

(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

名称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第2号
所在地	盛岡市三本柳 8-1-3	評価実施期間	平成 26 年 6 月 17 日～11 月 17 日

2 事業者情報

事業者名称：つつじ (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 水野 和彦 (管理者) 施設長 殿内 富貴子	開設年月日 昭和 19 年 4 月 1 日
設置主体：社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団	定員 (利用人員) 40 名
所在地： 岩手県二戸郡一戸町中山字軽井沢 139 番地 1 TEL 0195-35-2191 FAX 0195-35-2191	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 組織一丸によるビジョンへの取組</p> <p>中・長期計画の5か年実施計画を中間での見直しをするべく、膨大な全事業項目の実施状況を詳細に検証し成果と課題を明らかにするとともに、その改善や対応を後年度の実施計画に反映させている。</p> <p>また、この実施計画をもとに単年度運営計画が策定され、計画された事業の実施状況を把握するために、「事業進捗管理一覧表」を作成し、計画されている全事業ごとに、取り組み内容や月ごとの進捗状況を随時記録しており、いつでも全事業の状況が一目瞭然となり、職員も共有しやすく工夫されている。さらに四半期ごとに全事業の進捗状況等を法人本部に報告し、本部会議でも分析、検討して常に立て直しを図り、ビジョン達成に向けた組織一丸となつての取組は特筆される。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 利用者の安全を確保するための取組</p> <p>安全確保のための体制やリスク把握と対策については概ね整備されているが、さらにリスクごとに担当責任者を決めて、その担当するリスクに対応する業務内容や役割を明確にした管理体制が望まれる。</p> <p>また、リスクの改善策を実施した後の実効性については検証されているが、その検証に当っては、根拠数値に基づく検証を行うことで、より実効性を高める目安が明確になると思われるので、検討が望まれる。</p>

4 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

前回(平成23年)の受審結果を踏まえ、この3年間、マニュアル等の見直しや前回指摘いただいた課題の改善に取り組んできました。福祉サービス第三者評価は、これまでの事業の振り返りや各種マニュアル等の見直しを行う良い機会でもあります。思うように見直しができなかったところもありましたが、良い機会を与えていただいたものと感謝しています。

今回の受審で改善が求められる点として指摘いただいた「地域との交流」については、中山という地域で、限られた社会資源をいかに工夫して活用するか、中山地区の課題として捉え、各施設と連携して改善に努めてまいります。

今回の受審結果を受け、すでに課題の改善に向けた取組みを始めています。今後も利用者本位のより質の高いサービスの提供に努めてまいります。

(2) 法人本部のコメント

ア サービス提供の手引き「手にして未来」を活用した取組みについて

当事業団では、お客様の立場に立ったあるべき基本的姿勢、根拠法令等、日々の支援・活動を振り返り、基本的な知識・技術・価値を高めるためのツールとして、支援の基本、業務遂行上のルールを明示したサービス提供の手引き「手にして未来」を作成し、本年度4月から全職員に配布し、研修や自己学習等に活用しております。各施設で、「手引書を活用し、計画的に人材育成に取り組んでいる。」、「遵守すべき法令等の周知、理解が図られている。」との評価を受けました。今後も研修や自己学習等に活用し、職員一人ひとりの支援力を高め、より一層サービスの向上に努めてまいります。

イ 利用者の安全を確保するための取組みについて

より質の高い安全なサービスを提供するために、組織としてリスクマネジメントに関する体制を整備し、施設等においてインシデント・アクシデント等の発生を未然に予測し、予防するための取組みに努めていますが、「インシデント・アクシデントレポートは収集しているが、要因分析や対応策の検討、評価や見直しが不十分である。」との評価を受けた施設がありました。利用者の安全確保に対する意識を向上し、体制が十分に機能するよう、組織全体として取り組んでまいります。

ウ 利用者を尊重したサービスの提供について

施設ごとに職員行動基準や経営方針を定め、利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢を明示し、虐待防止マニュアルの整備、全職員での人権侵害自己チェックの取組みを行っていることについて高い評価を受けました。一方で、「苦情解決の仕組みは確立されているが、苦情と意見・相談の対応が整理されていない。」との評価を受けた施設がありました。苦情であっても意見であっても、組織の要綱・要領に沿って適正に対応できるよう、改善に取組み、利用者を尊重したサービスの提供に努めてまいります。

エ 地域との交流と連携について

地域との交流について、「利用者と地域との交流を広げるための働きかけ、施設の機能を地域に還元する取組みを積極的に行っているが、十分ではない」との評価を受けました。施設を開放するだけでなく、施設の人材を活用した講習会の開催等、地域住民が参加できる活動を積極的に行い、地域との交流、連携を強化してまいります。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【つつじ】

I 福祉サービスの基本方針と組織

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。	a
<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。 法人創立40周年を契機に(H23)、従前の「基本理念」を「経営理念」に見直して、利用者を「お客様」に表現を変え、人権の尊重と利用者本位のサービスを基本にしている。また地域福祉の推進や豊かな共生社会の実現に貢献するという、法人の使命と目指す方向を明確にされている。この理念は、法人の概要書やサービス提供の手引書及び中・長期計画などの書類に明示されており、かつ法人及び各事業所の機関誌やホームページに掲載して内外に周知が図られている。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
<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おり、その内容が適切である。 基本方針については、理念と同様にH23年度に見直しされており、その内容は、基本方針を「経営基本方針」に変えて理念と整合性のある4項目にまとめられ明文化されている。また経営方針の内外への周知方法は理念と一体で図られている。</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。	a
<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。 年度始めの職員会議と翌月の職員会議に、経営理念や経営基本方針を印刷した書類を配布して、管理者が説明をし解説をされている。また毎月の職員会議で理念や基本方針の趣旨を踏まえた組織の倫理綱領を職員で読み合わせを行い、理解度の確認がされている。</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。	a
<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。 経営理念と経営基本方針の中で、利用者に関与する尊厳や人権及びサービス提供部分について、「職員からのおやくそく」として、絵と文で分かりやすく工夫されたものを印刷して、利用者の例会で配布、説明がされている。さらに居室の入り口に掲示して周知と理解に努めている。利用者の家族会には、経営理念や経営方針が掲載されている運営計画や、「職員からのおやくそく」の書類も配布して説明されている。また理解が難しい利用者もいることから、家族会に出席されない方にも、資料を送付して周知が図られている。</p>	

I-2 計画の策定

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。	a
<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。 前期中・長期計画に引き続き、H23年度からH32年度までの10年先を展望した中・長期計画が策定されている。策定にあたっては経営方針の内容を反映した重点目標(ビジョン)を掲げて、その達成のために内部、外部の環境を精査して、的確な課題把握のうえに計画が策定されている。またH23年度からH27年度までの前期5か年の実施計画が、年度ごとに具体的に策定されている。さらに5か年実施計画の見直しにあたり全事業項目の実績を分析し、成果及び課題を明らかにして、その改善・対応をH26年度及びH27年度の実施計画に反映されており、組織あげでのビジョン達成に力を入れる意欲ある取組がされている。</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。	a
<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。 単年度の運営計画は、中・長期計画のビジョンを踏まえて施設の重点目標を定めており、5か年実施計画の当該年度の内容が具体的に反映されている。しかも時期、回数、割合、以上・以下など数量、数値が個別事業の中に多用されており、評価や分析が容易な計画となっている。</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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>各計画が、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>各計画策定の手順や実施状況の見直しには、全職員が参画する仕組みとなっている。運営計画の例では、経営理念や中・長期計画に基づき、管理者をはじめ、職員で担当する項目を分担して素案を作成し、それを管理者及び各主任で構成する事業推進委員会で精査、検討したうえで、職員会議に諮り施設の計画とされている。見直しについては、事業の進捗にかかる管理一覧表を作成し、全事業の項目ごとに、その取り組み内容、月ごとの進捗状況等が記録され、常に全事業について職員が共有できるように工夫されている。さらに四半期ごとに組織本部に報告されて、組織全体の幹部で構成されるプロセスマネージメント会議で未達成要因を分析され、常に立て直しを図り計画達成に取り組まれている。</p>	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者にも周知されている。	a
<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>職員に対する説明は、中・長期計画及び施設の運営計画と当該年度の実施計画を配布して、年度初めの職員会議で管理者が説明をされている。また、各事業計画や四半期ごとの進捗状況の把握には、職員の参画のもとに行われているので、職員の周知、確認は行き届いているものと思料される。利用者に関する計画として「かつどうと、おたのしみ」や「1か月の行事予定表」などを絵と文で分かりやすく工夫されて、毎月の例会で説明されている。家族会にも各計画書の配布と事業の進捗状況や長期的見直しについても説明されている。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

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。	a
<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、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>年度始めと翌月の職員会議で、管理者としての役割と責任について記した文書を配布、説明されている。さらに運営計画の経営方針や重点項目については、管理者が担当して作成されている。また施設の広報誌を通して外部に管理者の役割としての思いを表明されている。自らの行動については、管理者も人事考課の被考課者であり、役割と責任の妥当性は定期的に検証されている。</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組を行っている。	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>法令に関する中央研修や大学での研修及び組織独自の研修への参加、さらに関係団体からの情報、ネットを活用しての理解に取り組まれている。法令遵守の具体的取組として、経営理念や経営基本方針に利用者の尊厳の保持、人権の擁護及び法令を順守する職員像が明示されていることから、その実現のために組織あげて体制が生まれ、毎月職員による人権侵害の自己チェック(28項目)と年2回のコンプライアンス自己チェック(48項目)が行われている。管理者をトップとしての検証機能も発揮され、理念の目指す最も重要な取組みに指導力が発揮されている。</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>管理者はサービスの現状や課題を把握するために、毎年第三者評価基準に定めている項目に従って自己評価の実施や、利用者満足度調査及び給食アンケート調査の継続実施を推進し課題把握に努めている。さらに年4回定期的に行われている職員面談、事業推進委員会などにより、職員からの意見の聴取を行っている。これらから把握された課題は、管理者の指導のもとに開かれる事業推進委員会で改善策が検討され、職員会議に図られて担当係に指示するなど管理者の指導力が発揮されている。</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。	b
<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指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>財務分析を詳しく行って課題把握に取り組まれているほかに、職員提案制度を設けて職員からの業務や環境整備に関する提案が積極的に出されている。さらに管理者主宰の毎月開催される事業推進委員会での協議を通して、経営や業務の改善意識の醸成が図られている。経営や業務改善の具体的取組体制としては、管理者及び各主任で構成される事業推進委員会のほかに、管理者主導で施設が抱える課題の中からテーマを選定して改善に取り組むための事業活動推進委員会が設置されている。</p> <p>しかし、経営や業務の効率及び改善のために財務だけでなく、人事管理及び労務管理の面からの分析を行い、働きやすい職場環境など具体的な取組が望まれる。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

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
評価調査者コメント 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。 社会福祉事業全般の動向は、関係上部団体からの情報や行政機関及びインターネットからの情報で把握されている。また地域の動向は、行政機関の情報やデータ及び地域の関係機関・団体で連携している自立支援協議会、法人の本部からの情報で把握されている。地域の変化や特徴としては、障がいをもつ高齢者入所施設や日中一時支援及びリハビリなどの要望が把握されている。これらの要望については、現施設の老朽化対策にあわせて施設機能の統廃合や障害高齢者入所施設を実施するべく、中・長期計画の後期実施計画でそのビジョンが示されるなど検討されている。	
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
評価調査者コメント 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。 利用者の推移や利用率については、毎月データ化して分析されている。また収入を左右する各種加算や障害程度区分にかかる収入予測を立てるなど、課題の把握に取り組みされている。これらの内容は、毎月の収支状況のデータと合わせて、事業推進委員会及び職員会議にはかり検討されている。課題改善については、実施計画にその目標を明示し、四半期ごとに進捗状況が把握、検証されている。	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当
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。	b
評価調査者コメント 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いるが、それに基づいた人事管理が十分ではない。 必要な人材や人員体制については、「自主・自立を前提にした人員配置とする」ことを基本的な考え方で、組織として必要な人員と正規、非正規職員ごとに、H32年までの人員配置計画を中・長期計画に明示されている。また人事管理の方針としては、「職員の採用、配置、評価、能力開発などが有機的に連動する公正、公平な人事とする。」とされている。組織が必要とする社会福祉士など個別の専門資格名は、資格名として7資格名が明示されているが、しかし今後社会福祉士など専門知識を持った人材が、各々どれくらい必要なのかという計画と、それに基づく人事管理が望まれる。	
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
評価調査者コメント 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。 人事考課制度は、職員教育、研修制度及び目標管理制度と有機的連携のもとに人材育成を図るという主旨で行われており、H25年度からは非正規職員についても実施されている。考課方法は、客観性を確保するために職務基準を定め、それに基づいて成績考課、情意考課及び能力考課の3領域を定めて、人事考課シートが作られている。考課の順序として、公平性や適性を期するため初めに被考課者が自己評価をし、次に上司である一次考課者が評価と面接を行い、さらに二次考課者である上司が評価と面接の他に、総合評価と総合意見をまとめてその結果を被考課者にフィードバックを行って透明性を図られている。その際に被考課者の今後の課題や意欲の助長を促すための助言、指導が行われている。	

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
評価調査者コメント 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。 職員の勤務に関する担当者を配置して、時間外勤務や有給休暇の取得状況をチェックされている。とくに有給休暇の取得状況が年平均10日程度のため、毎月全体の勤務内容を調整して、一人あたり3日の休日が取得できる日を職員個別ごとに勤務表に明示して有給休暇の取得を促している。職員との個別面談は年4回定期的に行われており、研修、業務、メンタルなどの項目を記載したアンケート用紙を、予め面談の前に職員に配布し記入させており、面談が円滑かつ有効に行われるように工夫されている。メンタルヘルスについては、外部の専門機関に相談できる窓口や連絡方法も手引書に明示されている。	

II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
<p>評価調査者コメント 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。 法人の職員互助会規則施行規定に基づき、療養給付金や弔慰金等9項目の事業の給付等が行われている。また県社協の共済事業、福利厚生センターへの加入及び非正規職員の退職金制度への加入が行われている。さらに各種検診やインフルエンザ、B型肝炎予防接種の実施など、総合的な福利厚生が積極的に行われている。</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。

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。	a
<p>評価調査者コメント 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。 経営方針や中・長期計画の中に職員に求める基本姿勢として、法人の経営や質の高いサービスの提供を担うことのできる「期待する職員像」が明示されている。また職員に求める専門知識や有資格名も具体的に記載されている。さらに資格取得の奨励のために、職務専念義務免除や資格取得奨励金支給及び資格手当が毎月支給されている。この職員教育・研修制度と目標管理制度及び人事考課制度の有機低連携を図り、効率的人材育成を図るために、H25年度から「人材育成室」設置して積極的に人材育成に取り組まれている。</p>	

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。	a
<p>評価調査者コメント 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、計画に基づいた具体的な取組が行われている。 職員の個別教育・研修計画については、教育・研修制度実施要綱に従って基本姿勢である「期待する職員像」を目指し、職員個別ごとの教育・研修計画が策定されている。策定にあたっては、管理者は職員個々の知識や技術水準及び有資格の内容を把握し、人事考課や目標管理制度の結果も考慮して策定されており、その計画に従って教育・研修がおこなわれている。また法人内部の講師による事例検討や知識・技術研修がおこなわれている。</p>	

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
<p>評価調査者コメント 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。 個別教育・研修計画に基づき受講すると、復命書に研修に対する自己評価と今後の業務への活かし方を記載し、それに管理者の評価を記載した「研修受講確認シート」を添付して報告されている。また「研修の振り返り」として年2回行われている報告会の機会を利用して他の職員に対する報告がされている。しかし管理者が行う評価は、受講者が研修後に業務等への反映の状況を確認してから評価されることが適切と思われる。また、評価の内容によっては、教育・研修計画やカリキュラムの見直しに反映されることが望まれる。</p>	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

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。	a
<p>評価調査者コメント 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。 実習生の受け入れに関する基本姿勢は、H25年度に法人が作成した「福祉サービス提供の手引き(手にして未来)」のなかに明文化されている。また実習生の受け入れ要綱及び要領及び受け入れ手順書の中に、事前説明、オリエンテーション、実習における事故等の責任の所在などが詳しく定められている。実習指導者に対する研修については、養成校における実習指導者に対する研修会を受講させている。</p>	

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
<p>評価調査者コメント 実習生の受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。 当施設は、保育士の資格取得にかかる実習生の受け入れを対象としており、実習内容全般を計画的に学べる基本的プログラムのほかに、受け入れ要領に基づき養成校の指導プログラムを参考に実習実施計画書の作成や、実習期間中にも養成校からの訪問により連携などの仕組ができています。しかし実習生の実績のないことは、施設の立地条件によることも理解されるが、実習生の受け入れの基本姿勢の趣旨からしても、受け入れに対する積極的な工夫が望まれる。</p>	

II-3 安全管理

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。

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
<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ているが、十分に機能していない。</p> <p>管理者は、分掌にリスクマネジメント責任者に位置づけられ、常にリーダーシップが発揮されている。リスク管理については、リスクマネジメント要綱、要領を設置し、それに基づきリスクマネジメント委員会を接して、毎月定期的にはリスクにかかる事案の協議、検討がされている。また災害、事故及び感染症のリスクごとに対応マニュアルを作成し職員が共有されている。利用者の写真や健康カード及び連絡方法が備わっており、外出、外泊時の緊急時に対応ができる体制にある。さらに救急法、交通安全及び防災訓練などを通じ関係機関、団体との連携が図られている。しかし、リスクごとの担当責任者を決めて、担当するリスクの業務や役割を明確にした管理体制の整備が望まれる。</p>	
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
<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>インシデント・アクシデント報告は、リスクマネジメント要領に基づき収集され、その収集事例を詳しく分析したデータを作成し、リスクマネジメント委員会では原因や対策などが協議されている。職員に対する研修は感染症、骨折、窒息及びAED操作について、一部グループ討議も含めて実施されている。改善策の実効性を検証されているが、「多くなった、減少した、少なくなった」などの表現で評価されているが、具体的な数値での比較が適切と思われる。さらに「今後配慮したい、探っていきたい」と表現されているが、次へのステップを確実なものにするために、PDCAサイクルの活用が望まれる。</p>	

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。	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>利用者地域とのかかわり方の基本的な考え方は「施設サービスの中で完結することなく、家族や知人、友人及び地域住民との関係が継続し促進されるように支援する。」ことを、中・長期計画に明示されている。地域の社会資源や行事等の情報は、玄関や食堂に掲示して周知が図られている。昨年度某団体からワゴン車の寄贈があり、利用者の突発的な遠出や買い物及び行事に対応されている。ただし、地域の行事やレクリエーションなどに、利用者が地域の方々と企画の段階から参画されることが望まれる。そのことによって地域住民とのコミュニケーションが一層促進されるものと期待される。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>施設が有する機能を、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>学校教師志望者の体験学習の受入れと、社会福祉協議会との共催による知的障害者ふれあい体験学習としての高校生の受入れがされている。また経営理念や経営基本方針及び事業内容を記載したパンフレットを、地域の行政機関に置いて情報提供されている。ただし、施設の優秀な人材を活かして、相談会や講習会などで地域に貢献することは、地域からの理解や信頼が得られること、さらには経営理念が目指している地域振興にも繋がると思われるので、検討が望まれる。</p>	
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
<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>ボランティアの受け入れの基本姿勢は、「利用者の社会との交流の機会を増すとともに、障がい福祉に対する理解の促進を図りながら、地域社会の人材育成に寄与する。」とボランティア受け入れ要領に明示されている。また受け入れ手順に受付窓口、保険加入、オリエンテーション及び反省など詳しく定められており、ボランティアの実施にあたっては注意事項が説明されている。ただし受け入れの基本姿勢の趣旨からも、ボランティア育成について待ちの姿勢ではなく、より積極的かつ計画的な取組が望まれる。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>利用者のサービスの質の向上のために連携が必要と思われる関係機関・団体等について、「お問い合わせ一覧」及び「圏域マップに社会資源が表示された一覧表」が、職員が共有できる場所に掲示されている。しかし、表示されている機関・団体等と施設が何のために連携が必要なのか、どういう機能を備えているのか、その説明を加えることが望まれる。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>援護の実施者である市町村との連絡会や第三者による施設運営協議会、障がい者団体等との定期的な連絡会、関係機関職員との定期的なケア会議が行われている。さらに圏域の関係機関・団体で構成している自立支援協議会の各専門部会が定期的に開催されて、情報交換、事例・課題検討、研修会の開催の他に、各専門部会の課題や提案事項について、行政機関への要望にも取組まれている。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>地域の福祉ニーズの把握は、援護実施者との連絡会や第三者による施設運営協議会および圏域の自立支援協議会での情報、法人組織内の相談支援事業からの情報、さらに民生委員が当施設の苦情相談員及びなんでも相談員の委員を兼ねているので、定期的に情報が得られている。具体的なニーズとして、日中一時支援、障害高齢者介護施設やリハビリ対応、就労場の確保が要望として把握されている。しかし、ニーズの把握は、施設機能の還元としての研修会、相談会及び講習会などの実施を通して把握するなど、積極的な取組が望まれる。</p>	
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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。</p> <p>地域の福祉ニーズに基づく事業として、ショートステイが実施されている。また障がい者の高齢者入所施設については、中・長期計画の後期実施計画に実施すべくビジョンが明示されている。</p>	

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。

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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>利用者を尊重した基本姿勢は、倫理綱領、行動規範、人権侵害要綱等に明示されており、職場研修、各療棟会議、職員会議等で読み合わせをするほか、施設長からの議題として提出されるなど、利用者の基本的な配慮について全職員に周知徹底がなされている。</p> <p>また、人権侵害に関して、自己チェック票を毎月作成し、施設長がとりまとめて会議に報告するなど、内容を検証しながら今後につなげている。</p>	
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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>利用者のプライバシー保護マニュアル(行動基準、人権侵害取り扱い要領、自己チェック、身体拘束マニュアルつじ独自のプライバシー保護)等を整備している。利用者の契約文書・回答書も整備され、個人情報に関する意向確認書も整備されている。また、職員会議前に行動基準を読み上げている。「つじ職員の約束事」により、お互いに確認しあいながらサービスが実施されている。</p>	

III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>運営計画に記載された経営方針、事業の重点項目等に利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されている。利用者満足度調査、なんでも相談、苦情受付、自治会、家族会、例会での個別面談を定期的に行われている。利用者の住みやすい環境づくりの仕組みとして住環境委員会が設置され、会議において協議が行われている。</p>	
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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>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、実際にその向上に向けた取組を行っている。</p> <p>満足度調査を年2回実施しているほか、給食アンケート調査やなんでも相談、住環境委員会を開催している。結果は検討分析し、つじ便りや例会、自治会、第三者委員会、職員会議において、コメントを付けて公表している。具体的改善事項としてトイレの洋式化や屋外通風口が予定されている。言葉で表現することが思うようにできない利用者の思いをくみとるために、職員はコミュニケーション作りに努力している様子が伺えた。利用者満足の上昇に向け改善に取り組む姿勢は評価できる。</p>	

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。

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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>利用者が意見を述べやすい取り組みとしてなんでも相談を月2回実施するほか、自治会、例会を行っている。施設長も施設を見回りながら声掛けを行うなど、いつでも利用者が話せる環境に努めている。相談場所は個室でプライバシーが守られており、環境整備がなされている。</p>	
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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>法人及びつじ苦情解決実施要綱を定め、苦情解決の体制が整備されている。苦情解決について、わかりやすく仕組みを説明した資料は利用者、家族に配布するとともに、掲示もしている。受けた苦情内容は検討し、利用者、家族に配慮した上で、公開承諾書を取っている。対応策は、例会、つじ便り、第三者委員会報告、職員会議に報告し、利用者、家族にフィードバックする仕組みが取られている。</p>	
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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>なんでも相談受付マニュアル及び苦情解決フローチャートに沿って意見に迅速に対応している。意見に対する所定の用紙、記録等も整備され、保管されている。意見は職員会議に報告、全職員に周知し、施設長からの指示もある。苦情解決委員会にも報告され、対応検討されている。</p>	

III-2 サービスの質の確保

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。

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。	a
<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機能している。経営方針の事業重点項目として定められ、定期的に評価を実施する体制が整備されている。第三者評価受審要領に基づいて担当職員も配置(3名)されて自己評価を含め分析、検討する第三者サービス委員会も開催されている。自己評価、第三者評価をサービスの検証から改善、実施評価へ向けるとともに、より良い利用者サービスの向上に努めることを職員は確認し、取組を行っている。</p>	
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。	a
<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。毎年実施している自己評価結果について、サービス評価委員会で報告を行うとともに、評価結果の分析、課題を文書化し、会議録等において共有化している。また、評価結果に基づくサービス改善実施計画を作成し、年次計画として取組んでいる。</p>	
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。	a
<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。評価結果の分析結果を改善実施計画として年次計画化している。具体的例として男子トイレの洋式化が上げられる。改善策や改善計画が計画的に実施されている。</p>	

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。

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。	a
<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。男子棟、女子棟別の日常生活支援マニュアル、アセスメント個別IADLアセスメントシート、モニタリング業務手順書が整備され職員会議で確認している。サービス実施の確認は、個別支援計画管理表が活用されている。</p>	
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。	a
<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。職員会議、各寮棟会議、月末のモニタリング等で定期的に見直しを行っている。手順書や検討会議、職員会議の記録には利用者の状況をよく把握しており、提供プロセスにそって出された意見も反映されており、利用者細かいサービスが提供されている。</p>	

III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

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。	a
<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。利用者支援の状況は業務日誌に記載し、日中活動は活動日誌に記録されている。ケース記録には1週間の状況(支援)が記録されている。個別支援計画管理表は6ヶ月ごとにサービスの実施を確認している。また、身体面については、個々の記録がある。職員会議、管理表、研修会において、記録内容に標準化された記載ができるように職員に対し、サービス担当者が指導を行っている。</p>	
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。岩手県社会福祉事業団の個人情報に関する規定に法人の「文書の整理、保管、保存に関する取り扱い要領」が定められている。また、事務担当で記録管理者を定め、適切に実施されている。</p>	
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。	a
<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。情報の共有の取り組みとしてパソコンを活用したり、モニタリングや各寮棟会議が定期的開催されている。業務日誌、日中活動日誌の確認活用、個別支援計画表も作成され、職員間の共有を図っている。</p>	

III-3 サービスの開始・継続

III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用希望者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。 法人ホームページ内に事業所の情報を掲載するとともに、「お知らせ」でつつじの情報を提供している。また、パンフレットも作成し、情報を提供している。希望者には施設見学、体験入所、一日利用等により、対応している。サービス希望者への積極的な情報提供はサービス改善実施計画に沿って努力している様子が伺えた。</p>	
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。	a
<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。 サービス開始時に重要事項説明書、利用契約書、預り金管理契約書について、担当職員が利用者、家族に対し、読み上げを行い、説明を行っている。また、資料にはルビをふっており、わかりやすく伝えるように工夫がなされている。</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
<p>評価調査者コメント</p> <p>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が、十分ではない。 他施設や地域への移行にあたり、サービスの継続性について、ケア会議開催、利用者プロフィール票、健康のまとめ等を渡し、移行先との話し合いを持つこととしているが、施設としての引継の仕組みを記した手順書が定められていないことから、施設として具体的な取組が望まれる。</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。	a
<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。 アセスメントは手順を定め、統一した様式で見直しを行い、作成が計画的に実施されている。個別IADLアセスメントシートの作成は、サービス向上への職員の取組として評価できる。</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。	a
<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。 健康、日常生活、日中活動、家族との関わり、その他の5領域をもとに利用者一人ひとりのニーズ、課題が支援レベルで記入されている。課題は個別支援計画に反映されている。業務手順書に基づき、各職員の業務手順は詳細に実施されており、記録も取られている。</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。	a
<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。 サービス管理責任者配置し、本人、家族の意向を取り入れた個別支援計画をもとに、利用者のアセスメントシート、個別IADLアセスメントシートが作成されている。定期的に家族を交えたモニタリングも実施されており、支援計画の見直しを行っている。個別支援計画表で計画されたサービスが適切に実施されているか、確認する仕組みができている。</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。	a
<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。 個別支援計画は手順書に添い、本人及び家族の意向を取り入れ、見直しを行っている。また、6ヶ月ごとのモニタリングは家族も参加し、利用者の視点に立ち行われている。見直しを行い、変更された個別支援計画は、各寮棟会議で職員に周知され、個別支援計画一覧表でも周知されている。利用者の状況により、サービス実施計画は、家族の面会日に変更確認が行われる時もある。</p>	

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重

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。	a
<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>日常生活に於いて、コミュニケーション支援が必要とされる利用者のサービス実施計画や支援計画等に、具体的な支援内容と方法が明示されている。本施設利用者の障がい程度は重く、障がい程度区分としては3～6が大半を占めていて、理解力や伝達力にかなりの制限がみられる。個別支援マニュアルの意思表示、伝達理解項目(言語・文字・写真・絵カード・ジェスチャー・サイン・手を引く・手話・点字・実物・関連物品が分かる)がチェックされ、個別のコミュニケーションの検討とそれに基づく支援がなされている。男子棟・女子棟の指導員室前に、当日勤務する職員の顔写真を貼って知らせたり、日中活動予定や食事(献立)を絵や写真を用いて理解と行動を促している。入所年数が長い利用者は職員の動きや表情を読み取り、自ら行動へ結びつける傾向が見られるとのことである。そうした実態を職員は十分に考慮した上で支援にあたることが求められる。利用者の思いを汲みとった丁寧な支援は、職員に寄せる信頼が一層深まるものと思われた。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<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>利用者の主体的活動を支援する職員は、利用者の意向を尊重し、側面的な支援に努めている。利用者による自治会は組織されており、役員は選挙によって選出されている。自治会が開催する毎月の例会は、利用者が食堂に集合し、施設長から行事予定の話や誕生日会やゲームを楽しんだりしている。利用者の主体性が発揮される場として「なんでも相談」がある。相談日は月2回実施している。利用者は施設長と直接話ができる機会を楽しみにして、時には開始時間前から並んで待っている。相談内容としては、〇〇をしたい、〇〇が欲しいなどの希望、言葉を発せず顔を見てただ頷いて満たされている場面も見られるが、利用者自ら行動を起こす貴重な機会を設けていることは高く評価できる。</p>	
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。	a
<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>日常生活支援マニュアルの基に、利用者が自力で行おうとする行為の見守りと必要時の迅速な支援については、会議等で方針が確認されている。利用者に対し施設が行う具体的支援方法は利用者本人、家族等の話し合いで確認・了承がもたれている。</p>	
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
<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十分ではない。</p> <p>社会生活を高めるための学習・訓練プログラムは、買い物、外出・移動、洗濯、金銭管理など9項目を掲げ、日中活動での取組が行われている。しかし、利用者の人権意識を高める手立てとしての、情報や資料提供への取組みが少なく、活動の実施のみで終わっていることから、在り方の検討が望まれる。</p>	

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事

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。	a
<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>個別支援計画には利用者の身体状況や食事に関わる支援内容が記載されている。栄養士が作成する食事指示箋及び嗜好カルテには、食事形態、栄養量など明示されている。中山の園の6施設に2名の栄養士が配置されており、栄養士の指示に基づいた食事が提供されている。利用者全員の食事状況一覧に、個別の病名、食事指示箋、主食の量、副食の形態、食器、介助方法等などの記載が整備されている。</p>	
A-2-(1)-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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>給食アンケート調査を行う他、給食委員会や検食簿にて利用者の食事状況を検討し、美味しく食べやすい食事提供への取組がなされている。給食委員会のメンバーは、施設長、各施設生活支援員、利用者、栄養士、厨房職員によって構成され、利用者の意向が取り入れられている。献立は絵や写真で示し、文字の判読が苦手な利用者にも配慮がなされている。</p>	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>喫食環境の配慮が十分ではない。</p> <p>障がいの程度によっては食事に1時間以上要することもあり、食事時間は幅をもたせた対応がとられている。新調したイスは利用者の障害に合わせてデザインされ、両肘かけの有無、高さ、背宛のカーブなどが工夫されている。柔らかなグリーン色のイスが並ぶ食堂は華やいで見えるものの、座る場所によっては薄暗い場所もあり、利用者全員で食事を摂るには改善の必要があると思われた。</p>	

2-(2) 入浴

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。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。 日常生活支援マニュアルの入浴「身体の清潔を保つとともに、心地よい時間が持てるよう支援する」として16項目が具体的に掲げられている。個別支援マニュアルに於いては、自力、洗う・拭きとる意欲、機能面、着脱・浴室内の移動支援の必要等10項目で個別のチェックがなされ、利用者が安全で気持ちよく入浴ができるよう、入浴介助や支援が行われている。利用者の入浴状況は日中活動記録、業務日誌に記録されている。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の希望に沿って行われている。 設定している時間のほかに、失禁や日中活動の汗や汚れ状況に応じて入浴(シャワー)支援が行われている。入浴を拒む利用者が多いため、個別に合った誘い方を行うなど工夫した支援がなされている。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c
<p>評価調査者コメント</p> <p>環境は適切ではない。 風呂、洗い場は入浴人数に対し十分な広さではあるが、洗い場のタイルは劣化して滑って転倒の危険性があり、古くなったタイルの角は擦り傷をつくりがちである。安全性と快適さの確保に向けての検討を求めたい。</p>	

2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>介助は快適に行われている。 排泄介助を必要とする利用者は多く、健康状態に大きく影響する排便の観察と記録は整備されている。日常生活支援マニュアル及び個別支援計画には、個別に配慮すべき注意点や留意点が具体的に明示され、それを基に介助が行われている。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p>評価調査者コメント</p> <p>清潔で快適である。 男女とも改修されたトイレは、プライバシー保護及び快適性が確保された構造・設備になっている。</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。 衣類は利用者の家族が用意している。衣類購入の相談に応じたり、買い物同行支援により、服選びなどの支援がなされている。</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。 利用者は好みの衣服を身につけられるよう、定期的にタンスの衣服を整えたり、季節ごとの入れ替えなど支援がなされている。利用者の中には気に入った服に強いこだわりを持ち、何日も着続けることもあるため、個別に配慮しての対応を行っている。</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 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 月に一回の理容・理髪を実施している。髪型は本人や家族の要望によるが、時には雑誌を参考にすることもある。爪切り、耳垢の手入れは毎週日曜日に確認し、必要に応じた支援がなされている。</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 配慮している 中山の園内に位置する厚生会館に理髪業者が来館し利用者の理髪を担っている。会館までの往復を職員が同行支援している。理髪者と顔見知りになった利用者は挨拶や会話を楽しみにしている。</p>	

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
<p>評価調査者コメント 配慮している 利用者それぞれの習慣やクセに配慮した対応がなされ、就寝に就くまでの時間に幅をもった支援が行われている。眠れない利用者には声掛けをしたり、デイルームに誘い出し、しばらく様子をみた後、入眠を促している。</p>	

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
<p>評価調査者コメント 適切である。 中山の園に位置する管理センターにおいて、内科、歯科、精神科の診察は定期的(毎週水曜日)に行われている。必要に応じて、医師・看護師から健康面の説明はなされている。個別の「健康のまとめ」には投薬状況や検査内容、予防接種の実施日など明記されている。利用者医療関係一覧表には名前・内服中の疾病・薬処方・入院歴などの記録が整備されている。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
<p>評価調査者コメント 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。 管理センターで診察する一戸病院の医師と日常的に連携がはかられている。緊急時、一戸病院まで約30分を要するが確保できている。</p>	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a
<p>評価調査者コメント 確実にされている。 配薬チェック及び服薬、点眼、湿布薬支援マニュアル及び・服薬支援・点眼、湿布薬支援のマニュアルは用意されている。薬移動および与薬確認表に内服・外用薬の使用状況の記録は整備されている。</p>	

2-(8) 余暇・レクリエーション

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
<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。 施設内での余暇としては、居室で音楽に耳を傾けたり(演歌・クラシック)、テレビを見るなど自由に過ごしている。毎月開催される自治会活動の一環として、おやつや飲み物を食した後、色々なゲームを楽しんだりしている。利用者が楽しみにしているドライブ、買い物、外食は、日中活動訓練の意味合いが大きいレクリエーションでもある。利用者とボランティアの交流など、施設の取組みも広がることから、ボランティアを募るなど地域の社会資源の活用を含めた検討が望まれる。</p>	

2-(9) 外出・外泊

A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
<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。 利用者が希望する外出内容に応じた外出計画が立てられ実施されている。施設近隣のカフェや焼き肉店での外食、盛岡まで遠出し、大型店で買い物など外出の援助がなされている。外出には寄贈された福祉車両の活用により、利用者の外出希望に応じる回数と遠出が実施されている。</p>	
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。	a
<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。 帰省、外泊に於けるマニュアルは利用者や家族の立場を考慮した内容である。帰省時、家族に預ける利用者の障がいに関する証書・薬・手帳、着替え・現金など、引き渡し時と受け取り時にチェックを行い記録している。利用者の帰省は年々減少傾向にある。その原因として利用者の両親や兄弟が亡くなり帰省先が無くなったことが挙げられる。</p>	

2-(10) 所持金・預り金の管理等

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。	a
<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。 預り金等管理契約書を利用者個人と交わしている。金銭管理マニュアルを基に、現金を取り扱う小遣いの支出・小遣いの入金の手順書に従って金銭管理がなされている。買い物や食事でお金を支払い、レシートを受け取るなどは、金銭管理を学習する場となっている。</p>	
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。	a
<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。 ラジオやテレビの音は同室者の迷惑にならないよう、説明したり操作を支援している。利用者の中には本をめくる音に興味を示し、ひたすら本をめくり続ける姿が見られる。</p>	
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。	a
<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。 現在の所、飲酒をする利用者はいない。利用者が喫煙する際の場所、時間、方法は決められており、職員が付き添っている。</p>	