

(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24年9月21日～11月1日

### 2 事業者情報

事業者名称： (施設名) 中山の園 さくら	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 藤原 健一 (管理者) 施設長 佐々木一晃	開設年月日 平成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139-1 TEL 0195-35-2564	

### 3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ PDCA サイクルに基づく、サービス実施計画の策定と評価・見直しのプロセス</p> <p>サービス実施計画作成は利用者のアセスメント、本人、家族の希望の聞き取り、サービス管理者、ケース担当者、計画策定担当者、当日勤務職員によるモニタリング会議に基づき行われ、この計画は寮棟会議での説明や協議により職員間に共有され、実行されている。</p> <p>また、評価・見直しは6ヶ月毎のモニタリングとそれに併せてアセスメントも行ない、変更したサービス実施計画内容は関係職員への回覧、寮棟会議、職員会議へ報告されている。</p> <p>計画作成、実行、評価・見直しのプロセスはサービス提供を行う仕組みとして質の高いものと評価できる。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ インシデント事例の収集とリスクの種別ごとの管理体制の整備</p> <p>リスクマネジメント要綱及び取り扱い要領が設置されており、それに基づいてリスクマネジメント委員会を組織している。</p> <p>委員会は、毎月の定例会と事故発生時の随時の開催とされ事故防止対策や事故が発生した場合の緊急対応がとられるなど積極的な取り組みがなされている。</p> <p>しかし、事故等を脅かすインシデント事例の収集が少ないため、正確なデータが得られず事故の予見が出来ない状況にある。いかに多くの事例を収集するかが今後の課題となる。</p> <p>またリスクの種類ごとの責任と役割を明確にした管理体制の整備の検討が望まれる。</p>
---

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>(1) 施設のコメント</p> <p>さくらとしては、二度目の福祉サービス第三者評価受審となりますが、モニタリング会議に</p>
---

基づく個別支援計画を策定し、職員間で課題の解決策を共有し実行していること、サービスの実施計画の策定と評価・見直しのプロセスが優れていること、利用者個人データの整理管理、日常の健康管理が適切に行われていること等について、高く評価していただきました。

また、前回受審時に評価者からいただいた助言を受けて改善した内容について、「居心地の良い場を提供する工夫や努力がみられる」、「建物は老朽化しているが可能な限り温かい雰囲気を提供しようという職員の思いや工夫が感じられる」との評価をいただき、日々の努力が報われた思いです。

一方、インシデント事例が少なく、事故の予見が難しいことや、利用者が意見を述べやすい環境の工夫、利用者からの意見に対する対応マニュアルの未整備について指摘をいただきました。早急に対策を検討し、一つひとつ迅速に改善に努めてまいります。

なお、各評価項目における着眼点の捉え方について、当方職員の認識や具体的な説明に不足な部分もありましたが、評価者によっても多少の違いがあると思われまます。当方の職員の力不足については、さらにスキルアップを図ってまいります。評価者についてもさらなるレベルアップをお願いいたします。

最後に、高く評価していただいたことは、今後の取り組みの励みとし、今回評価の下がった点については、職員一丸となり真摯に改善に取組み、サービスの向上を目指したいと思ひます。

## (2) 法人本部のコメント

### ア 個別の教育・研修計画の評価・見直しについて

本年度、法人において個別人材育成計画策定の手引きを作成し、具体的な実施方法や取扱いを示し、各施設においては、個別人材育成計画の策定、計画に基づいた取組みを行っているところですが、取組みの期間が浅いこともあり、十分な定着までには至っていません。今後は策定された計画に基づいた研修の受講、職員と管理者双方による評価・見直しを行うとともに、事務局内に「人材育成室」を設置し、「期待する職員像」の実現と人材育成の充実に積極的に努めてまいります。

### イ 利用者満足の向上に向けた取り組みについて

利用者満足の向上に向けた取り組みについては、「利用者参画による向上に向けた仕組みを充実させる必要がある」との評価を受けた施設もありました。今後は利用者や家族の意見を取り入れるための仕組みを整備するとともに、またその仕組みを職員間で共有し、施設で共通の問題意識をもって利用者満足の向上に取り組んでまいります。

### ウ 利用者本位の福祉サービスについて

苦情解決の仕組みについては、昨年度を受審を受け、法人として苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員それぞれの役割を明確に規定した要綱のモデルを作成し、これを踏まえて各施設において、苦情解決実施要綱の整備の見直しを図ったところですが、意見と苦情の取扱いが不明確であるとの評価を受けた施設もありました。このことについては、苦情とは異なる利用者からの意見を反映する仕組みを工夫し、迅速に対応できるよう、改善に取り組んでまいります。

### エ 浴室、トイレの環境について

浴室やトイレの環境については、施設の老朽化等の理由で根本的な改善ができない中で、可能な限り工夫、改善を行い、事故防止、プライバシーの保護等に努めてきたところでしたが、十分な評価をいただけない結果となりました。今後も、老朽化施設の整備について、県との協議を継続し、早期の改築整備を図っていくほか、可能な限り工夫、改善を進め、利用者が快適に生活できる環境づくりに努めてまいります。

## 5 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

## 施設名 障害者支援施設さくら

## 共通基準

## 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>a</b>
<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。</p> <p>法人の創立40周年(H23)を契機に、法人のあり方について検討され、経営意識を高めるため従来の「基本理念」を「経営理念」に変え、かつ利用者をはじめ法人と関わる方々をお客さまと敬い、さらに地域福祉の推進を加えて文言もわかりやすく明文化されている。法人として経営基盤の確立と安定強化を目指し、名実ともに県内福祉の拠点を果たす意気込みが感じられる理念である。理念は法人の概要冊子、広報誌、運営計画及びホームページ等に掲載され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。	<b>a</b>
<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。</p> <p>理念と同様に、法人の創立40周年を契機に見直しを検討されて、「基本方針」が「経営方針」に変更され、法人全体のバランスから一部削除されている部分もあるが、人材育成や経営基盤が強調され、理念を実現するための基本的な考え方がわかりやすく具体的であり、役職員の行動指針としても適切な表現となっている。また内外に対する経営基本方針の周知方法は、理念と一体で行われている。</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。	<b>a</b>
<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。</p> <p>経営理念や経営基本方針が印刷された施設の運営計画を職員に配布し、年度始めの職場研修において管理者から、経営理念と基本方針及び運営計画の説明がされている。また職員室に経営理念や経営基本方針を掲示し、職員会議においても読みあわせをするなど理解を促すための継続的な取り組みがされている。</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。	<b>a</b>
<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。</p> <p>経営理念や基本方針の趣旨と、職員の行動規範をあわせてわかりやすく工夫をされ、年度初めの利用者自治会の総会で配布しての説明と月例会においても説明がされている。また利用者の家族会の総会の際に配布と説明がされている。欠席の家族には事業計画や広報誌と一緒に送付されている。</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。	<b>a</b>
<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。</p> <p>従前の中・長期計画(H18～H22)に引き続き、H23年度からH32年度までの10か年計画が策定されている。策定にあたり経営基本方針を見据えて、法人が到達すべき目標(ビジョン)を掲げ、その実現のために法人や法人を取り巻く状況を詳しく分析されて、目標を達成するための問題点や課題を的確に把握されたうえで、中・長期計画を前期5か年(H23～H27)計画と後期5か年(H28～H32)とに分けて計画されている。さらに前期5か年については、年度ごとに達成すべき内容が項目別に詳しく実施計画として策定されている。当該年度の進捗状況が法人内部のプロセスマネジメント会議で、達成度、成果、課題などが四半期ごとに把握し記録されている。</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。	<b>a</b>
<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。</p> <p>中・長期計画の前期5か年実施計画について、年度別実施計画が策定されており、単年度の事業計画に総て反映される仕組みになっている。また実施計画には、単なる計画ではなく数値目標等を設定し、進捗状況や評価が容易に実施出来る内容となっている。</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>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>単年度実施計画の項目ごとに担当者を配置して、各担当者が四半期ごとに定められた様式により進捗状況や今後の取り組みなどについて管理者に報告され、協議、調整がされている。法人内の各管理者で構成するプロセスマネジメント会議で、各施設から報告のあった四半期ごとの進捗状況等について、課題や対策、今後の取り組みについて協議がされている。その結果が各施設にフィードバックされ職員に周知されるという特色ある取り組みがされている。施設においては、前期、後期の2回分けて項目ごとに担当者と主任以上の職員で全部の項目について反省が行われ、次年度への課題等がまとめられ職員間で共有されるなど組織的に取り組まれている。</p>	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	a
<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>中・長期計画の前期5か年実施計画は、ビジョンの項目ごとに取り組み内容が具体的に年度ごとに計画され、また単年度の実施計画には取り組みの内容ごとに担当者を配置するなどの工夫がされて、わかりやすい計画書が作成されている。年度始めの職場研修において計画書を配布して、管理者が説明し質疑応答がなされている。毎月の職員会議では管理者が事業の重点項目の資料を随時作成をして、理解と事業促進が促されている。利用者へは運営計画のうち利用者に係わる部分をわかりやすく工夫されて、年度初めの利用者自治会において説明するとともに、毎月の例会で関係する行事等の計画を説明し利用者間で協議がされている。</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>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>評価者コメント          管理者は広報紙において、自らの役割や責任を地域や利用者、家族、職員に表明しており、職員会議においても理解、促進できるよう努めている。自らも目標管理制度により、評価見直しを行っている。</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り組みを行っている。	a
<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>法令や制度等に関することは、関係上部団体からの情報及び研修会への参加、県のメールリンクからのタイムリーな情報等で、施設経営に必要な法令等の収集と理解に努められており、得られた情報はパソコンに閲覧板を開設し記載して周知するとともに、職員会議でも周知がされている。法令遵守の具体的な取り組みとして、利用者の人権侵害に当たる28項目を職員自ら毎月1回のチェック、コンプライアンスについても、法令及び社会常識やルールを含めて48項目について年1回行われている。さらに虐待防止委員会を設置して、虐待防止の取り組みが行われるなど、経営理念に明示されている利用者の尊厳保持のために特色ある取り組みが積極的に行われている。</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>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>サービスの質を高めるために、3年に1度の第三者評価の受審と、施設として毎年自己評価が行われている。自己評価の実施にあたり管理者の指導のもとに評価チームを4班編成をして、チームリーダーを中心に協議しながら実施されている。また満足度調査の年2回実施や保護者のアンケート調査及び苦情相談の実施から課題把握に取り組まれている。これらの課題については管理者を含む業務反省会議で対策と実施について協議が行われるなど、サービスの質向上に対する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。	a
<p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>管理者は、職員の勤務状況や事業の進捗状況及び予算執行などから、人事、労務、財務の課題把握に努め、職員提案制度の実施により職員の意見や考え方を把握している。業務改善の具体的な取り組みにあたり、業務改善が必要と思われるテーマを職員から募集して決め、そのテーマごとにチーム編成をし目標を定めて取り組まれている。また老朽化した施設の破損箇所や黒ずんだ壁を職員の手により修理や塗装を行い、快適な環境整備に努めている。経営や業務の課題や改善等協議する体制として、管理者を中心に主任以上で構成する調整会議が設置されるなど、管理者の指導力が発揮されている。</p>	

## 評価対象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。	<b>a</b>
<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>社会福祉事業の動向は、関係上部団体の研修会への参加やメールによる情報及び県のメールリンクからの情報などで把握されている。地域の動向は、地域の行政機関及びネットワークで連携されている。圏域自立支援協議会、さらに当法人の管理者会議などから情報やニーズが把握されている。これら把握されたニーズや動向のなかから、当施設がH27年度から通所生活介護事業所に移行するべく中・長期計画に反映されている。</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組を行っている。	<b>a</b>
<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>法人本部で各施設ごとに詳細にコスト分析が行われており、そのデータに基づき管理者から職員会議で説明がされ、かつ職員に回覧で周知されている。また分析結果に基づき単年度実施計画に、経営意識の醸成を図るための取組みや財務指標の改善目標が明示されており、その達成のために毎月の職員会議に前月の収支実績の資料が配布され、課題と取組みについて協議がされている。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	<b>非該当</b>

### 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>a</b>
<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>サービスの質を確保しながら事業を行うために必要な人員、人材を配置するという方針が中・長期計画で確立されている。中・長期計画には、法人全体の人員体制をH32年まで計画されている。人事権が法人本部であることから、施設では中・長期計画の前期5か年実施計画では人員の充足率100%として計画されている。有資格者数については有資格名と配置すべき人員を5か年実施計画で、年度ごとに要請計画がたてられている。これらの計画に沿うよう法人と施設で人事配置の協議、努力がされている。</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。	<b>a</b>
<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>人事考課制度は、目標管理制度及び教育・研修制度と三位一体となり有機的連動をはかり人材育成を行うという方針がとられており、人事考課要領を定めて客観的基準に基づき実施されている。人事考課の手順として、被考課者は自ら自己評価を行い、第一次考課者、第二次考課者の順に各々考課者は考課とヒアリングにより行い、第二次評価者が総合判断と総合意見を付し最終考課結果となる。その結果は所属の管理者から被考課者に面接により伝えており、客観性・公平性及び透明性が確保されている。制度導入4年になり職員の個々の強み、弱みがわかり、人材育成や人事配置の参考に活用されている。</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。	<b>b</b>
<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>担当者から定期的に職員の勤務状況のデータが管理者に報告がされている。時間外勤務は業務の内容によって特定の職員にかたよる傾向にあり、その場合は管理者と担当者及び関係部署とで、業務の見直しや分散、職員間の協力的体制などの協議がされている。職員との面談については、目標管理や身上調査の際に面談が行なわれており、非正規職員には、四半期ごとに面談がおこなわれ意見、意向の把握に努めている。職員の心の健康については、要綱を定め支援体制を図式化したマニュアルを整備し、いつでも相談できるように法人本部にホットラインを置き、外部には関係機関との連携により相談窓口が置かれている。ただ有給休暇の取得率の向上や何かのついでにではなく職員の相談を受けるための定期的な個人面談が望まれる。</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>職員の互助会規程が定められ、療養給付をはじめ9項目の給付事業が行われている他に、職員互助会運営審議委員会で検討されて、会員の生涯生活設計を支援するために、選択型厚生福利事業カフェテリアプラン実施要領を定め、16メニューがさらに追加給付されており、充実した福利厚生が行われている。</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>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>職員一人ひとりが自身の力を十分に発揮し、積極的、主体的に施設運営を担うことができる全人的成長を目的として、人材養成をするという基本姿勢が中・長期計画に明文化されている。そのために人事考課制度と目標管理制度との有機的連携を図りながら、人材養成に取り組まれている。また教育・研修については、法人本部所管と施設所管及び職員自らの自己啓発研修とに分けられており、施設所管の専門的知識や専門資格に関する計画は、前期5か年実施計画に明示されている。</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。	b
<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ているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>職員に求める基本姿勢に基づいて、職員個人ごとにどのような人材に育てるか、管理者は職員本人の希望と、人事考課や目標管理の結果を踏まえて長期的(5年)視点で「個別人材育成計画」がされている。法人内での異動があっても継続できるように配慮がされ、職員個人の全人的成長を応援する特色ある取り組みであるが、個別人材計画を達成するための個別職員ごとの教育・研修計画が充分でないので検討が望まれる。</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>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。</p> <p>個別人材育成計画に基づいて教育・研修を受講した場合は、受講した内容の理解度や所感を記載し、自らが受講に対する評価をしたレポートを管理者に提出をして、管理者の評価が受けられている。その後職員間に復命書として回覧を行い職場研修で報告がされている。個別人材育成計画書には受講された研修の総てに、自らの評価と管理者の評価が記載され、年間の評価も各々行い次年度の教育・研修に反映する仕組みになっているが、この取り組み期間が浅いため教育・研修の見直しまではいたっていない。今後の取り組みに期待する。</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>実習生受け入れ文書の「実習に先立って」の中に実習生の受け入れに関する基本姿勢が明文化され、実習生受け入れ要領及び受け入れ手順書(マニュアル)が詳しく整備されている。要領のなかに実習中の事故等責任の所在が定められており、また実習生から誓約書を提出させている。実習指導者は実習指導者講習会を修了し、実習従事職員の指導を行いながら実習生の指導にあたられている。</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>実習生の受け入れは、社会福祉士、介護福祉士及び保育士の資格取得のための実習生を受け入れている。実習内容全体を学べるプログラムを大枠で備えて、養成校と事前打ち合わせをしてこのプログラムを調整して、資格ごとに学べるプログラムが作成されている。実習期間中に養成校から訪問され施設との連携が保たれている。</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。	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>リスクマネジメント実施要綱及び取り扱い要領が定められ、リスクマネジメント委員会が組織されて月1回開催されて、原因、対策及び取り組みについて協議されている。管理者は事故等が発生した場合には、利用者の安全確保のために職員に適切な指導、指示を出して迅速な対応と事後処理にあたられている。リスクの種類別に緊急時の対応マニュアルが整備され、とくに傷病に関するマニュアルが多く整備されており、感染症の発生の際に迅速に対応できるように、必要な薬品や材料をまとめて保管されている。火災、震災の防災訓練が毎月開催され、救急法の研修会も行われ有事に備えられている。</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。	<b>b</b>
<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>リスクマネジメント取り扱い要領により、事故を見聞した職員はアクシデント等をリスクマネージャーに報告をし、リスクマネージャーが報告を受けた都度、原因究明と防止対策を立てた報告書をゼネラルマネージャーに報告をし、ゼネラルマネージャーは防止対策や周知徹底方法を提言して、管理者に報告をする仕組みで取り組まれている。リスクマネジメント委員会は、事故が発生した都度の臨時と毎月1回定例の開催で、事故原因、対策、集計結果の分析、取り組みの周知などが協議されている。事故防止の研修会として、リスクマネジメント研修会、健康危機管理及び危険予知訓練等の研修会を開催して、事故への意識を高める取り組みがされている。しかし安全を脅かすインシデント報告が少ないために正確な分析データが得られず、事故等の予見が出来ない状況にあるので、事例をいかに多く収集するか、その工夫が望まれる。</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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	<b>b</b>
<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行っているが、十分ではない。</p> <p>「地域住民との関係が維持増進されるよう支援する」という基本姿勢が中・長期計画に明文化されており、利用者に社会資源情報として「私が利用できる地域の福祉」や「私を助けてくれる身近な人達」などのタイトルでわかりやすく分類して掲示されている。「地域のお知らせ」掲示板には地域の行事やお祭りなど収集された情報が提供されている。これらの社会資源の活用や行事・買い物などの対応は、利用者個別対応と週2回のグループで対応する体制がとられている。しかし利用者の高齢化が進行するに従って地域へ出向いてのコミュニケーションや行事等への参加が難しくなっているので、関係機関・団体との共催や後援により施設に来ていただき、行事等企画の段階から利用者が参画できる仕組みづくりも有効かと思われるので検討が望まれる。</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>b</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>施設が運営する陶芸教室の開催や地元の高校生の「ふれあい学集會」での会場の提供や指導が行われている。また施設や関係グループの広報誌の配布及び大型店内の当施設の商品売り場にパンフレットを置き、施設の情報や福祉情報を提供している。しかし機能の還元は施設独自で行うことだけでなく、他の関係機関・団体の事業や行事に人材を派遣するなどの検討も必要かと思われる。</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>a</b>
<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>ボランティア受け入れ要領を定め、そのなかにボランティアの受け入れの基本姿勢が明文化されている。ボランティアの受け入れ手順が、受付からボランティアの研修及び終了の反省までを順序だて、その工程ごとに担当者に対応内容の説明の仕方が、わかりやすく(手順書(マニュアル)作成されている。施設の立地からボランティアの希望者が少ないため、募集のチラシを作成して地域の学校や関係機関や団体を訪問して協力要請を行い、積極的な取り組みがされている。</p>	

### II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	<b>b</b>
<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>利用者に対応できる社会資源について、職員及び利用者も活用できるように機能別にわかりやすく分類をし図式的に作成されている。連絡方法として電話番号を記した一覧表が別様で作成され、職員間の共有をされているが、これら両方を連動させるなど使いやすくするための工夫が望まれる。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	<b>a</b>
<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>ネットワーク化している圏域自立支援協議会で、利用者の作品の販売促進やアンケート調査及び情報交換などの共通課題に取り組まれている。利用者の事例に関する関係機関、団体の関係者による定期的なケア会議の実施、また関係団体で組織されている地域協議会での施設運営等に関する課題解決の取り組みが行われている。その他に当施設がH27年度から通所生活介護事業所への円滑な移行のために、援護の実施者との密接な連携が行われているなど、関係機関、団体及びネットワーク組織とは、課題解決や情報交換のために積極的な連携が図られている。</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>b</b>
<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>地域の福祉ニーズは、行政等関係機関及び団体やネットワーク組織との連携によって把握されている。また法人や当施設を含むグループが施設経営や相談事業等の多様な事業のなかで、地域住民のニーズとして得られた情報を管理者会議や資料で得られている。近年入所施設から地域生活への移行が高まっているなか、地域移行された場合の受け皿として、通所生活介護事業の必要性が生じていることが、具体的なニーズとして把握されている。</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>b</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>把握されたニーズを実現するために、H27年度から通所生活介護事業所に移行するために、中・長期計画の前期5ヵ年実施計画や当施設の5年後のビジョンとして計画のうえで、現在段階的な移行に取り組まれている。円滑に移行されることが期待される。</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。

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。	<b>a</b>
<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>法人の経営理念や基本方針、施設運営計画の中に利用者尊重を明記し、職員会議で施設長が説明している。利用者へは「生活のしおり」を用いて説明し、利用者の意見、要望等を聞き取り対応している。</p> <p>虐待防止や身体拘束、利用者尊重や基本的人権への配慮について施設長の講話や職場研修、毎月の職員会議で話題とし周知徹底を図る等、職員の共通理解をもつための取組が行われている。利用者の個別支援マニュアルを作成し、個別の対応をしている。また、接し方マニュアル、プライバシー保護マニュアル等、非常勤職員の研修も積まれたり、人権侵害チェック表を使用しての毎月の振り返り等、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組が非常によく行われている。</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>a</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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>プライバシー保護に関するマニュアルが整備されている。居室は施設のスペースの関係もあり2名での利用。1カ所だったデイルームを2カ所に増設し、ゆっくりと休憩できるよう配慮している。</p> <p>また、社会福祉事業に携わる者としての姿勢、意識等、プライバシー保護について施設長からの講話がなされ、職場研修会や勉強会が実施されていることから職員に周知する取組はよく行われていると言える。</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。	<b>a</b>
<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>施設経営方針の事業重点項目に利用者満足の上昇を明示。満足度調査は利用者、家族へ年2回実施し、それにより得られた意見や要望を施設運営に反映させている。住環境に対する提言、喫食関係に対する提案が多く寄せられた。トイレの悪臭に対策を実施。食事面では嗜好調査によりさらに利用者の満足度向上を図った。</p> <p>自治会お楽しみ会后、施設長と家族や利用者の懇談会を実施したり、何でも相談(週1回)を実施し利用者の意見や要望の聞き取り対応している等から、利用者満足の上昇を意図した仕組みは整備されているといえる。</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。	<b>b</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>評価者コメント 満足度調査は、サービス改善委員会実施要綱により把握した結果を職員会議へ報告。利用者には自治会で説明し、サービス改善委員会で協議された結果、業務改善グループと連携し具体的な改善を行っている(トイレの悪臭改善、食事面では好きな献立の要望に給食委員会で検討対応等)。また、満足度調査結果や対応について家族へ報告されている。</p> <p>利用者には自治会での説明や施設の情報誌で掲示板へ公表されているが、これらの取組をフローチャートなどを使用し統一した形に整備することや利用者参画のもとで検討会議が行われることを期待したい。</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。	<b>b</b>
<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ているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>利用者や家族が複数の相談相手から自由に選べるよう相談日や相談員を施設内の廊下へ掲示したり文書で知らせている。毎週、なんでも相談を実施しているがそれ以外いつでも相談できる旨掲示している。また、施設内外の意見を幅広く集約するために「意見箱」を設置しており、利用者の声を職員が代筆支援することもある。</p> <p>相談は食堂で行われているが他の人の出入りもあり、相談や意見を述べやすいスペースへの配慮に工夫が望まれる。</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>b</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>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置され、苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者や家族に配布し、家族会や自治会で説明している。また、施設内へも掲示している。</p> <p>苦情の検討内容や対応策が利用者や家族へフィードバックされていない等取組が十分機能しているといえない。施設のベテラン職員の対応で大きな苦情となっておらず、話を聞いて欲しいということが多く、その場での回答が大半であるとのこと。苦情解決の仕組みが確立されていることから、それぞれの担当で苦情解決の仕組みを機能させていくことを期待したい。</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>c</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ない。</p> <p>ご意見箱の設置はされているが利用者からの意見等に対する対応マニュアルは整備されていない状況である。</p> <p>意見や提案を受けたらどこ(だれ)に話しを通し、どこで決定し、結果をどうフィードバックさせていくか。記録の方法や報告の手順、対応策の検討について規程したマニュアルの整備をし、迅速な対応を望むものである。</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。	<b>a</b>
<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>職員の業務分担で福祉サービス評価担当者を配置し、サービス内容について毎年、自己評価を実施している。担当部署としてはサービス改善委員会が福祉サービスの自己評価及び改善の取組を協議検討する場となっている。さらにその結果を調整会議で検討し職員会議へ提起し決定されており評価を行う体制は整備されていると認められる。</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>a</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。</p> <p>自己評価委員会(サービス改善委員会)で実施した評価結果やそれに基づく課題が文書化され、職員会議でさらに協議し、全職員で組織として取り組むべき課題を明確にしている。</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。	<b>a</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。</p> <p>明確になった課題に対する改善策・改善計画はサービス改善委員会で策定され職員会議で共有を図り、サービス改善委員会のメンバーが分担して業務改善グループと取り組む仕組みになっている。</p> <p>改善策や改善計画の実施状況確認は、アクションプランにおとしたものは3ヶ月に1回、それ以外は各寮棟会議で月1回確認し必要に応じて計画の見直しが行われている。</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。	<b>b</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>個別支援マニュアルには利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示し、標準的な実施方法にはサービス実施時の留意事項として、入浴、排泄、食事等について具体的に文書化され、実施内容についての確認は毎月の男子寮棟会議・女子寮棟会議で確認され支援会議で見直しをされている。これらの会議結果は全職員へ回覧されている。ただ、標準的な実施方法に合わないサービスが行われた場合の対応について一考する必要も感じられ、研修や個別指導等さらに深められることを期待する。</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。	<b>a</b>
<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。</p> <p>個別支援マニュアルは年度末に1回定期的に見直している。また、利用者の個別支援計画は6ヶ月ごとにモニタリングを行っており、毎月行われる寮棟会議で個々の支援の進捗状況を確認し合い、利用者の状況変化が顕著な場合は再アセスメントしたり緊急ケア会議を実施している。個別支援会議、モニタリング、ケア会議は原則としてサービス管理責任者、ケース担当者、個別支援係、利用者や家族の出席で実施され結果は毎月の職員会議で周知を図り、一貫性のある支援へ結びつけており高く評価できる。</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。	<b>a</b>
<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>利用者一人ひとりについて「個別支援マニュアル」が作成され整理されている。施設の統一した様式で月のまとめ、健康のまとめを毎月記録し、個別支援計画が適切に行われているか、モニタリング会議を実施し個別支援計画の目標が達成されると、その項目は個別支援マニュアルに追加記載される等、「個別支援マニュアル」が改定され続ける仕組みが出来ている。</p> <p>服薬他、外出支援、理髪支援、生活体験や生活支援記録が適切にされている。金銭受払状況は家族に書面で定期的に報告されており、これらの記録は記録責任者を明確にし記入漏れがないよう対応されており利用者の記録が適切に行われているといえる。</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>a</b>
<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。</p> <p>文書の保存期間や廃棄に関する規程、文書開示に関する規定、情報開示に関する規程は法人の規定や要綱の定めによる。記録管理に関する職員の研修は、中山の園グループで実施している職員研修へ参加している。記録の責任者はサービス管理者、電子媒体による情報管理の責任者は事務分担で決められ、保管場所は指定されている。</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。	<b>a</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。</p> <p>パソコンネットワークシステムへの記録、業務連絡簿、業務日誌、日中活動日誌、通所者日誌、朝礼や終礼での情報共有が図られ、また、寮棟会議や職員会議の会議録は全職員回覧で再度職員に周知を図っている。(無線LANシステムを構築し、文書回覧で職員間の情報共有とペーパーレス化を行っている。) 利用者の状況変化やアセスメント、エンパワメントの変化の協議の場合は会議計画に盛り込み実施されている。</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。	<b>b</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>利用希望者への情報提供はインターネットへホームページを開設している。中山の園グループホームページの随時更新※事業団本部にて今年度中に新ホームページを作成予定。さくら紹介のパンフレットは絵や写真を使用して施設の理念や福祉サービスの内容、施設でのくらしが誰にでも分かりやすい内容となっている。県内特別支援学校へ配布されている。見学や体験入所、一日利用等への対応は空き室が有る場合、短期入所のみ実施されている。サービス選択に必要な情報提供は十分といえず、より積極的な取組を期待したい。</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。	<b>a</b>
<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>サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要説明書類等の資料を用意し、説明後は利用者や家族の同意を得、記録に残し確認印を頂いたり、その他契約に必要なものは必ず契約書を2部作成しお互い1部ずつ保有している。個別支援計画作成時にサービス内容について説明し、利用者や家族から意思確認を行い、記名頂いている。</p> <p>毎週土曜日に利用者の全体集会で説明をしているが重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすく文章等へ工夫がされている。</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 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>b</b>
<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。</p> <p>地域移行や他施設移行に向けて、利用者の移行がスムーズに行われるよう、関係機関に対して情報提供することを、本人や家族から許可を得て「利用者引き継ぎ情報提供書」を作成し、引き継ぎ会議を行う等スムーズな移行へ配慮されている。</p> <p>しかし、退所後の利用者や家族の相談方法や相談者・相談窓口の設置等の定めがなく、サービスの継続性に配慮した手順と引継文書の再検討が望まれる。</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。	<b>a</b>
<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>利用者の入所前の情報と利用者や家族からの聞き取りでアセスメント記録票を記入するが、入所後1ヶ月間の様子観察を通して見直し、施設のアセスメント様式で記録し完成させている。また、アセスメントは6ヶ月ごとのモニタリングのたび行うことに定めており、利用者同席のもと、手順を定めて計画的なアセスメントが行われている。</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。	<b>a</b>
<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>利用者一人ひとりのアセスメントに基づき、各項目毎の改善点や助長点、利用者ニーズを具体的に明示し、個別支援計画や個別支援マニュアルに繋げている。</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。	<b>a</b>
<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>サービス実施計画策定の責任者(サービス管理責任者)を設置し、ケース担当者、個別支援計画担当者、管理責任者、利用者や家族の参加のもと、意向把握と同意を含んだ手順を定めてサービス実施計画を策定している。実施計画はインスリン注射の確認や食事の対応等、日常支援の留意点が具体的に記載され、計画通りに実施されているかチェックする仕組みもケースや日誌、月のまとめ等で確認されている。サービス実施計画策定のための体制が確立し、実際に機能しているといえる。</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。	<b>a</b>
<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>6月に1度モニタリングを実施し、個別支援計画の目標や具体的な援助方法等について適・否を検討し、変更に関して利用者や家族の意向確認と同意を得、変更したサービス実施計画の内容は関係職員へ回覧し寮棟会議、職員会議で報告され周知されている。利用者の状況の変化に応じて、サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みとしてケア会議、モニタリング会議を実施することが定められ非常に良い評価・見直しがなされていると言える。</p>	

## 内容評価基準

## 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。	<b>b</b>
<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十分ではない。</p> <p>コミュニケーション能力を高めるために、「個別支援計画」が策定されている。自閉傾向のある利用者や、言語のない利用者に対しては、イラストや絵等を用いる等、計画に基づいた支援が行われている。</p> <p>意志伝達に制限のある利用者は比較的少なく、職員は日常的な関わりの中で、その人特有のコミュニケーション手段や、サインの発見に努め、意志や希望の理解に繋がられるよう努力しているが、十分に行われていない。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	<b>a</b>
<p>利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>利用者主体の自治会組織が設定され、自治会規約に沿った活動が展開されている。活動を支援するための職員は「職務分担表」で固定化され、自治会活動等、個々の希望や意向を尊重しながら側面的に支援している。退所した利用者や中山グループ内の他事業所の利用者が来所した時には、ディルームや居室等で自由に談笑できるよう配慮され、様子について「業務日誌」に記録されている。</p> <p>施設運営の責任者(施設長、等)は、自治会の役員会、行事、総会等に参加し、利用者との協議する機会が設けられている。</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。	<b>b</b>
<p>見守りと支援の体制の整備が十分ではない。</p> <p>日課に伴う「業務手順」の中で、時間帯による「見守り専任職員」を配置。交替時には書面及び口頭で状況の申し送りが行われている。</p> <p>自力で行う行為(洗濯機を用いたの洗濯、居室清掃等)に対する見守りと支援はその都度、必要に応じて行っているが、見守り体制については検討中とのこと。施設整備と併せ、今後に期待したい。</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>b</b>
<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>生活体験実習を年数回実施している。「地域生活移行支援マニュアル」を作成しているが、社会生活力を高めるための具体的な学習・訓練プログラムには至らない。</p> <p>さくらは平成27年度から通所施設に経営形態が変わる予定で、今年度ケアホームに移行した利用者も数名おり、宿泊体験実習等、具体的な支援を実施中である。</p> <p>今後に向け、社会生活力を高めるため、更に細かい訓練プログラムに沿った支援を検討中。施設外の社会資源は図示し、廊下に掲示。全体集会等でも口頭で説明しているが、十分な理解には繋がっていない。更なる工夫が望まれる。人権意識に関連するパンフレット等入手した折にはその都度掲示し、利用者にも内容を説明し情報提供している。</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。	<b>a</b>
<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>栄養量や食事形態は、「栄養アセスメント」や「嗜好カルテ」に明示され、食事支援は、「個別支援マニュアル」、「食事支援時の留意事項」に沿って、安全に配慮された食事支援が行われている。また、利用者の体調に応じた粥食や副食を調整(油ものを控える、柔らかめにする等)して提供している。補食や代替食を常備し、希望する利用者に適時提供されている。</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。	<b>b</b>
<p>食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。</p> <p>利用者を対象とした嗜好調査は実施されていない。「嗜好カルテ」や「アセスメント」、検査者の意見等を参考にした献立が作成されている。給食会議は、6施設合同で開催されており、利用者の参加は全施設から代表で1名のみでの参加であり、現在、「さくら」からは出席されていない。</p> <p>香辛料の多量使用は、健康を害する要因が伴うことから、健康に配慮し、醤油やソースは食卓に直接置かず、利用者にも、その都度希望を聞き、職員が適量で対応している。</p> <p>献立表は10日ごとに各寮棟、及び食堂に掲示している外、毎日、午前中の利用者朝礼時に朝、昼、夕のメニューを口頭で情報提供している。</p> <p>嚥下に難のある利用者は、職員の近くの席に配置し、様子観察により、むせないように支援を行っている。</p> <p>食事は、日常生活の中で利用者が楽しみにしている一つでもあり、見た目でも食欲をそそる様な、食器や盛り付けの工夫が望まれる。</p>	

A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	<b>a</b>
<p>喫食環境に配慮している。</p> <p>喫食環境の配慮について、寮棟会議等で討議し、食堂の壁の張替、テーブルの新規購入やスペース等、設備面での改善が認められる。「業務改善活動(伺い)」で確認される。食事は、衛生上の理由から、置き置き時間が定められているが、遅れて摂食する利用者等のために、その範囲内で、可能な限り幅を持たせて食事提供している。</p> <p>また、利用者の動作停止、発作、体調等を考慮し、部屋食が必要と判断される利用者は、居室での食事提供や、食堂で個別に摂食し、状況は「業務日誌」で確認される。</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>a</b>
<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。</p> <p>「入浴支援マニュアル」や「入浴支援上の留意点(安全面・健康面)」、「入浴支援に関するプライバシー保護マニュアル」に沿って支援している。利用者間の人間関係(相性)や身体能力、介護度合いを考慮し、グループに分けて入浴する等、配慮され、工夫がみられる。入浴支援の有無は「日中活動日誌」に記載。健康面、安全面に関する入浴支援上の特記事項は「業務日誌」や「ケース記録」に記載している。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	<b>a</b>
<p>利用者の希望に沿って行われている。</p> <p>失禁(便・尿)時の洗身等、支援の実施(早朝、夜間の場合が多いため、シャワー浴での提供)や、夏季の農産班の活動後のシャワー浴の提供は「業務日誌」で確認される。</p> <p>入浴時間、週間回数は(週3回、月、水、金)、利用契約時に説明しており、家族、利用者とも了解済である。「利用契約書」で確認される。入浴日が祝祭日にあたる場合には、入浴支援に必要な職員数を調整し、入浴回数を確保している。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	<b>c</b>
<p>環境は適切ではない。</p> <p>浴室の環境については、必要に応じ、寮棟会議等で、その都度検討され、滑り止めマットの設置や老朽化による換気扇の新規設置等、改善されている。脱衣所の温度調整は、暖房機と扇風機で行っているが、暖房機は設立当初のもので、温度の設定が出来ない状況にある。適切な温度管理に向けた検討を期待したい。</p> <p>入浴時のプライバシー保護への配慮としてカーテンの利用やガラス戸の目隠し等、工夫がみられる。施設内視察で確認される。</p>	

## 2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	<b>a</b>
<p>介助は快適に行われている。</p> <p>個々の排泄に対する支援は、「排泄支援時の留意事項」や「排泄に関する支援マニュアル」、「個別支援マニュアル」に沿って、安全、プライバシー保護等に配慮し、適切な支援が行われている。</p> <p>排泄介助結果は、「業務日誌」や「ケース記録」で確認される。また、排泄用具の取り扱いや処理方法は、「健康機器マニュアル」や「感染症マニュアル」が留意され、対処されている。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	<b>c</b>
<p>清潔かつ快適ではない。</p> <p>トイレ環境については、寮棟会議の中で随時検討され、換気扇の設置や、清掃回数の強化等、改善がみられる。</p> <p>構造上の問題で、車いす対応には狭く、冷暖房設備もない。</p> <p>プライバシーや衛生面への配慮と併せ、高齢者や、身体に障害を持つ利用者の状況に配慮した排泄機器の整備が望まれる。</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。	<b>a</b>
<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>家族から、衣類の持ち込みはあるが、利用者が希望する場合は、「衣類に関する支援マニュアル」に沿い、近隣の衣料店に出向き、職員の付き添いにより、利用者自身が自らの意志で、好みの衣類を選択、購入している。必要に応じて相談を受けている。状況は「ケース記録」で確認される。</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>衣類の着替えは、利用者の希望を踏まえ、「衣類に関するマニュアル」や「個別支援マニュアル」に沿って行われている。衣類に拘りのある利用者は複数いるが、意思は最大限に尊重しているため、汚れた場合は、交換・洗濯・破損への迅速な対応が難しい場合もあるとのこと。時間をかけた、丁寧な支援に努めている。失禁等で汚れた場合には、他の衣類と区別し、洗濯することで、衛生面に配慮している。</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>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>日常生活支援マニュアルの中の「さくら理容・美容・整容に関する支援マニュアル」に沿い、利用者の意向を確認しながら、必要な場合は相談に応じている。理・美容・整容に関する資料は、雑誌の写真をラミネートしたものを廊下に掲示し、髪型等の判断材料となるよう配慮されている。</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>配慮している。</p> <p>中山の圏敷地内の厚生会館に理容所があり、毎月、多くの利用者が利用している。地域の理髪店や美容院の利用を希望する利用者については、職員が送迎、付き添い支援されている。事前に職員が電話で理髪店等に連絡・調整を行い、スムーズに行なえるよう配慮している。支援の状況は「業務日誌」や「ケース記録」に記載されている。</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>日常生活支援マニュアルの中の「就床及び就寝に関する支援マニュアル」に沿い、支援している。利用者の希望により、好みの寝具の持ち込みが可能であり、購入時に支援している。疾病等の状況により個室に隔離し、静養できるよう配慮するとともに、利用者間のトラブルが生じた場合には、一時的に別の睡眠場所を提供する体制が整備されている。夜間の支援状況は「業務日誌」や「ケース記録」に記載されている。</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>日常の健康管理は、「さくら運営計画」で明示され、利用者個々の「健康のまとめ」シートで管理されている。健康の支援は、「健康管理マニュアル」や、「個別支援マニュアル」、「個別支援計画」に沿い、支援し、その状況は「業務日誌」や「ケース記録」に記載している。必要に応じ、家族や本人に健康面の説明を行っている。医療行為が必要とされる利用者は、園内の内部診療所で精神科、内科、歯科を定期的に受診している。毎日、巡回看護師に健康面の様子を報告し、嘱託医の指示を受けている。日課の中で、ストレッチを中心とした健康体操を取り入れ、継続的に実施している。インフルエンザ等、予防接種は、本人、及び家族の了解を得て実施されている。</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>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>緊急時に即座に対応するため、職員が順次救急法・AED講習会に参加。事業所食堂内にAEDを設置している。緊急時の対応は、「急病者発生時対応マニュアル」がフローチャート化され、各棟に掲示しているが、見えにくく、大きな表示が望まれる。総合病院までは約25分要するが、「健康・危機管理マニュアル」に沿い、迅速に対応している。確保している協力的な医療機関は近隣の戸病院であり、園内診療所を通じ、日常的な連携が図られている。</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>利用者が使用する薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等については、「薬事情報綴」を各支援員室に常備し、随時確認、点検している。薬物の管理は、「薬物等保管マニュアル」に従い、責任者が定められ、施錠して保管されている。内服、点眼、塗布薬の使用状況は、「与薬確認表」で複数回、相互チェックし、確実にされている。薬物使用に於いて、誤飲等、誤りが生じた場合は、「健康危機管理マニュアル」に沿い、適切に対処されている。内服薬の服用は、「さくら与薬支援マニュアル」等に沿い、確実に支援している。担当職員が直接利用者の口に運んでいるのが確認される。</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>a</b>
<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>余暇・レクリエーションは、「さくら運営計画」や「余暇外出支援計画」に沿い、全体集会やアンケート等を通じて利用者の希望が反映され、ドライブ、買い物等の外出支援が行われている。</p> <p>また、利用者自治会により計画・立案された「誕生会・お楽しみ会」は、定期的開催され、利用者の楽しみのひとつとされている。「自治会行事記録・報告」で確認される。余暇・レクリエーションや地域のイベントに関する情報提供は、随時行われている。</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。	<b>a</b>
<p>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>外出についてのルールは自治会との話し合いの中で決められている。ボランティアの受け入れ態勢は整備され、募集を行っているが、地域的な条件もあり、現在は作業ボランティアとして7名登録されている。</p> <p>外出支援は職員で行われている。地域のガイドマップは廊下に掲示しているほか、全体集会の場でも説明し、情報提供している。利用者の連絡先を明示したカードは用意されているが、現在、単独で外出できる利用者はいない。</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。	<b>a</b>
<p>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>外出についてのルールは自治会との話し合いの中で決められている。利用者の家族等から、外泊の申し出があった際には、利用者と調整し、「個別支援計画」に沿って行われ、状況は「ケース記録」、及び「業務日誌」に記録されている。施設の都合による外泊要請は行っていない。</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。	<b>a</b>
<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>利用者の預り金は「預り金等管理契約書」で締結されている。「施設利用者等預り金管理要領」で規約を定め、責任の所在が明確(施設長)にされている。通帳と印鑑の保管職員を別々に定め、内部牽制により、確実な管理体制が確認される。利用者自身の希望により、小遣いを自己管理できる支援体制はあるが、現時点では能力的に自己管理が難しい状況にある。</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。	<b>a</b>
<p>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>自由に新聞や雑誌を個人で購読できるよう配慮しているが、経済的な理由もあり、事業所としても購入し、自由に閲覧できるよう配慮している。複数の利用者は、テレビやCDラジカセを個人所有し、居室で楽しんでいる。共有されるデイルームのテレビや新聞、雑誌は、自治会で「きまり」について話し合われているが、私物化する利用者もいるため、守られていない部分もある。</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。	<b>a</b>
<p>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>喫煙は特に制限はしていない。利用者玄関脇(非喫煙の利用者から離れた位置)に喫煙場所を設置し、分煙している。喫煙頻度については過度にならないよう、その都度助言している。飲酒については、アルコール依存症の利用者が複数いるほか、精神薬等を服薬している利用者も多数おり、主治医からもたしなめられていることもあり、健康を害することが憂慮されることから、事業所内での飲酒は認めていない。「嗜好品について(やくそく)」に於いて、喫煙上の注意事項や、施設内での禁酒について明示され、重要事項説明時や、自治会総会等で、随時、説明を行っている。</p>	