

(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: 太白荘	種別: 救護施設	
代表者(職名) 氏名: 園長 浅野保智	定員・利用人数: 100名	
所在地: 宮城県仙台市太白荘旗立2丁目3-1		
TEL: 022-245-3721	ホームページ: <a href="http://www8.ocn.ne.jp/~taihakus/">http://www8.ocn.ne.jp/~taihakus/</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日: 昭和37年4月1日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等): 宮城県社会福祉協議会・会長 鈴木隆一		
職員数	常勤職員: 27名	非常勤職員: 2名
専門職員	(専門職の名称: 名)	精神保健福祉士: 1名
	栄養士: 1名	生活支援ワーカー: 20名
	看護師: 2名	
	主任指導員: 1名	
	指導員: 1名	
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)	(設備等)
	居室定員2人: 56室	

### ③理念・基本方針

生活保護法に基づき、利用者の日常生活の安心・安全を確保するとともに、日常生活の自立や地域生活移行の実現を目指し、利用者主体のサービスを提供します。

さらに、自主運営の施設として責任をもった経営を基本とし、経営分析や必要な検証・改善を行い、業務の効率化・経営の安定化を図ります。

### ④施設・事業所の特徴的な取組(サービス内容)

施設の利用者本人が生活の主体者として自己を表現し、直面する課題に挑戦する力の増進に努め、地域の一員として生活できるように支援します。

平成15年6月より、施設入所形態をとりながら借家を利用した地域での生活を行う「自立生活訓練事業」にも取り組んでいます。また、介護サービス型共同生活援助事業所(たいはくホーム)

を設置しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 7 月 18 日（契約日） ～ 平成 30 年 1 月 19 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3 回（平成 26 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

○ 事業経営を取巻く現状や課題等の周知と解決に向けた取組

今後の社会福祉法人のあり方や救護施設を取巻く状況については、関係機関が主催する会議等で情報収集するとともに、法人のあり方検討委員会や経営会議と連動して行っている施設の事業自己評価を通し、施設運営に係る課題等が把握されている。

なお、明らかになった経営課題への取組みとしては、業務の効率化を目指した適正な職員配置の検討や、女子入所者の減少に伴う利用料収入の減少に歯止めを掛けるため、男女混合棟を開設して入所定員の充足を図る等である。

また、経営会議や事業自己評価等の進捗状況については、全体会議等で職員に周知されているほか、施設の収支状況に係る月次報告を通して経営状況や経費節減に関する職員の理解を促すなど、施設全体で効率的な施設運営に努めている。

◇改善が求められる点

○ 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規定・マニュアルの整備

法人の倫理綱領や施設の具体的行動計画の中で利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護への配慮を明記し、虐待防止マネージャーも配置している。また、利用者の生活支援マニュアルの中の排泄支援や入浴支援等にプライバシー保護への配慮が明記されている。しかし、施設として、プライバシー保護や虐待防止等に関する規定・マニュアルが未整備であり、提供するサービスの質を高めるためにも規程やマニュアルの整備が求められる。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

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【太白荘】

### 評価対象I 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		第三者評価結果
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント1</p> <p>法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。  「誰もが身近な地域で安心していきいきと暮らせる地域づくり」を法人の理念に据え、「権利擁護の推進」「セーフティーネット体制の構築」「福祉従事者の確保、及び資質の向上の支援」「地域福祉を推進する機関等との連携・支援」を経営方針としている。また、平成29年4月に『利用者の安心安全の保障と共に「地域との共生」を目指し、各事業を展開します。障害の種別を問わず一人ひとりが自分らしく安心して暮らせる地域のセーフティーネットとして機能することを方針とします。』とした施設の基本理念を策定するとともに、施設の基本方針や重点目標及び五項目の施設方針(職員憲章)を定め、ホームページ、広報誌、パンフレット等で周知している。ただし、職員に対しては書面に基づき全体会議等で説明しているが、周知状況の検証は行われていない。また、利用者に対しては施設内掲示や口頭で説明しているが、十分な周知が成されているとは考えにくいので、わかりやすい資料等を作成して説明することが望まれる。</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。	<b>a</b>
<p>評価者コメント2</p> <p>事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。  救護施設を取巻く経営状況については、全国救護施設協議会や東北救護施設協議会の研究協議会や施設長会議等に参加することによって把握するとともに、今後の社会福祉法人のあり方や生活困窮者自立支援法等の動向等についても情報収集し、法人のあり方検討委員会や施設における事業自己評価において経営環境や経営状況の分析等を行い、その結果については次年度の事業計画に反映させている。また、関係機関や他団体等が主催する研修会等への参加によって得られた福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関するデータ等についても、全体会議や研修会で伝達し周知を図っている。さらに、施設の収支状況や利用状況等を四半期毎に資料にまとめ、全体会議で職員に周知し共有化を図っている。</p>		
3	I-1-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント3</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。  法人の中長期経営計画や年度計画の進捗状況を評価・見直し等を行う仕組みが整備され、経営会議等で法人や施設の経営状態をマネジメントしている。また、施設のあり方検討委員会や運営会議等においても事業自己評価や予算収支状況等を分析し、経営課題等を明らかにして次年度以降の事業計画や予算等に反映している。経営課題の解決に向けた具体的な取り組みとしては、適正かつ効率的な業務運営を推進するための職員配置状況の検討や、女子入所者の減少による入所率の低下や利用料収入の減少に対応する男女混合棟の設置等があげられる。なお、経営状況の評価・分析の進捗状況や明らかになった経営課題等については、全体会議等で職員に周知されている。</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。 当施設の中長期経営計画は、安定的な法人経営を目指すことを命題として策定された宮城県社会福祉協議会中長期経営計画(平成22年3月策定)とそのアクションプラン(平成23～32年度)の中に構成されている。また、施設の方向性や今後の対応については、救護施設における「地域生活移行支援」「セーフティーネット機能の位置づけ」「精神障害者への対応等」としているほか、事業移譲や必要な職員体制及び入所率の指標等をビジョンに掲げている。なお、施設のあり方検討委員会で事業計画の進捗状況を評価分析し、その結果を法人に報告することが義務付けられているほか、年1回施設長と役員による面談によって進捗状況を確認し、運営課題等を掘り下げながら計画の見直し等を行っている。</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。 当施設の単年度事業計画は、中長期経営計画とアクションプランに基づいて策定されている。計画にはアクションプランを組み込むとともに、「セーフティーネット機能の発揮」と「日中活動の充実」を重点項目に掲げ、具体的な取組計画が明記されている。なお、重点項目の進捗状況等については、上半期と下半期の2回に分けて実績を評価する仕組みとしている。また、施設の入所率100%、月間一時入所30人、地域移行者2名を数値指標に掲げるとともに、施設運営に係る12の大項目についても、それぞれ具体的な取組内容や数値目標等が明記されたものになっている。</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。 事業評価については、収支、職員配置、入所率、目標達成度、外部・内部環境の課題、外部の意見等を詳細に記述する評価書類に基づいて行っている。施設が立案した計画については、法人の事務局長、役員ヒアリングを経て1月に修正を施して再提出し、3月に成案として理事会・評議員会に諮り決定している。また、事業の進捗状況については施設内評価を実施し、四半期毎に法人本部に報告することとしている。なお、事業計画の策定や評価・分析については各係毎に実施し、運営会議で意見集約してまとめる仕組みとしているほか、策定された事業計画の詳細については、4月中に実施する係毎の話し合いで周知され共有化することとしている。</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。	b
<p>評価者コメント7</p> <p>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。 中長期経営計画や事業計画については全職員に配布するとともに、全体会議や支援係会議等で内容の共有化を図っている。また、家族や関係者等に対しては、ホームページや広報誌等で周知しているほか、利用者に対しては各計画を施設内廊下に掲示するとともに、利用者集会等で概要を説明している。ただし、利用者向けに内容をわかり易く説明した資料を作成し、全員に配布しながら説明するといった対応はなされていないことから、十分に周知されているとは考えにくい。また、利用者アンケートやなんでも相談等で要望や意見等を把握する仕組みはあるが、それらの要望等を利用者の参画で事業計画に反映させる具体的な取組が見られないことから、これらの対応が求められる。</p>		

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p>評価者コメント8</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。 福祉サービス第三者評価については、法人のアクションプランの中で3年に1回受審することが義務付けられ、今回が3回目の受審である。また、本事業は生活支援部長をリーダーとするサービス向上委員会が担当部署になって取組む仕組みとしており、各係の全職員が参加して自己評価した結果をサービス向上委員会や全体会議に諮り、評価・分析を繰り返してまとめたものを園長及び副園長が精査して最終決定する仕組みとしている。なお、福祉サービス第三者評価を受審しない年でも自己評価することとしている。ただし、サービス評価の手順や方法を規定したマニュアルが整備されておらず、これまでの実施方法を踏襲する形で対応していることから、実施方法や手順等を明確にしたマニュアル等を整備し、PDCAに沿って継続的かつ計画的な取組みが展開していく体制を整える必要がある。</p>		

9	<b>I-4-(1)-②</b> 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>b</b>
<p>評価者コメント9          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。          当施設ではサービス評価項目の自己評価によって明らかになった課題等については、サービス向上委員会や全体会議等で評価・分析し、改善策の策定と改善に向けた取組を実施することとしている。ただし、現時点では自己評価によって課題等が明らかになったのみであり、改善策や改善実施計画の策定及び、改活活動や改善計画の評価・見直しについては第三者評価結果を受けてから取組む予定としているため、自己評価後の継続的な取組は評価できなかった。なお、自己評価等によって明らかになった課題について、福祉QCサークル活動を通して改善策を立て改善活動を実施してきた実績があることから、今後の取組に期待したい。</p>		

## 評価対象II 組織の運営管理

<b>II-1 管理者の責任とリーダーシップ</b>		
<b>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>		<b>第三者評価結果</b>
10	<b>II-1-(1)-①</b> 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント10          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。          当施設の管理者は、救護施設「太白壮」の園長と地域支援センター「たてはた」を統括する仙台西地域福祉サービスセンターの所長を兼ねている。役割や職務については事務分掌に明記され、委任・先決事務、会計責任者、契約担当者、権利擁護、危機管理等とし、所属職員を指揮監督すると定められている。また、毎月の全体会議や広報誌等で自らの役割や責任等について明らかにするとともに、園長自らが施設方針(職員憲章)を定め職員に対して周知徹底を図っている。さらに、平常時のみならず有事の際に園長が不在でも、業務管理や指揮を副園長以下の職員に委ね、不測の事態にも支障なく対応できる体制を整備している。</p>		
11	<b>II-1-(1)-②</b> 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント11          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。          法人では法令遵守規程及び要項を制定するとともに、利用者に対する権利擁護を利用者支援の基本方針に据えている。また、パワーハラスメントやセクシャルハラスメントの排除、チェックリストの活用による虐待防止の取組、身体拘束の廃止等についても法人が主導し組織的な活動を推進している。さらに、経営や労働、衛生、環境への配慮、消防防災等の幅広い法令については、全体会議や研修等で適宜職員に周知している。なお、毎朝のミーティングで倫理綱領の具体的な行動計画の読み合わせを行うとともに、順番制で職員に倫理綱領の各項目に対する解釈を述べさせている。また、全体会議等においても倫理綱領や職員憲章の遵守状況について園長から注意・喚起を図っているなど、人権や権利擁護意識の醸成に向けた取組が評価できる。</p>		
<b>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>		<b>第三者評価結果</b>
12	<b>II-1-(2)-①</b> 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント12          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。          当施設は法人の中長期経営計画に基づいて福祉サービス第三者評価を平成23年、26年、29年と3回受審し、実施する福祉サービスの質の向上に積極的に取り組んでいる。また、上述のとおり各職員に倫理綱領の解釈を発表させるとともに、園長がその遵守状況のチェックや指導を行うことにより人権擁護意識の醸成を図っている。さらに、セクハラ防止や処遇技術の向上等を目的とした施設内研修の実施や、精神障害者に対する援助技術の向上等を目的とした施設外研修等に職員を積極的に参加させている。また、施設長自らが支援困難ケースを担当し、支援方法を示しながら職員にスーパーバイズするなど、福祉サービスの質の向上と職員の支援技術の向上に高い意欲を持って施設運営に当たっている姿勢が見てとれる。</p>		
13	<b>II-1-(2)-②</b> 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント13          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。          管理者は、利用料収入の推移や水道・電気使用量等を月次でデータ化し、全体会議で職員に周知することによって会計状況の共有化を図るとともに、経費節減やエコセービング意識の醸成に努めている。また、業務改善活動に関連して要望が出されていたエアコン改修工事を施行するなど、快適な施設環境づくりにリーダーシップを発揮している。さらに、女子入所者の減少による利用料収入減に歯止めを掛けるため、男女各50名の入所バランスを取り崩した男女混合棟の設置等も先頭に立って進めている。また、妊婦や健康区分で配慮が必要な職員に対しては配置転換等で業務負担の軽減を図るとともに、短時間勤務の導入等によって働きやすい環境整備に努めているほか、産休等で不足している職員の確保に向け、法人への職員の補充要請やハローワーク等への求人活動も積極的に行って人員の確保に努めている。</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、それにもとづいた取組が実施されている。</p> <p>組織として必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方は、中長期経営計画にその方向性が定められているほか、職責と給与の等級を職務基準表に定めるとともに、業務領域については「生活支援・相談支援の領域」「事務経理の領域」「組織管理の領域」「地域福祉の領域」「専門職種の領域」に区分され、複線型キャリアパスの仕組みを構築している。また、法人が定めた人材育成基本方針のフロー図で人材育成の目的や求められる職員像を示すとともに、人材育成システムの方策等が示されている。さらに、宮城県社会福祉協議会職員研修規程で計画された研修等を受講した場合は、その内容について会議等で伝達し共有化を図っている。</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>法人の中長期経営計画に「期待する職員像」が明記されているほか、平成29年5月に改定された法人の人事考課要綱で職員の業績、職務遂行能力、職務に対する意欲・態度、組織的業務遂行の状況等の人事基準に基づいて評価している。評価結果は面談によって本人にフィードバックやアフターフォローされ、現状の職務レベルや今後伸ばすべき能力等について助言・指導が成され、その状況は面談記録に残す仕組みとしている。また、人材育成のコースを「生活支援・相談支援領域」等の5領域としたキャリアパスの仕組みも示されている。人事考課結果に対する苦情や相談等があった場合は、法人が定めた「人事評価結果等に関する職員の苦情相談処理実施要綱」で対応する仕組みとしている。さらに、宮城県社会福祉協議会「職員提案、相談・苦情受付」規程や職員身上調査書(自由意見欄)で申し出の合った意見等については、改善策が検討され本人にフィードバックされている。</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。	b
<p>評価者コメント16</p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>職員の異動希望については、年1回身上調査書の提出を受けた園長が職員と個別面談を行って意向を確認するほか、就業上の課題については法人が設置して毎月開催する衛生委員会で検討する仕組みとしている。また、有給休暇や特別休暇等の取得状況を調査し、取得を奨励しているほか、時間外労働の状況把握を行い、労働過重にならないよう配慮している。なお、妊婦や健康区分で配慮が必要な職員に対しては、状況に応じて負担軽減のための配置転換や、短時間労働での対応等も行っている。また、産業医が年2回ほど施設を訪問して健康相談実施しているほか、施設環境に対する助言等を行っている。さらに、職員健康診断を毎年実施し、要再検査者に対しては精密検査の受診を促している。ただし、福利厚生は宮城県職員互助会に正規職員が加入しているものの、非正規職員に対する福利厚生は未整備であることや、前述のとおり慢性的な欠員状況が職員の労働過重やストレスを高めていることから、これらの改善が求められる。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p>評価者コメント17</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。</p> <p>法人の中長期経営計画に「期待する職員像」を明示するとともに、職員研修規程(平成27年改定)や職員育成基本方針のフロー図で階層別研修等を体系化している。また、新任職員に対しては個人研修計画を作成し、継続的なOJT等が実施されているほか、他団体が主催する新任職員研修に優先的に参加させている。ただし、年度当初において全職員が業務上の個人目標を所信表明するとともに、年度末に施設長が面談して達成状況等を確認することとしているが、PDCAサイクルに沿って進捗状況を確認や評価・分析等を経ながら目標達成度を継続的にマネジメントする仕組み(マニュアルや規定等)が整備されていないことから、これらを策定して継続的かつ計画的に取り組むことが求められる。</p>		

18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p>評価者コメント18</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。</p> <p>法人の中長期経営計画に職員の教育・研修に関するプランが策定され、その研修計画に基づいて階層別研修や職能別研修等が実施されている。また、法人が個々の職員に係る研修履歴や専門資格の取得状況等を把握しているほか、キャリアアップ体系図で領域ごとに取得が望まれる専門資格を明示して取得を奨励している。施設においても職員から資格取得の申し出があった場合には、受講のための勤務考慮を行うとともに、法人からの助成金の活用等も奨励している。ただし、キャリアアップと関連したより具体的な個別の教育・研修計画の策定や、研修計画の評価・見直しが定期的に行われていないことから、これらの対応が求められる。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p>評価者コメント19</p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分ではない。</p> <p>法人では職員個々の研修履歴や資格取得状況をデータで管理しており、その状況は管理者も履歴表で把握している。また、法人の職員研修規程や職員育成基本方針のフロー等で階層別、職種別、テーマ別の研修体系が明示されており、管理者は個々の職員の研修履歴を確認しながら計画的に受講させている。さらに、新任職員についてはOJTによる計画的な教育・研修が実施されているほか、法人や他団体等が主催する研修会に参加した場合は伝達研修を開催し、研修成果や知識等を職員間で共有化している。ただし、外部団体等が主催する研修への参加については、職員の欠員が常態化していることから、勤務シフトの調整が十分範囲内とならざるを得ない状況にある。また、職員の経験や習熟度に対応した個別的なOJTや、非正規職員に対する計画的な研修の実施が見られないことから、これらへの対応が求められる。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>評価者コメント20</p> <p>実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。</p> <p>施設として「実習生受け入れの基本的考えと心構え(職員用)」や「実習生受け入れマニュアル」を整備している。また、実習生受け入れマニュアルは係毎にマニュアル集として配置されており、いつでも確認できるようにしている。ただし、実習種別に対応したプログラムが用意されていないほか、実習指導者に対する研修も実施されていない。また、施設体験の受け入れ実績はあるものの、社会福祉士や介護福祉士等の資格取得に向けた実習生の受け入れ実績がないことから、福祉人材の育成を目的としたより積極的な受け入れと実習指導者の育成が求められる。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	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は経営理念のほか、過去3年間の事業計画や事業報告、予算決算、幹事監査報告書、現況報告書、苦情等処理結果及び、過去2回の第三者評価受審結果等が公開されている。また、施設の広報誌等でも福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報や第三者評価評価の受審状況、苦情・相談の処理状況等が公表されているほか、地域に向けても地域懇談会や広報誌等で理念や基本方針及び運営状況を周知するなど、運営の透明性が図られている。さらに、法人として個人情報・特定個人情報保護規定が規程されており、その中には情報開示請求に関する対応等も明記されている。</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>施設・事業所による事務・経理、取引等に関するルールは法人の経理規則に定められ、施設の事務分掌で会計責任者や担当者が任命されている。そして、経理規則が改定された場合は会議等で職員に周知している。また、法人の監事監査(中間・決算)や公認会計士による法人監査も随時受けているほか、平成29年度からは新たに監査法人と契約し、経理指導を受けることによって会計事故等の未然防止に努めている。さらに、利用者からの預かり金については、「預かり金等管理要領」に基づいて適正に管理するとともに、10万円を限度とした小口現金の支出状況や残金については、出納職員以外の職員が毎日チェックしている。なお、前述のとおり運営会議や全体会議で会計月次報告を行い、経営状況を職員間で共有している。</p>		

## II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	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>施設の基本理念に「地域との共生」を目指すことを明文化するとともに、事業計画に「地域資源を活用した地域交流」「施設機能を活用した地域交流」「災害時対策」を掲げ、地域の敬老会への参加、町内会夏祭りでの施設開放、地域住民や関係施設との防災協力協定等で地域住民との交流を推進している。また、各種クラブ活動の講師、演芸、理容・外出付き添い等を担う地域ボランティアの導入も図っている。さらに、地域で開催される行事等に関する情報を園内掲示板で利用者に提供するとともに、利用者に支給されているタクシー券や公用車を有効活用し、利用者ニーズに対応した町内の商店や地元大型スーパーへの外出機会の確保に努めている。</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。</p> <p>施設としてボランティア受け入れ要綱を策定し、ボランティア受け入れに関する基本姿勢や受け入れに当たっての留意点等を明文化している。また、ボランティア受け入れに当たっての手順（登録手続きや事前説明に関する項目等）や、ボランティア活動メニューの例等を紹介したマニュアル「ボランティアのしおり」を整備している。平成28年度の受入実績は5団体49件264人であった。さらに、町内会会長の出席を得て開催した「地域懇談会」の中でも施設が希望するボランティア活動等を紹介し、ボランティアの拡大に努めている。ただし、ボランティアを育成する研修会等の開催や、学校と共催で実施する福祉教育を目的としたボランティアスクールの開催等が実施されていないことから、より積極的な対応が求められる。</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。	b
<p>評価者コメント25</p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。</p> <p>全国救護施設協議会や東北地区救護施設協議会が主催する研究協議会や施設長会議等に参加し、その情報については全体会議等で職員に周知している。また、措置の実施機関である福祉事務所等の関係機関と随時連絡会議を実施しているほか、関係団体が主催する研修会にも積極的に参加し、関連する福祉情報の収集等に努めている。さらに、近隣の救護施設東山荘や東北救護施設協議会との間で「災害時応援協定書」を締結しているほか、町内会と「災害時等の地域協力体制にかかる覚書」を交わし、災害時の協力体制を構築している。ただし、関係機関・団体等の機能や連絡先は一覧表としてリストアップしているが、利用者の施設外活動の手助けとなる店舗等の社会資源を明示した資料等は作成していない。また、施設として地域生活移行した利用者を支援する体制は整備しているが、地域の関係団体やNPO等とのネットワーク化が手薄なことから、これらの団体等との連携を強化し、アフターケア体制の充実を図ることが求められる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価者コメント26</p> <p>福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>施設の園庭を夏祭り会場に提供し、地域住民との交流を図っているほか、演芸ボランティア等の活動場所に体育館を解放している。また、上述のとおり町内会と「災害時等の地域協力体制にかかる覚書」を締結し、地域において被災した障害を有する方やその家族に施設を一時的に開放する体制を整備している。さらに、町内会との懇談会を開催し、相互の役割や協力体制等について意見交換するとともに、施設内に福祉相談室を開設し様々な相談に応じている。平成28年度には地域住民を対象とした介護講座を2回開催している。ただし、地域住民のためのサークル活動への支援や、地域における青少年の健全育成や環境整備活動等への参加が見られないことから、より積極的な地域活動への参画が求められる。</p>		

27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>評価者コメント27</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。措置の実施機関である福祉事務所等と連携し、地域における福祉ニーズや生活困窮者自立支援法の動向等の把握に努めている。また、セーフティーネット機能の推進を施設の重点項目に据え、精神病院を退院した方や生活困窮者及び刑与者等に係る一時入所の受け入れを図るとともに、入所相談への対応や見学者の受け入れ等を行うなどして関係機関等への情報提供を行っている。さらに、地域住民向けに福祉相談室を設置し、様々な福祉相談等にも対応している。ただし、地域において生活困窮者と密接に関わり実情を把握している民生児童委員や、生活困窮者の支援に関わるNPO等との連携が十分ではないため、今後は具体的なニーズを把握する仕組みを構築することで、施設機能をより発揮できると考えられる。さらに、子育て支援サークルの開設や地域の清掃活動への参加など、より積極的な公益活動の取組が求められる。</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>当法人の理念「誰もが身近な地域で安心していきいきと暮らせる地域づくり」を掲げ、また、太白荘の基本理念「利用者の日常生活の安心・安全を確保、地域生活移行等の実現、日常生活の自立を目指し利用者主体のサービス提供を実施する」を掲げている。また、倫理綱領は個人の尊厳の尊重、知る権利やプライバシー、自己決定、身体拘束のない権利の保障等、11項目を定め計画へも明示している。事業計画作成時や全体職員会議、朝の引継ぎで周知徹底している。また、虐待防止への取組として各係に虐待防止マネージャーを配置し、朝のミーティングに10分程度の勉強会を実施している。勉強会では権利擁護や虐待防止に関する個々の意見を発表し、注意喚起を促している。施設内に啓発用ポスター、身体拘束の廃止宣言等を掲示するとともに、権利擁護や身体拘束等の虐待防止に関するセルフチェックを実施し意識付を図っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	c
<p>評価者コメント29</p> <p>利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。</p> <p>法人の倫理綱領や施設の行動計画及び事業計画の中で利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護に配慮した支援を掲げ、排泄や入浴支援の留意点にもプライバシーの配慮を明記している。また、虐待防止マネージャーの配置や年2回のセルフチェックを実施し、結果は職員会議や職場研修での報告、朝の引き継ぎ時に職員が読み上げ、個人の感想を述べ合う等、職員へ周知している。プライバシーが守れるよう居室にカーテンを設置したり浴室やトイレ等にもカーテンの設置がされている。さらに公衆電話や意見箱も目立たない場所に設置する等の配慮がされているが、利用者のプライバシー保護や虐待防止等に関する規定・マニュアルの明確なものが整備されていなく、提供するサービスの質を高めるためにも規定やマニュアルの早急な整備が求められる。また、不適切な事案が発生した場合の対応等は職員就業規則に明示されている。</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。	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>ホームページは法人本部管理のもと組織や施設を写真を用いて分かり易く整備し公開している。また、法人の経営理念や提供するサービス内容を説明したパンフレットを作成し近隣施設や玄関等に設置している。施設・事業所の利用希望者には施設見学や体験入所、一日利用等へ対応し、個別に丁寧な説明をしているが、利用希望者に対する情報提供は「利用者が自分の希望に添ったものを選択するための、利用者視点に立った資料や情報内容(写真や絵・文字を大きくしたりルビを振る等々)について」適宜見直しが必要であり今後の検討を期待する。</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 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。 入所前に利用者の施設見学の機会を設け、自己決定の場を設定している。当施設は措置施設のため利用者との間で契約書は交わしていないが「重要事項説明書」や「施設のしおり」等で生活上の具体的な決まりごとについて説明し、説明確認の署名をもって同意を得ている。福祉サービスの開始や変更時における説明は「入退所事務手続きマニュアル」が整備されていて、定められた様式や手順・内容で行われている。しかし利用者へ説明する資料について、利用者が分かり易いような工夫が十分ではなく、さらに説明内容への工夫や検討が期待される。また、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化の検討が求められる。</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 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。 入退所事務手続きマニュアルや退所後の支援マニュアルが整備されており、これまでのサービス内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。福祉施設・事業所や地域・家庭への移行は関係機関や移行先、家庭との十分な打ち合わせを行い福祉サービスの継続性に配慮している。利用者の生活状況をまとめた「情報提供書」や通院・投薬状況をまとめた「看護サマリー」を申し送っている。また、退所後1ヶ月後には移行先を訪問し、フォローアップのための相談支援を実施している。退所後も利用者や家族が相談できる相談担当者や窓口を設置し、そのことを文書で周知する等継続性に配慮した対応をしている。</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 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 利用者アンケートや嗜好調査を年1回実施。利用者との個別面接や懇談会、年6回開催の自治会活動への支援(園長との懇談会・定例役員会)等から利用者満足把握に努めている。収集した意見は関連する各委員会で検討し改善結果を全体会議で報告し、改善策等を廊下へ掲示して利用者へ周知している。しかし、改善策は職員主導で検討され利用者参画のもと改善策を策定する仕組みとなっていない。ただし、給食委員会は利用者の参加により開催されている。利用者満足に関する担当部署はサービス向上委員会とし担当職員までは明確であるが、調査担当者や把握した結果の分析・検討の会議やそのメンバー及び検討結果にもとづく改善までの仕組みが曖昧であり、明確な仕組みの整備が望まれる。</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。	b
<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が、十分に機能していない。 施設における苦情解決の仕組みは、法人のなんでも相談室(相談・苦情)規定により、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、体制が整備されている。施設内へ苦情解決について説明した掲示があり、また、利用者との話し合いでは資料を渡して「なんでも相談室」で常時受付している旨を説明している。苦情受付と解決を図った記録は適切に保管されている。しかし、法人のホームページでは苦情の受付状況を公表しているが、施設の広報誌等では公表されていない。昨年度の受付件数は2件、今年度は現段階で0件であることから積極的な苦情の掘り起こしが求められる。また、苦情解決結果は利用者へフィードバックしているが、申し出人に配慮したうえで施設内への掲示や公表、広報誌等での公表が求められる。</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 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。 利用者の意見を聴取するため、毎月1回「利用者との話し合い」、毎週1回「精神保健福祉士による相談」を実施している。その他「なんでも相談室」も設置し、相談窓口は複数の担当職員を明記したポスターを施設内へ掲示し、玄関には意見箱の設置がされている等、利用者等に周知している。相談場所は相談室や医務室を確保し、相談や意見を述べる環境を整備されている。しかし、利用者の相談において、日常的に接する職員以外の相談窓口、専門的な相談、あるいは福祉施設・事業所において直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談相手が用意されていることを、利用者に分かり易く説明する文書の工夫や検討が望まれる。</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、組織的かつ迅速に対応していない。          苦情解決同様に、利用者からの意見や要望、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、対応マニュアル等の策定が必要である。現況は利用者からの意見や要望、提案等の把握は日々のサービス提供の中や毎月行われる「利用者との話し合い」、「なんでも相談室」、利用者アンケート調査や意見箱等から把握し、相談を受けた職員が「相談支援表」に内容や対応状況を記録。これらは施設長に決済方式で報告し、ケース記録にも記載されているが、利用者からの相談や意見、要望等に組織的かつ迅速に対応する「対応マニュアル」は整備されていない。また、苦情解決の仕組みと意見や要望への対応が混同されていることから、苦情相談と意見や要望を区分し、適正に対応できる「対応マニュアル(記録の方法、報告の手順、対応策の手検討等)」の策定が望まれる。</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。          法人の規定に基づきリスク管理委員会を設置し、責任者の配置、各部門(事務部門・支援部門・看護部門・給食部門)ごとにリスクマネージャーを置き、施設長がゼネラルマネージャーで体制は整備されている。部門ごとにヒアリング・アクシデントの記録や収集した事例をリスクマネージャーが事故の要因・対策について検討し、ゼネラルマネージャーによる対策等にたいする提言や防止策のコメントを入れ、施設の「リスク管理委員会」で検討され、職員へ周知されている。研修として危険予知研修や不審者対応研修等を実施している。事故発生時の対応は事故対応フロー図、所在不明者検索は所在不明者検索等マニュアルにより対応している。また、医療面においては医療支援綱領により夜間の急な発熱対応、転落転倒時の対応、誤嚥発生時の対応マニュアル、誤薬時の対応、救急車の手配、看護師配薬マニュアル、服薬支援マニュアル等にフロー図をつけて作成されている。また、リスク管理委員会において各種マニュアルの点検や見直しは年1回実施されている。</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。	b
<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ているが、取組が十分ではない。          各種感染症について嘱託医に監修してもらい、感染経路・症状・診断と治療・予防と対策について会議や研修会等で勉強し合い職員間で周知している。また、「感染予防や清潔管理の基本は手洗いに つきる。それと同時にうがいは口の中の洗浄効果と病原体の定着を防ぎ、確実に菌の数を減らす」を基本に職員は利用者へうがいと手洗いの声がけを行っている。感染症対策の管理体制は業務分掌係一覧に責任者、委員長、副委員長、委員が明記されているが感染症発生時における役割分担や連絡経路等が不明確で、取組が十分ではない。感染症発生時の組織としての役割分担を明確に文章化すると共に連絡経路のフロー図作成を含めた感染症対応マニュアルの作成が求められる。</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。          法人は危機管理計画「緊急時行動計画」を作成し、職員は計画の基本方針に基づき行動している。大規模災害の発生に備え、事業継続計画(BCP)を定め、発災から施設機能回復までの間、利用者サービスを想定した食料や飲料水、日常用品等を10日分を備蓄リストにして整備している。施設の消防計画に基づき避難訓練は夜間想定も入れ毎月実施。さらに総合防災訓練は法人事務局と連携し地震及び火災の初動体制や関係機関・地域住民との連携に重点を置いた訓練を実施。緊急連絡網伝達訓練、安否確認システム運用訓練、危険予知訓練等を実施し職員の防災意識や自ら取るべき行動・役割の認識等、危機管理意識の向上に努めている。また、施設近隣の土砂災害発生に対応する「土砂災害対応マニュアル」を作成している。</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
<p>評価者コメント40</p> <p>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。          提供する福祉サービスは個別支援計画実施要綱にもとづき、個々の支援場面ごとのサービス提供方法を明記した日常生活支援マニュアル(食事、入浴、排泄、外出等)を整備し、標準化されたサービスが行われている。各マニュアル等には虐待防止や身体拘束廃止及びプライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。また、これらは毎朝、具体的行動計画の読み合わせと意見発表を通して周知徹底されている。標準的な実施方法にもとづいた福祉サービス実施の確認は、業務日誌及びチェック表、支援会議、ケース記録や月所見、6ヶ月ごとのモニタリングで確認されている。</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</p> <p>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。</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法についてサービス提供マニュアル、業務手順、個別支援計画実施要綱の定めにより四半期ごとに定期的な検証や必要な見直しを行うことになっている。また、利用者の状況変化や個別支援計画変更等の場合、支援会議や全体会議で検証・見直しの結果を周知し、会議録の回覧で共有化が図られている。検証・見直しはケア会議や支援会議、6か月ごとのモニタリングで利用者や利用者家族の参加のもとに作成され、職員や利用者の意見や提案が反映される仕組みになっている。</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。	b
<p>評価者コメント42</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。</p> <p>個別支援計画策定は「個別支援計画実施要綱」に基づき、生活支援課長をリーダーに園長、副園長、第1・第2係長、看護師、栄養士、ケース担当者、利用者で構成する個別支援計画作成委員会で行っている。作成は、決められた手順で利用者の心身の状況、生活状況等を把握し計画的なアセスメントを行い利用者のニーズや課題を明示している。また、利用者の意向を尊重し多職種の意見を取り入れながら総合的な計画になるようにしている。個別支援計画通りにサービスが提供されているか確認する仕組みは、2か月ごとに支援状況をケース記録にまとめた「月所見」により検証している。支援困難ケースへの対応についてはコミュニケーションを取る工夫、関係機関との連携等を含め、さらに検討が必要である。また、個別支援計画策の責任者が不明確であり、責任者の明示が求められる。</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。	a
<p>評価者コメント43</p> <p>個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議への参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等は「個別支援計画実施要綱」に基づいて実施されている。見直しにより変更した個別支援計画の内容は支援会議や職員全体会議、会議報告書回覧で周知徹底を図っている。個別支援計画の評価・見直しにあたっては6か月ごとのモニタリング、1年ごとに個別支援計画を策定し直すこととしている。標準的事項に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。また、利用者本人の状況により個別支援計画を緊急に変更する場合、係会議やミーティング、または緊急カンファレンスを実施して見直しをしている。変更した個別支援計画は支援会議や職員会議、会議報告書回覧で職員へ周知を図っている。</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</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。</p> <p>利用者の身体状況や生活状況、個別支援計画に基づくサービスの実施状況の記録は、職員で記録内容や書き方に差異が生じないように「ケース記録要綱」や「ケース記録の手順」を定め、統一した様式で記録している。組織における情報は朝の引継ぎやミーティング、業務日誌、回覧等で周知している。また、情報共有を目的とした支援会議や職員会議を定期的に開催している。パソコンのネットワークシステムは、ソフトウェア等により制限のあるものもあるが、各棟で共有できるシステムとなっている。その他、回覧等を活用して事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</p>		
45	III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p>評価者コメント45</p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>利用者に関する記録の管理について、個人情報保護規程や文書規程が定められそれに基づいて管理し、記録管理の責任者が設置されている。個人情報の不適正な利用や漏洩に対する対策と対応方法が規程されている。各種情報を取り込んでいる電子データについては、できるだけハードディスクの利用に留め、USB等は施設外に持ち出さないよう周知徹底されている。また、個人情報の取扱は利用者や家族との懇談会や自治会を通して説明している。利用者の写真使用についても利用者や家族等に確認を取っている。法人の個人情報保護や情報開示規程に基づいて職員に徹底を図ると共に、初任者研修、転任職員研修を通し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て個別支援と取組を行っている。          法人の基本理念として「豊かな福祉社会の実現」を掲げ、「質の高い福祉サービスを支える体制の構築」の経営方針のもと、基本方針に「利用者主体のサービス提供を掲げ、これら法人の理念や経営方針、施設の基本方針に基づく個別支援を行っている。利用者の主体的な活動としては、利用者自治会や週1回の利用者との話し合いがあり、電機やトイレ、洗濯機の使い方などについて利用者と話し合いながら、ルールを決めている。利用者一人ひとりへの合理的配慮の工夫としては、衣服の選択が困難な利用者に季節や体調に合わせた服を着用できるよう職員から助言したり、外出が困難な利用者を公用車で送迎したり、公共交通機関の利用が苦手な利用者の外出に職員が同行して、切符の買い方やバスの利用方法などの助言を行う等、取り組んでいる。利用者の権利については、法人の倫理綱領(毎日1条文ずつ)と資料「障害者虐待の区分」と事例を毎朝の引き継ぎ時に読み合わせを行い、周知を図っているほか、年度末には法人の倫理綱領各条文への各職員の考えを毎年まとめている。</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。          利用者の権利侵害防止に向けた取組としては、各係への虐待防止マネージャー(窓口)の配置、法人の倫理綱領への個々の職員のコメントの朝礼時の読み合わせ、「身体拘束に至らない質の高い生活支援へのガイドライン」への身体拘束実施の手続きの明記と職員への周知、リスクマネジメント規定への所管行政への虐待の届出・報告についての手順や、権利侵害が発生した場合の再発防止策等の検討を行うことの明文化、権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会としての権利擁護委員会(虐待防止委員会)の3か月に1回開催など具体的な取組が行われているが、利用者の権利擁護や権利侵害について、具体例を利用者に理解しやすいように示すことが実施されておらず、今後の取組が期待される。</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・自立生活のための支援を行っている。          個別支援計画の中に「利用者の希望・要望」のページを設け、「本人の希望する生活のイメージ」を把握し、その希望を実現するための支援(案)が立案され、その(案)をベースに支援計画が作成され、支援計画に基づく支援が行われている。利用者が自力で行う趣味活動の裁縫・編み物の材料の購入など職員の支援が行われている。自立に向けた訓練が可能な方には職員の励ましや勧めで動機付けを行い、専任職員がプログラムを組み1年間の間隔で実施している。ATM利用を含む日常金銭管理や居室の整理整頓、役所への届出、選挙権の行使など、生活の自己管理や行政手続など職員の支援が行われている。</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。          利用者の中には高齢のため耳が聞こえにくくなっている方が複数おり、アセスメントシートに「コミュニケーションに関する領域」を設けて利用者の状況を把握し、自らの意思伝達が十分に取れない場合は職員が支援するなど、利用者の状況に沿った支援を行っている。意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するため、利用者の態度や表情で意思を確認するよう努めるとともに、職員間の話し合いの中で工夫点の検討を行っている。外出訓練や居宅生活訓練などを通してコミュニケーション能力を高める支援を行っている。毎日開催されている利用者の朝の集いの体操は、コミュニケーションでの意思疎通が困難な方も参加しやすいように、DVDを活用して行っている。</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。 事業計画中に「利用者の主体性の尊重」として自治会活動への支援を明記し、年1回の園長との懇談会開催や毎月の定例役員会、月1回水曜日の利用者との話し合いで職員による支援が行われているほか、毎週水曜日に相談日を設け、利用者からの様々な相談に対応している。利用者から相談のあった内容については、日々の支援のなかで関係職員による検討を行い、居室の重い扉を開きやすくすることなど、必要な改善を行っている。意見箱の設置や年1回の利用者アンケートの実施を行い、その内容を職員会議で検討している。部屋割にあたっての利用者の意思確認、関係がこじれた際の調整、外出の希望を持ちながら外出が困難な人、外出の機会が少ない人を対象とした目的地までの公用車送迎など、日々の支援のなかで利用者の意思決定に係る支援、利用者の意思を尊重した支援を行っている。</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</p> <p>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。 個別支援計画に基づく利用者の希望により選択できる日中活動としては、踊り、お茶、ひまわり(プレイバス=歌や踊りなど音楽療法的なプログラム)、ハーモニカ、演芸(カラオケ)がボランティアの協力により実施されているほか、屋外作業(農耕園芸)、屋内作業(紙工芸、手工芸)、レクリエーション、カラオケ、写真、調理実習、歩けあるけ等々の多様な活動が職員の支援により実施されている。自治会活動や利用者アンケート等を通して、利用者の意向を把握し、利用者の意向や状況に応じた活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。「おしゃべりサロン」など、コミュニティ主催のサークル等の情報提供を随時行っているが、最近では参加者はいない。しかしながら、地域の大型スーパー等への外出は、利用者の意向に沿って実施している。個別支援計画で個々の利用者の意向や状況に応じた日中活動上の支援の内容についての記載が行われており、個別支援計画の見直しとあわせて個別支援計画検討会議で日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。</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。	a
<p>評価者コメント7</p> <p>利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 精神的な障がいを持つ利用者が多いことから、春、秋の年2回、精神疾患について精神科医のアドバイスがあり、アドバイス結果は担当職員から各職員に伝えられている。モニタリングは基本的には年1回だが、体調を崩したり地域移行の可能性が高くなった場合には随時行っている。支援方法の検討は、個別支援会議で行い、係会議等で共有している。平成29年度から、利用者1人分のスペース確保とプライバシー確保のため、居室内カーテンの取付を行い、居室内環境整備を行っている。個別的に配慮が必要な利用者や障害の状況に応じて利用者間の調整は、日々の状況により上司に相談しながら対応を行っている。</p>		
<b>2-(2) 日常的な生活支援</b>		第三者評価結果
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
<p>評価者コメント8</p> <p>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。 食事は、年1回嗜好調査が実施され、茹でたての麺を食べられるようにすることなど、その結果が反映された献立が作られ提供されているほか、食事時間に食堂に音楽をかけるなど、楽しく食事ができるよう工夫されている。行事食や選択食、利用者の身体状況や嚥下状態に応じた食形態と食事場所を提供している。ペースト状の食事提供や施設内の移動介助、ポータブル浴槽での入浴、排せつ介助など利用者の心身の状況に応じた職員による利用者の日常生活上の支援は、個別支援計画等に基づき実施されている。</p>		
<b>2-(3) 生活環境</b>		第三者評価結果
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
<p>評価者コメント9</p> <p>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。 清掃業者による居室清掃や空調整備の更新、居室内仕切カーテンの設置など、居室の居住空間改善について、可能な範囲での改善に努めている。居室の配置等については利用者の話を聞きながら、状況に配慮して行っている。生活環境について、利用者アンケートや意見箱、自治会、利用者との懇談会等を通じて利用者の意向を把握し、必要に応じ改善を行っている。食堂に移動しての食事が困難な利用者が各棟オープンスペースで摂食しているが、普段大勢の利用者が行き交う中での食事であり、衛生面からも、今後は食堂で食事ができるような工夫が望まれる。</p>		

<b>2-(4) 機能訓練・生活訓練</b>		第三者評価結果
A⑩	<b>A-2-(4)-①</b> 利用者の心身の状況に応じて機能訓練・生活訓練を行っている。	a
<p>評価者コメント10</p> <p>利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。  高齢化が進んだ利用者が多いことから、毎朝の利用者の集いで映像を見ながら体操を実施したり、作業療法士による訓練の実施、座っての訓練が困難な利用者には、横になりながら足を上げたりできる機材の導入など、利用者の状況により意図的な機能訓練・生活訓練を実施しているほか、利用者が主体的に訓練に臨めるよう、利用者の気持ちを引き出すために日々の業務の中で声かけを行っている。訓練実施にあたっては、利用者一人ひとりの個別支援計画を定め、職員が連携して生活訓練等を行い、モニタリングを定期的に行い生活訓練等の支援の検討や見直しを行っている。</p>		
<b>2-(5) 健康管理・医療的な支援</b>		第三者評価結果
A⑪	<b>A-2-(5)-①</b> 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
<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が、十分ではない。  利用者の健康状態は、利用者ごとの排泄・体調チェック表に記載し、職員交代の引継時に申し送りが行われているほか、毎週月曜日の朝には全利用者の血圧測定を行い、その結果を看護師が嘱託医に報告している。嘱託医の内科医が月3回、精神科医が月1回、毎週火曜日に歯科医が施設を訪問して利用者の診察を行っているほか、施設の看護師が利用者からの健康管理上の相談に対応している。利用者の状況に合わせた健康の維持・増進のため、毎日の朝の集いでラジオ体操やレクリエーションを取り入れた機能訓練活動、歩けあるけクラブ(体育室での歩行機能維持の取組)を実施している。夜間の急な発熱や痙攣、発熱、誤嚥、転倒、頭部打撲など利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応のマニュアルが整備されているが、そのような事態を想定した訓練は実施されておらず、今後の取組が期待される。利用者の健康管理に係る職場研修は計画されたが、実施されておらず、利用者支援場面でのOJTで実施している状況であり、今後の取組が期待される。</p>		
A⑫	<b>A-2-(5)-②</b> 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	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。  医療的な支援の実施についての考え方(方針)である医療支援綱領が定められ、各種症別別の対応マニュアルや個別支援計画が策定されている。服薬等の管理は看護師配薬マニュアル及び看護師の薬剤取扱い手順に基づき適切に行われ、薬情ファイルを整備している。薬情ファイルへの記載事項は、各係で保管している個々の利用者の医療記録ファイルに記載され、利用者個々の処方状況の情報共有に努めている。処方の変更や臨時薬については、ケース記録引き継ぎ簿に記載して情報共有し、誤薬事故防止に努めている。誤薬事故対応マニュアルが整備され、誤薬があった場合は、マニュアルによる対応が行われている。頓服の支援状況は、個々の管理シートで出し入れの度にチェックしている。利用者の状況により、職員が嘱託医へ医療的な対応の相談を行う仕組みが整えられており、連携が図られている。</p>		
<b>2-(6) 社会参加、学習支援</b>		第三者評価結果
A⑬	<b>A-2-(6)-①</b> 利用者の希望と意向を尊重して社会参加や学習のための支援を行っている。	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。  利用者の外出に関するルールは重要事項説明書に記載しているほか、利用者との話し合いや自治会等で確認や見直しを行っている。また、外出に際し、個別支援計画のアセスメント状況にあわせて一緒に取組むことや確認すること、場合によっては事前学習として、公共交通機関の利用方法を教えたり、外出時の付き添い、外出に向けた意思形成のための働きかけなどの支援を行っている。個別に出かける方には、必要に応じて事前学習を実施するほか、当日は外出カードを持参してもらっている。利用者の社会参加に関する情報は、地域のイベント情報や精神科サロンの開催など施設内に掲示して情報提供を行っているほか、共有の新聞を4社分から自由に閲覧できるようにしている。</p>		
<b>2-(7) 地域生活への移行等</b>		第三者評価結果
A⑭	<b>A-2-(7)-①</b> 利用者の希望と意向を尊重して地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	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。  地域生活移行に関する利用者の意向は、主に利用者から話を聞くことで把握し、把握した内容を記録に記載し、決裁を得るなかで施設内共有が図られている。利用者の状況により居宅生活訓練や自立訓練を実施しており、平成28年度は各訓練とも利用者2名の訓練を実施した。訓練を通して、コミュニケーション能力の不足や地域移行先の確保など地域生活に関する課題等を把握し、福祉事務所や障害者共同生活援助事業所などの関係機関との連携・協力のもとで対応を行っている。</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。	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。</p> <p>家族等との連携・交流に係る利用者の意向については、アセスメント時にニーズの把握を行い、利用者の意向を尊重して対応を行っている。利用者の生活状況等については毎年7月に「生活の様子」や「健康面」、「その他連絡」の項目で定期的に家族等への報告を行っている。利用者の高齢化、利用の長期化でなかなか施設に来ることができない家族が多くなっており、施設に来院しての意見交換の機会は少なくなっているが、利用者の生活支援にあたり連絡の必要が生じた場合は随時家族と連絡を取り、支援に係る意見交換を行っているほか、家族からの相談に応じて家族支援を行い、利用者が高齢化している状況もあり体調急変時があった際には家族への連絡を適切に行っている。</p>		