

(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

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

施設名称: しいのみホーム まえがた	種別:障がい者 生活介護事業
代表者(職名)氏名: 施設長 小山 昭	定員・利用人数: 15 名
所在地:盛岡市上厨川字杉原2番4号	
TEL:019-647-2452	ホームページ:なし(作成中)
【施設・事業所の概要】	
開設年月日:平成19年4月1日	
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等): 岩手しいの木会 理事長 吉川達男	
職員数	常勤職員: 7 名 非常勤職員: 6 名
専門職員	(専門職の名称: 名) 非常勤運転士: 3 名
	サービス管理責任者(兼務): 1 名
	生活支援員: 6 名
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室) (設備等)
	作業室・5名: 3 室
	食堂・名: 1 室
	トイレ・男性、女性
	ホール

③理念・基本方針

1. 障害の程度や内容にかかわらず、互いに一人の人間として尊重し合い、個々の持つ能力の可能性を信じつつ生きる権利(生きがい)を保障する。
2. 青年達、親、職員、地域の中で生きる喜びを分かち合いながら共に育ちあう。
3. 一人ひとりが社会の一員としてより豊かに生活するために基本的な生活習慣や社会生活の知識、技能を集団生活の中で身に付け、地域社会に積極的に参加していく。
4. 地域に開かれ、また共に育つ施設であるために、地域社会に積極的に働きかけ、発展していく施設であることを目指す。

④施設・事業所の特徴的な取組(サービス内容)

- ・一人ひとりの個性や障がいに配慮した活動内容を提供します。
- ・個別活動や外出活動を行っています。
- ・人材育成の一環として研修への積極的な参加や、他県への見学研修を行っています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 26 年 2 月 1 日（契約日） ～ 平成 28 年 3 月 16 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回目

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

○ ボランティア受入れの体制が整備されている

ボランティア受入要領が整備されている。受入れにあたっては、利用者やボランティアへの事前説明を徹底し、事故・トラブルの未然防止に努めている。また、ボランティアの有償に関する検討項目があり、有償と判断された場合は、費用弁償基準によって食事・交通費等が支給されている。当施設は、社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源として、積極的に取り組まれている。

◇ 改善が求められる点

○ 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等の体制の整備

年度当初に職員面談が行われ、将来に対する意向把握や目標設定が行われているが、目標管理の仕組みの構築までには至っていない。しかし、せっかく個別面談が行われていることでもあり、しいのみホームとして「期待する職員像」の明確化や、職員一人ひとりの目標に対する進捗状況の把握、年度末の目標達成度の確認など、職員の育成に向けた目標管理に組織的に取り組まれることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めての受審となりました。受審にあたり、マニュアル等の見直しや整備に取り組んできましたが、不足している点や改善すべき点を評価していただいたことで、今後取り組むべきものが明確になりました。日々の生活の中で利用者様にとってより良いサービス提供をするために今回の受審結果を受け、課題の改善に取り組んでまいります。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

第三者評価結果【しいのみホーム まえがた】

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・周知されている。		第三者評価結果
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
評価者コメント1 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。 社会福祉法人岩手しいの木会の理念として「1利用者の意向を尊重する。2望まれる多様な福祉サービスを総合的に提供する。3地域社会で安心して生活できるよう支援する。」を定め、法人としての使命と役割が反映されている。職員への周知については、理事長による説明をはじめ、終礼時の読み上げなどによる確認が行われている。また、利用者・家族に対しては、法人の理念を踏まえ、さらに「しいのみホーム基本理念」として掲げ、施設内掲示や保護者会等において周知が図られている。しかし一方では、理念を職員の行動規範として具体的指針とすべく、基本方針の具体化が望まれる。「しいのみホーム職員倫理綱領」には職員の行動規範が定められ、「しいのみホーム基本理念」の4項目には法人の基本方針とも読み取れる内容が表記されている。この両者を参考に、法人の理念との整合を図りながら、組織的な集約のもと一体的に整理されることを期待したい。		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
評価者コメント2 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。 社会福祉事業の動向に関する情報収集は、制度概要説明会や研修会等への参加をとおして行われている。また、圏域の障がい者地域生活サポート推進ネットワーク協議会や自立支援協議会を通じて、地域の情報や利用者のニーズ把握に努めているほか、当施設主催の地域交流等も貴重な場となっている。なお、収集された情報やデータの分析がなされるとともに、中・長期計画や単年度の事業計画に反映することが求められる。		
3	I-1-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
評価者コメント3 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。 管理者は、年度毎の利用者の推移や収支状況等まとめた資料を職員に配布し、経営状況の周知を図っている。また、施設の改築をはじめ、人材育成、障がい者の福祉施策を視野に入れた取組など、中長期にわたって取り組むべく課題について挙げられたが、これらについての明文化がされていない。年度末には職員から課題等について聴取されているが、これらについても分析され、事業計画に反映されていくことが重要となる。経営上の課題の共有化を図るとともに、組織的取組が求められる。		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
評価者コメント4 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。 しいのみホームでは、事業整備長期計画を中・長期事業計画と位置づけ、各種事業の展開や人員補充等を中心に策定されている。現在、法人内施設の改築に向けた取組が職員参画のもとに行われている。今後は、福祉サービスの提供という観点から、人材の育成、建物の整備、収支の安定、地域連携など、カテゴリーごとの骨子を明文化した中・長期事業計画の策定が望まれる。また、事業計画実現の裏付けとなる中・長期収支計画も併せて検討されたい。		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<p>評価者コメント5 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分でない。 しいのみホームの事業整備長期計画を中・長期事業計画と位置づけ、事業展開や人員体制等が中心に策定されたものであり、中・長期計画を踏まえた単年度計画としては十分とはいえない。また、単年度計画には、年度末に行う実施状況の評価が可能となる数値目標等は設定されているため、各年度の事業計画の項目立ての整合について検討されたい。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		第三者評価結果
6	I-3-(2)-①事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p>評価者コメント6 事業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、または、職員の理解が十分ではない。 事業計画は、職員の参画のもとで策定され、実施状況の評価・見直しについても、管理サイクルに準じた取組をめざして行われている。また、事業計画の策定に当たっては、職員アンケートによる意見を集約し、反映されている。一方、しいのみホームまえがたの改築工事の落成にあわせて、独自の事業計画策定も検討されている。今後とも、事業計画や実施状況の評価・見直し等について、職員への周知を図るべく取組を期待したい。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p>評価者コメント7 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。 利用者に対しては、事業計画の一部である行事及び改築について説明する機会を設けている。また、家族に対しては、家族会の場で説明している。更に職員と日常的に接する中で、事業計画の内容が説明されている。職員が分かるようにすることで保護者も分かるという考えから、事業計画に対する職員への周知と理解を促す工夫が求められる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p>評価者コメント8 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。 個別支援計画書や送迎・食事・入浴・排泄に関する業務マニュアルの作成をはじめ、第三者評価の受審をとおして福祉サービスの質の向上に努めている。また、第三者評価の受審結果(C評価項目)を分析し、主任会議にて周知を図るなど、改善に向けた取組も行われている。しかし、PDCAサイクルに基づく組織的取組は十分とは言えない。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p>評価者コメント9 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。 第三者評価受審後、C評価項目の改善に向けて各科主任職員あてアンケートを実施し、意見や改善策が集計されている。また、集計結果を終礼等において説明を行うなど、職員間の共有化に努めている。現在、優先順位を決めて改善が進められている段階であり、福祉サービスの質向上に向けて継続的な取組を期待したい。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
<p>評価者コメント10</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。</p> <p>管理者としての役割と責任については詳細に文書化されており、会議や研修会において職員への浸透が図られている。また、理事長や施設長の専決事項をはじめ、不在時の権限委任(職員室に掲示)等も含めて明確にされている。更に当法人の創立20周年記念誌「ゆきわり」にも管理者としての姿勢の一端が述べられ、内外にも発信されている。職員との信頼関係の中で指導力が発揮されているが、施設長は年度の途中で変更しているため、今後も継続し更なる定着に向けた取組が期待される。</p>		
11	II-1-(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
<p>評価者コメント11</p> <p>管理者は、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。</p> <p>管理者は、法令遵守の視点から、研修会や会議に参加するとともに、改正された法令や労基法等について自ら職員への説明を行っている。また、外部講師による虐待防止、セクシュアルハラスメント、メンタルヘルスに関する研修会なども計画的に開催し、職員の法令遵守に対する啓蒙が図られている。更に、虐待や法令関係の記事については口頭伝達のほか、これら資料を休憩室に置いて周知を図っている。今後、新施設長の元、さらに組織的取組が望まれる。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント12</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もち、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。</p> <p>管理者として、生活支援上の課題を職員から吸い上げ、サービスの質向上の観点から指導力を発揮されている。また、実施するサービス等の達成度の評価にも取り組まれている。更に、職員の国家資格取得支援(費用負担等)や教育・研修の計画的実施、生活介護事業の運営基準など、実務に役立つ書籍の備え付けや貸し出しもされている。しかし、実施する福祉サービスについて定期的・継続的な評価・分析が十分とはいえず、今後、課題の把握と改善に向けた取組を全体に明示するなど、組織としての取組に期待したい。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント13</p> <p>管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>管理者は、月別の利用者の推移や経営状況について、前年度との比較検討を行い、全職員に説明している。また、経営改善の一環として、苦情解決、人権擁護、介護事故等に関するリスクマネジメントの取組や、職員の休憩室を設置し、休憩時間の確保・年次休暇取得の促進など、職員の満足度を高める取組も行っている。しかし、業務の実効性を高める観点から、改善課題(数値化含む)の明確化や取組に向けた組織としての意識の醸成が望まれる。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
<p>評価者コメント14</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。</p> <p>管理者による人材補充等のプランが示されているが、欠員が生じた場合の補充に苦慮されている。管理者としては、こうした現状を踏まえ、必要な人材の育成・強化に重点をおいている。具体的には、無資格職員への資格取得計画と費用支援、研修委員会の計画による内部研修・外部研修への積極的参加などの取組を行っている。しかし、プランは総合的な人事管理によるものではない。</p>		

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	C
<p>評価者コメント15 総合的な人事管理を実施していない。 しいのみホームでは人事考課についての取組はないが、現在、キャリアパスの導入に向けて準備を進めており、職員に対して自己評価(100項目)を実施している。組織における人材の育成を図り、よりよいサービスの提供に資するという観点から導入されるものと思うが、公正かつ確かな制度の実施を期待したい。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		第三者評価結果
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p>評価者コメント16 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。 働きやすい職場づくりの一環として、休憩室の設置をはじめ、職員面談(悩み事、困り事、業務改善等)や提案箱の設置などが行われている。特に職員面談の実施により、継続就業につながるなど、取組の効果も見られる。また、福利厚生(保険加入、職員親交会等への補助等)や定期的なメンタルヘルス研修会なども行われているが、さらにワークライフ・バランスに配慮した更なる取組を期待したい。</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。		第三者評価結果
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	C
<p>評価者コメント17 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。 年度当初に職員面談が行われ、将来に対する意向把握や目標設定が行われているが、目標管理の仕組みの構築までには至っていない。しかし、せっかく個別面談が行われていることでもあり、しいのみホームとして「期待する職員像」の明確化や、職員一人ひとりの目標に対する進捗状況の把握や年度末の目標達成度の確認など、職員の育成に向けた目標管理に組織的に取り組まれることを期待したい。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p>評価者コメント18 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。 しいのみホームでは、全職員の研修計画が作成され、経験等に応じた研修内容が定められているが、組織が目指す福祉サービスを実施するために、具体的な専門技術や専門資格等を明確にした職員の教育・研修に関する基本姿勢が基本方針や中・長期計画に示されていない。しかし一方では、介護福祉士や社会福祉士等の国家資格取得者に対する費用支援が行われ、その成果は上っている。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p>評価者コメント19 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分ではない。 職員研修派遣計画の中に、階層別・職種別・テーマ別研修の機会が確保され、それぞれ計画的に教育・研修が実施されている。研修後は職員対象の報告会を行い、スキルの共有を図っている。なお、キャリアパスの導入が予定されているが、個別の教育・研修計画との関連について検討が求められる。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>評価者コメント20 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。 しいのみホームでは、実習生について可能な限り受け入れる方針である。施設として実習のねらいに沿った効果的な教育・研修ができるよう実習担当者を中心に進められている。今後とも受け入れに関するマニュアルや実習内容に関するプログラムの点検・見直しを図りながら取り組まれたい。なお、実習生の受け入れは、社会的責務の一つであり、基本方針への位置づけが求められる。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p>評価者コメント21 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。 現在、ホームページを作成中であり、開設後は第三者評価の受審結果や苦情・相談、経営状況の公開が期待される。また、しいのみホームまえがたの改築に係る地域住民に対する説明会を実施したほか、行事等のポスターやチラシも地域に配布している。今後、ホームページの活用により、法人の理念・基本方針やビジョン等についても公開を期待したい。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p>評価者コメント22 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 経理規程に基づき適正な経営が行われている。また、契約により会計事務所の助言や行政監査も受けている。財務関係については理事長がチェックしているほか、経営状況(収支関係)については全職員に周知している。取引等に関しては、見積もりは2業者以上としているなど、経理規程を順守している。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p>評価者コメント23 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。 しいのみホームでは、創設以来、利用者と地域との関わりを大切に活動が続けられている。創設当時の地元青山町との交流(花苗プランターの設置及び手入れ作業等)が、今なお続いていることは特筆すべきことである。地域のゴミ拾いや雪かき作業をはじめ、イオンの店頭活動(毎月)、他施設のまつりなどにも積極的に参加している。他にも利用者のニーズに応じた社会資源の利用をとおして、人々とのコミュニケーションが図られ、生きる喜びにつながっている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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。	a
<p>評価者コメント24 ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。 ボランティア受入要領が整備されている。受入れにあたっては、利用者やボランティアへの事前説明を徹底し、事故・トラブルの未然防止に努めている。また、ボランティアの有償に関する検討項目があり、有償と判断された場合は、費用弁償基準によって食事・交通費等が支給されている。当施設は、社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源として、積極的に取り組まれている。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、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25 利用者によりよい福祉サービスを提供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把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。 関係機関等との連携については、障がい者地域生活サポート推進ネットワーク協議会(もりきたエコムネット)の会員として、各種会議や研修会に参加し、必要な社会資源情報等の共有化を図っている。また、職員に対する情報提供が行われている。更に、他施設や作業活動との関連施設と定期的に連絡会や会議を実施し、社会資源の確保に努めている。地域の民生委員との懇談会において、地域課題や地域資源等の情報交換が行われている。ただし、消防・警察・病院との連携など、さらに深めていく必要がある。特に、病院との連携の中で自閉症の専門家とのケース勉強会等、協働した取組への検討が求められる。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価者コメント26</p> <p>福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 地域周辺の清掃活動はじめ、近隣住民並びに隣接の公民館利用者や地域の子ども会などに、事業所内の駐車場を無料開放している。また、テーブルなどの物品の貸し出しや、まえがた施設の竣工後は、地域との結びつきを継続的に進めていきたいとしている。当施設が有する機能を地域に還元することは、地域住民の理解の根幹をなすものと思われる。今後、当地域の福祉の拠点としての役割が期待される。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>評価者コメント27</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 しいのみホーム短期入所事業は、利用者・家族の地域生活や活動を側面から援助する貴重な事業である。また、経済的な事情に配慮した減免規定など、利用者・家族に優しい規程も設けられている。公益事業として、地域公民館に椅子テーブルの寄付や集会室床のライン引き、前潟地区住民に対する障がい福祉のあり方に関する相談・講演会の実施並びに会合等への理事長の参加、地域コーラス団体への場所の提供、更には近隣の老人施設にお米の配達等も行われている。今後、ニーズ把握に関する書類、地域の役員等との懇談記録、相談・講演会の実施記録等の整備とともに、関係者との定期的な会合や計画的・体系的にさらに進めることが望まれる。</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。		第三者評価結果
28	III-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供についての共通の理解をもつための取組を行っている。	b
<p>評価者コメント28</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。 利用者を尊重する姿勢は、しいのみホームの理念、「職員倫理綱領」に明示されている。利用者の尊重や基本的な人権への配慮について、組織で勉強会・研修は、外部の虐待防止研修に参加し、伝達研修として利用者の送迎を担当する運転手も対象にし施設内での研修を行っている。組織での勉強会や研修会が、年1回の開催にとどまっていることや、障がい者の人権に関する取組までは至っていない。障がい者の権利条約等の根拠に沿って、利用者の意思決定支援や差別解消法、合理的配慮などの人権に関わる勉強会や研修を日頃の実践を通して取り組むことが求められる。</p>		
29	III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p>評価者コメント29</p> <p>利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が十分ではない。 「支援マニュアル」の一部に、プライバシーへの配慮の事項が記載されている。また、排泄介助マニュアルにプライバシーの内容が一部記載されているが、事業所が捉えているプライバシーの全般の規程にはなっていない。事業所としてのサービスの提供や支援において、どのような事柄がプライバシーとして保護する対象や場面となるのか職員で検討討議することが求められる。また、自閉症と診断されている利用者が多い事業所の特性に応じて、個々のマニュアルにプライバシーにかかる事項が盛り込まれることが求められる。</p>		
III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		第三者評価結果
30	III-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<p>評価者コメント30</p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。 利用希望者に対する福祉サービス選択に必要な情報の提供は、地域のお祭りでの事業所のパンフレットの配布や見学者に利用の手引きを配布している。これまでの施設見学は、特別支援学校の他に視覚支援学校の生徒も実施している。見学に際しては、「まえがた利用の手引き」を通して説明している。しかし、事業所のパンフレットの公共施設に配布することは行っていない。また、福祉事業所の情報収集の主流は、パソコンやアイパッドなどの通信機器であることから、事業所の積極的な情報提供にはホームページの早急な開設が求められる。</p>		

31	III-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p>評価者コメント31 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもと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。</p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める「重要事項説明書」を整備している。重要事項説明書には、漢字にルビが付けられている。利用者などがわかりやすい内容として「まえがき利用者の手引き」を整備している。利用者の手引きは、重要事項説明書の内容に沿って簡略化され、文字を大きくしたり漢字にルビを付けている。また、カラーのイラストを挿入し柔らかな印象を受ける内容になっている。今後、利用の手引きの内容に利用料の例示などがあれば一層わかりやすい内容と言える。また、利用者の特性から意思決定が困難な利用者への配慮について、事業所としてルール化することも求められる。</p>		
32	III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p>評価者コメント32 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>これまでに当事業所から別の事業所に変更した利用者が数名いる。その際は、利用者の情報として個別支援計画などの写しを送付したり、お互いの担当者での話し合いを行い継続性に配慮している。また、福祉サービスの実施記録において、外部の事業所の連携として個別の基本情報やニーズ、支援目標を記載したA3サイズの一覧表を作成している。しかし、事業所での福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めた取組はされていないため、今後グループホームの開設などで、事業所を変更する利用者が想定されることから、A3サイズの一覧表の様式を活用し、支援の継続性の手順を整備することが求められる。</p>		
III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		第三者評価結果
33	III-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	C
<p>評価者コメント33 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。</p> <p>事業所が提供するサービスの利用者の満足を把握する取組は、給食の嗜好調査と旅行事前調査にとどまっている。本評価は、利用者の送迎から、生活介護における作業や余暇活動、職員の対応など多岐に渡る場面の満足を把握することが求められている。事業所として、利用者満足に関する項目を新たに設定し調査とすることが必要となる。さらに、意思表示やコミュニケーションが難しい利用者、保護者等からの満足を把握する仕組みも必要となる。そのため、法人・事業所として多様な委員会を設置しているなかで、利用者の満足を把握し、結果を分析・検討しサービス改善につなげる委員会の位置づけが求められる。</p>		
III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		第三者評価結果
34	III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	C
<p>評価者コメント34 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> <p>苦情解決の仕組みは、「社会福祉法人しいの木会福祉サービスに係る苦情解決事業実施要領」で定めている。苦情責任者、苦情受付担当、第三者委員が設置されている。利用者への苦情制度の周知は、重要事項説明書、事業所内のポスターにとどまっている。ここ数年は、利用者・保護者からの苦情は挙げられていない。「送迎車が、時間通りに来ない」という保護者からの問い合わせがあり、苦情扱いに向けたが「苦情までではない」と納得した例がある。その後、送迎の時間が遅れる際は、携帯電話で対応し業務の改善を行っている。今後は、利用者・保護者への周知の工夫が求められる。さらに、実施要領に受付から解決のタイムスパン、公表の事項が記されていないことから、要綱や規程として法制度に沿った整備が求められる。</p>		
35	III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	C
<p>評価者コメント35 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。</p> <p>利用者や保護者が、相談したり意見を述べたい時の方法や相手を選択できる環境の整備は、支援マニュアルの一部に「話をする」という項目で記載されているが、意見を述べやすい趣旨とは違った内容である。また、連絡帳を通して利用者や保護者の意見を知るツールとしているが、連絡帳以上の取組が求められる。実際に事業所において利用者から相談がある際は、食堂のスペースに移動して実施している。今後は、張り紙やお便り等の書面を活用して、利用者への周知を工夫することが望まれる。</p>		

36	III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p>評価者コメント36</p> <p>利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応する取組は、「しいのみホームまえがた権限の授権代理について」として、情報の伝達や指示をフローチャートで示している。このフローチャートと同様に利用者からの意見や相談、要望に迅速に対応している。「ご家庭からのヘルプコールへの対応マニュアル」を作成し、利用者が日中のサービス利用を終え、自宅等に戻った際に利用者の困りごとについて、家族等からの相談に迅速に対応する仕組みを整備している。夜間に利用者が不穏になり、ヘルプコールを通して対応した例もある。今後は、意見や要望を組織的に整理し、事業所の業務の改善やサービスの質の向上につなげる仕組みと体制の整備が望まれる。</p>		
III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		第三者評価結果
37	III-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
<p>評価者コメント37</p> <p>リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。 リスクマネジメント体制は、法人において「リスクマネジメント委員会」を設置し、責任者も明示し委員会を定期的に開催し取り組んでいる。毎月「ヒヤリハット報告」書を作成し、日時、発生場所、対象者、状況、報告職員所見、対応等の項目で事例を収集整理し、リスクを段階に分けて把握している。送迎検討委員会等と連携し実効性のある取組を目指している。担当者として、ヒヤリハットの報告が特定の職員に偏ることなく、全ての職員から報告される工夫が課題であることの認識を持っている。今後は、発生要因の分析において、リスクを段階で分ける他に人的環境や設備整備、マニュアル等のハードやソフト面のカテゴリーに分類し把握することが望まれる。</p>		
38	III-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
<p>評価者コメント38</p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。 感染症の予防策、発生時等の緊急時の利用者の安全確保についての組織的な取組は、利用者及び職員において、インフルエンザ予防接種を計画的に実施している。非常勤であるが法人で看護師を配置し、予防に関する勉強会や発生時の対応について準備している。「しいのみホーム感染症発生時の施設対応マニュアル」が設けられているが、近隣のクリニックの受診や感染症種別毎の特異性に沿った内容には至っていないことから、実際の取組に沿った内容に整備することが求められる。</p>		
39	III-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	c
<p>評価者コメント39</p> <p>地震、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。 地震、火災に備えた避難訓練は定期的に徹底して取り組まれているが、ここ数年各所で発生している大雨や大雪への対応は全くされていない。以前に事業所の近くを流れる川が大雨で氾濫した経緯もあり、早急な取組が求められる。</p>		

III-2 福祉サービスの質の確保

III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
40	III-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p>評価者コメント40</p> <p>提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。 昨年度の福祉サービス第三者評価を受審し、標準的な実施方法の整備として、昨年9月に法人において、短期入所マニュアル、支援マニュアル、食事、送迎、排泄、業務手順を整備した。標準的な実施方法が実施されたかどうかを確認する仕組みとして、チェック表も整備している。個々のマニュアルが法人として整備したもので、まえがた事業所に全てに沿った内容にはなっていない。支援マニュアルは、自閉症の特徴から作業内容、衣類、送迎、体育、不安定時に対応等が概念的に記載された内容にとどまっている。「朝の業務」「夕の業務」を含めて、事業所として標準化しなければならない業務を検討し整備することが求められる。とりわけ不安定時の対応などは、まえがた事業所で実際に行っている内容を書面やフローチャートで示すことが求められる。</p>		

41	III-2-(1)-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。	C
<p>評価者コメント41</p> <p>標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。</p> <p>昨年度の福祉サービス第三者評価を受審し、標準的な実施方法の整備として、昨年9月に法人において、短期入所マニュアル、支援マニュアル、食事、送迎、排泄、業務手順を整備した。法人として、マニュアル担当は配置しているが検証や見直しに関する時期や方法は明示されていない。法人として整備すべき標準的な実施方法と各事業所で整備すべきものを整理し、事業所単位で取組む仕組みと体制を構築することが求められる。</p>		
III-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		第三者評価結果
42	III-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p>評価者コメント42</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。</p> <p>利用者一人ひとりのアセスメントは、日本知的障害者福祉協会調査委・研究委員会を参照にした「個別支援計画表について」に基づいて実施している。アセスメントはシートが作成され、基本的な生活習慣、日常生活動作、家庭生活活動、地域生活活動、社会生活活動、特別な行動、作業・生産・雇用に関する活動、医療的支援などのカテゴリーを設けて実施している。具体的なアセスメントの作業は、担当者サービス管理責任者で実施している。アセスメントを受けて個別支援計画が作成される手順が示され、実施されている。利用者一人ひとりのニーズは、職員と保護者の話し合いを含めて設定していることが説明された。実際のケースを通して、アセスメントシートと個別支援計画表を確認するとアセスメントの各カテゴリーにおいて現在の状況、本人の希望、強みや可能性、支援の課題は記載されているが、支援の必要度が記載されておらず、「個別支援計画表について」の作成手順通りに実施されていない。事業所として、アセスメントの概念を整理し、「個別支援計画表について」の手順と連動させることが求められる。</p>		
43	III-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p>評価者コメント43</p> <p>福祉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>利用者一人ひとりの個別支援計画は、日本知的障害者福祉協会調査委・研究委員会を参照にした「個別支援計画表について」に基づいて実施している。その内容は、フェースシート作成、プランニングの手順、モニタリングや再アセスメントの時期と必要な状況が明示されている。実際の個別支援計画の見直しは、担当者、サービス管理責任者、科の職員で実施されている。毎月個別支援計画の見直しをするメンバーのリスト化はせず、年度初め(4月)に計画実施している現状にある。今後、看護師などの多様な職種を交え計画的に見直しを行うことが望まれる。</p>		
III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		第三者評価結果
44	III-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
<p>評価者コメント44</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施状況の記録は、アセスメントシート、個別の記録、想いのマップ、個別支援計画表として整備しているが、事業所で定めた設定にはなっていない。また、サービス実施状況のための記録は、これまでの業務の中で整備されたもので、一覧として整備されていない。一人ひとりの福祉サービス実施状況の記録を補完するための記録として、引継ノート、連絡帳、支援日誌、送迎表が整備されている。個別の記録などは、法人のネットワークシステムを整備し、別の事業所からも確認することが出来る。ケース記録の要領については、「ケース記録打ち方指南書」として、基本的な内容から留意点まで細かく示されている。今後、事業所の実情に沿って、組織として設定し一覧化することが望まれる。</p>		
45	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
<p>評価者コメント45</p> <p>利用者に関する記録の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。</p> <p>利用者の記録の管理体制は、法人の「岩手しいの木会個人情報保護規程」において、管理責任者、個人情報の利用目的の特定、保有データの開示などの項目が明示されている。今後は、利用者や保護者等への個人情報に関する丁寧な説明と、事業所のお便り等に掲載する利用者の写真や氏名の開示の同意を年度毎に確認する等の規定や手順を整備することが求められる。</p>		

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重		第三者評価結果
A①	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>評価者コメント1</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る。 聴覚障がいや視覚障がいのある利用者はいないが、自閉症やその他の広汎性発達障がいのある利用者が主に利用する事業所であり、コミュニケーションの方法は個々の対応が必要となる中で、アセスメントの段階でその状況および本人の希望、支援の課題を記録し、それを個別支援計画に反映する仕組みを整備している。事業所内の環境を個々の特性に配慮した上で空間やスケジュールを構造化するとともに、言葉のみでは意思疎通が困難な利用者に対しては、写真や絵カード、ホワイトボード、また、i-Padを活用する等の配慮がなされている。</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>利用者の主体的な活動が尊重されている。 利用者の主体的な活動を尊重するため、利用者の障がい特性に配慮し、個別支援計画や支援マニュアル、その他の各種マニュアルに則り個別的な対応を基本としながら支援している。自治会は設置していないが、行事の開催に当たっては利用者主体の実行委員会を組織し、利用者の意向を尊重して支援に当たっている。定期的に他施設との交流や地域の中学校との交流の機会を設けている。</p>		
A③	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
<p>評価者コメント3</p> <p>見守りと支援の体制の整備が十分ではない。 利用者本人の現有能力を尊重し、自立支援を重視した対応について支援員間で確認している。その具体的な支援内容については、個々の個別支援計画において明示されている。また、利用者の「できる環境」づくりとして、時間・空間の構造化に配慮した支援が行われている。しかし、これらの支援について、必要なときに迅速に対応するという視点において、支援員間の判断の基準に差異があることを課題と捉えており、今後は一貫性のある支援の実施に向けた取組が求められる。</p>		
A④	A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
<p>評価者コメント4</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。 利用者の社会生活能力を高める支援として、個別活動に取り組んでいる。個別活動の実施に当たっては、利用者および家族との面談によるニーズキャッチから、それに対する具体的課題のターゲット化、ケース会議による課題を達成するためのアプローチ方法を協議・共有化した後、利用者および家族からの同意を得て個別活動を実施、報告書にて結果の共有を図る手順を設けている。しかし、利用者の自己評価を通じた課題解決に向けた支援として、ソーシャルスキルズトレーニングなどの自己表現や話し方の習得に向け、標準化されたプログラムのもとでの実施が期待される。</p>		

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事		第三者評価結果
A⑤	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>評価者コメント5</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。 利用者個々の設定栄養給与量については、栄養士によって毎年4月の時点で作成され、これと併せてアセスメント表に記載される介助・支援の方法により食事サービスが実施されている。標準的な支援方法については、食事介助マニュアルを作成し、これを基にサービス提供されている。体調不良を訴える利用者に対しては、代替食の提供が行われている。</p>		

A⑥	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
<p>評価者コメント6 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。 利用者に対する嗜好調査が年1回実施され、その結果は給食会議で集計・分析され、支援員との情報共有のうえ、献立に反映されている。食事時間が、利用者個々の活動内容・状況、また利用者同士の関係性に配慮され、時間に幅を持たせることにより食堂は込み合うことがなく、そのことにより支援員の目が行き届き、利用者への声かけを中心とした支援がなされる環境にある。給食委員会は月1回の頻度で開催され、食事サービスの内容等について協議・検討されているが、その内容についての職員全体への共有化が十分とはいえない。また、嗜好に関するものに限定しない利用者の意見をくみ上げる仕組みの整備と合わせ、委員会の機能強化について、今後の検討が望まれる。</p>		
A⑦	A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
<p>評価者コメント7 喫食環境の配慮が十分ではない。 保育園として使用されていた旧施設の転用により使用している現在の施設は、老朽化しており、構造上も幼児を対象としたもので食堂スペースは狭隘で、照明も暗く、ハード面での環境は恵まれているとは言い難い。そのような中で、支援員と利用者が協力して、カフェ風の雰囲気づくりに取り組んでいる点については、その工夫について評価できる。一方で、その取組について、全職員が企画の意図・目的を共有化し、更にその評価と今後の改善の方向性について意思統一できているかという点では、その検討の場が明確ではなく、十分とはいえない。今後改築により、食堂も新たになることと併せて、その環境づくりのコンセプトについても、利用者等の意向を確認しつつ職員全体で協議・確認していくことが望まれる。</p>		
2-(2) 入浴		第三者評価結果
A⑧	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。	非該当
<p>評価者コメント8</p>		
A⑨	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
<p>評価者コメント9</p>		
A⑩	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	非該当
<p>評価者コメント10</p>		
2-(3) 排泄		第三者評価結果
A⑪	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	C
<p>評価者コメント11 介助は快適に行われていない。 排泄介助マニュアルを作成し全職員に配布、これを基に、個々に対するアセスメントから作成される個別支援計画と併せて排泄介助が実施されることとなっているが、マニュアルが「しいのみホームながはし」の状況を基本として作成されたものである性質上、自閉症等の利用者の特性や施設構造の違いから、実際にはマニュアルとして十分に活用されていない状況にある。排泄介助チェック表も、実情に合わないことにより使われていない。今後は、現状及び改築後の状況も視野に入れ、現在のマニュアルを参考としつつ事業所として適切な支援マニュアルの作成について検討されることが望まれる。また、職員体制も一つの要因として、同性介助が徹底されていない状況もあり、再度利用者の権利擁護も含めた支援のあり方について、職員間で協議・確認されたい。</p>		

A⑫	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	C
<p>評価者コメント12 清潔かつ快適ではない。 毎日活動後、帰宅前の掃除時間に利用者と職員と一緒に清掃を行うとともに、年に数回は清掃業者によって設備等の点検・清掃を行っている。トイレについては、施錠できるドアと、見守り介助が必要な利用者が使用する薄手のカーテンにより囲まれたトイレが設けられており、この使用については、あらかじめ利用者および家族に説明・同意を得ている。プライバシーの保護という点で設備的に不足する部分もあるが、出入口をしっかりと閉めることの徹底により、一定の配慮はされている。電気ヒーターが設置されているが、エアコンおよび冷房設備はなく、夏場は窓を開けて風を通すことで温度調整、喚起を図っている。建物自体が老朽化しており、必ずしも快適とはいえないこと、汚れの処理について、その手順が明確となっておらず、個々の職員の判断に委ねられているという点で、今後の改善が求められる。</p>		
2-(4) 衣服		第三者評価結果
A⑬	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。	非該当
<p>評価者コメント13</p>		
A⑭	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>評価者コメント14 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。 通所事業所という性質上、衣類は本人の意思または家族の援助によって選択・購入されている。着替えが必要な場合に支援に特別の配慮を要する利用者は全体の3分の1程度であり、支援の内容としては、本人に着替えの必要性を説明・確認ののち、持参している衣服への着替えの介助、私物が用意できていない場合に事業所の予備服を複数種から選択してもらい、汚れた衣服は洗濯し袋に入れて返却する手順となっている。自閉症によるこだわりがあり、本人の決めたペースでしか着替えの支援を受け入れない利用者には、その意思を尊重する姿勢で対応している。</p>		
2-(5) 理容・美容		第三者評価結果
A⑮	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。	非該当
<p>評価者コメント15</p>		
A⑯	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>評価者コメント16 配慮している。 原則としては理髪店や美容院の利用については家族の援助を基本としているが、特に支援の要望があった場合には、同行支援を行っている。地域の理容店の利用について、事前に連絡のうえ同行し、本人の行動が落ち着かない場合には、クールダウンを図るための支援を行っている。支援の標準化を図るため、「まえがた 理美容利用について」としてその対象や支援内容、預り金の対応方法などを定め、本人および家族に説明している。</p>		
2-(6) 睡眠		第三者評価結果
A⑰	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	非該当
<p>評価者コメント17</p>		

2-(7) 健康管理		第三者評価結果
A⑱	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	C
<p>評価者コメント18 適切ではない。 個々の利用者について、「健康シート」、「検査結果照会」、「健康診断結果個人票」および個別カルテを取り揃えて整備されているが、この取扱い方法や健康管理の手順を定める総合的なマニュアルは整備されていない。利用者に対して毎日検温し、また、バイタルチェックや精神状況を観察し、体調記録表等に記録されているが、記録内容は具体性を欠き、客観的な指標となっていない。看護師が非常勤の配置となっており、その負担も大きく、今後、施設の改築に伴い利用定員も増員されることや、利用者の高齢化や重度化を見据えて、看護師の常勤化や複数配置について検討することが望まれる。</p>		
A⑲	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
<p>評価者コメント19 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。 アクセスの良い嘱託医および総合的診療が可能な協力病院を確保しており、併せて利用者個々のかかりつけ医も把握しつつ、適正な医療機関への受診を図っている。健康面に変動があった際の対応については、「ご家庭からのヘルプコールへの対応マニュアル」(フローチャート様式)を準用しているが、内容に関しては十分とはいえない。実際には、看護師、施設長、副施設長への報告により、三者の協議を経て対応指示があり、他の職員に対しては朝礼および終礼により共有化される流れとなっているが、書面による記録等の手順については明示されておらず、その整備が求められる。</p>		
A⑳	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	C
<p>評価者コメント20 確実に行われていない。 服薬管理マニュアルを整備し、薬の取扱いについて確認、適切な服用に努めている。通所事業所という性質上、可能な限り日中の服薬については調整のうえ家庭での援助を基本としているが、風邪薬や頓服薬については、職員が管理し、自分で服用が可能な利用者に対しても支援日誌に服薬確認者を記録する等、誤薬や飲み忘れの予防に努めている。しかし、誤薬の際の対応については、看護師への報告・確認と、嘱託医等からの指示を仰ぐこととする中で、緊急手当等の研修については十分とはいえない状況である。誤薬に対する職員の意識付けも含め、一層の取組が望まれる。</p>		
2-(8) 余暇・レクリエーション		第三者評価結果
A㉑	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
<p>評価者コメント21 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。 利用者からの意向は個別計画を作成する際に聴き取り、その実現の可能性や適否について職員会議にて協議し、許可する手順で実施している。恒例行事である忘年会等への出欠については全利用者に対して意思確認し、欠席の意向についても尊重し、出席者とは別のプログラムにて対応している。しかし、集団的なレクリエーションの企画について話し合う機会は十分とはいえない。地域ボランティアの受入れについても、イベントへは学生を中心に多数参加するが、日常的な活動への参加はほとんど見られない。利用者が主体的に話し合い、活動を企画するような取組について、今後検討が望まれる。</p>		
2-(9) 外出・外泊		第三者評価結果
A㉒	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	非該当
<p>評価者コメント22</p>		
A㉓	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。	非該当
<p>評価者コメント23</p>		

2-(10) 所持金・預り金の管理等		第三者評価結果
A②④	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
<p>評価者コメント24 管理体制が整備されているが、取組が十分ではない。 基本的には利用者から金銭を預かることはないが、個別活動の際などには利用者および保護者(家族)から書面により同意をとって管理している。また、その他、工賃の一時預かりや利用料の現金支払いの対応にて、現金を利用者から預かる機会は、例外的ではあるが生じている。今後、これら預り金の保管・管理に関する規程またはマニュアルを作成し、明確なルールに従って適切に管理していくことが急がれる。</p>		
A②⑤	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。	非該当
<p>評価者コメント25</p>		
A②⑥	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。	非該当
<p>評価者コメント26</p>		