

評価細目の第三者評価結果

< 第三者評価結果: 共通項目編(障がい者・児) >

福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

共通1

(1) 理念・基本方針が確立されている	評価結果	判断理由等
理念が明文化されている	Ⓐ b・c	多種に亘る福祉事業を幅広く展開する法人の全体理念を策定し、規則集冒頭に記載するなど明文化されているとともに、寮内掲示板や寮内会議室に掲示している。理念は利用者(お客様)を主体とし、福島県社会福祉事業団の特性を使命としたわかりやすい内容となっている。また、理念は各施設ごとに、具体的にスローガンとして掲げられ、職員への周知が図られている。
理念に基づく基本方針が明文化されている	Ⓐ b・c	法人の理念に基づく経営方針が明文化されているとともに、それらを踏まえ、さらに施設の事業内容に適した運営方針が明文化されている。また、その運営方針はパンフレット、ホームページや施設内掲示板に掲示されており、スローガン、5項目の基本方針をより具体的に明文化し、職員の行動規範となっている。
(2) 理念や基本方針が周知されている	評価結果	判断理由等
理念や基本方針が職員に周知されている	Ⓐ b・c	理念・基本方針等は毎年、年度当初の初任者研修(人事異動者を含む)において、十分に時間をかけて職員に周知徹底しているとともに、さらに職員会議においても全職員に配布し説明をしている。また施設の基本方針や具体的実施項目については、法人理念に基づくスローガンを定め、全職員による討議の機会を設けて意見を吸い上げ、作成されている。
理念や基本方針が利用者等に周知されている	Ⓐ b・c	理念・基本方針等は、入所契約時に利用者・家族に対しわかりやすく説明し、資料も配布している。また、年に3回程家族会や交流会等の行事を開催し、その都度記載された資料を配布している。参加できなかった家族については資料を郵送している。利用者に対しては、毎月開催される懇談会において適時周知している。また障がいの程度に合わせて、身振り手振りや口頭により理解いただけるよう努力をしている。

2 計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている	評価結果	判断理由等
中・長期計画が策定されている	Ⓐ b・c	中・長期計画は、県より法人への委譲が決まることに伴い、施設では平成19年度末に健全経営を実施するための5ヵ年計画を策定した。また老朽化が進んだ建物の整備については平成30年までの計画が策定されている。常に10年先を見据えた事業計画を策定しており、毎年のように変わる法律や制度への対応は適宜見直しを図っている。今年度は、次年度に障害者自立支援法に基づく施設へ移行することから経営・運営計画の見直しを進めている。
中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	Ⓐ b・c	中・長期計画を基にした単年度事業計画が策定されている。平成22年度に障害者自立支援法に基づく施設への移行が予定されており、具体的な数値の策定については、新たにシミュレーションを繰り返すという段階であるが、今年度も健全経営がなされており、次年度以降に想定される収支予算書が運営計画とともに作成されている。今後の法・制度の変化は予測が難しいが、情報の収集と分析により次年度へ向けた対応に努力をしている。

(2) 計画が適切に策定されている	評価結果	判断理由等
計画の策定が組織的に行われている	a) b・c	計画は管理者より提案された素案について、主任会議の職員を基軸に意見の集約・反映が行なわれている。また、職員は自由に管理者に提案ができる環境が整備されており、様々な職種の職員から意見を吸い上げる(ボトムアップ)ことで計画の策定を行なっている。また計画は適宜柔軟に見直しや変更を実施しており、平成21年のように新型インフルエンザ等の問題には行事や外出への対応など十分な配慮がなされている。
計画が職員や利用者に周知されている	a) b・c	計画は年度当初に全職員へ1冊のファイルとして配布し、職員会議において十分な説明と理解を得ており、共通理解と方向性の統一を図っている。また計画は家族会役員に対しても役員会において説明し、家族会、交流会において参加家族へ資料の配布を、参加できなかった家族へは資料を郵送している。利用者に対しては自治会に代わる懇談会において説明が行われており、施設内掲示板にも掲示されている。

3 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている	評価結果	判断理由等
管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	a) b・c	寮長(施設長)は、毎朝のミーティングで講話を行うと共に伝達事項については重要度、緊急性等を判断し、メリハリをつけた指示・指導を行なっている。また、自らの考えをまとめた文書を広報誌や家族会資料、毎月利用者身元保証人へ個別に送付する家族通信などで表明している。管理者の役割や業務分掌は管理規則に基づき定められており全職員が理解している。また管理者としての能力、実績については法人内の施設長会議において、所定の評価表を用いるなどして検証がなされている。
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) b・c	法人本部より法令をはじめとする様々な情報が提供され、寮長はそれを理解しているとともに、さらに身体障害者施設協議会の県会長、東北ブロックの理事なども務め、様々な情報が多種ルートから得られる努力をしている。さらに職員に対し、交通安全、誤薬注意等関係法令や守るべきルールについて法令遵守のための指導を繰り返し行っている。危険度が高いと判断される事例については、体験型研修の実施を行う等徹底を図っている。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている	評価結果	
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) b・c	サービスの質の向上については業務改善委員会、業務標準委員会において評価検討が行なわれている。ヒヤリハット(重大な災害や事故に至らないものの、直結してもおかしくない一歩手前の事例)の事例には、その場で寮長が指示しOJT(職務を通じての研修)を実施するほか、AED(自動体外式除細動器)の取り扱いやオムツのあて方などにも極力寮長自らが参加している。また「サービスの質の向上のための指導者」養成講座に職員を派遣し、職員自らが質の向上に取り組む前向きな意識を育てる努力をしている。
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) b・c	法人内の施設長会議資料において、利用者現況・経営状況・人員配置・労務環境などを総括して分析し、改善するための検討がなされている。また寮長は法人本部に対し、職員から吸い上げた意見を踏まえ、法制度の変更に伴う人員配置、経営改善等の提案を提出している。さらに、利用者間のトラブルについては「いつでも・どこでも・どんなことでも・誰にでも」話ができる体制をとっている。

組織の運営管理

1 経営状況の把握

共通3

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している	評価結果	判断理由等
事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	Ⓐ b・c	施設は、全国身体障害者施設協議会へ加入しており、寮長は県身体障害者療護施設長会長、東北身体障害者療護施設長会理事等を務め、常に情報の収集を図っている。また適宜開催されるセミナー等への職員の参加、インターネットによる情報受信、法人本部からの幅広い情報の提供など、常に社会福祉事業全体の動向を把握できるような取組みがなされている。これらの情報については法人内の施設長会、次長会、係長会等の会議で共有され、職員会議等において職員に周知されている。
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	Ⓐ b・c	施設の財政状況、利用者数の推移については法人の経営改善委員会において常に検証されている。この内容については法人内の施設長会、次長会等においても検討され、その内容は職員会議において報告するとともに行事予定の随時の変更、検討課題の明確化などリアルタイムで改善策を資料配布のうえ周知し、情報の共有化を図っている。
外部監査が実施されている	Ⓐ b・c	法人本部において、外部の監査法人と会計指導を業務目的とした委託契約を締結しており、法人全体から各施設における経営状況の外部監査を受けている。また施設職員以外の法人本部役職員による運営状況についての内部監査を受けいている。

2 人材の確保・養成

(1) 人事管理の体制が整備されている	評価結果	判断理由等
必要な人材に関する具体的なプランが確立している	Ⓐ b・c	法人本部事務局において人事管理が統括されている。職員の有資格者確保率を高める雇用計画が作成され、全職員の資格所有状況の把握、資格手当の導入、資格取得のための便宜を図り、新卒有資格者にのみ依存しない内部職員育成が行われている。これにより法人として必要とする人材が明確化され、また中・長期に渡る人員雇用計画も補充必要数や職種が数表化されるなどわかりやすく整備されている。さらに障がい者雇用にも努めており現在2名の雇用を実施している。
人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	Ⓐ b・c	人事考課は、平成19年に制定(平成18年事前施行)の人事考課実施要領に基づき、人材育成を主目的として取り組んでいる。年度初めに昨年度の反省を基に今年度の目標を設定し、11月1日を基準日として考課が行なわれ、職員の有する「個」の能力を伸ばすこと、自分の求められるべき客観的立場を正しく理解できるようなコメント、指導、評価等がなされている。一次評価は直属の上司が面接形式をもって行うため各職員へのフィードバックがなされ、意欲喚起や組織活性化に役立っている。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている	評価結果	判断理由等
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	Ⓐ b・c	就業状況は「勤務命令簿(勤務表)」に基づく出勤簿で管理されている。勤務希望の取り入れや受講予定の研修や指定休日への配慮、「勤務命令変更受付簿」によるシフト変更など柔軟な対応がなされている。必要に応じて時間休、時間外についても上司の承認を得たうえで管理されている。さらに職員と管理者との個別面談が年2回職員調書を基に行われており、職員の意向を把握しているとともに、管理者は人事考課担当者との話し合いも実施して改善すべき点の検討に努めている。
福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	Ⓐ b・c	法人独自の共助会により各給付がなされるほか、福利厚生センター(ソウェルクラブ)に加入しており、総合的な福利厚生事業が実施されている。共助会により職員が享受できる内容はリーフレット1枚にまとめられており、内容が確認できるようになっている。

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている	評価結果	
職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a) b・c	法人の職員研修基本方針に基づき、施設において年度計画を作成し積極的参加をすることにより、次代を担う職員の養成に努めている。年度の事業計画書において専門性の向上と質の向上を目標に掲げており、OJTを基本とする各種マニュアルの学習、エルダー制度(先輩職員が教育係となって新人職員を指導する制度)を通して業務の標準化やビジョンの共有化が図られており、また専門資格取得に際しては勤務調整等を図るなどの配慮がなされている。福祉QC活動(品質の適性保持・効率化・改善などの考え、実践する活動のこと)にも取り組み個人の気づきの力を養うとともに業務改善を図っている。
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	a) b・c	職員一人ひとりが人事考課をベースにした自己目標、法人に求められる客観的自己能力の成長目標を把握しており、法人及び施設で策定した研修計画に基づく研修受講の機会が確保されている。「職員別研修履歴カード」が作成され、今までに受講した研修・講習等の履歴が把握できるように管理されているため、同一研修の重複や計画作成時の優先順位のトラブルなどは生じない。また終了証等が発行された場合はその写しがカードに添付されて裏付けがなされている。施設独自でも外部講師を招聘したり、内部研修という形で職員のスキルアップを図っている。
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	a) b・c	研修を受講した職員は復命書を提出するとともに、職員会議において伝達講習を行い、さらに復命書の回覧により研修内容を職員間で共有している。また職員は、伝達講習を行う前に寮長による評価・分析を受けることになっており、必要に応じて受講職員へのアドバイスや研修計画の次年度への検討、カリキュラムの見直しなどが行われている。
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	法人が策定した施設実習等受入要領があり、法人・施設とも連絡窓口の担当者が定められている。要領には実習等への受入に対する基本姿勢が明文化されており、受入の際には必ずオリエンテーション時にプライバシーの保護(個人情報保護を含む)の徹底を説明し、誓約書の提出も受けている。実習指導者の研修等には、職員を積極的に参加させ、さらに、法人本部へは実習・研修・視察・ボランティア受入報告書を毎月報告している。
実習生の育成について積極的な取り組みを行っている	a) b・c	介護福祉士資格取得目的の実習生については、実習指導者研修を受講した職員を複数配置し対応している。また実習目的に対応したカリキュラムを作成し、効果的な実習となるような配慮、目的達成ができるように支援している。特に資格取得目的の実習生を受け入れることは、次の職員の育成につながるという法人の理念に基づき積極的に受入を実施している。

3 安全管理

(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	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	法人及び施設において緊急時マニュアルが整備されている。東京で開催されるリスクマネージャー研修への受講により、法人内にリスクマネージャーを数多く養成し、リスクマネジメント委員会を定期で開催している。施設においても毎月リスクマネジメント委員会が開催され、月次リスクの検証が行われている。ヒヤリハット事例については、報告を受けた時点で即時OJTが実施され、その都度その場でロール・プレイングをするなど安全確保への意識・技術の向上に努めている。
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	a) b・c	ヒヤリハット体験報告書、事故等報告書による事例を収集し、法人内では次長会議において各事業所ごとのインシデント(実際には事故につながらなかった潜在的事例)報告がなされ注意が喚起されている。またリスクマネジメント委員会において原因の分析・検討がなされ、対策や改善について会議等により職員への周知が図られている。また並行してマニュアルや手順の見直しも行われている。

(1) 地域との関係が適切に確保されている	評価結果	判断理由等
利用者地域とのかかわりを大切にしている	a) b・c	法人として地域と共催し「花火盆踊り大会」や「さくら祭り」を開催、敷地を開放するなどして長年交流を深めている。また地域交流事業として自立支援協議会活動支援、小中学校等の福祉体験受入など施設の地域開放に努めている。年間行事としては市内を中心とする買物行事、近隣へのバス旅行や外出支援を実施しており、利用者の希望、要望に応じてコンサート、美容院、映画鑑賞等の外出支援を行うなど、利用者が地域資源を活用できるよう支援している。
事業所が有する機能を地域に還元している	a) b・c	法人において「地域福祉支援プロジェクトチーム派遣に関する実施要綱」が整備され、地域のニーズに合わせた専門職種の派遣による研修会や講演会を実施している。派遣に際しては年度単位で派遣職員一覧表が作成され、講師選定基準確認表に基づき選定されている。長年にわたり職員が地域への説明会や講習会、研修会等の講師を務めることにより、地域住民の障害者福祉の理解が高まった。
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	a) b・c	実習生受入と同様、法人により要領が策定されており、法人・施設とも連絡窓口の担当者が決められている。受入についての基本姿勢が明文化されており、ボランティア活動の具体的範囲を明確に定めている。積極的受入も実施しながら施設で生活している利用者の意向も大切にすることを心がけ、適宜反映させながら実施している。音楽療法、理美容、つくりもの、室内外清掃、植木の剪定、「職人の技を味わう会」など多種多様なボランティアとの交流を利用者の方は楽しみにしている。
(2) 関係機関との連携が確保されている	評価結果	判断理由等
必要な社会資源を明確にしている	a) b・c	行政・病院・民間の福祉施設・利用者に係るサービス提供団体等のリストを事務所内に作成し、職員が必要に応じて連絡を取ることができる体制を構築している。掲示板には、移送サービスの案内や地域のマップが掲示されており、利用者からの申し出があった際にはパンフレットの収集や提供なども職員が対応している。利用者は、スマホディアを利用して自ら情報を得ることができるため、テレビ・新聞やコミュニティ紙、情報誌等に掲載された社会資源を活用し、移送サービスを利用し外出するなど楽しんでいる。
関係機関等との連携が適切に行われている	a) b・c	他法人施設との情報交換や身体障害者療護施設長会等に定期的に参加するなどして協議等を行っているほか、身体障害者センターで地域生活移行推進会議(県・県南地域、年2～3回開催)への参加、利用者の出身市町村行政担当者と連絡を密にとっている。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている	評価結果	判断理由等
地域の福祉ニーズを把握している	a) b・c	法人が主催する地域懇談会の開催や、地域支援プロジェクトチーム派遣事業による地域ニーズに合わせた活動に加え、白河市内に設置されている県南障がい者就業生活支援センター(まごころステーション)の相談事業所に寄せられた、障害者等からのニーズ等の把握に努めている。今後さらなる地域の福祉ニーズ把握がより具体的に展開されると思われる。
地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	a) b) c	日中活動として作業所、ショートステイ、緊急一次保護等の活動が実施されているが、施設においては現状満床のため空床利用型ショートステイは実施できない状況にある。また、仮に空床が生じた場合でも、個人の意思を尊重する立場から、利用者の利用同意を得られるケースが少ない。今後は、ニーズに応えることができるよう、中・長期的にショートステイの利用受け入れ態勢が整備されていくことを期待したい。

適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

共通6

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている	評価結果	判断理由等
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	a・b・c	事業計画書への明文化、職員への周知徹底が確認できた。また職員倫理綱領遵守に関する誓約書や権利擁護に関する誓約書、職員行動規範に全職員が押印し、利用者の見えるところに掲示している。施設で開催される権利擁護委員会には参加可能な利用者に出席をお願いし、定期的に身体拘束や虐待防止についての検討が行なわれている。特に権利擁護委員会では月間目標を定め、翌月に目標取り組み状況の反省とその月の目標の設定確認が議事録にも記載されている。
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	a・b・c	羞恥心等に対するプライバシー配慮について、マニュアル・手順書等において整備されている。実際の介助を行うにあたり、カーテンの長さや衝立等に工夫があるとなお一層好ましい。
(2) 利用者満足の向上に努めている	評価結果	判断理由等
利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している	a・b・c	月1回利用者との懇談会が開催され、直接声を拾いその結果を記録に残している。特に2つの棟ごとに話し合い会議録、満足度調査関係綴りがあり、アンケートの実施やその集計が一覧できるように取りまとめられ、職員が閲覧できるように保管されている。内容については利用者にも周知され、結果も棟内で十分に検討され、個別処遇上で対応している。
利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている	a・b・c	利用者との話し合いは、個別に最後まで聞き取る努力を継続しており、満足感を得ていただくことに重きを置いている。内容の分析や対応については主任者会議等において整理し、職員会議で職員への周知徹底を図っている。また、満足度調査の結果については、権利擁護委員会の中で検討し日常生活支援等の中で反映している。
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている	評価結果	判断理由等
利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している	a・b・c	利用者は相談する相手を自由に選べる環境にあり、どの職員にでも自由に相談したり意見を述べたりすることが可能である。また、周囲に遠慮がある場合には居室やデイルーム、食堂から一番遠い位置にある事務室を使用して相談することができるように配慮されている。
苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している	a・b・c	苦情解決担当者(次長)、責任者(寮長)、苦情解決第三者委員(地域の民生委員)を設置しているほか、権利擁護担当者や行政窓口などへも連絡ができるようにしている。苦情対応の手順は苦情解決制度実施要綱に定められており、概要がフローチャート図でわかりやすくまとめられている。
利用者からの意見等に対して迅速に対応している	a・b・c	「お客様(利用者)からの意見等に対する対応について」に明記され、苦情の申し出を受けた場合は誠実かつ迅速に対応することが整備されている。苦情の申し出については、実施要綱に定められた様式を用いて手順どおりに対応がなされており、迅速に検討改善が行なわれていることが確認できる。

(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	平成13年度版の「障害者・児施設のサービス共通評価基準」に基づき、自己評価が年1回実施されている。この他に施設サービス評価外部委員(一般の方を1名依頼)による定期的な評価(年2回)を実施しており、「つい当たり前」になってしまいがちな処遇や言動、設備課題などを指摘いただき参考意見として検討課題に加えている。
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	a) b・c	関係部署、職員会議、各担当者等により把握された検討課題、問題点をとりまとめ、サービス改善報告書を作成している。問題点・課題・改善策や取り組み・担当・達成予定・実践報告などをまとめて結果を評価し、さらに継続性の有無を評価検討している。
課題に対する改善策・改善計画を立て実施している	a) b・c	サービス改善報告書を受けて新年度のサービス改善計画書が策定され、新規・継続や問題点・課題、改善方針、具体策、担当部署、達成予定までが計画され、各部署へ周知、実施が行われている。
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	法人で策定されたマニュアルを、身体障害者施設版に再編成し各種マニュアルを整備しており、それに沿って支援が実施されている。マニュアルについては、職場の勉強会で理解するとともに、現場における職務上の指導も行なわれている。経験年数の少ない職員が業務手順を覚えきれない場合など、係長を中心にマニュアルに沿った手順の指導がきちんと行なわれていることが職員の聞き取りでも確認することができた。
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) b・c	マニュアルは見直すための会議をわざわざ開催するのではなく、ヒヤリ・ハットや事故が発生した際にマニュアルの見直しを含めて改善・見直しを随時実施している。従ってマニュアルや手順書は適宜修正見直しが行なわれており、それは職員会議記録や棟ごとの申し送りノート等を活用して周知が図られている。
(3) サービス実施の記録が適切に行われている	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	個別支援計画が策定されており、実行と評価・生活支援計画書生活支援実施書などにより「その人(利用者)の理解」に努めている。その際モニタリングが実施され、次期の支援計画に反映がされている。モニタリングは定期的に年2回実施されている。毎月個々の支援目標に対してケース記録を記載し、管理者の確認も行なわれている。
利用者に関する記録の管理体制が確立している	a) b・c	記録は管理者を中心に行われており、棟ごとに職員専用室で鍵のかかるロッカーに保管されている。また記録書類の所在は現場責任者の検印により責任の所在を明確にしている。当然の事ながらその部屋以外への持ち出しは禁止されており、「個人情報保護法」に則りマニュアル整備と職員への周知徹底も実施されている。
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	a) b・c	棟内会議、職員会議、ケア会議等あらゆる会議で情報は共有化を図っている。特に夜勤者から日勤者への申し送りノートや施設内LAN回線による利用者に関する情報の一元化も図られている。

(1) サービス提供の開始が適切に行われている	評価結果	判断理由等
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・c	ホームページをインターネット上に開設しているほか、広報紙の作成、配布など情報の提供に努めている。また施設の見学を積極的に受け入れており、家族会や地域住民との懇談会などでもパンフレットを含めた情報の提供に努めている。
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・c	利用に際しては、利用者・家族等に対し運営規程等を取りまとめた重要事項説明書を丁寧に説明し、身元の引受や個別の懸案事項・課題になると思われる事項についても誠意を持った説明を心がけ、同意を得た上で署名・押印をいただいている。これにより施設サービス利用契約書が取り交わされ入所契約となる。契約に際しても重要事項説明書と同様、契約書に記載されている内容を懇切丁寧に説明し、同意を得られた場合は署名押印をいただいている。
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている	評価結果	判断理由等
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・c	県内にある同種別施設への入所、地域生活への移行などに際しては、サービスの低下とならないよう事務室内に担当者2名(男女各1名)を配置し、アフターケアや相談に対応している。特に移行後1ヶ月以内には担当職員が出向いて生活状況の確認を実施している。地域移行への取り組み等については個別ファイルに支援担当者会議の記録や地域生活への移行過程の記録が確認できた。

4 サービス実施計画の策定

(1) 利用者のアセスメントが行われている	評価結果	判断理由等
定められた手順に従ってアセスメントを行っている	Ⓐ b・c	障害者支援施設のケアプラン(全国身体障害者施設協議会)に基づき、所定のアセスメントシートを用いて定期的の実施されている。また身体状況の変化があった際など、再アセスメントを必要とする場合は随時アセスメントを実施している。
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・c	年1回のアセスメント、年2回のモニタリングを行い個別のニーズ把握に努めており、具体的なサービス提供内容を明示している。
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている	評価結果	判断理由等
サービス実施計画を適切に策定している	Ⓐ b・c	個別の生活支援計画書において短期目標・長期目標が設定され、援助内容と「いつ・どこで・誰が・どの程度の期間、実施する計画になっているかを本人や家族等身元引受人に説明し、同意承諾を得て署名・押印をいただいている。
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・c	支援会議においてモニタリング結果から利用者本位の視点で評価・見直しを行っている。また、利用者の身体・生活状況等に変化が生じた場合は、随時計画を作成している。アセスメント表に記載され、支援計画に具体化されなかった利用者の思いを記録する用紙も整備されており、職員の一方的な思い込みを排除したり、客観性の確保が保たれるよう努めている。

A - 1 利用者の尊重

障がい1

(1) 利用者の尊重	評価結果	判断理由等
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	a b・c	意思伝達に制限のある方で、文字盤・トーキングエイド(筆談が困難な方のための福祉機器)の利用が可能な方についてはその対応を、それ以外コミュニケーションが難しい方については長年処遇にあたっている職員が日ごとの動作やサインを敏感に気付き、意見や要望を汲み取る努力を行ない、後輩にその方の特性を伝えてサインを共有化し、誤解の無いように支援にあたるよう努めている。
利用者の主体的な活動を尊重している	a b・c	利用者を担当する職員を中心に、利用者の希望に沿った支援を行っている。自治会に代わる「声を聞く会」(利用者懇談会)を毎月1回開催し、利用者の継続的な主体性の維持向上に努めている。参加できる利用者については施設の委員会に出席をお願いし、給食会議や権利擁護委員会などで活発に発言していただいている。
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	a b・c	個別支援計画書に基づきチームケア体制を実施している。医療チーム・生活自立チーム・社会参加チームで利用者ひとりひとりの生活支援を実践している。また、日常の申し送り等は介護日誌・看護日誌を基準とし、日々朝のミーティングで特変状況を確認している。棟内会議を毎月1回開催し、議事録を記載し、これらを周知することで情報の共有化を図り、日常の見守りと支援についての統一徹底を実施している。
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	a b・c	リハビリテーション実施計画書に「日常生活」の項目が明確に取り上げられており、単なる機能訓練ではなく「生活リハビリテーション」が実施されている。場合によっては、法人内の他施設へ出かけ、調理や陶芸などに参加する等のプログラムへの参加も支援している。

A-2 日常生活支援

(1) 食事	評価結果	判断理由等
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	a b・c	支援マニュアルが整備されており、個々の身体状況に合わせた食事の提供が実施されている。栄養アセスメントファイルに栄養スクリーニングの実施が利用者単位で確認されている。また給食委員会で利用者個々の嗜好が調査に基づき整理されており、きめ細やかな対応が行なわれている。
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	a b・c	定期的に嗜好調査や残渣調査を実施しており、給食委員会において利用者の食事摂取量からその支援方法の検討を行い、その結果を支援計画反映するよう努めている。適温給食の実施、選択食、献立表の事前掲示、自助具の利用など個々の身体状況にも配慮され、むせりが認められる利用者に対しては個別対応を実施している。
喫食環境(食事時間を含む)に配慮している	a b・c	食事の時間は決められているが、利用者の自主性を尊重し、食事をする場所は自由に決めることが可能となっている。また食事の時間内で個人ごとの喫食時間に配慮されており、選択食や外食を楽しむ工夫も行われている。

(2) 入浴	評価結果	判断理由等
入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している	a (b) c	入浴の実施については、支援計画や個別利用者状況確認表に記載され、個人ごとの適切な援助方法が明記されていることが確認できた。しかしながら、築35年経過した構造上の課題もあると思われるが、より利用者の安全面やプライバシーの尊重に配慮した支援が行われることに期待したい。
入浴は、利用者の希望に沿って行われている	a (b) c	土曜日の入浴を可能とするなどの改善が行なわれているが、利用者の聞き取り調査により「もう少しゆっくりと入浴を楽しみたい」、「週3回入浴したい」と希望があるものの職員に対し遠慮している様子が確認できた。今後は、入浴時間や回数、入浴介助にあたる職員数の検討をするなどの業務見直しを図り、利用者の希望に応じたサービスとなるよう努力してほしい。
浴室・脱衣場等の環境は適切である	a (b) c	プライバシー(羞恥心)への配慮についてはかなりの努力、創意工夫を行っているが、脱衣室入口のカーテンの長さや目隠しとなるスクリーン、衝立等の設置などさらに配慮を検討する必要性が認められる。
(3) 排泄	評価結果	判断理由等
排泄介助は快適に行われている	(a) b c	個別支援計画書や個別利用者状況確認書において、入浴と同様利用者個々の障がいの程度に配慮した支援方法が具体化されている。特に排尿表、排便表を細かく記録しており、排泄について問題がある事例を適宜把握し、迅速に看護職員へつなぐなどの対応がきちんに行われている。
トイレは清潔で快適である	a (b) c	毎日清掃・消毒が行われており清潔ではあるが、設備構造上介助しやすい広さを確保できる環境とはいえない。今後の中・長期計画においてより介助のしやすいトイレへの検討と、改築されることを希望する。
(4) 衣服	評価結果	判断理由等
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) b c	衣類の好みについては、自分で意思表示できる方は意思を尊重した支援が行われている。特に衣類に希望を述べない方や意思疎通の困難な方には、職員がいくつか選んだ中から選択をお願いするなど、できる限り個人の意思を尊重する支援に努めている。
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) b c	衣類交換の希望に対しては、随時対応が行なわれている。汚れや汗をかいた際には、利用者本人に説明して支援をしている。利用者の個別状況に対応した衣類の交換事例がケース記録からも確認することができた。

(5) 理容・美容	評価結果	判断理由等
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 b・c	利用者の好みや個性を尊重し、本人の希望に沿った理美容ができるような環境設定に努力している。理美容は組合による定期訪問の他に出張理容の受け入れ、ボランティア美容の受け入れの他、自分のかかりつけ美容室へ外出することも可能など利用者の選択の幅を広げる努力を行なっている。
理髪店や美容院の利用について配慮している	a b・c	行きつけの理美容店へ外出を希望する利用者へは、職員が事前に理解や協力を依頼したり、移送手続きを行うなどできる限りの支援を行っている。また定期訪問の理容組合については訪問日を行事予定表に記載したり、行事専用掲示板に大きく記載して予約を取るなどし、理容師や美容師へ本人の希望を伝える等の支援をしている。
(6) 睡眠	評価結果	判断理由等
安眠できるように配慮している	a b c	居室の構造上の課題から、同室利用者の影響を受けやすい。不眠の訴えがあった場合は静養室の利用など随時の対応を心がけているが、空き部屋や多目的活用のできる部屋が無いことから施設側も対応に苦慮している。今後の改善に期待するところが大きい。
(7) 健康管理	評価結果	判断理由等
日常の健康管理は適切である	a b・c	看護職員が利用者ごとに健康管理表個別ファイルを作成し、健康管理マニュアルに沿った支援が行われている。年2回の健康診断以外に多科目医師により定期健診が実施され、インフルエンザ等の予防接種も希望者に実施している。看護職員がなるべく対応できるよう早番・日勤・遅番のシフトを組み配慮している。また、夜間に体調の変化があった場合は、翌日看護職員が巡回して必要な対応を行なっている。
必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	a b・c	施設の目前に太陽の国病院があるので、夜間は病院が即対応可能となっている。緊急時においても、24時間迅速な医療が受けることが可能な体制となっている。
内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている	a b・c	薬物管理マニュアルが整備されており、誤薬防止のために二重に確認する手順を実施したり、薬物を色分けするなど工夫をしながら対応している。職員は、定期的に誤薬防止のためのロールプレイも実施している。

(8) 余暇・レクリエーション	評価結果	判断理由等
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	a) b・c	利用者の希望は利用者との話し合いの中から把握し、音楽療法や趣味の会等の企画に役立てたり、外出、買物、カラオケ、ビデオ上映等様々な余暇娯楽の提供をしている。利用者の個別性を尊重しているため参加は自由となっている。
(9) 外出、外泊	評価結果	判断理由等
外出は利用者の希望に応じて行われている	a) b・c	外出・外泊マニュアルが整備されており、それに沿って利用者の外出の機会が確保されている。施設では年間計画において近郊旅行や市内外出(買物)を計画しており、その行き先については利用者からの要望を聞いたうえで企画している。
外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている	a) b・c	外出・外泊マニュアルに従い、外出や外泊を希望する場合は利用者が事前に外出(泊)届を支援員(担当職員)に提出し、支援員(担当職員)から外出(泊)計画書を寮長へ提出することになっている。あくまでも本人、家族の意向や理由が優先され、連絡調整を図りながら実施されている。ケース記録には出発前の様子から施設へ戻った際の状態、様子などが記載されている。
(10) 所持金・預かり金の管理等	評価結果	判断理由等
預かり金について、適切な管理体制が作られている	a) b・c	預り金管理要領に基づき、現金等は金庫で預り、出納担当を決め適切に管理されている。手順も「お客様預り金管理要領」に基づき所定の様式等を用いて管理が実行されている。自己管理が可能な方で、申し出があった場合は場所と設備を提供している。
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	a) b・c	テレビ等の持ち込みは自由で、多くの利用者がテレビを楽しんでいる。本人の意思、希望により新聞や雑誌の購読、所有ができる環境が整えられ、多くの利用者が新聞、雑誌の定期購読者となっている。
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	a) b・c	指定された喫煙場所において、基本的に自由に喫煙を楽しむことができる。また利用者との話し合いにより「飲酒会」が月2回開催されている。医師より禁止されている人以外は基本的に「嗜好品による楽しみの時間」が提供されるよう配慮されている。