

(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 やまゆり	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 女ヶ沢信夫	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>○ 中・長期計画を踏まえた事業計画策定の取り組み</p> <p>法人(やまゆり)の中・長期基本計画(平成24～32)が策定されている。基本計画は今後の人口動態の変化や、利用者の高齢化に伴うサービスの質及び改善が求められることから、中山の園主体運営のあり方等が検討されている。一般的な事業計画は単年度事業計画に反映されている。やまゆりの今後の運営のあり方については、中山の園全体で各施設の課題や問題点を整理し、今後の事業計画に反映すべく取り組んでいる。特にやまゆりでは、利用者の高齢化に伴いサービスの質及び改革が重点となっていることから、一戸町との協議を行っている。具体的には、特養ホームの設置など、先進地視察を行うなど、積極的な取組が見られ評価したい。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 人事考課の基準の考え方について</p> <p>人事考課は事業団全体で実施しており一定の成果は認められる。しかし、実施要領2-(1)によれば人事考課の対象から県派遣職員、特定職員、嘱託職員、非常勤職員を除外するものとしている。一方、人事考課の目的は「法人の目指す福祉サービスの実現、組織目標を達成するため、求められる職員像を踏まえた人事基準を明確にし、職員の人材育成と主体的な能力開発を促す」とされていることから、職員に人事考課の対象外を置くことが組織として望ましいものかどうか、制度の目的を踏まえた検討が必要と思われる。</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>やまゆりは、平成19年度、平成21年度に引き続き、3回目の福祉サービス第三者評価受審となりました。</p> <p>今回の受審では、利用者の重度化と高齢化に対する取組みとして、特別養護老人ホーム等の</p>
--

先進地視察や、利用者の状態と具体的な支援方法が同時に把握できる仕組みについて、高い評価をいただきました。また、職員の利用者への対応についても、「利用者一人ひとりの特性に配慮し、いたわりの姿勢が感じられる温かな支援がなされている」との講評をいただくことができたことは、職員の大きな励みとなっています。今後も個々の利用者を尊重し、安心して生活できる施設を目指し、福祉サービスの提供に努めてまいります。

一方、人事考課の基準の考え方についての検討と法制度に沿った苦情解決の仕組みの整備、浴室やトイレの整備について指摘を受けました。これらの指摘事項については、法人本部と検討が必要なものもありますが、施設で改善が可能なものについては、既に検討等を開始し、改善に向けて取り組んでいます。また、今回の受審によって明らかになった課題についても、対策を講じ改善に努めてまいります。

## (2) 法人のコメント

### 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、計画に基づいた取り組みを行っているところですが、取り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、昨年度の受審を受け、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、意見と苦情の取り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 やまゆり

## 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>法人理念は平成19年4月に岩手県社会福祉事業団において制定されている。 また、やまゆりにおいては、平成21年4月から法人事業団の理念に基づき「やまゆり」の理念を制定し、現実に即した役割を明文化している。 その内容は法人、施設(やまゆり)とも適切である。</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>法人、やまゆりの理念に基づいた経営基本方針が明文化されている。その内容は適切である。</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>法人、やまゆりの理念や基本方針は、年度運営計画書に記載され、計画書は職員に配布されている。 また職員会議、研修会において読み合わせを実施し周知に努めている。その他、施設案内パンフレット機関誌に掲載、施設玄関、事務室等に掲示している。 とくに平成21年度受審の際にも実施している。理念基本方針のカード化を図り、常時携帯できるようコンパクトに作成し、現在も全職員に配布継続されていることは評価できる。 平成24年度運営計画書に、経営基本方針が記載もれとなっている。今後は理念、基本方針、重点施策の順に記載されることが望ましい。</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>理念や基本方針は機関誌「やまゆり」に掲載し、利用者・家族に配布している。利用者は、職員の倫理綱領、行動規範(イラスト入り)でわかりやすく説明されているが、理念や、基本方針については対応されていないのが残念である。利用者に対しては、自治会に施設長が出席して説明している。 また、家族会総会においても施設長が出席し、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。	<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>法人、やまゆりの中・長期基本計画(平成24～32)策定されている。基本計画は今後の人口動態の変化や、利用者の高齢化に伴うサービスの質及び改善が求められることから、中山の園自他運営のあり方等が検討されている。 またこれに伴う、職員配置計画など課題は山積であり、施設の改築計画と合わせて、利用者ニーズに合致した運営を期待したい。</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。	a
<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>一般的な事業計画は単年度事業計画に反映されている。やまゆりの今後の運営のあり方については、中山の園全体で各施設の課題や問題点を整理し、今後の事業計画に反映すべく取組んでいる。</p> <p>とくにやまゆりでは、利用者の高齢化に伴いサービスの質及び改革が重点となっていることから、一戸町との協議を行っている。</p> <p>具体的には、特養ホームの設置など、先進地視察を行うなど、積極的な取組が見られ評価したい。</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>やまゆりでは平成23年度「やまゆり満足度調査(家族対象)」を実施している。</p> <p>また平成23年度事業計画の実施状況を把握し、評価、見直しを行うなど組織的に行われている。</p> <p>その上で反省点や改善案を作成し、次年度や中・長期計画に反映させており、積極的な取組を評価したい。</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>各計画は施設運営計画書により職員に周知されている。そのほか、各種会議や研修会等において説明されている。とくに、計画の概要については施設長が年度頭書の職員会議において説明している。</p> <p>また、利用者には、自治会、家族には家族会総会等に施設長が出席し、具体的に説明されている。</p> <p>利用者に対してはイラスト入りの資料を作成している。家族会にも概要をわかりやすく資料を作成し、説明する工夫が望ましい。</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>施設長は自らの役割と責任について、毎月実施している職員会議等であいさつ要旨を作成し各職員に配布している。</p> <p>また、広報誌に掲載し、職員、利用者、家族等にも自らの役割と責任について表明している。</p> <p>今後においては、自らの行動が職員や利用者家族からの信頼を得られているかどうかの把握や評価、見直しをするための仕組みを構築されることを期待したい。</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>施設長は、二戸・久慈地区権利擁護研修会に参加し、その結果を職員会議において報告し、周知指導を行っている。</p> <p>そのほか、道路交通法、不祥事防止、権利擁護など最新の法令情報の収集等に努め、その結果を職員会議において周知を図っている。</p> <p>今後は遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組に期待したい。</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>施設長は利用者サービスの質向上にむけた取組に積極的に参加し指導力を発揮している。</p> <p>とくに業務改善委員会の総括を担当され、満足度調査、人権侵害に関する自己チェックの確認、目標管理や、個別教育研修において職員との個別面談を行うなど積極的に取組んでいる。</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>施設長は平成23年度、やまゆり経営指標の整理、分析を行い、経営の効率化、改善に取組んでいる。</p> <p>また職員から提案制度の積極的な活用を促し、業務改善に対し、意欲的に取組を行っている。平成24年度提案件数目標値20件に対し、9月末現在9件となっている。</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>中・長期計画策定にあたって、社会福祉事業団全体の動向について検討されており、法人共通の認識が定着していると思われる。更に今日の課題として県内の人口動態の変化、高齢化の進展など福祉全体の改革、改善が求められることとなり、中山の園の運営のあり方についても現在、施設長会議において検討中とのことである。</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>中山の園全体の経営について現在各施設長会議において検討中とのことである。やまゆりの経営状況の分析と課題については職員会議、提案制度の活用、アクションプランの具体的な取組の中から改善の課題発見に努めている。</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>b</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>やまゆりが目標としている福祉サービスの質を確保するため「人材や人員体制」の具体的なプランは不十分である。つまり、「やまゆり」がどのような人材をどれだけ必要と考えているのかが求められる。したがって、具体的に、どのような職種を何人、正規と非正規、有資格者の配置プランが作成され、それに基づく人事管理が行われることが求められている。</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>人事考課は事業団全体で実施しており一定の成果は認められる。しかし、実施要領2-(1)によれば人事考課の対象から県派遣職員、特定職員、嘱託職員、非常勤職員を除外するものとしている。一方、人事考課の目的は「法人の目指す福祉サービスの実現、組織目標を達成するため、求められる職員像を踏まえた人事基準を明確にし職員の人材育成と主体的な能力開発を促す」とされていることから、職員に人事考課の対象外を置くことは真に目的を達成する組織として望ましいものかどうか、検討が求められる。</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>職員の有給休暇の消化率や、時間外労働のデータは定期的にチェックされている。また、職員の意向調査は年4回程度、個別面談の際、施設長や上司が把握し対応している。事業団のメンタルヘルスケアについては、担当者を配置するなどしている。しかし、分析、検討した結果について改善策を検討する仕組みは不十分である。したがって、人材や人員に関する具体的なプラン等に反映されていない。今後はこれらに対応できる仕組みを構築されるよう期待したい。</p>	

II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	<b>a</b>
<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>正規職員は事業団互助会に加入し、総合的な福利厚生事業の給付を受けているが、非常勤職員は除外されている。やまゆりの職員構成状況を思うと、平成24年度9月現在で正規16人、非正規13人となっており、約44%が対象外である。互助会加入資格要件について検討、見直しが急務と思われる。やまゆりでは職員親睦会を組織し、全職員が加入され職員間の交流と親睦を深めている。</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。	<b>a</b>
<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>岩手県社会福祉事業団「人材(人財)育成基本方針」、同「教育研修制度実施要領」、同「非常勤職員共通テキスト」等により基本姿勢は明示されている。</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>b</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というが、具体的な内容が明示されていないため不十分である。したがって計画に基づく具体的な取組となっていない。</p> <p>「やまゆり」として職員(正・非)全員の教育研修計画の策定が求められる。計画にあたっては組織として取組むことが重要である。</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>b</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>計画に具体性が不足しているため、内外研修においても計画に基づくものとはなっていないのが残念である。</p> <p>また、外部研修終了に伴い研修報告書の提出を求めているが、複数の職員が同一研修した結果、1枚の報告書に連名で提出されているものもある。研修での感想や今後の業務に反映すべき課題等については個別に提出させることが望ましい。とくに研修評価見直し等を行う場合は各自から提出させることが不可欠である。また、報告書は内外研修すべての研修参加者から提出させることが望ましい。一部評価を行っているが不十分である。組織として検討されることが求められる。</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>a</b>
<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>実習生受け入れに関する基本姿勢は、実習生受け入れ要領により明示されているが、(平成23年月日施行)となっており、施行年月日を明示することが必要である。</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>a</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。</p> <p>実習生及び研修生の受け入れについて、指導担当者を含め分担当で明示している本年度は、実習担当者が不在のため担当者養成研修に参加させ対応している。</p> <p>実習指導にあたっては、一日のプログラムの作成や、オリエンテーションでは、施設長の参加が不可欠である。</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>基本的には防災計画書により、年間の防災訓練等を実施している。また感染症予防対策では感染症別マニュアルにより対応している。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開催し、インシデント及びアクシデント報告の検討を行い事故防止に努めている。なお、現在、やまゆり防災計画について全面的に検討を加えた対策を検討中とのことである。インフルエンザの予防接種は、利用者は全員実施し費用は自己負担としている。職員は任意で予防接種を行っている。費用は事業団補助があるが、23年度は接種されていない職員が2名いる。理由は判明していない。</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>利用者の安定を脅かす事例を組織として収集(アクシデント・インシデントレポート)し、要因の分析と対応策の検討を行い実行している。重大な事故についてはリスクマネジメント委員会を開催し、要因の究明と再発防止対策の実施や、定期的な安全点検を実施している。</p>	

## II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。	a
<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積極的に行っている。</p> <p>経営方針2、幅広い関係者との連携協働により地域福祉の推進、更に平成24年度事業計画の重点項目1-(3)社会地域との関係維持促進(特に奥中山中学校との交流)、2-(2)地域コミュニケーションと説明責任の徹底を図ることを基本的な考え方としている。今後は、経営理念や基本方針に基づく地域との関わり方について、基本的な方向づけを文書化することが望ましい。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
<p>施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。</p> <p>中山の園グループとして、地域支援部と組織化し、施設開放や機関誌の地域回覧、おもちゃ図書館の利用開放を行っている。平成24年度は奥中山中学校から「ボランティア交流事業・学習会」の講師依頼を受け、職員を派遣している。</p>	
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>中山の園グループボランティア受け入れ要領(H19.10.1)により基本姿勢は明示されている。これに基づき具体的なボランティアの受け入れが行われている。とくに奥中山中学校との交流会は毎年実行されている。</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。	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>必要な社会資源を発掘し、関係機関・団体・機能別に連携方法を体系的にまとめ明示している。その情報を施設や関係部署の事務室や見やすい個所に掲示している。</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>社会福祉行政機関による平成23年度中山の園の施設運営協議会並びに、中山の園施設長運営協議会への出席、二戸圏域の自立支援協議会への参加など連携は極めて適切に行われている。</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>a</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積極的に行っている。</p> <p>二戸圏域の市町村との連携により、地域ニーズは把握されている。とくに二戸圏域の自立支援協議会の日中活動部会への参加(年6回以上開催)し、情報の交換、収集に努めている。</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>a</b>
<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>評価者コメント 平成23年度の地域ニーズは短期入所の希望が多く受入れ人数は、110名となっており適切に対応されている。</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。

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>b</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ているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は法人経営理念・経営基本方針、事業団職員倫理綱領、職員行動規範、中山の園職員行動基準、やまゆり経営理念、私達の願いに明示されている。また、サービス場面毎の標準的な実施方法にも反映されている。組織内で共通の理解を持つための取組は、会議などで理念や基本方針の読み上げ、人権侵害に関する自己チェック表で毎月の点検と不適切な関わりについて組織的に取組まれている。基本的な人権への勉強・研修は、障害者虐待防止法などの伝達研修に留まっている。訪問調査で、施設の出入口が施錠され、家族への説明を行っていることが説明されたが、施錠に関する施設の基本的な取り決めや姿勢や方針を確認することが出来なかった。</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>b</b>
<p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアルは、やまゆりプライバシー保護マニュアルが作成されているが、プライバシーに関する施設の姿勢と基本的な内容に留まっている。日常生活支援マニュアルにおいて、サービス場面毎にプライバシーに関する事項が盛り込まれている。訪問調査において、プライバシー保護に関する規定やマニュアル等についての、職員の研修は実施されていないことが説明された。また、利用者への周知においては、利用者の特性から理解してもらう努力をしていることが説明された。今後、利用者の特性に配慮したプライバシーに関する多面的な研修が望まれる。</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>b</b>
<p>利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。</p> <p>利用者満足の上昇を目指す姿勢は、やまゆりの運営計画に明示され、やまゆり満足度調査要領で目的や具体的な実施内容が示されている。利用者満足に関する調査は、定期的に利用者の家族に対して実施されている。毎月はやまゆりの会(利用者自治会)において、利用者の意見や要望が聴取されている。利用者満足の評価の考え方は、利用者がどれだけ満足しているかという視点であることから、当事者の定期的な調査を行うことが基本となる。障害程度区分の高い利用者が多く占めている状況の中で、利用者の意志疎通の状況は考慮されるが、当事者への調査について検討が求められる。</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>利用者満足に関する業務分担として、満足度調査担当職員を配置し、調査を実施している。把握した結果は、職員会議で報告・検討される仕組みになっている。やまゆり通信に家族などに行った調査集計結果と具体的な取り組みについて確認することができる。訪問調査において、食堂の内装の色彩やテーブル交換への要望において、年度ごとに具体的に改善している取り組みが報告された。しかし、調査の手順における「改善についての検討段階」においては利用者や家族の意見を取り入れる手段が明示されておらず、利用者の参画が十分とは言えない。今後は、利用者である家族・保護者を含めて検討する場が期待される。</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。	<b>a</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、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>利用者が相談したり意見を述べたい時の相談方法や相談相手を選択できる環境は、やまゆり苦情解決事業実施要綱、苦情解決事業実施計画、苦情解決マニュアルで整備されている。やまゆり「なんでも相談」のチラシ、月毎の相談実施予定を施設内に掲示している。毎週月曜日の16時15分から、食堂に於いて「なんでも相談」が開催されている。利用者の方へは、写真入のポスターを掲示し相談相手が選びやすいよう工夫している。家族に対しては、チラシなどは配布されていないが、家族会の代表者が相談に応じている。今後、家族への文書等の配布が検討されている。実際の「なんでも相談記録表」を通して、相談内容を確認することができる。今後、苦情とは別立ての仕組みを設けることが検討される。</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>c</b>
<p>苦情解決の仕組みが確立していない。</p> <p>苦情解決の仕組みは、やまゆり苦情解決事業実施要綱、苦情解決事業実施計画で苦情解決責任者、苦情受付担当者が定められている。なんでも相談と合わせて、苦情解決相談員をポスターで掲示し、利用者へ周知している。また、意見箱を設置し、ご意見カードを通して取組まれている。訪問調査において、実際の苦情は、「なんでも相談記録表」で取りまとめられ、寮棟打ち合わせで対応を協議したり、職員会議等で苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。しかし、本要綱に第三者委員が位置付けられていないこと、意見や相談と苦情の取扱いが曖昧になっていること、公表が利用者や外部に行われていないなど、苦情解決の仕組みとしては法制度に沿った整備が求められる。</p>	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	<b>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>利用者からの意見等に対して迅速に対応する取り組みは、苦情解決の仕組みに留まっている。訪問調査において、日々の迅速な対応は、プロパー職員を経由し寮棟主任、係長、施設長に情報が伝達され組織内で対応していることが説明された。本評価の考え方とポイントを踏まえて「対応マニュアル」として整備することが期待される。</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。	<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>サービス内容について定期的に行う取り組みは、岩手県社会福祉事業団福祉サービス第三者評価受審要領に沿って行われている。本事業所において、分掌事務に担当職員を配置し、毎年自己評価を実施し、3年毎に福祉サービス第三者評価を受審している。自己評価を含めた福祉サービス第三者評価結果の分析・検討する場合は、担当者が案を提示し、職員会議で行われていることが説明された。</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。	<b>b</b>
<p>実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。</p> <p>評価の結果に基づき、組織としての課題を明確にする取り組みは、前評価項目と同様に担当者が案を提示し、職員会議で討議することが説明された。岩手県社会福祉事業団福祉サービス第三者評価受審要領に沿って、「サービス改善実施計画(様式1)」が作成されているが、職員参画による検討過程の記録、課題の文章化が為されていない。評価の着眼点とされている「分析した結果やそれに基づく課題が文章化されている」項目は、法人で定めたサービス改善実施計画表では記載されない仕組みになっていることから、書式の検討が望まれる。</p>	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	<b>b</b>
<p>評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。</p> <p>課題に対する改善策・改善計画は、岩手県社会福祉事業団福祉サービス第三者評価受審要領に沿って、「サービス改善実施計画(様式1)」が作成され、一部において改善計画が実施されている。しかし、「分析した結果やそれに基づく課題が文章化されている」取り組みが不十分なことから、組織として各々の評価項目に沿った課題を文章で抽出し、福祉サービスの質の向上を図る経年的なPDCAサイクルの組織的な取組が望まれる。サービスの質の確保として、事業所として業務改善活動が位置付けられ、テーマを設定し一連のPDCAサイクルに基づいた取り組みがなされている。サービス内容について、自己評価、第三者評価と連動した取り組みの工夫が期待される。</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>施設業務の基本とある勤務毎の「やまゆり業務手順」が定められている。個々のサービスにおける標準的な実施方法は、日常生活支援マニュアルで示されている。就・起床、食事・歯磨き等が寮棟毎に全体編マニュアルとして整備され、サービスに当たったのプライバシー等の留意事項、具体的な支援の流れが文書化されている。個人編マニュアルとして、個々の利用者への支援内容、配慮・留意点、具体的支援方法、エンパワメント的支援ポイントが明記されている。全体編マニュアルと個人編マニュアルで実施する仕組みとなっている。</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>標準的な実施方法について見直しをする取り組みは、全体編マニュアルは年に一度の見直しを行い、個人編マニュアルは、各種会議、寮棟会議で検討し、見直しが行われている。書面調査資料の「個別支援マニュアル」は、個別の支援状態を確認し支援の配慮が記載されたものである。アセスメント的な項目と支援課題や方法を盛り込んだ内容になっていることから、個別支援計画作成との整合性において工夫が期待される。</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>利用者一人ひとりのサービス実施にかかる記録は、組織で定められた個別支援計画・提供管理表、業務日誌、日中活動日誌で実施されている。その他に服薬や入浴等のサービス点検表が準備され記録されている。今後は、実際に取り組まれているサービス場面毎の点検記録等を含めて、組織として統一している記録を「記録一覧」として整備することが期待される。</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>利用者に関する記録の管理体制は、岩手県社会福祉事業団の「文書の整理、保管及び保存に関する取扱い要領」で定められている。記録管理の責任者は、分掌業務でケース等記録の管理・保全に関することで定められている。個人情報保護と開示についても、岩手県社会福祉事業団の法人で規定が設けられている。個人情報の取扱いについて、年度当初に職員会議を通して職員に周知が図られている。やまゆり個人情報マニュアルが定められ、具体的な取扱いが明示されているが、USBメモリの取扱いについては諸般の事案を踏まえて再考されることが望まれる。</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>利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための取組は、年度当初に全ての利用者の情報を取りまとめた「利用者情報」が全職員に配布される。利用者の日々の状況にかかる情報は業務日誌で共有されている。また、職員の引継ぎにおいては、寮棟引継ぎ書を通して実施されている。勤務毎の引継ぎは、日に3回出勤時間に応じて実施され、夕方の打合せで統括されている。利用者の個別支援計画の確認は、寮棟会議で共有されている。業務日誌への記録、各支援員室、職員室においてパソコンでの閲覧が可能となっている。</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。	a
<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。</p> <p>利用希望者に対して事業所にかかる情報提供の取り組みは、インターネットで閲覧することができる。施設独自のパンフレットを作成され、施設の概要やサービス提供内容についてわかりやすく編集されている。電話受付票を整備し、電話での情報提供、見学が実施されている。短期のサービス提供も実施し、地域の利用者の要望にも応じている。</p>	

III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	<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>サービスの開始にあたり利用者等への説明及び同意は、重要事項説明書及び契約書に仮名をふり説明を行っている。訪問調査において、重要事項説明書の内容をポイントごとに簡潔にまとめたパネル版を準備し説明を行うことが話された。利用者や家族にとっては、重要事項説明の他に必要な事柄がピックアップされ、わかりやすく理解出来るように工夫されている。</p>	

### III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	<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>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た取り組みは、「利用者プロフィール票」を用いて情報を提供し継続性に配慮されている。実際は、施設から病院への移行がほとんどで、家庭や他施設への移行は難しい状況が報告された。家庭の連携として、外泊時の家族への情報提供は外泊のしおりを通して実施されている。今後は、退所後連絡先や担当者等を盛り込んだ引継ぎ書、手順の作成が期待される。</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のアセスメントは、個別支援計画マニュアルの作成手順に沿って実施されている。アセスメントの様式は、個別支援計画(アセスメント)援助の必要度に関する評価として組織で統一されている。訪問調査において、見直しの時期を3年以内を目処としていることにおいて、明確な根拠が示されなかった。利用者の高齢化が進行している中で、実際の取り組みに即した手順の作成が検討される。</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いたサービス実施上のニーズや課題は、アセスメントシートを通して支援ニーズを把握し、支援計画検討表にまとめ、必要とする支援を明示する手順になっている。支援の必要度は表に記載されているが、ニーズや課題としてサービス場面毎に具体化する手続きにはいたっていない。訪問調査において、利用者一人ひとりの「個別支援マニュアル」において、利用者の状態と具体的な支援方法が明記されていることが確認できた。「個別支援マニュアル」のネーミングを含めて、アセスメントシートとの関連について検討が望まれる。</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>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定は、個別支援計画マニュアルで手順が示されている。また、やまゆり運営計画の個別支援会議実施計画において、アセスメントから個別支援計画の策定、モニタリングの実施要領と体制について整備されている。分掌事務にサービス管理責任者が明示され、個別支援計画策定の担当者が配置されている。支援計画策定にあたっては、本人・家族の参加が基本とされている。実際の個別支援計画を閲覧し、具体的な支援計画内容を確認することが出来る。</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>定期的なサービス実施計画の評価・見直しは、個別支援計画マニュアル、やまゆり運営計画の個別支援会議実施計画において、アセスメントから個別支援計画の策定、モニタリングの実施要領と体制について整備されている。個別支援計画管理表において、6ヶ月ごとにモニタリングを実施し個別支援会議記録表で協議内容を確認することが出来る。変更事項については、寮棟会議を通じ職員に周知されていることが説明された。</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。	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>個別支援マニュアルのコミュニケーション項目を参考に支援を行っている。廊下にあるホワイトボードに毎日の予定が表示され、外出や散歩、通院がわかるようになっている。利用者の中には名前や顔写真に過剰に反応する事もありイニシャルを使うこともある。年に4回、地域の民生委員に来てもらい「なんでも相談」の日を設けて苦情や意見を聞いてもらっている。必要があれば対応が検討される。</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>利用者の自治組織として「やまゆりの会」が毎月1回(第4月曜日の10時～11時)行われている。自治会組織について理解している利用者はほとんどいないが、参加率は高い。前月に希望された菓子と飲み物が提供され、行事などについての意見を出してもらっている。</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>個別支援計画作成時には家族にも加わってもらっている。コミュニケーションの取れる利用者であれば、本人の意見も聞くようにしている。個別支援計画、個別支援マニュアルに沿って支援を行い、定期的に支援内容の確認・見直しが行われている。可能な日常生活の動作は出来るだけ自力でもらっているが、近年加齢に伴う心身の機能低下が多く見られ、介助の必要な部分が多くなってきている。</p>	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a
<p>利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。</p> <p>日中活動として一人ひとりの能力や好みに応じて、お絵描き、料理番組の鑑賞、『レタスクラブ』『オレンジページ』などの料理本の購入を行っている利用者もいる。交替で近隣の散歩も行われる。また、デイルーム室では音楽に合わせて体を動かすリラクゼーションのプログラムや足浴の時間も用意されている。人権意識を高めるための掲示物もあるが、見ている利用者はいない。</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>個々のサービス実施計画書、個別支援マニュアルが策定されており、これに添って適切に支援が行われている。この夏は特に気温が高い日が続き、食欲の落ちた利用者が多く、高カロリー食として「エンジョイゼリー」が多く利用された。いろいろな味のゼリーであり特にイチゴ味、チョコレート味が人気であった。</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>嗜好調査は年に1回行われているが、栄養師が頻繁に寮棟に足を運んで、利用者や担当者から献立など食事に関する意見や要望を聞いている。意見は献立に反映され利用者の残食が減って来ている。また食事は保温車(バッテリー車)により運ばれ熱いものは熱く、冷たいものは冷たく提供されている。献立表は毎週廊下の掲示板に貼り出されている。飲み込みの低下している利用者にはソフト食やきざみ食が提供される。調味料や香辛料は用意しているが、テーブルに出して置くと醤油など一気に飲んだりする利用者がある為に、保管されていて必要時に、棚から取り出し提供される。食事介助は個別支援マニュアルを参考に、個々の利用者に合わせて行われている。</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>給食委員会が年に4回(6、9、11、3月)に行われ必要に応じて改善が行われている。食堂は装飾係りが中心となり、明るい雰囲気の色調に改装されている。最近では車椅子利用者が増えたこともあり、デイルームも利用し少人数(6名くらい)で落ち着いた食事を取っている。</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>個別のサービス実施計画、個別の入浴支援マニュアルあるいはチェックリストを利用して適切に行われている。小浴槽が一つあり下肢筋力の低下している利用者は、リフトを利用し安全に入浴している。リフトへの移乗も難しい場合は、他棟にある特殊浴槽を借りて入浴を行っている。プライバシーの保護のためのマニュアルや特殊浴槽の手順書も揃っている。これらの業務は業務日誌やケース記録に記入されている。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
<p>利用者の希望に沿って行われている。</p> <p>毎日の入浴希望者は無く、週3回の入浴の提供を行っている。湿疹や失禁のために入浴やシャワーの必要があれば、毎日でも利用できるよになっている。</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>浴室と脱衣室をつなぐ部分に、段差が無く車椅子もスムーズに移動できるようになっている。個浴槽が一つ設置されておりこちらは安全に入浴が出来るが、大きい浴槽が現存しており、下肢筋力の低下して来ている利用者にとって危険な物となっている。実際アクシデントも発生しており、検討会議により改修の予算要求をしているところである。夏場は扇風機、冬場はヒーター等を脱衣室に準備し、室温を確認しながら適宜使用している。</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>サービス実施計画書及び排泄マニュアルが個々に作成されており 適切に行われている。またチェック表もあり、随時記録されている。何かあればケース記録にも記入され、他のスタッフにもわかるよになっている。</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>利用者の好みにより和式トイレも残り、下肢筋力の低下している利用者のためには洋式トイレも設置されている。また車椅子利用者のために広いスペースを取ったトイレの設置も見られた。女子トイレには悪臭は無く清潔も保たれていたが、男子トイレは多少の臭気があった。古い配管の取替え工事について業者へ問い合わせたり検討も行われた様子だが、まずは小まめな掃除など出来る所からの取り組みに期待したい。</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>措置制度だった頃には業者の出張販売をしてもらい、本人に選ばせていたが、現制度になってからは家族に購入してもらったり、家族に職員が頼まれて代わりに購入している。担当者は利用者の好みや要望を汲み取りながら購入支援をしている。</p>	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a
<p>衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切に行われている。</p> <p>利用者からの訴えや汚れに気付いた際には、個別支援マニュアルに基づいて速やかに対応している。自分で着替えを望む利用者に対してはその意思は尊重されている。これらは業務日誌やケース記録に記入されている。</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>寮棟内に理容日を男女で毎月2日ずつ設け、理容師に出張してもらっている。ヘアスタイルを数種類絵にし、利用者に提示して希望の髪型を選んでもらっている。</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>以前に髪を染めたいとの希望があり、美容院に連れて行って染めたことがあったが、現在は理美容院に行きたいと希望する利用者はいない。希望があれば対応は可能である。</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>夜間はオレンジの小球電球を付けて、眠っている利用者の妨げにならないようにしている。夜間に不穏になったり目覚めて落ち着きの無い利用者には、個室に入ってもらったり、デイルームで好きなように過ごしてもらって他利用者の安眠の妨げにならないように配慮し、本人には精神的な安定を図っている。これらは業務日誌やケース記録に記入される。</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>個別支援マニュアルを基に、健康管理に努めている。毎朝、診療棟看護師に健康連絡表を用いて健康状態の報告を行い、助言をもらったり必要があれば通院や処置を受けている。これらの結果は業務日誌や健康管理ファイルに記入される。インフルエンザの予防接種は利用者または保護者の承諾を得て行われている。健康の維持増進のために、毎日の日中活動にて歩行訓練や散歩、音楽を聴きながらのリラゼーション、足浴などにも取り組んでいる。職場研修にて、口腔ケアの重要性を理解し、利用者の口腔衛生に努めている。</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>緊急時対応マニュアルが有り連絡網が敷かれているが、夜間等の命に関わると判断された事態には、連絡網を飛び越えて担当スタッフが救急車を呼ぶ事になっている。これらは全て業務日誌やケース記録、健康管理表に記録し報告される。地域の協力医療機関とは常に連携し適切な医療を受けている。</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>H24年2月6日、薬の取り扱いに関する検討会議が行われ、マニュアル等の見直しが行われた。家族に対しては、面会時や電話にて薬に関する説明を行っている。薬管理チェック表、やまゆり薬支援マニュアル、やまゆりお薬事典等を用いて管理されている。アクシデントがあった場合にはレポートにて報告、記録が行われ改善策が取られている。</p>	

## 2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a
<p>余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。</p> <p>自治会である「やまゆりの会」と日中活動の担当者が連携し利用者の希望を聞きながら年中行事(七夕、クリスマス、バレンタインデーなど)を企画実行している。また、園祭りには地元の奥中山中学校も毎年参加し、利用者にとっても良いふれあいの機会作りであり中学生にとっては障がい者の理解を得る良い機会となっている。そのほかに地域のボランティアによる紙芝居なども行われている。</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>個別支援計画・外出実施計画により、各利用者から希望を聞いて、体調の安定している利用者は全員月に1～3回のペースで外出している。同敷地内にある「ゆめレタス」でのケーキセットを楽しみにしている利用者もいる。また、近隣の町にある「居也」百貨店にはおやつやおもちゃ、衣類など沢山のものが揃っており、人気のある買い物の場所となっている。その他「こどもの森」やアイスクリーム屋やジェラード店などが喜ばれるスポットとなっている。地域のガイドマップは食堂に掲示されている。</p>	
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	<b>a</b>
<p>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>保護者の高齢化に伴い、外泊の可能な利用者は減少の傾向にあるが、中には弟夫婦が年に2回(盆と正月)に必ず帰省させている家族もある。外泊に際しては薬や衣服の準備を行い、「外泊のしおり」にて注意事項を記入し渡している。帰省中には定期的に家族に電話をして本人の様子を確認している。外泊は利用者や家族の立場に立って行われる。</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。	<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>重度の知的障がい者施設であり、金銭の自己管理や学習プログラム等を行っていない。預かり金管理要領、預かり金事務処理マニュアル、預かり金管理契約書により適切に管理されている。</p>	
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	<b>a</b>
<p>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>個人的に好みの雑誌を購入したり、個人的にテレビを購入して自室にて鑑賞している利用者はいる。希望があれば購入等の支援を行うことになっている。紙類に異常に反応して小さくちぎったり、口に入れてしまう利用者があるので、共同購入をして共同で利用などは出来ない。</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>現在、利用者の中に、酒やたばこを希望する者はいない。コーヒー、コココーラ、ジュースなどを好む利用者には、希望を尊重し敷地内にある自動販売機より購入の支援を行っている。今後、酒やたばこを希望する利用者がいれば希望に沿えるように支援することになっている。</p>	