

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果[岩手県立療育センター 障がい者支援部]

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
------------------------	---

法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。

評価調査者のコメント

岩手県立療育センターの指定管理組織である岩手県社会福祉事業団の法人の理念は、明文化されている。さらに、法人の理念の他に岩手県立療育センターとして、肢体不自由児施設時代から運営理念が明示されていることが説明された。岩手県立療育センターは、障がい児入所・通所部門、外来部門、相談支援部門、障がい者支援部門の四部門で構成され、それぞれ異なった機能を有しながら、岩手県立療育センターと総称されている。県内で唯一の障がい者支援部門として、肢体不自由者の社会リハビリテーションの拠点等、固有の機能と県内に欠かせない福祉施設であることから、指定管理下の組織であるが、部門(事業)の特性や機能、特徴を明らかにした理念的な内容を明文化し、事業の基本を明文化することが望まれる。

I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b
--------------------------------	---

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。

評価調査者のコメント

法人の基本方針(行動指針)は、法人の理念に沿って明文化されている。また、岩手県立療育センターの基本方針も明文化されている。しかし、上記の理念と同様に障がい者支援部として、県内で唯一の機能訓練サービスを行っている事業所であることから、法人及び岩手県立療育センターの基本方針を受けて、部門(事業)の特性や機能、利用者の特性に応じた専門的なプログラムや支援等、事業の基本的な方針について内容を明文化することが望まれる。

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
-------------------------------	---

理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。

評価調査者のコメント

訪問調査において、平成25年度事業団事業計画等の資料を職員に配布し、説明を実施している。また、毎月の会議や朝会において、部長から支援部としての地域移行の考え方など基本的な内容を説明していることが報告された。上記の評価項目に引き継いで障がい者支援部としての実際の取り組みを理念や基本方針として整理し、職員として共有することが望まれる。

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
---------------------------------	---

理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。

評価調査者のコメント

利用者の自治会である「友睦会」の例会において、岩手県立療育センターの経営理念や事業について、部長から説明していることが報告された。また、重要事項説明書において、口頭で説明していることが報告された。確認書面で、事業団の事業計画にルビを入れて配布されているが、利用者にわかりやすい簡素な内容に工夫することが求められる。上記の評価項目に引き継いで、障がい者支援部としての実際の取り組みを理念や基本方針として整理し、利用者へ知らせることが望まれる。

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
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。 評価調査者のコメント 中長期計画は、法人として平成23年度～平成32年度の中長期経営基本計画として策定されている。さらに、前期実施計画として、平成23年度～平成27年度の各年度計画が策定されている。岩手県立療育センター障がい者支援部の果たす役割については、岩手県立療育センター整備基本構想に明示されている。中長期計画は、事業団が主催するプロセスマネジメント会議、ワーキンググループ及び施設長会議等で定期的に見直しを行っている。	
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。	c
各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。 評価調査者のコメント 中長期計画を踏まえた年度の事業計画は、法人として年度の重点項目を掲げ、重点項目に沿って各施設ごとの事業計画が策定されている。岩手県立療育センター全体として、事業計画を確認することができるが、障がい者支援部固有の内容を読み取ることはできない。障がい者支援部として、事業計画を策定しているが事業内容の説明が主で、昨年度の前期後期の反省を受けた年度計画の策定が望まれる。訪問調査において、岩手県立療育センター各部毎の取り組みを行っているが、岩手県立療育センター全体で取りまとめ法人へ報告する仕組みになっていることが説明された。各部毎の取り組みを明示することが望まれる。	

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
各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。 評価調査者のコメント 障がい者支援部としての事業計画が策定しているが、事業内容の説明が主な内容となっている。前期、後期の半期ごとに全職員参加のもと事業反省が行われ、各事業担当毎に活動状況、反省・検討事項、次年度活動計画の枠組みで整理されている。各半期ごとの事業反省を次年度の事業計画に盛り込む仕組みが望まれる。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b
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。 評価調査者のコメント 平成25年度の法人事業計画及び岩手県立療育センター事業計画について、利用者、職員に配布説明したものを施設2階廊下に掲示している。資料にはルビを入れているが、利用者にわかりやすい簡素な内容に工夫することが望まれる。上記の評価項目に引き継いで、障がい者支援部としての具体的な事業計画を整理し、利用者に理解しやすい内容に工夫し知らせることが望まれる。	

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
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。 評価調査者のコメント 障がい者支援部の部長は、自ら果たすべき役割と責任の検証について、人事考課シートにより検証を行っている。また、毎月の職員会議において、業務指針、コンプライアンスの遵守について職員に説明を行っている。本評価項目における「管理者」は、事業所を実質的に管理・運営する責任者となっていることから、管理者は岩手県立療育センター所長と解することが出来る。確認書面の障がい者支援部の会議録等の報告や各種復命は所長に行われている。訪問調査において、障がい者支援部としての実質的管理は部長が担っていることが説明されたが、指定管理下における法人理事長、岩手県立療育センター所長、障がい者支援部長の管理責任について基本的な枠組みを明示いただき、今後の評価に生かしたい。	

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。	b
<p>管理者自ら、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が、十分ではない。</p> <p>評価調査者のコメント 障がい者支援部の部長は、各種研修会、説明会、講習会に出席し、その復命書を職員に回覧している。訪問調査において管理する者として、法令のリスト化に当たり労働基準法から消防法、新しく施行された障害者総合支援法等、熟知し取りまなければならない法令は多岐に渡り、事業への具体的な適応や職員への周知のための積極的な取組みまでは至っていないことが説明された。</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>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>評価調査者のコメント 確認書面の通り、満足度調査、業務改善活動、事業反省(前期、後期)、リスクマネジメント等の活動を通し、指導力を発揮している。また、毎日の朝礼では司会を行い、重要な部分は再確認し、職員への周知に努めると共にリスクが伴う活動については、十分注意するよう注意喚起を行っている。インシデント、アクシデントケースについて検証を行い再発防止に向けマネジメントを行っている。岩手県社会福祉事業団の法人組織の部長として、岩手県立療育センター構成部門の責任者として、障がい者支援部の部長としての三層構造体制の中で、的確に情報を整理し課題を把握し、自らも活動に積極的に参画している。</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>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>評価調査者のコメント 岩手県立療育センターは、県から法人に指定管理として運営されている施設であることから、管理契約の中で運営費及び職員数等が明示されている。障がい者支援部は、脳血管障害や交通事故による脳損傷の方のリハビリテーション施設として運営し、利用期限は有期限の施設である。指定管理でなく、単独の事業であれば採算は全く取れない施設であることが説明された。指定管理を受け6年目しか経過していない部門として、取りまなければならない課題(施設の老朽化、全県エリアの入所対象者への対応等)が山積されていることが報告された。</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
<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>評価調査者のコメント 法人の中長期計画において、利用者の動向や利用者像の変化など事業を取り巻く環境を把握していることを読み取ることが出来る。また、岩手県立療育センター整備基本計画においても、利用者の推移やニーズについて把握されている。法人のプロセスマネジメント会議や経営部会管理庶務WG会議等の確認書面において、事業経営の分析や課題整理の積極的な取り組みを知ることが出来る。障がい者支援部においては、職員会議で入所退所の動向が確認されている。さらに、各医療機関や各連絡会・協議会への参加を通して利用者の動向について把握していることが説明された。</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>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>評価調査者のコメント 法人の中長期計画において、経営状況の分析や改善課題の把握を読み取ることが出来る。また、岩手県立療育センター整備基本計画においても、課題の分析検討が把握されている。法人のプロセスマネジメント会議や経営部会管理庶務WG会議等の確認書面において、事業経営の分析や課題整理の積極的な取り組みを知ることが出来る。障がい者支援部門では、年度の事業反省として前期、後期の活動状況、反省検討事項が整理され、改善に向けた取り組みが、部全体で行われている。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当

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>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>評価調査者のコメント 岩手県社会福祉事業団の法人として、中長期計画の「Ⅲ人材育成と働きがいのある職場づくり」において【期待する職員像】、個別人材育成計画において人材や人員体制のプランが示されている。それに基づいた法人としての人事管理が行われている。障がい者支援部門として、利用者の特徴や事業の固有性に着目した人材育成計画の作成は難しいことが説明された。</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>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>評価調査者のコメント 人事考課は、「社会法人岩手県社会福祉事業団人事考課実施要領」で実施されていることが確認できる。障がい者支援部の実際では、部長が目標管理、人事考課、身上調書に係る時期に職員に面接を実施している。その際に個々の職員へフィードバックを行っている。平成25年度から法人として非常勤職員への人事考課実施要領が整備され、取り組まれることが説明された。</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>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>評価調査者のコメント 障がい者支援部では、職員の就業状況や意向の把握は、目標管理の取組みの面接で行っていることが説明された。その中で家庭のこと、メンタルのこと等にも触れている。メンタルケア支援体制として、岩手県立療育センターで図式化し相談の流れが示されている。部としての超過勤務は、月数時間に留まり特定の職員に集中することもなく推移していることが説明された。また、利用者の自立程度が高い特徴から、就業において職員に極端なストレスが及ばないことも説明された。</p>	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
<p>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。</p> <p>評価調査者のコメント 岩手県社会福祉事業団として、健康診断などの各種福利厚生にかかる規定が整備されている。規定等に沿って各事業所で共通に実施されている。非常勤職員においては、常勤職員に準じて整備されていることが説明された。</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>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。</p> <p>評価調査者のコメント 岩手県社会福祉事業団の中長期経営基本計画のⅢとして、「人材育成と働きがいのある職場づくり」が設けられ、人材の確保の基本が示されている。法人としての「個人材育成計画作成の手引き」において、人材育成、研修が運用されている。社会福祉士等の専門資格取得のために、職務専念義務免除規定が設けられている。</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>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。</p> <p>評価調査者のコメント 法人で定めた職員研修履歴カードが整備され、障がい者支援部として各職員の取り組みが把握されている。年度の各職員の反省と目標が明記される仕組みになっている。個別の研修目標の他に、外部で開催される研修会などの年間計画が個々の職員ごとに示され取り組まれている。</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。	a
<p>研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>評価調査者のコメント 個人材育成計画に基づき、研修履歴カードが整備されている。研修に参加した職員は、月毎に会議復命書として研修内容が岩手県立療育センターに報告されている。非常勤職員においては、事業団が主催し新任、中堅と経験年数ごとに生涯研修が開催されている。個別の教育・研修の取り組みと同等な仕組みとして、法人の目標管理制度が整備され、定期的に部署の上司と業務の振り返りを行う取り組みがされている。</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>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。</p> <p>評価調査者のコメント 岩手県立療育センターとして、「実習生受入要綱(案)」が整備され、看護師等の国家試験に伴う実習から体験的な実習まで幅広く受け入れる内容となっている。「実習生受入マニュアル」が整備され、受け入れ日程調整から評価までの流れが示されている。岩手県立療育センターの育成部・相談支援部・障がい者支援部の実習担当者間で、社会福祉援助技術実習の受け入れについての基本的な事項が話し合われている。平成25年度は障がい者支援部が窓口となっている。</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。	a
<p>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。</p> <p>評価調査者のコメント 実習生は、岩手県立療育センターとして実習を受け入れ、各部門に配属される仕組みになっている。訪問調査で、育成部・相談支援部・障がい者支援部の実習担当者間で基本的な実習内容を定め、担当された部門で実習生の意向を組み入れた各資格に沿ってプログラムが作成されていることが説明された。</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。	a
<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>評価調査者のコメント 利用者の安全確保のための組織・体制は、岩手県立療育センター全体として、防火管理規定で定められている。さらに、障がい者支援部として、防災訓練実施計画、緊急医療応援要請フロー図、夜間火災時の非常連絡、避難誘導体制、緊急電話連絡網において確認することが出来る。利用者の外出については、パーソナルカードを作成し本人に渡されている。救急法の研修について、AED取扱いについて講習会を実施している。管理者のリーダーシップについて、職員会議及び朝礼時等にリスクを伴う行事等について職員に注意喚起を行っている。</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。	a
<p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>評価調査者のコメント 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策にかかる取り組みは、事業団リスクマネジメント推進指針、事業団リスクマネジメント実施要領、岩手県立療育センター医療安全対策要綱、岩手県立療育センターリスクマネジメント実施要綱により行われている。原因分析、対策については、アクシデントレポートの中のSHELモデルにより実施されている。</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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a
<p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>評価調査者のコメント 地域との関わり方についての基本的な考え方は、法人の基本方針、岩手県立療育センターの経営方針・事業の重点項目に示されている。利用者と地域との交流を広げるための取り組みとして、療育センターサマーフェスティバル、地域自治会のと交流会が実施されている。利用者の日常的な取り組みは、自身でタクシーやバスを利用し地域のコンビニなどへの外出を行っていることが説明された。障がい者スポーツ大会では、職員の付き添いで参加されている。</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>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>評価調査者のコメント 岩手県立療育センターとして、地域へ向けて理念や基本方針、施設で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。施設が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みは、岩手県立療育センターとしては毎年、療育研修会が開催されている。障がい者支援部として、研修会への講師派遣や自治会に施設の開放を行っているが、県内唯一の事業所であることから、高次脳機能障害者に関する理解や施設の機能、地域移行の取り組みについて県民にアピールすることが期待される。</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。	a
<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おり、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>評価調査者のコメント ボランティア受け入れに対する基本姿勢と受け入れ体制は、岩手県立療育センターのボランティア受入要領で整備されている。実際のボランティアの受入については、岩手県立療育センターとして積極的に行われている。障がい者支援部は、平成24年大正琴の演奏団体の慰問を受けている。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a
<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、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>評価調査者のコメント 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、その情報を職員間で共有する取り組みは、利用者の特性を踏まえた、実際の支援に沿って医療・福祉等の関係機関が一覧で明示されている。訪問調査において、回復期病院、相談支援事業所、就労支援事業所、各市町村担当者等と頻りに連絡調整が必要であることが説明された。</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>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>評価調査者のコメント 関係機関・団体と定期的な連携の取り組みは、盛岡広域圏障害者自立支援協議会就労部会に出席し情報交換を行っている。また、同会地域移行部会、居宅系チーム、施設入所チームの会合に出席し情報交換を行っている。利用者を最も多く受け入れている、いわてリハビリテーションセンターと定期的に情報交換会が開催されている。岩手県高次脳機能障がい支援ワーキンググループ会議のメンバーとして、会議に参加している。</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。	a
<p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>評価調査者のコメント 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取り組みは、上記の関係機関・団体の連携の中で行われている。障がい者支援施設の事業内容・機能の特性から、地域を全県として捉えることが求められ、事業所の案内パンフレットを県内の回復期を担う医療機関に配布している。</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。	b
<p>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。</p> <p>評価調査者のコメント 地域の福祉ニーズに基づく取り組みは、利用者の地域移行のニーズとしてグループホームの利用が掲げられている。平成25年度岩手県立療育センター経営方針・事業計画書の事業の重点項目にグループホームの設置について調査検討を行うとともに、事業団経営部会ワーキングでも検討を行うこととしている。岩手県立療育センターの整備基本計画は示されているが、利用者の地域移行における幅広い支援として、具体的な取り組みの試行が期待される。</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>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>評価調査者コメント 法人の経営理念に利用者の人格と個性を尊重する姿勢が明示され、施設内1階に掲示されている。法人職員行動規範と併せて「岩手県立療育センター職員行動基準」も制定されており、職員会議において読み合わせ等行い、組織内での共有化を図っている。平成16年度には「人権侵害防止取組要領」が作成され、全職員対象に「人権侵害に関する自己チェック」が毎月行われている。</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。	b
<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ているが、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 平成25年1月に「プライバシーの権利保護マニュアル」が作成されているが、個人情報保護の観点との整理が曖昧で、その改善と組織内での意識の共有化が求められる。標準的な支援場面ごとに作成されている手順書の中で、「排泄支援マニュアル」内に利用者個々の状況に合わせて「羞恥心やプライバシーに配慮した対応をする」旨の記述があるが、その他入浴や居室生活における対応について明示されていない。マニュアルや手順書の見直しについては、LANシステムを活用しながら全職員参画のもと実施され、その中で内容の周知が行われている。</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>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>評価調査者コメント 利用者満足度調査を年2回実施している。1週間の期間で本人が記載、翌月の職員会議で調査結果を精査し、具体的に要望のあった事項については全職員で回答を協議、緊急性のある事項が出ない限り、更に翌月の自治会定例会で利用者に報告するという流れで対応されている。利用者のほとんどが意思疎通に大きな課題を持たない方であるということや利用期間が定められたサービスであるということから家族会という組織自体組織化されていないが、家族からの要望・意見についても直接担当者が対応するほか「なんでも意見箱」や苦情解決の仕組みの中で対応する準備ができています。</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。	b
<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ているが、その向上に向けた取組が十分でない。</p> <p>評価調査者コメント 利用者満足度調査の担当者について、支援部長が総括的に担当しているが職員事務分担当表に明示されていない。満足度調査により把握した結果については全職員の参画を得て分析・検討され利用者に還元されているが、その過程に利用者が参画する仕組みは設けられていない。職員の意識として「利用者主体の視点を持ち職員からの押し付けにならないように」という点についての共有化には努めている。</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>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>評価調査者コメント 事業所内3か所に「何でも意見箱」を設置している他、平成24年3月から毎月「何でも相談日」を設定して、利用者からの相談を受け付けている。これまで「何でも意見箱」に意見が投函された実績はなく、「何でも相談日」についても約1年半のうちで8件の相談があったのみでここ数か月は相談者がいない。これについては、日常的に担当者が利用者とのコミュニケーションを積極的に心がけていることや毎月開催される自治会定例会で意見を受ける機会を設けていることによるものと思われる。</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。	b
<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が、十分に機能していない。</p> <p>評価調査者コメント 苦情については、岩手県立療育センター「苦情解決事業実施要領」を基本とし、更に手順書として「苦情解決マニュアル」を作成し、それに沿って対応している。苦情受付については、「何でも意見」や相談受付と一体的に窓口を設定しているが、苦情として対応するか否かについては、申出者が匿名の場合を除いて直接本人に確認して対応している。第三者委員は3名設置されており、苦情申出者の選択肢を複数用意し、そのことがサービス利用開始時に重要事項として説明されている他、事業所内に掲示されている。これら苦情解決の仕組みは整備され取り組まれているが、障がい者支援部として苦情受付の実績が乏しい状況である。今後、障がい者支援部のサービス提供内容に即した独自の取組の検討が望まれる。</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。	b
<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ているが、迅速に対応していない。</p> <p>評価調査者コメント 受け付けた苦情については岩手県立療育センター「苦情解決事業実施要領」及び「苦情解決マニュアル」において規定され、その中で具体的な期限も明示して対応されている。しかし、苦情以外の意見・相談への対応についての対応マニュアルは整備されておらず、実際には迅速に対応することを心がけて取り組まれているが、それが標準的な対応として規定されていない。苦情・意見・相談が少ない現状については、事業の特徴として有期限であること、社会復帰に向けた訓練を目的とする事業所であることの認識が利用者浸透しているためではないかと分析している。</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>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。</p> <p>評価調査者コメント 法人が規定する「福祉サービス第三者評価受審等要領」によって、年1回の自己評価及び4年に1回の第三者評価受審が定められている。これについて、年度ごとに評価体制についてスケジュールとともに職員に周知され、組織的に取り組んでいる。評価結果を分析・検討する場として、「第三者評価委員会」が開催され、その会議録も備え付けられている。</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。	b
<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>評価調査者コメント 実施した自己評価について、検討会を設け全職員参画のもとで確認し、更にその記録を回覧することで評価の共有化を図っている。改善すべき項目についてはサービス改善実施計画とともに文書化され、法人事務局に報告されている。しかし、改善計画の策定にあたっては、障がい者支援部としての課題分析の記録が十分とはいえず、法人としてサービス改善計画書の様式を見直す等の取組が望まれる。</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。	b
<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>評価調査者コメント 法人によって規定されている様式に従い「サービス改善実施計画書」が作成され法人事務局に提出されているが、それに対する法人事務局からの助言・指示等はない。改善実施計画によって、たとえば「関係機関と連携を図り福祉ニーズの把握に努める」という目標に対して地域自立支援協議会への参加により改善された事例等はあるが、それらの取り組みが組織として計画的に取り組んでいるという部分においては十分とは言えない。</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。	b
<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ているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 個々のサービスについての標準的な実施方法は、「排泄支援マニュアル」「食事支援マニュアル」「入浴支援マニュアル」等により文書化されているが、利用者尊重やプライバシー保護の観点における記載が十分とは言えない。また、マニュアルに基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みも明確になっておらず、マニュアルの内容が全職員に周知徹底されているという点においてもその取り組みが十分とは言えない。</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。	b
<p>標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。</p> <p>評価調査者コメント 標準的な実施方法についての見直しは、各種マニュアルの見直しと併せて毎年12月、定期的に行われている。その作業手順として、マニュアルの項目を担当ごとに割り振り、担当が原案を作成、それを全職員で協議するという流れを取っているが、利用者からの意見を反映させる仕組みが明確になっておらず、必要な見直しが十分に行われているという点において十分とは言えない。</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>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。</p> <p>評価調査者コメント 個別支援計画については、事業所で統一した様式に記録されている。担当職員によって記録内容にばらつきが生じないように、支援部長やその他のサービス管理責任者がチェックし、修正が必要と思われる内容については指導を行っている。</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。	b
<p>利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 利用者に関する記録管理については「岩手県立療育センターの管理運営に関する基本協定書」が整備され、これに則って管理されている。この中で、情報公開の手続きについて「広報紙、ホームページ等を活用して広く広報する」(第22条第3項)こととされているが、実際に対応されている記録を確認することができなかった。また、USBメモリ等電子媒体の管理について事業所としての取り決めがなく、それらは職員個々の管理となっており、個人情報の外部流出のリスクを伴っていることから、対策が必要と思われる(USBメモリについて「外部に持ち出さないこと」との注意喚起は行っている)。</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。	b
<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が、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 情報の共有化については朝礼時に全職員に対して確認しており、夜勤支援員に対しては業務日誌や「連絡・宿直業務状況メモ」の閲覧で対応している。情報の分別についてはその時々での判断で対応され、その周知方法について標準化された仕組みは整備されていない。</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。	b
<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が、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント サービス内容を紹介するためホームページやパンフレット等が作成されている。パンフレットは同センター内外来部門窓口配置されているが、他の公共施設等には配置されていない。頻りに連携の機会のあるいわてリハビリテーションセンターにも、職員には情報提供しているが利用者に対しては十分とはいえない。見学者の受け入れについては、「施設利用受入マニュアル」に則り約2時間の流れの中で支援部長を担当者として対応している。</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>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。</p> <p>評価調査者コメント サービス開始の同意を得るにあたっては、「施設利用受入マニュアル」に則り、重要事項説明を行い施設利用契約を締結する手順が決められている。サービス内容について、日課票も含めた「生活のおしり」を配布しており、利用者や家族にわかりやすい説明がなされている。</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。	a
<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。</p> <p>評価調査者コメント 事業所の変更にあたって、定められた様式の引継文書はないが、「退所支援マニュアル」に則って確認された共有化が必要と思われる情報についてその資料を適宜作成し、サービスの継続性に配慮している。退所者の会のような支援組織はないが、マニュアルに則り、退所後6か月間のアフターケアを実施している。</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。	a
<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>評価調査者コメント 利用するサービスの種類によってサービス提供の手順書が定められており、アセスメントについても統一された様式によって把握され記録されている。</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。	a
<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>評価調査者コメント サービス提供の手順書に則り、「意向聴取表(基本的ニーズの把握)」が記入され、利用者一人ひとりのニーズや課題の把握が適切に行われている。その内容は、担当者から本人及び家族に内容確認した上で支援部長がチェックし、更に内部回覧することで職員間での共有化も図られている。</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>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>評価調査者コメント サービス実施計画策定にあたってはサービス管理責任者が責任者となり、支援会議が開催されて職員間の合議の場を設けている。そこで検討された内容については利用者への説明と同意を経て、決定されている。また、作業療法士等専門職も支援会議に参加し、支援上の留意点もサービス実施計画の中に反映されている。</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。	a
<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>評価調査者コメント サービス実施計画の評価(モニタリング)・見直しについては法定時期を遵守するとともに、各種サービス実施の手順書に則って実施されている。評価・見直しは本人及び家族の同席のもとで実施されている。その内容については、サービス管理責任者の確認を経て職員に回覧され情報の共有化が図られている。</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>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>評価調査者コメント 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や個別支援計画を策定し、失語症、言語障害の方には絵カードや言語カードを用意している他、グループでの訓練を実施している。 また、STによる訓練を診療部門と連携して提供している。高次脳機能障害の方にはスケジュール表の掲示を工夫したり、当日の予定を確認する時間を設け、メモリーノートへの記入訓練を行う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行われている。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<p>利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>評価調査者コメント 利用者の自治会「友睦会」は担当職員をつけて支援に当たり、毎月の定例会で施設の活動等について話し合いが行われている。また、施設外で開催される障害スポーツ大会参加や障害者文化芸術祭への出店支援、地域の自治会「新山自治会」との懇談会には友睦会会長が出席している。 外出や面会は利用者の意志が最大限尊重されており、利用者の主体的な活動が尊重されているといえる。</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>見守りと支援の体制が整備されている。</p> <p>評価調査者コメント 当施設は日常生活動作の獲得を目指す自立訓練(機能訓練・生活訓練)の施設であり、各利用者のADLの変化、訓練内容、生活状況等は個別支援計画や個別支援実施経過及びモニタリング表に記録され、また、作業療法評価用紙へ記録し、職員会議等で報告されている。 また、毎日実施している朝の連絡会議では夜勤職員からの引き継ぎが報告され、利用者の状態は職員間で確認・情報共有されており、必要な時の迅速な支援体制は整備されている。</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。	a
<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>評価調査者コメント 社会生活力を高めるため個別支援計画を基に、調理・洗濯・買い物・交通機関利用等について、訓練プログラムを用意し学習されている。 利用者が自分で職場や事業所、住宅、病院等を探せるように共用パソコンを設置し、インターネットの検索方法を助言したり職場見学や職場実習の体験機会を設け、施設外の社会資源について情報を提供する等、エンパワメントの理念に基づくプログラムがしっかり用意されている。</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>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>評価調査者コメント 入所前の病院からの引き継ぎ事項により個別のサービス実施計画に基づいた食事(栄養量、食事形態、水分補給、利用者の状態に応じた留意点や支援内容)を一覧表にし用意されている。 この情報は職員間でも共有し、医師の指示については速やかに栄養士に連絡を取り一覧表を書き換えを行う等、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。</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>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>評価調査者コメント 年2回嗜好調査が行われ、利用者の嗜好を考慮した献立の工夫や季節感のある食材や食器の工夫がなされている。汁物等は温めなおして提供する配慮も行われていた。 給食会議へは自治会代表が参加している。献立は事前に食堂や廊下へ掲示し利用者へ情報提供されている。食事はせかせる事なく楽しんで食べられるように見守り支援をされている。</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>喫食環境の配慮が十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 業務改善活動で食堂のテラスへ花壇を設置する取組としてプランターを設置し、きれいな花を咲かせていたが食堂内は飾りもなく食事するテーブルが整然としていた。 食事時間は準備から食事を終え下膳開始まで35分の時間設定がされているが、利用者は片麻痺や高次脳機能障害のある方々でもあり、食事時間を含め喫食環境の配慮は十分と言えない。</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。	b
<p>利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 入浴は入浴支援マニュアルを基本に一人ひとりの個別支援計画により健康状態や障害に応じた支援がなされ、記録はケース記録や入浴確認表等に記録されている。 男性利用者には男性職員が、女性利用者には女性職員が必ず2名以上で支援する仕組みを整え安全やプライバシーへの配慮がなされている。また、杖を利用の人、車椅子利用の人についてマニュアルが用意され必要な用具を揃えているが、入浴マニュアルにプライバシーについて記載の記載がなく個人的事情への配慮が十分と言えない。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b
<p>利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 入浴は月、水、金の週3回設定され、その他に火、木は希望者にシャワー浴を提供している。しかし入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いがされてなく満足度調査に於いてもやや不満の声がでている。 入浴回数、シャワー浴等の回数は施設側で設定されているが、今後は利用者との十分な話し合いが望まれる。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
<p>環境は適切である。</p> <p>評価調査者コメント 浴室・脱衣場の設備や入浴器具は利用者の身体状況に応じた支援ができるよう検討会議で話し合われ、準備されている。 脱衣場は暖房設備と扇風機を備え、プライバシー保護の観点からカーテンを2ヶ所設置する等の工夫や配慮がなされ、浴室・脱衣場等の環境は適切といえる。</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>介助は快適に行われている。</p> <p>評価調査者コメント 排泄介助は利用者の障害に応じたサービス実施計画や個別チェック表、医務日誌、医務支援記録表等を活用している。また、排泄支援マニュアルにより自助用具が準備され、これらの衛生、防臭については看護師が通常業務の中で行っている。排泄介助は適切に行われているといえる。</p>	

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c
<p>清潔かつ快適ではない。</p> <p>評価調査者コメント トイレの採光、照明、暖房設備、清掃、防臭対策において適切であるが、トイレのドア部分がカーテン仕様からドア扉に改善されたが二階のトイレに鍵が付いてなく、プライバシー尊重からも施錠出来るトイレが望まれる。 また、満足度調査で出された「水を流すレバーの位置に手が届き難く使いづらい」点について、利用者は片麻痺等の障害のある方々でもあり早急な改善が強く望まれる。</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>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>評価調査者コメント 利用者は自分の好みに衣類を購入しており、移動の支援が必要な方には職員や家族が支援している。また、必要があれば状況に合った洋服の選択が出来るよう職員が相談や情報提供、買い物支援をしている。</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>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。</p> <p>評価調査者コメント ほとんど自立している方々で、汚れに気付いた時は言葉で話す程度で一人で着替えている。着替えに多少時間が掛かることもあるが利用者自らの判断で好きな洋服へ着替えている。汚れに気付いた時の対応は適切といえる。</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>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>評価調査者コメント 髪型や化粧の仕方等全て利用者の意志で決定し、自ら業者に意向を伝えて行っている。職員は必要があれば相談に応じたり理容・美容に関する資料や情報を用意している。また、爪切り等は深爪にならないよう見守り支援を行い、利用者の個性や好みを尊重した支援が行われている。</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>配慮している。</p> <p>評価調査者コメント 予約等の必要な方には予約支援を行っている。外出の理髪店利用が困難な方には施設内理髪の情報を提供し、地域の理髪店や美容院の利用について必要があれば、送迎同行支援を行う等の配慮を行っている。</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>配慮している。</p> <p>評価調査者コメント 寝具は原則私物を使用している。 部屋は複数で使用している為ペット周辺の光や音は個々にカーテンで仕切るようになっていて、消灯時間は午後10時に決められている。 また、不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、空室があれば一時的に他の部屋利用も考える等、安眠できるよう配慮している。夜間生活支援員が朝礼で夜間の支援を報告し、日中支援職員と情報を共有している。</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>適切である。</p> <p>評価調査者コメント 利用者の健康管理マニュアルが用意され、個々の健康管理票として各定期検診や予防接種等データベース化している(歯科衛生士による歯磨き指導、栄養士による栄養指導、口腔チェック記録、毎月の身体測定結果票)。医師または看護師が利用者に健康面の説明を隔週で行い健康相談を受けている。 利用者の毎日の健康面に関しては、看護師による医務日誌に通院等詳細に記録されており、日常の健康管理は適切である。</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>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>評価調査者コメント 健康面に変調があった場合の対応手順は、緊急医療対応マニュアル、緊急医療対応要請フロー図、緊急電話連絡網等が整備されている。施設内に医療部門があり受診できる体制がとれている。 さらに10分以内で行ける場所に総合病院(日本赤十字病院)があり、必要な時に迅速かつ適切な医療が受けられ体制が整備されている。</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>確実にされている。</p> <p>評価調査者コメント 利用者や職員は使用する薬について施設入所前の病院から申し送り等により適切な情報を得ている。薬物使用については服薬マニュアルや医療関係マニュアルが用意されている。薬は医務室で管理し、職員が不在になる時は施錠している。「薬の管理方法について」の文書を職員へ回覧し周知を図り、薬の使用状況は服薬確認表に記録されている。また、利用者が自立した生活へ移行するため、段階を経て薬の自己管理を目指す仕組みを整え、職員が確認しながら進めている(薬の自己管理状況一覧)。薬の扱いは確実にされている。</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。	a
<p>余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。</p> <p>評価調査者コメント 余暇・レクリエーションは友達会での話し合いを通じて利用者の意向を把握し、夏祭りへの参加や風船パレー、グラウンドゴルフ、バランスゲーム、パソコン、カラオケ、DVD等を準備している。地域の情報は掲示板へ掲示。情報をインターネットで調べる方法も指導している。利用者が企画・立案するのを職員は側面から支援したり、地域からの慰問やボランティアを受け入れる等利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。</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>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>評価調査者コメント 外出は利用者の希望により自由に行っているが、安全確認のため外出の際は外出届けを提出、また携帯電話を所有している利用者には支援部の携帯番号を登録してもらったり、連絡先を明示したカード(パーソナルメモ)を所持してもらうこと等、友睦会で説明し外出のルールとしている。地域のガイドマップやイベント情報を掲示板等で知らせ、利用者の希望に応じて支援や助言が受けられる体制が整備されている。</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>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>評価調査者コメント 外出と同様に利用者の意志で自由に行っているが外出届け提出・携帯電話へ支援部の電話番号登録・連絡先を明示したカード(パーソナルメモ)を所有してもらい、利用者の希望に応じて職員から必要な支援や助言が受けられる体制が整備されている。外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて必要な学習をその都度行っている。外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。</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>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>評価調査者コメント 利用者の金銭について管理依頼があった場合、施設利用者預り金等管理要領、同管理規則等により責任の所在が明確にされている。金銭等の自己管理が出来る出来る人には、金銭を保管する場所と設備(個人用の簡易金庫)を貸し出している。また、自己管理に支援を必要とする人には、障害の状況に応じた個別支援計画を立案し、小遣い帳等活用して学習を支援している。預かり金について適切な管理体制が整備され、確実な取組が行われている。</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>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>評価調査者コメント 新聞・雑誌は利用者個人が自由に購入し、テレビも各居室で使用出来るようにしてあり使用は制限していない。施設では共用の新聞3紙、週刊誌1誌、月刊誌2誌用意している。 また、施設として共用のテレビを5台設置しており、利用者の意志や希望が尊重されている。</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。	c
<p>利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> <p>評価調査者コメント 酒やタバコの害についてビデオ等使い利用者が正しい認識が持てるよう情報提供されている。喫煙については喫煙場所を設置し、医師と相談の上、疾病の再発を防ぐ目的で禁煙、本数の制限を指導している。 飲酒については入所の条件として禁止になっており、利用者の意志や希望を尊重する仕組みがなく、利用者の意志や希望に十分応じていると言えない。</p>	