

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008年7月22日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

063-0825

住所

札幌市西区発寒5条2丁目3番8-201号

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 評価機関認証 第14号

代表者氏名 鈴木 正子

下記のとおり評価を行ったので報告します。

## 記

| 評価調査者氏名・<br>分野・<br>評価調査者番号            | 評価調査者氏名  |       | 分野         | 評価調査者番号        |
|---------------------------------------|--|-------|------------|----------------|
|                                       | (1)  | 斉藤 広芳 | 組織         | A-038 A-060007 |
|                                       | (2)  | 佐藤 辰郎 | 福祉         | B-046 B-060090 |
|                                       | (3)  | 佐藤 哲夫 | 福祉         | B-123          |
|                                       | (4)  |       |            |                |
|                                       | (5)  |       |            |                |
| サービス種別                                | 知的障害者入所更生施設  |       |            |                |
| 事業所名称                                 | 小樽四ツ葉寮   |       |            |                |
| 運営法人名称                                | 社会福祉法人 小樽四ツ葉学園   |       |            |                |
| 評価実施期間(契約日から報告書提出日)                   | 2008年2月1日  | ～     | 2008年7月22日 |                |
| 利用者調査実施時期                             | 2008年4月2日  | ～     | 2008年4月2日  |                |
| 訪問調査日                                 | 2008年5月21日   |       |            |                |
| 評価合議日                                 | 2008年6月13日   |       |            |                |
| 評価結果報告日                               | 2008年7月22日   |       |            |                |
| 評価結果の公表について事業所の同意の有無                  | <input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし |       |            |                |
| ※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。 |  |       |            |                |

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

サード・アイ合同会社

②事業者情報

|                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| 名称：社会福祉法人小樽四ツ葉学園 小樽四ツ葉寮    | 種別：知的障害者入所更生施設     |
| 代表者氏名：施設長 岩田 利康            | 定員(利用人数)： 80(78) 名 |
| 所在地：〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号 | TEL 0134-54-7404   |

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

①業務改善への意欲的な取り組み

障害者自立支援法の施行など経営を取り巻く環境が大きく変化するなかで、時代に即応した経営をめざす法人の真摯な姿勢が高く評価されます。

本法人は、昨年6月から経営コンサルタントによる定期的な助言・指導を受け、法人会計の外部監査も実施しているほか、今また第三者評価を受審するなど、経営全般にわたる課題の抽出や業務の改善に積極的に取り組んでいます。こうした継続的な取り組みが経営革新の流れにつながり、法人経営の基盤強化に結実されるものと今後の成果が大変期待されます。

②長期にわたる地域連携の実績

これまで周辺町内会と連携しながら、長年にわたり地域の美化・清掃活動、施設や備品の貸出し、福祉除雪などに取り組んでいます。地域の理解と協力を得ながら福祉サービスの向上を目指す施設側の基本的な考え方が評価されます。また入所利用者の外出時などに、地域の住民の温かい心遣いなどの逸話も聞かれ、施設が地域に根ざし理解・支持されていることが窺えます。

今後は、地域の福祉ニーズが多様化していることを踏まえ、施設が持つ専門性や独自のソーシャルワークを生かし、地域に還元していく積極的な取り組みが期待されます。

③積極的な多目的外出の取り組み

温泉・釣り・買い物・外食など入所利用者の希望に添った外出の機会が多く設けられており、利用者の主体的行動の尊重や自力行動への支援という観点から高く評価されます。単独外出や職員同行と利用者の状態に合わせて計画され、目的地のパンフレットなど必要な情報の提供や安全指導など必要な支援・助言も行われています。

④徹底した口腔ケアと衛生管理

施設では朝夕の歯磨き介助の徹底など、入所利用者一人ひとりの口腔ケアに力を入れており、歯科医や歯科衛生士など専門家の指導・研修も行われています。また使用後の歯ブラシやコップは専用殺菌器で保管するなど、適切な衛生管理にも努めています。

入所利用者の高齢化が進み、誤嚥性肺炎などのリスクも高まっていることから、施設をあげて取り組む口腔ケアを高く評価したいと思います。

◇改善を求められる点

①職員参加による文書化の整備

平常の業務のなかでは意識化され実行されていますが、文書化やマニュアル化の遅れにより、本調査では低い評価点に留まっている項目が多くなっています。今後、業務改善の一環として必要な文書の整備が急がれます。なお、文書化とは施設における規範・基準の明文化であることから、施設全体の合意を前提に、各職員の協同参加による文書化の取り組みが望まれます。

②急がれる中・長期ビジョンの策定

本来、各年度計画も中・長期計画に基づいて策定されるのが基本ですから、近い将来、法人が実現する目標を明確にすることが求められています。本法人はいま、新しい経営基盤の確立をめざす過渡期のなかにあり、中・長期ビジョンの策定の好機ともいえます。

すでに理事会等で今後の展望が話されていることから、職員を含めた幅広い検討をもって法人の中・長期の目標が明文化されるよう期待されます。

③より良い喫食環境の工夫

毎日の食事は入所利用者の大きな楽しみの一つです。現状は限られたスペースと時間と人員のなかで食事提供をしており、利用者の喫食環境は必ずしも十分とはいえません。

喫食環境の改善には、施設建物の改築などハードな部分と食事介助のための人員確保という予算面の課題が重要ではありますが、職員による取り組みとして、今の状況のなかで少しでも利用者に食事を楽しんでもらうための工夫の必要性もあります。今後、現状改善への意欲と知恵の出合いに期待し、施設として一層の積極的な取り組みが望まれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受けるのが初めてで、イメージとして行政の監査を意識していましたが、そうではなく第三者評価調査員の方々が気さくで話しやすく安心しました。

自己評価で内容から、すべて出来ていないとダメだと解釈してbやcがどうしても多くなり、低い評価をしていましたが、面談等で実際に色々な支援の状況や取り組みを評価してもらい、第三者評価調査員の方に当施設の良いところを確認してもらった、という気持ちでいます。

結果として色々な良い支援・取り組みをしても、文書や記録をきちんとしていなければならないことを今回の評価で分かりましたし、色々な事を職員や利用者さんに公表したり、説明したりしていないことが多いのが良くわかりました。この結果を受けて、より良い施設にしていかなければと改めて思います。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

## 北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 20 年 5 月 6 日

|                  |  |                      |                      |
|------------------|--|----------------------|----------------------|
| 経営主体<br>(法人名)    | 社会福祉法人 小樽四ツ葉学園   |                      |                      |
| 事業所名<br>(施設名)    | 小樽四ツ葉寮   | 種別                   | 知的障害者入所更生施設          |
| 所在地              | 〒 0 4 7 - 0 1 5 6 小樽市桜3丁目10番1号   |                      |                      |
| 電 話              | 0134-54-7404   |                      |                      |
| F A X            | 0134-54-7428   |                      |                      |
| E-mail           | <a href="mailto:yotsuba@oregano.ocn.ne.jp">yotsuba@oregano.ocn.ne.jp</a>                                   |                      |                      |
| U R L            |  |                      |                      |
| 施設長氏名            | 岩田 利康  |                      |                      |
| 調査対応ご担当者         | 小山内 良之   | (所属、職名：小樽四ツ葉寮 副施設長 ) |                      |
| 利用定員             | 80   | 名                    | 開設年 昭和 49 年 12 月 1 日 |
| 理念・基本方針：         | 1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。<br>2. 施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。<br>3. 地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。<br>4. 法人の経営基盤の強化をはかります。 |                      |                      |
| 開所時間<br>(通所施設のみ) |  |                      |                      |

**【本来事業に併設して行っている事業】**

短期入所事業（5名）通所事業（37名）通所分場事業（13名）生活共同介護事業（12名）

【利用者の状況に関する事項】（平成 20 年 4 月 1 日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

|          |          |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 18歳未満    | 18～20歳未満 | 20～25歳未満 | 25～30歳未満 | 30～35歳未満 | 35～40歳未満 |
| 名        | 1名       | 5名       | 6名       | 7名       | 4名       |
| 40～45歳未満 | 45～50歳未満 | 50～55歳未満 | 55～60歳未満 | 60～65歳未満 | 65歳以上    |
| 2名       | 5名       | 6名       | 17名      | 9名       | 16名      |
|          |          |          |          |          | 合計       |
|          |          |          |          |          | 78名      |

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

|          |           |          |          |          |          |
|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| 65歳未満    | 65～70歳未満  | 70～75歳未満 | 75～80歳未満 | 80～85歳未満 | 85～90歳未満 |
| 名        | 名         | 名        | 名        | 名        | 名        |
| 90～95歳未満 | 95～100歳未満 | 100歳以上   | 合計       |          |          |
| 名        | 名         | 名        | 名        |          |          |

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

|          |          |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1歳未満     | 1～6歳未満   | 6～7歳未満   | 7～8歳未満   | 8～9歳未満   | 9～10歳未満  |
| 名        | 名        | 名        | 名        | 名        | 名        |
| 10～11歳未満 | 11～12歳未満 | 12～13歳未満 | 13～14歳未満 | 14～15歳未満 | 15～16歳未満 |
| 名        | 名        | 名        | 名        | 名        | 名        |
| 16～17歳未満 | 17～18歳未満 | 18歳以上    | 合計       |          |          |
| 名        | 名        | 名        | 名        |          |          |

○年齢構成（保育所の場合）

|       |             |            |     |     |     |
|-------|-------------|------------|-----|-----|-----|
| 6ヶ月未満 | 6ヶ月～1歳3ヶ月未満 | 1歳3ヶ月～2歳未満 | 2歳児 | 3歳児 | 4歳児 |
| 名     | 名           | 名          | 名   | 名   | 名   |
| 5歳児   | 6歳児         | 合計         |     |     |     |
| 名     | 名           | 名          |     |     |     |

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 障害区分              | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | 7級 |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 視覚障害              | 名  | 名  | 1名 | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 聴覚又は平衡機能の障害       | 名  | 3名 | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 音声・言語、そしゃく機能の障害   | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 肢体不自由             | 3名 | 2名 | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 2名 | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 重複障害（別掲）          | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 合計                | 5名 | 5名 | 1名 | 名  | 名  | 名  | 名  |

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 最重度・重度 | 中度 | 軽度 |
|--------|----|----|
| 76名    | 2名 | 名  |

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 精神疾患の区分  | 1級 | 2級 | 3級 |
|----------|----|----|----|
| 統合失調症    | 名  | 名  | 名  |
| そううつ病    | 名  | 名  | 名  |
| 非定型精神病   | 名  | 名  | 名  |
| てんかん     | 名  | 名  | 名  |
| 中毒精神病    | 名  | 名  | 名  |
| 器質精神病    | 名  | 名  | 名  |
| その他の精神疾患 | 名  | 名  | 名  |
| 合計       | 名  | 名  | 名  |

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

|         |         |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 6か月未満   | 6か月～1年  | 1年～2年   | 2年～3年   | 3年～4年   | 4年～5年   |
| 2名      | 1名      | 5名      | 0名      | 2名      | 2名      |
| 5年～6年   | 6年～7年   | 7年～8年   | 8年～9年   | 9年～10年  | 10年～11年 |
| 5名      | 7名      | 0名      | 0名      | 1名      | 1名      |
| 11年～12年 | 12年～13年 | 13年～14年 | 14年～15年 | 15年～16年 | 16年～17年 |
| 1名      | 0名      | 0名      | 1名      | 4名      | 1名      |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上   |         |         |
| 3名      | 0名      | 2名      | 40名     |         |         |

(平均利用期間： 18.6年)

【職員の状況に関する事項】(平成20年4月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

|     | 総数        | 施設長  | 事務員  | 主任指導員 | 指導員      |
|-----|-----------|------|------|-------|----------|
| 常勤  | 40名       | 1名   | 2名   | 1名    | 31名      |
| 非常勤 | 名         | 名    | 名    | 名     | 名        |
|     | 主任介護職員    | 介護職員 | 保育士  | 看護職   | OT、PT、ST |
| 常勤  | 名         | 名    | 名    | 1名    | 名        |
| 非常勤 | 名         | 名    | 名    | 名     | 名        |
|     | 管理栄養士・栄養士 | 介助員  | 調理員等 | 医師    | その他      |
| 常勤  | 1名        | 名    | 3名   | 名     | 名        |
| 非常勤 | 名         | 名    | 名    | 名     | 名        |

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

|       |       |
|-------|-------|
| 社会福祉士 | 4名(名) |
| 介護福祉士 | 5名(名) |
| 保育士   | 7名(名) |
| ケアマネ  | 4名(名) |
|       | 名(名)  |

(非常勤職員の有資格者数は( )に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

|             |  |                |
|-------------|--|----------------|
| (1) 建物面積    | 2, 338.55  | m <sup>2</sup> |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |                |
|             | 耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ |                |
| (3) 建築年     | 昭和 49年   |                |
| (4) 改築年     | 平成 5年  |                |

○保育所の場合

|  |   |                |
|--|---|----------------|
| (1) 建物面積<br>(保育所分)                         |   | m <sup>2</sup> |
| (2) 園庭面積                                   |   | m <sup>2</sup> |
| (注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。 | (例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。                           |                |
| (3) 耐火・耐震構造                                | 耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |                |
|  | 耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |                |
| (4) 建築年                                    | 昭和 年  |                |
| (5) 改築年                                    | 平成 年  |                |

○児童養護施設の場合

|                      |   |                |
|----------------------|---|----------------|
| (1) 処遇制の種別 (該当にチェック) | <input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制 |                |
| (2) 建物面積             |   | m <sup>2</sup> |
| (3) 敷地面積             |   | m <sup>2</sup> |
| (4) 耐火・耐震構造          | 耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ                         |                |
|                      | 耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ                         |                |
| (5) 建築年              | 昭和 年  |                |
| (6) 改築年              | 平成 年  |                |



**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・平成 19 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

50 人

・ボランティアの業務

行事手伝い・余興

**【実習生の受け入れ】**

・平成 19 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 \_\_\_\_\_ 人

介護福祉士 \_\_\_\_\_ 人

その他 31 人

**【サービス利用者からの意見等の聴取について】**

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

利用者の会で意見を聞いたり、意見箱に書いて入れてもらう。

**【その他特記事項】**

独自事業 地域生活支援移行準備ホーム

ホーム3（4名）ホーム4（4名）ホーム6（3名）ホーム7（2名）

高齢者介護ホーム（5名）

ふれあいよつば（地域即売所）

農場

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

## 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

|                                 | 第三者評価結果 | コメント  |
|---------------------------------|---------|---|
| 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       | 法人の要覧に、四ツ葉のクローバーを象徴する学園の4つの基本理念を明示している。また内容的にも人権擁護、良質なサービスの提供、自立と社会参加、経営基盤の強化など、法人の使命や目指す方向性などを読み取ることができる。                          |
| Ⅰ-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。  | b       | 年度事業計画書への記載をはじめ、職員室や廊下など事業所内の各所にスローガンのように掲示されているが、年間の「重点事項」との曖昧さが指摘される。理念に基づく基本方針という観点から、いま一度の検討を期待したい。                             |
| Ⅰ-1-（2） 理念、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       | 理念・基本方針が記載された要覧や年度事業計画書の配布、会議を通じた説明の機会は持たれているが、その取り組みは十分とはいえない。より一層の周知を図るため、施設内での掲示や広報紙・ホームページへの掲載など、文書化・配布・説明の機会の拡大と継続的な取り組みが望まれる。 |
| Ⅰ-1-（2）-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | c       | 新規入所者への配布・説明は行われているが、入所利用者を対象とする文書化や配布、定期的な説明の機会等がもたれていない。今後は理念や基本方針について、入所利用者理解しやすい文書化の工夫や平易で丁寧な説明の機会が求められる。                       |

### Ⅰ-2 計画の策定

|                                    | 第三者評価結果 | コメント  |
|------------------------------------|---------|---|
| 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。          | c       | 入所利用者の高齢化にともなう新たな高齢者福祉施設の必要性など、今後予想される課題をもとに、理事会などで協議されていることは確認されたが、中・長期計画書として策定されていない。   |
| 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。 | c       | 中・長期計画が策定されていないことから年度事業計画への反映を確認することはできない。また年度事業計画については、特に設備改修計画以外の改善点についても、課題解決に向けた具体的な取り組み内容の記載が求められる。  |
| 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。        | b       | 年度事業計画の策定にあたり、サービスや設備等の改善点について、職場上司を通じて現場の声を取り入れる仕組みが確立されている。しかし、実施状況に対する把握や評価・見直しという点では、年度事業報告書のみを限り評価・分析が不十分と判断される。成果と反省点を明確にして、次年度事業計画に具体的に生かすことが求められる。        |
| Ⅰ-2-（2）-② 計画が職員や利用者等に周知されている。      | b       | 職員会議などで将来計画について話されているようであるが、中・長期計画として明文化し周知する取り組みに至っていない。また年度事業計画については、職員への配布や説明の機会がもたれているが、特に入所利用者に対する周知の取り組みが弱い。より分かりやすい説明文書の作成など、利用者の理解を得るための工夫や丁寧な説明の機会が望まれる。 |

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

|  | 第三者評価結果 | コメント   |
|--|---------|--|
| 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       | 職員会議等で自らの役割・責任について表明している。管理者はまだ就任2ヶ月と日も浅いが、施設全体の業務改善への積極的な意欲が評価される。また職員が話しやすい雰囲気づくりなど、管理者と職員間の信頼を醸成するための取り組みも視える。                      |
| 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。   | b       | 管理者として遵守すべき法令を理解し、研修会等にも参加している。しかし、福祉・雇用・労働・防災・環境・消費者など関連する法令は多岐にわたることから、今後はリスト化など体系的な整理を図るとともに、職員に対して必要な法令の周知徹底するための継続的な取り組みが期待される。   |
| 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。     | b       | 職員全体でのリスク回避の呼びかけや利用者への「さん付け」の徹底、利用者へのアンケートの実施など、サービスの質の向上に対する管理者の積極的な意欲が感じられる。しかし、職員の主体的な改善活動への誘導など職員の参画・協力を得るための取り組みに、いま一步の努力が望まれる。   |
| 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。 | b       | 勤務表の定期的な分析や職員への聴取等により、業務の偏りの是正やサポート対策、コスト削減への取り組みなど、人員不足のなかで管理者自ら業務改善に取り組む姿勢が視える。だが前項と同様、職員との信頼感の醸成や職員の協力を得る取り組みにより、より確かな指導力の発揮が期待される。 |

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

|   | 第三者評価結果 | コメント   |
|---|---------|--|
| 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       | 平成19年6月から経営コンサルタント（税理士事務所）と契約しており、法人本部及び各事業施設を含め法人経営全体に係わる総合的な助言や指導を受けている。このなかで経営環境を取り巻く状況の変化の把握や地域の福祉動向などが検討されている。                            |
| 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り組みを行っている。 | a       | 前項に記載した経営コンサルタントより、月1回、法人の経営データを分析し、この中で課題の抽出や解決への適切な助言・指導を受けている。この仕組みが確立されてまだ日が浅いが、今後これらの成果が中・長期の計画の策定や年度事業計画に反映され、職員全体への波及に発展されることが大いに期待される。 |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。                    | a       | 定期的に経営分析・指導を行っている税理士法人により、平成20年度会計の外部監査が行われている。外部監査報告書では、各項目が適切に処理されていると評価されている。   |

## II-2 人材の確保・養成

|   | 第三者評価結果 | コメント  |
|---|---------|---|
| 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       | 必要な人材の確保については把握され、計画的な人材育成も行われていることが確認される。また業務の中核を担う中間層の不足など人材に関する課題も明確になっている。しかし、恒常的な人員不足のなかで、計画に基づいた人事管理や目標達成のための取り組みという点で不十分さが感じられる。                               |
| 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。                            | c       | 本年度から新基準に基づく人事考課制度がスタートするという。今のところ理事長の専権事項的な扱いになっており、残念ながら客観的な基準であるかは判断できない。作成にあたり、理事長が職員へのアンケートや個別ヒアリング等も行っているとされるが、客観性・公平性・透明性の確保という観点に立ち、ぜひ職員に広く公開され検討されることを期待したい。 |
| 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       | 職員の勤務状況や有給休暇の取得状況がわかる勤務表があり、職員の勤務実態の把握や業務の集中を防ぐなど、改善への具体的な仕組みが確立している。また管理者自ら職員の意向を聞くことや職員が個人的な事情を相談しやすい雰囲気づくりにも努めている。   |
| II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。                                | a       | 福利厚生センターに加入しており、各種の共済事業も職員回覧で周知徹底を図っている。また旅行等の企画にあたっては職員の担当委員会で決めており、職員の意向も十分に反映されていると思われる。   |
| 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       | 事業計画の基本方針やサービスの目標のなかで、職員の教育・研修の基本的な考え方が明示されている。また、年度当初に策定される研修計画にも、法人に必要な専門技術や専門資格が明示され、総合的にみて組織の基本姿勢が明示されていると判断される。今後は策定されるべき中・長期計画のなかに位置づけられるよう期待される。               |
| 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       | 個別職員ごとの資格や資質、本人の意向等を加味して教育・研修の機会が計画され、年間の研修計画に反映されている。また必要な研修には複数の職員で受講し、その後内部の職員研修を実施して共有化を図るなど、職員全体のレベルアップにも努めている。  |
| 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。                       | b       | 研修終了後の内部研修等により、それが評価や見直しにつながり、次の研修計画にも反映される結果となっている。しかし、現状では意識的・主体的な取り組みとはいえない。今後は定期的な研修・評価・見直しに至る一貫した仕組みの確立が望まれる。  |
| 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       | 実習生を積極的に受入れており、実習担当者によるオリエンテーションも綿密に行っている。また受け入れのための要項（マニュアル）には、施設側の基本的な考え方が明文化されており、実習関連資料により学校側との責任範囲の明示など、十分な事前協議も行われていることが確認される。                                  |
| 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       | 相談支援員を実習責任者として、施設の業務全般を体験できる実習プログラムが用意されている。加えて、通称“四ツ葉メニュー”といわれる自閉症対応の独自プログラムがあり、実習生にも大変好評である。また、実習依頼内容や評価書類など関連資料により、学校側とも十分な連携を図っていることが確認できる。                       |

II-3 安全管理

|   | 第三者評価結果 | コメント   |
|---|---------|--|
| 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       | 緊急時の対応マニュアルが日誌等の裏に明記されているなど、職員の即応・周知のための工夫がなされている。また救急法の研修会や検討会で評価・見直しの機会も持たれており、入所利用者の安全確保のための体制が整っている。 |
| 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       | 入所利用者の支援計画等にリスクを明記している。また危険・事故事例がまとめられ、管理者を含めた定期的な安全委員会のなかで要因分析や防止策の検討も行われており、職員会議を通じて職員全体への共有化も図られている。  |

II-4 地域との交流と連携

|   | 第三者評価結果 | コメント   |
|---|---------|--|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。                   |         |  |
| II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。              | a       | 積極的に地域との交流・連携に取り組んでいる。特に長年にわたって実施されている地域の美化・清掃活動は高く評価される。また入所利用者が地域へ外出の際に、地域住民の心遣いが感じられる逸話なども聞かれ、日常的に良い関係性が築かれていると思われる。現在ホームページを作成中であり、利用者と地域とのさらなる関係強化が期待される。 |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。               | b       | 地域への相談支援事業の取り組みについて、十分ではないが専門的な相談援助等の支援を提供できる体制が確立している。また民生委員会の会議など、地域住民の施設利用にも便宜を図っている。今後は更に、専門的な技術や情報を地域に還元する、施設側の主体的な取り組みが望まれる。                             |
| 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。 | b       | 中学校とのボランティア協議など、施設側の積極的な受け入れ姿勢が窺える。また担当責任者が決まっており、実際の受け入れ対応についても、手順が決まっており事前説明などが行われている。今後は受け入れマニュアルの整備など文書化の取り組みが求められる。                                       |
| 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。                   | b       | 必要な社会資源については、そのつど行事を行う際に職員会議で説明されており周知を図っている。特に養護学校や病院など関係先が明示され共有化されている。但し、必要な連携リストについては、総括的に体系化されたものがなく文書化が急がれる。   |
| II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。               | b       | 子供110番、養護学校、病院、町内会、近隣コンビニとの連携をはじめ、関係機関が開催する会議にも参加している。しかし、今後は近隣施設との連携によって共通課題の解決をめざすなど、施設側のさらなる主体的・積極的な連携志向を期待したい。   |
| 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       | 月1回の専門家の指導・助言や地域の民生委員との連携など、地域の福祉ニーズについて把握できる環境にあり、十分とはいえないが話し合いが持たれている。今後は、多様化する福祉ニーズの把握のため、施設側の主体的・積極的な取り組みが望まれる。  |
| 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       | 相談支援事業をはじめ、グループホームの運営やショートステイ、デイサービスなど、具体的な事業に取り組んでいる。しかし多様化する福祉ニーズにきめ細かく応えるべく、さらに専門的な機能やノウハウを生かした独自の取り組みが期待される。   |

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

|  | 第三者評価結果 | コメント  |
|--|---------|---|
| 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       | 入所利用者の意向の尊重というテーマについては、職員会議や支援計画の策定会議において話し合われている。その際に共通の考え方を確認・周知しており、それが個別の支援計画にも反映されている。                             |
| 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。        | b       | プライバシー保護については、定期的に職員会議、研修会などで説明・周知徹底を図っている。保護規程については、見直しにより現在作成中であり、入所利用者がくつろげるスペースの配慮など多様な検討が覗える。新しい規程・マニュアルの整備が急がれる。  |
| Ⅲ－１－（２） 利用者満足の上昇に務めている。                            |         |   |
| 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       | ラベンダーの会（利用者の会）、保護者懇談会の運営が定期的に行われており、サービスに係わる意見や不満を聞く仕組みができています。また利用者の満足度を聞く調査も実施していることが確認される。                           |
| 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       | 年2回の保護者懇談会やラベンダーの会（利用者の会）、聞き取り調査などを通じて入所利用者の満足度を把握し、一部改善の取り組みもなされている。しかし利用者が参加する検討会議の設置が無く、把握された内容の分析・検討の取り組みも十分とは言えない。 |
| 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       | 意見箱の設置や相談・意見の受付に関する文書については、廊下の掲示板など見やすい場所に掲示している。また相談室を新設し、入所利用者が相談や意見を述べやすい配慮にも取り組んでいる。                                |
| 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       | 苦情解決責任者、受付窓口、第三者委員の配置など施設側の体制は確立している。また平易な文書の掲示など入所利用者への周知も図られている。  |
| 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       | 幅広い意見や提案などへの対応については、ケース記録などに全て記載されており、職員会議などを通じて努めて迅速に処理していることが覗える。職員にも一通り対応手順が周知されているが、今後、対応マニュアルの整備など文書化が求められる。       |

Ⅲ－２ サービスの質の確保

|   | 第三者評価結果 | コメント   |
|---|---------|--|
| Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた組織的な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       | 個別支援計画の評価・見直しが定期的におこなわれており、個々の入所利用者に対する質の向上に取り組んでいる。しかし、施設全体の福祉サービスに対する定期的な評価・見直しの体制は十分といえない。今回の第三者評価の受審を契機として、定期的な評価・見直しの体制が確立されるよう期待したい。 |
| 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。 | c       | 職員会議では取り組むべき課題について随時話し合われている。しかし定期的な評価・課題の抽出という仕組みになっていないことから、施設全体として質の向上に向けた取り組み課題が明確にされていない。   |
| 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。        | c       | 改善すべき課題について、その都度職員会議などで確認し実施していることが覗える。ただし、求められるのは職員の主体的な参加による検討という観点であり、一方通行にならないよう、施設全体として計画的な評価・課題の抽出・改善への取り組みが求められる。                   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 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。 | b | 個々のサービスについて、各々に文書化されているものもあるが、体系化されたマニュアルはない。しかしその実施方法の多くは、障害の状態に合わせ利用者の支援計画の中に個別に反映されている。                         |
| 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。          | b | 個別支援計画を定期的に見直すことにより、利用者の状態に合わせて適切なサービスの提供が行われており、職員や利用者の意見も反映されていることが覗える。しかし前項同様、標準的な実施方法を文書化したものを前提とした見直しになっていない。 |
| 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 | 福祉事業専用の運営管理ソフトを有効に活用することで、入所利用者一人ひとりの実施記録が適切に整備されている。記録内容から入力の方法など工夫していることが伺える。                                    |
| 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。                 | b | 施設長室の鍵付き保管庫に適切に保管・保存され、廃棄記録はシュレッダーで断裁されている。また職員に対する教育も行われ周知されている。しかし利用者記録の保管や情報開示に係わる規程が文書化されていない。                 |
| 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 | 利用者についての必要な情報は、朝夕の打ち合わせや引継ぎ連絡簿により職員間の共有化を図っている。特に夜勤時の突発的事故などは、パソコン入力により全職員で共有化できる仕組みが確立されている。                      |

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

|   | 第三者評価結果 | コメント   |
|---|---------|--|
| 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       | 施設のパンフレットの配布、施設見学や体験入所なども行っているが、必要な情報提供という点では十分とはいえない。今後、サービスの内容が良く分かるパンフレットやホームページの作成など、積極的な情報発信が求められる。                                 |
| 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       | 重要事項説明書などにより、利用者や家族に対する十分な事前説明が行われていることが覗える。また契約書には利用者の同意が確認できる。なお文書内容は適切で利用者にも理解しやすいよう、ふりがな表記など配慮もされている。                                |
| 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。 | b       | 従来の移行事例の殆どが同じ法人内ということで、ケース記録をもとに職員間での協議・確認でサービスが継続されている。また、外泊送迎など地域生活のサポートも職員の同行が多いため、特に引継ぎ書などの文書が定められていない。今後は地域・家庭への移行時を想定した文書整備が求められる。 |

Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

|                                      | 第三者評価結果 | コメント   |
|--------------------------------------|---------|--|
| 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       | 施設全体で活用している運営管理ソフトを活用し、利用者一人ひとりの身体状況や生活状況などが、手順に添って日常的に記録・把握されており、アセスメントの担当者名も明示されている。また職員間での共有化も図られている。 |
| 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。 | a       | アセスメントによって把握された情報をもとに個別支援計画が策定されており、その中で個々の課題やニーズが明示され、課題解決の取り組みも記載されている。                                |
| 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       | 策定責任者が適切に計画の策定を管理しており、課題解決の留意点など担当職員への指導も行われている。また、関係する全職員がその内容・実施状況を確認できる仕組みが確立し機能している。                 |
| 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       | 個別支援計画は定期的な評価・見直しが行われている。策定責任者を中心に担当職員、関係職員の検討会議が持たれ、利用者の意向に配慮しながら改善策が次の計画に反映されている。                      |



評価対象 障害者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

|   | 第三者評価結果 | コメント  |
|---|---------|---|
| 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       | 意思伝達に制限のある人には、本人の動作や声、音を理解しコミュニケーションをとっている。日常の観察から小さな変化も見落とさないように心掛けている。聴覚障害者には耳元で話しかけ、視覚障害者には声かけでコミュニケーションをとっている             |
| A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。                      | b       | 一部の利用者はラベンダーの会（利用者の会）に参加し、地域と他の施設の利用者との交流がある。利用者の主体的な活動を支援する職員が決められていおり、主体的活動の実現についても話し合われているが十分とはいえない。                       |
| 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       | 自力での行動・行為を大切にし、本人の能力・障がいを考慮し、できない場面があったときは、あらかじめ利用者話し合い、必要に応じて介助している。個別支援計画に必要な支援が明記され、職員が対応している。支援の変更があれば会議で情報を伝え職員間で共有している。 |
| 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。            | b       | 必要に応じて学習・訓練のプログラムが設けられている。社会生活のための実習の機会を設け、金銭管理の学習をしている。さらに、障がいの理解・調理・洗濯・買い物・交通機関利用等の様々な学習・訓練プログラムの作成により、本人の力が引き出されることが望まれる。  |

## A-2 日常生活支援

|  | 第三者評価結果 | コメント  |
|--|---------|---|
| 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、食事形態、栄養量等、利用者の状態に応じた留意点や支援内容が明示されている。食事介助等、支援方法に関する手順がある。利用者の体調・身体状況が変化したときは、栄養士と連携し迅速に対応している。                                |
| 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。 | b       | 適温で食事を提供し、その都度調味料・香辛料が用意される。利用者の人数に比べ、対応する職員数が少なく、又、入れ替わりの食事提供のため、次の利用者が待っていて、せかしてしまう事がある。  |
| A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。                          | b       | 障がい軽度の人にはゆっくり食べられるように時間の配慮・席順の配慮はしているが、障がい重度の人は、介助の手がゆき届かないため、ゆっくり食べられる配慮は少ない。喫食環境について検討会議が開かれ、必要に応じて改善している。                            |
| 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。               | b       | 個別支援計画に入浴・着脱方法等、本人の身体状況・健康状態、障害の程度を記載、実施し、転倒、怪我に十分気をつけている。入浴介助の支援、助言方法についての、業務手順はあるので、文書化されたマニュアルの作成が望まれる。                              |
| A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。                          | b       | 入浴回数、時間帯については職員の介助の関係で限られている。設定された時間以外で、失禁や汗をかいたときは、可能な限りシャワー浴で清潔を保っている。入浴の時間帯や回数について、利用者の希望を聞いて話し合うことが望まれる。                            |
| A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                              | c       | 浴室、脱衣場の設備については会議で話している。安全と快適に配慮しているが、転倒の危険があるので、現在手すりを付けるように要望が出され検討されている。  |
| 2-(3) 排泄   |         |   |
| A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。                                | a       | 常に清潔とプライバシー保護に気をつけた対応がされている。健康状況とともに介助方法を支援計画に個別に記録している。  |
| A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。                                  | a       | トイレ環境を点検し、汚れたら、すぐ清掃、消毒をしている。手すりの設置の他、便座から立ち上がる時頭をぶつける利用者がいるので、壁にクッション材を貼るといった細やかな気づきが見られる。個々の障がいに対応して、カーテンでしきられたトイレも用意され、プライバシーに配慮している。 |
| 2-(4) 服装   |         |   |
| A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、服装の選択について支援している。                 | a       | 自分で好みの言える人は、希望を聞いて一緒に買物に出掛ける。好みの言えない人には、職員が身体特徴に応じ、形・サイズ・色に配慮するなど適切な支援をしている。  |
| 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       | 常に清潔な衣類の着用を支援している。汚れや破損したときは、適時に着替えの支援をしている。常時手袋の着用が必要であったり、衣服を噛み千切ってしまうような強いこだわり等のある利用者には、精神面を含めた支援の何らかの工夫を期待したい。                      |
| 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       | 髪型や化粧は利用者の好みを聞いて、職員が化粧やマニキュアの支援をする。施設内では、有料の理容と無料ボランティア理容の選択ができる。   |
| A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。                                | a       | 希望する利用者は、美容室・理容室への送迎、同行の支援をしている。理・美容のボランティアが来て利用する人もいる。   |

|   | 第三者評価結果 | コメント   |
|---|---------|--|
| 2-(6) 睡眠  |         |  |
| A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。                                | a       | 同室者の影響で不眠になったときは、居室変更している。眠りのリズムが整っていない人には、医療機関と連携をとって対処している。気持ちの不安定な利用者には、添い寝するなどの対応をしている。  |
| 2-(7) 健康管理  |         |  |
| A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。                                      | a       | 看護師を中心とした健康管理の取り組みが行われ、投薬は個別支援計画で、管理されている。検温による早期発見や個人の病気の把握、感染予防、緊急時の対応に留意している。特に朝夕の歯磨き介助等による徹底した口腔ケア・衛生管理が高く評価される。   |
| A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。                               | b       | 定期的検診でひとり、ひとりの病気を把握している。急病、怪我が起きたときはすぐ看護師に連絡、迅速に対応している。地域の医療機関とは、通院の他、往診にも応じてくれる等の連携がある。必要な連絡先のリストは日誌等の裏に張ってあるが、いつ、誰でも適切・迅速な対応が取れるためにも、緊急時の対応マニュアルの整備が求められる。 |
| 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       | 薬は医務室に個人の氏名が書かれ、施錠管理されている。薬の使用状況はケース記録に掲載されている。薬の副作用は、薬の変更時に担当職員が看護師に確認している。   |
| 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、サービス実施計画に基づいて行われている。                   | a       | 利用者の意向を聞き、職員と一緒に近郊の温泉に行ったり、魚釣りに行ったりと、希望に沿って行われている。土曜日は、要望の多いカラオケを実施している。   |
| 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。                                | a       | 利用者とは話し、ルールを設けている。本人の希望に沿って、外出・買い物に対応している。外出時の不測の事態に備え、連絡先を明示したカードを携帯している。   |
| A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じて配慮されている。                               | a       | 保護者、代理人と連携を取り、希望にそって行っている。送迎の必要な人には職員が付き添うなどの対応をしている。  |
| 2-(10) 所持金・預かり金の管理等   |         |  |
| A-2-(10)-① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。                     | a       | 入所利用者預かり金の管理規定があり、金銭の出し入れ、印鑑、通帳はそれぞれの別の職員で担当、適切に管理されている。   |
| A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。              | a       | 雑誌、新聞等は個人で購入している。TVは個人で持っている人もいる。個人で持っていない人の利用方法は、共同利用者間で話し合うのを職員が支援し、決めている。   |
| 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、利用者の意思や希望が尊重されている。 | a       | 現在の入所者でタバコを吸う人はいない。お酒は週に1回、日曜日に飲むという話し合いのルールがある。健康についての留意する点は、看護師・栄養士と連携・対応している。   |