

(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: 障がい者支援施設 かたくり	種別: 知的	
代表者(職名)氏名: 施設長 細川 修	定員・利用人数: 定員 40 名 利用人数 40 名	
所在地: 二戸郡一戸町中山字軽井沢 139-1		
TEL: 0195 - 35 - 2295	ホームページ: www.iwate-fukushi.or.jp	
【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): 社会福祉法人岩手県福祉事業団 水野和彦		
職員数	常勤職員: 15 名 非常勤職員: 13 名	
専門職員	施設長 1 名 生活支援員 13 名	
	業務係長 1 名	
	寮棟主任 2 名	
	主任生活支援員 2 名	
	生活支援員 9 名	
	(介護福祉士 7 名・介護支援専門員 1 名)	(介護福祉士 3 名)
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 18 室・40 名)	(設備等)
	すぎ 2 名 まつ 2 名 かし 2 名	暖房機、ベット等
	かき 1 名 にれ 1 名 もみ 4 名	暖房機、ベット等
	とち 4 名 つが 2 名 くり 3 名	暖房機、ベット等
	らん 2 名 はぎ 3 名 うめ 2 名	暖房機、ベット等
	ゆり 1 名 もも 1 名 ふじ 3 名	暖房機、ベット等
	ばら 3 名 けし 1 名 かな 4 名	暖房機、ベット等

③理念・基本方針

経営理念・・利用者の人権を尊重し、生きがいを持って、生活できるよう良質かつ適切なサービスを提供することを基本として運営にあたります。

また、地域の関係機関、団体との緊密な連携のもとで、一人ひとりのニーズに対応した専門的福祉サービスを提供します。

経営方針・・利用者の人権を尊重し、利用者が安全な環境のもとで健康で安心して生活できるよう、継続的な生活支援や日常的に健康管理に努めるとともに、利用者一人ひとりの想いに寄り添い、利用者主体の良質かつ適切なサービスの提供に努めます。

また、中山の園各事業所との連携により、経営課題の共有化を図るとともに、かたくり中長期経営実施計画に基づき、計画的に業務を遂行し自律(立)的施設経営の推進に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

1	もっと中山の園を知ってもらう (1) 福祉人材につながる県立大学等各種ボランティアの受入れ、及び地域行事等への参加(奥中山公民館でのかたくり作品展開催他)。 (2) 地域の商店、喫茶店の訪問販売による交流「おたのしみショップ」「おたのしみ喫茶」の実施。 (3) その他、広報誌について一戸町奥中山支所等設置、エコキャップ活動等。
2	利用者・家族そして職員満足度を向上させる (1) 利用者・家族への年2回の満足度調査による改善及び周知。 (2) なんでも相談を毎週1回実施。 (3) 地域職専門員職員を含め個々に適した施設外研修に参加させ、サービスの向上につなげ利用者満足度を上げるとともに、その達成感により職員の満足度も上げる。 (4) 特別休暇、療養給付金等福利厚生面の周知、及び年次有給休暇への配慮・調整を行い取得しやすい職場づくり。毎週水曜日のノー残業デイの周知、実施。
3	職員一人ひとりが自律経営の意識を持つ (1) 毎月の職員会議の議題項目のひとつに「経営に関すること」を入れ、法人全体・施設に関することについて、施設長を中心に業務係長・サービス管理責任者等より説明している。 (2) 毎月の職員会議を中心にコンプライアンスを含め各職員個々が自分を律しながら、責任を持った利用者支援に取り組んでいく旨役付け職員が説明し、サービスの向上に努めている。 (3) 支出削減の意識を全職員が共通理解し、必要のない部分の節水・節電、また、物品購入についても汎用性のあるもので安価なものを購入する等、認識を深めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年6月23日（契約日）～ 平成28年11月1日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成25年度）

⑥総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 遵守すべき法令等を正しく理解するための積極的な取組</p> <p>遵守すべき法令等を正しく理解するための取組として、毎月の職員会議でコンプライアンスの遵守について項目として取り上げ、細かく説明して職員の理解、意識啓発を図っている。職員にはコンプライアンスの自己点検を年2回実施し、その分析結果を職員会議で報告して改善するための取組も積極的に行われている。また、法人で作成した『手にして未来』の冊子を職員に配布して、幅広い分野について遵守すべき法令等を周知し、遵守するための具体的な取組を行っている。</p> <p>◇ 改善が求められる点</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</p> <p>苦情解決実施要領や苦情解決マニュアル、苦情解決事業フローチャートを定め、苦情解決責任者（施設長）、苦情受付担当者（寮棟主任）、第三者委員（外部・民生委員）が設置されている。施設内にも苦情受付について掲示するとともに、なんでも相談会や意見箱を設置し、利用者およ</p>
--

び家族から苦情等が申し出やすいように工夫している。なんでも相談は毎週実施、平成 27 年度は 85 件の相談があり、話を聞いて欲しい内容がほとんどだったが、寄せられた相談は受付票に記録し、定めた手順ですぐに対応できることは、職員間で対応、検討が必要な時は会議等を行い、結果を報告している。しかし、フローチャートにも苦情、意見、要望がひとくくりになっている様に、苦情、意見、要望の区分け、対応はそれぞれ異なることから、分けた仕組みづくりが求められる。

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

平成 25 年度に続き、4 回目の福祉サービス第三者評価受審となりました。

今回の受審では「遵守すべき法令等を正しく理解するための積極的な取組」「利用者一人ひとりの福祉サービス計画の実施状況の適切な記録と職員の共有化」「コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫」について特に高い評価をいただきました。

また、前回受審時に唯一 C 評価でありました「トイレ環境」につきましては、抜本的な改修工事は難しいものの、臭気対策を中心として清掃を職員間で徹底して行い、今回、A 評価をいただくことができました。

一方、改善が求められる点として、「福祉施設・事業所が有する機能を地域に開放・提供する取組」「苦情解決の仕組みが確立され、利用者等に周知する取組」「必要な時、迅速かつ適切な医療を受けることができる体制の再検討」についてご指摘をいただきました。これらについて、改善に向けて取り組んでいくとともに、利用者一人ひとりに寄り添った支援の提供に努めて参ります。

(2) 法人のコメント

当法人では、経営理念の実現に向けて、中長期経営基本計画を策定し、経営基盤の確立・強化と地域福祉の向上に資する質の高いサービス提供に努めております。

今年度は、当法人内の 5 つの施設が福祉サービス第三者評価を受審いたしましたが、各施設において、法人が策定した計画に基づき数値目標を掲げ、具体的な取り組みを行っている点、組織的な計画・改善が行われている点等について高い評価をいただきました。今後も社会情勢の変化や事業の進捗に応じた軌道修正を行いながら、職員個々の力を結集し、地域の誇りとなりうるよう進んでいきたいと思っております。

一方、老朽化が進む施設においては、トイレや浴室・脱衣室が利用者の身体状況に応じた設備や快適性に欠く環境にあるとのご指摘がありました。抜本的な改修工事には時間を要しますが、できる限りの工夫を重ね、利用者の安全・安心を確保し、快適に過ごしていただける環境の整備に引き続き努めてまいります。

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【かたくり】

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>評価者コメント1</p> <p>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。理念、基本方針は法人である岩手県社会福祉事業団により明文化され、その内容は施設の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。周知への取組として事業団の広報誌、施設のホームページやパンフレット、事業計画書にも記載しており、各寮棟等への掲示も行っている。また、理念や基本方針を盛り込んだ「かたくり」の運営計画を作成して全職員に配布しており、職員会議の際読み合わせを行うとともに、施設長が職場研修等で内容の説明をして周知を図っている。利用者への周知の方法として文書にルビを貼って分かりやすい工夫をがなされ、家族会総会においても「運営計画書」を配布して説明をする等周知を図るように取り組んでいる。</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>評価者コメント2</p> <p>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。社会福祉事業全体の動向については、全国の施設長会議や各種研究会等に参加して具体的に把握している。事業団経営会議の内容については、中山の園グループにおいても分析を行っている。また、法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題については、利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関するデータの収集や、二戸地域自立支援会議において状況を共有し、把握・分析している。</p>		
3	I-1-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p>評価者コメント3</p> <p>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。かたくりの経営環境と経営状況の分析結果の報告書を作成して法人本部に提出し、経営課題を明らかにしている。また、経営分析や経営改善の必要性について職員の理解を深める必要があるため経営改善学習を年2回実施しており、解決・改善に向けて具体的な取組も進められている。</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>評価者コメント4</p> <p>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。中・長期計画は平成28年度から平成32年度の後期の実施計画が見直されて策定しており、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっており、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。また、併せて今年度中山の園基本構想を見直し、新たな基本構想の基に経営改善実施計画も作成されており、自らが取り組む具体的な改善目標も制定されている。</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>評価者コメント5</p> <p>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。単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が示されており実行可能な具体的な内容となっている。年間の達成度評価及び四半期ごとに実施状況の評価も行っており、単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。具体的な数値も挙げられている。</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。	a
<p>評価者コメント6</p> <p>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。</p> <p>事業計画の見直しにあたっては、年度末に係りや担当者で事業の反省を行い、それを基に施設長会議や役付け会議で検討のうえ次年度の計画を作成している。また、計画期間中において事業計画の実施状況の把握や評価・見直しがあらかじめ定められた時期、手順にもとづいて行われている。事業計画が職員にも周知(会議や研修会における説明等)されており、施設内で事業推進委員会、職員会議で理解を促すための取組も行われている。</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>評価者コメント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>事業計画は、かたくりの会(利用者の会)や家族会総会の際に資料の配布と説明をしている。食堂や寮棟にも行事計画や予定など、利用者向けのイラスト入りのものを掲示しており、利用者がより理解しやすい工夫を行っている。また、利用者の会(かたくりの会)では毎月『らいげつのとよい』について話題提供し話し合いがなされている。</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。	a
<p>評価者コメント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、機能している。</p> <p>施設内で組織的に「経営改善検討委員会」「生活環境整備改善委員会」「虐待防止・サービス改善委員会」「リスクマネジメント委員会」等の福祉サービスの質の向上に関する委員会を設置し、取組も実施されている。福祉サービスの内容については担当職員を配置して毎年度自己評価や満足度調査を実施し、3年毎に第三者評価も受審している。評価については、結果を分析・検討する場が事業推進委員会として定めるなど、組織的に質の向上に向けた体制が整備され機能している。</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>評価者コメント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>福祉サービスの第三者評価基準に基づき自己評価し、役付け会議で協議のうえサービス改善実施計画を作成しているが、項目によっては単年度での実施は難しいため、年次計画で取り組んでいる。しかし、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、改善策や実施状況の結果を評価した改善計画の見直し、サービス改善内容について、職員間で共有・理解し取り組むことが求められる。</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>評価者コメント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、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と役割・責任について職務分掌等について明確にするとともに、施設の運営や職員の統括、中山の園グループの経営の一端を担っている。職員会議で事業の重点目標を掲げて職員に表明し、機関誌にも方針等を掲載している。</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>評価者コメント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>遵守すべき法令等を正しく理解するための取組として、毎月の職員会議でコンプライアンスの遵守について項目として取り上げ、細かく説明して職員の理解、意識啓発を図っている。職員にはコンプライアンスの自己点検を年2回実施し、その分析結果を職員会議で報告して改善するための取組も積極的に行われている。また、法人で作成した『手にして未来』の冊子を職員に配布して、幅広い分野について遵守すべき法令等を周知し、遵守するための具体的な取組を行っている。</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>評価者コメント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、実施するサービスの状況について年間の達成度評価及び四半期ごとに評価確認を行って、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。また、利用者満足度調査や、毎月人権侵害に関する自己チェックを職員全員に実施し、その対応についても検討している。人事考課、目標管理及び教育研修制度による職員との面談を年に数回実施し、また、職員提案を積極的に受け付けるなど、福祉サービスの質の向上に関する組織の取組に自らもその活動に積極的に参画している。</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>評価者コメント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、四半期毎に経営分析を行い、経営改善に取り組んでいる。また、法人の業務改善検討委員会や事業部会に参画し、施設の経営状況を職員に説明して、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。職場環境改善についても「職員メンタルヘルス調査」結果にもとづいて改善点を明らかにし、職員の働きやすい環境整備等、具体的な取組を実施している。</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。	a
<p>評価者コメント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おり、それにもとづいた取組が実施されている。</p> <p>法人の経営理念・基本方針に基づく「期待される職員像」を目標とする人事考課制度、目標管理制度、教育研修制度を有機的に連携させて、職員一人ひとりが自身の力を十分発揮して施設運営を担う事ができるよう、必要な福祉人材の確保や人員体制に関する具体的な取組が実施されている。施設においても個別人材育成計画に基づいて、OJT研修や地域職員研修等により人材育成に努めている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>評価者コメント15</p> <p>総合的な人事管理を実施している。</p> <p>法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針や中・長期計画の中に組織が職員に求める「期待する職員像」を明確にして、総合的な人事管理を行っている。一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する評価や、人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）も定められ、職員にも周知されている。職員の面接等も年数回行われ、把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。</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。	a
<p>評価者コメント16</p> <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、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。</p> <p>労務に関するデータ等は定期的にチェックして職員の就業状況を把握し、職員の意向を反映した勤務表の作成や変更なども行っている。「身上調査」等による定期的な職員との個別面接の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫や、メンタルヘルス推進担当者を配置して必要により相談対応も行われている。面談によって職員個々の意向の聞き取りや人事配置等に反映する仕組みもある。総合的な福利厚生も実施されている。</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。		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>評価者コメント17</p> <p>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。</p> <p>人材育成のため目標管理制度、教育研修制度に基づき、各職員に対し個別的に育成に向けた取組を実施しており、職員一人ひとりが設定した目標について中間面接を行うなど、進捗状況の確認も行われている。職員一人ひとりの育成に向けた目標管理は、目標の設定が適切なものであり、目標達成度の確認や評価・分析、フィードバック等、進捗状況の確認が行われている。</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>評価者コメント18</p> <p>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。 岩手県社会福祉事業団の「人材育成方針」に基づく「教育研修制度」を制定して、本部所管研修実施計画、施設所管研修計画（職員研修実施計画）が作成されており、教育・研修計画にもとづき教育・研修が実施されている。また、施設独自のOJT研修計画及び施設内外の研修にあたっては外部講師を依頼するなど、全職員が参加できるように配慮している。</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>評価者コメント19</p> <p>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、個別人材育成計画及び職員研修履歴カードを作成し、職員の職務や必要とする知識、技術水準に応じた研修を実施している。新任職員に対しても「新採用職員（地域職）研修マニュアル」に基づいてOJTを実施している。全体として、職層別や職務分担に応じて適切な職場研修や外部研修の機会に参加させ、研修受講事前シート、結果確認シートにより研修経過の確認・評価、助言も行われている。職員一人ひとりについて教育・研修の機会が確保され、積極的に教育・研修を実施している。</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研修・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>評価者コメント20</p> <p>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。 実習生等の教育・育成に関する基本姿勢を、実習生の受入要項においてを明文化されており、受け入れに対するマニュアルもあるが、今年度は介護体験実習を2名受け入れているのみである。実習生の専門職種の特性に配慮した効果的なプログラム（テキスト）もなく、実習指導者に対する研修が未実施であるなど、積極的な取組には至っていない。</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>評価者コメント21</p> <p>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。 法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努め、法人の理念、基本方針やビジョン、提供する福祉サービスの内容、事業計画・報告、予算・決算等についてホームページや「かたくり通信」で情報公開をしている。また、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容についても公表している。地域社会に向けても、理念や基本方針、事業所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。</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>評価者コメント22</p> <p>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。 施設の事務、経理、取引等について会計規則、同施行規則が定められており、定期的に内部監査の実施や法人の監事（税理士）等による経理関連書類の確認もされている。</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。	a
<p>評価者コメント23</p> <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。 法人の中長期経営基本計画のなかで重点的に取り組む項目として「地域福祉の推進」を挙げ、地域との連携や地域参加を明示している。かたくりにおいても、施設利用者の地域の行事参加や日常の外出活動など地域への参加に努めており、施設の活動を紹介する広報紙を地域の事業所に置くなどの地域への働きかけも行っている。また、地域の商店に依頼して「お楽しみショップ」（施設内売店）や「お楽しみ喫茶」などを実施して、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。</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>評価者コメント24</p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。ボランティア等の受入れについて、受入れ方針と手順、受入登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目等が記載された受入れマニュアルを整備している。地域社会との交流に努め、複数の団体の慰問等による交流も実施しているが、ボランティア受入れに関する基本姿勢の事業計画への明文化や、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、支援などが十分に行われていない。今後は、慰問や希望者の受入に留まらず、ボランティアの受入の募集の工夫やボランティアの育成(研修・支援)などの積極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。		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>評価者コメント25</p> <p>利用者によりよ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。</p> <p>日常的に連携が必要な地域・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したりリストや資料を体系的に整備しており、職員間でも情報を共有している。援護の実施機関との連絡会や二戸圏域の自立支援会議に参加し定期的な連絡会等を行っており、その内容は職員会議や朝礼等で職員に周知(報告や回覧文書等)を図っている。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価者コメント26</p> <p>福祉施設・事業所が有する機能を、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>社会貢献活動の一環として一部備品の貸出や地元の高校生に対して「ふれあい体験学習」などを行っているが、施設は共有スペースが少ないため中山の園グループ全体で建物や行事での地域開放をしている。利用者の状況や施設規模によって具体的な活動は限られてくるが、福祉施設が有する機能を地域に開放・提供する取組を工夫し、今後は、多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりなどに貢献が求められる。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>評価者コメント27</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。</p> <p>中山の園運営協議会や二戸圏域の自立支援協議会に出席して地域の福祉ニーズを把握しており、法人グループとして、中山の園地域支援担当部及び相談支援事業所中山の園及びひこうせんで対応している。短期入所など緊急に利用申し入れがあった場合は、関係機関と連携を取って対応しているが、独自の公益的な事業・活動は十分ではない。今後は、把握した福祉ニーズにもとじた地域貢献に関わる具体的な事業・活動について、事業計画等で明示し実施す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。		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>評価者コメント28</p> <p>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、組織内での共通の理解をもつための取組が行われている。</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの基本姿勢は、法人経営理念、経営基本方針等に明示されており、寮棟会議や職場研修において倫理綱領、職員行動規範の読み合わせを行い、職員間の周知が図られている。また、利用者尊重や基本的人権への配慮について、職員会議で確認を行うとともに、人権侵害に関する自己チェックを毎月実施し、会議で報告するとともに、内容を検討し、今後の取組につなげている。</p>		

29	III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p>評価者コメント29 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 施設独自の「かたくりプライバシー保護マニュアル」を作成、プライバシー保護の必要性、利用者の立場を考えた接し方、生活面での主な対応をサービス場面ごとに示しているほか、選挙支援マニュアルの整備、法人が作成した手にして未来等を使用し、定期的に職員研修が実施されており、周知が図られている。利用者や家族には、なんでも相談や満足度調査等を通じ、プライバシー保護と権利擁護の取組を周知している。また、居室の入り口に目隠しを施すなど、工夫した取組が行われている。</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>評価者コメント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。 ホームページを開設し、日常生活や行事の様子を写真を用いて紹介し、ホームページが閲覧出来ない家族や利用者のために、施設内に印刷し、掲示している。施設パンフレットは写真、絵を使用し作成しているが、パンフレットや掲示物の写真、字が小さく、ルビが振っていないことから、分かりやすい工夫が求められる。見学者に対しては希望に合わせた対応を取っているが、パンフレットの配布は限られた方法、範囲で配布していることから、どの様な情報提供が有効か検討するとともに、広い周知が行われるよう取組が求められる。</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>評価者コメント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。 サービスの開始時には、ルビ付きの重要事項説明書や契約書を使用し、サービス内容や日常生活のきまり、料金等について、利用者および家族に理解しやすいように工夫して説明している。サービス変更時にも同様の説明が行われ、同意文書を残している。成年後見制度を活用しており(4件)、意思決定が困難な利用者は、後見人が同席している。</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>評価者コメント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。 他の福祉施設・事業所や地域移行にあたり、本人・家族状況、病歴、ADLを記録した支援サマリーを移行先に提供することとしているが、利用者本人や家族の意向、支援内容が具体的に記載する項目が見受けられない。病院入院など、地域移行が少ないとのことであるが、移行時に現在のサマリーからより具体的内容の引継ぎ書の様式見直し、退所者の会等、福祉サービス利用終了後の対応について体制整備が求められる。</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>評価者コメント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。 利用者満足の上昇を目指す姿勢については、運営計画や中山グループ2016「経営目標」等において明示されている。具体的な取組として、利用者・家族への年2回の満足度調査による改善及び周知、利用者からのなんでも相談を毎週1回実施しているが、苦情、要望等職員全員が内容について理解していくため、職員会議で報告、説明し改善を要するものについては早急に対応とし、対象利用者に丁寧に説明することとし、計画を立てて実施している。これに加え、利用者による自治会(みんなの会)でも懇談会を定期的に行っている。</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。	b
<p>評価者コメント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が、十分に機能していない。 苦情解決要領や苦情解決マニュアル、苦情解決事業フローチャートを定め、苦情解決責任者(施設長)、苦情受付担当者(寮棟主任)、第三者委員(外部・民生委員)が設置されている。施設内にも苦情受付について掲示するとともに、なんでも相談会や意見箱を設置し、利用者および家族から苦情等が申し出やすいように工夫している。なんでも相談は毎週実施、平成27年度は85件の相談があり、話を聞いて欲しい内容がほとんどだったが、寄せられた相談は受付票に記録し、定めた手順ですぐに対応できることは、職員間で対応、検討が必要な時は会議等を行い、結果を報告している。しかし、フローチャートにも苦情、意見、要望がひとくくりになっている様に、苦情、意見、要望の区分け、対応はそれぞれ異なることから、分けた仕組みづくりが求められる。</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。	b
<p>評価者コメント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を整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。 毎週開催されるなんでも相談や利用者による自治会みんなの会で利用者自身の聞いて欲しいことや意見を自由に発言できるよう、職員体制やプライバシーが守られるように工夫を行っている。また、定期的な相談会に限らず、相談会開催日の周知や責任者、担当者、第三者委員の氏名を掲示し、利用者や家族がいつでも話をできるように取組を行っている。現在の苦情解決マニュアルの対応だけでなく、相談、意見、要望に対応するマニュアル、フローチャートを整備し、利用者等からの声に対応する仕組みが求められる。</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。	b
<p>評価者コメント36 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。 なんでも相談やみんなの会で受けた相談、意見、要望等は苦情解決要領や苦情解決マニュアル、苦情解決事業フローチャートに基づいて対応している。相談等に対して、なんでも相談受付票に記録し、内容により即対応しているが、苦情解決の仕組みと区別した相談、意見、要望に対応する、手順、具体的な対応方法、記録、利用者への結果報告や対応等を定めたマニュアルやフローチャートの検討が求められる。</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>評価者コメント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。 かたくりリスクマネジメント実施要綱に基づき、ゼネラルリスクマネージャー(各寮棟主任)が委員長を務めるリスクマネジメント委員会を中心に、リスク事例の原因究明と課題、対応策の検討を行い、検討結果を会議等で職員に周知している。また、インシデント・アクシデントレポート集約票、集計表を作成し分析と対策を行っている。</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>評価者コメント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。 かたくり感染症対策マニュアルを作成、平常時の衛生管理、感染症発生時の対応、個別の感染対策として空気感染(結核菌)、飛沫感染(インフルエンザ、レジオネラ等)、接触感染(ノロウイルス、MRSA、疥癬等)、消毒法についてなどまとめており、新たな感染症に対応するためマニュアルの見直しもしている。急な発熱やかぜ症状が見られる利用者は、食事を別の場所で取ったり、居室の消毒対策を取るなどの対応を行っている。また、感染症予防に関する職場研修会を開催し、安全確保に向けた取組を実施している。</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積極的に行っている。	b
<p>評価者コメント39 地震、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行っているが、十分ではない。 防災(火災・地震)マニュアルを作成し、平日、土日夜間の対応方法など、状況を分けて対応方法を定め、職員に周知している。また、施設防災訓練計画により、月1回の訓練は火災、地震を想定、日中、夜間、早朝に行っている。昨今では、大雨や大雪被害など、これまで想定されなかった災害も発生していることから、あらゆる災害に対応する取組が求められる。また、地域の警察、自治会、中山の園以外の福祉関係団体等と連携し、避難場所を確保するなどの取組も求められる。</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>評価者コメント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。 利用者サービスの提供は、「かたくり業務手順」及び個別のサービス支援として「日常生活支援マニュアル」がサービス場面ごとの標準的な実施方法として文書化されている。日常生活支援マニュアルには支援のねらいが記載され、利用者尊重した支援姿勢が明示されている。また、法人が作成した「手にして未来」を職員に配布し、基本的な福祉サービスの提供に向けた取組を進めるとともに、毎月実施している職場研修会は実施計画を作成し、年間を通じ、福祉サービスの質の向上に向けた取組が図られている。</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>評価者コメント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。 定期的に実施される個別支援計画の更新に合わせ、福祉サービスの検証・見直しを行い、変更があった場合は、日常生活支援マニュアルに反映させることとしている。検証・見直しに当たっては、利用者および家族の意向を確認するとともに、担当職員を中心に会議で意見を取りまとめ、変更がある場合は、速やかに職員間で共有を図り、円滑なサービス提供が行われるように努めている。</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>評価者コメント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。 サービス管理責任者を中心に、かたくり個別支援計画作成マニュアルに沿って手順を定め、統一した様式で計画的にアセスメントが実施されている。アセスメントシートは、支援レベルを5段階に数値化し、現状及び特記事項、改善点を記載している。また、アセスメントを踏まえ、利用者および家族の希望、ニーズの聞き取りを元に同意を得て個別支援計画を作成している。作成した計画は、支援記録や寮棟会議等において確認を行い、体調の変化など支援方法が変わった時は、見直しが行われている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
<p>評価者コメント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。 個別支援計画はマニュアル手順に沿い、利用者及び家族の意向を取り入れ、見直しを行っている。また、6か月ごとに実施するモニタリングは家族も参加し、利用者本位の視点に立ち、実施されている。見直しを行い、変更された個別支援計画は、寮棟会議で職員に周知されるとともに、変更のあった都度個別支援計画一覧表で周知されている。利用者の状況が変化した場合は、サービス管理責任者が中心となり、必要に応じて見直しを実施している。</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>評価者コメント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。 利用者個別の支援記録及び業務日誌、日中活動記録、排泄、外用薬、検温等のチェック表により、利用者一人ひとりの記録が行われている。サービス状況は毎日支援記録、業務日誌に記録し、毎月のまとめを施設内で閲覧している。職員間で記録内容にばらつきが生じないように、役職員がアドバイスをし、統一が図られている。利用者プロフィールは定期的に確認を行い、家族状況等確認を行っている。 組織内の必要な情報は寮棟会議や職員会議で必要な情報が共有されている。必要なケース検討が生じた場合は、勤務している職員間で行っている。パソコンネットワークシステムの「福祉の森」により、ケースの記録を行い、情報を共有する仕組みが整備されている。</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>評価者コメント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。 法人が定める「文書の整理、保管及び保存に関する取扱い要領」、「岩手県社会福祉事業団における個人情報保護に関する規定」により、記録の保管、保存及び廃棄について定められている。また、責任者を事務分担に明示し、要領において文書を取扱う職員を具体的に示して責任を明確にしている。職員に対する記録管理の指導は、職員会議や寮棟会議において施設長が行っている。また、パソコン入力時のUSBの保管は、月2回保管確認が行われている。</p>		

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重		第三者評価結果
A①	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>評価者コメント1</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。 個々の利用者に対して半期ごとに作成される個別支援マニュアルに「意思表示」及び「伝達理解」の項目を設け、状態像については多肢選択、具体的支援方法については文章にて表記され、それがケースファイルに綴じられすべての職員で確認できる環境となっている。さらに、特別な配慮・支援が必要な場合には、個別支援計画に取り入れられ、日常的な支援につながっている。現在はコミュニケーションをとるために第三者の支援を必要とする利用者はいない(職員がその役割を担っている)が、対象者がいる場合には個別支援マニュアル、個別支援計画にて利用者本人や家族等の意向を取り入れ対応することとしている。</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>利用者の主体的な活動が尊重されている。 利用者の自治会として「みんなの会」が組織され、年1回の総会及び毎月の例会で利用者の主体的な活動の機会が保障されている。利用者の意見も多く出されるようになったことと併せ、自発的な発言が難しい利用者には職員が代弁するなど補助的に関与しながら、一人ひとりの主体性を大事にした支援が行われている。個々の利用者の希望に基づく「お楽しみ外出」を実施し、地域資源を活用しながら施設外の地域住民等との交流の機会を設けるように取り組んでいる。</p>		
A③	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>評価者コメント3</p> <p>見守りと支援の体制が整備されている。 利用者の能力及びそれに対する支援の方法については個別支援マニュアルに記載され、特に日常的に見守りの姿勢で支援することが必要な利用者に対しては個別支援計画で取り上げ、利用者及び家族等の同意を得て支援している。また、寮棟会議や日々の業務引継ぎにおいて個々の利用者の状況やニーズの変化について迅速に職員間で情報共有するように努めている。</p>		
A④	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>評価者コメント4</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。 個別支援マニュアルの中に個々の利用者に対する具体的な支援方法が記載され、エンパワメントの視点や利用者の現有能力を活かす視点が反映されている。また、地域の社会資源やイベント情報について積極的に利用者へ提供されているが、利用者の高齢化の問題、もともと社会資源に限られている地域性の面から、全体として学習・訓練プログラムを用意するには至っていない。</p>		

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事		第三者評価結果
A⑤	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>評価者コメント5</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。 個別支援計画作成に係るアセスメントシートへの記載及び個別支援マニュアルの作成によって個々の利用者の支援方法や栄養管理の状況についてニーズが把握され、ケースファイルへの記録、寮棟会議や業務引継ぎ等で職員間で情報共有が図られている。食堂のテーブルには個々の利用者の食事配慮事項が目視で確認できるように掲示され、また、女性利用者に対しては特に健康管理への配慮の視点で、医師や栄養士の助言を受けて全面的に個々の利用者に対する食事の見直しを行っている。</p>		
A⑥	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>評価者コメント6</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。 嗜好調査は年度の後半期に実施され、年度末の給食委員会において集計・分析結果が示され、翌年度の献立、特にセレクトメニューの中で反映されている。嗜好調査のアンケート項目も利用者に分かりやすいように改善され、利用者が意見を述べやすい環境づくりに配慮している。利用者の健康への配慮から調味料や香辛料は職員により適量提供されている。献立については、視覚的に分かりやすいよう写真を付けて提示されている。</p>		

A⑦	A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
<p>評価者コメント7 喫食環境に配慮している。 施設の老朽化が進む中で、環境改善委員会における検討により計画的に環境の改善に努められている。その成果として、食堂の椅子替え、テーブルの配置替えに取り組んでいる。また、食堂の装飾に気を配ったり音楽を流したりする等、利用者が食事時間を楽しめるよう配慮されている。</p>		
2-(2) 入浴		第三者評価結果
A⑧	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>評価者コメント8 利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 アセスメントシート、個別支援マニュアルによって個々の支援ニーズについて明らかにされ、特に個別の配慮が必要な利用者に対しては個別支援計画に記載して、利用者・家族等・職員の共通意識のもとで支援が行われている。特に女性利用者は、障がいの重度化によって個別対応が必要な利用者が増えている状況からスケジュールの調整によって職員体制の確保に努めている。プライバシーについては、プライバシー保護マニュアルが整備され、カーテンを使用する等の配慮がなされている。</p>		
A⑨	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>評価者コメント9 利用者の希望に沿って行われている。 基本的に入浴は週3回となっているが、このほかに必要に応じてシャワー浴等で対応している。また、入浴を拒否する利用者に対しては、その背景を理解することに努めながら、可能な方法での入浴の実施に向けた支援が行われている。</p>		
A⑩	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
<p>評価者コメント10 環境は適切である。 浴室や脱衣所等の環境整備については、各寮棟会議や全体会議において話し合われるほか、環境改善委員会において計画的な改善に取り組んでいる。脱衣所には暖房のみで冷房設備が設置されていないが、扇風機でこれを補っている。建物構造、施設・設備の老朽化の課題を抱えつつ、利用者の安全利用と快適な環境整備に向けて随時検討・協議されている。</p>		
2-(3) 排泄		第三者評価結果
A⑪	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
<p>評価者コメント11 介助は快適に行われている。 排泄介助の標準的な方法については日常生活支援マニュアルに記載されており、これを基に個別のアセスメントシート、個別支援マニュアルによって支援されている。排泄の状況については所定様式に記録され、職員間で情報を共有している。一部の利用者は、夜間のオムツ使用に際して自動吸引式の尿吸引パッドを導入、これにより衛生的で、かつ、安眠に向けた支援がなされている。</p>		
A⑫	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p>評価者コメント12 清潔で快適である。 和式便器を洋式化する等、利用者のニーズに即した環境整備に努めている。施設・設備の老朽化により、前回評価では男性用トイレの臭気が課題となっていたが、臭いの原因となっている側溝の洗浄ができるように構造を改善し、1日2回(朝・夕)の清掃に加え、汚れた都度掃除をするよう職員間での意識の共有化に努める等、清潔な排泄環境の整備に向けて組織的に取り組んでいる。</p>		
2-(4) 衣服		第三者評価結果
A⑬	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>評価者コメント13 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 衣服の購入は自由にでき、着用する衣類についても利用者の意思を尊重し、TPO(時間・場所・場合)にそぐわないと思われる場合には職員が助言している。「お楽しみ外出」や個別活動の中で買い物の機会が提供され、購入には本人の希望を尊重して支援している。また、外出が困難な利用者への配慮として、地域の商店の協力を得て施設内に設営される「お楽しみショップ」において、事前に利用者の希望する商品の購入が可能となるよう調整したうえで実施する等、すべての利用者に対し衣類購入の機会を提供している。</p>		
A⑭	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>評価者コメント14 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。 衣類の着替え等の支援については、アセスメントにより個々の利用者の状況・支援ニーズを把握、個別支援マニュアルで支援方法や方針を定め、職員間で統一した支援ができるように配慮されている。定期的に利用者の衣類を点検し、破損が生じているものについては、本人や家族の了解を得たうえで廃棄処分している。精神疾患や発達障がい等により、こだわり行動のある利用者に対する支援方法については個別支援計画によって確認されるが、状態の変化もあることから柔軟な対応を心がけている。</p>		

2-(5) 理容・美容		第三者評価結果
A15	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>評価者コメント15 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 ファッション雑誌やカタログを用意する等、利用者の興味関心を喚起する環境設定に努め、利用者からの希望がある場合には、整髪や化粧を手伝ったり、相談に応じている。理髪は、地域団体(まちづくり公社)の協力を得て施設内での出張サービスを受け入れている。なお、理髪実施後に個々の利用者の満足度を確認し、次回の変更希望を含め所定様式で記録していることは特筆できる。</p>		
A16	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>評価者コメント16 配慮している。 希望する利用者に対しては地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行等の支援が行われている。また、地域団体(まちづくり公社)の協力を得て施設内での出張理髪サービスを毎月受け入れている。理髪店や美容院等の利用については業務日誌に記録され、職員間での情報共有がなされている。</p>		
2-(6) 睡眠		第三者評価結果
A17	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
<p>評価者コメント17 配慮している。 健全な日常生活のリズムを保障し、必要以上に早く就寝しない環境整備に努め、併せて、就寝前の時間はできるだけゆったり過ごせるよう配慮している。必要に応じて夕食後に廊下歩行等の軽運動に取り組むことで安眠につなげる等、個々の状況・ニーズに合わせて記入された個別支援マニュアルによって支援している。一部の利用者は、夜間のオムツ使用に際して自動吸引式の尿吸引パッドを導入、これにより衛生的で、かつ、安眠に向けた支援がなされている。</p>		
2-(7) 健康管理		第三者評価結果
A18	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
<p>評価者コメント18 適切である。 健康管理計画に基づき、外部通院、内部診察、定期検査、定期測定による利用者の健康管理が行われている。個々の利用者の健康情報を記載する「健康のまとめ(年間)」が整備され、これにより職員間で利用者の健康情報の共有が図られている。月曜から金曜までの毎朝、診療棟看護師の巡回があり、各寮棟で利用者の健康チェックシートに基づき健康状況を確認し、利用者の健康状態に変化がある場合には適宜診療棟へ報告、相談のうえその後の対応につなげている。AED研修や救急救命講習への参加等による職員研修にも積極的に取り組んでいる。</p>		
A19	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
<p>評価者コメント19 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が、取組が十分ではない。 医療情報ファイルを各寮棟に常置し、個々の健康管理に迅速に対応できる内部体制を確保、外部医療機関への情報提供については様式を整えた支援サマリーを作成し、迅速かつ適切な医療が受けられる体制づくりに取り組んでいる。地域の病院には、概ね20分でアクセス可能だが、今後は、地域内の診療所との連携や医療圏域を跨いだ連携を検討する等、これを補完する医療機関とのネットワークづくりについて更なる取組が望まれる。</p>		
A20	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>評価者コメント20 確実にされている。 服薬管理マニュアルが用意され、利用者一人の服薬にあたって通常4人の職員のチェックを経て適切に処方されるよう取り組んでいる。併せて、服薬チェック表、外用薬チェック表等への記入を通して、与薬状況について職員間での正確な情報共有に努めている。インシデントまたはアクシデントが発生した場合には、その原因の究明とともに再発防止のためのマニュアルの見直しも行われ、厳格な基準のもとで内服薬・外用薬の管理が行われている。</p>		
2-(8) 余暇・レクリエーション		第三者評価結果
A21	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>評価者コメント21 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。 外出先の希望について年2回聞き取り調査を行っているほか、個別面談、なんでも相談、自治会「みんなの会」の機会を利用し、広く利用者の希望を把握している。そのうえで、支援方法を検討し、利用者の希望に合わせた余暇・レクリエーション支援が行われている。特に希望の多い地域の喫茶店、食堂、コンビニエンスストアへの外出については、定期的にその機会が提供されている。しかし、活動を支えるボランティアは、「ボランティア受け入れマニュアル」によって受け入れているが、継続的なボランティアの確保は十分とはいえない。経験者による口コミによって自発的な問合せもみられるが、施設としてより積極的なボランティアの受け入れに向けた取組が望まれる。</p>		

2-(9) 外出・外泊		第三者評価結果
A22	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b
<p>評価者コメント22 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。 年2回の聞き取り調査において外出先の希望先を把握するほか、個別面談、なんでも相談、自治会「みんなの会」にて利用者の希望の把握に努めている。地域の情報については、イベント情報や社会資源が紹介されたチラシ等を掲示する等、利用者に情報提供している。地域特性や利用者の状態等から、外出に際しては基本的に職員が同行している。しかし、利用者のエンパワメントの視点から、個々の能力を活用した外出支援が行われているとまではいえず、今後の更なる取組が望まれる。</p>		
A23	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>評価者コメント23 利用者の希望に応じて行われている。 利用者及び家族等の希望を最大限に尊重して、時期・期間等柔軟に外泊・帰省支援が行われている。特に帰省については、すべての利用者の個別支援計画のなかに共通支援項目として帰省支援時の支援事項、具体的支援計画、支援期間を明示している。</p>		
2-(10) 所持金・預り金の管理等		第三者評価結果
A24	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
<p>評価者コメント24 管理体制が整備されているが、取組が十分ではない。 「事業団預かり金等管理規程」が定められ、これに則り利用者の所持金について適切に管理するよう取り組まれている。管理状況については、家族に対して年4回(4半期)報告書を送付して確認してもらっている。一部小遣い程度の額の金銭を自己管理している利用者があり、これに対しては個別支援計画で支援内容を確認して取り組んでいるが、自立度を段階別に評価してさらに自立管理につなげるような学習プログラム等は用意されていない。今後は、希望する利用者に対して金銭の自己管理に向け標準化された学習プログラムの検討が望まれる。</p>		
A25	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>評価者コメント25 利用者の意志や希望が尊重されている。 新聞や雑誌の個人での購読は自由であり、テレビやラジオの個人所有も認められている。その際、原則として個人の所持品の管理は自己の責任にあり、職員も可能な範囲で支援・見守る姿勢で対応するがリスクとして盗られたり壊されたりする可能性もあることが事前に確認されている。リスク管理としてすべての利用者に賠償責任保険の加入を勧めている。テレビの視聴時間は利用者の納得のもとで決められており、職員の見守り支援もあり、これまでこのことに対する利用者間のトラブルは確認されていない。</p>		
A26	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>評価者コメント26 利用者の意志や希望が尊重されている。 飲酒や喫煙については個別支援マニュアル及び個別支援計画により支援方針を定め対応することとしているが、現在、喫煙者はおらず、定期的に飲酒する利用者はいるが量・頻度とも少なく、特別な配慮を要する状況とはなっていない。コーヒーを好む利用者があり、健康面への配慮から、寮棟会議で検討されたルールを利用者に説明し、了解のもとで支援している。</p>		