

## (別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果

### I 福祉サービスの基本方針と組織

#### 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、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。</p> <p>当施設は、昭和37年に宮城県が設置し、平成18年に宮城県社会福祉協議会が指定管理者として運営を引き継ぎ、23年度に県から経営が移譲されたものである。法人の理念は「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」とし、「権利擁護の推進」「セーフティネット体制の構築」「福祉従事者の確保、及び資質向上の支援」「地域福祉を推進する機関等との連携・支援」という4項目を併せて理念としており、生活保護法による救護施設である当施設の使命役割を反映している。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。</p> <p>当施設の基本方針は、「利用者の日常生活の安心・安全を確保するとともに、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を提供します。」「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」としている。また、職員や利用者に対する基本方針は、宮城県社会福祉協議会職員倫理綱領として平成17年に制定され、「個人の尊厳の尊重」「生活者としての権利の尊重」「プライバシーが守られる権利の尊重」「不当に財産が侵されない権利の尊重」「知る権利の尊重」「自己決定の保障」「安心安全な生活の保障」「身体拘束へと至らない質の高い生活が守られる権利の保障」等、11項目を定めている。一方、地域社会との関係やボランティア、実習等に関する基本方針が明示されていないことに課題が残されている。</p>	
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	<b>a</b>
<p>理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p>	
<p>評価調査者コメント</p> <p>理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>理念、基本方針は3月末に事業計画書に収録され全職員に配布されている。理念等と倫理綱領の理解を深めるため、平成17年から「倫理綱領に基づく具体的行動計画を策定するにあたって」の規程が定められ、倫理綱領の丁寧な解説が行われている。当施設は、この規程に基づいて毎年度、具体的行動計画を定め、より施設の実践に即した留意点を示して倫理綱領の遵守を図っている。毎朝のミーティングでは、理念、基本方針、倫理綱領の解釈を各職員が発表することにしており、施設長等幹部職員がさらに解説を加えるなど、掘り下げた理解となるよう工夫している。また、職員が発表した解釈は、施設内のパソコンネットワーク内の共有フォルダに保存され、常時閲覧が可能であり、そのデータの蓄積が図られている。</p>	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<b>c</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p> <p>理念等は施設内に張り出され、利用者の朝会などで説明がなされているが、利用者には配布されている「太白荘のしおり」には、理念等を説明した内容が含まれていない。また、利用者に交付される重要事項説明書の施設運営方針の記述が、当施設の基本方針と倫理綱領の内容を十分に反映していないことも課題である。法人や施設の理念と基本方針等を利用者のしおり等で分かりやすく伝える工夫が望まれる。</p>	

<b>I-2 計画の策定</b>	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。</p> <p>当施設の中長期計画は、宮城県社会福祉協議会中長期経営プラン(平成22年3月策定)とそのアクションプラン(平成23～27年度)で構成されている。策定時における施設機能の目標を救護施設における「地域生活移行支援」「セーフティ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、事業移譲と入所率の指標をビジョンに掲げている。アクションプラン(実施計画)は、指定管理から経営移譲、施設修繕、グループホーム等の付帯事業の推進、業務のアウトソーシング、第三者評価の受審、ホームページの運用管理等を重点とし、平成32年度までの長期収支見通しには、人件費の増減が反映されている。中長期計画は法人が年1回進捗を確認し、施設長は役員と面談し課題を掘り下げている。</p>	
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>当施設の単年度事業計画は、中長期経営プランとそのアクションプランに基づいて策定されている。計画ではアクションプラン項目を組み込むと共に「セーフティネット機能の推進」「日中活動の充実」を重点に掲げている。評価指標は、入所率と地域移行者数などとしているほか、重点項目については、上半期と下半期に分けて実績を評価する仕組みとしている。この評価によって、翌年度、翌々年度の取組み方向を定めている。</p>	
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>中長期計画と年度計画が職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>中長期計画は、年1回9月にその進捗状況を確認し評価している。年度計画は5月までに前年度実績をまとめ、評価している。次年度の事業計画案は係別に原案を作成し施設として取りまとめている。事業評価は、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、3月に成案とし、理事会・評議員会にて決定する。事業の進捗状況は、四半期毎に報告する仕組みとしている。</p>	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>各計画を職員や利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>中長期計画と年度計画を職員に配布しているが、利用者には配布していない。</p> <p>年度事業計画は、廊下に掲示しているほか職員会議で説明されている。利用者に対しては朝会で事業計画を説明している。</p>	
<b>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</b>	
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</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、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>当施設の管理者は、救護施設太白荘を中心とする地域支援センターはたて、居宅支援事業を統括する仙台西地域福祉サービスセンターの管理者である。役割、職務は、事務分掌に明記され、委任・専決事務、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。毎月開催する全体会議では時々の方針をあいさつし、業務推進の意義や留意点を述べている。一方、理念や基本方針、中長期ビジョン、年度事業の重点を文章化して職員に明らかにすることや広報紙への掲載など、職員の理解を促す取組はしているが積極的とは言いえない。</p>	

I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>管理者自ら、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>法令遵守については、利用者に対する権利擁護、利用者主体を基本方針としながら、法人の統一した方針として、パワーハラスメント、セクシャルハラスメントの排除、虐待防止を進めるチェックリストの活用、身体拘束を行わない取組みなど、組織的な活動を推進している。経営や労働、衛生、環境配慮、消防防災等の幅広い法令遵守の理解に関しては、担当者の参加させ、職員全体会議、毎日の朝会等で周知を図っている。法令遵守の取組みは法人が主導して推進し、種類、内容ともに豊富である。</p>	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
<p>評価調査者コメント</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持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>平成23年度に第三者評価を受審したが、その時点での改善課題は、①人材育成の体系整備 ②地域の関係機関との連携促進 ③利用者自身の金銭管理等、自立支援の取組み。とされた。法人は経営会議の下部にワーキンググループとして①権利擁護 ②危機管理 ③サービス向上の各グループを設置し、法人が経営するおおよそ10か所の福祉施設が参加する仕組みを作っている。法人は人材育成の施策に取り組み、当施設は福祉事務所を訪問することによる連携強化に取り組んだ。また、職員倫理綱領の浸透を図る取組みとして、各職員が朝会でその解釈を発表するとともに、構内LANにその内容を記録するようにし、閲覧できる仕組みを構築し効果を上げている。</p>	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>水道使用量、電気使用量及び使用金額が年次、月次で把握され、節約の結果が可視化されている。施設における各会議では、職員配置の充実なども検討され、不足する職員の求人を行っている。委託費の加算制度を活用し精神保健福祉士と看護師それぞれ1名を加配するなど、人面で改善があった。当面する業務の課題を人材確保、利用者が増加する精神障害(45人程度)への対応と認識しており、職員が習得すべきスキルとして利用者の社会生活技能訓練を取り上げ、研修を図っているところである。</p>	
<b>II 組織の運営管理</b>	
<b>II-1 経営状況の把握</b>	
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>施設長は着任1年目である。救護施設を取り巻く経営環境は、全国救護施設協議会、東北救護施設協議会の研修に参加することにより社会福祉法人の在り方での見直し、生活困窮者自立支援法等の動向を把握している。法人は、常勤役員、事務局長、事務局部長、各施設長等をメンバーとする経営会議及び経営企画委員会を置き、障害者福祉施設、高齢者福祉施設、災害復興事業等の状況も踏まえ、全県を広く俯瞰した福祉ニーズが共有される仕組みを作っている。施設利用に関する対応は25年度実績で相談89件、見学29件、一時入所40件などとなり、宮城県内の救護ニーズを詳細に把握している。</p>	
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>中長期計画及び年度計画の進捗確認、評価見直し、経営会議等のマネジメントの仕組みに基づいて法人と施設が経営状況を分析しているほか、施設内部では係会議、全体会議、幹部定例会議が定期的で開催され、宿直業務内容の見直しなど、短期的な課題を改善する取組みが行われている。大きな課題の改善は中長期計画に位置付けるとともに、事業計画は内容別に詳細に策定することにより、改善に向けた取組が実行されるよう組織的に取組んでいる。</p>	

II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	
法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。	
評価調査者コメント	
II-2 人材の確保・養成	
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
<p>評価調査者コメント</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の、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。</p> <p>中長期経営計画で職員の身分、配置、定数管理等の方向性を定め、正規職員と嘱託・臨時職員数の内訳の指標及び障がい者雇用率を掲げている。職責と給与の等級を職務基準表に定めると共に、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、領域ごとに求められる専門資格や職種を明示したキャリアアップ体系を描いている。平成25年には法人として人材育成基本方針を定めた。方針では「求められる職員像」を示すと共に職階別の役割・能力を示している。臨時職員は施設長が採用する。常勤職員の平均在職年数は3.9年だが、幹部職員の異動は概ね3年で行われる。有資格者の配置は、法人に報告され、施設単位の状況が集約されている。</p>	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。</p> <p>人事考課の要領は平成26年度に見直され、年2回の業績手当に反映されている。対象は正規、嘱託、臨時職員と幅広い。考課の種類は、①業績、②能力、③態度・意欲、④組織的業務遂行となっており、およそ20項目の着眼点によって考課が行われる。評価者は、職階ごとに定められ職員の代表を含む5名となっている。評価結果は面談によって結果が伝えられ、伸ばすべき能力等を話し合い、面談記録が残る仕組みである。人事考課に対する苦情と相談を処理する要領が定められている。</p>	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
<p>評価調査者コメント</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ている。</p> <p>職員の有給休暇取得状況は年1回集計し、法人本部に報告している。異動希望や就業上の課題は、身上調書を年1回提出し、これを基に施設長が面談を行って意向を把握する仕組みとしている。就業上の課題は法人が設置し、毎月開催する衛生委員会で検討される。産業医は年10回程度施設を訪問し、健康に関する相談にのるほか、施設的环境に対して助言している。職員に対する腰椎検査は年2回実施しており、検査に基づいて業務内容が配慮される。また、職員提案制度があり、就業上の課題を施設、法人に伝える仕組みがある。女子職員の宿直は複数名で行うなど、同性介助の原則を守りながら、人員体制を改善する取組みが行われた。管理者を対象としたハラスメント防止研修とメンタルヘルスケア研修が実施されている。</p>	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。</p> <p>財団法人宮城県職員互助会に正規職員が加入し、法人には事業主負担がある。インフルエンザ予防注射への補助、婦人科検診、人間ドッグ、健康診断等への補助が受けられる仕組みである。また、顧問弁護士と無料相談できる仕組みがある。しかし、職員の45%を占める非正規職員に対する福利厚生の仕組みは十分に実施されていない。</p>	

<b>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>	
<b>II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。  法人の基本方針に”福祉従事者の確保、資質向上”を定めるとともに、法人経営の方針として、”キャリアアップ体系”、”内部研修体系”を定め、キャリアシステムと連動した職種領域別の研修を実施するとし、その基本姿勢を明示している。また、福祉QCサークル活動を職員の意識改革、業務改善を図る法人の取組と位置づけ普及啓発を行っている。</p>	
<b>II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取り組みが十分に行われていない。  職員は2年を期間とする個人研修計画をたて、自己目標とする研修テーマと研修内容を定めている。研修の受講状況は履歴表に記載し、施設長が確認する仕組みとしている。職員の階層ごとに習得すべき知識、技能は、職員育成基本方針の別表に整理されている。個人研修計画は、あらかじめ配布された研修一覧表の中から希望する研修を選択して作成するもので、意欲や希望を汲み取る仕組みとしている。新採用職員については、2週を期間とするOJT研修ノートを作成させ、指導する仕組みとしている。非正規職員は主に職場研修を受講する仕組みで、適切な内容と回数が用意されている。  しかし、職員の自己目標と法人・施設が求める目標との調整がなく、具体的な到達指標が設定されていないことが課題である。人事考課における能力評価を行う観点からも、知識、技能の水準を具体的に示すなどの工夫が望まれる。</p>	
<b>II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。</b>	<b>c</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>研修成果の評価が定期的に行われていない。  個人研修計画の作成が25年12月であり、職員一人ひとりについて、研修の成果や目標への到達度を評価する過程が完了していない。仕組みとしては中間評価を含めて年3回の評価を行うとしているが、実際の取組は確認できなかった。27年度以降の個人研修計画の作成に向けた評価の実施と評価結果の反映が大事になる。</p>	
<b>II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>	
<b>II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。</b>	<b>c</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>実習生の受入に対する基本姿勢が明示されていない。  法人施設の基本方針や中長期計画には実習生に関する基本姿勢が示されていない。しかし、事業計画には社会福祉援助技術現場実習と介護福祉士養成実習、介護等体験実習が位置づけられ、要請があれば受入れる計画である。職員事務分掌では係長2名が担当者に位置付けられるとともに実習生受け入れマニュアルが作成されている。、今後は基本姿勢を明確にし、その方針に基づいた受入人数の立案や委員会体制への位置づけなどの検討が求められる。</p>	
<b>II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>実習生の受入の際には、効果的なプログラムを用意する等、育成に取り組んでいるが、十分ではない。  平成25年度の受入実績は、介護等体験実習で2名を受入れたが、社会福祉士、介護福祉士の実習は受入がなかった。社会福祉士と介護福祉士に関する実習については、積極的な取り組みを行うかどうかについて、基本姿勢の検討を経た後の対応が求められる。</p>	

<b>II-3 安全管理</b>	
<b>II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。</b>	
<b>II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>中長期経営計画には、危機管理の項目でリスクマネージメントの徹底を示し、危機管理ワーキンググループを実施している。また、法人は大規模災害の発生に備えて26年12月に”事業継続計画(BCP)”を定め、発災から施設機能が回復するまでの間の具体的なサービス水準を想定するなど、体制を整備している。施設総体の危機管理は総務課長が、利用者に関する危機管理は生活支援課長が担当する。内部委員会の体制では危機管理委員会とサービス向上委員会がそれぞれ、施設総体と利用者に関する安全を担当し業務を推進している。行方不明者捜索マニュアル等を定め利用者の安全確保の取組が機能している。また、県内にもう一つある救護施設と災害相互協力の覚書を締結した点も大きな進歩といえる。</p>	
<b>II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>施設の体制は、危機管理委員会と危機管理担当者、サービス向上委員会などであるが、法人内の他施設と合同で行うワーキンググループの検討でも対策を深めることができる仕組みがある。危険予知研修など効果的な研修が実施されている。ヒヤリハット報告書には原因や未然防止策が記述され、その後職員による情報共有を行い、対策を決めている。環境要因の場合は、設備等の改善、利用者個人に要因がある場合は個別支援計画の見直しで対応されているが、支援の標準的な実施方法の見直しに連動した対応策の検討は深まっていない。今後は改善の優先度の高い事故やヒヤリ事例を深く継続的に検討し、得られた知見を職員共通のノウハウとするようさらなる取組を期待する。</p>	
<b>II-4 地域との交流と連携</b>	
<b>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>	
<b>II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者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。</p> <p>法人の経営方針に基づく中長期計画の項目には、地域福祉を推進する関係団体との連携を掲げているが、利用者地域との基本的関係は示されていない。施設の基本方針には利用者の地域生活移行を明示し、中長期目標には利用者が地域生活に移行する受け皿となるグループホーム世話人の研修等をあげている。事業計画では利用者が近隣商店街を利用することや公共交通機関の利用を支援するとしており、25年度は利用者が平均して月に2回以上は地域に外出しているが、利用者の高齢化も進み、活動性が低下していることもあり、外出希望の個人差が大きいという。そのため日常生活自立支援として付添外出や通院、理美容院の利用支援などの社会体験を月に平均1回以上できるように支援している。一方、受け皿となる地域への働きかけとして町内会役員との懇談会を行っているが、これ以上の働きかけは希薄であり、積極的とはまでは言えない。</p>	
<b>II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>年2回介護講座を開催するとともに、仙台西地域福祉サービスセンターとして福祉無料相談窓口を置き、社会福祉士、介護福祉士等が対応している。総合防災訓練やAED操作訓練には地域の関係者も対象としているほか、災害時には被災住民を緊急受入する方針をとっている。中学生の職場体験実習先としても協力している。広報紙は、町内会に回覧されている。住民に貸出できる施設機能は少ないが、体育館などは、その可能性を検討しても良いと思われる。</p>	
<b>II-4-(1)-③ ボランティア受け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>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>ボランティアの受入に関する基本姿勢を明示するものは、中長期計画や施設の基本方針にはないが、受入は長年にわたって継続されており職場に定着したものとなっている。26年4月にはボランティア受入要綱とボランティアのしおりを作成し体制を整えるとともにボランティア懇談会を開催した。受入実績は演芸、講師、利用、外出付添などで25年度は85回であった。受入担当は2名の係長がとなっている。一方、ボランティアを育成する取組はなく、利用者の特質や支援の関わりについて、施設とボランティアが価値や目標を共有するという取組が大事になる。</p>	

<b>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>	
<b>II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント  施設の役割や機能を達成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るが、その情報が職員間で共有されていない。  必要な社会資源は広報紙の送付リストとして住所が一覧化されており、連絡先や団体名などが記載されている。しかし、取引先や警察、消防、利用者が利用する店舗等、地域の社会資源は、担当職員が把握しているが、職員間で共有できる状態とはなっていない。</p>	
<b>II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</b>	<b>a</b>
<b>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</b>	
<p>評価調査者コメント  関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。  措置の実施機関である福祉事務所を訪問し、利用者の状況を報告するとともに意見を交わしている。施設の重点目標は、法人が基本方針に掲げるセーフティネット機能の推進であり、一時入所の実施やホームレスやDV被害者、刑余者、災害被災者の緊急受入を行うこととしている。これら緊急事例は福祉事務所との個別の協議を経て一時保護で25年度は40件、ホームレスの受入などの実績に結びついており、関係機関との連携が効果的に機能している。</p>	
<b>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>	
<b>II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント  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るが、十分ではない。  措置の実施機関との連携により、一時保護を中心とした福祉ニーズの把握に取組んでいる。また、生活困窮者自立支援法の動向や困窮者の増加についても傾向を把握している。しかし、地域の民生児童委員や地域社協、生活困窮者支援に取組むNPOなどとの連携がなく、課題把握は十分とは言えない。今後、施設が生活困窮者支援にいかに関与するかについても、法人・施設の基本姿勢の明確化が求められる。</p>	
<b>II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント  把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。  利用者の地域生活移行や一時保護、DV被害者、災害被害者、刑余者等で緊急な保護入所の活動は積極的に対応している。一方、生活困窮者等、地域において制度のはざまにある人々や就労の準備や支援が必要な人々に対する事業化など、新たな福祉ニーズへの対応は、これからの課題と認識されている。社会福祉法人における地域公益活動の在り方が国においても議論の途上であり、まず、仕組みの検討が求められる。</p>	
<b>III 適切な福祉サービスの実施</b>	
<b>III-1 利用者本位の福祉サービス</b>	
<b>III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>	
<b>III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント  利用者を尊重した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持つための取組が行われている。  法人の倫理綱領や倫理綱領に基づく具体的行動計画及び施設の具体的行動計画の中に、利用者の尊厳の尊重や基本的権利の尊重及び自己決定の保障等を明示している。また、事業計画の中にも身体拘束の廃止や虐待防止の取組などを明示するとともに、職員研修で周知徹底を図っている。さらに、毎朝のミーティングで権利擁護に関する職員個々の意見を発表し、互いの言動等について注意喚起を促している。また、施設内に啓発用のポスターを掲示するとともに、権利擁護や身体拘束の廃止及び虐待防止等に関するセルフチェックを年4回実施して意識付けを図っている。</p>	

<b>Ⅲ-1-(1)-② 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。</b>	<b>C</b>
<p>評価調査者コメント 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ない。  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に配慮した支援を掲げるとともに、生活支援マニュアルの中の排泄支援や入浴支援等にもプライバシーに配慮することが明記されている。また、毎朝のミーティングやセルフチェック及び職場研修等で周知が図られている。さらに、公衆電話や意見箱等も目立たない場所に設置する等の配慮がなされている。しかし、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアルが未整備であることから、サービスの標準化を図るとともに、提供するサービスの質を高めるため、規程やマニュアルを整備することが求められる。</p>	
<b>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。</b>	
<b>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント  利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。  利用者満足の上昇を目指す姿勢は、事業計画の中で「利用者の主体性の尊重」や「利用者の声の把握」として明示されている。また、利用者アンケート(年1回)の実施や自治会役員会への出席及び利用者との話し合いなどを通して利用者意向を把握している。特徴的な取り組みとしては、精神保健福祉士の専門性を生かしながら個別面談の充実に努めている点である。なお、これらの相談窓口については、相談受付担当等を明示したポスターの掲示によって利用者に周知されている。</p>	
<b>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント  把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取り組みが十分でない。  利用者満足に関する担当部署はサービス向上委員会であり、担当職員を配置しながらアンケート方式で利用者の意向調査を実施している。なお、収集した意見等への対応策は関連する委員会(安全委員会、危機管理委員会、権利擁護委員会など)で検討し、その結果を全体会議に諮って決定する仕組みとしている。ただし、改善策については職員主導で検討されていることから、利用者が検討会議に参画し、利用者の希望等を反映しながら改善策を策定する仕組みとはなっていない。また、アンケートの集計結果や改善策等の利用者へのフィードバックは口頭で行っているため、図表等を含めた分かりやすい資料にまとめ、パブリックスペース等に掲示して周知する必要がある。なお、前回の利用者アンケートから1年以上経過していることから、事業計画に沿った対応が求められる。</p>	
<b>Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>	
<b>Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント  利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談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。  利用者の意見等を聴取するため、毎月1回「利用者との話し合い」を実施しているほか、施設内に「なんでも相談室」を設置し、利用者がいつでも自由に相談できる環境を整備している。また、相談窓口については、複数の相談担当職員を明記したポスターを施設内に掲示して利用者に周知している。なお、利用者からの意見や要望等についての対応状況は法人本部に報告することとなり、平成26年度第3四半期までに90件ほどが報告されている。さらに、基本的には施設内のどの場所でも相談を受け付けることとしているが、相談者のプライバシーに配慮するため玄関脇の相談室や医務室を相談場所として確保している。</p>	
<b>Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント  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取組みは、法人のなんでも相談室(相談・苦情解決)規定(平成25年4月1日施行)によって実施され、苦情解決責任者や苦情受付担当者及び第三者委員を設置するとともに、苦情については「なんでも相談室」で常時受け付けしている。また、相談窓口については施設内にポスターを掲示するほか、ホームページや広報誌等でも周知している。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。また、今年度の苦情受付件数が現段階で2件のみであることから、より積極的な苦情の掘り起こしが求められる。</p>	
<b>Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</b>	<b>C</b>



評価調査者コメント

利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。

利用者から意見や提案等があった場合には、相談を受けた職員が「相談支援表」に相談内容や対応状況を記録し、施設長に決裁方式で報告することになっている。また、その状況はケース記録にも記録することとしている。このように、利用者から苦情や意見を受けた場合の対応の仕組みは整備されているが、これらの手順等を明示した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・要望への対応が混同されていることから、苦情と相談を区分し、適正に対応される仕組みを整備することが望まれる。

<b>III-2 サービスの質の確保</b>	
<b>III-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。</b>	
<b>III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>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(平成23年度～平成27年度)の中で3年に1回の受審が義務付けられており、今回が2回目の受審である。なお、サービス評価を受審しない年は自己評価を実施することとしている。また、本事業の推進に当たっては、生活支援課長をリーダーとするサービス向上委員会が担当部署となって取り組んでいる。しかし、サービス評価の手順や方法等を規定したものがなく、従来の流れを踏襲する形で行っていることから、組織としての体制を整備して取り組んでいるとは言い難い。</p>	
<b>III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。</p> <p>本施設における自己評価の取組みは、全職員によるアンケート方式で自己評価したものをサービス向上委員会で集約してABC評価するとともに、具体的な取組みの内容を付加してまとめたものを係長以上で構成する定例会議で検証し、施設としての最終評価とする仕組みとしている。また、その結果は全体会議で職員へ周知し共有化を図っている。しかし、自己評価は全職員で行っているものの、評価結果の決定はサービス向上委員会や定例会議に委ねられていることから、職員参画による取組みに至っていない。評価結果を分析して施設として取り組むべき課題を明らかにすることや、その課題を職員間で共有化することも不十分であることから、改善活動に向けた課題整理等の方針立てが求められる。</p>	
<b>III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。</p> <p>施設課題は、サービス向上委員会が中心となり、課題を元に年間計画で取組事項を定め、定例会議等で取り組んでいる。しかし、第三者評価結果の課題と合わせて取組むまでには至っていない。サービス評価はPDCAに基づく継続した改善活動を評価するものであることから、評価結果を関連させて、施設として主体的に改善活動に取り組むことが望まれる。</p>	
<b>III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</b>	
<b>III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>施設として、食事支援、入浴支援、排泄支援、外出支援など、個々の支援場面毎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を整備し、標準化されたサービスが提供されている。また、これらのマニュアルには虐待防止や身体拘束の廃止及びプライバシー保護など利用者尊重の姿勢も記述されているほか、職員研修を通して共有化が図られている。さらに、マニュアルどおりにサービスが提供されているか確認するため、業務日誌の記録や支援毎のチェック表等の検証を行っている。</p>	
<b>III-2-(2)-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。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。</p> <p>各種マニュアルの検証や見直しについての時期や方法等を定めた規定等は整備されていないが、施設として第3四半期に見直しを実施することとしている。また、利用者状況の変化や個別支援計画の変更等があった場合にも、寮棟会議や全体会議で随時検証や見直しを行うとともに、その結果を会議録で周知され共有化が図られている。なお、個別の支援方法等を変更する場合は、個別支援計画におけるモニタリングの際と同様、利用者の希望や意見等を尊重しながら対応している。</p>	

<b>III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</b>	
<b>III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。          利用者の生活状況や個別支援計画に基づく日々のサービス提供状況が同じ視点でケース記録に記録できるようにするため、ケース記録要綱やケース記録の手順を定め、職員によって記録内容にばらつきが生じないようにしている。また、個別支援計画に基づくサービスを提供した場合は、ケース記録の表題を朱書きして支援内容が確認できやすいようにしている。</p>	
<b>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。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者に関する記録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。          利用者に関する記録の保管、保存、廃棄等については、法人が定めた文書規程によって取り扱われ、文書取扱責任者は総務課長となっている。また、法人の個人情報保護や情報公開規程に基づいて個人情報保護の徹底を図るとともに、研修を通して職員への周知を図っている。ただし、家族関係が極めて希薄であると言った施設の特性もあり、家族等からの情報開示請求については実績がない。各種情報を取り込んでいる電子データについては、出来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が図られている。</p>	
<b>III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。          利用者情報については、朝のミーティングや係ごとの引継ぎにおいて報告されたこと等を引継簿に記録し、当日勤務者だけでなく、休みの職員も直近日に必ず目を通し確認の押印をすることで共有化を図っている。なお、引継簿は利用者支援のチェック表(食事、排泄、投薬、所在などを確認するためのチェック表)と見開きになっており、サービス提供状況を可視化しながら活用できるものになっている点は評価できる。また、ヒヤリハット報告等があった場合は、緊急の対策会議を開催し、情報交換や対応策の共有化が図られている。</p>	
<b>III-3 サービスの開始・継続</b>	
<b>III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</b>	
<b>III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用希望者等に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。          施設を紹介したホームページを作成して公開しているほか、施設の経営理念や提供するサービス内容等を分かりやすく説明したパンフレットを作成し、近隣公共施設や玄関等に設置している。また、施設の方針として利用希望者等に対する施設見学や一時入所事業を積極的に推進している。さらに、生活困窮者自立支援法の施行を受け、施設の課題として、どのような役割を果たしていくべきかを重点項目に掲げ、行動指針の作成に取り組んでいる点も評価できる。</p>	
<b>III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。          本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、重要事項説明書に基づいて施設運営の状況や利用に当たっての留意事項等を利用者に説明し、確認の署名をもって同意を得ている。なお、施設が運営する介護サービス包括型共同生活援助(グループホーム)においては、重要事項説明書による説明のほかに契約書を取り交わしている。また、施設で独自に作成した「太白荘のしおり」によって、生活上の具体的な決まりごとについても同意を得た上でサービスを開始している。なお、成年後見人が選任されている利用者は、成年後見人との間で財産管理や身上監護の状況等について情報共有を図りながら支援している。</p>	

III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
III-3-(2)- ① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>利用者の退所や事業所の変更等に当たっては、施設で定めた入退所事務手続きマニュアルによって事務が執り行われているが、退所後もサービスが継続されるよう移行先に対して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」を申し送りを行っている。また、退所1ヵ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。なお、施設の性質上「退所者の会」のような組織はないが、退所後も利用者や家族が気軽に相談できる相談担当窓口を常設し、そのことを文書で周知している。</p>	
III-4 サービス実施計画の策定	
III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。	
III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。</p> <p>個別支援計画は、施設の「個別支援計画実施要綱」で定められた手順や様式で作成・実施されている。アセスメントについては、「生活基盤」「身体・健康」「日常生活」「コミュニケーション」「社会生活技能」「社会参加」「就労」「社会行動」「家族支援」の10領域と40項目に分類整理するとともに、アセスメント総括表やニーズ整理表に具体的な状況や解決すべき課題(ニーズ)が詳細に示されている。また、個別支援計画実施要綱に示されているアセスメントの時期や手順に沿って見直しを実施するとともに、全国救護施設協議会が主催する個別支援計画研修会にも積極的に職員を派遣し、個別支援計画作成スキルの向上に努めている。</p>	
III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。</p> <p>前述の10領域40項目に及ぶ具体的な利用者状況をまとめたアセスメント表に基づき、一人ひとりの助長・促進する内容や解決すべき課題(ニーズ)などを「ニーズ整理表」にまとめるとともに、サービス提供場面ごとの具体的な支援方法を明示しながらサービスを実施している。なお、個々の支援方法等については、個別支援計画検討会議や寮棟会議の記録によって職員間で共有化されるとともに、個別ニーズに沿った支援の必要性が意識付けられている。</p>	
III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	
III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>個別支援計画は「個別支援計画実施要綱」に基づいて取組まれているが、個別支援計画の作成については、生活支援課長をリーダーに第一・第二係長、看護師、栄養士、担当者等で構成する個別支援計画作成委員会で行っている。また、作成に当たっては利用者の意向を尊重して反映させるとともに、多職種の意見等も取り入れながら総合的な計画になるようにしている。さらに、個別支援計画どおりにサービスが提供されているかどうかを確認する仕組みについては、毎月の支援状況をケース記録にまとめた「月所見」によって検証することとしている。併せて、日々の支援状況を確認し易くするため、ケース記録の表題を朱書き表記するなどの工夫も行っている。また、個別支援計画書は男女各寮棟に常備されており、いつでも閲覧できるようにして職員間で共有化が図られている。</p>	
III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス実施計画について、実施状況の評価と実施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やその方法等については、「個別支援計画実施要綱」に基づいて実施されている。また、個別支援計画の進捗状況の確認は、個別支援計画策定から6ヵ月後のモニタリングで行うとともに、1年毎に個別支援計画を策定し直すこととしている。なお、モニタリングの時期でなくても本人の状況に応じて緊急カンファレンス等を実施して見直すこととしている。変更したサービス実施計画の内容は寮棟会議や職員会議を通して職員間の共有化が図られている。</p>	

<b>A-1 利用者の尊重</b>	
<b>1-(1) 利用者の尊重</b>	
<b>A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。</p> <p>利用者への基本的な支援方法については、施設の具体的な行動計画の中で、個別の支援・援助をケアの原則とすることを定め、個別支援計画に基づき、コミュニケーション力が弱い人には内容をかみ砕いたり、身振り、手振りを交えて話をしたり、耳元でゆっくり話す、表情から気持ちを読み取るとうとするなどの方法での支援が行われている。またコミュニケーション支援は、重要事項説明書に項目を設けて、利用者本人に説明をしている。現在、補聴器の使用が必要な利用者はいないが、自分の思いをうまく伝えられなかったり、コミュニケーションが苦手な人(約6名)を対象に、SSTの手法によるコミュニケーション技術力アップのための取組を始めており、自己紹介からスタートし、取組に参加する利用者のエンパワメントを引き出そうとしている。</p>	
<b>A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>利用者の主体的な活動として、利用者自治会が組織されている。自治会は年1回の総会のほか、年4回の役員会が開催され、行事の企画や利用者の希望の把握が行われている。自治会には、事務分掌及び委員会・係体制で決められた担当職員3名が交替で出席し、利用者の希望を聞きながら側面的な支援を行っているほか、自治会と園長、副園長との懇談会も行われている。</p> <p>また、自治会とは別に月に1回第1水曜日に利用者話し合いを行い、利用者からの要望や意見を聞くようにしている。</p> <p>利用者が施設外の知人等と交流することは自由にできるが、家族以外の方との面会はロビーで行うようにしている。</p>	
<b>A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>見守りと支援の体制が整備されている。</p> <p>利用者の生活者としての権利を尊重し、日常生活支援マニュアルには自分で出来るところは自分で行うように記載しており、具体的な支援方法は、個々の利用者や家族に説明を行い理解したうえで対応している。また、今まで出来ていたことが出来なくなって見守りの必要が生じたり、新たな支援に必要な物品の購入が必要な場合には、関係する職員でのケース検討を随時行って対応している。</p>	
<b>A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。</p> <p>利用者を対象とした地域生活移行支援としての自立訓練のほか、居宅生活に向けた生活訓練としての居宅生活訓練事業が実施されている。特に居宅生活訓練事業では、近隣の民家を訓練の場として日常生活訓練(日常家事、食事、洗濯、清掃、金銭管理)、社会生活訓練(公共交通機関の利用、買い物、対人関係の構築・通院、地域行事への参加)、その他訓練(健康管理、グループホーム等見学、通所事業所見学)が実施されている。</p> <p>また、利用者の権利擁護を主な視点とした具体的行動計画や虐待防止マニュアルを施設内に掲示し、利用者自身が人権意識を高められるような取組を行っている。</p>	
<b>A-2 日常生活支援</b>	
<b>2-(1) 食事</b>	
<b>A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。</p> <p>利用者の高齢化が進み食事介助が必要な利用者が多くなってきていることから、粥食や軟食などの食事形態、ごはんの量、アレルギーなど利用者個々の状況に応じた食事を用意されている。また、何らかの注意が必要な方の食事は、トレーに利用者個々の必要摂取カロリーや糖尿、低Na血症などの身体症状、苦手な食物などが書かれたプレート置き、利用者の状況に応じた食事が確実に提供できるようになっている。</p> <p>食事のリズム、バランス、動作、準備、片づけなど、利用者の状態に応じた留意点や支援の方法は、個別支援計画のアセスメントに記載され、食事介助の方法など支援内容は日常生活支援マニュアルの「食事支援について」に記載されている。</p>	

<b>A-2-(1)-</b> <b>② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。</b>	<b>a</b>
<b>評価調査者コメント</b> 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。 嗜好調査を年1回行い、冬場の鍋物やシチュー、夏場の冷やし中華など嗜好調査で希望のあったものを献立に取り入れている。食事は適温で提供され、はらこ飯が朱の器で提供されるなど盛り付けも工夫されている。献立及び食材は、献立表として施設内の食堂に掲示されている。 食事に関する検討の場である給食委員会を年4回開催し、施設の指名による利用者2名(男性1名、女性1名)が参加している。 食事の際の支援方法は、日常生活支援マニュアルの「食事支援について」で示され、誤嚥防止のための小分けにした摂食の必要性など個別の対応が必要な場合は個別支援計画のアセスメントに記載している。	
<b>A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</b>	<b>b</b>
<b>評価調査者コメント</b> 喫食環境の配慮が十分ではない。 食事は朝食が7時30分から、昼12時から、夕食が18時から、それぞれ1時間のフリータイム制で摂れるようにしており、食堂の設備や雰囲気は給食委員会で検討を行い、食事の際にラジオをかけるなど楽しく食事が取れるような改善を図っている。身体的な状況から食堂への移動が困難な方などは、職員が療棟に運び職員の介助によりデイルームで摂食しているが、多くの人が行き交い、食堂で食事を終えた利用者がテレビを見たり新聞を見たりしているスペースでの摂食であり、必ずしも快適な食事環境とはなっていないことから、食事をデイルームに運ぶのではなく、自力では食堂に来ることができない利用者も食堂で摂食できるよう、職員による支援の方法についての検討が期待される。	
<b>2-(2) 入浴</b>	
<b>A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。</b>	<b>a</b>
<b>評価調査者コメント</b> 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 利用者個々の健康状態や洗髪、洗体方法など入浴支援にあたっての留意事項は、個別支援計画のアセスメントに記載されている。 入浴支援にあたり安全やプライバシーに配慮した共通的な方法は、日常生活支援マニュアルの入浴支援マニュアルに記載され、マニュアルに基づいて業務が実施されている。 入浴後のつめ切り実施など、入浴支援の際の介助や助言内容はケース記録に記載されている。	
<b>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</b>	<b>a</b>
<b>評価調査者コメント</b> 利用者の希望に沿って行われている。 入浴は週5日(月、火、木、金、土または日)の午後を実施しているほか、失禁時や発汗時の際など、個室はいつでも入浴可能である。 シャンプーなど私物の使用も可能であり、女性利用者の中にはお気に入りのシャンプーを使用している人もいる。 入浴は利用者の話を聞きながら、希望に沿って実施しており、「服がなくなる」などの不安から入浴を拒む方には説明のうえ、安心して入ってもらうようにしている。	
<b>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</b>	<b>a</b>
<b>評価調査者コメント</b> 環境は適切である。 浴室や脱衣場の設備や入浴器具の設置については、必要に応じて職員会議で検討を行い、背もたれ付椅子やすべり止め椅子や女子棟バスケットを柔らかいものに交換するなどの改善を図っている。脱衣場には冷暖房設備があり、夏場は冷房に加え、扇風機も使用している。脱衣場にはカーテンを設置し、入り口のカーテンと併せ、二重のプライバシー保護の工夫をしている。浴室と脱衣場の安全衛生については、隔月ごとの係会議で確認している。	
<b>2-(3) 排泄</b>	
<b>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</b>	<b>C</b>

評価調査者コメント

介助は快適に行われていない。

排泄の自立に向けトイレで排泄するように声掛けをするなど、排泄に関する利用者の状況や留意事項は個別支援計画のアセスメント表に、利用者の排泄状況は、排便チェック表やケース記録、引継ぎ簿に記録している。また、排泄介助の方法や用具の使用方法は、日常生活支援マニュアル(排泄介助・用具支援マニュアル)に記載されている。しかし、同マニュアルに利用者の便意・尿意・失禁への対応が記載されておらず、利用者の高齢化が進んでいる状況を考えると、利用者の便意・尿意・失禁の際の共通的な業務手順としての対応を盛り込み、対応する職員による支援内容に差がないようにすることが必要である。

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	C
<p>評価調査者コメント</p> <p>清潔かつ快適ではない。 清潔に使用できるよう、毎日の掃除と点検、車いす利用者でも入りやすいカーテンの変更(アコーディオンカーテン⇒普通のカーテン)などの改善が行われている。しかしながら、トイレは毎日利用者が清掃、時には職員も一緒に清掃し、終了後は職員が点検し、やりきれていないところの清掃をしているとのことだが、男子棟には臭いがあり、小便器下に汚れも見られ、必ずしも快適なトイレ環境にはなっていない。女子等は利用者が頻りに清掃を行っていることから臭いはなかったが、換気の工夫や痔を患っている利用者もいることに配慮した洗浄式便座の導入など、快適なトイレ環境に向けたさらなる検討と改善が期待される。</p>	
2-(4) 衣服	
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 衣類は年2回の移動販売や外出時の購入、職員の支援による購入、家族による購入などで、利用者の意思による選択が行われているほか、必要に応じて職員が相談が相談に乗り助言を行っている。 衣類に関する情報は、療棟に定期購読の新聞と一緒に広告を置き、自由に見てもらおうことで提供している。</p>	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切に行われている。 利用者の衣類の着替えに関する職員の支援としては、着替えない人への声掛けや更衣の手伝い、洗濯機の使い方を教えることなどがある。 衣類・靴等脱着(着替え、着脱、季節)に係る利用者の状況や留意事項、支援方法は、個別支援計画のアセスメント表に記載されているほか、着脱衣の際のプライバシー保護や、身体拘束をしないケア、緊急やむを得ない場合の身体拘束とその留意事項など、支援の際の共通的な留意事項は具体的な行動計画や虐待防止マニュアルで定めている。 衣類の汚れや破損がひどい場合の対応は、日常生活支援マニュアル(衣類支援)に記載されている。簡単な補修は洗濯対応員(パート職員1名)が対応している。</p>	
2-(5) 理容・美容	
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 利用者の髪型や化粧の仕方は利用者の意思で決めており、必要に応じて職員が相談に応じている。 理容・美容に関する資料や情報は外出時に雑誌を購入するなどして利用者個々で情報を得ている。</p>	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>配慮している。 自力で理美容店の利用ができる方は外出して行っている。また、自力では行くことができない方についても利用者本人の希望に合わせて行くことができるようにしているが、その場合は、事前に職員が近隣の理髪店や美容院に連絡し、送迎や付添いを行っている。近隣の美容院の中には太白荘専用の日を設定しているところもある。 男性利用者は3カ月に1回のボランティア理容(地域の理髪店による訪問理髪)を利用している人もいる。</p>	



<b>2-(6) 睡眠</b>	
<b>A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。</b>	<b>C</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>配慮していない。</p> <p>就寝場所である居室の光や音について遮光カーテンへの付け替えや二重化など、利用者の希望や状況に応じた配慮がされているが、十分でない。</p> <p>夜間支援マニュアルの用意がなく、不眠者への対応などはユニットルームで過ごしてもらい、夜間の支援内容はケース記録や日誌に記録しながら、状況により対応しているが、高齢化が進んでいる利用者の状況を考慮すると夜間の排泄介助や不眠者への対応等を含むマニュアルの検討と作成が期待される。</p> <p>寝具は救護施設の基準寝具の提供が行われており、大部分の利用者は提供されたものを使用しているが、私物を購入して使用している人もいる。</p>	
<b>2-(7) 健康管理</b>	
<b>A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>適切である。</p> <p>利用者の通院(往診)した内容と健康診断結果は記録として保管されている。利用者は月1回、希望により精神科医に相談する機会があるほか、看護師には随時健康上の相談を行うことができる。</p> <p>利用者や家族への健康面の説明は面会時に支援担当者が行っている。インフルエンザの予防接種は、利用者及び家族の承諾を得て12月に実施している。</p> <p>利用者の健康の維持・増進を目的としたリハビリを主体としたプログラムがあり、重要事項説明書及び事業計画(活動及びクラブ日誌)に基づいて実施している。</p>	
<b>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p> <p>夜間の急な発熱など、健康面に支障があった場合のマニュアルは、各係で整備しており、緊急時はマニュアルに基づく対応が行われている。</p> <p>嘱託医師は、近隣の内科医と精神医療センターの精神科医各1名がおり、内科については月3回、精神科については月1回、利用者の希望により診察や相談が受けられるようになっている。</p> <p>また、夜間・土曜日午後、日曜日・祝日日の緊急時は、仙台急患センターか広南休日内科小児科診療所に搬送している。</p>	
<b>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>確実にされている。</p> <p>利用者の9割が何らかの薬を服用または使用しており、医療機関から処方された薬を看護師が金曜日を初日に1週間分を分包後、医務室内の定期薬ボックスに1日分を準備して各棟に届け、各棟の支援職員が配薬ケースに仕分けして、服用させる仕組みとなっている。誤薬防止のため、配薬ケースに入れる職員と利用者に服用させる職員及び単独外出者への手渡し職員は同じ人にならないようにしている。利用者が服用・使用している薬については、薬情報ファイルを整備し、利用者個々によって異なる薬の処方状況の共有に努めているほか、薬の取り違えや服用拒否、服用忘れ、重複服用などの誤薬があった場合には誤薬事故対応マニュアルによる対応が行われている。処方の変更や臨時に出た薬はケース記録引継簿に記載して情報共有し、誤薬事故防止に努めている。頓服を使用した際は、個々の管理シートに出し入れの都度チェックしている。</p>	
<b>2-(8) 余暇・レクリエーション</b>	
<b>A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。</b>	<b>b</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。</p> <p>余暇、レクリエーションに関する利用者の意向は、自治会や利用者との話し合いの際に把握し、年1回の日帰り旅行や季節の行事、地域コミュニティ組織主催行事等への参加など、利用者の希望に沿って実施されており、25年度においては、地域コミュニティ組織主催の敬老会や近隣小学校の空き教室を活用したサロンへの利用者の参加(72人19回)、地区の夏祭りへの利用者の参加(94人)など、地域との良好な関係の中で余暇・レクリエーションが実施されているほか、外部からのボランティアとしては、月1回の民謡教室と年1回のシャンソン歌手ライブがある。</p> <p>しかし、利用者アンケートでは、生活意欲が低下してきている利用者の状況が課題となっており、利用者の生活意欲を引き出すためのきっかけとなるよう、意向の把握方法や企画など、さらなる検討が期待される。</p>	

<b>2-(9) 外出・外泊</b>	
<b>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>利用者の外出にあたっては、事前に申し出て、利用者外出(外泊)伺いを出してもらうようにしており、重要事項説明書に記載して利用者への説明を行い、自治会や利用者との話し合いでも確認を行っている。</p> <p>外出にあたり、付添が必要な場合は、職員と調整のうえ、職員が付き添うようにしている。外出にあたり、学習が必要な利用者については、個別支援計画にその旨を記載し、事前学習等を実施している。個別に外出する方には、施設の連絡先を明示した連絡カードを用意し、携帯してもらっている。</p>	
<b>A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>利用者の外泊にあたっては、事前に申し出て、利用者外出(外泊)伺いを出してもらうようにしており、重要事項説明書に記載して利用者への説明を行い、自治会や利用者との話し合いでも確認を行っている。外泊の実施に係る留意事(家族関係の調整、屋外移動、交通機関の利用など)は個別支援計画に記載し、利用者と一緒に課題解決に向けた取組を行ったり、場合によっては事前学習を行っている。盆・正月の帰省は、家族の意向を聞きながら同意を得て行っているが、ほとんどの利用者は施設で過ごしている。外出と同様に個別に外出する方には、施設の連絡先を明示した連絡カードを用意し、携帯している。</p>	
<b>2-(10) 所持金・預り金の管理等</b>	
<b>A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。</p> <p>利用者の預り金については、預り金取扱い要領と小遣い金取扱い細則を定め、要領や細則に基づき、原則的には個人名義の口座を開設して金融機関に預け入れし十分注意を払って取り扱っている。</p> <p>日常の物品購入に係る少額の現金は自己管理を原則とし、利用者の状況に合せ、個別支援計画に基づく小遣い帳への日々の収支の記載とその点検など金銭自己管理の支援を行い、責任を持って自己管理ができるよう居室内に鍵付き保管場所を提供している。地域生活移行を希望する方は、居宅生活訓練事業による年間計画での支援プログラムによる学習と終了後の評価による自立可能度の判定を受けることができる。自己管理が難しい方については通帳を金庫で預かり、自己管理ができるよう職員による支援が行われている。</p>	
<b>A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>男子棟、女子棟の各棟で4種類の新聞を購読し、共有物として提供しているほか、希望により個人での購読も可能としている。</p> <p>デイルームには共有テレビを設置し、自由に視聴できるようにしているほか、個人でも居室に設置できるようにしている。</p> <p>新聞やテレビの共同利用については、利用者間での年代が同じことから「お互い様」で譲り合って利用するルールがあり、そのルールに従って利用が行われている。</p>	
<b>A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。</b>	<b>a</b>
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>喫煙場所、夜間の喫煙禁止やライター等の預かりは、施設利用開始時に利用者へ説明するほか、自治会や利用者との話し合いでも確認し、了解を得ている。</p> <p>喫煙場所や時間、ルールは重要事項説明書に記載し、施設利用開始時に説明を行い利用者及び家族からの了解を得ている。</p> <p>飲酒は医師により禁止されている方を除き、行事等で提供している。</p> <p>喫煙の害について、正しい知識がもてるよう、「煙草の害の説明会」として、利用者との話し合い時に情報提供している。</p>	