

(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24年9月21日～11月1日

2 事業者情報

事業者名称：松風園 (施設名)	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 藤原 健一 (管理者) 施設長 佐藤 章夫	開設年月日 昭和40年8月1日
設置主体：社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団	定員(利用人員) 60名
所在地：花巻市石鳥谷町中寺林7-46-3 TEL 0198-45-3016	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 質の向上に向けた積極的な取り組み</p> <p>連続の第三者評価受審で自己評価(全職員)は素晴らしい取り組みである。</p> <p>事業団福祉サービス第三者評価受審等要領(H23.4)作成とサービス改善実施計画が整備され、定められた評価基準に基づいて行われている。職員の参画により評価結果の分析を行って課題を明確にしている。課題に対して、「改善計画」「改善方法」「期間」「担当者」と具体的な方策を示している。</p> <p>また、前期実施計画(H23～27年)の目標が策定され、PDCAサイクルの一連の流れも機能している。今後継続しての自己評価への取り組みに期待する。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 利用者からの意見等に対する対応マニュアルの不備</p> <p>利用者からの意見、要望等について、マニュアルを整備し対応しているとのコメントであったが、「対応マニュアル」は確認出来なかった。現在取り組み中で受審日までに間に合わなかったとのこと。相談スペースは確保され、利用者の希望や意見についての記録類もきちんと整備され対策もされており残念である。今後に期待したい。</p>
--

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>(1) 施設のコメント</p> <p>松風園では、利用者へのサービス向上につながる活動として、平成18年度から積極的に福祉サービス第三者評価受審に取り組んできており、今回で3回目の受審となりました。</p> <p>今回の受審に当たっては、前年からマニュアルの作成や改正を進めながら準備を行い、サービス改善委員会を5月から開催し、取り組みの方向性を検討しました。基準書の読み合わせや自己評価に全職員が関わり、評価・改善・確認・評価を行うなど、これまでになかった取り組みとなりました。今回その点について高い評価をいただきました。</p> <p>一方で、改善すべき点として、利用者からの意見等に対する対応マニュアルの不備を指摘され、C評価となりました。当園では、利用者の意見を聞き、その意見に迅速に対応す</p>

るため、毎月行われている自治会や役員会に昨年度から管理者も参加しております。生活環境の改善や、利用者の発言の活性化につながり、大きな変化として実感していますが、対応マニュアルの策定を至急行い、さらに改善を図ってまいります。

全体的に共通基準の「適切なサービスの実施」や内容評価基準の「日常生活支援」の項目で前回より評価が下がったことについては、サービス提供事業者として重く受け止め、より一層、利用者サービスの改善に努めてまいります。

今後は、福祉サービス第三者評価の受審を継続して、さらにサービスの質の改善を図りながら、組織として成長し、安全で透明性の高い施設運営に努めてまいります。

(2) 法人本部のコメント

ア 個別の教育・研修計画の評価・見直しについて

本年度、法人において個人人材育成計画策定の手引きを作成し、具体的な実施方法や取扱いを示し、各施設においては、個人人材育成計画の策定、計画に基づいた取組みを行っているところですが、取組みの期間が浅いこともあり、十分な定着までには至っていません。今後は策定された計画に基づいた研修の受講、職員と管理者双方による評価・見直しを行うとともに、事務局内に「人材育成室」を設置し、「期待する職員像」の実現と人材育成の充実に積極的に努めてまいります。

イ 利用者満足の向上に向けた取組みについて

利用者満足の向上に向けた取組みについては、「利用者参画による向上に向けた仕組みを充実させる必要がある」との評価を受けた施設もありました。今後は利用者や家族の意見を取り入れるための仕組みを整備するとともに、またその仕組みを職員間で共有し、施設で共通の問題意識をもって利用者満足の向上に取り組んでまいります。

ウ 利用者本位の福祉サービスについて

苦情解決の仕組みについては、昨年度の受審を受け、法人として苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員それぞれの役割を明確に規定した要綱のモデルを作成し、これを踏まえて各施設において、苦情解決実施要綱の整備の見直しを図ったところですが、意見と苦情の取扱いが不明確であるとの評価を受けた施設もありました。このことについては、苦情とは異なる利用者からの意見を反映する仕組みを工夫し、迅速に対応できるよう、改善に取り組んでまいります。

エ 浴室、トイレの環境について

浴室やトイレの環境については、施設の老朽化等の理由で根本的な改善ができない中で、可能な限り工夫、改善を行い、事故防止、プライバシーの保護等に努めてきたところでしたが、十分な評価をいただけない結果となりました。今後も、老朽化施設の整備について、県との協議を継続し、早期の改築整備を図っていくほか、可能な限り工夫、改善を進め、利用者が快適に生活できる環境づくりに努めてまいります。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

施設名 松風園

共通基準

評価対象I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
<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。</p> <p>障害者支援施設松風園の経営主体である岩手県社会福祉事業団は、平成23年度創立40周年を迎え、さらに平成28年度からの完全経営自立化の法人経営に向け、理念をはじめ基本方針、中長期経営計画の見直し策定に取り組んだ。</p> <p>新理念では、利用者を「第一のお客様」、行政をはじめとする諸機関・団体、地域の関係者、ボランティア等を「支援して下さるお客様」と位置付け、「人間の厳厳・質の高いサービス・地域福祉を推進し、全ての人々が支え合う社会の実現に貢献」することを掲げている。理念は法人・施設の各種文書に掲載されると共に、施設内の複数カ所に掲示している。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
<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。</p> <p>法人の新理念を受けて、「経営基本方針」を改訂し①人権の擁護、質の高いサービス提供、地域ニーズへ即応する事業展開、②関係者との連携・協働による地域福祉を推進、③計画的に人材育成し、学習する組織を目指す、④信頼される組織運営と経営基盤の安定・強化に向けた改革・改善、の四項目を定めている。</p> <p>松風園では、この方針を平易な文章表現に置き換え、職員の行動規範となるよう工夫している。</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。	a
<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。</p> <p>理念・基本方針の周知と理解を促すために、職員には年度始めに理念等を含む事業計画書を配布し、毎月の職員会議で復唱し園長が説明を加えている。さらに日常的に留意しつつ業務に従事するために、各職員の机上に文書(ラミネート加工の上)を掲示すると共に、全職員を対象に理念等の周知・確認(チェック表)を年1回行う等、継続的に取り組んでいる。なお新理念を含む中長期計画のスタートに当って、理事長が全施設を訪問し、職員への説明と意見交換を行っていることは特筆に値する。</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。	a
<p>理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>理念や基本方針について、利用者にわかりやすく工夫した文書を作成している。それぞれ簡潔な表現とし、理念を「めざす」とし5つの項目に、基本方針を「約束(やくそく)」とし5項目に要約し、利用者自治会・松風会(みんなの会)の場で説明している。又、年度始めの家族会においても説明の機会を持つと共に、広報紙(松風園だより)を通して継続的に周知を図るよう努めている。</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。	a
<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。</p> <p>法人は、先の「中期経営計画」(平成18～22年度)を基に県からの経営移管に伴う経過措置に対応する事業に取り組んできた。</p> <p>このほど前計画の終了に伴い、平成28年度からの自主・自立の法人経営に向け、10年後を展望し、法人を取り巻く情勢・現状と課題等を総合的に分析し「中長期経営基本計画」(平成23～32年度)を策定した。</p> <p>松風園ではこれを受けて五ヶ年間のアクションプランを策定、4つの重点目標毎に具体的な取組みと定期的な進捗状況の確認・見直しを行っている。</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。	a
<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。</p> <p>松風園の事業計画は、法人の中長期計画を踏まえたアクションプランを基に具体化している。計画の策定に当っては、中長期計画を意識しつつ4つの重点行動目標ごとに「取組・内容・項目」「年度の達成目標」(数値目標を設定)を定め、実施状況の評価(達成度)を行う仕組とする等、実践的内容といえる。</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。	a
<p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>各計画の策定手順を定め、「当年度の評価・分析・課題」「次年度に向けた提言・改善」について組織全体で取組んでいる。具体的には①各係で職員の意見集約、②各事業での職員の意見集約、③利用者自治会での意見集約、④家族会での意見集約、等を行い、これを踏まえて、⑤臨時職員会議で次年度に向けた提言・改善案をまとめる手順(仕組)を確立している。特に利用者の意向把握に留意した自治会活動を進めていることは評価される。</p>	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	a
<p>各計画を職員や利用者等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。</p> <p>職員に対しては、中長期計画・アクションプラン及び運営計画書(冊子)を配布し、年度始めの職員会議で説明すると共に毎月の職員会議や各係会議・委員会において、園長より進捗状況の確認や課題提起がなされ、周知と実践への継続的な取組を行っている。一方利用者・家族に対しては利用者自治会・家族会においてわかりやすい資料を作成し説明している。</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。	a
<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、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>管理者はその職務・役割・責任について「松風園事業分担表」に明示すると共に、年度当初の職員会議で事業実施計画における最優先課題・対応策等について文書提起を行い、又、広報紙上において表明している。さらに職員個々の「職務満足度アンケート」や利用者自治会活動を通して、管理者自らの役割と責任について検証し、見直すよう努めている。</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。	a
<p>管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>管理者は、知的障害者福祉関係の会議・研修会等に出席し専門分野をはじめ関連する法令等の把握・理解に努めている。遵守すべき法令等のリスト化については法人が定める「コンプライアンスマニュアル」を基とし、職員に対する周知を目的に「自己評価」(コンプライアンス・チェック)を実施して、その結果を踏まえて職員の個別面接を行い、常に周知と理解への取組を継続している。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組みに指導力を発揮している。	a
<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十分な指導力を発揮している。</p> <p>松風園の事業計画の重点項目の第一に「お客様本位の良質かつ適切なサービスの提供」を掲げ、この具体化を図るために「サービス改善事業実施要綱」を定め、サービス改善委員会を組織し職員全員による自己評価と利用者・家族の満足度調査(年2回)を継続的に実施している。管理者としてこれらの活動を主導し、積極的に参画し組織的力量的の向上に努めている。</p>	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組みに指導力を発揮している。	a
<p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>管理者は、職員会議や事業所会議において、中長期計画実践のアクションプランを基に、年度の事業所別重点事項の課題・目標を提示し、月別資金収支状況、事業実績・利用率等の経営分析を行っている。又、「職員提案制度」や「職務満足度調査」を通してサービスの改善や職員の働きやすい環境整備の課題を集約し、これらを踏まえて経営・総合リスク管理委員会・事業所調整会議を開催し、経営や事業改善のために組織内の合意形成の取組を進めている。</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。	a
<p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>国・県の福祉行政、とりわけ障害者関係法や各種計画等をめぐる動向把握のために、中央・ブロック・県レベルの各種会議や研修へ参加すると共にマスコミ報道や専門誌紙等から情報収集に取組んでいる。</p> <p>地域レベルでは花巻地域自立支援協議会の各専門部会や各支援学校との連絡会議を通してニーズ把握に努め、この結果を施設の事業計画(アクションプラン)に反映するよう取組んでいる。</p>	
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
<p>経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>松風園事業計画の重点項目「IV、信頼される組織運営と経営基盤の安定・強化」の中で、「経営基盤の安定」の項を設け、収益確保のための「会員営業の手引き」作成、原価管理・コスト削減の職場研修実施、財務分析等に取組むことを明記している。</p> <p>具体的には毎月の職員会議や各種事業所会議において、その進捗状況の確認や分析を行い、年次計画やアクションプランに反映する取組を行っている。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当

II-2 人材の確保・養成

II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
<p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。</p> <p>法人の中長期計画に「期待する職員像」を明示し、「人材の確保・育成とトータルな人材マネジメントの実現」を掲げ、教育・研修制度、人事考課制度、目標管理制度を有機的に連携させる総合的な人材育成プランを構築し、準備段階を経て今年度より個別人材育成計画制度の導入を図っている。</p> <p>松風園にはこの方針を受けて、正規職員・非正規職員の個別計画の作成、OJTプログラムの作成、職員充促進率の確保等の具体的なプラン作りに着手している。</p>	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
<p>客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。</p> <p>法人の経営理念に基づく「期待する職員像」を踏まえた人事基準の明確化と職員の人材育成と主体的な能力開発を促すことを目的に「人事考課実施要領」を定めている。松風園においては職務定義書、職務基準書を基に自己評価、上司評価を経て園長による職員とのフィードバック面接を行っている。</p> <p>なお、現在は常勤正職員のみを対象(生活支援員では30.8%)としているため、非常勤職員に関し検討を要する。</p>	

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
<p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>職員の就業状況は「勤務実績記録」を作成し、実労働時間、有給休暇取得、超過勤務等の個別データを把握し、改善を要する場合は人事体制を含めて経営・リスク管理委員会で検討する仕組みを設けている。又、園長と職員の間接を定期的(年2回以上)に実施し、職員の意向把握に努めている。</p> <p>メンタルヘルスに関しては「手引き」を作成、法人と施設の連携のもと職員支援体制を構築し、相談担当者、専門医等の活用を進めている。</p>	

II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
<p>福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>岩手県社会福祉協議会の共済事業に加入すると共に法人職員互助会を組織し、各種の給付金・助成金等の福利厚生事業を行っている。職場単位では「松風園親睦会」により、年計画で親睦・交流事業や慶忌等に取組んでいる。職員の健康管理面では、定期的健診、インフルエンザ等の感染症予防、メンタルヘルズケア対策に継続的に取組んでいる。また、インフルエンザ予防接種助成は、今年度から法人本部会計からの支出になった。なお、今後は非正規職員に対する福利厚生事業の改善が図られるよう期待したい。</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。

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
<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る。</p> <p>法人の基本姿勢は中長期計画「Ⅲ、人材育成と働きがいのある職場づくり」の項に明示し、「期待する職員像」を基に教育研修制度を定め、個別人材育成計画による法人所管研修、施設所管研修、自己啓発研修の区分に分け、2～5年程度の個別計画を立てることとしている。又、職務上必要とされる専門資格取得に当っては、奨励制度により受講に要する出張中の職務免除や取得報奨金授与等の支援・配慮を行っている。</p>	
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。	b
<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るが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>法人の「教育研修制度実施要綱」並びに「同、要領」により、施設長の責任において、各職員の人事考課、目標管理の結果等を考慮した上で「個別人材育成計画」を策定することとしている。この具体化は昨年度を準備期間とし、平成24年度において「(個人別)職員研修履歴カード」を作成し、あわせて「個別育成計画」(中期・短期目標)の立案に入る段階であり、現時点では順次着手しているところである。大変にレベルの高い取組であり、今後の経過を見守りたい。</p>	
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
<p>研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>個別の教育・研修計画の評価・見直しの手順については「実施要領」で規定している。しかし個別人材育成計画の実質的なスタートは今年度であるため「(個人別)計画表」の作成と当年度の実施・評価・見直しは現在進行形である。「本人の希望・所属長の期待」、「中期・短期目標」に対応する年度の「総合評価」(本人・所属長)等、職員と管理者の双方による評価見直しの取組の成果に期待したい。</p>	

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
<p>実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>実習生受け入れについて、ソーシャルワーク現場実習受け入れ要領で明文化されており、実習内容や日程、実習計画書が作成されている。また、実習生や学校との覚書も交わされているほか、実習指導者に対する研修も実施している。なお、実習生受け入れ職員は社会福祉士や介護福祉士等資格取得者で、指導者講習を受けている人が適宜対応している。</p>	
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
<p>実習生の受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。</p> <p>実習生受け入れに当たっては、実習生受け入れ要綱により実習計画書を作成し計画的に進めている。学校との連携のもと、学校職員の訪問等をプログラムに入れ進めている。社会福祉士用の専門プログラムも作成し進めている。</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
<p>利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>管理者は、リスクマネジメント委員会等を設置し、リーダーシップを発揮している。安全確保のためにリスクマネージャーを各事業所等に配置しており、リスクマネジメント委員会を四半期ごとに開催し検討会を実施している。</p> <p>感染症予防マニュアル等、リスク別にマニュアルを作成し周知に努力している。外出時を含む災害・事故の支援体制について運営計画等で周知している。健康のまとめを作成し救急時に利用できるようにしている。職員に対して、救急法の研修を実施し研修等にも参加している。緊急の場合に備えて、消防署との検証訓練を年2回実施するなど協力体制をとっている。さらに先駆的取り組みとして、災害時には利用者の生命を守るほかに、被災住民の一時避難所、非常食備蓄等を盛り込んだ災害時対応マニュアルを作成している。</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。	a
<p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>リスクマネジメント実施要領に基づいて、インシデントレポート、アクシデントレポートを収集している。事例について、様式に沿ってシェルモデル(事故に至った要因や事故防止対策等を体系的に記載)で分析を行い、対策を講じている。リスクマネジメント研修には職員を派遣すると共に、フィードバックを行っている。リスクマネジメント委員会を四半期ごとに開催し見直しを行っている。なお、年度のまとめを行い本部に報告しているほか、家族にも事故の報告をしている。</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 利用者地域との関わりを大切にしている。	a
<p>利用者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。</p> <p>運営計画等に地域との係わりについて基本的な考えを示している。活用できる資源マップを掲示している。花火大会等のボランティアには職員を配置している。利用者には、普段の買物や理髪等において地域の資源の活用を図っている。地域との連携のもと開催している夏まつり、スポーツレクリエーションの行事には、利用者も企画の段階から委員として参加している。各事業所で地域のスーパー、理髪店、図書館等を計画的に利用している。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
<p>施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。</p> <p>施設の専門性、機能を還元するため、ボランティア養成講座を開催している。平成23年度に相談支援事業所「しょうふう」を開設し、地域のニーズに関係する相談を積極的に行っている。機関紙を地域や関係者に配布、施設の活動内容等の周知に努めている。</p>	
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>障がい者に対する住民の理解促進や住民ボランティアの養成・確保を目的に、障がい者地域生活サポーター養成講座を開催したり、ボランティアの受け入れ及びボランティア活動内容等手順を記載したボランティア受け入れマニュアルを作成している。</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>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。</p> <p>関係機関リストを作成し、定期的な連絡会の開催、さらに開催内容は職員会議で情報共有されているが、関係機関リストは一部担当者が保有するのみで、全職員が共有するに至っていないため、今後は全職員間で情報の共有ができるよう期待したい。</p>	

II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>援護の実施機関である市町村との連携や調整を目的に「援護の実施者との情報交換会」を開催している。また、花巻市地域自立支援協議会に参加しネットワーク化に取り組んでいるほか、同地域支援協議会内の専門部会(就労部会等)にも参加し、具体的な事案について取り組みを行っている。</p>	

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
<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。</p> <p>花巻市地域自立支援協議会に参加し福祉ニーズの把握に努めたり、相談支援事業所「しょうふう」において相談支援を行いながら福祉ニーズの把握に努めているが、民生委員児童委員や社会福祉協議会等をはじめとする地域福祉関係団体等からの地域の福祉ニーズも必要と思われるため、連携や情報交換の仕組みづくりを期待したい。</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
<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。</p> <p>把握してきた福祉ニーズに基づいて、ケアホーム、グループホームの整備・増設計画をアクションプランに明示し展開していたり、障がい者や家族を支援するボランティア養成を目的に障がい者ボランティアサポーター養成講習会や障がい者地域生活サポーター養成講座に取り組むなど認められるところではあるが、前記コメント欄(II-4-(3)-①)に記載したとおり、地域に密着している民生委員児童委員や社会福祉協議会等との連携や仕組みづくりを行いながら住民福祉ニーズに基づく事業・活動の展開を期待したい。</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り組みを行っている。	a
<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、組織内での共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>経営理念、経営基本方針等は、毎月の職員会議で復唱して組織全体の意識向上に努めている。利用者尊重や基本的人権への配慮に関しては、毎月「人権侵害に関する自己チェック表」を実施し、サービス提供に反映させている。身体拘束や虐待防止は、手引きやガイドラインを使用し組織内で共通の理解を持つように「職員会議」内で取り組みが行われている。</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。	a
<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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>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。職員の日常生活における対応として、マニュアルに沿って実態調査を実施「自己診断」することで気づきの進展が見られる。自己診断の結果は、職員会議で報告し対策を自治会でも公表している。利用者には、「やくそく」「めざす」を配布しマニュアルと同時に自治会で説明し周知している。</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
<p>利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。</p> <p>利用者満足に関する調査は、家族を含め年に2回実施している。文章は満足の上昇を目指す姿勢を示すものとなっている。利用者、家族満足度調査結果は、自治会で報告し活動や生活場面での参考となっている。「意見」「不満に思っていること」等項目をあげ再度自治会にかけ、より充実した取り組みとなっている。また、結果は松風園だよりで報告している。自己評価は、仕組みの内容が不十分でb判定に止まったとの控え目のコメントであるが、十分に組織全体が共通の問題意識を持って取り組んでいる姿勢は評価する。</p>	
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
<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るが、その向上に向けた取組が十分でない。</p> <p>満足度調査は、各事業所で様式に沿って検討、改善策は自治会、機関紙等で報告している。「不満に思っていること」の項目を挙げ分析、自治会役員会、自治会例会と話し合いを持っている。自信をもって取り組んでいただきたい。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
<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、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>「なんでも相談案内」を作成、棟廊下に掲示している。文字も大きく内容も分かりやすい。 相談窓口は外部、行政、家族、職員等相談方法と相手が用意されている。意見箱をはじめ利用者、家族等に文章を配布し何でも話しやすい雰囲気作りを中心に取組んでいる。</p>	
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
<p>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とともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>「実施苦情解決要領」に基づいて整備されている。利用者から出された苦情は『なんでも相談内』の中に含まれている。利用者から出された苦情、意見、要望等に当たっては苦情解決委員会を随時行い迅速な対応を図っている。検討内容や対応策は利用者や家族等にフィードバックし信頼関係が保たれている。</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。	c
<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>利用者からの意見、提案、要望等については、マニュアルで対応しているとのコメントであったが、『対応マニュアル』は確認できなかった。現在取組中で、受審日まで間に合わなかったと話す。利用者の希望や意見についての記録類もきちんと整備され対策しており残念です。今後に期待します。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。

Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
<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機能している。</p> <p>「事業団福祉サービス第三者評価受審等要領」「サービス改善実施計画」は整備されている。第三者評価は定期的を受審している。自己評価は定められた評価基準に基づいて全職員で取り組んでいる。担当職員も配置されている。</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。	a
<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る。</p> <p>職員の参画により評価結果の分析を行って課題も文書化され、組織として課題を明確にしている。</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。	a
<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る。</p> <p>『改善計画』『改善方法』『機関』『担当者』と明示し見直し年月日、検討部分には下線を付して誰が見てわかりやすい。また、中間で検討し全職員で共有化を図っている。前期実施計画(H23～27年度)では目標は策定されている。PDCAサイクルは一連の流れで機能している。組織全体のすばらしい取組である。</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
<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るが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>標準的な『利用者支援マニュアル』改訂版(H24、9、1)を作成している。個々の利用者に対応した支援方法は簡潔で誰がみても分かりやすい内容となっている。活用状況は改訂前マニュアルを持ち得てサービス提供書で確認しているがサービス提供書は今年6月に作成したばかりで職員に周知徹底の確認が十分でない。</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
<p>標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。</p> <p>サービスの標準的な実施方法の見直しは組織で定めている。 今年は「サービス提供書」で6月検証実施、見直しは9月の予定であるとのこと。</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。	a
<p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>一人ひとりのケース記録の書面は整備されている。ケース記録は各職種が一元化に集約され状況概要が把握しやすく職員間で共有化されている。個別支援計画の経過も適切に記録されている。</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。	a
<p>利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>「個人情報保護マニュアル」「ケース記録、報告書マニュアル」と利用者、家族等から情報開示を求められた際の規程も定められている。職員に対しても会議で教育されている。</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
<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。</p> <p>利用者の情報が職員にいち早く伝わるよう利用者状況記録、業務連絡等を利用し伝達の体制は整備されていると思われるが、情報の分別や必要な情報の判断基準が分からなくて自己評価bに止まると話す。</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
<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。</p> <p>組織を紹介したホームページは、事業団本部のみで松風園独自のホームページは業者に依頼中。施設紹介パンフレットや、障害福祉ガイドブックと組織を紹介した資料は置いている。</p> <p>公共施設へのパンフレットは配置してない、検討中とのこと。</p> <p>見学、短期入所、支援学校高等部の実習生の受け入れ等は積極的な取り組んでいる。</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。	a
<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わかりやすく説明を行っている。</p> <p>サービス開始時、組織が定めた様式(重要事項説明書、契約書等)に基づいて説明している。利用者や家族等内容が理解しやすいよう工夫や配慮もしてある、サービス内容や料金等についても同意を得た上で書面を管理している。</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。	a
<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。</p> <p>事業者の変更、家庭への移行に関しては「入退所にかかるマニュアル」に沿って支援している。マニュアルは今年6月作成されている。マニュアルの内容は、事務処理中心で利用者や家族等に対しての内容になっていないので盛り込んでいくことに努めたい。なお松風園終了者の支援は積極的な取り組みとなっている。</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。	a
<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、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。</p> <p>アセスメントは、利用者調査票、アセスメントシートと情報を整理集約している。手順も組織として定め正確なものとなっている。</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。	a
利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。 アセスメントの内容を踏まえて、ニーズや課題を選択している。 本人や家族の意向と到達可能な課題を支援目標に近づけ、具体的な支援方法での取組となっている。	
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
利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。 「個別支援計画作成マニュアル」に沿って策定している。策定にあたっては、サービス管理者、担当者を設置して本人の意向を尊重しながら家族の希望も聞いて関係職員との合議を行い支援計画、策定としっかりした体制は整っている。	
III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。 アセスメント→個別支援計画→モニタリングと手順は整っている、見直しについても(3～6ヶ月)と定めモニタリング会議(本人、家族、サービス管理者、担当者、看護、栄養士)を行い、意見交換、今度の対策と話し合いを持ち定期的な評価と見直しを行っている。 利用者数名の記録等の確認が取れた。施設独自の研究をかさね適切な仕組みを作っている。	

内容評価基準

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重

A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a
コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。 コミュニケーションは個別支援計画に沿って関わっている。意志伝達に制限がある人の場合はイラスト、絵カード等のコミュニケーション機器を利用したり、意思表示の難しい利用者には、表情や態度から意向を汲み取り、コミュニケーションが取れる方法を常に心掛けている。現在、聴覚障がいの利用者が在園していないので手話通訳のできる者はいないが必要や要望に対応できる体制は整っている。	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
利用者の主体的な活動が尊重されている。 利用者主体の自治会活動があり担当職員が側面的支援をしている。例会前には園長と利用者の役員会議、例会で利用者職員の情報交換が行われている。また、定期的なアンケート調査や趣味活動等が個別支援計画にも反映され利用者の希望が取り入れられている。	
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
見守りと支援の体制が整備されている。 利用者支援マニュアルの情報が職員間で共有化され、利用者個々への対応が出来るように現状に合わせた自立支援サービス提供表が作成され、各寮棟会議、事業所会議で利用者の状況について情報交換を行い支援体制の共有化を図っている。	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a
利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 利用者支援は個々のニーズや希望に沿ってプログラムが用意されている。社会生活力を高めるため、調理実習・洗濯・掃除・買い物・公共交通機関利用の訓練・銀行利用・図書館利用・理髪・ハローワークへの相談・しごとネットさくらへの相談等々生活自立支援にむけた取り組みが行われている。	

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事

A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
<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。</p> <p>栄養ケア計画、アセスメント、モニターリング、3ヶ月毎のスクリーニングがされ、個々の健康状態、体調等に配慮されたサービスが提供されている。食事介助方法のマニュアルも用意されている。</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
<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。</p> <p>給食委員会には利用者の代表も参加し意見を述べる事が出来ているし、定期的に嗜好調査も行われている。絵で一日の献立表等の掲示や、バイキングや選択メニュー等の食事提供もされている。しかし、利用者が一斉に食事が取れない場合、適温の食事が提供されている状況とはいえない面が伺えるので、更に食器等の工夫などし、いつでも適温の食事を美味しく食べられる方法を検討して頂きたい。</p>	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
<p>喫食環境の配慮が十分ではない。</p> <p>堂の環境や食事時間等については給食委員会で検討され、必要に応じて改善が図られている。食事時間も概ね1時間と、利用者一人ひとりが自由に食堂に付いた順に待たされることなく食事が提供されている。しかし利用者に対し適温の食事が提供されている状況とはいえない面が伺える。</p>	

2-(2) 入浴

A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
<p>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。</p> <p>安全やプライバシー保護を含むマニュアルが整備され、入浴サービス提供表に利用者の健康状態、障がい程度、同性による介助などの留意事項が明記されている。実施状況は入浴回数チェック表を利用し、利用者個々の健康状態の情報を共有しながら介助されている。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
<p>利用者の希望に沿って行われている。</p> <p>入浴は基本的には週3回で、入浴時間も事業所の関係で異なることもあるが概ね決められたとおりである。例会で利用者から入浴回数を増やして欲しい等の希望は、シャワーや足浴・清拭など出来る限り利用者の希望に沿って実施していることが、入浴チェック表で伺える。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
<p>環境は適切である。</p> <p>脱衣場の冷暖房は、気候の温度と利用者の身体状態にあわせ調整が行われている。施設整備計画と寮棟会議等で検討され、浴室・脱衣場の新設で安心して入浴ができる環境が整っており、常に浴室掃除点検表などを用いながら清潔の保持に努めていることが伺える。</p>	

2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
<p>介助は快適に行われている。</p> <p>利用者支援マニュアルにより職員間で統一され、個々の排泄サービス提供表に応じた支援が行われ排泄チェック表に記録されている。排泄状況に応じては看護師と相談して対応支援が行われている。</p>	

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p>清潔で快適である。</p> <p>和・洋式・身障用トイレが設置され暖房設備も整って快適ではあるが、利用者の中にはトイレを汚してしまう利用者もおり職員が声掛けをし、利用者が安心して排泄ができるよう見守られている。そのためトイレも一日2回掃除しその都度チェック表で確認されている。利用者にも掃除手順等をわかりやすく説明し、掃除の仕方などの支援が行われている。</p>	

2-(4) 衣服

A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a
<p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>服装の選択は基本的に本人の自主性に任せ確認しながら支援対応が行われている。洋服の購入は本人の好みや家族とも相談の上、外出時に買い物支援が行われている。外出時は自分で服装が選択されているが、TPOを考えた服装の相談支援等も行われている。</p>	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a
<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切に行われている。</p> <p>利用者が着替えを希望した場合には、その意志を尊重しながら必要な介助や支援が行われている。衣類の汚れや破損は速やかに対応出来る手順はマニュアルに整備され、それに基づき個別に支援が行われている。</p>	

2-(5) 理容・美容

A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a
<p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>必要・希望に応じて、理・美容に関する情報提供を行い、髪形や毛染め・ヘアマニキュア直毛等利用者が自由に自分を表現できるように利用者の意志を尊重した支援が行われている。また日常生活に必要な洗顔・爪切り・髭剃り・整髪・歯磨等の身だしなみとして必要な支援も行われている。</p>	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
<p>配慮している。</p> <p>利用者が一人で地域の理髪店や美容店を利用する際は、職員が事前に店に予約したり、支援が必要な利用者には同行や送迎も行われている。また、利用する店には必要に応じ、協力していただけるように連絡調整が行われている。</p>	

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
<p>配慮している。</p> <p>利用者の希望を聴き、部屋割りが行われている。就寝できない利用者や夜間就寝中の利用者に対するサービスの対応マニュアル、支援マニュアルも用意され、それを基に職員の支援が行われている。</p>	

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
<p>適切である。</p> <p>利用者のための健康管理マニュアルは整備されており、必要に応じて個別支援計画に位置づけ、それに基づき支援が行われている。利用者の健康状態については、本人・家族に定期的または必要に応じて説明している。インフルエンザの予防接種も本人・家族の同意を得て実施されている。年一回の健康診断結果の記録も保存されている。口腔衛生も年一回の歯科検診が行われ、必要に応じ看護師(職員)が付き添って通院が行われている。現在、歯科治療の必要な利用者が増えているので、通院がスムーズに進むよう期待したい。</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
<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、取り組みが十分ではない。</p> <p>必要時、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は緊急時対応フローチャートで整備されているが、利用者の健康に異変が発生した場合の対応手順としては十分とは言えないので、緊急時対応マニュアル作成の整備をして頂きたい。</p>	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a
<p>確実にされている。</p> <p>与薬支援マニュアルを基に、利用者個々に処方された服薬は指示に従って行われ、服薬チェック表にも記録されている。服薬支援の必要な利用者、自立している利用者への対応の違いごとに、服薬後の確認チェック記録も行われている。</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
<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。</p> <p>余暇・レクリエーションは、利用者の希望を聴いたり、アンケート調査を通じて利用者の意向をとりまとめ、自治会等でも検討され計画されている。また、本人の希望や必要時にはボランティア活動の支援も行われているが、利用者と地域との交流の範囲が限られている状況が伺えるので、施設独自で障がい者を理解したボランティア支援協力員の育成等をし、利用者の希望に沿ったレクリエーション・余暇活動のレパトリーを増やし、利用者の自己実現が更に豊かになるよう期待したい。</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
<p>利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。</p> <p>外出は園のルールで外出許可証が発行され、本人がそれを提示する事で外出が自由にでき、多様な体験ができるように地域のガイドマップやイベントの情報提供もされている。また、不測の事態対応として、連絡先を明示した利用者サポートカードも準備されている。しかし、必要な時に、ガイドヘルパー・地域のボランティア等の介助・支援が受けられる体制状況が整っているとは言いがたいので、より利用者の外出が楽しくできるような体制・整備をして頂きたい。</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。	a
<p>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>外泊は原則自己申告であり、本人・家族の意向に沿った形で対応している。盆や正月の外泊を園で強制する事はない。家族との調整が必要なケースの場合は担当職員が話し合いを行い希望に沿えるように調整を図っている。</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。	a
<p>適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。</p> <p>金銭管理は事業団の金銭管理要領により、「松風園」で預かり金管理契約を交わし、それぞれの寮棟金庫を活用し複数の職員確認のうえ管理されている。個人利用者は小遣い出納簿を作成し、利用者の金銭管理、経済観念の自立をめざして地域生活支援プログラムを活用し、自己管理に向けた学習を行っている。</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。	a
<p>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>新聞や雑誌の購読については自由であり、出来ない利用者には職員が利用者の希望に沿えるように支援している。テレビ設置等の希望がある場合は利用者の私物物品等の管理・使用に同意を頂き、担当職員が利用者の意志や希望を尊重しながら支援が行われている。</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。	a
<p>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>嗜好品の喫煙について、自治会の例会で健康被害の影響など留意する学習会や、喫煙する利用者には知識やマナーを学ぶ機会を提供している。未成年者も一緒に生活していることから、たばこは指定場所に保管され、必要に応じ利用者へたばこを渡し、指定された場所で見守られながら喫煙している。お酒は特別の行事や自治会の話し合いで決め、節度のある健全な生活が出来るよう支援が行われている。</p>	