

(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:障害福祉サービス事業所 多賀の里	種別:就労継続支援B型	
代表者(職名)氏名:所長 岩淵 修	定員・利用人数: 35名・27名利用中	
所在地:遠野市青笹町糠前 9-7-6		
TEL:0198-63-1331 Fax:0198-63-1335	ホームページ http://www.tonotv.com/members/coronae/mutsu-mikai/index.html	
【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):社会福祉法人睦会 新里 佳子		
職員数	常勤職員: 8名	非常勤職員: 4名
専門職員	(専門職の名称: 名)	
	所長 1名	パート作業指導員 4名
	サービス管理責任者 1名(兼務1名)	
	生活支援員 1名	
	作業指導員 5名	
	目標工賃達成指導員 1名	
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)	(設備等)

③理念・基本方針

(基本理念)

利用者に対し、人間としての尊厳が守られ、豊かな人生を自己表現できるように支援します。

そのため、

- ①利用者の幸せを第一に考え行動します。
- ②利用者の想いを汲み取り行動します。
- ③利用者を尊重し行動します。

(基本方針)

- ①生命の尊重と身体の安全を基本に、一人ひとりかけがえのない存在として大切にします。
- ②ひとりの人間としての個性、主体性、可能性を尊重します。
- ③いかなる差別、虐待、人権侵害も許さず、人としての権利を擁護します。
- ④年齢、障がいの状態にかかわらず社会を構成する一員としての地域生活が送れるよう支援します。
- ⑤自らの専門的役割と使命を自覚し、絶えず研鑽を重ね、一人ひとりが充実した人生が送れるよう支援します。

④施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

市内外の企業から受託した作業を納期に間に合うよう利用者それぞれが意識して取り組んでいます。また、お弁当を市内の方々へ配達しており、好評を得ている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 26 年 5 月 23 日（契約日） ～ 平成 29 年 1 月 31 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

○ **業務改善や効率化に向けた取組**

人事、労務、財務等の分析を行い、改善、指導等が行われている。また、職員への意識づけを図るため、日常的にその内容の説明や管理者としての意思を伝えている。さらに、安全な労働環境の確保のため、危険箇所の補修などは優先的に対応しているほか、電気・水道使用量等の月々のデータを確認しながら、職員自らもエコセービングに取り組んでいる。管理者として、経営の改善や業務の実効性の向上に向け、組織内の意識の醸成に努めている。

多賀の里の主たる事業である「配食」や「製品加工」においても、作業の効率化を図りながら、作業工賃の向上に努めていることも評価できる。

◇ 改善が求められる点

○ **利用者満足の把握や、相談・意見が述べやすい方法等の体制整備**

多賀の里では、利用者の自治会等に職員も参加して満足度に関する意見を聞いているが、利用者満足に関する調査を定期的実施するなどの仕組みがなく、利用者満足の把握に至っていない。利用者本位の福祉サービスは、事業所が一方的に判断できるものではなく、利用者がどれだけ満足しているかという双方向性の観点が重要で、専門的な支援・相談を適切に実施する一方、利用者満足を組織的に調査・把握する仕組みを整備し、その向上を目的とした取組が求められる。利用者が相談や意見を述べたい時の相談方法については、利用開始時に「重要事項説明書」で説明し口頭でも周知を図っているが、書面にしての掲示や配布する等の取組は行われていない。意見や相談方法については、利用者や家族等に十分周知され、また利用開始時の説明だけでなく、日常的に相談窓口を明確にした上で、その内容を分かりやすい場所に掲示するなど、施設として相談しやすく意見が述べやすい体制や方法を構築することが求められる。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、第三者評価を受審し、公正な評価をいただき大変感謝している。
私たち支援者は主観的に捉えてしまうが、できていること、できていないこと、やらなければならないこと等を客観的に捉えることができ、大きな成果があった。

介護福祉の現場同様に、障害福祉の現場においても、人材不足が懸案事項となっているが、それと同等に職員の資質向上が課題となっている。適切なサービス選択に資するためにも、支える人材を必要かつ十分に養成・確保し、職員の資質の向上を推進することが必要不可欠であると認識している。まず、自らの資質向上が福祉サービス事業者として、また、職員個々はその意義と重要性を深く理解する必要がある。まずは、そういった個の姿勢づくりから始めたいと思う。

今回の受審においては、どうしても主観的な評価しかできない傾向が強く、外部の第三者による評価により、客観性と公平性に担保された正当な評価となりうることで、気付きと自らの襟を正す良き機会を得る事ができる大変有効なものであった。

今後、施設としては、今回の評価を十分に精査しつつ、計画的に職員資質の向上に取り組み、利用者支援の向上へ繋げたいと考えている。

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。

第三者評価結果【多賀の里】

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
<p>評価者コメント1</p> <p>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。 当施設を所管する社会福祉法人睦会では、法人としての基本理念、基本方針を策定し、広報誌や冊子(基本理念、基本方針を含む中・長期経営計画)の配布をとおして、市当局をはじめ関係機関への周知を図っている。また、職員への周知も、同様の冊子による法人内研修会やパネルの施設内掲示によって行われているほか、地域住民に対する広報誌の配布も行われている。一方、利用者、家族に対しては、事業計画や事業報告の配布にとどまっている。法人の理念や基本方針は、福祉サービスの考え方を示すものであり、わかりやすい資料の工夫や丁寧な説明とともに、周知状況を把握するための継続的な取組が求められる。</p>		

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
<p>評価者コメント2</p> <p>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。 月次報告書によるコスト分析や収支状況を明確にしているほか、法令改正等を含む、社会福祉事業全体の動向を把握し、月1回の事務局会議において周知が図られている。また、新規利用者や地域の福祉ニーズについても、相談支援事業所との連携や自立支援協議会(地域・子ども・就労の各支援部会)等を通して把握に努めている。さらに法人の事業計画を市に提示し、障がい福祉計画へ反映されるよう協議等も行われているが、収集された情報やデータの分析内容が、中・長期計画や単年度の事業計画に反映されることが求められる。</p>		
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
<p>評価者コメント3</p> <p>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。 経営環境や経営状況の把握・分析については、毎月開催される事務局会議で行われ、検討内容については、役員(理事・監査等)間で共有化が図られているほか、職員に対しては、施設長を通じて職員会議や研修会の折に周知が図られている。また、中・長期経営計画において、現状課題を踏まえた計画を策定し、職員にも周知が図られているが、一方、経営課題の解決、改善については、職員の意見の反映や職員同士の検討の場の設定など、組織的な取組が求められる。</p>		

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
<p>評価者コメント4</p> <p>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。 中・長期の事業計画には、提供する福祉サービスが具体的に記載され、法人の理念や基本方針の実現に向けたビジョンを具体化する内容となっている。一方、利用者や人件費の増減、施設設備の整備計画等、事業計画推進の裏付けとなる収支状況が未策定であり、今後、数値目標を明示した計画の策定が求められる。なお、中・長期の事業計画の見直しについては、年度末の事務局会議において、一年間の総括や法改正等を勘案しながら実施することとしている。</p>		

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。 中・長期経営計画の内容を反映した単年度計画を策定し、事業内容が具体的に示され、実施可能な内容となっている。また、事業計画を実施可能とする収支計画も策定されている。一方、事業内容の中心である「配食」や「製品加工」においては、数値目標や具体的な成果等を設定することにより、実施状況の評価を行える内容となっていることが望まれる。</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。 事業計画の策定については、各部門(配食・弁当・結和・部品)の担当者から提出された内容を施設長がまとめ、さらに事務局会議において集約されている。また、利用者・家族の意向についても大まかに盛り込まれている。職員には事業計画の冊子を配布し、年度当初の職員会議において周知を図っている。なお、事業期間中の評価・見直しは行われていないが、年2回のモニタリングにより、一般就労等の希望があれば個別に対応している。今後、事業計画の策定や評価・見直しに関する手順やマニュアルを整備し、組織的、計画的な実施が求められる。</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。	c
<p>評価者コメント7 事業計画を利用者等に周知していない。 策定された事業計画は、利用者や家族に配布するのみで、周知までは至っていない。なお、法人本部で作成している広報誌は、関係機関や市内全戸配布(年2回)され、読みやすく編集されている。一方、事業計画は、利用者に対する福祉サービスの内容を示すものであり、わかりやすい資料の作成なども含めて、今後の対応が期待される。</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。 当施設は、福祉サービス第三者評価は初めての受審であり、自己評価にあたっては複数の職員が対応した。PDCAサイクルによるモニタリングは、9月と3月に法人所管の施設で一斉に行われているが、手順書等は作成されていない。多賀の里では、日々の福祉サービスについては、サービス管理責任者を中心に、職員間で共通理解を図りながら取り組んでいるが、今後、評価・分析に関する手順書等を整備するとともに、定期的かつ組織的な取組が求められる。</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。 利用者本意の福祉サービスを心がけ、必要な改善は随時行われ、ほとんどが単年度で行われている。また、組織の中にサービス向上委員会等の位置づけがなく、サービス管理責任者が出席する月1回の事務局会議で検討がなされている。今回の第三者評価の結果等を踏まえ、今後、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みを整備するとともに、サービスの質の向上に向けた組織的、計画的な取組が求められる。</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		第三者評価結果
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>施設長は、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。 平成27年度、施設長に就任し、法人発行の広報誌を通じて所信の一端が述べられ、内外に発信されている。また、事業計画等で運営方針を明確にし、朝礼・夕礼・会議等において、職員に周知を図るとともに、事務分掌、組織表にも明確にその職務を明記している。さらに、有事に対応した消防計画等が整備され、訓練等も実施されているが、管理者の役割と責任について、不在時の権限委任を明確にし、文書化されることが求められる。</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>施設長は、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。 施設長として、施設運営に伴う法令等を理解し、朝礼・夕礼・各種会議等の場において、全職員に周知するとともに情報共有、共通認識を図る措置が講じられている。また、コンプライアンスの問題については、法人本部から送信される新聞コピー等を活用し、適時適切に対応している。さらに、虐待等による人権侵害に関する事項については、マニュアルが整備されているほか、改正された法令については、役職員研修会の場において周知が図られている。一方、法令集の整備や研修の充実を図るとともに、遵守状況を自己点検する等の取組が求められる。</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>施設長は、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。 施設長は、業務日誌、ケース記録の点検をはじめ、職員ミーティング等において、現状の把握に努め、改善のための指導力を発揮している。また、職員の研修会への派遣や復命書等の回覧による研修内容の共有化も図っている。一方、福祉サービスの質の向上に関しては、サービス管理責任者を兼務している施設長の主導で行われているが、今後、サービスの向上をねらいとした仕組み(サービス向上委員会等の設置)を整備しながら、職員の参画による組織的な取組が望まれる。</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>施設長は、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。 業務改善や効率化に向けて、人事、労務、財務等の分析を行い、職員に対する日常的指導を通して、意識の醸成を図っている。また、危険箇所の補修など安全な労働環境の確保に努めているほか、光熱水費の節約など、職員自らエコセービングに取り組んでいる。さらに、多賀の里の主たる事業である「配食」や「製品加工」においても、作業の効率化を図りながら、工賃の向上に努めている。一方、業務改善等に係る検討の場(業務改善検討委員会等)が未整備であることから、これらの整備による組織的な取組が望まれる。</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>法人の中・長期経営計画の中に、福祉系学卒者や有資格者の採用及び臨時職員の本採用化等に関する職員採用計画が示され、その計画に基づいて実施されている。また、初任者や中堅職員研修も計画的に実施され、福祉人材の育成にも取り組まれている。多賀の里においても、資格取得を希望する職員に対しては、旅費等の補助による支援を行っている。なお、専門職の配置計画が未整備のため、利用者の実態に合わせた専門職の配置など、計画的実施が求められる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>評価者コメント15</p> <p>総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。</p> <p>法人の基本理念や基本方針を踏まえ、「職員行動規範」が策定され、睦会職員としてのあるべき姿が示されている。また、就業規則が定められ、職員にも周知されているが、その中にキャリアパス等の基準が示されていない。目標管理や人事考課も実施されていないが、今後、キャリアアップの道筋を示すなど、職員が自ら将来の姿を描くことができるような仕組みづくりが求められる。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		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</p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>職員の状況については、常に把握しており、年次有給休暇、誕生日休暇、夏期休暇等も積極的に取得を促している。多賀の里は、通所施設であり、勤務表は作成していないが、土日に弁当の注文に応じることもあり、ワーク・ライフ・バランスに配慮しつつもやむを得ない状況もある。なお、今後は、メンタルヘルスへの対応やセクハラ・パワハラ防止対策などの取組が求められる。</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。		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</p> <p>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。</p> <p>人材育成の観点からも、目標管理の必要性について理解はしているが、実施の段階までは至っていない。今後、組織としての職員の育成に対する考え方を整理するとともに、目標管理等の仕組みを整備し、職員個々の資質向上や業務目標の達成を意図した計画的な取組が求められる。なお、福祉サービスに携わるすべての職員を対象とした取組が望まれる。</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</p> <p>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。</p> <p>法人の中・長期経営計画に盛り込まれている、職員の研修や職員の養成方針に基づいた研修が行われている。特に外部研修の内容については、復命書の回覧や職員会議等で伝達し、共有化が図られている。一方、職員の希望のみに偏らず、組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格等、目的を明確にし、体系化された研修計画の策定が求められる。なお、福祉サービスの質の向上に対する取組の一環であり、正規・非正規問わず、すべての職員を対象とした研修計画の策定が望まれる。</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</p> <p>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。</p> <p>職員個々の専門資格の取得状況については、法人本部で把握している。また、新任職員や中堅職員の研修については、法人の中・長期経営計画に明示され、外部研修等への派遣が行われている。多賀の里においては、職員数が少なく、参加人数も限られているが、必要とする研修会・勉強会への派遣は行われている。研修内容の共有化については、復命書や職員ミーティング等において伝達が義務づけられている。なお、計画的研修が実施される一方で、より研修の充実を図る観点から、研修成果の評価・分析を行い、以後の研修に反映する取組が求められる。</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。	C
<p>評価者コメント20</p> <p>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おらず、教育・研修が行われていない。</p> <p>実習生を受け入れてはいるが、実習に関する基本的姿勢や受入マニュアルが整備されていない。また、個人情報保護に関する誓約書の取り交わし、実習生の目的を考慮したプログラムに課題がみられる。実際の受入にあたっては、学校側との連携のもとに進められているが、実習に係る基本方針をはじめ、受入マニュアル、実習プログラムの整備、指導者の研修等について、早急な対応が求められる。</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</p> <p>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。</p> <p>当法人では、提供する福祉サービスの内容や財務状況等について、ホームページのほか、広報誌による地域への公表も行っている。また、法人が所管する施設の第三者評価の受審結果についても、中・長期経営計画の中で公表している。今後、苦情・相談等への対応状況の公表など、施設運営の更なる透明性の確保が求められる。</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。	b
<p>評価者コメント22</p> <p>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が、十分ではない。</p> <p>施設の事務、経理等に関するルールについては、法人の経理規程に示され、その権限や責任者等についても事務分掌表に明記されている。また、事業経営等の適否について、法人役員による内部監査や市の監査を受けているが、今後は、外部の専門家へ相談し、助言を得る機会の確保が求められる。</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。	b
<p>評価者コメント23</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。</p> <p>地域との関わり方については、法人の中・長期経営計画に基本的な方針が明示されている。地域行事等の情報については、主に地域活動支援センターから提供を受け、利用者に周知している。また、同法人の遠野コロニーとの共催(行事)による地域交流を行っているほか、地域住民の参加による避難訓練を実施している。今後とも、活用できる地域の社会資源等の情報提供に努め、利用者の地域参加を促す取組が求められる。</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。	C
<p>評価者コメント24</p> <p>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いない。 必要に応じて、ボランティアの募集や受入れも行っているが、受入体制やマニュアル等の整備はされていない。受入れる際には、ボランティア保険等は施設で負担するほか、利用者には事前に伝え、人目を避けたがる利用者に対しては配慮している。また、法人では、有償ボランティアを受け入れ、余暇活動の一環としてエアロビクス等を実施している。今後、マニュアル等を整備し、福祉に関する専門性を活かしたボランティアの受入れが望まれる。</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</p> <p>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。 地域の自立支援協議会や相談支援事業所等との連携を図りながら、情報共有をはじめ、諸課題の解決に向けた取組が行われている。現在、当施設の一部で行われている日中一時支援事業も、こうしたネットワークを通じて実現したものである。また、一般就労した利用者に対するアフターケアも行われているが、今後さらに、ネットワークの充実を図り、支援体制の強化が望まれる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		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。 当施設においては、災害時に施設開放したほか、近隣の広場では、市の一時避難場所としての指定はないが、自治会の定めにより、避難訓練等が行われている。法人としても、地域住民との協調・共生を図るべく、会議室等の解放や広報誌の全戸配布などを行っている。一方、施設の専門性を活かし、住民の要望を踏まえた講演会や研修会などは未実施であり、今後、これらの取組を通じた支援活動の充実が求められる。</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。	C
<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するための取組を行っていない。 地域の福祉ニーズについては、地域の自立支援協議会や相談支援事業所等とのネットワークによる把握は行っているが、独自の取組は十分ではない。当施設の事業である配食サービスも地域のニーズに対応した地域貢献の一つといえるが、福祉サービス提供をむねとする組織として、改めてニーズ把握の充実に努めながら、今後は、生活困窮者の支援等も視野に入れた取組が求められる。</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。 法人の理念、基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、行動規範の掲示や職員会議等においても全職員に理解し実践するように説明をしている。しかし、利用者の尊重や基本的人権の配慮について、継続的に組織で勉強会・研修等の実施や、職員への自己チェックなど定期的に理解の把握・評価等を行うなどの必要な対応が期待される。</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。</p> <p>プライバシーの尊重については職員行動規範に明記しており、虐待防止マニュアルや個人情報提供同意書、重要事項説明書等で権利擁護につながる文書もある。職員会議等の場を通じてプライバシー保護や虐待防止等について周知し、徹底を図られているが、行動規範等に記載されている内容を引用した利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアルの整備や、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明確にするなどの仕組みが望まれる。</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。</p> <p>利用希望者等への福祉サービスに関する情報の提供としては、ホームページや資料(パンフレット)で公開し、利用希望者へも個別に丁寧な説明を実施している。利用希望者が福祉サービスを選択するために、今後、実施する福祉サービスの内容や施設の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所への設置や、情報提供の内容についての適宜見直すなど、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提供が積極的に行われることが求められる。</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</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>サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意を得るにあたっては、定めた利用契約書や重要事項説明書によって説明し、利用者の自己決定を尊重している。しかし、利用者や家族等が内容を理解しやすいような工夫したものに整備されていない。今後は、利用者や家族等が理解しやすいように工夫した資料の作成や、サービスの開始、変更時の福祉サービスの内容等の説明や同意を得る方法がルール化され、利用への説明や同意、契約までの経過の具体的な記録を残すことが望まれる。</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</p> <p>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>利用継続終了後も気軽に相談できるよう家族に通知しており、ケース会議等でも継続性に配慮した取組の記録がある。しかし、福祉サービスの内容や変更、地域・家庭への移行にあたり福祉サービスの継続性に配慮する規定や手順書(マニュアル)、引き継ぎ文書(様式)等が定められていない。今後は、変更や移行等にあたっての手順書の整備や引き継ぎ文書等の整備が求められる。</p>		
III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
33	III-1-(3)-① 利用者満足の上昇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</p> <p>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>利用者の自治会等に職員も参加して、満足度に関する意見を聞いている。しかし、利用者満足に関する調査を定期的を実施するなどの仕組みがなく、利用者満足の把握が明確でない。利用者本位の福祉サービスは、事業所が一方的に判断できるものではなく、利用者がどれだけ満足しているかという双方向性の観点が重要であり、専門的な支援・相談を適切に実施する一方、利用者満足を組織的に調査・把握する仕組みを整備し、その向上を目的とした取組が求められる。</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</p> <p>苦情解決の仕組みが確立していない。 苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、苦情相談箱の設置など苦情解決の仕組みがあり、苦情や相談があれば職員間の共通認識のもとで、統一した支援ができるようにしている。また、当施設では過去に苦情の受付がなく、相談受付と対応の検討・結果や解決を図った記録などが確認されなかったが、苦情解決を利用者保護の視点と同時に、福祉サービスの質の向上に向けた取組の一環として積極的に捉えることが求められるため、苦情解決の体制の整備や解決手順・結果公表等の仕組みが確立していないと判断した。</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</p> <p>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。 利用者が相談したり意見を述べたい時の方法については、利用開始時に「重要事項説明書」で説明し口頭でも周知を図っているが、書面の掲示や配布する等の取組は行われていない。利用者の相談や意見を述べる方法は利用者や家族等が十分に周知され、また、利用開始時の説明だけでなく日常的に相談窓口を明確にした上で、その内容を分かりやすい場所に掲示するなど、施設として相談しやすく、意見が述べやすい体制や方法を構築することが求められる。</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。	C
<p>評価者コメント36</p> <p>利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。 利用者からの相談や意見を受けた際の対応マニュアルは整備していないが、利用者や家族からの要望等に対して迅速に対応するようにしている。しかし、意見や提案、要望について組織的な対応マニュアル等の整備があっても迅速な対応が行われることが望まれる。マニュアルは、意見や要望、提案等を受けた後の手順・具体的な検討対応や記録方法、利用者へ対応の経過と結果の説明、公表の方法等がその内容別に具体的に文書に記載されることが必要になる。苦情解決の仕組みと一体的に運用している施設の場合には、苦情解決のみならず、利用者の意見や要望、提案を積極的に把握する取組が望まれる。</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。	C
<p>評価者コメント37</p> <p>リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。 日々の中で収集した事例を職員ミーティング等で周知し、事故等がないように確認している。リスクマネジメントについては、利用者の安心と安全を確保し福祉サービスの質の向上を図る観点から、事故発生時の適切な対応と利用者の安全確保がなされていることを前提として、リスクマネジメントに関する体制を構築することが望まれる。また、ヒヤリハット報告や事故報告書の事例の収集を積極的に実施し、その収集した事例について要因分析の実施と対応策が適切に講じられることや、事故防止策等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・見直しを行うことなどが求められる。</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。 法人として感染症対応マニュアルを整備しており、状況に応じてマニュアル等の見直しも実施している。当施設では看護師が配置されておらず、具体的な対応策等の職員への周知については不十分と考えられる。今後は、マニュアルは発生時の対応だけでなく、日常の感染症の予防策等も作成し、組織内に感染症の対策についての責任と役割を明確にした管理体制の整備が望まれる。</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やっている。	C
<p>評価者コメント39</p> <p>地震、津波、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るが、十分ではない。 災害時には利用者の安否確認を行い、職員連絡網等で職員を召集し利用者の安全確保を行うこととなっている。しかし、当施設は、昼間時の支援施設のため、災害時の対応マニュアル等に課題が認められる。今後は、施設の状況に応じた災害発生時の対応マニュアルの作成や、災害時の対応体制（安否確認、職員体制、避難先、避難方法・ルート、家族との引き継ぎ方策等）を定めるなど、実効性の高い安全確保のための取組が望まれる。</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。	C
<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ない。 職員が説明を行って手順どおり実施していることを確認しているが、提供する福祉サービスについては、標準的な実施方法(サービスマニュアルや業務手順書等)の有無と活用状況、さらには、標準的な実施方法に沿った福祉サービスが提供されているか確認する仕組み(分析・評価)の整備が求められる。今後、標準的な実施方法の文書化に加え、研修や個別の指導等による職員への周知徹底が図られることに期待したい。</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。 福祉サービスの標準的な実施方法の検証については、必要に応じて口頭で手順等を確認しているのみである。提供する福祉サービスは、標準的な実施方法(マニュアルや手順書)の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められ、定期的に実施されることが求められる。また、個別的な福祉サービス実施計画との関係性はあるものの、福祉サービスの質に関する職員の共通意識と、質に関する検討が組織として継続的に行われることも求められるため、前項①のとおり、標準的な実施方法の確立に向けた取組が求められる。</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。 サービス計画(個別支援計画)は相談支援専門員が担い、定められた様式によるアセスメントも実施されている。計画には利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されているが、さまざまな職種の関係職が参加して、アセスメント等に関する協議等は行われていない。アセスメント結果が福祉サービス実施計画に適切に反映されているか、日常的な福祉サービスの提供場面でどう実施されているかがケース記録等から判断できる仕組みなど、実施計画を策定するための体制が確立し、アセスメントにもとづく個別的な実施計画が適切に策定されることが望まれる。</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。 福祉サービス実施計画は、利用者からの年2回の聞き取りも含め職員間で評価・見直しが行われているが、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する経過や結果の記録が未整備である。福祉サービスの実施計画については、実施状況の評価と見直しに関する手順を組織として定めて実施しているかが求められ、見直しについても、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順など、組織的な仕組みを定めて実施(評価の検討や内容の変更など)をしていることが望まれる。</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。 記録の方法は定められており、個別ケースについては「福祉の森」ソフトを介して情報のネットワーク化が図られているが、同一の職員のみが閲覧可能となっているなど、職員間での共有化が十分ではない。サービスの実施状況の確認は、実施計画にもとづくサービスが実施されていることを組織が定めた統一した様式によって記録により示され、事業所内で情報の共有を目的とした会議の定期的な開催等、組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みの整備が求められる。</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>情報管理については、運営規程、重要事項説明書や個人情報提供同意書等で職員の情報の取扱いを明示しているが、個人情報保護規程の中で記録の管理についての規程が整備されていない。利用者に関する記録の管理については、個人情報保護規定等の利用者の記録の管理等の規定が定められ、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法等適切に管理が行われていること、記録管理の責任者の設置や、記録の管理等について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が十分に実施されてい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。	b
<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十分ではない。 当施設には、吃音のため意思確認の難しい利用者が1名在籍しているが、ジェスチャーを加えた繰り返しの問い掛け等で意思の確認やコミュニケーションを図っている。ただし、このような対応は個別支援計画に沿ったものではないため、個別支援計画に支援方法を明記し、職員の共通認識の下で実施することが求められる。また、現段階で聴覚障害等を有する利用者が在籍していないため、手話通訳者等の専門家を配置していないが、利用者の多数を占める精神障害者の中には他者とのコミュニケーションを苦手とする方も多いことから、SSTの導入等によって利用者のコミュニケーション能力の向上を図る取組が望まれる。</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b
<p>評価者コメント2</p> <p>利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。 「利用者の主体性の尊重」を基本方針に掲げるとともに、利用者自治会である「飛鳥会」を組織し、事務分掌で配置された担当職員が利用者主体で円滑な運営をサポートしている。また、自治会の主要行事であるリフレッシュ外出やクリスマス会に対する要望等については、「役員会」で話し合ったものを「全体会」に諮り、自治会の総意としてまとめたものを施設長に申し入れる仕組みとしている。施設としては自治会からの要望等については最大限尊重しているとのことであるが、そのことは利用者の意向調査からも窺い知ることができる。ただし、自治会活動の経過を記した会議録が整備されていないほか、自治会と施設長との定期的な懇談会等も実施されていないことから、これらの改善が求められる。</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。 糖尿病のため昼食前の血糖値測定やインシュリン接種が必要な利用者が1名在籍しているが、本人や家族からの要請に基づきインシュリン単位数のチェックを支援している。また、そのことは個別支援計画に沿った支援であり、対応状況についてはケース記録にも適切に記録されている。なお、歩行が不安定な利用者が1名在籍しているが、概ね自力で行動できているため、現段階では見守り程度に留めている。ただし、施設の老朽化が進むとともに使い勝手も悪いことから、今後は、施設のバリアフリー化など建物環境の改善に係る検討を定期的に行い、利用者の安全確保や自力活動の維持拡大を図っていくことが求められる。</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。	c
<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ない。 利用者は社会生活能力が比較的高く、買い物や交通機関の利用及び通院等についても自力で対応できているため、施設として社会生活能力を高めるための学習・訓練プログラムは用意していない。また、地域の社会資源に関する情報についてはそれぞれの家庭やグループホームに配布される広報等で得られるほか、普段利用している地域活動センターやデイケアセンターでも提供されている。ただし、利用者の意向調査には就職に向けた職場実習や工場見学を実施して欲しいといった要望が出ていることから、その思いを受け止めて実施する必要がある。さらに、利用者を様々な人権侵害から守るとともに自らの権利意識を醸成するため、基本的人権や人権擁護に関する研修や情報提供等を実施することが求められる。</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。	非該当
<p>評価者コメント5</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。	非該当
評価者コメント6		
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</p> <p>喫食環境の配慮が十分ではない。</p> <p>多賀の里は閉鎖後の老人ホームを借用して運営しているため、老朽化が激しいほか使い勝手も悪い建物構造になっている。食堂についても手狭で一度に半数程しか入れないため、休憩室も食堂として併用している。また、昼食時間についても昼の休憩時間の好きな時間に摂取できることとしているが、実際には一斉に食べ始めるため混雑が常態化している。このように、ゆっくり寛ぎながら食事する環境ではないほか、休憩室は喫煙場所としても利用していることから、快適な喫食環境とは言い難い状況である。なお、このような喫食環境にありながら改善に向けた検討がなされていないことから、施設環境改善委員会を立ち上げ、利用者の意向も取り入れながら改善を図ることが求められる。</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
評価者コメント8		
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
評価者コメント9		
A⑩	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	非該当
評価者コメント10		
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。	非該当
評価者コメント11		

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。 当施設には車椅子利用者等の身体障害者が在籍していないため、トイレも職員と共用の一般的なものであり、手摺り等の補助具や洗浄式便座も設置されていない。また、臭い対策としては換気扇と消臭剤に対応しており、業者による定期的な尿石処理等は実施していない。なお、清掃については利用者が当番制で実施しているほか、週1回は隣接するシルバー人材センターに清掃を委託している。また、冷房設備は必要性が低いため未設置であるが、暖房については電気パネルヒーターに対応している。ただし、前述のとおり建物の老朽化が進んでいるほか、採光や照明を含め快適な環境とは言い難いことから、改善に向けた取組が求められる。</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。	非該当
<p>評価者コメント14</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。	非該当
<p>評価者コメント16</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。 利用者に係る健康管理票を整備しているが、内容は定期健康診断結果の綴りであり、個人カルテのように詳細なものでないほか、服薬している利用者が殆どでありながらも、薬の効能や副作用等に関する情報をまとめた服薬一覧表も整備されていない。また、利用者の健康管理は日頃通院している医療機関に負うところが大きいため、施設として健康管理マニュアルや健康支援プログラムを整備していないほか、医師や看護師による健康相談や研修も実施していない。なお、本人や家族の同意に基づくインフルエンザの予防接種や、糖尿病を有する利用者へのインシュリン単位数のチェック等を行っているが、利用者の高齢化が進み生活習慣病等も心配される状況にありながら、AEDを使用した救命救急訓練が行われていないので、全職員を対象とした定期的な訓練の実施が求められる。</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、取り組みが十分ではない。 当施設には看護師が配置されていないため、利用者に体調不調等の異変が見られた場合は施設長の判断の下、施設から車で5分ほどの場所にある協力医療機関「六角牛病院」に通院することとしている。また、救急指定医療機関である「岩手県立遠野病院」や「遠野消防署」も車で5分ほどの場所にあることから、緊急時の即応体制が確保できている。ただし、施設として緊急時の対応マニュアルや手順を整備していないので、今後はこれら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されている。	C
<p>評価者コメント20 確実に行われていない。 薬の飲み忘れが心配される利用者1名については職員が服薬確認しているが、他の利用者については自己管理できているため服薬支援は行っていない。また、軽易な頭痛や腹痛などで使用した内服薬や湿布薬等の外用薬については、その使用状況を台帳に記載するとともに、ケース記録にも対応状況を記録している。なお、薬の効能や副作用等についてまとめた薬ファイルが未整備なほか、薬物管理や服薬事故防止のための対応マニュアルも未整備なので、早急な整備が求められる。</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。 余暇やレクリエーション等に関するアンケート調査等は実施していないが、リフレッシュ外出やクリスマス会等の施設行事については、利用者自治会からの要望等を最大限尊重しながら実施している。ただし、地域の社会資源や催し物等に関する情報については、それぞれの家庭やグループホームで得られることから、施設として積極的な情報提供は行っていない。なお、施設行事に係るボランティアや慰問等の受入れ実績がないことから、外部者の協力を取り込んだ余暇・レクリエーションの充実が望まれる。</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
A ²⁴	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。	非該当
評価者コメント24		
A ²⁵	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
評価者コメント25		
A ²⁶	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。	C
<p>評価者コメント26</p> <p>利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> <p>施設行事やリフレッシュ外出等での飲酒については、利用者からの要望がないことからその機会は設けていない。また、喫煙については医師から禁止されていない限り本人の意思に任せているが、作業中は喫煙しないこと、喫煙場所は休憩室か玄関口に限定すること等を自治会との話し合いでルール化している。ただし、休憩室は喫煙しない利用者も共用しており、受動喫煙による健康被害が懸念されることから、完全分煙化に向けた早急な取組が求められる。併せて、喫煙の害についての研修の実施や情報提供も望まれる。</p>		