

(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 11 月 26 日～27 年 1 月 20 日

### 2 事業者情報

事業者名称（施設名）：あさあけの園	種別：障がい者就労継続支援 B 型事業
代表者氏名：理事長 阿部 肇男 (管理者) 施設長 佐藤 章夫	開設年月日：昭和 59 年 12 月 17 日
設置主体：社会福祉法人 新生会 経営主体：社会福祉法人 新生会	定員：20 名
所在地：岩手県紫波郡矢巾町又兵衛新田第 6 地割 17 番地の 2 TEL：019-697-6537 FAX：019-658-8538	

### 3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 法人・施設の理念、基本方針の明確化</p> <p>平成 24 年に社会福祉法人新生会の理念『輝く命』を明文化し、法人の使命や役割、障がい者福祉の基本的な考え方を示している。理念は、第Ⅲ期経営計画はじめ、法人パンフレット「凶南の翼」、ホームページ、事業計画書、広報誌等に掲載している。法人理念と共に、あさあけの園の理念として、「明るく 楽しく 元気よく」「地域とともに歩む」「ひとりひとりがかけがいのない大切な存在」と明示し、利用者個人の尊重や地域福祉の推進に努めている。また、法人の理念に基づく基本方針として、「人権の尊重」「四者一体での運営」「倫理の確立」「地域生活支援の活動強化」としてまとめられている。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 職員の教育・研修に対する基本姿勢等の明示</p> <p>職員の資質向上のための研修検討ワーキンググループを設置・検討し、新採用職員研修や虐待防止研修を開催しているところであるが、組織として教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。また、法人が策定した第Ⅲ期経営計画の重点課題に、「個人の尊厳が守られるサービスの提供と質の向上に努めるためには体系的な教育研修を策定する」と明記してある。しかし、職員一人ひとり等の教育・研修計画が策定されていない。そのため、研修に参加した職員による復命書の作成・報告はあるものの、研修成果の評価や次回に向けた見直しが行われていない。今後は、組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢の明示、基本姿勢に沿った教育・研修計画の策定の中で、研修計画の評価・見直しが行われることを期待する。</p>
--

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>当事業所は、昭和 59 年矢巾町手をつなぐ親の会が福祉作業所として設立し、平成 19 年に新生会に運営が移管され、定員 20 名、職員 8 人の小規模な通所の就労継続支援 B 型事業所で、利用者さんの多くは、在籍年数が長くアットホームな雰囲気である。</p> <p>今回、初めて福祉サービス第三者評価の受審となったが、職員は何をどのように進めればよいのかわからず、手探り状態からのスタートであった。</p> <p>25 年度に自主点検を行っていたがガイドラインの理解十分ではなかったことから、各職員で担当を決</p>
---

め、判断基準に関するガイドラインの読み合わせを行い、何があるのか、また不足しているのは何かをひとつひとつを確認すると共に、一番大切な、福祉サービス第三者評価がなぜ、今必要なのかを含め担当者だけではなく職員全体としての共通理解の浸透を図るようにしていった。

今回の厳しい評価結果を厳粛に受け止め、まだまだマニュアルの整備や改善を進めていかなければならないこと痛感し、次年度は改善計画をスムーズに進めるため事務分担に組み入れながら利用者サービスの向上を図っていききたい。

また、今回の福祉第三者評価を受審し、利用者さんへのサービス向上につながることはもちろんのこと、職員が目標に向かって一丸になれたことや普段あまり意識してこなかった、規定集の確認や根拠がどこにあるのかを調べるなどの作業をとおして、職員の基本的な取り組み姿勢を醸成することができ、人材育成につなげることができると思われることから、今後も定期的な受審をとおして取り組みの定着化を図っていききたい。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果  
(別紙)

## (別紙)各評価項目にかかる第三者評価結果【あさあけの園】

### 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>評価者コメント</p> <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。 平成24年に社会福祉法人新生会の理念を明文化し、法人の使命や役割、障がい者福祉の基本的な考え方等が踏まえられている。理念は、第三期経営計画をはじめ、法人パンフレット「図南の翼」、ホームページ、事業計画書、広報誌等に掲載されている。さらに、あさあけの園の理念も設けられており、「明るく 楽しく 元気よく」「地域とともに歩む」「ひとりひとりがかけがいのない大切な存在」と設定している。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <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。 法人の理念に基づく基本方針が明文化されており、その内容は「人権の尊重」「四者一体での運営」「倫理の確立」「地域生活支援の活動強化」としてまとめられている。内容は適切であり、法人の基本方針を基にした、あさあけの園事業計画書を作成している。基本方針は、法人パンフレットやホームページ、広報紙等にも掲載されている。なお、基本方針は当初3項目であったが、平成26年4月から文言の整理とともに、4項目目の「地域生活支援の活動強化」が追加されている。</p>	

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <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。 法人の理念や基本方針、また、あさあけの園理念について記載した事業計画書を職員会議で全職員に配布し、施設長から説明を行っている。また、新任職員研修での説明や玄関の掲示板への掲示、さらに理念や基本方針について全職員が常に目に留まりやすいようラミネートにしてデスク周辺に置くなど工夫もされている。</p>	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 ルビを配した文書を玄関の掲示板に掲示しているほか、広報あさあけの園にも掲載して利用者や家族への周知に努めている。しかし、利用者や家族会議等での説明は行われておらず、周知するための継続的な取組が望まれる。</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>評価者コメント</p> <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。 理念や基本方針、経営計画、収支計画等を構成する平成24年度から平成26年度を計画期間とした「第三期経営計画」が策定されている。計画推進のためにワーキンググループが設置され、検討を行っている。</p>	
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <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。 法人が策定した第三期経営計画の中にある、あさあけの園の経営計画を反映したあさあけの園事業計画が策定されている。そのため、事業計画の内容は単なる行事計画とはなっていない。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。事業計画、重点課題についての評価は実施してきたところではあるが、評価に対する見直しは一部の職員だけで行われており、職員全体のかかわりは弱い。現在の職員・業務体制では、職員会議のように職員が一堂に集まり検討する機会を増やすことは難しい状況にある。そのため、少人数の中でも各計画の担当者を中心としながらまとめ、回覧などを通して職員の意見や要望を吸い上げるなど、組織としてまとめる工夫をしながら取組んで行くことが望まれる。</p>	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各計画を職員や利用者等に配付していない。第三期経営計画は、職員への資料配布に留まっており、家族への配布・説明はしていない。また、あさあけの園年間行事日程や重点目標など部分的には利用者・家族に周知しているが、事業計画など全般についての資料配布・説明は行われていない。職員が理解していなければ、利用者・家族・地域に対して説明することはできない。そのため、まず、職員が理解し利用者などに説明できる体制が求められる。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。職員会議で文書を配布し、その都度課題や進捗状況を説明し考えを表明している。また、施設長便り(月1回)を発行し、利用者や家族に情報を伝えている。さらに、職員の仕事上の悩みや課題、要望などを把握するため、施設長による職員との面談を年2回(10月・3月)実施している。ただし、前項の各計画等が職員へ周知される取組が前提(優先)とされるため、自らが果たすべき役割と責任について、その妥当性の検証と併せて取組むことが求められる。</p>	
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者自ら、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が、十分ではない。人権や虐待防止など職員会議で文書にし注意喚起しているほか、朝礼や終礼でも新聞(虐待ニュースの切抜きなど)の記事を紹介し、法令遵守の意識付けを図っている。また、交通安全について職員会議や朝礼等で取り上げ、交通法規の遵守を意識させるよう努めている。さらに、法令遵守をテーマとした研修や勉強会に参加し、情報を収集しリスト化するなどして職員へ周知する取組が望まれる。</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組に指導力を発揮している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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指導力を発揮しているが、十分ではない。施設として取組んできたサービス内容の確認・検証する意識を持って行うことが、サービスの質の向上につながるとし職員会議などで意識付けに努めている。また、利用者がその日に行う作業がわかる掲示板や作業マニュアルの作成を指示するなど福祉サービスの質の改善に努めている。今回、福祉サービス第三者評価受審にあたり、自ら自己評価の取りまとめなどに積極的に参画して取組んでいる。しかし、更に福祉サービスの質の向上のためには組織内に具体的な体制の確立を図り、併せて継続的に評価・見直し等を行う仕組みが求められる。</p>	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。経営や業務の効率化・改善に向けて、職員室が狭いため収納スペースや効率的に業務を行うための改修に係わる補正予算の計上をしている。また、人員配置、職員が働きやすい環境整備等に努めている。しかし、現段階でまだそれらの取組による効果は確認できていないため、更に継続的な取組が望まれる。</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>
評価者コメント 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。 第Ⅲ期経営計画を踏まえ、法人全体の取組としてワーキンググループ(WG)を設置し、将来に向けたグループホームに関するアンケート調査を実施している。また、あさあけの園は設立母体が手をつなぐ親の会であることから、連携して各種育成会行事(フライングディスク大会、手をつなぐ親の会研修会などに参加)等を実施し、ニーズなどを把握し事業計画に反映している。	
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>b</b>
評価者コメント 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。 月別利用者数、利用率など手書きによるデータ作成・分析をしているが、対比データの作成までには至っていない。また、パソコンを利用しての各種データの入力・評価・分析等を行うとともに文書管理の充実も求められる。さらに、改善すべき課題について職員に周知するとともに、職員全体で改善に向けた検討が望まれる。	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	<b>非該当</b>
評価者コメント	

### 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>c</b>
評価者コメント 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ない。 人材や人員体制に関する基本的な考え方や人事管理に関する方針など、必要な人材に関する具体的なプランが作成されていない。人事管理については、トータルマネジメントが求められ、期待する職員像、運用、育成、活用、処遇、評価に対する明確化とともに、職員の意向や意見を確認しながらの評価、分析、改善検討等が必要となる。そのため、中・長期計画や各年度の事業計画に記載され取組まれることが求められる。	
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。	<b>b</b>
評価者コメント 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。 人事考課を実施しているが、職員8人のうち半数の正規職員のみを対象とした人事考課である。また、職員に対する研修やフィードバックが十分に行われているとは言えない。評価結果は、給与に反映する仕組みともなっているため、客観性や透明性の確保が図られるよう法人と連携し検討されることが望まれる。	

#### 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。	<b>b</b>
評価者コメント 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。 タイムカードによる労働時間の管理に努めているほか、施設長との面談は年2回(10月・3月)実施し、職員の就業状況や業務に係わる意向・要望などを把握している。また、定期的に専門カウンセラーによる相談も実施しているが、把握した職員の就業状況などを担当者を決めて分析するとともに、その結果を基にして改善策の検討が望まれる。	

<b>II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。 健康維持について、全職員が定期健康診断・インフルエンザ予防接種等を実施している。しかし、職員8人中、4人の正規職員が福利厚生事業を目的とした福利厚生センターに加入しているが、残る4人の非常勤職員は加入していないため、非常勤職員の福利厚生に対する更なる検討が望まれる。</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。**

<b>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>	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <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ない。 職員の資質向上のための研修検討ワーキンググループを設置・検討し、新採用職員研修や虐待防止研修を開催しているところであるが、組織として教育・研修に関する基本姿勢を明示するに至っていない。そのため、組織が目指す福祉サービスを実施するために、中・長期計画などの中に、組織が職員に求める基本的姿勢を明示することが求められる。</p>	

<b>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組が行われている。</b>	<b>c</b>
<p>評価者コメント</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ない。 法人が策定した第Ⅲ期経営計画の重点課題に、個人の尊厳が守られるサービスの提供と質の向上に努めるためには体系的な教育研修を策定すると明記してあるが、職員一人ひとりの教育・研修計画を策定するに至っていない。そのため、個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性やこれまでの研修履歴等を把握し、職員一人ひとりの教育・研修計画の検討が期待される。</p>	

<b>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>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>研修成果の評価が定期的に行われていない。 研修に参加した職員による復命書の作成・報告はあるが、研修成果の評価が定期的に行われていない。組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢の明示、基本姿勢に沿った教育・研修計画の策定の中で研修計画の評価・見直しが行われることが求められる。</p>	

**II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。**

<b>II-2-(4)-① 実習生の受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>	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>実習生の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 実習生向けに、利用者へ接する際の心得をまとめた「利用者支援マニュアル」「実習生日程表」「日課の流れ」を作成し、受入れに努めているが、実習生の受入れについて事業計画書に明文化されていない。また、施設として実習生をどのように受入れ、どのように対応していくかなどをまとめたマニュアルが作成されていない。そのため、実習生受入れや実習中の担当職員を明確にするなど、実習受入れから受入れ終了までをまとめたマニュアル作成が急務となる。</p>	

<b>II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>実習生の受入れの際には、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。 福祉専門学校生の施設実習、紫波総合高等学校生の交流学习、矢巾町高校生インターンシップ事業、社会福祉協議会の福祉のお仕事体験など積極的に受入れ育成に取り組んでいる。今後、実習等受入れマニュアルの作成、実習等の内容全般を計画的に学べるようなプログラムの作成が望まれる。</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組が行われている。**

<b>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。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。 インシデント・アクシデントレポートの実施、職員会議での送迎時の安全運転への注意喚起など日頃から安全確保に努めている。また、法人として業務管理専門員を配置しているほか、災害等緊急時に矢巾町に居住している職員を構成とする初動班を組織し、利用者の安全を確保する体制を本年9月にスタートしたばかりであり、法人と各施設の連携のもとにこの体制の定着を図っていくことが望まれる。</p>	

II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。インシデント・アクシデントレポートを本年7月から実施し、要因分析や対策の検討、さらに職員会議や朝礼・終礼で職員の情報共有に取り組んでいる。9月からは業務管理専門員を配置し、災害時の利用者の安全を図るために初動班も組織したばかりである。更なる取組として、事故防止策などの安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを図るとともに、安全確保・事故防止に関する研修を実施しながら共有化を図る取組が望まれる。</p>	

## II-4 地域との交流と連携

### II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	b
<p>評価者コメント</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行っているが、十分ではない。地域行事の「徳丹城まつり」「夏祭り」「秋祭り」、さらに手をつなぐ親の会行事である「フライングディスク大会」「研修旅行」は積極的に年間行事に組み入れ、支援職員も派遣している。また、他団体が主催する各種イベントなどへも利用者とともに積極的に参加している。さらに、地域の人々に向けて、施設や利用者への理解を得るために日常的な活動やコミュニケーションが取れる取組の検討が望まれる。</p>	

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	c
<p>評価者コメント</p> <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ない。施設の取組状況や計画など情報を記載した「広報あさあけの園」は、関連施設、就労事業所、行政機関、施設近隣の住民など、配布に努めているが、施設が有するハード・ソフト機能を地域に開放・提供する取組までには至っていない。これは、8人中4人の正規職員体制であることや、手狭で老朽化した施設環境も積極的に取組めない要因のひとつとも考えられる。さらに、福祉の知識のみならず、自ら製造販売している製品や製造の専門知識の情報提供も地域還元の一つと捉えた取組の検討が期待される。</p>	

II-4-(1)-③ ボランティア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。	c
<p>評価者コメント</p> <p>ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。業務分担には、ボランティア・福祉実習の受入れに関する担当者を配置し、あさあけの園ボランティア受入れマニュアル、ボランティア受入記録表を作成している。役場主催のボランティア体験では、小学生の受入れにも取り組んでいる。しかし、ボランティア受入れに関する基本姿勢が明文化されていないことや、マニュアルは本年9月に作成したばかりでその内容の見直しが必要である。また、ボランティア育成のための講座や研修も開催されていない。そのため、ボランティア受入れマニュアルには、受入れに対する基本姿勢の明示、登録手続、ボランティアの配置、事前説明、事前研修等に関する項目が記載された内容の整備が求められる。</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。	b
<p>評価者コメント</p> <p>施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。個々の利用者の状況に対応できるよう社会資源マップを今年度作成し掲示している。ただし、職員会議などでそのマップの説明は行われていない。当施設は就労継続支援B型事業を中心としており、利用者の工賃支給をメインとした食品の製造販売等を行っているため、より関係機関・団体等との連携が必要であり、リストの見直しとともに、職員間で情報を共有化する取組が望まれる。</p>	

II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。矢巾町地域福祉計画策定に委員として携わっているほか、矢巾町や紫波町を構成する「つきーの会」に職員を派遣し連携に努めている。また、障害者福祉協会や東北地区就労センター協議会などにも参加し、定期的に連携を図っているが、地域との関係機関・団体とのネットワーク化や、ネットワーク内で共通の問題に対して解決に向けて協働した取組は行われていない。地域内に就労関係の事業を展開する法人内の4施設が点在していることから、まず法人内の就労事業所間で共通の問題に対して、解決に向けて協働する取組が望まれる。</p>	

## II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。          本年8月、法人が設置しているワーキンググループによる「グループホーム利用希望調査」を実施し、法人内の施設利用者のニーズ把握に努めている。ただし、調査を実施して間もないことや、民生委員・児童委員等との連携による地域の福祉ニーズ把握、地域の住民を対象とした福祉ニーズの把握などは行われていない。さらに、ワーキンググループなどを通し法人全体で更なる地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めることが望まれる。</p>	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。          本年8月、法人の施設利用者を対象に「グループホーム利用希望調査」を実施しニーズ把握に努めたが、調査して間もないことから、調査結果を基にした具体的な事業・活動を経営計画や事業計画に盛り込み実施するに至っていない。今後は、調査結果に基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示して取組むことが望まれる。また、法人としての社会貢献活動としての展開も期待される。</p>	

## 評価対象III 適切な福祉サービスの実施

### III-1 利用者本位の福祉サービス

#### III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</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。          法人の理念、基本方針やあさあけの園事業計画に、利用者を尊重したサービス提供について基本姿勢が明示されている。また、法人ではコンプライアンス研修や虐待防止研修を開催している。あさあけの園では、毎月の職員会議において、施設長から理念、基本方針について説明が行われるとともに、文書で回覧も行っている。事業所の取組は、今年度から行っており、更に継続するとともに、事業所内でも虐待防止や人権尊重に関する研修が望まれる。</p>	
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。          ゆっくり話ができる場所や音楽を楽しむスペースの確保を行うとともに、安全面や危険を回避するために職員や利用者同士と話し合いを行っている。しかし、プライバシー保護を意識した取組やマニュアル、規程が作成されていないことから、事業所としてのマニュアルなどの整備が急がれる。</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>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。          利用者自治会を設置しているが、年2回、役員から行事の希望を聞く程度の開催に留まっている。また、食事に関する調査を年1回実施しているが、満足度調査などは実施していない。あさあけの園家族会は、総会に法人役員と施設長が出席し、事業所の状況を説明している。さらに、利用者満足の上昇を目指す姿勢を明示した文書を作成するとともに、利用者、家族からの意見や要望等を把握するための満足度調査の取組が求められる。</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。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <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ない。          利用者満足の上昇の取組として、今年度から利用者との日常会話をもとに、誕生月の利用者と施設長が系列事業所のレストランで食事会を実施し、利用者から好評を得る取組が行われている。利用者からの要望に全て答えることは困難であるが、自分たちの意見、要望が叶うことは日々生活を送るうえで励みとなる。そのため、利用者満足に関する調査担当を決め、把握した結果を分析・検討するために、自治会代表者等の参画のもとで検討会議などの開催が求められる。</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>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>廊下に何でも相談箱を設置しているが、相談箱に相談事項を入れるより、直接職員に話をすることが多い。話をする時は、仕切られたスペースで話を聞き、直ぐに施設長と協議し、職員の朝礼や夕会で職員間で共有している。しかし、利用者にわかりやすく相談方法や仕組みを説明する資料などが無いことから、家族を含め、利用者に分かりやすく伝える方法が求められる。また、相談に対応した記録が無いことから、対応した記録、相談件数などの把握も望まれる。</p>	
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>苦情解決の仕組みが確立していない。</p> <p>法人の苦情解決規程から、苦情の受付、報告や確認方法を定め、各事業所の施設長を苦情解決責任者に任命することとしている。また、様式を定めるとともに、第三者委員を設置することとし、重要事項説明書への記載及び事業所内廊下の掲示板に苦情解決規程及び第三者委員を掲示している。しかし、利用者、家族への説明が十分に行われず、対応した結果も公表されていない状況である。第三者委員も法人で定めているが、事業所に訪問するなどの取組は行われていないことから、苦情解決が機能するための体制整備が求められる。</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>評価者コメント</p> <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>利用者本人や家族との連絡帳の中で意見等に対応しているが、定められたマニュアル等が無い状況で対応している。職員はマニュアルの必要性を認識しており、取組意向があることから、事業所が一体となりマニュアル作成に向け、改善を図ることが求められる。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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>C</b>
<p>評価者コメント</p> <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ていない。</p> <p>今年度初めて自己評価の実施及び第三者評価を受審したことから、今後の定期的な自己評価の実施が望まれる。あさあけの園は8人の職員が在籍しているが、今回は施設長と評価担当職員が中心となり自己評価結果をまとめている。委員会などを設置して分析・検討等をしていないため、職員へのフィードバックが行われていない。さらに、評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ、職員へのフィードバックが実行される取組が求められる。</p>	
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <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ない。</p> <p>自己評価を実施し、規程やマニュアル、記録の文書化、統一した様式による利用者の把握が必要であることを認識している。ただし、自己評価結果に対して職員の参画により評価結果の分析、分析した結果やそれに基づく課題が文書化されていない。さらに、第三者評価結果が示されることから、課題の明確化と職員間でその課題の共有化が図られるよう、中長期計画に盛り込むなどの具体的な取組が求められる。</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>C</b>
<p>評価者コメント</p> <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ない。</p> <p>自己評価結果に対して職員の参画により評価結果の分析、分析した結果やそれに基づく課題を文書化していないため、改善策や改善計画も作成していない。今後、第三者評価結果が示されることから、評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を作成する仕組みをつくることが求められる。また、法人事務局との連携、系列事業所との連携により作成されることが求められる。</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。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。  「利用者さんの支援情報」を作成、利用者一人ひとりの状況を一覧にして、職員間で共有している。また、排泄支援マニュアル、服薬支援マニュアル、送迎支援マニュアル等を作成しているが、利用者尊重やプライバシー保護が含まれた内容になっていない。さらに、マニュアルが作成されていても職員の判断により対応している所も多いことから、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示するとともに、標準的な実施方法やマニュアルを基本として実施されているかどうかをチェック表などで確認する仕組みが求められる。</p>	
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。  施設長や支援課長など幹部職員の間では、マニュアルの整備、見直しが必要であるとの認識はあるが、実際の実施まで進んでいない状況である。職員会議や朝礼、夕会の場でマニュアルの必要性を認識する話し合いや協議の場を持つことが望まれる。新しく整備することは労力も必要なことから、法人や系列事業所に備わっている規程、マニュアルがあさあけの園のサービスに当てはまるか、工夫が必要かその内容を検討し、参考になるものは取り入れるなどの取組も一つの方法と考えられる。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。  利用者の個別支援計画に基づき、ケース記録に利用者個々の状況が記録されている。ケース記録は担当が作成し、主任、サービス管理責任者、支援課長、施設長が毎月確認する方法を取っている。記録の内容に合っていないものは、上司が指導しているが、職員全体の記録に関する研修会などは行われていない。ただし、法人研修会で実施していることから、事業所内で伝達研修や記録について学ぶ機会を設け、職員間で記録の仕方等に関して共有化する取組が望まれる。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。  記録管理の責任者は業務分担表に担当職員が明示されている。記録管理の規程は、法人の規則の中に分類、保存年限が定められている。また、利用契約書に明記するとともに、個人情報に関する本人からの問合せ、情報開示への対応は、法人の個人情報管理規程に定められている。法人の研修会でもこれらの内容について学ぶ機会を設けているが、事業所内での研修が行われていないことから、個人情報保護の厳守と情報開示について職員間で学ぶとともに、契約時だけでなく、日ごろから利用者に情報を示すことが望まれる。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</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具体的な取組が行われているが、十分ではない。  利用者の状況等に関する情報共有は業務日誌や朝礼、夕会などで随時実施している。利用者の個別支援計画は関係綴りに集約されるとともに、パソコンの記録システム「ほのぼの」で確認することもできる。しかし、委員会の設置や個別ケースの検討会議など利用者支援に特化した定期的な検討の機会が作られていないことから、職員全員が共有できる機会の検討が望まれる。</p>	

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

#### Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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。  法人のホームページで系列の事業所と同様に施設紹介を行っている。また、法人広報「しんせい」の中での事業所紹介や「広報あさあけの園」発行により、事業所の情報提供に努めている。利用希望者に対しても体験実習や見学など必要に応じて対応している。しかし、事業所を紹介する説明資料等の漢字にふりがなや大きい文字などわかりやすく伝えるための工夫が無いことから、わかりやすく伝えるための検討が求められる。また、様々な販売会にも意欲的に出店していることから、事業所紹介や製品作成の過程を紹介するパネルを展示するなど、情報の提供を目的とした取組が期待される。</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>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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説明を行っているが、十分ではない。事業所のサービス開始にあたり、利用契約書を交わすとともに、重要事項説明書で利用者を尊重する姿勢を本人及び家族に説明している。利用契約書と重要事項説明書には漢字にふりがながあるが、内容をわかりやすいように工夫しているとはいえない。絵や写真、分かりやすく表現した説明資料などを用いて、利用者、家族と事業所の約束を伝えることも必要である。また、職員にも契約書や重要事項説明書に記載されている事項を職員会議や職場研修等の場で確認を行い、利用者尊重を確認することも望まれる。</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>評価者コメント</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ているが、十分ではない。一般就労に移行した利用者に対し、日中一時支援として毎週面会をし仕事や生活の状況について話を聞くなど本人支援を行っている。ただし、サービス移行にあたっては、定められた手順書や引継文書など無く、職員からの情報提供に留まっている状況であることから、記録様式の整備と手順方法を定めることが望まれる。</p>	

### III-4 サービス実施計画の策定

III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</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に、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。</p> <p>利用者のアセスメントは、「ADL聞き取り票」を用いて行っている。この方法は、今年9月から系列の事業所の様式を参考に取組を始めたところであり、実施方法および手順を文書化するとともに、継続した取組が望まれる。また、ADL聞き取り票では、将来の希望に関する項目は「その他」に記載されているが、利用者の意向把握を項目立てするなど、内容について見直しが必要とされる。</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>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>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ない。</p> <p>これまで定められた様式が無かったことから、統一したアセスメントの様式として、「ADL聞き取り票」を今年9月から採用している。それ以前は、日常の様子と職員からの情報により、個別支援計画の見直し(10月、3月)が行われていたとの説明がある。さらに、ADL聞き取り票を活用しニーズや課題を明確にするとともに、職員間での課題共有、本人や家族の意志を尊重し、課題解決に向けた支援が求められる。</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>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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いるが、十分に機能していない。</p> <p>サービス管理責任者が定められ、業務分担当および支援計画書に記載されている。個別支援計画の作成にあたって、今年度からアセスメントシート(ADL聞き取り票)を用いるとともに、利用者だけでなく、これまで一部だった保護者からのモニタリングも全保護者から行うなどの取組も始めている。さらに、手順を定めて取組の継続が望まれるとともに、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ケース記録のまとめ方が求められる。</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>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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が、十分ではない。</p> <p>個別支援計画の見直しは10月と3月に行われ、その前月が個別支援強化月としてモニタリングが行われている。実施手順や方法はこれまでの取組で、特に文書化されずに行われていたが、職員間での統一した意識の確認と文書化が必要との認識があり、更なる取組に期待したい。</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。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</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ない。          現在、意思疎通に制限のある利用者は少ない。言葉でのコミュニケーションが難しい利用者とは、日常的な仕草やサインで理解できるよう常に見逃しをしないように気をつけて対応している。しかし、現在意思疎通に支障がなくても、さらに利用者の高齢化や強度行動障がいなどを含む様々な状況に対応できるよう、職員にコミュニケーション手法の専門知識を学ぶ外部研修などの機会を取り入れることが求められる。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。          利用者が活動しやすいように担当職員は決められ日々の活動や作業の支援を行っている。毎月開催される行事、宿泊体験の旅行等は利用者が楽しんで参加できるよう努めている。しかし、これら行事を決める際、施設側で決めたことを利用者へ選択してもらう状況なので、さらに利用者も行事などを決める際に参加し、意見、希望が反映される機会を設けることが望まれる。</p>	
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>見守りと支援の体制の整備が十分ではない。          利用者の日常生活はサービス実施計画に基づき個別支援マニュアルやADLの聞き取りから希望、意見を把握し、それに沿って見守り支援が行われている。重度利用者や作業が難しい利用者もあり、常に職員の声掛けや見守りが必要である。ただし、家族からの支援の要望などを、その都度朝会や夕会で伝達しているが、十分伝わらなかったり、忘れていたりしていることもあると話しているため、職員の支援体制の更なる工夫が望まれる。</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>b</b>
<p>評価者コメント</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。          家庭から毎日施設に通い、施設で提供する作業内容の中からそれぞれ利用者にてできることを見だし作業が行われており、利用者の生きる意欲につながっているものと理解できる。また、利用者とともに外出し様々な体験に取組んでいるが、利用者には何か楽しいこと・希望されたことを支援すればそれでエンパワメントだと考えているように感じられるため、今一度エンパワメントの理念を研修等を通じ共有化するとともに、利用者個々の社会生活力を高めるために学習・訓練プログラムの作成が望まれる。</p>	

## A-2 日常生活支援

### 2-(1) 食事

A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</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。          サービス実施計画に基づき個別支援マニュアル・ADL等の聞き取りが行われ、身体状況に応じた留意点などが記載され、それに沿った食事提供が行われている。食事に関するマニュアルも整備されている。</p>	
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。          給食会議は各月に行われ、年3回、利用者の代表が出席している。利用者の食事嗜好アンケートが行われ献立に反映している。また、食事が園の中で作られないため、適温の食事提供は難しいが、園に届く(系列事業所の厨房から)と再度鍋や電子レンジで温めたりと工夫をしている。ただし、盛り付けや食器に工夫がみられないとともに、香辛料をかけ過ぎる等の課題から現在は健康面に配慮してテーブルに香辛料は設置せず、職員に声をかけてもらい提供している。これらを検討し、利用者が楽しく美味しく食事ができるように更なる工夫や要望を聞き入れて対応することが望まれる。</p>	

<b>A-2-(1)-③</b> 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>喫食環境の配慮が十分ではない。          作業を中心とした事業所のため、外部販売等の状況により時間をずらして食べている。基本的な食事時間は12時から13時となっており、職員の見守りの中でせかせて食べさせることなどはなく、本人のペースで食べている。ただし、作業場と食堂は兼用し、テーブルは同じものを使用しているため、時々(行事等)テーブルに白布を掛け、テーブルごとに季節の花一輪を飾ったり、トレーに季節の絵が描かれたランチマット等敷き、季節の花や木の葉を添えたりと食事の雰囲気が変わる工夫が望まれる。</p>	

## 2-(2) 入浴

<b>A-2-(2)-①</b> 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	
<b>A-2-(2)-②</b> 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	
<b>A-2-(2)-③</b> 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	

## 2-(3) 排泄

<b>A-2-(3)-①</b> 排泄介助は快適に行われている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>介助は快適に行われていない。          サービス実施計画に基づき個別支援マニュアル・ADL等の聞き取りが行われている。また、個別に必要な男女の排泄支援マニュアルが用意され、支援内容の状況はケースに記録されている。現在排泄用具を使用する利用者はいないが、さらにトイレの環境・防臭対策と併せて排泄用具の利用場所・衛生や防臭についての検討が求められる。</p>	
<b>A-2-(3)-②</b> トイレは清潔で快適である。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>清潔かつ快適ではない。          利用者の掃除当番が決められ清潔は保たれているが、構造上決して快適であるとは言い難い。掃除用具やトイレトーパー、洗剤・薬品が所狭しと並べられている状況なので衛生上の問題や危険防止の観点から、保管管理に配慮が求められる。</p>	

## 2-(4) 衣服

<b>A-2-(4)-①</b> 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</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>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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。利用者の希望に沿って、汚れやほころびがないよう身だしなみには気をつけ、日常的に声掛け、見守り、支援が行われている。しかし、汚れや破損が生じた場合の業務手順は作成されていないので整備が望まれる。</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。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</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。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	

## 2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	

## 2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>適切ではない。</p> <p>利用者の健康の維持、増進を図るためのプログラムとしてラジオ体操や作業の合間にストレッチが行われている。同法人の主治医による定期検診も隔月に行われ、その結果などは利用者個人の健康管理票に整理されている。また、インフルエンザ予防、岩手医科大学障がい歯科の検診も実施され、利用者の歯磨き残しの介助が行われている。しかし、利用者の健康管理マニュアルが整備されていないため、マニュアルの整備が求められる。さらに、歯科医師(衛生士)を講師に、利用者・家族・職員一堂を交え口腔衛生の学習会を開催し、利用者支援の共有化が図られるよう期待する。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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が、取組が十分ではない。</p> <p>利用者の健康面で緊急性が生じた場合は同法人「みちのく療育園」と協力体制が整えられている。しかし、健康面に変調が生じた場合に対応する手順マニュアルが整備されていないので早急な整備が求められる。</p>	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>確実にされている。</p> <p>現在常時服薬を支援する利用者は1人。他3人は自分で服薬できるため昼食時に見守り確認が行われている。服薬支援マニュアルも作成され、統一した支援が行われている。今後の更なる取組として、薬の副作用や管理の在り方等を医師(薬剤師)を講師に、利用者・家族・職員一堂を交え学習会を開催し、利用者支援の共有化が図られるよう期待される。</p>	

2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>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。          利用者の余暇・レクリエーションの取組は、利用者との話し合いの中で希望を確認し対応している。また、地域のボランティア『チョボラの会』がイベントなどで利用者と一緒に交流が図られている。しかし、余暇・レクリエーションの企画段階に利用者の参加がなく、情報提供に留まっている。そのため、利用者とのコミュニケーションを深め、利用者自身が企画の段階から参加し活動の充実が図れるよう側面的な支援が期待される。</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>非該当</b>
<p>評価者コメント</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>非該当</b>
<p>評価者コメント</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>非該当</b>
<p>評価者コメント</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>非該当</b>
<p>評価者コメント</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>評価者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。          利用者が施設でたばこを吸いたい場合は、園外に喫煙場所を設けるとともに、ルールを決めて対応している。今後の更なる取組として、健康面に影響を及ぼす嗜好品(お酒・おやつ等)の状況は通所施設のため、家庭との連携を更に深めながら対応できるよう期待したい。</p>	