

(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25年6月1日～11月1日

2 事業者情報

事業者名称：やさわの園 (施設名)	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 瀬戸 満也	開設年月日 昭和49年6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） 46名
所在地： 岩手県花巻市高松7-143 TEL 0198-31-2020 FAX 0198-31-2036	

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○ 地域の障がい者福祉の拠点としての取組み

障害者支援施設のほか、平成21年度からは共同生活事業所「オリザ」、平成25年度から生活介護事業所「ジョバンニ」を開所し、障がい者が心豊かに安全・安心して生活できる取り組みを実施している。さらに、在宅の障がい者を対象とした短期入所や日中一時支援等事業も実施しており、住民の福祉ニーズに施設の専門性や機能を生かした積極的な取り組みが行われている。

平成25年3月には新園舎が完成し、スヌーズレンルームやひだまりホールなど住民への施設開放も積極的に行っており、地域の障がい者福祉の拠点としてもその存在と実践は高く評価できる。

◇ 改善が求められる点

○ 中長期計画やアクションプラン周知への工夫

中長期経営基本計画やアクションプランの職員への周知に努めているが、利用者への周知は障がいの重い方々が多いため、困難性が多く、取り組みが弱いと思われる。利用者に直接的にかかる項目を幾つかに絞り、少しでも利用者が理解しやすいよう工夫が欲しい。

例えば、文章表現を変えたり、文字を大きく仮名を振ったり、カットや写真を多く取り入れるなど、今後の取り組みに期待したい。

4 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

やさわの園では、平成18年度から積極的に福祉サービス第三者評価を受審し、利用者へのサービス向上に向け、取り組んでおります。

今回の受審では、新園舎の完成に伴い、短期入所や日中一時支援事業における在宅障がい者のニーズに応えていくための取り組みや、共同生活事業所の運営、生活介護事業所開設など、地域の障がい者福

祉の拠点としての取り組みに対して高い評価をいただきました。

一方では、中長期経営基本計画やアクションプランについて、利用者に周知する仕組みが不十分であるとのご指摘を受けました。やさわの園では、運営方針については、要約版をイラスト付きで掲示したり、本人活動や朝の集いの機会に説明や紹介を行っています。今後は、中長期経営基本計画やアクションプランについても、項目を絞ったうえでイラストや写真などを活用した、より分かりやすい情報提供を工夫するなど、利用者本位のサービスの充実を図ってまいります。

今後も、評価結果を真摯に受け止め、さらなる改善に努めてまいります。

(2) 法人本部のコメント

ア 中長期経営基本計画について

当事業団は、平成23年度に策定した中長期経営基本計画の着実な推進を図り、適切なサービス提供に努めてまいりました。各施設でこの計画を反映させた事業を展開していること、プロセスマネジメント会議で計画の進捗状況の確認・評価をしていることなどについて、「計画推進に向けた様々な取り組みを組織的に展開している」との評価を受けました。今年度は同計画の前期実施計画の中間見直しの年度であることから、進捗状況の評価、振り返りを行い、社会情勢等の変化に応じ計画の修正を行ったところです。見直した計画に基づき、より一層お客様本位の質の高いサービスの提供に努めてまいります。

イ 法人として検討中の取り組みについて

法人の自立に向け、非正規職員制度の見直しを進めていることについては評価いただいた一方で、障害児入所施設のあり方について、県と協議を進めていることについては、期待を込めて「改善が必要」との評価を受けました。

経営を安定させ、法人の自立を達成するためには、どちらも重要な課題と認識しておりますので、具体化に向けて検討、協議を加速させてまいります。

ウ 地域福祉向上のための取り組みについて

短期入所や放課後等デイサービス事業による在宅障がい児・者の積極的な受け入れ、共同生活事業所や相談支援事業所の運営による障がい者の地域生活を支えるための支援の他、施設機能を活かしたおもちゃ図書館、スヌーズレンルームの開放など、地域福祉推進の取り組みについて高い評価をいただきました。

今後、更に関係機関等との連携を強め、施設のある市町村に留まらず、地域のニーズに即したサービス展開を積極的に行い、地域福祉の向上に努めてまいります。

エ 食堂、浴室、トイレの環境について

施設の老朽化により環境改善が難しい中、清掃や消臭、採光、照明など可能な限りの工夫、改善を行ってきたところですが、「抜本的な改修が必要」との理由から、本年度も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は、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、利用者がより快適に生活できるよう努めてまいります。

（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 やさわの園】

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
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。	
評価調査者コメント やさわの園の経営主体である岩手県社会福祉事業団は、平成28年度からの自主・自立化の法人経営に向けて、平成23年度に中長期基本計画を見直し策定に取り組んでいる。理念は、利用者を「第一のお客様」として、お客様の人間の尊厳の保持と質の高いサービスの提供・地域福祉を推進し、全ての人々が支え合い共に生きる豊かな社会の実現に貢献することを掲げ明文化している。理念は、法人・施設の各種文書に記載されているとともに、ホームページや広報誌に掲載、施設内の複数箇所にも掲示している。	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
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。	
評価調査者コメント 法人の理念を受けた「経営基本方針」(行動指針)は、1、人権の擁護、質の高いサービス提供、地域ニーズへ即応する事業展開、2、幅広い関係者との連携・協働による地域社会の推進、3、計画的に人材育成し、学習する組織を目指す、4、信頼される組織運営と経営基盤の安定・強化に向けた改革・改善 を定めている。 やさわの園では、この方針を分かり易い文章で事業計画の経営方針に置き換え、職員の行動指針となるような具体的な内容になっている。	

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
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。	
評価調査者コメント 理念・基本方針を職員に周知と理解を促すために、職員には年度当初に理念等を含む「事業方針・事業計画書」を配布し、毎月の職員会議で園長が内容を説明し周知する取り組みを行なっている。さらに全職員を対象に日常的に留意して業務するために、定期的に確認(チェック表)し、進捗状況を評価するなど継続的な取り組みが行われている。	
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
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。	
評価調査者コメント 理念や基本方針を分かり易くひらがなや絵カットや写真を加えたりして寮棟内に掲示するとともに、WISH(利用者の会)や朝の集いに映像を使って説明するなど理解を促すための工夫をしている。また、年度初めの利用者の家族会総会の場で、理念や基本方針を記載した事業計画を配布しながら説明するとともに、広報誌(「やさわだより」)を通して、継続的に周知を図るように努めている。	

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 やさわの園の経営主体である岩手県社会福祉事業団では、県の経営移管に伴う経過措置(財政支援)の終了する平成28年度からの自主・自立化の法人経営に向けて、平成23年度に新たに事業団のあるべき将来像を見据えた10年後を展望し、法人の財産である人材の英知の結集と、環境の変化に対応できる自立した経営基盤の確立・強化と地域福祉の向上に資する質の高いサービスを提供することを目的に、中長期基本計画(平成23年度～平成32年度)を策定した。 やさわの園では、これを受けて5ヶ年間のアクションプランを策定し、4つの重点目標毎に具体的な取り組みと4半期ごとの定期的な進捗状況の確認と見直しが行われている。	
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。	

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 各計画の策定については、年度末において全職員が実施状況の結果・効果・改善点と次年度の提言・留意事項等について書面で提出させて評価や見直しを行い、次年度の計画に反映させるなど、組織的に行われている。具体的には、各業務・係の職員の意見集約、事業取り組みの進捗状況等を踏まえて、職員会議やあり方検討委員会、運営調整会議で検討して計画の各策定にあたっている。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	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 職員に対しては、中長期計画書、運営方針・事業計画書(冊子)を配布して年度初めの職員会議で説明するほか、毎月の職員会議や各委員会において園長が進捗状況の確認や課題提起を行い、周知と十分な理解を促すための取り組みが継続的に行われている。 しかし、利用者・家族に対しても利用者の会(WISH)で簡単な資料を配付し説明しているが、障がいを持つ利用者への周知の方法やよりわかりやすく説明するための資料について不足は否めず、周知や理解を促すための取り組みが十分ではない。	

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(園長)は施設全体をリードする立場として、その職責・役割・責任について「やさわの園事務分担表」において明示するとともに、年度当初の職員会議で事業計画の実施についての課題や対応策等を文書で提起するとともに、広報誌や利用者家族会で表明している。また、毎月の職員会議で施設運営や利用者支援の基本等の理解について文書提起をしており、さらに職員個々の面接や管理者自らサービスに関わる諸課題を発見し、資料作成して伝達・指示を行うなど、役割と責任について検証し、見直すようにしている。	

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
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>評価調査者コメント</p> <p>管理者(園長)は、施設長会議や障害者福祉関係の会議・研修会等に参加して管理運営および関連する法令等の把握・理解するための取り組みを行っている。遵守すべき法令や規定等のリスト化については、法人が定める「コンプライアンスマニュアル」に基づき、職員に対する周知を目的に「コンプライアンス・チェックシート(自己評価)」を実施し、その結果をふまえた個別面接や、毎月の職員がコンプライアンスの取り組みについて発表する研修会を開催するなど、常に周知と理解への取り組みを継続している。</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
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>評価調査者コメント</p> <p>やさわの園の事業計画の経営方針に、「日常生活において継続的な支援を必要とする障がいの重い利用者一人ひとりの特性に応じた支援サービスの提供と、人権擁護を基本とした利用者の利益を最優先とする支援」を掲げ、全職員による事業実施計画シートで定期的に取り組み(進捗状況)の評価・分析と、職員提案制度による課題の把握と改善の取り組みを行っている。</p> <p>管理者(園長)は、これらの活動を主導して、実施する福祉サービスの質の向上に努めている。</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
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>評価調査者コメント</p> <p>管理者(園長)は、毎月の職員会議や寮棟会議等において、やさわの園5ヶ年のアクションプランに基づく各年度の目標を基に、月別の収支の状況・事業実績の分析結果・利用率等を提示し、組織内での経営意識を形成するための取り組みをしている。また、「職員提案制度」や「あり方検討委員会」を通して、サービスの改善や職員の働きやすい環境整備の課題に対し運営調整会議を開催して経営や事業改善に向けた取り組みを積極的に行っている。</p> <p>やさわの園は今年度に新しく改築されたばかりであり、「エコチェック」などの節約や業務の効率化に向けた運営にも励んでいる。</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
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>評価調査者コメント</p> <p>岩手県障がい者プラン第3期障がい福祉計画、岩手中部保健福祉圏域計画、花巻市及び北上市地域福祉計画を基に地域の福祉ニーズの変化や特徴の把握に努めている。また、花巻地域自立支援協議会に参加しワーキンググループでの事例検討や、地域の情報等の収集も図っているほか、花巻市のふれあいネットワークへ参加しているほか、地域の相談支援専門員と連絡を取りながらニーズ確認なども行っている。</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
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>評価調査者コメント</p> <p>短期入所や日中一時事業の利用状況を各種会議で説明し、利用促進・利用率向上に努めている。また、4半期の収支状況については職員会議や寮会議の場で説明している。改善すべき課題については、職員提案制度により出された改善点(例:エコチェック表による節電など)について可能なものから積極的に改善を図っている。</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。	a
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。 評価調査者コメント 目標とする利用者へのサービスの質を確保するため、目標管理制度や人事考課制度と連携しながら個別に個人材育成計画を作成し、計画的・効果的に人材の育成に努めている。	
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
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。 評価調査者コメント 正規・非正規職員とともに、岩手県社会福祉事業団人事考課実施要領に基づき人事考課が実施されている。人材育成と能力開発、公正な人事処遇、職務適性に応じた人事配置などを目的とし、正しく理解が行われている。考課は、職務定義書、職務基準書に基づいて職階ごとの役割と責務を明示して実施され、考課項目は領域別に定められている。	

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
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。 評価調査者コメント 目標管理制度や人事考課制度、身上調査などによる面接を年4回実施し、職員の意向や意見を把握している。また、職員から「主要事業・係業務の反省と次年度への課題」を出してもらい、改善を図ったり次年度への留意事項とするなど改善策実施のために努めている。さらに、法人本部主導によるメンタルヘルス委員会や研修会を通じ、職員が相談ができる体制も設けられている。	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
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。 評価調査者コメント 岩手県社会福祉事業団職員互助会規則に基づき、正規職員のみならず非正規職員も対象に健康診断やインフルエンザ予防接種など含む福利厚生事業を実施している。また、岩手県社会福祉協議会共済事業にも加入している。	

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
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。	
評価調査者コメント 職員の教育・研修に関する基本姿勢については、中長期経営基本計画に盛り込んでおり、事業団研修制度実施要領に定めて実施している。	
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
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。	
評価調査者コメント 目標管理制度や人事考課制度により正規・非正規職員に限らず個別に材育成計画を作成し、それに基づいて法人本部主管等の各種研修に計画的に参加している。また、自閉症に係わる研修会やコミュニケーション手段の一つとしてのマカトン法の研修会にも参加し、利用者支援の質の向上を目的とした取り組みも行っている。	
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。	a
研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	
評価調査者コメント 各種研修会参加後には復命書により報告を行うとともに、研修評価書により研修内容の評価分析を行い、業務への活用に向けて取り組んでいる。また、月1回の職員会議や毎年1月に開催する当施設の報告研修では、研修報告を行い、業務に反映されるように努めている。	

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
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。	
評価調査者コメント 実習生の受け入れについては、やさわの園実習生受け入れ要綱や実習生受け入れマニュアルに基づき取り組んでいる。実習指導の担当者は、実習指導者研修にも参加し、効果的な実習受け入れに反映させている。	
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
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。	
評価調査者コメント 実習生の効果的な受け入れを図るため、実習内容について、学校と事前に連絡調整を図り、計画的に取り組んでいる。実習後は反省会などを行い、今後の実習生の効果的育成のために取り組みが行われている。	

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
--	---

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。

評価調査者コメント

防災計画を基に毎月防災訓練(消防署との連携による総合防災訓練、地区消防団及び地区住民との合同訓練を含む)を実施している。緊急時の非常連絡系統図による連絡体制を確立し、非常招集・連絡訓練を実施している。また、非常災害時初期対応マニュアルにより緊急時の体制を整備している。なお、AED及び救急法の研修会では地域住民にも参加してもらい実施しているほか、インフルエンザをはじめとする感染症については感染症予防マニュアルに取り組んでいる。

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
--	---

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。

評価調査者コメント

インシデント・アクシデントレポートを基に要因分析をするとともに改善策を検討し実施しており、寮会議において改めて職員に周知を図るとともに、実施状況の検証等も行っている。また、事故が発生した場合には、その都度リスクマネジメント委員会を開催し、要因分析・改善策の検討・実施を行っている。

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。	a
---------------------------------	---

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。

評価調査者コメント

施設周辺のスーパーや大型店などの場所を案内するエコマップや広報を寮棟に掲示したり、地域の行事にも参加するなど利用者と地域との関わりや交流を大切にしている。また、矢沢中学校や花巻高等看護学校との交流会や、研修(例:AEDや救急法研修など)・行事(例:やさわ祭など)開催に際しては地域住民・ボランティアの参加も得ており地域との関わりに努めている。

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
---------------------------------	---

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。

評価調査者コメント

施設職員にさらに地域住民の参加を得てAED操作に係る研修会を開催している。研修会終了後は、住民の施設内見学を実施し、地域での諸会議の会場としての活用についても説明している。また、地域にスヌーズレンの利用・貸出を行っており、利用促進に係る研修会の開催を予定している。さらに、施設内の相談室を相談支援事業所に貸し出すなど地域に還元している。

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
--	---

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。

評価調査者コメント

ボランティアの受け入れに関しては、受け入れマニュアルや基本姿勢に相当する「ボランティア受け入れ手順」において対応しており、矢沢中学校のボランティア体験や、ゆずり葉の会の手作りおやつ(定期的に実施)、行事等のボランティアを受け入れている。

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
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。	
評価調査者コメント	
関係機関・事業所等一覧は、職員室に掲示しているほか、PCのデスクトップにも掲示している。また、花巻市社会福祉ガイドブックを職員室に掲示し、必要とする社会資源を明確にしている。これらにより、スヌーズレンの研修案内などの際にも関係機関等を把握していることにより案内にも効果的である。	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
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。	
評価調査者コメント	
花巻地域自立支援協議会やふれあいネットの会議を通して、関係機関等とのネットワークを図っている。また、自立支援協議会(ワーキングは隔月開催)では事例検討を実施している。利用者の状況等に応じて、関係機関・団体を交えての支援会議を実施している。なお、隔月開催の地域連絡会議(市・相談支援事業所・老人等介護サービス事業所などで構成)にも出席し、連携が図られている。	

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
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。	
評価調査者コメント	
花巻地域自立支援協議会やふれあいネットの会議を通して連携を図るとともに、地域におけるニーズや課題等の検討を行っている。また、岩手県障がい者プランや花巻市及び北上市の地域福祉計画を通して地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。さらに、施設の運営協議会の場で、地域のニーズ等を確認している。しかし、地域の福祉ニーズを日頃から把握している民生委員・児童委員協議会組織との連携が薄いことから、今後の取り組みに期待したい。	
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
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。	
評価調査者コメント	
地域移行ニーズを基に、GHの設置計画を中長期計画に盛り込み、計画的に取り組んでいる。また、在宅福祉ニーズを基に、短期入所や日中一時支援事業を提供している。しかし、地域の福祉ニーズを日頃から把握している民生委員・児童委員協議会組織との連携が薄いことから、今後の事業・活動の取り組みに期待したい。	

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
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。	
評価調査者コメント	
利用者を尊重したサービス提供の基本姿勢は、岩手県社会福祉事業団の経営理念、職員行動規範・職員倫理綱領並びに園の経営方針に明示し、個々のサービスマニュアル等に反映している。毎月1回開催している寮棟会議の読み合わせにより確認・周知し、職員間の共通の理解を図っている。また、虐待・人権擁護・身体拘束を含めた研修の実施及び寮棟会議において「やさわの園虐待防止実施要綱」の読み上げを行うなど身体拘束や虐待防止等について組織内の周知徹底に努めている。さらに、「人権侵害に関する自己チェック」を毎月実施して、職員会議で報告し、組織内の情報を共有することで取り組みをより一層強固なものにしている。	

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
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>評価調査者コメント</p> <p>「プライバシーの保護マニュアル」を整備し、生活面での対応やプライバシー侵害の防止について明示している。マニュアルを基に職員研修の実施を行い、寮棟会議でサービス実施について議題とするなど、職員間の共通認識に努めている。環境面では、施設の全面改築による施設・居住の整備により、個室化をはじめ、くつろぎスペースの自由な選択が可能となり、プライバシーの充実が図られている。</p>	

III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。

III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a
利用者満足の向上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>評価調査者コメント</p> <p>事業の重点項目に、「利用者一人ひとりに応じた支援サービスの充実」を掲げ、保護者に対し年1回定期的に「施設満足度調査」を実施している。また、行事を実施した時にも満足度の把握を行っている。今年度から2回の調査を目標に置き、調査票の見直しに取り組むなど積極的である。本人による聴取に限りがあることから、利用者満足の把握を目的として家族会の総会や家族の面会日等に出席し把握を行っている。</p>	
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
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>評価調査者コメント</p> <p>利用者満足に関する調査の担当者を分掌事務で位置づけ、検討会議を開催して把握した結果を分析・検討し具体的な改善を図っている。調査による要望や不満に対する家族への回答は、既に改善が図られた内容とこれからの改善方法等について、わかりやすく説明をまとめて配布し報告を行っている。一方、検討会議の開催状況や経緯等を示す記録がないことから、会議記録の必要性について検討が望まれる。</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。	a
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>評価調査者コメント</p> <p>相談や意見への対応は、家族代表と職員各2名の複数のサービス改善相談委員を置いて実施している。「福祉サービスに関する苦情や相談についてのご案内」の文書を玄関と各寮棟に掲示するとともに、保護者総会に配布して、利用者の啓発に努めているほか、掲示と同じ場所に「なんでも相談箱」を設置して毎週確認を行っている。また、2ヶ所の相談室を設け、相談の環境が整備されている。さらにWISHの会に働きかけるなどソフト面の工夫に努めている。</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。	b
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>評価調査者コメント</p> <p>「苦情解決実施要領」に基づき、苦情解決の体制を整備するとともに、相談や意見等の対応と同一の資料を掲示し、苦情解決の仕組みについて周知を図っている。具体的には、家族等との面会時における苦情の確認、WISHの会における聞き取り、家族を通じた「なんでも相談」用紙の配布等で苦情の掘り起こしに努めている。「苦情相談受付マニュアル」に相談者への回答は任意様式(苦情・相談の内容及び調査・確認事項と改善等で構成)により回答するとしている。一方、24年度の苦情件数4件の利用者・家族へのフィードバックは電話または直接口答で行い、公表は実施されていない。これらの実施状況と「要領」・「マニュアル」との整合性について分析し、体制を生かしたより一層の具体的な取り組みに期待したい。</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。	a
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>評価調査者コメント</p> <p>意見等に対して迅速に対応し、時間がかかる場合は理由を説明し、対応している。</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
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。	
評価調査者コメント	
21年度に第三者評価を受審し、その後福祉サービス第三者評価基準を用い、毎年自己評価を実施してきている。第三者サービス評価の担当を位置づけ、園長を委員長とする「第三者サービス評価委員会」を設置している。委員会メンバーを各業務担当の係長・主任等で構成し、評価結果を分析・検討を行う体制を整備し、実行している。	
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
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。	
評価調査者コメント	
第三者サービス評価委員会の構成メンバーを中心に、職員の参画により評価結果の分析を実施している。一方、課題の項目を起こさず、自己評価のB評価項目の文面をそのまま課題に置き換えていることから、改善課題の具体的な明示が十分ではない。従って、課題に対する職員の統一した理解の確認、課題の明示の仕方並びに課題を検討する過程の記録について、協議・検討が必要と考えられる。	
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
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。	
評価調査者コメント	
定まった様式の「サービス改善実施計画」に基づき、評価結果のB評価項目を課題とみて、改善策と改善計画を立て、改善方法と改善実施期間や担当者を示し策定している。また、改善方法に基づき実施状況の評価を行っている。しかし、改善計画や改善方法の内容に「具体的な課題について協議していく」とするなど、課題の明示が定まっていない。解決すべき課題を明示して、改善策や改善計画の策定を図るための組織内の検討がより重要と考えられる。	

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
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。	
評価調査者コメント	
業務マニュアル管理委員会を設置し、委員長に園長、担当者は業務係長が務めている。見直し後、マニュアルの掲示や寮棟会議で配布し、説明するなど職員へ周知を行い、サービス実施の活用を図っている。	
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
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。	
評価調査者コメント	
年間計画で「業務管理マニュアル委員会」の開催を年2回以上とし、見直し時期を5月に設定、各担当で定期的に検証して必要な見直しを行っている。見直しにあたり、職員や利用者からの意見や提案等検討過程における記録やそれらを反映した改訂箇所の明示が必要と思われる。このことは、見直しの取り組みに対して職員間の理解と統一を図るうえでも有効と考えられる。	

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
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。	
評価調査者コメント 個別支援計画並びに個別援助マニュアルに基づきサービスが実施され、利用者共通の業務日誌、医療日誌・サービス提供表等を個々のケース記録に転記して、利用者一人ひとりの記録が行われている。支援計画の実施は、より具体的な個別援助マニュアルに基づき支援が行われ、その結果がサービス実施状況や利用者の観察状況等、定められた様式に記入されている。職員間で記録に差異が生じないよう、統一が図られている。	
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
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。	
評価調査者コメント 「文書の整理、保管及び保存に関する取扱い要領」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、責任者を分掌事務に明示し、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。利用者・家族から情報開示を求められた場合に関する規程は、「岩手県社会福祉事業団における個人情報の保護に関する基本方針及び規程」に基づき重要事項説明書において利用者に説明している。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園長が行っている。また、パソコン入力時のメモリースティックの保管並びにパソコン管理は、「個人情報保護マニュアル」に基づき管理者が定められるなど、記録管理が適切に行われている。	
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
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。	
評価調査者コメント 組織内の必要な情報は職員会議、運営調整会議や寮棟会議等で必要な情報が提案されている。ケアカンファレンスは定例日を設けず必要なケース検討が生じた都度、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、個人ごとのパスワードによる管理が行われ、安全について配慮が行われている。	

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
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。	
評価調査者コメント インターネット上にホームページを公表し、園の広報とともに、パンフレットを市役所・障がい福祉施設・嘱託医院等に置いて、組織の紹介に努めている。また、実習生等の受け入れを行っており、福祉を担う人材育成とともに施設の理解を得る機会となっている。入所を希望する人の見学や体験入所を積極的に行い、利用者の理解を深めることに努めている。	
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
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。	
評価調査者コメント サービス開始にあたり、新規利用者・短期入所者・日中一時支援利用者の事前見学から入所までの手順を明示した各利用者の「受け入れ手順」を整備して対応している。また、サービス内容や料金等の内容が具体的に示された重要事項説明書や利用契約書の説明は、説明に際して、特に重要なポイントを明記した「利用契約等の留意点」を作成して行い、利用者の理解に努め、必要な手続きや契約書を取り交わしている。なお、資料や説明書のわかりやすい作成について、工夫を重ね継続して行われることを期待する。	

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
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。	

評価調査者コメント

サービス終了後、家族等が相談できる担当者を定め、退所後の説明内容をケース記録に引き継ぎ記載している。また、移行に関する支援会議の開催並びに移行後の本人や家族への必要な支援を実施している。一方、サービスの継続性に関する手順等を定めた文書作成の検討、また退所者の会のような支援組織の育成については地域支援実施の現状を分析するなかで方策を図るよう期待する。

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
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。	
評価調査者コメント 「個別支援計画作成手順」を定め、統一した利用者アセスメントシートに沿って、日常生活並びに社会・地域生活状況について具体的に把握し、同時に本人・家族の意見等について聞き取りを行い、記録が行われている。アセスメントは入所時に行われるとともに、定期及び利用者の生活機能などに変化があった場合と定めて、手順により実施している。	
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

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明示しているが、十分ではない。

評価調査者コメント

利用者一人ひとりのアセスメントに基づくサービス実施上の課題の明示が十分ではない。アセスメントシートの日常生活、社会・地域生活状況等の具体的な項目について、利用者の状態を3段階で分析するとともに、課題を5つに分けた支援レベルで示しているが、支援レベルを具体的に文書化して明示していない。次のサービス実施計画作成がスムーズに展開するためにも、課題の明確な示し方について検討が望まれる。

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
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。	
評価調査者コメント サービス実施計画策定責任者をサービス管理責任者に位置づけ、「個別支援計画作成手順」に基づき、家族の参加や事前の意向把握をしてサービス管理責任者とケース担当者が策定している。また、実施計画書を家族に示して同意を得ている。日常的なサービス実施の確認チェック並びに統一した様式による「個別援助マニュアル」に、一人ひとりのサービス場面の援助及び留意点等具体的な支援を明示し、より専門的な支援が図られるよう実施計画が策定されている。	
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
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。	
評価調査者コメント 「個別支援計画策定手順」に、見直しの時期・参加職員・家族への連絡等について定めている。年2回の家族を含めたモニタリングを統一した様式を用いて実施している。支援の実施状況及び目標の達成状況について分析し課題を明確にして、サービス実施計画の見直しに反映させて作成している。また、変更後の計画を本人・家族に説明して同意を得るとともに寮棟会議において職員間で変更を確認してサービスを実施している。	

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
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。	
調査評価者コメント コミュニケーションを取れない利用者が多いため、意思疎通を図る手段として、ひとつひとつ写真や絵などを見せながら利用者の望みを確認している。それでも意志疎通が困難な利用者がいるので、職員の支援も試行錯誤の連続が伺えた。その中から利用者に声掛けを行い、何を見てるか、目の動きから読み取る等、様々な取組みで本人が持ち合わせている力を引き出しながらコミュニケーションを図れるよう工夫がされていることは評価出来る。	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
利用者の主体的な活動が尊重されている。	
調査評価者コメント 利用者が意見を出し主体的に活動できる利用者が少なく、自治会は設置されていないが、それに代わる本人活動「WISHの会」が月1回行われている。利用者の希望、意向を職員が日常の様子を受け止めながら、何らかの意志表示ができる人には職員が側面的に支援し、意思表示が殆ど出来ない人には全面的な支援を行い、利用者の活動が叶えられるよう尊重されている。	
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
見守りと支援の体制が整備されている。	
調査評価者コメント 基本的な生活上の見守りについては個別支援マニュアルを基に個別支援計画が立てられている。それを寮棟会議で支援内容や支援方法を確認し、支援している。アクシデントが生じた場合、寮棟会議で再確認し、支援方法について見直しをする体制が整備されている。	
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
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。	
評価調査者コメント 社会生活能力を高めるための学習、訓練プログラムが用意されている。職員は利用者の日常生活を通じ、ニーズキャッチをし、利用者が出来る部分と出来ない部分をチェックしながら、その場面毎に見守りと側面的な支援をし、利用者の生活自立訓練に向けた取り組みを行っている。	

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
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。	
評価調査者コメント 個別支援マニュアルに基づき、利用者の栄養量、食事形態などは個別支援計画に基づき食事提供が行われている。支援や見守りが必要な利用者には食事時間の余裕の幅等を配慮している。利用者の体調や状況に応じて自室や静養室等で食事が取れるような配慮が行われている。	

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
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。	
調査評価者コメント 定期的に嗜好調査を行っているが、利用者の殆どが書かれたものや聞かれた事が理解出来ない場合が多く、写真などで確認を取りながら、嗜好状況を確かめながら、食事を楽しめるよう、季節、行事に合わせ、嗜好を考慮した食事提供が行われている。調味料は複数の中から選択できるよう用意されているが、誤って飲んだりする利用者がいるので職員が確認しながら支援を行っている。介助の必要な利用者には食事介助マニュアルに沿って支援が行われている。	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
喫食環境に配慮している。	
評価調査者コメント 食事の環境や食事時開については寮棟会議で検討され、必要に応じて改善が図られている。自閉症の利用者等が安心し落ち着いて食事が取れるように、パーテイションに仕切りの工夫をしている。利用者の食事の摂取時間や適温で食べるように配慮されている。食事する際、エプロン未使用者の前にランチョンマットが敷かれていたが衛生上必要で、検討された結果の配慮であり、取組みは評価出来る。	
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
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。	
評価調査者コメント 利用者の入浴個別支援マニュアルが明示されており、利用者の支援計画に基づいて職員間で情報を共有し、利用者が安心して入浴が出来るよう配慮されている。介助の支援は同性者が行い、入浴中トラブルが起きないよう入浴人数は3~4人位で順番に行われている。	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
利用者の希望に沿って行われている。	
調査評価者コメント 利用者の入浴は週3回と重要事項説明で記載し、確認をとっている。入浴日の順番や利用者の状況などを寮棟会議で話し合い、利用者の希望に添えるよう配慮されている。基本的に週3回の入浴としているが、汚れ・失禁がある場合はその都度シャワー浴を行い清潔を保っている。	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
環境は適切である。	
調査評価者コメント 脱衣室は冷暖房が設備されている。浴室も暖房器具が備え付けられている。脱衣所などは広く明るく清潔である。浴室の中に大きな浴槽と身体状況に合わせた小さな浴槽が備え付けられており、入浴の自立訓練なども兼ね使用している。ただし、浴槽が深く数段の階段になっていることが心配である。脱衣場に置く足ふきマットの交換を頻繁にして水虫予防等に配慮している。	
2-(3) 排泄	
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
介助は快適に行われている。	
調査評価者コメント 個別支援計画に基づき個別支援マニュアル、排泄ケアマニュアルが作成されている。排泄介助に際しては利用者の健康状態を排泄チェック表に記録し、利用者の状況を把握し、サービス提供につなげている。異常がある場合は看護師に相談し、利用者が快適に過ごせるように対処し、支援を行っている。	

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
清潔で快適である。	
<p>調査評価者コメント</p> <p>トイレ掃除は清掃担当職員や寮棟職員が行っており清潔は保たれている。利用者の中には、異食をする人もおり、消毒液剤等置かないよう、職員間で絶対厳守としている。便座の温度調節のツマミをいじったりする人がおり、職員が常に注意を払って、利用者が快適に使用出来るような支援も行われている。</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。	a
利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。	
<p>評価調査者コメント</p> <p>衣服の購入は利用者がチラシや、衣服に限らず、色々なものを購入出来るカタログを用意しており、職員が利用者と一緒に見ながら、希望の物などを決められるよう側面的に相談・援助・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。	a
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>評価調査者コメント</p> <p>「衣類の汚れ、破損時の対応手順」を基に利用者が着替えなどを希望した場合には、その意志を尊重し必要な介助や支援を行っている。意志表示ができない利用者に対しては、自分で着替える範囲を見守り、出来ない部分は職員が声掛け支援を行い、着替えをしている。利用者でこだわりが強く自分が着用している服のボタンを取ってしまったり、ファスナーを破いてしまったり、来ている服を細かく破いて食べたりと、想像も付かない事が起こるので、日々注意を払いながら支援が行われている。</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
利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。	
<p>評価調査者コメント</p> <p>寮棟にファッショントリーラーが用意されている。本人の希望、意志を尊重しているが、はっきりと意志表示が出来ない利用者が多く、保護者の希望が大きく左右している状況である。個別支援マニュアルに沿って日常生活に必要な洗顔、歯磨、爪切り、髭剃り、整髪等、身だしなみを職員が個々の状況を見ながら、必要な支援を行っている。</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
配慮している。	
<p>評価調査者コメント</p> <p>理容は「理髪計画・理容実施手順」に沿って行われている。地域の理容店を希望する際には、理容店の協力を得られるよう依頼し、連絡調整を行っている。一人で外出が出来ず、支援が必要な利用者には同行や送迎も行っている。</p>	

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
配慮している。	
評価調査者コメント 「不眠者への対応マニュアル」に基づき、利用者・保護者の希望に沿って支援を行っている。利用者の居室は個室化され施錠が内外から出来、プライバシーにも配慮されている。居室も温度調節が出来、快適で安眠が確保されている。また寝具も季節に合わせて提供されている。不眠の利用者に対しては、マニュアルに沿って安眠が出来るよう支援され、その内容は業務日誌に記録されている。	

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
適切である。	
評価調査者コメント 利用者の個別健康ファイルを作成整備し、健康が管理がされている。それに基づいて支援が行われている。利用者の健康状態については、本人・家族に定期的、または必要に応じて説明している。インフルエンザの予防接種も本人・家族から承諾書を得て実施されている。口腔衛生も年数回の歯科検査が行われ、その結果、治療が必要な場合、職員が付き添って通院している。利用者の歯磨指導と磨き残しの確認を行っており歯科衛生の支援が行われている。精神科の医師が月1度来園し、診察を行う体制も整備されている。	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
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。	
評価調査者コメント 利用者の急変時における手順は整備され、嘱託医をはじめ、20分以内の範囲でアクセスできる複数の医療機関があり、迅速に医療が受けられる体制は整備されている。	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a
確実に行われている。	
評価調査者コメント 利用者の「服薬関係マニュアル」が作成されている。服薬医務室への出入りができる職員は決められ、鍵の所持者も明確になっている。薬物保管・薬物管理の扱いは厳重に対処されている。服薬の扱いは、命にも関わる事なので、職員間でダブルチェックし、更にチェックするなどの緊張感を持って対応し予薬チェック表に記録されている。	

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
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。	
評価調査者コメント 余暇・レクリエーションは、本人活動「WISHの会」が職員の支援を受け、活動計画予定表を作成し、実施されている。その結果についても記録され、利用者の声をしっかり受け止めながら支援、援助が行われている。また、月1回市内のボランティア「ゆずり葉の会」が、調理実習で手作りおやつを利用者に提供して頂き、利用者がとても楽しみにしている。	

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
利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。	
評価調査者コメント 地域のイベント等の情報が提供されている。利用者の希望があれば、外出支援は外出マニュアルに沿って職員が同行、見守り支援、安全誘導などはされているが、付き添っていた職員にハプニングが起きた場合を想定した対応が必要と思われる。利用者の状況を判断すると、一般的なカードではなく、何か工夫を行い、利用者の安全・安心を確保して欲しい。	
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
利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。	
評価調査者コメント 外泊は主に受入れ側の家族の意向に沿って、帰省(外泊)をしている。施設からの要望を積極的に働きかけるような取組が十分に行われていない。 利用者によっては、入所してから一度も帰省していない人や毎週帰省している人等個人差は大きい。帰省出来ない原因を行政の担当等の協力を得て周知しながら、今後の対応策や、帰省出来ない利用者の気持ちを考慮した取組を期待したい。	

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
管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。	
評価調査者コメント 利用者の障がい程度が重く、金銭などの自己管理できる人はいない。入所の際の契約時、本人、家族に説明し同意を得て職員が管理している。利用者の小遣いも自己管理が出来ないので金庫に保管し管理している。金銭管理については家族に4半期ごとに、収支状況を報告し確認し、適切な管理体制は整備されている。しかし、学習プログラムが作成されてないので、利用者の日常生活で交わしている物品購入、金銭の出し入れの際の状況を文書化し、個々の取り組みを学習プログラムとして作成することが望まれる。	
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
利用者の意志や希望が尊重されている。	
評価調査者コメント 新聞・雑誌などの購入は、利用者・家族の希望があれば、自由に購入できる。居室は個室なのでテレビ・DVD等の個人所有もでき、自由に視聴出来るよう配慮されている。	
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
利用者の意志や希望が尊重されている。	
評価調査者コメント 現在飲酒、喫煙を希望する該当者はいない。利用者や家族からの希望により、コーヒーの提供等は行われている。	