

(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: つつじ	種別: 障害者支援施設	
代表者(職名)氏名: 施設長 中島 透	定員・利用人数: 40名	
所在地: 〒028-5133 二戸郡一戸町中山字軽井沢139-1 中山の園内		
TEL:0195-35-2191	ホームページ: Http://www.iwate-fukushi.or.jp/shisetu/tutuji/index.html	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日: 平成19年4月1日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等): 岩手県社会福祉事業団 理事長 佐々木 信		
職員数	常勤職員: 27名	非常勤職員: 名
専門職員	(専門職の名称: 名)	
	施設長 (1名)	
	業務係長 (1名)	
	寮棟主任(サービス管理責任者)(2名)	
	生活支援員 (22名 ※)	栄養士 (1名)
	(※ 介護福祉士: 5名)	医師(嘱託 2名)
	看護師 (1名)	
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)	(設備等)
	3人部屋 (8室)	洗面所 (2室)
	2人部屋 (7室)	トイレ (2室)
	個室(1人) (2室)	浴室 (2室)
	食堂 (1室)	静養室 (2室)
	談話室 (2室)	相談室 (2室)

③ 理念・基本方針

- ・ 利用者の人権を尊重し、利用者一人ひとりの思いに寄り添いながら、安心・安全で質の高いサービス提供に努め、利用者のご家族の満足度の向上を図ります。
- ・ 市町村や他の障害福祉サービス事業所、保健・医療機関等との連携を図り、利用者個々のライフステージにあった暮らし方への支援や多様化する地域福祉ニーズに積極的に対応するよう努めます。
- ・ 経営基盤の安定化を図るため、コンプライアンスの遵守及び財務状況の把握や職員の経営意識の醸成により、適正な財務管理に努めます。
- ・ 子どもの自尊心、主体性を育て、支援目標を達成させます。
- ・ 保護者の意向を受けとめ、充実した毎日を過ごせるよう支援します。

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

- ・ 施設入所支援事業・生活介護事業の障害福祉サービスを提供している。
- ・ 短期入所と日中一時支援事業を行っている。

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 21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

利用者の意思を尊重する支援としての適切な相談等の実施

相談日と相談者の顔写真を掲載した「なんでも相談ポスター」を支援員室前と食堂に掲示している。何でも相談受付マニュアルに基づき、相談受付者として毎週火曜 15 時 30 分からの内部職員及び年 2 回外部相談員が対応し、相談内容は施設長まで回覧され、内容により調整会議で検討し、寮棟会議・職員会議で協議後、相談者へ報告している。生活の営みの中から得られた利用者の声を寮棟会議で話し合い、必要に応じて、施設長・係長が参加する朝礼で共有している。コロナ禍で外出制限のある中、外食や買い物をしたい相談に、出前のメニュー表に料金と写真を掲載し、外食の希望を出前の形で対応している。

◇ 改善を要する点

福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取組

福祉サービスの質の向上に向けた取組については、事業団福祉サービス第三者評価受審要領に沿って、第三者評価の受審や自己評価を定期的に行う体制が整備されている。毎年、職員会議にて説明を行い、チーム（2 人ペア）を組んで職員全員で自己評価を行い法人本部に報告しているが、結果の分析や分析内容について検討し、具体的な改善計画の策定に至る取組を示す経過や手順が確認できなかった。また、前回の第三者評価における改善課題が解決に至っていない状況が見られることから、第三者評価の受審や自己評価の結果を組織がどのように活用していくのか、今後、「サービス向上委員会」等を設置して評価結果を分析・検討し、具体的な改善計画の策定に至る仕組みが組織として位置付けられ、機能することが望まれる。

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

つつじの福祉サービス第三者評価受審は、平成 29 年度に続き、今回で 5 回目となりました。

今回の評価では、「経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な管理者の指導力の発揮」、「利用者が相談や意見が述べやすい環境の整備・周知」、「利用者の意思を尊重する支援としての適切な相談等の実施」について、高い評価をいただきました。特に利用者の意思を尊重する支援に向けた相談について、利用者に分かりやすいように相談日と相談者の顔写真を掲載した「なんでも相談ポスター」を掲示しました。なんでも相談を行うほかに、日々の生活の中から得られた利用者の声を役付職員による調整会議での検討及び職員会議等で協議を行い、相談者に報告しました。また、コロナ禍で外出制限のある中、利用者からの買い物や外食をしたいという相談に対して出前を利用する等工夫を凝らし、可能な限り対応しました。今後も利用者が安心して楽しい生活が送れるよう、

利用者一人ひとりの思いに寄り添った更なるサービス提供に努めてまいります。

一方、改善が求められる点として、「福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取組」「利用希望者に対する福祉サービス選択に必要な情報の積極的な提供」「利用者の心身の状態に応じた機能訓練・生活訓練」について、ご助言をいただきました。今後、「サービス向上委員会」を設置し、評価結果を分析・検討するとともに、改善に向けて組織として取り組んでまいります。

今回の受審にあたり、明らかになった課題等の改善に向けて、職員間で検証し質の高いサービス提供に努めてまいります。

(2) 法人本部コメント

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： 障害者支援施設 つつじ

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(福祉施設・事業所)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。 法人の理念、基本方針は「事業団概要」等の文書やホームページ、広報紙「みんなの広場」に記載されている。施設の経営方針や事業の重点事項等の周知については、職員に「運営計画」を配付して年度初めの職員会議で読み合わせを行う等の取組を行っている。また、寮棟内の各所に理念や基本方針を記した文書を掲示し、誰もが確認できるようになっている。利用者への周知としては、年度当初に経営方針等をわかりやすく、イラストの使用やルビをふる等工夫した「つつじのしおり」を配付し、職員が説明もしている。家族に対しては、例年は家族会総会等で運営計画を配付して説明を行っていたが、今年度はコロナ禍により家族会総会は中止としたために資料を送付して周知を図っている。</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。 事業経営をとりまく環境と経営状況については、法人事務局が先導する形で法人の中・長期経営基本計画の中で福祉情勢や動向を的確に把握・分析を行っている。施設長も経営改善検討委員会に参加して、経営環境や課題の把握・分析に取り組んでいる。施設の運営については、予算執行状況や施設長会議・係長会議で協議されている。コスト分析や福祉施設利用の推進等を調整会議で確認するとともに、職員会議において説明を行い周知を図っている。また、二戸地域自立支援協議会に参画し、関係機関との連携が図られており、地域における福祉情報を共有している。</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。 法人の中・長期経営基本計画の中や、中山の園グループ内での経営改善検討委員会、施設長会議、係長会議等において経営状況の分析・課題等、総合的に検討する取組を行っている。施設でも担当職員が四半期ごとに進捗状況を把握し、課題の抽出を行うほか、事業推進委員会で施設経営等の検討を行い、経費節約や省エネ等のコスト意識を全職員で共有し、節電の取組なども行っている。</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。 法人では、令和2年度まで展望した中・長期経営基本計画を策定し、計画は経営や実施する福祉サービスに関する課題や問題点の解決・改善に向けた内容になっている。また、定期的な実施状況の評価を基に、課題や問題点を分析して見直しを行い、具体的な方針を明記している。つつじを含めた中山の園グループの施設・事業所の将来的ビジョンも掲げ、目標達成のための課題を分析し、アクションプランの実践・評価・見直しなども組織的に取り組んでいる。</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。 単年度の事業実施計画は、中・長期経営基本計画に基づき、取組内容・項目、達成目標を定めている。達成目標には、回数や時間、具体的な数字を設定し定期的な実施状況の評価を行う等、組織で実行する仕組みとなっている。施設の事業計画も前記の単年度の実施計画のほかに「重点課題の推進に係るスケジュール」を設定して、時期を定めた具体的な取組の内容を明文化しており、実施状況の評価が行えるようになっている。</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。	b
<p><コメント6></p> <p>事業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、または、職員の理解が十分ではない。運営計画(事業計画)は職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。また、単年度計画の進捗状況は、プロセスマネジメントシートによって実施状況の分析・評価を行い、見直しも行われている。また、評価の結果に基づいて次年度の事業計画に反映する仕組みにもなっている。</p> <p>しかし、事業計画の策定は職員の参画のもとで行われているが、策定する過程の記録が見られないため、あらかじめ定められた時期や手順等をマニュアル化し、取り組んでいくことが求められる。</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。	a
<p><コメント7></p> <p>事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。</p> <p>事業計画について、利用者に対しては、サービス内容をイラストや文字を工夫してわかりやすく作成した「つつじのしおり」を自治会総会にて配付するとともに、毎月行われている自治会例会において説明し周知を図っている。また、利用者等の参加を促す観点から、事業計画や行事の資料が食堂や廊下等に多く掲示されており、利用者の理解を促す取組も見られる。</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。	b
<p><コメント8></p> <p>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ているが、十分に機能していない。</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けた取組については、法人の福祉サービス第三者評価受審要領に沿って、第三者評価の受審や自己評価を定期的に行う体制が整備されている。毎年、職員会議にて説明を行い、チーム(2人ペア)を組んで職員全員で自己評価を行い法人本部に報告しているが、結果の分析や分析内容についての検討や具体的な改善計画の策定に至る経過・手順等が確認できなかった。</p> <p>今後、「サービス向上委員会」等を設置して評価結果を分析・検討する場が組織として位置付けられ、機能することが望まれる。</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。	b
<p><コメント9></p> <p>評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けた取組に努め、評価結果を分析し、組織として取り組む課題を明確にして、各現場裁量で改善策や改善計画が立てられている。</p> <p>しかし、前回の第三者評価における改善課題が解決に至っていない状況が見られることから、第三者評価の受審や自己評価の結果を組織がどのように活用するか考え、また、評価結果を分析・検討し、改善策や改善計画の策定・実施など組織的な展開をする仕組みを定めるなどの取組が望まれる。</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></p> <p>施設長は、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>施設長は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について文書化するとともに、福祉施設・事業所の経営・管理に関する自らの方針と取組を明確にしている。また、毎月の職員会議にて施設での取組や課題のみならず、自らの考えを文書化し全職員に配付して説明を行っている。職員との個別面接においても良好な関係づくりに努めている。</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></p> <p>施設長は、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。</p> <p>施設長は、障害者支援福祉サービスを提供する上で遵守しなければならない基本的な法令等を職員室や支援員室内に掲示するほか、職員に資料を配付し職員会議での説明や、法人で作成した職員サービス手順の手引き(冊子)「手にして未来Ⅱ」の読み合わせをして、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。また、「コンプライアンス自己チェックシート」を活用して、経営理念や経営基本方針に掲げている利用者の尊厳や人権擁護等について全職員が年2回自己チェックを行っている。</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></p> <p>施設長は、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。</p> <p>施設長は、利用者へのサービスの質の向上に向けて法人や中山グループの施設長会議に参加し、自らの施設の課題を把握し、具体的な改善実施に取り組むとともに、施設内の各種委員会や調整会議にも積極的に参画している。また、「人権侵害の自己チェック」や「つつじ風通しの良い職場づくりに係る自己チェック」の取組を展開してその結果に対して助言をするとともに、今後の教育・研修等につなげるなど継続的な取組も行っている。</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></p> <p>施設長は、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。</p> <p>施設長は、法人の「経営改善検討委員会」等において、事業の進捗状況を把握・分析し、課題の抽出に取り組んでおり、毎月開催する職員会議で業務に対する助言も行っている。「職員提案制度」や「業務改善活動」も積極的に推奨し、職員の参画により経営に対する職員の意識を高めるための取組も行っている。昨年度、法人の業務改善活動に取り組み、その結果、施設は「優秀賞」を、職員提案制度でも「銀賞」を受賞しており、今年度も業務の中から新たな課題を見出す取組を行っている。いずれも職員の取組が成果として表れていることがさらなる励みとなっており、サービスの質の向上につながっている。「つつじ風通しの良い職場づくりに係る自己チェック表」も活用して、職員の働きやすい環境整備にも取り組んでいる。</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。	b
<p><コメント14></p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、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いるが、それにもとづいた取組が十分ではない。</p> <p>法人は、中・長期計画の重点目標の一つに、福祉サービスの質を確保するための必要な人材や効果的な福祉人材確保を挙げ、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士及び介護支援専門員等の資格習得に向けて組織として奨励している。また、「期待する職員像：高い専門性」についても明示し、教育研修制度、人事考課、目標管理を基に総合的な人材育成計画を構築しながら、個別人材育成計画の具体化に取り組んでいる。</p> <p>しかしながら、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画については、人事異動もあることから計画を立てにくく実施が難しい状況にあり、法人全体での検討が望まれる。</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></p> <p>総合的な人事管理を実施している。</p> <p>法人の経営方針の実現のため、「期待する職員像」を踏まえた指標を明確にするとともに、一定の人事基準を定めた人事管理が確立されている。職員の人材育成と能力開発を促すことを目的に「教育研修制度」や「目標管理制度」、「人事考課制度」が定められ、客観的な基準に基づいて定期的に人事考課も実施されている。人事考課は非正規職員にも実施され、公正な人事処遇を確保する取組が行われている。また、考課とともに上位者とのヒアリングの中で職員の意向や職能を把握し、さらなる能力向上や業務を円滑に進めることができるよう総合的な仕組みになっている。</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。	b
<p><コメント16></p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>施設長は、職員の就業状況を、法人の「安全衛生管理規定」に基づいた月ごとの時間外労働時間実績や有給休暇取得状況の報告で把握し、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。また、施設長による定期的な面接において職員個々の心身の状態等把握に努め、必要に応じて助言・指導に取り組んでいる。職員が「風通しの良い職場づくり自己チェックシート」を記入し、職員会議にて施設長が助言・指導も行っている。職員のメンタルヘルスについては、法人における「心の健康づくり計画」に基づいた体制が整備され、各事業所に担当者の配置や産業医等を活用する仕組みも構築している。</p> <p>しかし、現在は職員の慢性的な欠員があり、日々の利用者支援を職員配置で工夫しながらの業務(夜勤は3人体制)が続いて負担は大きいことから、福祉人材の確保が急務である。また、非正規職員の職員互助会への加入や内容等、福利厚生についての検討が望まれる。</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。 法人の経営基本方針に「人材の育成と働きがいのある職場づくり」を掲げ、法人としての「期待する職員像」を明確にした目標管理制度に取り組んでいる。職員個々に目標を設定させ、定期的に個別面接を行い、進捗状況や目標達成度等を確認している。平成25年度から非正規職員(地域職専門員)も対象に実施している。また、新任職員研修プログラムや非常勤職員OJT課題確認シートが整備され、新規職員一人ひとりの習得すべき目標項目を明確にし、目標達成度の確認を行う仕組みも構築して実施している。</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。 法人の経営基本方針に「人材の育成と働きがいのある職場づくり」を掲げ、職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示された「教育研修制度」や「目標管理制度」が確立されている。職務上必要とされる資格習得に当たっては、職務専念義務免除や資格取得手当支給等により支援・配慮されている。また、職場研修や職員の支援スキルの向上のためのOJT研修等を行っている。外部研修会の受講も積極的に行い、個別の「職員研修履修カード」には、免許・資格の登録状況や修了した研修内容が記載され、次の「個別育成計画」へ反映する取組もしている。また、職場研修等で研修受講者による報告会(伝達研修)を行い、組織として専門性を高める取組が行われている。</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。 法人の「教育研修制度」に基づき、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。職員が教育・研修の場に参加できるよう配慮し、非正規職員(地域職専門員)も受講させている。研修は「個別研修計画」に基づいて実施し、研修を修了した職員は、「研修受講復命書」及び「研修報告兼評価書」により研修内容・理解度・感想等を記入しており、施設長も確認しコメントをしている。また、必要に応じて職場研修等において報告会(伝達研修)を行い、職員間での共有が図られている。今年度の新採用職員3名の配置に当たっては、それぞれ1名の正規職員が担当して「新任職員研修プログラム」に沿って指導を行っている。</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・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。 実習生の受入れに対する基本的な姿勢が明文化されており、実習生の受入れについてオリエンテーションの実施方法等、実習に必要な項目が記載された「実習生受け入れマニュアル」も整備されている。 しかし、近年、実習生の受入れがほとんどない状況であり、また、法人では社会福祉士・介護福祉士実習指導者養成要領が定められているが、当施設は養成対象施設となっていないため、専門職種に配慮したプログラムは用意されておらず、積極的な取組には至っていない。福祉サービスに関わる専門職の確保や育成を推進するうえで、法人内の他の施設を参考にして用意することが望まれる。</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。 社会・地域に対して法人(福祉施設・事業所)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、予算、決算を法人のホームページ等を活用し公表している。また、施設で行っている活動については中山の園グループ内で連携して広報紙等を配布している。</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。 施設における事務、経理、取引等については、定められた規則により行われている。法人としても外部の会計システムを導入する等改善を図っている。法人の事務局による経理監査・事務指導を受けながら、財務状況の進捗管理を行い、経営の改善に取り組んでいる。また法人の監事による監査や内部監査も計画的に実施している。</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。	b
<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行っているが、十分ではない。 例年中山の園グループで行われる「中山の園まつり」は、地域住民や近隣の関係団体の協力を得て開催され、地域行事として定着しているほか、利用者が地域のイベントに参加し地域住民の理解が得られている。 今後は、地域との関わり方について基本的な考え方を文書化されることが望まれる。</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。	b
<p><コメント24> ボランティアの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。 中山の園グループのボランティア受け入れ要領に基本姿勢が明示され、「手順」を定め、施設ではこれを基にボランティア受け入れ計画を策定し、担当職員を配置している。 しかし、ボランティア受け入れ要領には、地域の学校教育等への協力について基本姿勢が明文化されていないので、対応が望まれる。また、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援の取組が望まれる。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所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> 利用者により良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。 施設として連携を必要とされる関係機関や団体を抽出してリスト化し、電話番号等を一覧表にして職員室や各支援員室に備え、職員間で情報の共有を図っている。援護の実施者である市町村と毎月連絡会を開催し、施設の現況報告や利用者の情報確認等、連携を図っている。また、県北地区障害施設協議会や二戸広域圏自立支援協議会に属し、ネットワーク内での学習会や共通課題について検討を行う等、協働した取組を行っている。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		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。 二戸広域圏自立支援協議会等の会合に参加し、福祉ニーズの把握に取り組んでいる。福祉に関する相談事業は、相談支援事業所「中山の園」が窓口になり、利用者を含めた地域住民の相談に対応する体制が整備されている。地域の福祉ニーズに基づき、施設では短期入所と日中一時支援事業を行い、毎月、利用者を受け入れている。</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。 中山の園グループで施設の理念・基本方針や活動状況を記載したパンフレットや広報紙を地域の関係機関に配布するとともに、来訪者へ情報提供している。中山の園グループだけでなく、地域住民も対象にした「普通救命講習会」を消防署の協力のもと、地区公民館にて開催している。また他の事業所での「普通救命講習会」において、施設の正規職員(有資格者)が講師を担当している。</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
<p><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。 運営計画において経営理念、経営基本方針のほか事業の重点項目として、人権擁護と虐待防止の意識付けを明示している。職員会議では「手にして未来Ⅱ」を活用し事業運営方針など読み合わせをし、職員への理解向上に努めている。そのほか、毎月「風通しの良い職場づくり自己チェック」「人権侵害に関わる自己チェック票」などで職員がセルフチェックに取り組んでいる。また、成年後見制度の利用促進を掲げ、家族への説明会やニーズ調査なども行っており、利用も進んでいる。</p>		

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。	a
<p><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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。施設では、運営計画、虐待防止要領、プライバシー保護マニュアルなどを整備している。職員は毎月「人権侵害に関する自己チェック票」を用いてセルフチェックを行い、自己理解と自己研鑽に努めている。また改善点・疑問点が出た場合、施設長・サービス管理責任者等が指示・助言を行い福祉サービス向上に努めている。利用者の高齢化に伴い安全確保とプライバシー保護の両面を意識し、定期的にマニュアル等を検討し、福祉サービスに反映する対策を講じている。</p>		
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
<p><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。施設のホームページを開設し経営方針、事業内容、年間行事などを表や写真などを使い情報提供している。利用希望者には、事業内容説明と活動の様子を写真入りで紹介するほか、パンフレットを配付している。広報紙「つつじだより」に写真やルビを振り、題字・コメントは希望した利用者の文字で掲載し、興味を持ってもらう工夫がされている。しかし、施設独自のパンフレットなどは近隣の公共施設に置いておらず、多くの人が情報入手できるにはなっていない。中山の園グループ内の他施設と同様に、利用者のプライバシーに配慮し、広く情報が提供できる資料の見直しやパンフレットの置き場所の検討に期待する。</p>		
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。	a
<p><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わかりやすく説明している。サービスの内容は、ルビやイラストでわかりやすく活動内容を表記した「つつじのしおり」を活用し、利用者に説明している。重要事項説明書、利用契約書にもルビを付け説明し、本人・家族に同意を得たうえで契約締結をしている。意思決定が困難な利用者への配慮として成年後見制度の活用を推進しており、職員研修のほか家族・地域住民へのセミナー開催も予定していた。コロナ禍で開催には至っていないが、今後開催する方向で調整中である。</p>		
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
<p><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。移行等の要望や必要性に関しては「サービス継続手順書」に基づき、サービス調整会議などで協議される。移行後の相談は、相談支援事業所が窓口となっているが、現状としては中山の園グループ内での移行がほとんどであり、サービス終了後の関係機関への移行に関わる資料作成には至っていない。今後はグループ内の他施設でどのような資料作成しているか情報収集を行い、福祉サービス継続性に配慮した手順と引継文書の作成が望まれる。</p>		
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、利用者や家族に満足度調査を行い、その結果をグラフ化してわかりやすくまとめている。アンケートで聞き取りが困難な利用者に対しては、職員が意向を共有し、代弁者として家族にも伝えている。そのほか毎月利用者参画の自治会開催と月3回のなんでも相談、年2回の外部相談者訪問等を実施している。アンケート結果や改善策は、各会議で共有し必要に応じて広報紙「つつじだより」や家族会で報告するほか、個別支援計画にも反映させている。</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。運営計画の中で、苦情解決事業計画、なんでも相談受付計画を策定しているほか、苦情解決実施要領も整備している。なんでも相談の仕組みをイラストにし、相談員の顔写真・氏名と共に施設内に掲示している。また、広報紙「つつじだより」に担当者名を記載し周知を図るほか、当日は、職員が利用者に声掛けも行っている。苦情を受け付けた場合、要領に基づき期間を定め解決に努めている。その内容は利用者や家族に「苦情内容の公開についての承諾書」でフィードバックを行い、承諾を得た内容は施設内に公表している。</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、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。 月3回のなんでも相談と年2回の外部相談者訪問を実施するとともに、施設内には、なんでも相談受付箱とルビをふった用紙を設置し、利用者が相談しやすい環境を整備している。家族会においても、職員に直接言えないことは意見箱を活用するよう伝えている。なんでも相談、外部相談者の来訪は利用者に好評で、毎回多くの利用者が活用している。また、朝礼で利用者に日課等情報提供し、利用者からも意見も聞き、意見をくみ取る配慮をしている。そのほか、職員が利用者に意見が述べにくい対応をしていないか、毎月1回自己チェックを行い自己研鑽に努めている。</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。	a
<p><コメント36> 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。 「苦情解決実施要領」及びなんでも相談受付実施計画に基づき組織的な対応を行っている。要領に従い、苦情と併せて利用者からの意見等については苦情解決委員会で検討し、対応している。また受けた相談は「何でも相談受付票」に相談内容と相談者の要望、苦情としての取扱いの有無を明記し、内容に応じて調整会議で検討を行っている。職員との日常の関わりの中から出た相談や意見などは業務日誌に経緯と対応を記載している。苦情に関しては要領で対応期限を設定し、報告書類には進行手順を記載するなど、迅速な対応を心がけている。</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。 施設のリスクマネジメント実施要領に基づきリスクマネジメント委員会を設置し、ゼネラルリスクマネジャー及びリスクマネジャーを指名し事故の要因・対策に関する評価や提言・防止策を行っている。事故発生時の対応手順や判断に差異が生じないように「インシデント・アクシデントレポート記入の流れ」を作成し、発生した場合のレポート提出と内容の評価担当者を明確にしている。インシデントは、インシデントレポートに、アクシデントは、アクシデントレポートに記録するほか、業務日誌に記録されたインシデント・アクシデントを集計し「つつじインシデントレポート」「つつじアクシデントレポート」を作成し、寮棟会議等で職員へ周知をしている。</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。 前回の第三者評価を踏まえ、施設で感染症対策委員会を設置し、マニュアルの見直しや利用者・職員に感染者が出た場合の対策を講じている。法人においては「感染症予防マニュアル」、施設においては「感染症対応マニュアル」、「健康危機管理対応マニュアル」を整備し、看護師から助言・指導のもと見直しを行っている。看護師は年2回中山の園グループ内で行われる医療担当者会議に出席し、グループ内の情報を共有するとともに、職員や家族に研修を実施するほか広報紙で情報共有を図っている。コロナ禍において「中山の園グループ新型コロナウイルス感染症対策委員会」の開催や、「新型コロナ感染が施設で蔓延した場合の対応マニュアル」の整備を行っている。</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。 「つつじ防災計画」を策定し、火気取締責任者、定期自主点検基準、避難・救護計画、避難経路図を定め、災害を未然に防ぐ取組のほか、被害軽減の取組が行われている。施設の災害対策基準マニュアルには災害発生状況や時刻においてどのような行動をとるか、勤務者の状況に応じた内容で記載されている。防災訓練は、防災計画に沿って毎月実施されている。訓練後は、非常災害訓練実施報告を作成し、次回の訓練に生かす取組が行われており、車椅子での避難がしやすいよう敷地内の歩道を整備した経緯がある。</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
<p><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。 「日常生活支援マニュアル」を棟ごとに作成し、日常生活支援の基本的姿勢を明示するとともに、項目ごとに利用者への具体的なサービス内容を可視化し、誰が見ても理解できるよう構成されている。また、「業務手順」に基づき、時系列にサービスの実施内容が明記され標準的な福祉サービスが提供されている。職員のマニュアルの理解や、利用者本人の実情に沿ったサービスが提供されているか毎年見直しを行い、寮棟会議で職員へ周知している。</p>		

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
<p><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。 担当者を決め、運営計画において利用者プロフィールの更新や個別支援マニュアルの見直し期限を明示し、PDCAサイクルを意識した仕組みになっている。個別支援会議実施計画にて実施月を定め、個別支援計画やモニタリングの内容は寮棟会議で共有し、反映されている。そのほか、利用者ごとに個別支援計画に基づく支援内容1か月分を要約した「個別支援計画提供管理表」を作成し、定期的な現状把握のほか、必要に応じ課題解決などの助言等を行っている。</p>		
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p><コメント42> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。 「個別支援計画作成マニュアル」及び「個別支援計画作成の手順」に基づき、「利用者プロフィール」「利用者アセスメントシート」「つつじ個別IADLアセスメントシート」など利用者のニーズと現状を正確に把握する取組を行っている。個別支援会議には、サービス管理責任者・担当職員のほか、できる限り本人や家族の参加を促している。個別支援計画には本人と家族の意向を確認し、ニーズに合った支援内容を項目ごとに策定している。利用者の高齢化に伴い、平成30年度から支援項目に「高齢化への配慮」を追記し、積極的なサービス提供に努めている。</p>		
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
<p><コメント43> 福祉サービス実施計画について、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。 「個別支援計画作成マニュアル」及び「個別支援計画作成の手順」に基づき変更手順を定め、「個別支援計画会議実施計画」で評価・見直しを行う時期を定めている。「つつじモニタリング記録票」には支援内容や所見のほか本人と家族の満足度をA～Dで評価し、今後のサービスに反映する取組がされている。個別支援計画が変更・修正になった場合は寮棟会議にて職員に周知しているが、その手順が定められていない。 今後は、「個別支援計画作成の手順 モニタリングの流れ」に追記するなど仕組み作りが望まれる。</p>		
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
<p><コメント44> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。 「個別支援計画作成マニュアル」にて日誌や支援記録の様式を規定し、また内容によっては記入例を記載して職員が適切に記録ができる配慮がされている。情報共有の手段として「業務日誌」「つつじ活動日誌(生活介護日誌)」等さまざまな記録物を活用し、職員によって観察や文章の表現に差が出ないよう、施設長・サービス管理責任者・係長が助言・指導を行っている。業務日誌は紙媒体の連絡簿を使用し、職員が閲覧したかどうかを確認できるようにしている。</p>		
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。 「個人情報保護(個人情報適正管理)マニュアル」を作成し、個人情報の記録やパソコン管理、不要書類の破棄についても記載されている。個人情報の情報開示については「社会福祉法人岩手県社会福祉事業団が保有する個人情報の保護に関する要綱」等により対応している。電子データはUSBメモリで一括管理し、使用する際は氏名等を記載する管理表を作成して、USBメモリの所在を明確にしている。利用者の写真掲載については、本人と家族に書面により同意を取り付け、その掲載範囲も確認表を作成し明確にしている。</p>		
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
1-(1) 自己決定の尊重		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。 利用者組織であるつつじ自治会例会の運営は、利用者が司会進行し、例会に出すおやつを日中活動の牛乳パック解体作業収益で賅っている。利用者一人ひとりの希望やニーズに応じて、牛乳パック解体作業、好みに応じた衣類の選択や代理購入、ヘアスタイル及び理髪の事前希望、外部理容店や美容室の利用がある。外出希望には写真を用いて情報提供し、自己選択を促す支援をしている。年4回開催の自治会役員会で「思っていること、困っていること」等の話し合いを行う場があり、希望の把握・月の行事や生活のきまり・日中活動などを話し合い、毎月第一日曜の自治会例会で報告している。また、施設では、権利擁護や身体拘束廃止についての外部研修内容を、職員会議で伝達しているほか、利用者の人格と個性を尊重する共生社会を目指す働きかけとして、利用者と一緒に近隣の商店や地域の方々への買い物・外出する取組をしている。</p>		

1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
A2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
<p><コメント2></p> <p>利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p> <p>職員は、法人の虐待防止要綱・つつじ身体拘束対応マニュアルを職員研修で確認している。利用者及び家族が同席する6か月ごとのモニタリングで、権利擁護や権利侵害について、個別事例で説明している。全職員が「人権侵害自己チェック」「風通しの良い職場づくりチェック」を行い、毎月の職員会議で管理者が集約結果を報告している。身体拘束を行う可能性がある利用者について、寮棟会議で事前協議し、精神科医が作成した「医師意見書」を徴し、利用者本人及び家族へ説明を行い、同意を得て個別支援計画に位置付け、その状況や内容を業務日誌に記録している。個別支援計画の見直し(モニタリング)に併せて、「身体拘束対応マニュアル」に基づき、身体拘束解除の検討を行っている。職員研修で、過去の虐待事案とその教訓を学ぶとともに、事例を用いた演習を行っている。行政へ虐待の届出・報告する手順等の研修に参加し、資料を全職員に回覧している。</p>		

A-2 生活支援

2-(1) 支援の基本		第三者評価結果
A3	A-2-(1)-① 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3></p> <p>利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。</p> <p>利用者の日々の生活支援については、寮棟会議が主に話し合い、検討する場となっている。個別支援計画に基づく支援内容は、業務日誌の見出しで把握できる様になっている。洗濯物干し、出かける準備、居室の整理整頓など業務日誌から個別支援の内容と状況が確認できる。利用者による金銭管理は難しい現状にあることから、「施設利用者預かり金等管理要領」に基づき、通帳と印鑑を別々に管理し、現金は支援担当者と寮棟主任により月2回確認を行っている。新聞購読やヤクルトの注文を利用できるよう、職員が手続きを代行し支援している。</p>		
A4	A-2-(1)-② 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4></p> <p>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。</p> <p>職員は、朝礼時に日課、勤務職員、食事メニューを口頭で利用者に説明するほか、ホワイトボードに写真や絵カード等を添え、支援員室前及び食堂に掲示している。聴覚障がい者とのコミュニケーションには、手話や筆談、ジェスチャー、カード、ブギーボードを用いている。意思表示や伝達が困難な利用者には、長年関わっている職員からアドバイスを受たり、日頃の支援の関わりの中で表情や身振り等から本人の意思を推測している。</p> <p>今後は、利用者のコミュニケーション能力を高める支援として、マカトン法やSST(ソーシャルスキルトレーニング)等コミュニケーション手法への取組が期待される。</p>		
A5	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
<p><コメント5></p> <p>利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。</p> <p>相談日と相談員の顔写真を掲載した「なんでも相談ポスター」を支援員室前と食堂に掲示している。何でも相談受付マニュアルに基づき、相談受付者として毎週火曜15時30分からの内部職員及び年2回外部相談員が対応し、相談内容は施設長まで回覧され、内容により調整会議で検討し、寮棟会議・職員会議で協議後、相談者へ報告している。生活の営みの中から得られた利用者の声を寮棟会議で話し合い、必要に応じて、施設長・係長が参加する朝礼で共有している。コロナ禍で外出制限のある中、外食や買い物をしたい相談には、出前のメニュー表に料金と写真を掲載し、外食の希望を出前の形で対応している。</p>		
A6	A-2-(1)-④ 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。	a
<p><コメント6></p> <p>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。</p> <p>全利用者へ個別外出を含め、4種類のイベントを写真入りで紹介して希望をとり、近所の商店、コンビニ、喫茶店へ出かけている。健康活動・創作活動・リサイクル活動(牛乳パック解体作業)・趣味的活動を日中活動として、つつじ日中活動予定表で示している。利用者の希望により外出、買い物、自販機での購入、カラオケを行っている。コロナ禍で、地域イベント見学・希望外出・ボランティア受入れは見合わせているが、ドライブを兼ねた見学・外出を行っている。高齢化、身体機能低下により牛乳パック解体作業が困難となるなど、作業活動から趣味的活動への移行となっている。個別支援計画、個別支援計画提供管理表、つつじモニタリング記録票、モニタリング報告書を通して、計画変更の必要性を判断している。</p>		
A7	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p><コメント7></p> <p>利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。</p> <p>行動障がいについて、基礎及び応用の外部研修を職員が受講し、職場研修で全職員へ伝達している。毎月1回職員会議と合わせて開催する寮棟会議で、利用者の状況把握・支援方法の検討を行い、男女共通の検討事項については、職員会議で周知・検討している。利用者の担当職員が作成する個別支援計画提供管理表で、提供状況・課題等を毎月の支援記録からまとめて、支援方法等の検討・見直しをしている。支援記録から利用者の過干渉への対応として、居室編成や職員介入による利用者間の調整が行われている。</p>		

2-(2) 日常的な生活支援		第三者評価結果
A8	A-2-(2)-① 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。	a
<p><コメント8> 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。 食事アンケート調査結果、非常食、配膳・下膳時の役割分担などの検討を、年4回の給食委員会で検討している。食事は、医師からの食事形態、特食指示を示した食事指示箋で具体的に把握でき、個別支援計画及び日常生活支援マニュアルに基づき、食器類やスプーン、エプロン等を提供し介助している。個々の食事形態・配慮事項(スプーン、エプロン、とろみ付け等)が、食堂テーブルに貼られている。食事を出す時間帯や順番による利用者特性への配慮、年2回のセレクトメニューがある。入浴日や時間帯を自治会例会で説明し、支援室前に掲示し週3回入浴できるほか、適宜、清潔を保っている。日常生活支援マニュアルに基づき、健康状態や入浴留意事項を確認し、入浴介助や支援、方法を業務日誌に記録している。排せつ介助は、日常生活支援マニュアルや利用者個々の支援マニュアルに基づき、対応している。排便チェック表や健康チェックシートで排せつ確認し、必要時に看護師と連携している。夜間は紙おむつ、ポータブルトイレを使用している。移動・移乗支援は、日常生活支援マニュアルに基づき、自力での移動が困難な利用者の支援を行っている。</p>		
2-(3) 生活環境		第三者評価結果
A9	A-2-(3)-① 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。	b
<p><コメント9> 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が、十分ではない。 住環境改善委員会を年2回、施設長、係長、寮棟主任が参加し、寮棟内修繕・環境整備実施箇所等について協議している。施設の中庭避難路整備が行われ、迅速な避難が可能となるとともに、中庭は憩いの場となっている。施設サービス満足度調査では、利用者のほぼ全員が、部屋はきれいで、自分の好みに配慮されているという結果となっている。脱衣室には暖房設備、浴室には吸水ドライマットを設置し、車椅子利用の利用者は、シャワーキャリーを使っている。男女ともデイルーム、支援員室前、食堂にテレビを設置し、個人部屋にもテレビ・ラジオを持ち込むことができるほか、廊下等には転倒防止の長椅子を配置している。トイレは毎日塩素系除菌漂白剤を使用して消毒・掃除しているが、トイレ床下の排水管の構造上臭いが逆流し臭いがすることがある。トイレは全て洋式に改修されたが、既存スペースでの改修のため、車椅子での利用や介助者付き利用が難しいトイレがある。 今後は、部分改修での対応に限界があり、法人全体での検討が望まれる。</p>		
2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
A10	A-2-(4)-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10> 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。 健康運動指導士の運動処方内容をDVDで見ながら行う健康体操・あいうべ体操・歩行を日中活動で行った上、日々の生活動作の中にも取り入れている。現在、男子3名・女子1名の機能訓練研修会対象者については、理学療法士の実践状況写真及び助言内容を、作業療法プログラムとして職員間で共有できるよう連絡簿に挟み込み、職員により機能訓練を実施している。 今後は利用者の自律・自立生活と社会参加を通じた自分らしい生活の実現を図るため、個別支援計画又は機能訓練・生活訓練メニューに位置付ける必要性を利用者ごとに検討する機会が望まれる。</p>		
2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
A11	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握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11> 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 日常生活支援マニュアルに基づく入浴時の検温や月初めの体重測定、排せつ時の記録を看護師へ報告している。看護師は、毎日1回(金曜は2回)定時検温と血圧測定をするとともに、必要に応じて処置等の指示や相談をしている。多量飲水の利用者への支援については、医師の助言のもと2ℓのペットボトルに印をつけ、飲水量を0から7までのレベルで表示し、飲水の提供状況を記録している。町内の病院医師(内科・精神科・歯科の嘱託医)の訪問が毎週あり、検査結果説明や医療相談等を受けている。歯科医師のスクレーピング、歯磨きの助言・指導を受け、毎日午後、口腔ケアを日中活動に取り入れている。緊急事態発生に備え「健康危機対応マニュアル」に基づく、基本的な初期の対応方法を定めている。職場研修で外部講師を招き、口腔ケアに取り組んでいる。</p>		
A12	A-2-(5)-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。	b
<p><コメント12> 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が、十分ではない。 服薬・点眼・塗布薬支援マニュアルに基づき、保管から使用までを「薬移動及び与薬確認表」「点眼薬・塗布薬・下剤チェック表」の様式で記録している。与薬時は名前を複数職員でチェックし、飲み込むまで確認している。慢性疾患のある利用者は、医師による食事指示箋に基づく一覧を作成し、支援を行っている。服薬については、服薬支援フロー図で実施手順を示している。 今後は、医療的な支援について、管理者の責任を明確化することが求められる。</p>		

2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
<p><コメント13> 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。 利用者へ写真資料を添えて外出希望アンケートを行い、コロナ禍でありながらも、希望を基に、可能な範囲での買い物やドライブ見学を行っている。1泊から2泊程度の帰省外泊を利用者・家族等の希望に応じて実施しているが、双方の高齢化により帰省(外泊)する人は減っている。選挙権行使マニュアルに基づき、投票の意思確認をし支援(送迎)を行っている。余暇活動の作品を作品展に出し、鑑賞した方から感想をいただいている。 今後は、作品展のように、日中活動のプログラムが社会参加の意欲につながる支援の工夫が期待される。</p>		

2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
A14	A-2-(7)-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14> 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が、十分ではない。 地域生活支援センターに通いたい本人希望を、個別支援計画の支援目標に位置付け、提供状況をモニタリングし、サービス調整会議で支援の方向性を検討している。現在は、毎日の通所利用は1名、週2回以上の通所利用は4名となっている。80歳以上の利用者も在籍し高齢化が進んでいるとともに、30年以上在籍している利用者も半数弱いる現状で、地域生活への移行の実現が難しい状況にある。 今後は、相談支援事業所との調整・連携、地域の関係機関との連携・協力による取組が期待される。</p>		

2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
<p><コメント15> 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 家族との連絡手段(固定・携帯電話)や連絡時間帯など、個人ごとにファイルに明記している。施設サービス満足度調査で利用者や家族の意向を聞いている。コロナ禍で面会できない状況から、利用者の生活状況等を健康面・生活面・その他に分けて家族通信を毎月作成し、利用料請求書に添えて家族等へ伝えている。通常は12月から2月を除く毎月第3日曜日の面会日に、担当者が家族対応し、6か月ごとのモニタリングで意見交換する機会を設け、家族からの相談に応じているが、コロナ禍で現在は電話での対応となっている。利用者の体調不良や急変時の連絡は、身元引受人の責任である旨、利用者契約書・重要事項説明書に明記され、説明し同意を得ている。従来から、家族等とは、利用者との交流や施設との連携を深めるため、施設行事等への関わりを家族会とともにやってきたが、コロナ禍で行事等の開催が見送られ、実現できていない状況にある。</p>		

A-3 発達支援

3-(1) 発達支援		第三者評価結果
A16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	非該当
<p><コメント16></p>		

A-3 発達支援

4-(1) 就労支援		第三者評価結果
A17	A-4-(1)-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。	非該当
<p><コメント17></p>		
A18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	非該当
<p><コメント18></p>		
A19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	非該当
<p><コメント19></p>		