

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【障がい者支援施設 こぶし】

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。	a
<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>評価調査者コメント 法人の創立40周年(H23)を契機に理念が見直しされ、従前の「基本理念」を「経営理念」に替え、「利用者」を「お客様」と表現し、地域福祉の推進や経営意識の醸成など、法人の使命や目指す方向がより具体的、かつわかり易く明文化されている。また、この理念は施設内への掲示はもとより法人の概要書、法人のあらまし、中・長期計画書、運営計画書及び収支予算書に掲載されている。さらにホームページにより法人の目指すものとして経営理念の周知が内外に図られている。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
<p>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>評価調査者コメント 理念と同様に、法人の創立40周年を契機に見直しが見られ、従前の「基本方針」を「経営基本方針」に変え、内容を従前の基本方針の考え方をベースに整理されて、強調すべきことを具体的、かつわかり易く表現されて明文化されている。また内外に対する表明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。	a
<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>評価調査者コメント 理念や基本方針を印刷して職員に配布されており、年度初めに管理者から説明がされている。理念と基本方針が従前の「利用者」から「お客様」に替えられた理由について、理解を促すために継続的に説明がされている。経営理念や経営基本方針に明示されている利用者の人権や尊厳保持のために、毎月の寮棟会議の議題にして、倫理綱領や職員の行動規範の確認や読み合わせを行っている。また人権侵害及びコンプライアンスについて、それぞれ所定のチェック表で定期的に全職員が自己チェックを行い、組織一丸となって経営理念や経営基本方針の具現化に取り組まれていることは、特筆すべきことである。</p>	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
<p>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>評価調査者コメント 理念や基本方針を利用者の過半数の方が理解できることを前提に、文書表現を工夫し、かつふりがなをふった文書を、利用者自治会で配布をし説明がなされている。 また利用者の朝礼の際には、理念や基本方針の趣旨をわかり易く説明している。</p>	

I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
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。 評価調査者コメント 県から施設が法人に経営移管されたことに伴って、H28年度から自主・自立の経営とその後の安定経営を目指して、H23年度からH32年度までの10か年を展望した中・長期計画及び収支計画が策定されている。策定に当たっては、理念を具現化するために経営基本方針に基づき10年後のビジョンを描き、そのビジョンを達成するために、内外の現状分析を行い、的確に課題把握されたうえで、H23年度からH27年度までの前期実施計画が、年度ごとに具体的に策定されている。この計画と連動して各施設ごとの前期5か年の実施計画が策定されている。	
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。	a
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。 評価調査者コメント 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。施設の中・長期計画の前期実施計画のうち、当該年度分が単年度事業運営計画に反映されている。さらに当該年度の実施計画には、取り組むべき項目、内容が具体的に示されている。 また実施状況の把握が容易なように数値化され、取り組むべき項目ごとに担当者を配置して、計画実施の管理体制が明確となっている。	

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。	a
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。 評価調査者コメント 当該年度の実施計画について、施設は法人事務局に進捗状況等を四半期ごとに報告し、報告された都度法人事務局幹部及び各施設の管理者で構成する「プロセスマネジメント会議」で、課題、改善策などが検討されて、その結果を各施設にフィードバックをし、職員に周知が図られている。さらに施設では、年度末には業務の反省と見直しが職員会議で協議されており、プロセスマネジメント会議や施設の職員会議で把握された課題や見直しについて、次年度に反映されるなどの仕組みができており組織的な取り組みとなっている。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	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。 評価調査者コメント 計画の職員への周知については、中・長期計画の前期実施計画や実施項目ごとに担当者を明示し、当該年度の実施計画をそれぞれわかり易くまとめた一覧表を、配布して説明がされている。 また4半期ごとに開催されるプロセスマネジメント会議で、業務の進捗状況など協議された内容は、その都度職員会議で周知し、理解を促している。 利用者への周知は、各計画のうち利用者にかかわる部分について、利用者自治会で配布説明がされている。利用者からは活発な意見、要望が出されて、年度途中で計画の追加などがなされているが、各計画について障がいや考慮したわかりやすい説明の資料等の作成が望まれる。	

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。 評価調査者コメント 管理者の役割と責任の内容として、年度運営計画の運営方針や取り巻く環境及び事業の重点項目について管理者が計画をして、年度初めの職員会議で配布し、説明を行い、施設の機関紙に掲載して内外に表明されている。 さらに毎月の職員会議での事業推進に対する説明などから、管理者の施設経営の責任者としての役割や姿勢がうかがえる。 管理者自らの行動の信頼性の把握については、法人として実施している人事考課制度の被考課者でもあり、管理者としての役割や責任についての妥当性が評価されている。	

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>評価調査者コメント 法令や制度改正などは、県の研修会や関係上部団体の研修会への参加及び県のメールリンクやインターネット情報などによりタイムリーに把握されており、得られた情報は朝礼や職員会議で周知が図られている。また法令遵守については、虐待防止制度や自立支援法及びメンタルヘルスに関する研修会の講師として職員の指導にあっている。具体的な取り組みとしては、人権侵害、コンプライアンス及び虐待防止について、定期的な職員の自己チェックの推進をし、経営理念や経営基本方針の具現化に向け、積極的な指導がなされている。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
<p>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>評価調査者コメント 福祉サービスの質の向上を図るために、毎年サービスの自己評価の実施及び3か年ごとに第三者評価の実施と、年2回の利用者満足度調査の実施によりサービスの現状と課題が把握されている。この分析や課題解決のために施設内に事業検討委員会を設置して、管理者が委員長を勤め係長、主任、相談員等職員により検討がされ、改善策の具体的方法、実施の時期、担当について明確にされており、サービスの質の向上に管理者としての意欲ある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>評価調査者コメント 人事、労務及び財務について分析され、その課題の取り組みとして人員配置、財務及び働きやすい環境づくりについて、前期実施計画に具体的な取り組み内容が明示されており、その取り組み状況が四半期ごとに把握されている。経営改善等に係る職員の意見、意向は定期的な個別面談や毎月の事業検討委員会で把握されている。特に職員提案制度の提案の中から管理者主導のもとに、施設が抱えている課題を選定し、その解決のために全職員で取り組まれており、経営改善等に管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
<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>評価調査者コメント 社会福祉の全体動向の把握方法としては、関係上部団体の研修会や情報、県のメール及びネット情報で把握されている。利用者数、利用者像、潜在的利用者数及びニーズについては、圏域の自立支援協議会や地区内の病院、行政及び施設とによる連絡会からの情報や資料などから把握されている。この情報やニーズに基づき精神障がい者中心とした施設移行の計画が中・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>評価調査者コメント サービス利用者の推移や利用率については、利用率等管理チェックシートに基づいて毎月把握されている。財務分析は法人が各施設ごとに詳しく分析され、その内容を予算と対比させて職員に配布説明がなされている。また財政基盤の安定を図るために中・長期計画の前期実施計画や単年度実施計画に具体的項目の達成目標が計画され、4半期ごとにプロセスマネジメント会議で進捗状況などが協議され、その結果が施設にフィードバックされ、それを受けて改善に向けた取り組みがなされている。</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。	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いるが、それに基づいた人事管理が十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 経営基本方針に法人が人材として期待する職員像が明示され、そのための人事管理は人員の配置、職員の採用、評価、能力開発、報酬が有機的に連動する人事管理とするという基本的な方針が確立されている。組織が確保すべき有資格名は、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士及び臨床心理士などが計画されている。人員体制については組織機能を運営するために、H32年度までの正規、非正規職員別に中・長期計画に明示されている。中・長期計画で職員の充足率は100%を目標にしており、現在の充足率はこれを越えて配置されている。ただ中・長期計画を達成するために、どういう人材をどのくらい必要とするのかを具体的な計画として、専門知識・技術者や専門資格名ごとの人員数の配置計画の検討が望まれる。</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。	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>評価調査者コメント 人事考課制度は、教育・研修制度及び目標管理制度とともに、人材育成の一環として実施されている。考課基準は客観性に配慮して、成績、情意及び能力考課に大別し、それぞれに考課項目が設定されている。人事考課の実施に当たっては正確性や公平性を期するために、人事考課シート様式を定め、それに依り、被考課者が自己評価し、次に第1次評価者、第2次評価者が、それぞれ面接を行いながら評価している。第2次評価者が総合評価及び総合意見をまとめて、これを被考課者にフィードバックのための面接を行うなど透明性のある取り組みがされている。この人事考課制度は5年目を迎え、趣旨や内容は職員に理解されている。</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。	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>評価調査者コメント 有給休暇の取得状況や時間外労働については、業務担当係りが毎月集計をしてデータを作成している。事業検討委員会の定めにより管理者及び業務係長が、有給休暇の取得の少ない職員から意見を聴いて、有給休暇の取得しやすい環境改善に取り組まれている。時間外労働の多い職員についても意見を聴いて、業務の手順や分担の見直しについて、業務改善活動計画を策定し取り組んでいる。職員の意見、意向を聴くための個別面談は目標管理、人事考課、身上調書の聴き取りの際に、業務、就業関係、職場環境及びプライベートの相談とともに定期的に行われている。メンタルヘルスケアについては、法人に事務局を配置して支援体制、方法、外部支援機関への相談体制が整備され、法人事務局と施設とが一体となって取り組んでいる。</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>評価調査者コメント 法人の職員互助会施行規程が定められており、療養給付金の給付など9項目の事業が行われている。また県社協の共済事業への加入もしている。非正規職員についても福祉医療機構の退職金制度に加入している。さらに非正規職員も含めての各種検診やインフルエンザ及びB型肝炎予防接種の実施など、職員の健康管理に配慮した特筆すべき取り組みがされている。</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。

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>評価調査者コメント 経営基本方針や中・長期計画に、法人経営と質の高いサービスの提供を担うことのできる職員像が明示されている。職員に求める専門技術や資格については、社会福祉士など7種が計画されている。この専門資格を取得させるために奨励金や、資格手当での支給及び職務専念義務免除により、資格取得の意欲が高められる方法がとられている。 また人材育成のために教育研修制度、人事考課制度及び目標管理制度の一体的な運用や、質の高いサービスの提供と将来施設の経営を担うための全人的成長を目的とした人材育成の取り組みのために、法人本部に人材育成室が設置されており、その成果が期待される。</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>評価調査者コメント 教育・研修実施要綱が定められて、それに基づいて正規職員全員の「個別人材育成計画書」に短期、中期合わせて5か年を目処に人材育成計画が作成されている。作成に当たって個別職員が5年後にどんな仕事を担っていたいか、どんな資格を得たいかなどの希望を把握して、それを踏まえて法人の基本姿勢に沿う計画が立てられている。研修内容によって法人本部研修、施設研修及び自己啓発研修に分けられ、全人的成長を目指した内容となっており、策定された計画に基づき教育・研修が行われている。 また職場研修として外部講師を招き新しい知識や技術の習得に取り組まれている。</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。	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>評価調査者コメント 個別人材育成計画に基づき教育・研修を受講した場合は、受講者が所定の外部研修受講評価書に、研修の概要、評価と感想及び今後の職務に活かせる点を記載して、評価確認者である管理者に報告し、評価、分析されている。また受講者は職場研修や職員会議の機会に研修の報告発表が行われている。 今後は研修の評価、分析の結果を研修計画やカリキュラムの見直しについても検討し、研修計画に反映されることが望まれる。</p>	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	b
<p>実習生の受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>評価調査者コメント 法人の実習生受け入れ要綱に基づき、当施設を含む中山の園グループでの実習生受け入れ要領を定め、受け入れ手順として連絡窓口、受け入れの決定、実習計画の作成、事前指導、以下実習の反省、評価まで詳細に定められている。また学校に対して実習生の受け入れ承諾書の交付とあわせて、実習に伴う事故などの責任所在を明確にした誓約書が取りかわされている。実習担当者は県立大学において、福祉専門職養成にかかる研修を受講し、実習生の指導に当たっているが、実習生を受け入れるための基本的な視点について、また基本姿勢について明確にすることが望まれる。</p>	
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	b
<p>実習生の受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 実習全般について学べるプログラム及び社会福祉士の資格取得をめざすために配慮されたプログラムが整備され、プログラムの作成については学校との連携のもとに作成されている。ただし当施設は利用者の状態から介護福祉士やヘルパー養成の実習希望がなく併せて施設の立地条件により、他の実習希望者も少なく、課題となっている。今後積極的な受け入れの取り組みの在り方について検討が望まれる。</p>	

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	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>評価調査者コメント 管理者は、利用者の安全確保のために、災害及び事故等危機に対して、トップ責任者として明確化され、適時、適切な指示、命令等が発揮されている。事務分掌は防災、事故、感染症及びリスクマネジメント委員会にそれぞれ担当者が配置されている。安全確保に関する検討組織として、現場職員も参画するリスクマネジメント委員会が組織されて傷病等7項目の所掌範囲を定めて、定期的に委員会が開催されている。 また火災、震災、インフルエンザ、ノロウイルスなど感染症などの発生対応マニュアルの整備がされている。さらに利用者個別の健康管理表や写真が整備され、緊急時に対応できる仕組みや体制ができています。</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>評価調査者コメント リスクマネジメント実施要綱並びに要領に従って、アクシデント及びインシデントが発生した場合は、所定の様式に基づいて報告され、原因分析や改善策をたてて周知と実施が図られている。その実施結果の評価、見直しも行われている。リスクマネジメント委員会で定期的にアクシデントとインシデント報告を集計し、分析、改善策が検討されている。事故防止に関する研修会は、内部研修や外部研修がおこなわれている。 なお、本年度から報告様式や報告方法に工夫をされて取り組まれており、その成果を期待する。</p>	

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。	b
<p>利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 利用者の地域との関わりとして、家族や友人、知人との関係が継続、促進されるように支援するという基本姿勢が、中・長期計画に明示されている。地域の社会資源の情報として「私たちの利用できる(健康、福祉、病院)施設」、「私たちの利用できる商店や施設(美容室、公民館)」や「私たちに助けてくれる身近な(支援センターなど)施設」として、それぞれの対象施設名を圏域のマップに表示して、施設内に掲示されている。利用者の買い物、外食、余暇活動などは、一部ボランティアの協力を得て月3回程度実施されている。 利用者の高齢化が進み地域交流や利用者の要望の対応に苦慮されているが、地域の方々が施設に訪れて交流できる行事の工夫やボランティア育成とその活用が望まれる。</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
<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>評価調査者コメント 施設が有する機能の還元としては、緊急保護的な短期入所の受け入れと法人及び施設の機関誌が配布されている。施設には専門的な知識や技能、技術を有する優れた人材が豊富なことから、この人材を活かして地域のために貢献する取り組みが必要と思われる。</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
<p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>評価調査者コメント ボランティアの受け入れ要領を定めており「利用者の社会との交流を増すとともに、障がい者福祉に対する理解の促進を図りながら、地域社会の人材育成に寄与する。」という基本姿勢が明文化されている。受け入れ手順については要領に、登録の手続き、事前説明、オリエンテーション、活動内容及び留意事項及びボランティアへの指導方法と内容が詳しく定められている。これらの項目ごとに担当者が配置されるなど仕組みや体制が確立されている。しかし要領にも定められておらず地域の福祉人材としてのボランティア育成については、積極的な取り組みが望まれる。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	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>評価調査者コメント 個々の利用者が状況対応できる圏域の関係機関、団体及び障がい者施設のほかに、関係福祉施設がそれぞれ機能ごとに分類され、連絡方法も明示された一覧表と、それぞれ表示されたマップが整備されている。この情報を職員間で共有している。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>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>評価調査者コメント 援護実施者の行政や福祉関係団体との定期的連携による情報収集や、課題解決のために関係者との定期的なケア会議が開催されている。関係機関、団体とのネットワークについては、当施設の管理者が圏域の自立支援協議会の地域移行推進部会長を担当されて、圏域の障がい者地域移行リストの作成、移行対象者個別ごとの問題、課題への取り組み、移行先の把握など部会の構成員との連携のもと、月1回程度のペースで取り組まれている。また地区内の病院や行政及び施設による定期的な連絡会を開催して、地域移行可能者の具体的な課題に取り組まれているほか、潜在的利用者数や利用者像などの情報、意見交換など、関係機関、団体やネットワークにより地域課題に積極的な取り組みがされている。</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。	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>評価調査者コメント ニーズについては、地区内の病院、入所施設、相談支援事業所及び行政担当者による定期的連絡会、圏域の自立支援協議会や、当法人が運営する全施設の事業活動を通じて得られたニーズが把握されている。当施設に関係する具体的なニーズとしては、精神障がい者が地域移行の機能を有する施設や地域で障がいのある生活者が、虐待や病気の際に受け入れてくれる施設についての要望が主たる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。	a
<p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。</p> <p>評価調査者コメント 地域のニーズに基づき虐待を受けた障がい者の緊急保護的短期入所の受け入れを行っている。 またH26年度から知的障がい者中心から一部精神障がい者受け入れ施設機能への転換が予定されている。すでに職員のスキルアップ研修として、職場研修や先進地研修に取り組まれており、受け入れのため施設の一部改修の着手がされている。この計画は、中・長期計画や当年度の運営計画においても明示されている。</p>	

III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
<p>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 理念や基本方針には、利用者を尊重した基本姿勢が明示されており、職員にはそれを踏まえた具体的な取り組みとして、研修が開催されている。また、各基準・マニュアルにおいても姿勢が示されている。特に「中山の園グループ行動基準」や、「職員行動規範」の内容は入職時や振り返りの研修に活用され、職員の行動変容につながっている。 身体拘束や虐待防止については、法令の学習や研修を実施し、マニュアルも策定されている。</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。	a
<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>評価調査者コメント プライバシー保護マニュアルを制定し、利用契約時に説明している。 利用者のプライバシー保護マニュアルに基づく対応について、職員間で定着してきている。職員が一人の人間として接することにより、利用者の行動も落ち着き、職員への信用・信頼を感じている。昨年の非常勤の職員(若い)に対して行った研修において、2週間のプログラムであったが、研修の後では職員よりも年長の利用者に対する言葉使いや気遣いに格段の差が見られ、マニュアルや研修の効果を実感し、モラルの継続のためにも利用者のプライバシーの周知を実践している。</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 利用者の自治会例会が開催されている。例会において要望や意見を寮棟会議で報告し、取り入れている。 満足度調査は利用者に対して年2回、家族は年1回行なわれており、そこから出た意見や要望について、検討や分析がなされている。 また結果について利用者へ回答し、改善についても自治会を通して周知されており、職員は利用者満足につながるような仕組みや、話しやすい雰囲気づくりに努めている。</p>	
III-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	a
<p>把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。</p> <p>評価調査者コメント 満足度調査を年2回実施し、その結果を広報誌で公表している。また、嗜好調査も実施している。 その結果により、食事に関する希望を把握し、献立に反映させている。又、利用者の高齢化にも対応していかなければならない事は満足度調査からも明らかであるが、それに対応し食事の形態を個々に合わせて検討・実践している。さらに食事時間も個々に合わせてせかせさないように、同じテーブルのメンバーを変えてみる等の見直しをしながら、満足の向上を図っている。</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 利用者からの相談や意見はどの職員でも聞くことを利用者に伝えており、希望に応じて、施設長や係長に話す事も出来る。 また、意見箱を設置している。施設に対する要望は自治会の例会で述べられることが多い。 利用者が意見を述べる環境が整備され、利用者は何時でも、直接伝える事や自治会での発言の機会があり、要望だけでなく意見や苦情に対して対応し、周知されている。 職員も利用者の意見や苦情の中から学ぶものがあり、利用者に対する意識改革につながっている。</p>	
III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
<p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>評価調査者コメント 苦情解決の仕組みを利用者向けに掲示している。第三者委員を設置し、相談受付担当者を広報誌を通じて、利用者、家族に周知している。 フローチャートの活用がなされ、苦情解決マニュアルに則り、年3回の苦情解決委員会が開催され、第三者委員の活動も機能していて、PDCAサイクルが機能している。</p>	
III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a
<p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>評価調査者コメント なんでも相談の受付を実施している。 利用者からの意見提言対応マニュアルが活用され、所定の用紙による記録・保管もきちんとされている。 利用者・家族からのどんな事でも聴きいれて対応していく姿勢が見られる。</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 毎年自己評価を実施し、2年毎に第三者評価を受審している。今年度は職場実習でサービス評価に対する説明を行い、個人で自己評価を行った後、意見交換をして事業所の自己評価とした。 職員が自分たちのサービスを定期的に自己評価が出来ているということは、職場風土の醸成の上でも評価できる。 職員からの聞き取りにおいても、事前のガイドラインの研修会、その後の意見交換、評価の集約をすることにより、関心を持ったり、改めて学習する機会となったとの成果が報告された。</p>	
III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a
<p>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>評価調査者コメント 評価結果の分析を行い、自己評価の結果として課題解決の実例として、「こぶし男子寮及び女子寮の日常生活支援マニュアル」の作成があげられる。また「サービス改善実施計画」を半年毎に目標を掲げて取り組み結果を出していることは評価できる。</p>	
III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a
<p>評価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>評価調査者コメント 評価結果の分析を行い、自己評価の結果として課題解決の実例として、「こぶし男子寮及び女子寮の日常生活支援マニュアル」の作成があげられる。また「サービス改善実施計画」を半年毎に目標を掲げて取り組み結果を出していることは評価できる。具体的な課題として設備面において、浴室やトイレの改善が挙げられている。予算の問題もあるが、改善策や改善計画を立て計画的に進めていく仕組みが確立している。</p>	

III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
<p>個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>評価調査者コメント 業務手順書、日常生活支援マニュアルが作成されており、それに基づいて個々のサービスを実施しており、利用者尊重(お客様)の姿勢が明示されている。 新たに作成された「日常生活支援マニュアル」の実施により、具体的なサービスが均一に実践できるよう、さらに振り返りながらサービスを実施している。</p>	
III-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
<p>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>評価調査者コメント 業務手順や日常生活支援マニュアルは、寮棟会議やモニタリング会議で定期的に検証、見直しを行っており、利用者の状況、状態により随時見直しをする体制もあり、職員からの意見や提案が反映できる体制となっている。職員は常により良いサービスの提供を心がけている。</p>	

III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
<p>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 日中活動については生活介護日誌に、入所支援については業務日誌に記載される。ケース記録はこれらの日誌記載事項に、担当者が個別支援計画に沿ったサービスの記録を加え、月ごとにまとめを行っている。健康面については、健康のまとめとして月ごとのまとめを1年分の表に記載している。 記録についての研修を計画し、プライバシーに配慮する事、標準化されている記載方法等を取り入れて適切な記録が出来るように職員研修を行っている。</p>	
III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p>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>評価調査者コメント こぶし事務分担表により、記録管理者が定められている。利用者の記録は社会福祉事業団における個人情報の保護に関する規程により、適切な管理が行われている。 また、社会福祉事業団文書管理規程が策定され、保存、廃棄についても定められている。</p>	
III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a
<p>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>評価調査者コメント 利用者の状況について日誌に記載し、夜勤明け職員から日勤職員、日勤職員から夜勤職員に口頭で引き継ぐほか業務引き継ぎ簿も活用している。 情報の共有を目的に カンファレンスの定期的な会議の開催等、部門横断での取組による自立支援計画も策定されている。</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
<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 ホームページで施設の概要を紹介するほか、随時更新するよう努めている。利用希望者の見学や体験利用に応じているが、広く不特定多数を対象とした広報は不十分である。 利用希望者については、見学から入所になったケース、ショート利用から入所につながるケースも見られるが、公共施設等多数の人が手にすることができる場所等へのパンフレットの配架等の取り組みはなく、市町村にこちらの情報がうまく伝わっていない事に気づいているので、広報や周知等への取り組みが必要との認識もあることから今後の取り組みに期待したい。</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。	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 サービス開始時に重要事項説明書により具体的なサービス及び料金について説明して、契約書を取り交わしている。利用契約書、重要事項説明書は、わかりやすいよう文字を大きくして、ルビを振っている。 説明は契約書等をわかりやすく口頭での説明を行って、同意を得ているが、ご家族の高齢化や遠方の住所で同意を取りづらい家族も出てきている。</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 グループ内の移動においては引き継ぎ文書が定められており、本人の同意を得て資料を提供し、支援の継続を図っている。 また、利用者の事業所変更や地域移行にあたっては、地域支援部、相談支援事業所が担っているため、引き継ぎや申し送りを行い継続性が図れるよう配慮されている。中山の園グループにおいての役割分担の観点から、利用者へのサービスの継続についてはこぶしとして情報提供ができる体制も整備しているといえる。</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 アセスメントは定められた様式により行われている。アセスメントは3年ごとに行うこととしていたが、利用者の高齢化や疾病による機能低下が目立ってきたため、今年度は全員実施した。手順についても、個別支援計画作成マニュアルにおいて定められている。 職員が日常の支援の中で、利用者の高齢化、機能低下に着目し、「援助の必要度に関する評価表」に沿って、全員の「援助の必要度の尺度」、「支援計画検討表」を見直した。今までは3年に1回であったが、これでは高齢化に追いついた支援が出来ないという思いが、行動を起こしたことは、職員のアセスメント能力はもちろんサービス実践能力が高まってきていると評価する。</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 アセスメントは手順書に基づき、3年ごとに行うこととしている。アセスメントは5領域41項目について行い、利用者のニーズや、課題が明示されている。 なお、今回、利用者の高齢化や疾病による機能低下が目立ってきたため、今年度全員実施した。</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 サービス管理責任者を設置している。6ヶ月ごとに利用者、家族を交えたモニタリング会議を実施し、支援計画に対する見直しを行っている。 利用者、家族を交えたモニタリング会議は活発に機能しており、個別支援計画の見直しにつながっている。 また、日常のサービスの実施については、生活介護実施確認書により、サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。</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 個別支援計画作成マニュアルに基づき、契約後1か月以内に策定しサービスの実施となっている。 さらに6ヶ月ごとに利用者、家族を交えたモニタリング会議を実施し、支援計画に対する見直しを行っている。 評価・見直し、サービスの実施とPDCAサイクルが実施されている。</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 聴覚障害を持つ利用者に対して、写真カードを用意し、日課の説明や買物の希望聴取の際利用している。 担当職員中心に、女子棟会議の中で、基本動作に係る手話の研修会を行っている。</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 自治会支援担当職員をきめ、自治会活動の支援(希望の調整)を行っている。 毎月開催されている例会は、選挙で選ばれた役員が中心となって、利用者の意見や希望を出す機会となっている。 外部の知人が利用者を訪ねてきた際は、面会のための部屋(デイルーム、居室)を提供し、居室を使用する場合は同室の利用者のプライバシーにも配慮している。</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。	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 利用者の主体性を尊重し、支援が必要な利用者に対しては、個別支援計画をたて、半年に1回のモニタリングで検証している。 日常の各場面における配慮事項は、日常生活マニュアル及び業務手順表により、職員に周知している。 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備について月1回の療棟会議や職員会議で常に検討されている。</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。	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>評価調査者コメント 社会生活能力に関するプログラムは現在整備されていないが、自立訓練の再開に向けてSSTの導入を9月から実施予定となっている。 SSTは、担当職員3名を中心に準備を進めており、自己表現の技能や話し方の支援を行う予定。 障がい者の権利に関わる情報を施設内に掲示している。</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。	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 刻み、ミキサー食など、利用者本人及び保護者の了解のもと利用者個々の疾病や嚥下、咀嚼の状態に応じた形態の食事が提供されている。 介助や見守り支援について規定している。利用者の食事能力(嚥下能力)向上のため、毎日昼食後に嚥下体操を行っている。</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1回嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。 食事サービスの検討会議等には、軽度利用者が多い施設の持ち回りで利用者が参加し、こぶしの利用者が参加する場合もある。 献立は毎月10日分ずつ掲示している。調味料は複数のドレッシングや香辛料も用意している。食事中は特にむせたり、嚥下の困難がないか注意して見守っている。 残食は検食簿に記載され栄養士に伝えられる。残食に関する感想は意見箱に入っていることもあり、その場合も栄養士に伝えている。 適温の食事や食材への季節感の取り入れ、食卓上の調味料用意などにも配慮が行われている。</p>	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
<p>喫食環境に配慮している。</p> <p>評価調査者コメント 喫食環境整備計画に基づき、食堂の環境整備を行い、寮棟会議、職員会議において食事席やエプロン着脱などの本人の状況、行事の際の食堂の装飾の工夫などの検討を行っている。 食事時間は衛生上の制限の範囲内で好む時間(朝8時～9時、昼12時～13時、夕食17時30分～18時30分)に摂ることが出来る。 職員は配膳終了から食べ終わるまで欠食がないよう声かけを行っている。</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。	a
<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>評価調査者コメント 入浴は週3回14時から16時まで実施されており、一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリストを整備し実施されている。 サービス実施計画や個別チェックリストは、使用後支援室で保管されている 障害や健康状態に応じた支援の手順を定めている。身体機能が低下した人のためにシャワーチェア(足洗用、洗体用)を設置している。 入浴時は浴室1名、脱衣所1名に職員が付き、安全に配慮している。</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
<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 入浴日だけでなく、希望や必要に応じてシャワーを利用することができる。 冬季の夜間、ボイラーが停止するため、施設に給湯設備を設置するよう要求している。 冬場の夜間に排泄汚れが生じた場合に備え、女子トイレ内にシャワー室を設置し対応している。男子棟男子トイレにはシャワー設備はない。 入浴の時間帯や週間回数については、契約時に重要事項説明書等で説明している。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c
<p>環境は適切ではない。</p> <p>評価調査者コメント 設備が老朽化しており、構造上の問題もあるが、暖簾を使用するなど、プライバシーの保護に配慮している 身体機能が低下した利用者のためのシャワーチェアやシャワーキャリー設置などの安全性、女子浴室の中が見えないようなカーテンやシールなどの配慮について随時職員会議等で検討しているが、今後利用者の身体能力の低下も考慮した設備の検討が望まれる。</p>	

2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	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 排泄介助に関する利用者の健康状態や注意事項については、サービス実施計画に記載されているほか、業務日誌に記載されている。 排泄介助についてはパルンカテール使用方法も含め日像生活支援マニュアルに記載されている。 歩行が不安定な利用者について、夜間もトイレまでの移動を介助している。 パルンカテール使用者についても支援に従って処置している。排泄介助の結果は業務日誌に記録されている。</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 トイレは和式2、洋式2の便器が設置され、扉を新しいものに取り替えている。 サンドル履き替え用椅子の設置など、トイレ環境の点検・改善のための検討はアクシデント事例をもとに職員間で検討を行い、検討結果は利用者へ説明されている。 トイレ清掃、消臭の工夫など行っているが、構造上の問題や設備設備が老朽化していることもあり、印象が悪い。</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 衣服は、利用者本人が洗濯して仕分けし、居室内ロッカーや引き出しに保管している。 衣服購入時は職員が利用者に事前に購入したいものを聞いて代金を用意、年4回の外出支援の際に、個人の好みに従って購入している。 衣服の洗濯や仕分け、購入にあたっては職員が一部支援を行っている。</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。	b
<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宜行われているが、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 利用者が着替えを希望した場合や自ら着替えたい場合、その意思は尊重されている。 自立した人が多いため、汚れや破損が生じた場合に速やかに対処するための業務手順は用意されていない。</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 理容は管理棟に毎日来ている理容師の整髪や、外部の理容室や美容院を利用者の希望により利用できるようになっている。</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 地域の理髪店や美容室を利用する際は、送迎や同行をしている。 地域の理髪店や美容院は長年のお付き合いで利用者割引なども行っており、理解と協力が得られている。</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>評価調査者コメント 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等が、日常生活支援マニュアルに記載されている。 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物の使用も可能になっている。 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的にデイルームやショートステイの部屋など他の部屋を使用することができる。 医師から処方されている方が希望した場合には、眠剤を服用してもらうことが可能で、その際は、服薬チェック表に記入するようになっている。</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 毎朝健康チェック表を診療棟看護師に提出し、その日の状態を報告し、相談、指示を受けている。 通院計画に基づく定期的な受診を支援している。口腔衛生の指導を受け、日常的に支援している。 利用者の健康状態は健康管理マニュアルによって管理されており、日常の健康状態は健康チェックカードで把握されている。 利用者の健康維持・増進のため、体操やバランスボール、ストレッチ、散歩などが日常生活の中にプログラムとして用意されている。 利用者の健康観察のため、毎週1回巡回が行われているほか毎朝看護師の巡回がある。 週2回岩手医大の歯科衛生士が施設を訪問し利用者の口腔ケアを行っている。</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>評価調査者コメント 一戸病院(内科、外科、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、精神科)との日常的連携が図られており、緊急通院マニュアルに基づき通院にも対応している。</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 施設内で扱っている薬物については、管理マニュアルにしたがって、事務室での保管⇒日常使用分の寮棟での保管⇒複数職員による確認⇒飲み残しも複数の職員で確認という流れができている。 服薬支援に際してはチェック表により、服薬忘れや重複、誤用を防止している。また誤飲があった場合のマニュアルも整備している。</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 余暇やレクリエーションに関する情報は食堂へ掲示され、自治会例会、満足度調査を通じて、利用者の希望を把握し、反映された計画を立てている。 ボランティアが出演するレクリエーション(人形劇、地域の歯科衛生士による歯磨き指導など)が実施されている。</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
<p>利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント ドライブや買い物外出の支援を行い、ボランティアによる付き添いも行っている。 ガイドマップやイベントの情報も提供されちるが、外出に伴う安全確保や不測の事態に備えた、利用者への安全確保や不測の事態に備えた必要な学習は行われていない。</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。	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 外泊は家族の申し出があった都度実施し、外泊に関して施設で決めることはない。 お盆や正月など外泊できない人対象にした納涼祭や初詣など、帰省できない人への配慮も行われている。</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 利用者からの預り金は事務室内金庫で保管され通帳と印鑑は別々に管理されており、金銭管理規程、金銭等預り契約等により、適性に行われている。 自己管理を行っている利用者はいないが、金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるため、小遣い帳の記載を支援したり、計画的な買物が出来るよう具体的な計画を個別支援計画に記載し計画に基づいた支援を行っている。</p>	
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a
<p>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 施設で新聞や雑誌を購入(男子棟新聞2誌、女性棟雑誌1誌)するほか、個人の好みに応じた新聞、雑誌を個人で購読している。 テレビ、ラジオ等は居室で個人のものを使用できる。利用者の中には新聞を個人購読している方もいる。</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。	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 アルコール依存や医療上飲酒禁止の方が居ることから、施設内での飲酒は禁止としており、重要事項説明書に記載し、説明している。 専用の喫煙所は男子棟玄関棟に用意しており、数人が利用している。</p>	