

(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: 松山荘	種別: 救護施設	
代表者(職名)氏名:施設長 山根 三夫	定員・利用人数: 100 名	
所在地:〒027-0037 岩手県宮古市松山第8地割19-1		
TEL:0193-62-7921	ホームページ: http://www.iwate-fukushi.or.jp/shisetu/matsuyama/index.html	
【施設・事業所の概要】生活保護法に基づき障がいがあるため、日常生活が困難な要保護者を入所させ、生活扶助を行うことを目的としている。		
開設年月日:昭和48年4月1日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等): 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: 32名	非常勤職員: 6名
専門職員	施設長 1名	当直専門員 3名
	副施設長 1名	嘱託医 2名
	主事 1名	居宅生活訓練事業生活指導員 1名
	主任看護師 1名	
	看護師 2名	
	栄養士 1名	
	業務係長 2名	
	寮棟主任 2名	
	生活指導員 20名	
	介助員兼事務員 1名	
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)	(設備等)
	利用者居室 二人部屋 43室	食堂
	利用者居室 一人部屋 16室	厨房
	自立支援室 二人部屋 2室	浴室
	自立支援室 一人部屋 1室	集会室(地域交流室)
	和室 1室	作業棟

③ 理念・基本方針

岩手県社会福祉事業団経営理念

岩手県社会福祉事業団は、ご利用のお客様の人間の尊厳の保持を旨として、お客様の立場に立った質の高いサービスを提供するとともに、地域福祉を推進し、全ての人が相互に人格と個性を尊重し、支え合いながら、その人らしく共に生きる豊かな社会の実現に貢献します。

松山荘経営方針

松山荘は、利用者の人間としての尊厳の保持を旨とし、心身共に健やかに安心・安全に生活できるような支援を提供します。

また、利用者のアセスメントを的確に行い、一人ひとりの「真に必要な支援」を提供し、その人らしい生活の実現に努めます。

地域のセーフティネット施設としては、生活困窮者、ホームレス等の支援の充実を図るとともに地域ニーズに応えられる地域貢献事業に取り組みます。

キャッチフレーズ 「応援します あなたの自立・あなたの暮らしを支えます」

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

- 1 身体上又は精神上著しい障がい等があるために日常生活を営むことができない生活保護受給者が生活しており、利用者の特性と個性に応じた細やかな支援に努めるため、個々の支援計画を作成し、日常生活の中に作業訓練や健康維持・増進の活動、外出等余暇活動を取り入れ支援にあたる。
- 2 救護施設居宅訓練事業（利用者の地域生活移行を推進する）
- 3 保護施設通所事業（地域で生活する被保護者等を対象に、日中活動の場の提供と住居への訪問指導を行い地域生活が継続して行えるよう支援する。）
- 4 施設機能利用事業（生活困窮者支援事業：圏域関係機関と連携し、生活困窮者、ホームレス、DV 被害者、刑余者等の支援を必要としている方に対し、一時生活の場を提供し生活の安定を図った後、安心して地域生活に戻れるためのセーフティ機能の提供）

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 5月 18日（契約日） ～ 令和 2年 12月 15日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	5 回（平成 29 年度）

⑥ 総 評

◇ 特に評価の高い点

災害時における利用者の安全確保のための取組

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。

平成 28 年の台風浸水被害を受けたこともあり、「災害時に強い施設づくり」を重点項目に掲げ、避難訓練等が毎月実施されている。広域避難場所が地元の中学校に指定されているほか、宮古市との連携により避難に関する情報が提供される体制がある。地域の消防団と地域防災協力員と年 1 回共同訓練が行われ、40 名ほどの参加が見込まれるなど、実際の避難に即した協力体制が築かれている。職員の召集、安否確認のための系統図、避難における公用車の配車、関連事業所の利用者や職員の安否確認方法が計画化されている。事業継続計画 BCP では法人の対応と施設における意思決定の代行等が定められている。

◇ 改善を要する点

利用者一人ひとりの個別支援計画を策定するための取組

利用者一人ひとりの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。

個別支援計画策定実施マニュアルは、アセスメントと計画策定、モニタリングの実施などの概略が定められている。金銭管理と身体拘束に関する支援があるときは支援計画に盛り込むとしている点特徴的である。アセスメントの実施方法は、個別支援計画の手引きに定められている。アセスメントは利用者の担当職員が行うが、支援計画の策定責任者は寮棟主任（2名）であり、業務係長が助言する体制が整っている。支援の実施状況はモニタリング討議が定期的実施されている。

しかし、アセスメントで「全介助」の支援課題が認識されていても支援計画に反映されていない場合があり、具体的な支援について、個別支援計画の手引きに基づく習熟が求められる。高齢化や障がいの重度化による介護・生活支援の必要性が高い利用者への支援は職員体制上、困難な事情もあるが、的確な計画への反映と工夫が望まれる。

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

今年度の受審において、救護施設版の評価基準を初めて用いることにより、救護施設としての役割、期待されていることを再認識することができました。利用者の高齢化、障がいの重度化などにより、就労支援、作業支援などに十分に取り組めていない現状にありますが、今後は就労を目指した作業活動等も検討していきたいと思えます。

また、様々な観点から個別支援計画の充実の必要性についてご助言をいただきました。全介助を要する方等の支援においては、個別支援計画に特に内容を盛り込まずに支援していましたが、個別性の高い支援方法等は業務の標準化を図り、職員の人事異動等によりサービスが低下しないよう、より具体的に共有化できる個別支援計画の作成に努めてまいります。

実習生の教育・育成について、当荘では「社会福祉士実習指導者」の要件を満たしていることから、実習生の要望・レベルにあった実習プログラムを作成します。

今年度はコロナ禍にあり、地域との交流等が制限されましたが、引き続き地域交流、社会貢献に努めてまいりますので、関係者の皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

(2) 法人本部のコメント

当法人では、社会福祉法人制度改革への適切な対応等、近年の更なる情勢の変化に応じるため、令和3年度を初年度とする中長期経営基本計画策定を行い、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ることとしております。

今年度、当法人では障害者支援施設2施設、救護施設2施設、福祉型障害児入所1施設の計5施設が福祉サービス第三者評価を受審しました。特に評価の高い点として、個別支援計画作成に向けた利用者からの意見聴取や障がい特性の把握及び分析、災害時における利用者の安全確保の取組等が挙げられました。

今回、救護施設については、救護施設版のガイドラインが施行されてから初めての受審となり、さらなる支援内容の充実を期待されるとの評価を受けました。いただいた評価結果を真摯に受け止め、利用者へのより一層の安心・安全なサービス提供に努めてまいります。

今後も経営理念、経営基本方針に基づき、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図るとともに、働きがいのある職場づくりによる人材確保と定着及び育成を推し進めてまいります。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

受審事業所名：

松山荘

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。	a
<p><コメント1> 法人、施設の理念、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。 また、それに基づいた施設の経営方針・重点項目が定められ、パンフレット、ホームページ、広報紙等に掲載されている。職員には、職員会議等で施設長から具体的な説明がされ、確認・共有、週初めの終礼で読み合わせ等周知が図られている。利用者にも自治会などにおいて、施設長が丁寧に説明し、工夫がされた関係資料を施設内に掲示し周知が図られ継続的な取組となっている。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<p><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。 施設における地域での課題分析がされ、法人全体での情報共有も行われている。前年度決算による数値分析と現状課題分析を行い、「自律(自立)経営による持続可能なサービスの提供」実現のため、経費削減、サービスの向上、事務効率化等具体的な方策となっている。また、救護施設を取巻く情勢の把握については、全国及び東北における研修に参加している。また、宮古圏域の福祉関係の委員会にも参画し、圏域の福祉情勢の把握ができています。</p>		
3	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。	a
<p><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。 毎年経営分析を行うとともに法人経営会議で検討し、基本計画に反映している。施設では、利用者に直結する日用品等購入については、職員に予算を持たせ予算管理を意識付ける等具体的な取組が行われている。毎月の役付会議や職員会議においても業務状況を確認し、課題の解決・改善についての周知がされている。</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><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。 法人本部の中長期経営計画に基づき、施設事業計画に7つの重点項目が設定されており、重点項目は、その項目ごとに丁寧な説明がされ具体的な取組となっている。法人としても、施設としても年度毎の事業計画を策定し、実施状況の確認がされている。</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><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。 単年度計画の策定は、4つの大項目に設定され人権擁護、サービスの質の向上、社会・地域との関係、人材育成、コンプライアンスの徹底、災害対策等に具体的な内容が示されている。</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><コメント6> 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。 実施状況については、毎年法人本部での法人全体の状況確認を行い、施設及び関連事業所業務反省の取りまとめも行い、事業計画に反映している。その内容を、役付会議や職員会議などで共有して周知が図られている。全職員に事業計画を配付し、実施の進捗状況を記入し施設長に提出するなどして、職員理解のもとでの取組となっている。</p>		

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p><コメント7> 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。 利用者自治会である「つばさの会」の常会にて、「事業団経営理念・経営基本方針」「職員倫理綱領」「事業計画(経営方針・重点項目)」「松山荘職員行動基準」について説明し、施設内にも掲示している。 今年度は、事業方針等を館内放送するなどの対応がされているものの、家族及び利用者等の参加を促すことへの工夫が望まれる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p><コメント8> 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。 サービス評価の自己評価の体制を、係長以下職員(非正規職員を含む)5人~7人のグループ構成を行い、項目ごとに協議評価を実施し、さらに役付職員で再協議を行っており組織的な対応となっている。さらには、満足度調査や嗜好調査を行い、結果を分析して改善の取組を行っており、利用者の自治会においても取組の報告がされている。また、サービス改善委員会を実施してサービスの改善に努めている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
<p><コメント9> 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。 評価結果で明確となった課題について、サービス改善委員会で作成した改善策や改善実施計画を立てて実施している。改善項目を具体的に担当者を決め、必要に応じて対策が立てられ実施されており、職員間での課題の共有化が図られている。</p>		

評価対象 II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<p><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。 毎月の役付会議や職員会議時に文書で表明するとともに、毎日の朝礼で日々の状況に応じた方針、注意事項等を示して、職員に対して自らの役割と責任を表明し理解を図っている。広報紙「ふきのとう」に施設の進むべき方針と自らの役割を併せて示している。また、管理者不在時の権限委任についても、事業継続計画BCPにおいて代行者が定められ、有事における管理体制についても明確化されている。</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><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。 法令遵守の必要性を強く認識し役付会議、職員会議等で共有して周知が図られている。また、利害関係者との適切な関係保持については、業務取引の各契約書をもって適正に処理されている。さらには、マニュアルに基づき、年2回のコンプライアンス自己チェックと毎月の人権侵害自己チェックを行い、結果を職員会議で共有化して人権意識向上の取組を行っている。福祉分野に限らず雇用・労働・防災・環境等の最新情報の内容把握もされている。</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><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。 毎月役付会議や職員会議で、サービスの向上や業務における改善事項を提言し、「真に必要な支援」となるアセスメントであり、より具体的な支援計画となるよう詳細な方針を打ち出している。また、教育研修制度を利用し個人人材育成計画を立てた人材育成を行い、都度業務反省をして次年度の計画に反映させている。</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><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。 経営の効率性を高めるため、経営分析を行うとともに、全ての職員に面接を実施し、業務に対する意見を吸い上げ、できること、できないことをしっかり判断してメリハリをつけて実施している。業務の実効性を高めるため、役付会議や職員会議にて業務の進捗状況を確認し、素早い対応を旨として業務の改善に努めている。また、適切な有給休暇の取得を奨励し職員間でカバーし合って気兼ねなく有給休暇が取得でき働きやすい職場環境となるよう積極的な取組となっている。</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><コメント14> 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。 必要な人材、人員体制の確保には、個別人材育成制度、目標管理制度、人事考課制度により取り組み、国家資格取得を奨励している。新採用職員には法人の方針にのっとった研修を実施し、転入職員や地域職職員には職員育成マニュアルに沿って計画的な研修を実施している。福祉人材確保は、法人として計画的に行い、非正規職員採用についても効果的な人材確保となるよう計画的な採用としている。</p>		
15	II-2(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント15> 総合的な人事管理を実施している。 福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程に職員が順次参加し、その際にキャリアデザイン5年計画シートを提出させ、今後本人の目指すべき姿を明確にしている。法人本部の人事考課制度や教育研修制度に基づき人事管理を行い、個別人材育成計画により「期待する職員像」を明確にして、職員処遇改善の必要性を検討、実施している。法人本部、施設一体となって総合的な人事管理となっている。</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><コメント16> 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。 職員の就業状況や意向の把握には、施設長の職員面談で定期的に確認を行い、有給休暇の積極的な取得や超過勤務の管理によりワークライフバランスに配慮した働きやすい職場づくりに取り組んでいる。また、法人本部において職員の悩み相談窓口が設置されており、職員の心身の健康管理が組織的に取り組まれている。メンタルヘルスケアについても、きちんとチェックされ、財団法人予防医学協会の職場ストレス報告書も作成されるなど、働きやすい職場作りに積極的に取り組んでいる。</p>		
II-2(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
17	II-2(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p><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。 新採用職員研修においてはキャリアデザイン5年計画シート、また既存職員においては個別人材育成計画を作成し目標に沿った研修計画を実行している。法人本部の要領に基づき、管理者及び役付職員が職員と定期的に面談を行い、職員一人ひとりの目標管理やそれぞれの意向を聞き取り、法人本部所管及び施設所管研修は、個別人材育成計画に基づき、経験年数や本人の意向を考慮し実施され、目標達成度の確認・評価が適切に行われている。</p>		
18	II-2(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p><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。 法人本部の人材育成方針を基本とした教育研修制度が経営方針、中長期経営基本計画の中に基本姿勢が明示されており、施設においても職場研修が毎月実施されているなど、個別人材育成計画に基づき計画的に人材育成を行っている。毎月行っている職場研修を継続的に実施するとともに年度ごとに振り返りを行い、改善に努めている。</p>		
19	II-2(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p><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。 個別人材育成計画に基づき、計画的に職員の研修を行っている。新任職員、転入職員には指導職員により、個別的なOJTが実施されている。また、内部研修についても毎月行われ充実している。個人別人材育成計画の基づいて、階層別、職種別、テーマ別等の研修が実施され、職員一人ひとりが研修の場に参加できるよう配慮されている。</p>		
II-2(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
20	II-2(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p><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・育成について体制の整備はできているが、積極的な取組には至っていない。 実習担当職員を配置し、専門職の研修・育成に関する基本姿勢が明文化され、マニュアルについても整備されている。昨年度は実際に1名の学生の实習を受入れマニュアル及び各学校側から提示されたプログラムを元に実習計画書を作成し実施されている。また、社会福祉士実習指導者講習会を修了した職員が担当して実習を行っている。 法人による調整の上で、施設が実習生を受け入れる仕組みであるが、施設特性を生かした効果的なプログラムの工夫が望まれる。</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><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。 ホームページ(法人含む)等の活用により、法人・施設の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。広報紙「ふきのとう」においても、利用者満足度調査結果、苦情・相談に係る事項等施設での活動の様子等が掲載されている。併せて定期的にホームページも更新される確かな情報発信が行われている。第三者評価事業にも継続的に取り組み、情報公開も適切に行われている。</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><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。 法人本部及び施設における事務、経理、業者取引等について会計規則、同施行規則が定められている。適正な取扱いのため、法人本部の内部監査と県による指導監査の実施もされている。内部監査を7月に実施し、外部会計監査人による会計監査も毎年実施されていて、その結果についても適正との評価を受けている。</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><コメント23> 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。 昨年は台風被害、今年はコロナ感染予防対策等により地域交流もままならない面はあるものの、例年、三人行事(フライングディスク大会、夏祭り、松山祭)では、地域交流委員会を開催し、企画の段階から地域住民も参加し、利用者との交流が図られている。地域周辺のゴミ拾いを行いながら、歩行訓練等を行い地域環境整備につなげている。町内敬老会に利用者も参加し地域住民との交流を図ったり、町内会の草刈りなどにも参加している。また、防災訓練についても地域消防団と積極的な交流を行い、良好な協力関係が構築されている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p><コメント24> 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。 毎週土曜日に行われるサークル活動には地域住民がボランティアとして参加している。また、地域住民及び地域団体の慰問等の交流についても積極的な受入れを行い交流が行われている。今年度は新規ボランティアの受入募集についても行う予定(事業計画)であり、次世代につなげる意味でも高校生、大学生のボランティアを希望するなど、基本姿勢を明確にしており体制が整備されている。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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 施設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><コメント25> 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。 運営協議会を年1回開催し、運営協議会委員から地域福祉ニーズの情報収集や検討等を行っている。宮古圏域障がい者福祉推進ネット(レインボーネット)や宮古圏域障がい福祉サービス事業者連絡会、宮古圏域障がい者自立支援及び生活困窮者自立支援協議会に参加し、利用者の意向に沿った支援を行うため関係機関と連絡を取り合い、よりよい福祉サービスに繋がるよう努めており、施設内には社会資源マップが掲示されている。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント26> 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。 圏域の各種会議に参加し、地域の生活困窮者の情報収集を行い、ホームレス、住居のない人、引きこもり等々具体的な事案に対して積極的なアプローチがされている。地域交流委員会では、地域住民から意見を伺う機会を設けて生活課題等の把握に努めている。</p>		

27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p><コメント27> 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。 施設機能利用事業を用いて地域の生活困窮者等を受け入れている。最終的なセーフティネット施設としての自覚を持ち、様々な事案に対し臨機応変な対応となっている。その際には地域の他機関とよく連携し情報共有が図られている。台風等の避難が必要な際には、施設自体が避難を余儀なくされるため、福祉避難所等の構想はないものの、集会室の利用等地域住民にも施設の設備の開放(貸出)を行い、施設機能を地域に還元等公益的な活動が行われている。また、公益的なサービス事業に相談員の登録がされている。</p>		

評価対象 III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
-------------------------------	--	---------

28	III-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
----	--	---

<コメント28>
 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。
 法人が7項目からなる職員倫理綱領を制定し、基本的人権の尊重などを誓っている。10項目からなる職員行動規範も併せて定められ、利用者に対する体罰、威圧的態度を禁止、部屋への入室の決まりなどが定められている。また、職員の研修教材「手にして未来Ⅱ」には、人権擁護・尊重等の基本姿勢が解説されており、職員は会議の中で研修教材を読み合わせるなど、利用者の尊重、人権への配慮について周知が図られている。また、当施設の職員行動基準とし「利用者の意見の尊重」などが定められている。毎月、人権侵害に関する自己チェックが行われ、その結果は職員会議で話し合われるなど、共通理解を図る取組が実行されている。

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
----	---	---

<コメント29>
 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。
 プライバシー保護マニュアルには、入室、着替え、入浴、排せつ、持ち物整理、外来者の情報、通信物の開封、電話の取次ぎ、写真の掲載、ビデオ上映の取扱い、私情への配慮等が定められている。コンプライアンス自己チェックシート(43項目)にはプライバシーに関する秘密の漏えいの項目を設定し、自覚を促す取組がされている。居室は2人部屋と個室であり、男子棟と男女混合棟に生活スペースが大別されプライバシーに配慮された環境が提供されている。
 一方、プライバシーの保護に関する施設の方針や取組内容がパンフレット、利用者の心得や重要事項説明書等を通じて利用者十分に周知されていない点に課題を残している。

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。		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
----	---	---

<コメント30>
 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが十分ではない。
 入所予定者見学マニュアルに基づき、希望者の施設見学に対応している。希望者にはパンフレットやテレビの視聴、外出・外泊の仕方、飲酒、喫煙、ゴミ出しなどのルールが記載された利用者生活の心得(A4判1ページ)を基に説明され、施設内部を見学できる。買物やタクシーの利用方法など、具体的な質問にも対応している。ホームページには、利用案内や施設内の写真、年間行事の様子、事業計画書、事業報告書が掲載されており、施設の暮らしの全体像が理解できるよう配慮されている。
 しかし、施設や日常の暮らしを説明する資料の内容については、一層の充実が望まれる。

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
----	--	---

<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。
 行政措置による入所となるため契約書はないが、重要事項説明書や個人情報利用同意書、利用者生活の心得などの資料を作成し、入所時に説明されている。入所の過程は手続きマニュアルに基づいて行われている。重要事項説明書には、ふりがなを付けるなどの配慮がされている。他施設への転所の折には、転所先の施設への見学やアパートの契約、水道や電気、携帯電話の契約などにも支援が行われている。
 一方、意思決定が困難な利用者や障害の程度や理解度に応じた説明を行うための資料は豊富とは言えず、利用者にとって理解しやすい内容での資料作成が望まれる。

32	III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
----	---	---

<コメント32>
 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。
 退所手続きマニュアルや地域移行プログラムマニュアルに基づいて対応されている。退所後の支援を担当する職員を配置している。保護の実施機関はもとより、地域の生活困窮者自立支援事業所、障害者基幹相談支援事業所とのネットワークに参画しており、地域移行のための退所等で連携が図られている。アフターケアについても担当者を配置している。
 しかし、地域移行後の自立生活を円滑に進めるために必要な情報は、地域の障害者相談支援ネットワークから提供されている資料が活用されているものの、施設として作成した資料の提供がないことから、検討事項と言える。

III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
33	III-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント33> 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。 年2回、利用者満足度調査が実施され、改善事項をまとめている。直近の調査では、トイレの清潔に関する不満、行事や余暇活動への不満、担当者不在時の不安などが課題として挙げられた。課題は担当者を定め対策が行われている。これらの対応は利用者会の会合で報告され、掲示もされている。食事の嗜好調査や肉料理と魚料理を選択できる仕組みがあり、機能している。意見を表明することが苦手な利用者に配慮し、担当職員が利用者を訪問して意向を聴取する「ラウンド式なんでも相談」を実施している点が特長的である。</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><コメント34> 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。 施設長が苦情解決責任者、業務係長が苦情受付担当者となっている。第三者委員が対応する相談日は、「なんでも相談」として幅広く意見要望を聞く仕組みである。ご意見箱への投書もあり、毎月担当者が対応にあたり、本人への回答も含め苦情解決の仕組みが機能している。相談や苦情の対応結果は利用者自治会で公表している。重要事項説明書や掲示で入所者に苦情解決の仕組みを周知している。事業報告書には苦情の件数と概要が記載され、ホームページで公表されている。</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。	a
<p><コメント35> 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。 日常の相談は担当職員が対応しているが、苦情解決に関する第三者委員2名と相談対応職員1名がなんでも相談（一部巡回方式）に毎月対応し、意見要望を吸い上げる仕組みとしている。苦情解決の仕組みや相談日は利用者自治会などでも周知及び掲示されている。また、相談室が確保されている。意見箱にも投書が多く機能している。</p>		
36	III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p><コメント36> 利用者会の相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。 苦情相談受付マニュアルに添って、苦情対応は迅速に対応されているが、日常生活の中の相談や意見への対応については、組織的かつ迅速に対応する方法を図る基準の確立について、若干の課題を残している。利用者の意見、要望等は、支援記録で把握され主に担当職員が対応にあたり、疾病や障害の程度により生活に制限を受ける利用者も多く、一律の対応は難しい。 そのため、苦情解決の仕組みとは別に食事、入浴、嗜好品、日中活動、趣味、帰省、墓参、外出等の要望・意見に対して、制限への考慮を踏まえて、組織として対応可能な水準や対応までの標準的な日数などの検討が望まれる。</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><コメント37> リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。 法人主導の仕組みとして中長期計画にリスクマネジメントを位置づけ、法人のリスクマネジメント取扱要領に基づき、リスクマネジメント委員会を設置、副施設長をゼネラルリスクマネジャー、2名の寮棟主任をリスクマネジャーに位置づけ、年6回、事故や事故につながりかねない報告を基に改善策、予防策、事故被害軽減策等が検討されている。また、未然に危険を予知する研修を実施しリスクの低減に努めている。リスクマネジメントに関連するマニュアルは、服薬管理、誤与薬対応、夜間就寝時支援、利用者トラブル対応、救急車要請、所在不明時、不審者侵入対応などのマニュアルが整備され、リスク要因への対応が図られている。床の水濡れを原因とした転倒事故への対応として、その対策が、委員会や寮棟会議を通じ職員に周知されており、仕組みが機能している。</p>		
38	III-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント38> 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。 感染症対応及び予防マニュアル、インフルエンザ対応マニュアル、ノロウイルス対応マニュアルを作成し、平時の研修、予防対策、県内流行時の臨時委員会体制、職員及び同居家族の罹患時の受診などが定められている。感染症対策及び保健衛生担当者会議は看護師が主担当となって対応されており、流行時期に併せて感染予防研修会が実施されている。新型コロナウイルスに関する対応マニュアルを新たに定め、利用者に感染が生じた場合の生活スペースの区分、職員の支援方法など、必要な対策が講じられている。</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組織的に行っている。	a
<p><コメント39> 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 平成28年の台風浸水被害を受けたこともあり、「災害時に強い施設づくり」を重点項目に掲げ、避難訓練等が毎月実施されている。広域避難場所が地元中学校に指定されているほか、宮古市との連携により避難に関する情報が提供される体制がある。地域の消防団と地域防災協力員と年1回共同訓練が行われ、40名ほどの参加が見込まれるなど、実際の避難に即した協力体制が築かれている。職員の召集、安否確認のための系統図、避難における公用車の配車、関連事業所の利用者や職員の安否確認方法が計画化されている。事業継続計画BCPでは法人の対応と施設における意思決定の代行等が定められている。</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
----	---	---

<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。
法人では、職員全体を対象とした研修教材「手にして未来Ⅱ」を作成し職員研修や基本マニュアルとして活用されている。この教材は、法人の理念等、人権擁護・尊重、虐待防止、身体拘束禁止、秘密保持、個人情報・プライバシー保護等の基本を解説し、ノーマライゼーションをベースとした生活支援等の実施方法を教示する内容である。施設では具体的な支援実践のために標準的な実施方法として67種類のマニュアルが定められている。職員会議では、研修教材の読み合わせにより周知が図られているほか、具体的な支援の実績は、支援記録によって毎月確認(決裁)されている。

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
----	---	---

<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。
マニュアルは、管理手順が定められており、マニュアルの策定、改定、廃止、見直しなどの手順が定められている。見直しは年1回2月に実施されている。マニュアル等の見直しは、寮棟会議での業務検討を行ったうえで、業務分掌に基づく各担当者が提案する仕組みとなっている。また、利用者自治会から意見、提案を聞く仕組みがある。

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支援計画を適切に策定している。	b
----	--	---

<コメント42>
利用者一人ひとりの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。
個別支援計画策定実施マニュアルは、アセスメントと計画策定、モニタリングの実施などの概略が定められている。金銭管理と身体拘束に関する支援があるときは支援計画に盛り込むとしている点が特徴的である。アセスメントの実施方法は、個別支援計画の手引きに定められている。アセスメントは利用者の担当職員が行うが、支援計画の策定責任者は寮棟主任(2名)であり、業務係長が助言する体制が整っている。支援の実施状況はモニタリング討議が定期的に実施されている。
しかし、アセスメントで「全介助」の支援課題が認識されていても支援計画に反映されていない場合があり、具体的な支援について、個別支援計画の手引きに基づく習熟が求められる。高齢化や障がいの重度化による介護・生活支援の必要性が高い利用者への支援は職員体制上、困難な事情もあるが、的確な計画への反映と工夫が望まれる。

43	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。	b
----	------------------------------------	---

<コメント43>
個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。
アセスメントと支援の見直しは1年を単位に行われている。見直しされた計画は、寮棟会議で説明されるほか、年度当初に支援目標の一覧表を配付し、職員に周知されている。
支援目標が設定されたアセスメント項目のみに、支援内容とポイントを設定する方法に特徴があるが、支援目標に選定されていないアセスメント項目であっても、支援の必要性がチェックされている項目については支援内容とポイントを具体的に記述し、支援内容の全体像を可視化することが望まれる。

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
----	---	---

<コメント44>
利用者一人ひとりの個別支援計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有されている。
支援記録は、記述に標題を付けることによってキーワード検索や抽出ができるコンピュータソフトの仕組みがある。個別支援計画の支援目標に基づく支援もこの仕組みによって時系列の経過を追うことができる。支援記録は、業務日誌、医務日誌とも連動して記録されている。支援記録には、日時、記録者名が登録され、通院や余暇、苦情、食事の状態などが記録されている。個別支援計画に設定されている内容を上回る支援実績が記録されている。支援を担当する職員は、看護師、栄養士を交えたモニタリングや寮棟会議で支援の実施状況とリスクコントロールを意図した情報を共有している。

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><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。 法人が定める個人情報保護規程に基づくとともに、現場レベルでは個人情報保護マニュアルによって、利用者に関する記録が管理されている。利用者の支援記録は、コンピューターネットワークによって共有できる仕組みだが、利用者の個人情報や個別支援計画等は一人ひとりの記録媒体(USB)に保存されており、ネットワークを介して外部に漏えいしない仕組みとしている。利用者記録の管理については責任者が定められており、支援記録整理マニュアルによって統一された書類の整理がされている。個人情報(肖像の利用を含む)の利用については、利用者ごとに利用範囲を取り決めた同意書によって管理されている。</p>		

A-1 支援の基本と権利擁護

1-(1) 支援の基本		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っている。	a
<p><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。 現在のアセスメント表では10分類 ①生活基盤 ②健康 ③日常生活 ④コミュニケーション ⑤社会生活技能 ⑥社会参加 ⑦就労 ⑧緊急時対応 ⑨支援し配慮が必要な社会行動 ⑩家族支援となっており、本人の希望やニーズを尊重し個別支援計画に反映した取組を行っている。衣服の購入や理美容については、本人の意向を聞いて計画し、外出時に商店等で買物や散髪店等に立ち寄っている。約6割の利用者は、月1回理容組合の皆さんが施設を訪問する方法で「施設内理容」を行っている。生活に関わるルール等については、毎日の朝礼や利用者の自治会である常会(つばさの会)、役員会等で話し合いが行われ、結果が反映されるようにサポートし、仕組みや組織づくりに取り組んでいる。利用者の権利や合理的配慮については、寮棟会議や全体研修会等の場で学習や理解・認識を深め、職員間で共有する機会を設けて支援されている。</p>		
A2	A-1-(1)-② 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<p><コメント2> 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等については、アセスメント表、モニタリング等で確認し個別支援を行っている。個別支援計画に反映させ、見直しを行い、自律・自立生活を促す支援を心がけている。お金や薬については、ほぼ9割の利用者が施設管理であるが、金銭管理を自己管理できる利用者には、三千円から一万円の小遣銭を出納簿をつけて管理できるよう支援し、服薬については、一週間分の薬を所持し、間違いのないように確かめながら、自分で服薬できるように支援している。行政手続、生活関連サービス等他法による福祉サービスの利用については、希望する本人をサポートし、職員が同行するなど事務的な手続が円滑に進むよう支援している。また、利用者死亡時の対応はマニュアルが整備され、手続きの状況や結果などを記録に残している。</p>		
A3	A-1-(1)-③ 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。	b
<p><コメント3> 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。 コミュニケーションが十分でない利用者には、①身振り・手ぶりのジェスチャー、②コミュニケーションボード、③あいうえお表、④絵カード、⑤食堂等の出前メニュー表等々、様々な工夫をしたり、手段・方法を使って支援している。障がいのある利用者間で、身振り・手振りで意思表示し意思伝達ができていない様子を見て、利用者に通訳や解説をしてもらうことも多々ある。当事者同士のコミュニケーションや人間関係を大切にしたい。今後、コミュニケーション機器の活用、タブレット、スマホ等の利用、また、代弁者の協力を得るなど、支援のあり方を含めて工夫を望みたい。</p>		
A4	A-1-(1)-④ 利用者の自己決定を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
<p><コメント4> 利用者の自己決定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。 利用者は担当の職員や宿直勤務の職員など話をしたい人を決めていることが多いので、極力、そうした職員等と個別に話せる機会を設けている。利用者には正確な情報を伝え、選択し決定できるように努めているが、相談内容をもとに個別支援計画に反映しているとは言えない。例えば、利用者の最も楽しみである日中活動の改善策(案)を提示できない現状があり、その事情は、利用者も説明を受けて一定の理解をしているが、自らの思いや意思を表明することの困難な利用者への支援方法など工夫が必要である。また、相談内容や個々の要望等については、本人の理解を得て関係職員で理解・共有している。 今後は、早急に日中活動の改善や余暇活動等の体制を整え、利用者へ情報提供や説明を行い、利用者の要望が個別支援計画に反映される取組を望みたい。</p>		
A5	A-1-(1)-⑤ 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
<p><コメント5> 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。 日中活動は、①農園芸班、②室内作業班(木工)、③室内作業班(手工芸)、④健康運動班の4班あったが、現在は健康運動班だけ活動している。日中活動の内容充実について業務改善活動チームを組織し、検討を行っている。サークル活動は、①カラオケサークル、②ビデオサークル、③ぬり絵サークル、④創作活動サークルの4つあるが、利用者の高齢化、重度化傾向の進む中で見直し・改善を検討している。また、利用者の余暇支援としてバスハイイクや公用車を用いた外出などを企画・実施している。文化的な生活、レクリエーション、スポーツ活動については、情報提供を行ったり、フライングディスク、スカットボール等々に取り組んでいる。 今後は、個別支援計画の見直し等とあわせて、日中活動と支援内容等の検討・見直しの取組を望みたい。</p>		

A6	A-1-(1)-⑥ 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
<p><コメント6> 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。 居室について、二人部屋(43室)は、利用者の人間関係に最大限の配慮をして居室を決めている。食堂は4人が座れるテーブルで十分なゆとりがあり、給湯器、オーブンレンジ、テレビ、クーラー等も整備され、夜も利用者が休息できるよう出入りは自由である。浴室について、浴槽は深めで、全体に手すり付きで安全への配慮が見られる。トイレは、便器周辺のトイレマットの材質を改良したり、職員と利用者で毎日2回、清掃して衛生面の確保に努めている。その他の設備については、毎月1回リスク調査を行い修繕につなげたり、安心・安全の居住環境づくりに努めている。安眠(休息)に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を提供するなど、利用者間のトラブルが生じないよう配慮されている。</p>		

1-(2) 権利侵害の防止等		第三者評価結果
-----------------------	--	---------

A7	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。	a
<p><コメント7> 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。 法人で身体拘束規定等取扱要領や虐待防止マニュアルが定められており、それに基づいて実施することになっている。現在、対象者はいない。施設内に「職員行動基準」と苦情受付の連絡先等を掲示し、虐待や権利侵害を行わないことを明言し周知を図っている。権利侵害・虐待の防止のため人権侵害に関する自己チェックを毎月実施している。また、連絡簿を活用して日常業務の中で該当するような事項がなかったか、不適切な対応や事項がなかったかの有無を確認し振り返りや気づきを持って支援するよう心掛けている。各種会議では、「手にして未来Ⅱ」に記載の人権擁護について読み合わせたり、人権侵害の早期発見についての意識付けにつながる学習会等を実施している。</p>		

A-2 生活支援

2-(1) 日常的な生活支援		第三者評価結果
-----------------------	--	---------

A8	A-2-(1)-① 利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p><コメント8> 利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。 「松山荘利用者個別危機管理行動特徴表」を作成し障がい等による行動特徴や不適切な行動などの把握に努めている。①不安定を誘発する言動は何か、②不安定時の本人の行動特徴、③安定につながる支援方法等々、多面的に本人の障がい・疾病等の状況を分析・評価し支援している。内部の職員研修は、①バイタルサイン、②てんかん、③転倒防止、④発達障がい児・者の支援、⑤意思決定支援、⑥うつ病など、⑦認知症、⑧福祉用具等々、多岐にわたるテーマで実施している。コロナ感染防止のため外部研修への参加は難しくなっているが、できる限り参加して専門知識の習得と支援全般の知識や技術の向上に努めている。また、寮棟会議等の場で、個別の事例について話し合い、検討し支援方法など職員間で共有している。</p>		
A9	A-2-(1)-② 利用者の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><コメント9> 利用者の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。 入浴は週3回とし、チェック表により入浴状況を確認している。自立している方は見守り、介助の必要な方へは複数の職員で対応している。排せつについて、食事後、定時に排せつの声かけ、誘導を行う。車椅子使用の方は、身障トイレに誘導し、便器への移動を介助する。排便の確認表により、排便のない状況が続く場合や訴えのある利用者には下剤を使用することもある。体調変化により便失禁が続く場合は、時間や状況、水分補給等の対応を記録し看護師と連携、協力して対応する。排便、失禁の際はシャワー等で清潔にし下着交換を速やかに行う。移動・移乗について、車椅子使用でも自走できる方、介助の必要な方など心身の状況に合わせて対応するほか、杖、シルバーカー、歩行器など自前で購入し利用している。廊下や食堂、デイルーム、トイレ等移動の際の転倒防止等の安全への配慮がされている。車椅子使用で自力歩行できない方は、浴槽に入ることができずシャワー浴となっているため、設備の改修を含め、入浴を楽しむことができるよう対応が望まれる。</p>		
A10	A-2-(1)-③ 利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。	a
<p><コメント10> 利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。 食事について、施設のアセスメントは、①量・バランス、②リズム、③嚥下・咀嚼機能、④動作・能力、⑤形態、⑥食器、補助具、⑦口腔内状態、⑧口腔ケア、⑨準備・片付けとなっている。栄養マネジメントに基づき、利用者に栄養アセスメントや満足度調査や嗜好調査を実施し、利用者の希望や意向、好みなど取り入れて献立に生かし食生活に反映させるなど工夫している。咀嚼や嚥下機能の状況も確認している。高齢化と障がいが増加した方も多いため、誤嚥や窒息等の事故防止に最善の注意をしておいている。週に1~2回実施する選択メニューは人気があり、利用者からリクエストを募集し、できるだけ希望に沿ってメニューや食事提供ができるよう工夫している。食事席の変更についても、本人の希望のほかに、状態像の変化(例えば、嚥下力の低下等)を考慮している。全員が集まる場で、一つのテーブルに4~5人が対面して座る場所でもあるが、密集しないような工夫をしている。</p>		

2-(2) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
A11	A-2-(2)-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。	b
<p><コメント11> 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。 生活動作や行動の中で意図的な生活訓練を行い、利用者が主体的に取り組むことで身体的な機能が維持・改善されている。施設の看護師の助言・指導を得ながら自力歩行に繋がる「立ち上がり」「歩行」「屈伸」等動作訓練を行っている。個別支援計画で機能低下防止を目標に掲げ、月2回以上職員と一緒に廊下歩行したり、健康グループ活動に参加するなどの取組を実施したり、毎朝、青い山脈をアレンジした健康体操を行っている。 今後の課題として、病院やリハビリ事業所等の専門職から助言を得ることや個別のリハビリ等の対応も含め、利用者一人ひとりの障がいの状況に応じた専門職種の助言・指導をもとに機能訓練・生活訓練が実施できるような環境をつくり、レベルアップにつなげていく取組が望まれる。</p>		

2-(3) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
A12	A-2-(3)-① 利用者の健康管理の支援と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
<p><コメント12> 利用者の健康管理の支援と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 健康管理マニュアルに「起床時以後の対応」と「日中の対応」を明記し実施している。利用者の状態は、入浴チェック表、排便チェック表、排尿量記録表、ストーマ確認表及び血圧検温チェック表等により把握し各チェックカードを基に看護師が個別に健康状態を確認する。通院予定の利用者は主に看護師が付き添い、生活指導員が付き添う場合は、①医療ファイル、②病状を伝えるメモを作成し、通院先の看護師と連絡を図っている。利用者の体調に変化のあったときは、看護師が通院の可否を判断し、看護師不在の場合は、勤務職員が判断し対応した上で、速やかに上司及び看護師へ報告する。日々、職員は利用者の健康状態を把握し、業務日誌や医務日誌に記録するとともに、寮棟会議で情報共有し、支援方法の変更や見直しがある場合には、全体の職員会議で情報共有する。健康の継続・増進に向けて、職員には、看護師による「応急・救護」「感染予防について」等の研修会を実施し、通院・入院時の手順、付添い方法などを個別指導している。利用者には、毎月「つばさの会」で看護師、栄養士が情報提供している。</p>		
A13	A-2-(3)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a
<p><コメント13> 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。 医務室医薬品の保管管理に関することは、事務分担表により主任看護師が行い、服薬マニュアルにより職員が服薬支援を行っている。自己管理できる利用者は看護師や本人が薬の内容と数を確認したうえで、本人に渡し、自己管理内服薬管理簿に記入する。利用者の居室の鍵付きロッカーに保管すること及び担当職員と毎週残数を確認することになっている。与薬支援では、複数の職員が本人の前で、氏名、時間帯を声を出して確認する。また、内服前に本人にも確認してもらう。飲み込みを確認し、服薬確認表に記入する。利用者に対しては、通院時に月1回程度、医師から処方箋に関して説明が行われる。利用者の排便の有無や気づいた症状がある場合、利用者の訴えにより、健康チェックカード等で情報を集約し、必要に応じて看護師からの助言を得る。また、治療や処置など定期的な通院が必要な利用者に対しては、通院計画に基づいて支援している。利用者の健康状態や服薬の状況について、年2回家族等へ情報提供を行っている。医療支援に関する研修や個別指導については、急変時の対応法、感染症対応、機能訓練の手法など個別に助言・指導を行っている。</p>		

A-3 自立支援

3-(1) 社会参加の支援		第三者評価結果
A14	A-3-(1)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加のための支援を行っている。	b
<p><コメント14> 利用者の希望と意向を尊重した社会参加のための支援を行っているが、十分ではない。 外出支援は、事前に目的や行先、交通手段、付添者等を「外出届」に記載し決裁を受けて実施している。付添いなしの場合(外出・外泊)は、「緊急連絡カード」を携帯して外出する。外泊を希望する場合は「外泊届」により、本人または付添人(身元引受人)等が申請する。利用者の希望により、公共交通機関を利用したり、買物等する場合は、金銭の自己管理を支援する。施設内で金銭使用の学習、体験を行い、実社会で応用・活用できるように社会参加につながる支援をしている。家族や友人など「面会届」により、つながりを継続できるよう支援している。 今後は、家族や近隣社会の人々とのつながりが希薄になっていく傾向があるので、ボランティアの活用や宮古市の生涯学習の講師派遣など、お金をかけなくても人的、物的な交流を広げ、社会参加の接点を発見する工夫などの取組を望みたい。</p>		

3-(2) 就労支援		第三者評価結果
A15	A-3-(2)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	c
<p><コメント15> 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っていない。 地域移行プログラムやマニュアル、フローチャート図があり、アセスメントを行い個別支援計画に反映されている方も4名ほどいる。そのうち1名が居宅訓練を実施している。 今後は、「評価の着眼点」を参考に取組のヒントを学び、利用者のために、利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援に一歩でもつなげるような取組を望みたい。</p>		

3-(3) 家族等との連携・支援		第三者評価結果
A16	A-3-(3)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b
<p><コメント16> 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。 利用者の生活状況等について、年2回お便りの送付や健康状態の報告、夏祭り、松山祭の行事案内等、その都度、家族や身元引受人等に連絡している。利用者の体調不良や急変時には「身元引受人への連絡マニュアル」に基づき随時連絡、報告している。入所時に家族との連絡のルールを確認し、家族からの相談や連絡等には適切に対応している。 新しいアセスメント表では、「家族支援に関する領域」で4項目①家族関係の調整 ②家族への情報提供 ③家族の費用負担 ④その他の家族 支援となっており重要視される項目となっている。今後は、利用者や家族等のニーズを把握し相互理解を図るための取組を確認し、家族支援の実施方法・内容を個別支援計画や記録等に反映させる必要があり、家族等との連携や家族支援について工夫した取組を望みたい。</p>		

3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
A17	A-3-(4)-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。	b
<p><コメント17> 利用者の希望と意向を尊重した地域生活の支援を行っているが、十分ではない。 居宅生活訓練事業では2年間程度の訓練期間を設定し、生活面、健康面、社会面、調理実習、事業所見学、体験、実習、社会資源利用訓練（公共交通など）、通院訓練等々、地域移行への意欲を高める支援を行っている。現在は4名が対象となり、他にも3名が地域生活への移行を希望しているが、日中活動のプログラムや地域での受け皿、グループホーム等の住居などの確保が難しい実情がある。 地域移行を希望する利用者には、その意向に沿った個別支援計画への反映が望まれる。 長年の実績や取組をしているので、さらなる充実が望まれる。</p>		

A-4 地域の生活困窮者支援

4-(1) 地域の生活困窮者等の支援		第三者評価結果
A18	A-4-(1)-① 地域の生活困窮者等を支援するための取組や事業を行っている。	a
<p><コメント18> 地域の生活困窮者等を支援するための取組や事業を行っている。 職場研修会で、外部から講師を招き生活保護法、生活困窮者自立支援事業等の学習、研修を深めている。宮古圏域生活困窮者会議に参加し関係機関や他の福祉施設・事業所と情報提供や意見交換を行ない、課題の理解に努めている。職員の人事異動による交代や若い職員も多く、全てにおいて共通理解を持って地域の生活困窮者等を支援する事業活動に取組む困難さがあるが、救護施設の専門性や支援ノウハウを関係機関等と共有するよう努めている。生活困窮者のために制度に基づかない施設独自事業としての「施設機能利用事業」を実施している。また、「一時入所支援事業」や「救護施設一時入所事業」(短期入所)など地域のニーズに合わせた取組を実施している。</p>		