

(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：こぶし	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：施設長 川底 登美子	定員・利用人数：定員 30名・利用人数 29名	
所在地：〒028-5133 岩手県二戸郡一戸町中山字軽井沢 139-1		
TEL：0195-35-2691	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： 14 名	非常勤職員： 名
専門職員 施設・設備 の概要	施設長：1名	
	業務係長（介護福祉士）：1名	
	寮棟主任（介護福祉士）：1名	
	生活支援員（介護福祉士）：2名	
	生活支援員：9名	
	常勤職員：14名	
職員数 専門職員 施設・設備 の概要	(居室名・定員： 16室)	(設備等)
	ひいらぎ・2名 しらかば・2名	暖房機・ベット等
	くず・2名 ねむ・2名	
	かし・2名 あおぎり・2名	暖房機・ベット等
	いちよう・2名 すずかけ・1名	
	ききょう・2名 りんどう・2名	暖房機・ベット等
	あじさい・2名 はまなす・2名	
	ひまわり・2名 なでしこ・2名	暖房機・ベット等
さざんか・2名 こまくさ・1名		

③ 理念・基本方針

理念

利用者の人権の尊重を基本とし、利用者が安心・安全に生活できるよう施設サービスの質の向上に努めるとともに、利用者が自ら意思決定できるよう支援し、利用者個々の「希望する暮らし」の実現に努めます。

多様な障がい特性の理解を深め、支援の専門性の向上を図るとともに、幅広いニーズに応じたサービスの提供と充実を目指し、関係機関及び中山の園グループと連携して取り組みます。

また、コンプライアンスを遵守し、信頼される組織体制の構築に努めるとともに、自立した施設経営に向けた取り組みを進めていきます。

基本方針

- 1 安心・安全なサービスの提供及びサービスの質の向上
- 2 意思決定支援と本人の希望する暮らしの推進
- 3 年成後見制度利用の推進
- 4 人材育成と働きがいのある職場づくり
- 5 経営基盤の安定と強化
- 6 障がい者差別解消法の取り組みと虐待防止の徹底
- 7 地域交流の促進及び地域における公益的な取り組み

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

精神科病院等の社会的入院者、精神障がいや発達障がいを有している方等を積極的に受け入れています。17歳から76歳までの方が入所しており、無断外出等の問題行動や対人関係におけるトラブル、医療等に関する支援、地域生活を目指した利用者の支援等、状況は多様化しており、個々のニーズに沿った支援やサービスに努めています。

職員一人ひとりが質の高いサービスを提供するため、専門研修への参加や日頃のOJT、職場研修を通して専門知識や技術の習得に努めています。

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11月28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

リスクマネジメント体制の構築

リスクマネジメント取扱要領に基づいて、職員はサービス場面において、事故につながりかねない事態についてはインシデント・レポート、事故発生についてはアクシデント・レポートを作成している。レポートはリスクマネジャー（寮棟主任）及びゼネラルリスクマネジャー（施設長）が目を通し、今後の対応方法やポイントを助言している。レポートは発生日の朝礼、夕礼、職員会議で周知するとともに、重大なアクシデントに関しては対策会議で取り上げて対応している。今年度からインシデント・レポート様式を一部変更し、収集した事例を基に、職員の参画の下で発生要因を分析するとともに、リスクマネジメント委員会において改善策や再発防止策を検討、実施する等の取組も行われている。

◇ 改善を要する点

職員の欠員状態の長期化（慢性化）

職員の欠員状態の長期化（慢性化）は、ストレスの蓄積や士気の低下又はあつれきなどを生み、結果として利用者への福祉サービスの低下及び事故や不祥事につながるおそれがある。就労意識の変化や売手優位の労働市場を踏まえた労働条件や諸規程の見直しを行い、積極的な採用活動に取り組む必要がある。

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

こぶしの福祉サービス第三者評価受審は、平成 28 年度に続き今回で 4 回目となります。

今回の評価では、「公正かつ透明性の高い適正な経営・運営」「リスクマネジメント体制」「選択できる日中活動」について高く評価していただきました。

リスクマネジメントに関しては、高齢化や障害の多様化に伴うリスクに対し引き続き迅速な検証と対応に努め、利用者の皆さまが安心・安全に生活できるよう取り組んでまいります。

日中活動に関しては、提供メニューのさらなる改善を図り、選択肢の幅を広げていくとともに、利用者の皆さまがより主体的に参加していけるよう支援して参ります。

改善が求められる点として、「職員の欠員状態の長期化（慢性化）」「利用者からの相談や意見に対する組織的かつ迅速な対応」「権利侵害の防止のため、具体的な内容・事例を収集・提示し利用者に周知する取り組み」について、助言をいただきました。

権利侵害の防止に関しては、継続して取り組んでいるところではありますが、今回いただいた助言にある、「人権侵害に関わる取り組みの記録と利用者の皆さまへの報告（説明）」に関して、実施方法を検討し、取り組みを進めてまいります。

今回の受審結果については、職員間で共有し検証しながら、更なるサービス向上に向け取り組んでまいります。

(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取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組みを継続し、より利用者に安心・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と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。

(別紙)

第三者評価結果【こぶし】

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
評価者コメント1 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。 法人の掲げる理念・基本方針を踏まえて自施設の提供するサービスの内容や特性を「こぶし運営規程」に明記している。施設の理念・基本方針は、ホームページ及び各種印刷物に記載されている。職員へは、「こぶし運営計画」や法人職員の基本テキスト「手にして未来」を内部研修や職員会議で活用し周知を図っている。利用者に対しては、利用者の障がい等による理解力に合わせた印刷物及び自治会や朝会での個別説明等で周知を図っている。家族に対しては、印刷物及び家族会総会や来所時に説明している。		

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
評価者コメント2 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。 法人は、中長期経営基本計画の中間見直し年(平成27年度)に改めて国・県の福祉行政動向及び法人を取り巻く経営環境等の把握・分析を行い、自律(立)経営の確立、経営の透明化、利用者の多様化、労働市場の変化等を踏まえた中長期経営基本計画の後期実施計画を公表している。施設では、中山の園グループや二戸地域自立支援協議会との連携を図り、情報や意見の交換及び協働活動やニーズ調査活動に取り組み、経営環境や経営課題を把握・分析した事業計画を策定している。		
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
評価者コメント3 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。 法人は、内外の経営環境の分析に基づき、財務管理、労務管理、施設管理、サービス提供、地域福祉、施設機能、事業の効率的運営等の視点で経営課題を明確にしている。施設職員の検討会議、施設長会議、法人経営会議、評議員会・理事会の分析を経た組織全体の取組となっている。分析結果は、法人本部をはじめ各施設の5か年計画及び単年度計画として具体化され、法人の役職員の間で共有されている。		

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。		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
評価者コメント4 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。 施設は、後期事業実施計画が示した経営環境の変化を踏まえ、自施設を中軽度の知的、精神、発達障がい者の入所、生活介護サービスを提供する施設及び地域生活困難者の受入れや地域生活移行を支援する施設として位置づけ、経営課題の改善・解決に向けた具体的な事業計画を策定している。また、収支計画では、利用定員(30名)の継続的な充足や短期利用者の積極的な受入及び時間外勤務の削減や職員提案等を活用した余剰経費の見直しによる収支見込額を算出している。自律(立)経営に向け明確かつ具体的な計画が策定されている。		
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
評価者コメント5 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。 施設は、法人の後期事業実施計画に基づき、施設の事業重点目標を踏まえた単年度の事業実施計画を定めている。内容は、取り組むべき課題を11の取組内容と数値目標を設定した30の実施項目に分類した具体的な計画となっている。事業の進捗状況の検証は、全職員による前期の実施結果を踏まえて、施設内評価及び施設長会議で行われている。また、検証の結果明らかになった課題については、次期計画に提示、反映させている。		

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>施設は、事業計画の策定を、①全職員が参加するプロセスマネジメント手法による「業務の反省と改善事項」の提案、②ライン会議（施設長・業務係長・寮棟主任）における年度の業務反省と次年度事業計画（案）の作成、③全職員による協議・確認・提言、④ライン会議の次年度事業計画（案）の再作成、⑤中山の園グループの施設長会議における審議・承認、⑥法人本部の審議・承認の順で行っている。施設では、毎月の職員会議をベースに実施状況の評価や見直しを行い、職員の理解を促す取組を実施している。</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>施設は、前述の理念・基本方針の周知に向けた取組と同様、事業計画を施設内に掲示するだけでなく、利用者に対してはイラストやルビあるいは平易な文言を活用して印刷物や「こぶしだより」に掲載している。また、自治会総会や個別面談で障がい等による理解力に配慮した説明を行い理解を促している。家族に対しては総会で「こぶしだより」を配付して説明を行い、総会欠席者には「こぶしだより」の送付や来所時の説明により理解を促している。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p>評価者コメント8</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ているが、十分に機能していない。</p> <p>法人は、全ての施設・事業所に対し「福祉サービス第三者評価ガイドライン」に基づく自己評価（毎年）と外部評価機関による第三者評価の受審（3年に1回）を義務付けている。こぶしは、職員提案や職員の業務反省をベースにライン会議（施設長・業務係長・寮棟主任）でサービス内容の検討、評価作業を行い、「サービス改善計画」を策定している。しかし、少ない職員体制による変則勤務のため全職員が集合できる会議時間の確保が難しく、ミニ会議や業務反省記録の積み上げによる検証作業となり、取組は十分に機能していない。さらなる工夫を期待したい。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p>評価者コメント9</p> <p>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。</p> <p>施設は、9月から翌年9月までの評価期間を設定し、自己評価及び第三者評価で明らかになった課題を「サービス改善計画」としてまとめている。内容は、実施結果を踏まえて、課題の整理、把握及び改善方法、改善期間、改善担当者を明記した具体的な計画となっている。平成30年度は、増加する転倒による骨折事案に対応するための健康活動内容の見直しや、自治会活動への参加意欲を高めるための役員会の開催等に関する助言を優先的に行っている。また、高齢化等により多様化する利用者に応じたマニュアルの見直しを実施している。今後は、更なる職員同士の共通理解の工夫を期待したい。</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。</p> <p>施設長は、職員に対しては、年度始めの職員会議において施設の経営方針や取り巻く経営環境及び事業の重点項目等について説明している。さらに、毎月の定例の職員会議で事業の進捗状況や課題及び方策等に言及し指導、助言に努めている。自らの役割と責任については事務分担表に明示している。利用者や家族に対しては、「こぶしだより」への所感の掲載や総会での説明により理解を図っている。緊急時の不在に伴う権限委任等については、「事故・緊急時対応マニュアル」に明示している。</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。	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。</p> <p>施設長は、法人所管の施設長研修や各種の外部研修に積極的に出席し、法制度の動向や改正への理解に努めている。職員に対しては、外部研修で学習、把握した内容を職員会議や内部研修で説明し、また、定例の職員会議で法人職員の基本テキスト「手にして未来」の唱和を行う等により理解を促している。さらに、人権侵害に関する自己チェック(毎月)、コンプライアンスの自己チェック(年2回)を実施し、その集計結果の分析に基づいて施設長としての実務を踏まえた法令遵守のコメントを加え、積極的な取組を行っている。</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。</p> <p>施設長は、法人の義務付けによる福祉サービスの質の現状を評価・分析するために自己評価を毎年実施し、第三者評価も3年に1回受審している。把握した課題については、実施方法や期限を定め「サービス改善計画」に具体化している。また、職員の意見を反映するための職員提案や利用者の要望を反映するための満足度調査にも取り組んでいる。職員の知識や技術の向上については、施設所管のOJT及びコミュニケーション機会の積極的な確保を第一義として取り組んでいる。また、定期的面接により個別の人材育成計画や教育研修計画の作成に指導力を発揮している。</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。</p> <p>施設長は、年度始めの職員会議で「中山の園グループ」の今年度の基本方針である①顧客本位、②能力の向上、③前向き姿勢、④説明責任、⑤コミュニケーションの5項について具体的に説明し施設運営の主体者たる意識の醸成を図っている。また、職員や利用者及び身元引受人への満足度調査あるいは職員提案や職員のメンタルヘルスチェック結果等をもとに課題を明らかにして経営の改善や職場環境の見直しを行い、業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。</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。	b
<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いるが、それにもとづいた取組が十分ではない。</p> <p>法人は、法人の中長期計画に、福祉人材に関する基本的な考えとして①人材の確保、②人材の育成、③働き甲斐のある職場づくりの3方針を明記している。福祉サービスの提供に係る専門職の確保のために、資格取得の奨励、促進や教育研修制度、個别人材育成計画を法人として推進している。また、効果的な人材確保策及び職場定着策として非正規職員の正規職員への挑戦を可能とする一般職制度や地域職専門員制度を整えている。しかし、施設では今年度1名の欠員状態にあり、中山の園グループとしても欠員状態が続いていることから、人材の確保の取組は十分ではない。さらなる取組を期待したい。</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、期待する職員像として「優しい心、高い専門性、強い責任感と自制心を持ち、向上発展する職員」と定め明示している。人事考課は、法人が定める職務定義、職務基準による能力評価や職員自身による自己評価及び上司評価や施設長評価を実施して行っている。平成25年度から非正規職員の人事考課制度を導入し、非正規職員の育成と定着に向けて取り組んでいる。「人材が財産」であるとの基本方針の下、教育研修制度、人事考課制度、目標管理制度を有機的に連動させ、総合的な人事管理を実施している。</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>法人は、法人の施設事業実施計画に①ワークライフバランスへの配慮、②自己啓発の促進、③風通しの良い職場づくりの3項を掲げ具体的な取組を進めている。施設では、職員の就業状況や意向は、勤務実績記録簿等の労務データの定期的なチェックや定期面談及びミーティング等で把握している。把握した課題は、職員会議やライン会議に諮り働きやすい職場環境づくりに反映させている。また、法人としてメンタルヘルスケアの推進担当者を設置して保健師による心の健康づくり相談日(月1回)を開催している。有給休暇制度等の一覧表を示して積極的な取得を促し、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
----	------------------------------------	---

評価者コメント17

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。
法人は、「期待する職員像」を明確にし、目標管理制度等を定め職員の育成を推進する仕組みとしている。施設では、年度当初の職員による「目標管理シート」の作成から始まり、係長及び施設長による目標設定面接や中間の進捗状況確認・評価面接、そして年度末の施設長による評価決定面接が行われている。評価決定面接においては、職員の目標達成確認と次年度に向けた助言・指導を行い人材育成に努めている。非常勤職員については、目標管理制度は適用せず、「面談表」による面接を行い業務目標の設定やスキルアップ等に取り組んでいる。

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
----	--	---

評価者コメント18

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。
法人は、職員の教育・研修に関する基本方針を法人の掲げる「期待する職員像」を踏まえ教育研修制度実施要綱、実施要領に明記している。「個人人材育成計画」の作成を踏まえ、法人所管研修、外部研修、施設所管研修、自己啓発研修(資格取得・自主研究)に体系化して実施している。施設では、平成30年度は、内部研修を12回実施したほか、18コマの外部研修に参加し、外部研修受講後は報告の機会を積極的に確保し研修成果の均霑(きんてん)を図っている。

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
----	--------------------------------------	---

評価者コメント19

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。
施設では、職員一人ひとりの「職員研修履歴カード」により「免許・資格の取得状況」、「主要な専門研修受講歴」、「法人所管研修の受講歴」を把握し職員のキャリアパスを目指す「個人人材育成計画」の作成に反映させている。個別計画は5か年を目標にし、毎年度本人と業務係長や施設長との面接により評価・見直しを行っている。平成30年度は、全職員が職場研修及び外部研修を1回以上受講している。新任職員については、個別に専任担当者を定め約6か月間の研修プログラムにより基礎的知識と業務内容等の修得支援に取り組んでいる。

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。 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
----	--	---

評価者コメント20

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。
法人は、実習生等の受入れについて「実習生受入要綱」を定め、施設は「こぶし施設実習生受入要領」を定め基本姿勢を明示している。また、「実習生受入マニュアル」及び実習生の専門職種に対応するための研修プログラムを随時作成する体制を整えている。しかし、毎年2名以上の受入計画となっているものの、昨年度は1名、今年度においてはゼロの状態であることから、積極的な取組に至っていない。大学、専門学校、職業訓練校等への積極的な働きかけを期待したい。

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
----	---------------------------------------	---

評価者コメント21

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。
法人は、ホームページ等を活用し法人及び各施設・事業所の諸情報を一体的及び定期的に更新し公開している。中山の園グループや施設においては、広報誌「中山の園だより」及び「こぶしだより」に理念・基本方針はもとより事業内容や財務状況及び苦情や相談の内容、対応結果、改善状況を掲載し、利用者、家族、地域住民、ボランティア、関係機関等に公開している。また、内部評価及び第三者評価機関による外部評価の結果を公開し、運営の透明性を図っている。

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
----	---	---

評価者コメント22

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。
法人は、施設の事務・経理・取引等に関する権限と責任を庶務管理マニュアルや職務分担表及び法人職員の基本テキスト「手にして未来Ⅱ」に明記し職員に周知している。特に、経理事務については中山の園グループ及び法人事務局と連携を密にし公正かつ透明性の高い処理を行っている。さらに、法人監事(税理士・福祉行政経験者)による定期の経理監査や事務指導及び外部の監査法人による監査を受検し、指摘された是正改善事項に積極的に取り組んでいることは評価される。

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。 法人は、中長期計画に地域との関わり方の基本姿勢を掲げ、施設は事業の重点項目に地域住民との交流促進を明示している。平成30年度は、利用者の要望に応じて毎月2回の買物、外食、余暇活動等の外出、地域サークル「童謡・唱歌を楽しむ会」への参加、老人保健施設での窓ふきのボランティア活動、地元団体の主催する農業まつりへの参加、奥中山高原駅での利用者の作品展示等に積極的に取り組み、利用者と地域住民との交流促進を図っている。</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。	b
<p>評価者コメント24</p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 施設は、「こぶしボランティア受入計画」にボランティア受入れに関する基本姿勢を明示している。また、岩手県社協ボランティア市民活動センター事業の「ボランティア体験プログラムinいわて」の受入先として門戸を開放している。しかし、昨年度もボランティアと利用者との交流を図ったものの受け入れたボランティアは少人数にとどまり、また登録していたボランティア団体が活動を休止したこと等により受入人数は減少し、今年度も同様の傾向にある。高校生や大学生及びボランティア団体等への積極的な働きかけを期待したい。</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。 中山の園グループでは、圏域の機関・団体・障がい者施設・福祉関係施設等が機能別に分類され連絡先を記載した「二戸圏域サービスマップ」を整備している。援護実施者や広域圏内の病院及び入所施設や相談支援事業所あるいは関係する行政担当者等との情報交換や支援会議を開催し、社会的入院者等の受入にに取り組んでいる。また、福祉施設関係者、学校、民生委員、警察、労働組合関係者等を構成メンバーとする「中山の園施設運営協議会」を開催し施設への理解を促す等、関係機関との連携が適切に行われている。</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。	b
<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行っているが、十分ではない。 中山の園グループにおいては、二戸地区自立支援協議会や県北ブロック障がい者福祉協議会への参加あるいは中山の園運営協議会を開催し福祉ニーズの把握に努めている。施設においても、知的障がい者等の短期入所事業や虐待ケースの緊急措置受入を実施し福祉ニーズの把握に努めている。しかし、地域へ出向いての相談事業の実施や地域イベントへの参加あるいは専門性を活かした勉強会や講座等を主催しての地域の福祉ニーズを把握する取組は十分ではない。さらなる取組を期待したい。</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。	b
<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・活動が十分ではない。 中山の園グループでは、岩手県社協障がい者福祉協議会県北ブロック協議会会員との災害時相互支援協定同意書の交換や岩手県社協社会福祉法人経営者協議会の推進する「IWATE・あんしんサポート事業」に参加している。しかし、中山の園グループの専門性やスケールメリットを生かした公益的な事業、活動による地域コミュニティの活性化やまちづくりに向けた地域貢献活動は十分ではない。さらなる取組を期待したい。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	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。理念及び基本方針に利用者を尊重した基本的姿勢が明示され、組織内での共通の理解をもつための研修会の開催や、個々の福祉サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアル等に反映されている。また、利用者を尊重した福祉サービス提供に関する取組として、職員の行動指針を示したテキストの通読や「人権侵害に関する自己チェック票」の活用等により、定期的に状況の把握・評価を行っており、利用者の尊重や基本的人権への配慮について必要な対応を図っている。</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</p> <p>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。</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程や施設のプライバシー保護マニュアルを整備して、それぞれの場面において想定されるプライバシーへの対応方法についてまとめている。また、職員による「人権侵害に関する自己チェック票」の活用等により、プライバシーに配慮する定期的な評価を行って必要な対応が図られている。しかし、個室や部屋の仕切りなど、可能な限り一人ひとりの利用者にとって生活の場に配慮した快適な環境の提供や、利用者のプライバシーを守れるような設備面の工夫などについては十分とはいえない。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		第三者評価結果
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<p>評価者コメント30</p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。</p> <p>利用希望者への情報の提供については、法人ホームページに写真や絵を使用して分かりやすさや見やすさに配慮し、希望するサービスや地域から施設を探すことも可能であり、月2回の更新も行っている。また、利用希望者のために、「在宅障害者等体験利用事業」を整備し、利用希望者についても短期入所を活用して丁寧に対応しており、利用希望者が施設の生活や提供可能なサービスを体験できる貴重な機会となっている。しかし、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病院等の関係機関に提供しているが、その内容等の定期的な見直しや検討することがないので、より良い内容を目指すことが求められる。</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。	b
<p>評価者コメント31</p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>サービス開始時には利用契約に必要な重要事項の説明を行って利用者や家族から同意を得ているが、組織が定めた説明手順や内容の様式が十分でない。利用者から同意を得るための経過や利用者や家族等への説明内容が具体的に記録された書面が十分ではない。また、理解が難しい利用者に対してはルビをふる等、理解しやすいように工夫もされているが、十分な理解を得ているか疑問であり、当事者に合わせるためにどうするか検討の必要がある。</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
<p>評価者コメント32</p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。</p> <p>他の事業所や地域への移行に当たっては、利用者や家族の意向を踏まえて組織が定めた手順、様式に基づいて担当者が引継文書を作成している。状況により直接引継ぎを行うなど、関係機関との連携も十分に行われている。また、職員によってはばらつきが生じないよう、引継内容(基本情報、心身状況、サービス実施上の留意点等)を工夫して、スムーズな移行となるように取り組んでいる。サービスを終了した移行後の相談等についても、利用者や家族に説明と文書を渡して伝えるなど継続性に配慮して対応している。</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。	b
<p>評価者コメント33</p> <p>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。</p> <p>利用者満足を把握する目的で、満足度調査実施要綱に基づいて利用者からは年2回(10月、2月)、家族には年1回の満足度調査を実施し、その結果を広報紙でも公表している。利用者への個別面接や利用者懇談会等でも利用者満足の見点で取組を行い、調査結果の公表や対応についても説明している。今後は、満足度調査項目の検討や調査結果を分析・検討する委員会等の設置など、満足度調査の結果を具体的にサービス改善に結びつけていく体制づくりに工夫が求められる。</p>		
III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		第三者評価結果
34	III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<p>評価者コメント34</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>苦情解決の仕組みは、こぶし苦情解決事業実施要綱及び苦情解決マニュアルが整備されており機能している。また、利用者が苦情を申し出やすいように食堂に意見箱の設置や、なんでも相談日を月1回設けている。利用者から寄せられた苦情内容は、受け付けた職員が苦情受付・経過記録簿に記載の上、第三者委員へ報告し、苦情解決委員会を設置して内容や対応方法の検証をしている。解決結果等についても利用者へ文書と説明で回答している。</p>		
35	III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p>評価者コメント35</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境を整備されているが、そのことを利用者へ伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>なんでも相談を毎月第3火曜日を基本に設定し、ライン職員が中心となり利用者からの相談に応じている。また、年3回外部相談員によるなんでも相談及び看護師・栄養士による相談も設けている。なんでも相談日のお知らせは、開催日に合わせて掲示して利用者へ周知している。しかし、相談場所については、相談室などを利用者の個室に変更したため、食堂で実施している。物理的には配慮しているものの、相談をしたり意見を述べやすい適切な場所であるかどうかを検討しているところであり、限られた環境の中で苦慮しているところである。</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</p> <p>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>利用者から寄せられた相談や意見に関してはライン職員が必ず目を通し、職員の対応の適切さや緊急性の有無を判断している。また、相談・意見の内容は年3回開催している苦情解決委員会において報告し、苦情に該当すべき事案かどうかを再度検討している。寄せられた意見等は文書で回答し説明も行っている。しかし、施設では利用者からの相談や意見が苦情解決の仕組みと一体的に運用しているため、苦情解決のみならず、本評価基準でいう利用者からの相談や意見、要望、提案等への対応についても仕組みを確立することが重要であり、対応マニュアル等の整備が必要となる。</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</p> <p>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>リスクマネジメント取扱要領に基づいて、職員はサービス場面において、事故につながりかねない事態についてはインシデント・レポート、事故発生についてはアクシデント・レポートを作成している。レポートはリスクマネジャー(寮棟主任)及びゼネラルリスクマネジャー(施設長)が目を通し、今後の対応方法やポイントを助言している。レポートは発生日の朝礼、夕礼、職員会議で周知するとともに、重大なアクシデントに関しては対策会議で取り上げて対応している。今年度からインシデント・レポート様式を一部変更し、収集した事例を基に、職員の参画の下で発生要因を分析するとともに、リスクマネジメント委員会において改善策や再発防止策を検討、実施する等の取組も行われている。</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
<p>評価者コメント38</p> <p>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。</p> <p>感染症対策は中山の園グループ共通の感染症対策マニュアルがあり、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。感染経路別の予防策や発生時の対応手順が適切に講じられ、明示されている。感染症発生時には対象者をできるだけ隔離し、面会者にも手洗い・うがいの励行を呼びかけている。研修については、定期的な職員教育を年2回以上実施することがマニュアルに示されており、職場研修で学んでいる。利用者に対しても感染症への注意喚起に努めている。</p>		

39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	a
<p>評価者コメント39</p> <p>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。</p> <p>毎年度作成する施設の「防災訓練計画」に基づいて毎月防災訓練を実施し、報告書には実施状況と反省点を記している。災害時の職員体制や避難先も予め定めており、食糧や備品類の備蓄リストも作成し管理している。食糧は施設で3日分確保するとともに、給食の業務委託先から提供される非常用献立等の仕組みも整えている。また、中山の園グループにおいて、事業継続が困難となるおそれのある地震、雪害、風水害をはじめとした自然災害や、集団感染などに対処していくために、「事業継続計画(BCP)」を策定して利用者の安全と生活の場を確保して必要な支援をしていくための総合的な対応体制も構築されている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
-------------------------------------	--	---------

40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
----	---	---

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。

標準的な実施方法は、「日常生活業務支援マニュアル」に基づきサービスが提供されている。マニュアルは食事、服薬、入浴、排泄等場面ごとに作成されており、支援内容や手順に加えて支援上の留意事項が利用者別に記されている。個別支援計画は標準的な実施方法に基づいて作成しており、定期的な期間にモニタリングもされている。個別の留意点や支援内容が変更される度に支援マニュアルも更新する仕組みもあり、サービス水準の標準化と連続性を図るよう取り組んでいる。

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
----	---	---

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。

標準的な実施方法及び利用者個別の留意事項の見直しは定期的(6か月ごと)に実施されるほか、毎月開催する職員会議において必要に応じて検証し、見直しを行っている。サービス計画の検証、見直しは、個別的な福祉サービス実施計画の内容に反映され、変更の度に更新される仕組みになっている。

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
----	--	---

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。

サービス実施計画(個別別支援計画)策定に当たっては、個別支援計画等策定手順マニュアルがあり、策定するための基本的な視点や留意点、手順を定めている。実施計画策定において重要となる具体的なニーズについては、援助の必要度に関する評価表(アセスメント)による調査や、利用者との面談や日々の支援状況から把握するよう努めている。実施計画策定の責任者をサービス管理責任者と位置付け、さまざまな職種の関係職員が参画してアセスメント、計画作成、見直しにも関わっている。実施計画は利用者本人(又は家族)に説明し、要望や意見を反映させるように配慮している。

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。	a
----	--	---

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。

個別支援計画の見直しについては、個別支援計画等策定手順マニュアルの中にモニタリングの実施や中間評価、計画の修正、再アセスメントの実施、変更等についての定めがあり、手順に沿って実施している。利用者(又は家族)を交えてのモニタリングは6か月ごとに実施し、毎月の支援計画の確認として管理表を取り入れ、見直し内容は職員会議で評価・修正し、個別支援計画を変更・更新している。

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
----	---	---

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。

実施状況に関する記録は組織の規定に従った統一した様式によって記録され、記録内容に差異が生じないよう、記録の意義や書き方も示している。実施状況については、担当者が月末に実施計画の進捗状況を整理し、計画の見直しに生かすよう努めている。また、記録は多職種(看護師等)も参入できるように、パソコンのネットワークシステムにより情報の共有化も図られている。

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。 利用者の記録の保護については、個人情報保護マニュアルに基づき保護と情報開示について定め、記録の管理については文書の整理、保管及び保存に関する取扱い要領に添って管理している。また、職員による「コンプライアンス自己チェックシート」を用いて個人情報保護の保護に関して定期的に振り返りを行っている。個人情報の取扱いについては、利用者や家族にも重要事項説明書により説明している。職員に対しては、職員研修において記録の管理方法や取扱いを周知している。</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。	b
<p>評価者コメント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が、十分ではない。 施設の当年度の重点項目に、「意思決定支援と本人の希望する暮らしの推進」掲げて、利用者自らの意思が適切に反映される取組を周知している。利用者の希望を尊重し、衣類の購入や月2回の外出、スマートフォンの所持、喫煙などの要望に応じて支援を行っている。施設の生活に関するルール等は、毎月の自治会例会を開催し利用者同士が話し合う機会としている。利用者の1人ひとりの合理的配慮は、食事の際に他の利用者の視線が気になる際の席の移動、食事や入浴等の日常生活支援において個々のマニュアルに個別の配慮を記載し支援を行っている。今後は、個別支援のアセスメントを受けた、一人ひとりの合理的配慮が個別支援計画に盛り込まれることが望まれる。</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 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。 権利侵害の防止と早期発見の取組として、毎月人権侵害自己チェック、コンプライアンス自己チェックを行い施設長が点検確認し、会議において職員にフィードバックを行っている。身体拘束を行う際の法人の要綱や施設の要領が定められている。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。また、職員が取り組んでいる権利侵害自己チェックを利用者にも公開するなど、権利侵害の防止等のための具体的な内容・事例を利用者に提示する取組が求められる。</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。	b
<p>評価者コメント3 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。 利用者一人ひとりの自律・自立に配慮した個別の支援は、日常生活支援マニュアルに「利用者支援の留意事項及び助長点」の欄を設け個別の配慮を記載し行っている。利用者自身での洗濯機の使用や洗濯干し等、可能な限り生活面で自己管理を行うように支援している。日常生活場面における配慮事項や支援体制については、毎月の日中活動会議や職員会議、毎日の引継ぎ時に検討を重ねている。選挙等の行政手続きは、複数の職員で利用者を確認し投票できるよう支援している。成年後見制度の利用についても、利用者のニーズに沿って家族にも説明している。訪問調査の昼食場面において、ジュースのバックにストローがセットされていたが、職員が画一的にストローを外しパックに差し込んでいたことから、利用者が自力で行えるような見守りの姿勢が望まれる。</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 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。 聴力が低下している利用者には、個別のコミュニケーションへの支援が個別支援計画に盛り込まれ支援を行っている。具体的な支援では、手話や職員と共通のサインなどで、コミュニケーションが図れるように日々工夫している。意思伝達に制限のある利用者には、日常生活場面の写真カードや絵を数十枚準備し意思を確認したり、手話（ジェスチャー）を活用して理解しやすく工夫している。掲示する際には、漢字にルビを振ったり、大きな字にしたり、写真や絵を活用し分かりやすく工夫している。高齢で聞こえの力が低下した利用者には、補聴器を使用している。</p>	

A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援として相談等を適切に行なっている。	a
<p>評価者コメント5 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 利用者が職員に話したいことを話せる機会は、月1回のなんでも相談日を設定し取り組んでいる。日々の生活の中でも相談などについては毎日の朝礼、夜の集い、自治会例会でも利用者から話を聴く機会を設けている。利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明の取組は、希望外出の行先調査、セレクトメニューの選択、自治会選挙、買い物の際には必要なものをあらかじめ話し合い、店に行き購入できるようにしている。利用者の相談内容は、個別支援計画の定期的なモニタリングにおいて反映する取組を行っている。</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。 毎月、日中活動計画(生活介護)を作成し、月の活動内容が一覧でわかるようにしている。施設の業務改善活動実施計画において、活動の固定化やマンネリ化にならないように配慮し、利用者の積極的な参加やメニューの多様化の工夫を行っている。お楽しみメニューを設定し、利用者の希望に応じたメニューを選定できる日を設けている。個別支援計画には、日中サービス(生活介護)支援計画として、支援内容等の検討・見直しを行っている。 利用者の意向を反映した活動は、自治会の定例会、満足度調査等から希望を把握し、利用者が主体的に企画・立案できるように職員は側面から助言や支援を行っている。</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。	b
<p>評価者コメント7 利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。 精神障がい、発達障がい等のある利用者が多く、職場研修や外部研修に参加して理解を深めている。支援に当たっては、毎月行われる職員会議でも支援方法等の検討と共有を行っている。利用者間の調整については、相性の合わない利用者同士の刺激を避けるために食事席の工夫など、日々の支援の中で随時行い、会議やタレなどで周知を図っている。行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援方法の検討・見直しにおいて医師との連携は行っているが、定期的なスーパービジョンを導入することも望まれる。</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。	b
<p>評価者コメント8 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。 日常生活支援マニュアルに沿って、食事・入浴・排泄・移動等の支援がされている。さらに配慮の必要な利用者の生活支援は、日常生活支援マニュアルに「利用者支援の留意事項及び助長点」の欄を設け個別の配慮を記載し行っている。利用者の心身の状況に応じた食事の提供や支援等は、利用者の参加する定期的な給食委員会で取り組んでいる。日常的な生活支援は、個々の心身の状況に応じた取組を行っているが、アセスメントに基づいた個別支援計画に生活場面ごとの支援の記載がないことから、個別支援計画の記載において工夫検討が望まれる。</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。	b
<p>評価者コメント9 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。 施設が老朽化しており、エアコンを設置している場所もあるが、一部居室では適温が保たれないところがある。トイレや浴室は、のれん使用によりプライバシーの配慮をしているが、居室については、間仕切りによる危険を考慮し取り付けていないところがある。利用者がいない場合、短期入所用個室を一時的な利用居室として設定している。満足度調査を年に2回実施し、利用者の意向を確認して改善するようにしている。トイレに対する要望・意見が多く、洗浄便座の設置も望まれる。</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。	a
<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。 特別に機能訓練が必要な利用者には、作業療法士のアドバイスを受けて個別支援計画に支援内容を盛り込み機能訓練・生活訓練を行っている。定期的にモニタリングを行い、機能訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。利用者の健康維持・増進のため、個々の利用者の健康活動個別メニュー(いきいき体操やバランスボール、ストレッチ、踏み台昇降、ウォーキング及び嚙下体操等)を日常生活の中にプログラムとして用意し実施している。</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</p> <p>利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p> <p>利用者の健康状態の把握は、「健康チェックカード」を通して行っている。毎朝、中山の園配置の看護師の巡回があり、その際に個々の利用者の健康チェックを行っている。管理については、医師や看護師の連携の下に実施されている。血圧測定や検温などは、個々の利用者の心身の状況や抱えている疾患に応じて実施している。利用者個々の「健康のまとめ」を作成し、服薬状況や検査結果、通院処置状況が把握できるようになっている。健康相談は、なんでも相談において、看護師による健康相談を実施している。</p>		
A⑫	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。	b
<p>評価者コメント12</p> <p>医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。</p> <p>中山の園配置の看護師が、利用者の通院調整を行っている。診察や通院に基づいた服薬管理や疾患の管理も看護師が中心となり行っている。健康管理支援マニュアルには、日常的な健康管理の他に入院時の対応などが記載されている。緊急時の通院対応などは、「緊急対応マニュアル(平日・休日・夜間)」に定めて取り組まれている。医療的な支援に関する研修として、毎月会議の中で服薬に関するロールプレイを行い、誤与薬防止の取組を行っている。多様な医療的支援を必要とする利用者が多く入所しているが、実施についての考え方(方針)は、健康管理支援計画に支援方法は記載されているものの利用者の健康に関する中心となるものが、年度の重点項目や年度の支援計画にも盛り込まれることが望まれる。</p>		
2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
A⑬	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。</p> <p>社会参加への支援については、利用者の希望に応じた定期的な外出や買い物引率に取り組んでいる。同様に本人の希望により、地域の理髪店や喫茶店等を利用できるよう支援をしている。地域との交流や行事の参加として、「ぶなの風奉仕活動」や童謡の歌の会に参加する取組を行っている。交通ルールなどを学ぶ機会として、警察官を講師とした交通安全教室の開催などを実施している。</p>		
2-(7) 地域生活への移行等		第三者評価結果
A⑭	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。	a
<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。</p> <p>地域生活に必要な社会資源に関しては、「広報いちのへ」を掲示して地域の情報が得られるようにしている。地域生活への移行や地域生活のための支援は、定期的な個別支援計画のモニタリングにおいて地域移行希望者の確認を行っている。また、地域の相談事業所や関係機関と連携を図り、支援の確認を行っている。</p> <p>希望する利用者には、共同生活事業所の職員による学習会及びグループホームの見学会を実施している。</p>		
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
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。	b
<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が、十分ではない。</p> <p>利用者の生活状況等の家族等への報告は、定期的な個別支援計画のモニタリングにおいて面会日等に意向を聴き取り、行っている。利用者の自宅への帰省や外泊は、申出があった場合は家族等と調整を行っているが、親の高齢化などにより特定の利用者が行うに留まっている。施設では、家族等と意見交換する機会として「こぶしの会」を設けている。しかし、総会への参加者が少なく課題となっている。施設では、施設管理預入金の残額確認と併せて家族等へ郵送で生活状況を報告しているが、家族等との連携や家族支援についての工夫が望まれる。</p>		

A-3 発達支援

3-(1) 発達支援		第三者評価結果
A⑯	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
評価者コメント16		

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		