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状は、しっかりした手続きを踏んで個別支援計画が策定され実施されているが、手順確認の拠り所として、また改善の根拠として、個別支援計画策定にかかるプロセスと各プロセスの担当者、使用する様式、実施上の留意点等の明文化が必要と考える。 ・また、利用者が目標へ向かうための具体的ニーズを明確化し、支援の関係を明示して、個別支援計画に盛り込む点も課題である。今後の取り組みに期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.0% b)23.8% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の見直しは、モニタリング(3カ月ごと)の結果を踏まえて、半年ごとに、参加を希望する利用者および家族、サービス管理責任者(サビ管)、担当支援員など、すべてのサービス関係部門関係者が参加するカンファレンスによって行っている。 ・モニタリングは、サビ管と個別担当支援員とで行う。モニタリングの基になる利用者情報は、個別担当支援員が当該利用者の意向と、当該利用者の個別支援関係職員から収集する。カンファレンスに参加し得なかった利用者には、個別にプロジェクターを使用するなどして説明をする。 ・緊急に個別支援計画の変更が必要な場合には、サビ管が適宜、カンファレンス(構成員は上述のとおり)を開催して決定する。また、3カ月ごとのモニタリングで、計画の変更が必要と考えられる場合にも、同様にカンファレンスによって変更を検討している。 <p>■ 改善課題</p> <p>個別支援計画の策定のプロセスと同様に、サビ管を軸に、しっかりとした手続きを踏んで計画の見直しが実施されているが、手順確認の拠り所として、また改善の根拠として、モニタリング・計画の見直しにかかるプロセスと、各プロセスの担当者、使用する様式、実施上の留意点等の明文化が必要と考える。今後の取り組みに期待する。</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。

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。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)73.8% b)19.0% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況や生活状況等は、所定の「フェイスシート」と全身協が発刊しているアセスメントシートに記録し、個別支援計画に基づくサービスの実施状況はパソコンの支援記録システムや所定の施設介護経過記録に記録している。 ・記録の質を一定に保つ職員教育はサービス管理責任者(サビ管)が担当し、県外自治体のサービス記録に関するガイドラインを準用して、個別指導等を行っている。新人研修では、記録システム画像を確認しながら説明する等の工夫をしている。 ・支援に必要な情報が的確に必要な部署に届くよう就業時には、申し送りのほか、各部署での「連絡帳」や「事務連絡」を必ず確認することになっている。その他、情報共有を目的とした会議としては各フロアでの朝礼や「カンファレンス」(部門横断のメンバー構成)があり、サービス管理責任者が開催予定表を毎月、各部署に配布し確実に必要メンバーが出席できるよう配慮している。また、パソコンのネットワーク化によって、申し送り、事務連絡、新規利用予定のアセスメントや個別支援計画が閲覧できるようにしている。 	

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)19.0% c)0% 無回答)14.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録管理責任者は施設長である。「書類整頓マニュアル」によって利用者記録の保存年限を定めているが、保管方法、廃棄、情報提供に関する規程は確認できない。 ・個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策と対応方法については「こうのしま荘個人情報保護マニュアル」で「安全保護管理の原則」として紙媒体、電子データ、記憶媒体についても規定している。 ・記録の管理について、朝礼時「てんじん心得帖」を用いて周知を図るほか、15分間研修でも取り上げ、2019年2月以降には職員研修も予定して、徹底を期している。 ・個人情報の取扱についての利用者や家族への説明は、入所時に重要事項説明書によって個人情報開示に関して説明し、別紙「個人情報利用目的」によって使用目的の説明を行って、文書で同意を得ている。 <p>なお、利用者に関する記録の取り扱いについては法人の「文書取り扱い規程」「こうのしま荘個人情報保護マニュアル」「てんじん心得帖」などに散在している。現場職員にとって必須要件となる事項については、わかりやすく、ひとまとめにして周知を図ることが望まれる。</p>	

IV 具体的なサービス内容

IV-1 利用者の尊重と権利擁護

IV-1-1 自己決定の尊重

IV-1-1(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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)54.8% b)38.1% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「あなたの思いを大切に、笑顔あふれる暮らしが、出来るようお手伝いします」を施設長方針とし、「自己決定を尊重し、世話を焼きすぎない支援」をエンパワメントと捉えて実践している施設である。 ・利用者の写真展の開催や絵画展への出展などによって、主体的に活動に取り組めるよう支援している。また、当施設では原則として自力移動が可能でリスク管理もできる人の場合、外出外泊に制限を設けていないため、介護タクシーを使って街に出かけて生活を楽している人もいる。 ・施設が行うサービスは、介護タクシーの手配の他、施設内で提供する理美容サービスは3業者と交渉して利用者の選択制とし、買い物は配車と支援職員の配置、また、利用者が地域のスーパーに発注するための支援、「一日旅行」や誕生日の外出への職員配置などがある。施設内では、カフェテリア、各種のクラブ活動など、メリハリのある日常生活支援を目標として、出来る限りの支援をしている。 ・利用者一人ひとりへの合理的配慮として、各利用者に適したナースコールの工夫やコミュニケーション上の工夫など、様々な形で実施されている。また、利用者の権利については施設長による15分間研修や朝礼後に「てんじん心得帖」にある人権等の項目を確認するなどによって職員の理解と共有を図っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の自己決定を尊重した「個別支援」は、利用者を尊重した支援(サービス提供)の根幹にあたる。こうした視点で、本評価基準の職員自己評価を見ると、趣味活動等の支援に関するもの以外は、利用者の権利についての理解や共有の機会を含めて6割前後の肯定率である点を評価に反映している。また、エンパワメント理念に基づく支援についても同様に再検討が望まれ、今後の取組による充実を期待したい。 ・生活に関わるルール等について利用者と職員、また、利用者間で話し合う場として「利用者懇談会」を年2回開催している。内容は、職員からの連絡事項、利用者からの要望とそれへの回答というやり取りが多く、話し合いの場としてはうまく機能していない。 <p>利用者の意向を反映した運営の体現としても大切な場であるので、運営に利用者が参画する、職員がファシリテーション技術を習得する等、取り組みの工夫が期待される。</p>	

IV-1-1(2) 権利侵害の防止

IV-1-1(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。		評価
判断基準	a) 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
	b) -	
	c) 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)9.5% c)31.0% 無回答)11.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知する取組はこれからの課題である。現状、権利侵害の防止等に関する職員教育としては「虐待防止ガイドライン」についての年1回の15分間研修、職員の「セルフチェックシート」チェック(毎年)による行動の振り返りである。 ・権利侵害の早期発見、防止への取り組みとしては、看護師による1日3回の巡回や、サービス管理責任者や支援職員等による利用者意見の吸い上げがある。 ・虐待防止等権利擁護に関する考え方や取り扱い手順は「虐待防止ガイドライン」に定められているとされるが、内容には改善の余地がある。この評価基準の職員自己評価の肯定的回答は「緊急やむを得ない場合の一時的な身体拘束に関する具体的な手続」を除く下位項目の肯定的回答は5割程度である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的な内容や事例を収集・提示して利用者に周知する権利侵害の防止等の取り組みのほか、以下の点について「虐待防止ガイドライン」の見直しを求めたい。すなわち、①権利侵害の防止と早期発見のための具体的な取り組み、②緊急やむを得ない場合の一時的な身体拘束に関する具体的な手続の明確化、③虐待があった場合の所管行政への届出・報告に関する手順等明確化である。これらは、見直しとともに、職員への周知徹底も求められる。また、権利侵害の防止等について全職員が具体的に検討する場の設定、権利侵害発生時の再発防止策等の検討とその理解・実践の仕組みの明確化等が改善課題である。早急な取り組みを求めたい。 ・なお、本評価基準は「福祉施設の使命・役割の基本であり、虐待等の権利侵害を防止することは法令で必須とされる事項」であり、「取組が十分でない場合にはC評価とする」という全社協ガイドラインに基づいて評価した。 	

IV-2 生活支援

IV-1-(1) 支援の基本

IV-1-(2)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
	b) 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。	
	c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)26.2% c)0% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・生活面の自己管理支援は、金銭面では施設としての預かり金の上限を低く抑え、自己管理できるよう居室に貴重品ロッカー(施錠)を配備し、自己管理に伴うリスク等を説明して自律を促している。洗濯なども自分で行えるよう設備を整え、当事者の申し出といった状況に応じて支援をしている。また、外出も自力での移動やリスク管理可能な場合は、職員への連絡および食事のキャンセル手続きの他は、自己管理である。その他、サービス受給者証の更新や年金手続きに伴う申請書等の作成助言や代行など行政手続や介護タクシーの手配など、生活関連サービスの利用支援も行っている。</p> <p>・なお、職員自己評価では、自律・自立生活のための動機づけ、生活の自己管理支援、行政手続・生活関連サービス等の利用支援という点の肯定的回答は4~5割程度である。身体障害をもつ人を主として受け入れる施設であることを考慮すると、うなずける結果でもある。利用者一人ひとりの自立・自律支援として、将来に向けてどのような生活を送りたいのかについて利用者と話し合った結果が、個別支援計画化され施設における支援が進められるという流れを明確化することが望ましい。</p>	

IV-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。		評価
判断基準	a) 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) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)19.0% c)2.4% 無回答)11.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・当施設入所者の半数はコミュニケーション障害をもっている。意思疎通には、障害の状況などによって文字盤、筆談などが用いられている。聞き取りが難しい場合は複数人に対応して即応できるようにしたり、表情や発語の仕方などで本人の意向を読み取る、内容によっては相談室など落ち着いた環境で対応する、意思決定に支援が必要な場合は選択肢を提示したりするなど、当事者の意向をできるだけ正確に把握するための工夫をしている。当事者に代えて家族から生活歴や趣味などを聞いて、好きだったテレビを観たり音楽を聴くことができるよう支援している例もある。</p> <p>・コミュニケーション能力を高めるための支援としては、失語症などに対して文字の想起などの訓練や、文字盤を使用している利用者に対して上肢の機能低下が維持できるよう巧緻動作訓練などを行っている。</p> <p>なお、利用者調査によれば、自分から発信ができないコミュニケーション障害をもつ人の中には、日常生活の中で発生する支援ニーズに気付いてもらえないことへの不安や不満が感じられ、一層の配慮が望まれる。</p>	

IV-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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)26.2% c)0% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談にのり個別支援計画についての意見を聞く役割を期待されている担当支援員(担当)を利用者一人ひとりに配している。担当は、ケアの合間を縫って利用者の思いを受けとめ、具体的な相談事はサービス管理責任者(サビ管)に集約する。利用者調査では、担当によって対応の機会や質に差があり、不満や不安をもつ声も聞かれる。 ・利用者の選択・決定と理解のための情報提供について、施設では、献立の選択(選択食)、「一日旅行」の行き先の自己決定、地域のイベントやクラブなどの情報提供とその説明によって自己決定を促しているとする。意思決定支援の例として「誕生日」を本人の希望(意思)に沿えるようにした取り組みをあげている。 ・サビ管は、自ら受けた相談の他、職員が利用者・家族から受けた相談への対応も行う。内容によって、ケア長、看護師等の関係職員と検討して対処する。容態の変化による支援区分の再認定、車いすの修理など、利用者が当面する課題解決を支援する。また、担当が行う個別支援計画に関する聞き取りなどは、組織を横断したメンバー、参加を希望する利用当事者や家族を交えた「カンファレンス」で個別支援計画への反映が検討される仕組みである。 <p>■ 改善課題</p> <p>本評価基準が求める「利用者が職員に話したいことを話せる個別的機会」は、個別担当制という仕組みで応えようとしている。現状は、前述のように必ずしも目的通りに機能していない。この仕組みをうまく機能させることが今後の課題である。「生活上のさまざまな課題等についてともに考え利用者の生活の質の向上と自己決定や自己選択(意思決定)をはかる機会として、個別の相談が重要」(全社協ガイドライン)とされる点について組織的な再検討と、再編が期待される。</p>	

IV-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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)26.2% c)2.4% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中活動については、利用者懇談会や日常の関り、個別支援計画策定・見直しの際などに声を把握し、多くの利用者が参加できるようクラブ活動や行事等を見直し、クラブ活動9種(各月1~2回)の他、行事、外出、個別的な趣味活動を支援している。また、誕生日の企画も個々の要望に沿うよう変更して希望の多い外出支援の機会を増やすなど、活動の多様化に努めている。さらに、職員の水面下の支援によって準備から接客までを利用者が行っていた「喫茶クラブ」は、参加者の重度化に伴って、職員が接客を担当するなど、支援の在り方も状況に応じて変更している。半数の利用者は「こうのしま荘の活動は楽しい」(利用者調査)とし、リハビリ、喫茶クラブ、陶芸、移動図書館で本を借りて読む、パソコン、キッチンクラブなどをあげている。中でもカラオケや、外出を伴う企画(外食、買い物等)を楽しみにしている利用者が多い。夜間や休日は好きな番組のテレビを観て過ごす人の他、無為に過ごす人たちも少なからずある(利用者調査)。 ・利用者個々の日中活動については、個別支援計画の見直しなどと合わせて、活動と支援内容の見直しもしている。 ・文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供は、リビングに定期購入の新聞や雑誌を置いたり、地域のイベント情報を掲示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・数種のクラブに参加している人、介護タクシーで自由に施設外生活を楽しむ人、自分なりの過ごし方をしている人がいる一方で、約半数の人は日中の活動を楽しめていない(利用者調査)と見られ、休日夜間等の時間帯については、3割を超える人が無為に過ごす様子(同)が覗える。日中活動支援の在り方についての見直しが課題である。 ・利用者への情報提供は、その目的、情報の範囲、情報提供の方法や更新時期を明確化するなどして分かりやすいものとし、有用な情報提供となるよう組織的・計画的な取組が期待される。これ等の検討には、情報利用の当事者参加も考えられる。 	

IV-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b
	b) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)14.3% c)2.4% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 当施設利用対象者は脳性麻痺、脳血管疾患、脊髄・頸髄損傷の他、多種の原疾患をもっていることや、知的障害や精神面での障害を合わせもつ場合も考えられる。当施設では、入所予定者の障害関係情報を職員が共有して迎えられるよう手はずを整えている。 職員が支援方法などを共有して適切な支援となるよう、入所前に利用者の居所(家庭や病院等)をサービス管理責任者(サビ管)および担当看護師が訪問して、当事者の意向を中心に家族や医療関係者から支援や生活環境、留意点などを把握する。これ等の情報を基に「カンファレンス」で支援方法を検討し、結果を関係部署・職種間で共有して支援をスタートさせる。入所後も、当事者への説明や支援方法などにについて関係者で検討しながら支援するなど適切な支援となるよう努めている。 大声、拒薬、攻撃的言動、自傷行為などの不適応行動が見られる場合、サビ管は、医師や支援職員などに意見を求めるとともに「カンファレンス」等を開催して対応方法を検討し、状況に合わせて、例えば、マットから畳へ床素材の変更、危険防護用品の取り付け、個室対応をするなど、支援方法の見直しとともに環境の見直し、再整備も行っている。 また、高齢化に伴い認知症に関して専門知識の向上を図る取り組みもしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 身体障害の原因となる疾患の多様性や併発障害の可能性、高齢化に伴う二次障害など、障害の様相は経年変化し得る。また、発達障害やそれに伴う行動障害、精神障害についても正しい理解に基づく支援が求められる。質の高いサービス提供として、障害理解や変化を予見し予防できるサービス提供となるよう、想定できる疾患や障害について、全職員を対象とする定期的、継続的研修が期待される。 	

IV-2-(2) 日常的な生活支援

IV-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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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。	
	c) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)14.3% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 食事、入浴、排せつ、移乗・移動の支援(介助)は、個別支援計画に基づいて行われている。食事は、毎月、施設長、施設内管理栄養士、委託業者と利用者、支援関係職員を含む給食委員会において、利用者の声を献立や調理法に反映するようにしている。利用者が希望する献立「バラエティー食」、3つのメニュー(例えば、かに玉風・白身フライ・回鍋肉)からの選択食など、楽しい食事となるように工夫をしている。選択食は、事前に写真による献立表を掲示し意思決定を支援。また、食事形態を6種類設定し、ソフト食も取り入れるなど、嚥下状態などにも合わせて提供している。嫌いなものについても、「カレー」を「肉じゃが」へ変更など、できる限り献立変更をして個人の好みに合わせるようにしている。 入浴については、身体・精神状況に合わせて機械浴、チェア浴で、一人週2回の入浴を介助している。入浴時には、他者の目に触れずに個浴感覚が味わえるよう浴槽をカーテンで囲む配慮をしている。 排泄支援は、座位が取れない人は、おむつを使用(5割)してもらい、ベッドまたは床式トイレ上での介助である。尿意のある人の場合、1日6回の定時介助を基本とし、随時の要請にも応えている。特に、女性の利用者からは、異性介助に対する不満があがっている(利用者調査)。 移乗・移動については、身体状況などによって移乗方法や車椅子の選定をし、ホイストやスライディングシートなど福祉機器や福祉用具も活用しながら介助をしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 排せつ支援について、座位が取れるか否かが、おむつ使用や定時排泄介助の一つの指標になっている点が、個別性を踏まえた支援としてまた、利用者の尊厳尊重の観点からも課題である。排泄感覚に障害がある人の場合も、個人の排泄リズムを把握して介助をするなどおむつによらない個別の支援を検討する余地がある。今度の取り組みに期待する。 入浴・排せつ介助における課題については、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」の項で触れている。 	

IV-2-(3) 生活環境

IV-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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)24.1% c)7.1% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「5S委員会※」が施設内を巡回し環境美化と安全点検を行っている。施設内の照明をLED電球へ変更し、各部屋にエアコンを設置、各部屋で温度調節が出来るようにするなど、施設環境の改善に取り組んでいる。トイレの安全性を危惧する職員の声もある。 ※5Sとは、整理・整頓・清掃・清潔・躰を意味している。 ・利用者が安眠(休息)できるよう各人に応じた寝具の使用、湿温度の管理など、快適に過ごせるように配慮し、ナースコールを使いやすいものを準備する等、個人に応じた環境設定を行っているとしている。意思表示が困難で移乗・移動に介助が必要な人の場合、週に一度は離床して談話コーナーで過ごせるようにし、天気の良い日は戸外への移動を介助するなど、できる限りそれぞれの気持ちに配慮した生活環境の提供に努めているとしている。 ・他の利用者に影響を及ぼすような、例えば、感染が疑われるような場合は、感染拡大を防止する目的で隔離対応とし、また不穏状態になった場合は個室や屋外散歩に誘導するなど、本人が落ち着く場所で過ごせるように配慮しているとしている。 ・生活環境について、利用者の意向などを把握する取組としては、利用者アンケートの実施や、個別支援計画に伴うカンファレンスなどの場があり、把握した意見等を基に、例えば、食事をする場と下膳食器の置き場所を区分するパーティションの設置によって食事環境を改善する取組を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食堂には吸引用掃除機や吐しゃ物用容器、医療機器が露出状態で配備されており、生活の場というよりも医療現場に近い雰囲気を感じている。また、「利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠(休息)できるよう生活環境の工夫について」の職員自己評価は肯定的回答が5割程度である。いずれも改善を期待する。 	

IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練

IV-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)23.8% c)0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活動作や日常の行動のなかでの意図的な機能訓練・生活訓練や支援として、車いすを自操することによって耐久性の維持・向上を図ることや随意性を保持しながら時間をかけて食事をするといった訓練があげられているが、対象となる利用者は少ない。また、機能訓練としては7～8名の利用者に対し、歩行訓練、寝返り、臀部移動、移乗のための訓練等が実施されている。これらは、「カンファレンス」で取り上げられた利用者の要望に応える「リハビリ実施計画」に基づいて2名のPT(理学療法士)の指導で行われている。日常生活の中で支援員等が行う生活訓練という意識があまり根付いていないとする職員の声もある。 ・PTは、訓練の動機づけとして、訓練のメリット・デメリットについて説明して主体的に訓練に取り組むよう意思決定を促していると言う。「いつでもリハビリ室に行って自分で訓練できるので、リハビリが一番楽しい」(利用者調査)という声もある。 ・機能訓練や生活訓練は、3か月ごとにモニタリングを行い、6か月に1回はリハビリ実施計画の見直しをしている。状態変化が見られる場合の適宜の見直しも行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、意図的な機能訓練や生活訓練が、生活動作や日常行動のなかで行われている例は多くない。重度の身体障害の場合、日頃の運動量や原疾患との関係、また、高齢化に伴う機能低下や二次障害も起こり得るとされる。2名の理学療法士による全利用者へのアセスメントにより、利用者全体を対象として、意図的な機能訓練・生活訓練(または自主トレーニングプログラム)が日常生活の基本的サービスとして組み込まれることが期待される。 	

IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援

IV-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。		評価
判断基準	a) 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
	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行っているが、十分ではない。	
	c) 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行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)28.6% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康状態の把握は、入浴・排せつ・食事・日中活動など、様々な支援場面で体調変化に気づいており、変化を認めるときには、まず看護師に報告し、同時に施設内共有システムによって関係者へ発信する。体調変化時の対応については「症状別対応手順」に定め、これに沿って医療機関との連携や家族への連絡などを行っている。一方、看護師は、褥瘡処置など医療的ケアの機会を捉えて一日3回、施設内巡回をし、利用者全体に声掛けをして健康状態の確認をしている。 移動困難な利用者にとって看護師による毎日の巡回は、大切な健康相談の機会となっている。嘱託医が全利用者を往診(隔週)するときも利用者からの相談を受けている。また、健康診断の結果、異常が認められた人には医師から説明がある。 付き添い指示のあった人や体調不良などの場合、協力病院への通院時には看護師が付き添い日頃の様子を医師に伝えるなどの支援をしている。協力病院とは、日頃から、気軽に相談に応じてもらえる関係にある。 障害状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫として、活動量低下、体重増で立位が取れない人にはマット状で上体を動かす訓練、皮膚の弱い人にハーフビネガー塗布などを行っているとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 障害者入所施設では、職員に対して障害者の健康管理の基本と方法や留意点についての研修、職員の個別指導等を定期的に行うことが重要である(全社協ガイドライン)とされる。新規入所者や医療的に課題が生じる人だけでなく、障害をもつ人の健康管理に関する知識や技術の吸収を求めている。障害状況にあわせた一人ひとりの健康の維持・増進のための工夫を含め、今後の取り組みに期待する。 	

IV-2-(5)-② 医療的な支援が必要な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 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
	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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)73.8% b)16.7% c)0% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 当施設での医療的支援は、発熱や発作等についての対応が主である。 内服薬や外用薬等の管理については「薬の管理マニュアル」に、誤薬防止のために看護師3名が薬の管理から配薬までのステップを担当し、それぞれ3回確認し記録をすと定め、これに基づいて実施している。また、慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、協力病院の医師の指示に従って対応している。 吸痰・経管栄養に関する医療的ケアは、登録認定を受けた介護福祉士が医師の指示に基づき「吸痰マニュアル」に沿って行っている。また、看護師を交えてまとめた「症状別対応マニュアル」や「事故対応マニュアル」によって、症状や疾患別に安全管理体制を定めており、さらに、職員はポケット版「事故対応マニュアル」を常に携行して即時の対応ができるようにしている。 医療的な支援に関する研修は、感染予防対策、服薬に関する事、吸痰方法、胃瘻管理、ストーマケア、バルンカテーテルの管理等について全職員を対象に実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療的な支援についての方針と、管理者の責任についての明示が課題である。あわせて、医療的支援の限界についても明示することが利用者・家族の意思決定支援にもつながる。今後の取り組みに期待する。 	

IV-2-(6) 社会参加・学習支援

IV-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。		評価
判断基準	a) 利用者の希望を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。	b
	b) 利用者の希望を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。	
	c) 利用者の希望を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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)54.8% b)31.0% c)7.1% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会参加の支援について「地域の人々とのふれあいをとおしてバリアを低くする。障害への認識を広める」と考えて、支援を行っている。具体的には、利用者が望む場所へ職員とともに出かけ、地域での外食や買い物などを楽しむというものであるが、一人あたりの支援頻度は多くない。10名程度の利用者(自力で動け、リスク管理も可能な人)は、介護タクシーの手配をもらって随意に出かけ、地域で自分の時間を楽しんでいる。利用者の外出・外泊や友人との交流等について、制約を設けず急な変更や帰荘時間が遅くなるときでも受け入れられるよう体制を整えている。 ・社会参加につながる地域情報の提供は、「利用者に関係しそうな情報」が掲示され、地域自立生活支援センターが発行する医療機関・障害者関連事業所等が載っている冊子がリビングのキャスター付きワゴンに、車いすの高さで吊り下げるといった方法で行っている。個別支援計画として個別に情報提供しているものもある。 ・学習支援としては、利用者の希望に沿って、塗り絵・漢字・計算学習のテキストや筆記用具を手配して自己学習の場所を提供し、時折、支援員が関わっており、3～4名が活用している。また、利用者の社会参加意欲を高めるための支援として、作品の展示や掲示、写真展などを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この評価基準「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」の、社会参加に資する情報・学習の機会の提供、社会参加や学習意欲を高めるための支援、学習支援に関する職員自己評価の肯定的な回答は5割に満たない。取り組みの充実を期待する。 ・社会参加に関する利用者への情報提供は、意思決定支援としても重要である。社会参加に関する施設の姿勢を利用者に明示することや、利用者にとってどのような情報が必要なのかを組織的に吟味し、情報提供の方法や内容と掲示場所、担当などを分かりやすく知らせるなどの取組が期待される。 	

IV-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

IV-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。		評価
判断基準	a) 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。	C
	b) 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。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)52.4% b)28.6% c)11.9% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域生活への移行支援は、平成28年度に、居宅生活をしてきた人が家庭の事情で当施設にロングステイし、帰宅について利用者と家族の意向がかみ合わず、特別相談支援事業所と連携して、自宅へ戻る支援をした例があるのみである。地域移行を個別支援の目標として支援計画化し、地域生活の実現に必要なニーズを踏まえて支援を組み立てる取組は、これまでには行われていない。 ・今後は、施設として地域移行支援に取組む方針とともに、事業計画化して進め、入所中の利用者・家族への説明と、新規の利用者・家族へ説明できるようにするといった、組織的・計画的な取り組みが期待される。 	

IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

IV-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。		評価
判断基準	a) 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) 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。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.0% b)26.2% c)0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・「家族は、家で生活してきた人の心の拠り所であり、中途障害の人にとっては家族の一員としての役割を維持する大切な場である」とサービス管理責任者(家族との連携窓口)は捉えて、利用者の意向を尊重しつつ、家族からの相談にも応えていく方針で業務に従事している。面会の際には、なるべく家族へ声をかけ、施設として連絡が必要など時には入所者の近況を伝えるなど、施設・利用者との関係が切れないう配慮している。また、家族へは、法人の季刊の広報誌を配布する他、担当支援員が半年ごとに「近況報告」(体調、生活状況:食事・余暇・夜間状況・トラブル等、プラン内容について、本人からの伝言)を各分野の職員から情報を収集してまとめ、送付している。利用者の体調不良等々には決められた方法で速やかに対応している。</p> <p>・個別支援計画策定時には、利用者と共に家族へも「カンファレンス」への参加を勧め、4家族が応じている。また、夏まつり、運動会、クリスマス等の施設行事後に行う家族懇談会では、施設サービスへの意見交換を行っている。</p>	