

(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26年6月18日～26年12月22日

2 事業者情報

事業者名称（施設名）：石上の園	種別：障がい者支援施設（施設入所・生活介護・就労継続支援B型）
代表者氏名：理事長 新里 佳子 （管理者） 施設長 小原 敏勝	開設年月日：平成8年7月1日
設置主体：社会福祉法人 睦会 経営主体：社会福祉法人 睦会	定員：施設入所45名・生活介護35名・就労継続支援B型50名
所在地：岩手県遠野市綾織町新里22地割132番地 TEL：0198-62-1100 FAX：0198-62-1102	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ <b>利用者と地域とのかかわりを大切にしている</b></p> <p>石上の園では、事業計画に利用者や地域との結びつきを重視することを利用者支援の基本姿勢に掲げ、地域との交流と連携に積極的に関わっている。施設のある綾織町官公署懇談会等において地域の社会資源や福祉ニーズの情報を収集・活用し、利用者が地域の行事や活動へ参加しているほか、買い物等の日常的な活動においても個々のニーズに応じて地域へ出かけている。また、施設の盆踊りや祭りなどの行事を地域住民のボランティアの援助で開催するなど、利用者や地域との関係が適切に確保されている。施設側からの事業・活動としても、利用者の地域花壇への花植え、廃油（天ぷら油）回収による資源再生などの地域貢献事業に積極的に取り組んでいる。利用者が地域の人々と交流を持ち良好な関係であることで利用者の活動範囲を広げ、利用者の生活の質を高めることができている。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ <b>理念・基本方針が明文化されていない</b></p> <p>石上の園を運営する社会福祉法人睦会においては、理念や基本方針が明文化されていない。理念は、法人の社会的存在理由や信条を明らかにしたものであり、職員の行動規範であることから法人経営や様々な事業を進めるうえでの基本となる。また、職員や利用者等への周知を前提として明文化されていることが必要である。石上の園では今年度中に理念・基本方針の策定に取り組むことにしており、それに基づいた福祉サービスの実施も含めた目標（ビジョン）を明確にし、実現するための中長期計画の策定も計画している。法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向性、考え方が読み取れる理念、基本方針の明文化を期待する。</p>
---

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>入所施設を利用する障がい者に「施設で暮らしたいか、自宅で暮らしたいか」を尋ねると、誰しも「自宅で暮らしたい」と言う。入所施設の有る意義はどこにあるのかを常々考えるが、究極的には利用者のご家族の負担軽減にあるのだろう。それは高齢者施設も同様と考える。利用者本位のサービスを考えると、私たち支援者は、そんな願いを叶えてあげることではないかと思う。利用者が施設で生活しながら、今までできなかったことができるようになった、対人関係も良くなった、等々、以前よりも人間として</p>
--

成長したと、ご家族から評される支援が重要なことと思う。それがひいては、自宅での生活に結び付くのではないか。

石上の園は、障がい程度が中軽度の知的障がい者が利用する入所授産施設として開設されたが、開設以来、利用者の自立を掲げ、生活訓練の場あるいは作業訓練の場として位置づけ、支援を行ってきた。それは上述のとおり、自分一人でも生きていく力を養ってほしいからである。日々の生活においては、身の回りの整理整頓、掃除ができるように、他者を思いやる優しい気持ちを持てるように声がけしサポートしてきた。作業においては、働く喜びを体得していただくため幾らかでも工賃の向上が図られるように、作業の集中力、持続力等を養っていただくように努めてきた。

一方、施設での生活をより家庭での生活に近づけるべく、地域との交流、外出、旅行、催事等の企画実施を積極的に推進してきた。施設を閉鎖的に捉えることなく、一種の大家族制に立脚したアットホーム的な施設を目指したいという考え方からである。

かかることから、私たち支援者は、その構成員であるため、個性を發揮した人間味あふれる接し方が求められる。利用者から信頼され得る愛情を持った支援が求められる。リスク回避、プライバシー保護などの基本となるマニュアルは重要であるが、支援の細部にわたるマニュアルに沿った支援は、利用者とは機械的に接する恐れがあり、信頼関係を損なう可能性がある。

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、やらなければいけ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。今後、評価の内容と私たちの考え方をうまくマッチングさせ、より良い利用者支援につなげていきたいと思う。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果  
(別紙)

## (別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【石上の園】

### 評価対象I 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1 理念・基本方針

##### I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>法人の理念を明文化していない。 石上の園を運営する社会福祉法人睦会では、今年度中に中長期計画を策定する見通しであり、その際に法人の理念を明文化する計画である。計画案では理念にスローガンと基本理念の二つが挙げられており、そこでは利用者の主体性を尊重し、エンパワメントの理念に基づいた支援を行うという障がい者福祉の基本的な考え方を踏まえている。しかし、スローガンと基本理念の内容は同じ意味を持つことから、文言の整理を含めた検討が行われることが望まれる。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>理念に基づく基本方針を明文化していない。 今年度中に法人の理念の明文化をすることで取組んでおり、その際に理念に基づく「基本方針」を示す計画である。基本方針の策定にあたっては、理念に基づいた具体的な役割や機能を示すものであること、職員や利用者への周知を前提とした基本的な考え方や姿勢を明示したものを「基本方針」として位置づけることが求められる。</p>	
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本方針を職員に配付していない。 法人の理念や基本方針は、今年度中に策定し明文化する見通しである。理念や基本方針は、施設の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示し職員の行動規範とするものであることから、文書配布することはより理解を促進するためにも基本的な取組と位置づけが必要である。そのため、職員への周知を目的として理解させる工夫や周知状況を確認しながら、継続的な取組を行っていくことが求められる。</p>	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本方針を利用者等に配布していない。 法人の理念や基本方針は策定していない。理念や基本方針は、施設の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものであることから、利用者や家族等にも広く周知されることが求められる。特に、利用者の特性に配慮して分かりやすく説明をすることが大切である。そのため、説明資料や周知の方法に対する取組はより具体的な工夫が求められる。</p>	

#### I-2 計画の策定

##### I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。 今年度中に中長期経営計画を策定する見通しである。中長期計画は組織体制や設備などの経営計画に限らず、実施する福祉サービスの内容や職員体制、人材育成や地域貢献等、組織の抱える全体的な課題や問題点を明らかにして、その課題や問題点の解決に向けた具体的な計画となっていることが求められる。</p>	
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。 今年度中に中長期経営計画を策定する見通しであり、石上の園の現在の事業計画には中長期計画の内容が反映されていない。単年度の事業計画は中長期計画の内容が反映されていること、事業内容が具体的に示されていること、さらに実行可能な計画であることが求められる。また、その計画が実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかといった視点が必要となる。</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。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。  事業計画は事務局会議で内容の確認と修正を行って策定され、各職員の考えも反映させているとしている。しかし、計画の策定にあたり組織として関係職員の参画や意見の集約・反映の仕組みが見られない。また、各計画の実施状況について、評価・見直しの時に関係職員等の意見を取り込める手順も定められていない。よって、計画策定が職員の参画のもとで組織的に行われることが必要である。そのことは計画策定過程の記録、計画の評価・見直しの記録、事業計画の評価結果の記録として残され、次年度の事業計画に反映することが求められる。</p>	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各計画を職員や利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。  事業計画は職員や保護者に配布され、年度初めに職員会議や家族会で園長から説明している。また、事業計画が玄関の廊下にも見やすいように工夫されて掲示されている。今後は、周知のための研修及び理解を促すために資料の工夫や配慮、更に計画の周知状況の確認が望まれる。</p>	

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。  石上の園の園長は、毎日の朝会・夕会あるいは毎月の職員会議等で管理者としての役割と責任を表明している。事業計画や実践するサービスの内容等について職員会議で説明し、組織内に十分に伝えるとともに理解を得られるように積極的に取り組んでいる。</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。		<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。  管理者(園長)は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守させるために毎日の朝会・夕会、あるいは毎月の職員会議等で表明している。しかし、組織として遵守しなければならない基本的な関係法令等について、整理しリスト化して職員が正しく認識するための工夫や、最新の内容等を把握し説明した文書等が確認できない。そのため、関係法令のみならず幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化しながら職員へ周知させるとともに、遵守させる取組が望まれる。</p>		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。		<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。  管理者(園長)は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、毎日の朝会・夕会あるいは毎月の職員会議等で表明している。福祉サービスの質に関する課題を把握して、その課題と改善に向けた取組について組織全体に明らかにし適切な助言等で指導力を発揮している。しかしながら、福祉サービスの質の現状について定期的に分析して課題を把握したり、職員からの意見や提案・改善等を取り込める具体的な体制が組織として構築されることが望まれる。</p>		
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。		<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。  管理者(園長)は経営や業務の効率化と改善に向けて、常に人事、労務、財務等の面から検証を行い、自らがこれらの取組を実施すると共に組織内に同様の意識を形成するために、事務局会議や毎月の職員会議等で表明し指導力を発揮している。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <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行っているが、十分ではない。 事業所が位置する地域での福祉に対する動向や利用者数、利用者・福祉サービスのニーズ等は、遠野市地域自立支援協議会に参加して情報を収集したり、加盟団体等からの情報等で動向を把握している。把握された情報や課題等は、単年度の事業計画に運営方針として反映されており、事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組が行われているが、把握された情報やデータが、中・長期計画に反映されることが望まれる。</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組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。 経営状況の把握・分析された情報・データは、毎月定例開催の法人事務局会議等で課題を掘り下げ改善に向けて取組んでいる。取組内容の一つとして、収入ベースの昨年度の同月時点での比較表があり、就労支援事業だけでなく、自立支援給付費収入の比較も見られ、経営状況や改善すべき課題について、単年度の事業計画に運営方針として掲げており、職員会議で職員にも周知しているが、改善に向けた取組が、中・長期計画に反映されることが望まれる。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	

### II-2 人材の確保・養成

II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</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の、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。 中長期計画を策定中のため、人事管理の体制が未整備であり、人材に関する計画も明示されていないので具体的なプランは確立されていない。中長期計画の策定にあたっては、人事管理に関する方針があり、有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制の具体的な考え方や計画があること、さらにその計画に基づいた人事管理が実施されるための内容が必要となる。</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。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>定期的な人事考課を実施していない。 石上の園では人事考課の導入について検討中であり、実施されていない。職員に対して公正で的確な評価が行われているかどうかは人材の能力開発・育成に活用され、公正な職員処遇の実現や職員の仕事に対する意欲やサービスの質にも影響するものとする。職員の業務遂行にあたってその能力と行動および成果を組織として定めた基準と方法によって評価し、それを効果的に活用するための人事考課の本来の目的を認識し、前向きな検討を期待する。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</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。 石上の園では、有給休暇の消化率や時間外労働の定期的なチェックなど客観情報の把握のほか、次世代育成支援対策法に基づく事業主の行動計画を策定して、年次有給休暇の取得推進と二日間の特別休暇(夏休み)付与などに取組んでいる。把握した職員の状況に対して、毎月の勤務割を作成する段階で一定の配慮は行われているが、定期的に改善する仕組みは確立していない。また、職員が相談しやすいように職場で面接の機会を設けているが、職員全員との定期的な個別面接ではないため、相談しやすいよう組織内の工夫が求められる。</p>	

II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <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。  職員処遇の充実を図るという観点から福利厚生センターへ加入しており、職場でも職員互助会を組織している。健康診断の実施のほかインフルエンザ予防接種の事業所負担など健康管理対策等の整備にも取り組んでいる。</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。

II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。  関係組織団体の外部研修等には積極的に参加させているが、施設内での教育・研修体制は確立しておらず基本的な姿勢も明示されていない。職員の教育・研修に関する基本的な考え方として、年度ごとに連続性のない研修や外部研修への参加、あるいは職員の希望のみを尊重した研修派遣などは、組織として目的意識を持った研修と位置づけることはできない。組織が定めた目標とその達成に向けた各計画に、職員の研修計画が整合していなければならない。そのため、基本方針や中・長期計画のなかに組織が職員に求める基本的姿勢を明示して、具体的な研修計画の策定が求められる。</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組が行われている。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。  石上の園では、外部研修は積極的に参加させているが、施設としての研修体制は確立していない。そのため、組織の基本姿勢に基づいて職員一人ひとりに求められる技術や知識等について評価・分析し、その結果を踏まえて教育・研修計画が策定されていることが必要である。さらに策定された教育・研修計画に基づき、実際に実施されていることが求められる。また、中長期的な視点での研修計画の策定が望まれる。</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>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。  研修参加後は所定の様式に従って復命書を作成し文書で報告すると共に、職員会議等で研修内容を発表している。しかし、研修成果に関する評価・分析の方法はなく、研修の結果に基づいて次の研修計画や研修内容・カリキュラムの見直し等が行われていない。研修レポートに評価欄を設けたり、研修成果の評価・分析が記載された文章(職員別の研修履歴台帳等)を整備するなどして、個別の教育・研修計画に反映させていくことが望まれる。</p>	

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

II-2-(4)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>実習生受け入れに関する基本姿勢を明文化していない。  石上の園では、実習生(現場実習等)を学校側からの依頼により受入れを行っている。実習生の受入れは福祉施設の理解を深めるだけでなく、福祉の人材育成という事業者の社会的責務の一つでもある。組織としての基本的な考え方・方針を明確にした要項や受入れマニュアルを策定するなど、受入体制を整備する必要がある。受入についての手引き書は確認されたが、受入についての要項のほか、連絡窓口、職員・利用者への事前説明から、実習生へのオリエンテーションの実施方法等の項目が記載された受入れマニュアルの整備が求められる。</p>	

II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>実習生の受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。  施設での現場実習においては、受入れにあたって学校と覚書を取り交わす等によって、実習プログラム等を準備している。プログラムは担当職員によって実習内容を全般に計画的に学べるように配慮している。今後は、実習生の種別等に配慮したプログラムを用意することや、実習生受入れの担当者の指導者研修(社会福祉士実習では義務)の履修が望まれる。</p>	

## II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。石上の園では、利用者の安全確保について最優先事項として、火災、事故、感染症に関する対応マニュアルを整備して安全管理体制を整備している。夜間消防訓練は消防署立会いのもと指導を受けている。組織全体としての安全確保のための体制は確立しているが、利用者一人ひとりのリスクや健康管理等のマニュアルは整備していない。そのため、緊急時の対応を含め利用者一人ひとりの安全確保について全職員に周知させること、職員が伝えることができる体制の検討を行い、文書化して明示することが求められる。</p>	
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。事故が発生した時は業務日誌や関係職員の聞き取りを行い、検討会議を開催し実施報告を職員に回覧している。しかし、「ひやりハット事例報告」の仕組みがあるものの、事例の収集が積極的に行われておらず、要因分析と対応策の検討をする職員による委員会等も未設置である。今後は、管理者のリーダーシップのもと組織としての事例収集と未然防止の視点から具体的な安全確保の対策が必要である。</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。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <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。石上の園では、事業計画において地域と利用者の結びつきを重視することを利用者支援の基本姿勢として、施設の各種行事や地域行事への参加を通して地域との関わりを深めている。地域行事のイベント等の情報を掲示するなど、できる限り参加に努めており、利用者の買い物や通院等の日常的な活動も利用者のニーズに応じて地域の社会資源を積極的に活用している。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。石上の園では地域への住民が施設等を活用する機会として、グランド・集会所の開放や行事を通じて住民が自由に参加できるように配慮しながら、地域との関わりを深める活動を実施している。また、利用者支援の情報提供と活動内容を紹介した広報紙を定期的に地域全戸に配布している。今後は、施設の持つ専門的な知識や技術を地域住民に役立てるための研修会や講演会の開催、施設独自で行う相談や支援活動など、施設の有する機能を提供する取組が望まれる。</p>	
II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。ボランティアの受入れに関しての手引きがあり、主に行事への手伝い等で地域の人々との交流を図っているが、施設側の姿勢や受入れ体制が十分に整備されていない。まず、組織としての基本的な考え方・方針や受入れの目的、業務や責任の範囲等が明文化(要項等)され、受入れに関するマニュアルの作成が必要である。マニュアルは受入れの手順(登録手続き、内容や配置、職員・利用者への事前説明、オリエンテーションの実施や実施状況の記録の項目等)が記載されている必要がある。対外的な活動であるため、トラブルを防ぐうえでも施設側の基本姿勢を明確にしておくことが求められる。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>石上の園では、利用者へのサービスのために必要な社会資源（連携が必要な機関や団体、地域の病院や事業所・商店等）をリスト化し、電話機にも短縮登録をして管理している。連絡先は明示しているが、利用者の状況に対応できる社会資源の種類の整理、連携できる機関・団体等との関係について説明が不十分であり、全職員が情報の共有ができる工夫が求められる。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>石上の園では、施設のある綾織町官公署連絡会議へ参加して地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。この連絡会は、福祉関係機関や小学校、民生委員・地区役員等で構成され、実際に地域に求められる福祉サービスなどについて協議している。また、法人内の相談支援事業所と連携して地域での福祉ニーズの把握に努めている。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>石上の園では、施設のある綾織町官公署連絡会議へ参加して地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。この連絡会は、福祉関係機関や小学校、民生委員・地区役員等で構成され、実際に地域に求められる福祉サービスなどについて協議している。また、法人内の相談支援事業所と連携して地域での福祉ニーズの把握に努めている。</p>	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>把握した福祉ニーズについて、グループホーム事業等を通して、利用者の地域移行などに対応している。また、地域貢献事業として、利用者による地域花壇への花植え作業、廃油(天ぷら油)回収と資源再生などに取組んでいる。こうした事業・活動が、策定される中長期計画や事業計画の中に明示されることが望まれる。</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。

Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されているが、組織内での共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢をパンフレットや職員行動基準等に記載している。また身体拘束や虐待防止に関する研修会に参加し職員会議等で報告し、職員の共通認識を図っている。しかし、基本姿勢を踏まえた共通の理解を持つための具体的な取組は実施していない。今後は、現在策定中の理念や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するとともに、基本姿勢や共通の理解を深めるための勉強会・研修会の開催が望まれる。</p>	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>職員行動基準の中に利用者のプライバシー保護について記載している。設備面においても個人のスペースと共有のスペースは区切られ、利用者のプライバシー保護に工夫が見られる。今後は職員行動基準に記載されている内容を規程・マニュアルに引用し整備するとともに、職員に周知する取組が求められる。</p>	



Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント                  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。                  自治会・家族会に職員が積極的に参加し、意見・要望に耳を傾け改善できるものは即対応している(屋根の修繕・職員の顔写真貼りだし等)。しかし、利用者満足の上昇を目指す姿勢を明示した文書や満足度調査等は実施していないことから、利用者の満足度を把握する組織としての仕組みづくりが求められる。</p>	
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント                  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。                  屋根の修繕・個人持ちの衣類の管理・職員の顔写真の張り出し等即対応できるものは取組んでいる。利用者自治会規約に基づき、利用者が主体となり総会で係毎(広報・行事企画・整備・図書)に活動報告や反省意見を述べ記録に残している。また石上の園保護者会の会則も制定し、活動内容も記録に残し職員がニーズ等を把握できる状態となっている。しかし、把握した結果を分析・検討は、職員個人の力量に任されている面が見られるため、利用者満足に関する調査の担当者・担当部署を設置し、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議等の開催が望まれる。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント                  利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。                  事業所内に相談室を設け意見箱も設置している。相談日も毎月1回園長が対応。その他毎週1回生活指導の中で話し合いの場を設け、実施記録に残している。しかし、組織としての取組は弱く利用者や家族に文書等も配布していない。今後は外部相談者の起用等幅広く利用者が相談者を選び、気軽に話せる環境を整備すると共に、その事を分かりやすい文書で作成し利用者や家族に配布することが望まれる。</p>	
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント                  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。                  苦情解決の仕組みはあるものの機能しているとは言いがたい。苦情と意見の区別が明確ではなく、ほとんど意見として処理されている。第三者委員も設置されているが委員会を開催した経緯はなく、公表への手順書もないため、機能する仕組みを再度整備することが求められる。</p>	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント                  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。                  利用者や家族からの意見に対するマニュアル化はしていないものの迅速に対応するよう努めている。しかし、職員の共通認識・対応の統一性を図る面から対応マニュアルの整備が望まれる。苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映させるため、マニュアルの中に第三者委員の活用を取り入れることも取組手段として考えられる。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント                  サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。                  今回の自己評価が初回の取組となり、今回の評価を基に定期的に受審する意向がある。評価結果を受けて質の向上、気づきにつなげ改善していくことが求められる。評価に関する担当者は決めているので、今後は、組織的な自己評価の実施と評価結果を分析・検討する委員会等の設置が望まれる。</p>	

III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。  今回の第三者評価結果を組織としてサービスの質の向上に活かすことを目的に、必要に応じて取り組むべき課題を中・長期計画の中に盛り込み段階的に解決に向け取り組んでいくことが必要となる。そのため、評価結果を分析・検討する委員会等を設置し、職員会議等で課題を共有化する取組が求められる。</p>	
III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。  今回の受審結果を基に一般の職員も参画して評価結果の分析を行い、分析した結果やそれに基づく課題を文書化、職員会議等で共有化し改善策や改善計画を策定、実施する仕組みを作っていくことが必要となる。また、改善計画の実施にあたっては優先順位、担当者、期間等を設定しながら実施するとともに、その取組を確認する仕組み、見直しをする仕組み作りが求められる。</p>	

### III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。  生活支援ごとのサービス(実施するサービス全般)についてのマニュアルがなく、サービスの基本事項について標準的に実施されているのか確認できる文書が整備されていない。そのため、標準的な実施方法が文書化され職員が共有化し、サービスが提供されていることを確認できるシステム(チェック体制)の構築が望まれる。</p>	
III-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。  サービスの見直し等は口頭での申し送りが多く、記録として残されていない。各サービスの内容は支援計画にも記入されているが、その取組状況についての記録が確認できない。今後は、見直しをする仕組みづくりが必要となる。標準的な実施方法には、基本的な技術、サービス実施時の留意点、利用者のプライバシーへの配慮、職員の勤務時間帯ごとの業務手順等をマニュアル化、手順書化したものがあり、それぞれの見直しが求められる。</p>	

### III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。  個別支援計画・モニタリング実施表、ケース記録、ケース検討会記録とそれぞれに利用者一人一人の実施状況が記録されている。しかし記録の内容にばらつきが見られ、サービス実施計画(個別支援計画)に基づいた記録となっていない。今後は情報の共有が図られるよう、組織の規定に従って統一した方法で記録される必要があり、改善が望まれる。</p>	
III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。  利用契約書の中で個人情報の保護に関する事項及び記録の保存に関する事項が記載されている。しかし、記録の管理については、個人情報保護と情報開示の2つの観点から、管理体制が整備される必要がある。また記録の管理についても書面の管理、電子データによる管理の規定が必要であることから、規程への付記が望まれる。</p>	
III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。  ケース記録・日誌は閲覧で情報を共有し、その他は口頭での申し送り体制である。方法は日勤者(園長・指導係長・サービス管理責任者・看護師・栄養士)が核となり、直接担当者等へ口頭での申し送り体制となっている。しかし、聞きもれ、聞き忘れ、再確認の意味から記録での申し送りが情報の共有化を高めることに繋がるため、連絡簿等記録での申し送りが求められる。</p>	

### III-3 サービスの開始・継続

#### III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。 法人のホームページや近隣の公共施設へパンフレットを配置する等の取組を行いサービスの情報を提供している。また、施設利用を希望する利用者へはパンフレットに沿って説明し、施設見学を実施している。今後の取組として、策定が予定されている理念・基本方針により、法人内の各施設のサービス内容を更に明確化させると共に、より選択の幅が広がるように組織的な取組が望まれる。</p>	
III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 サービスの開始にあたり、重要事項説明書を基に利用者にも伝わるよう、すべての漢字にルビを振り、わかりやすく説明して同意を得ている。また、サービス内容や料金等が具体的に記された資料を用意して、利用者と保護者に説明を行い、同意を得て施設利用契約やその他必要な契約を結びお互い一部づつ保有している。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 サービスの継続性に配慮したマニュアルはなく、引き継ぎ文書等もない。しかし、ケース記録に施設見学の様子や体験・転園後の利用者の姿や連携を記録として残している。今後は、移行にあたって手順書の整備や引き継ぎ文書を定めるとともに、利用者・家族へのサービス移行後の支援内容等について書面で説明することが望まれる。</p>	

### III-4 サービス実施計画の策定

#### III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。 アセスメントシート・モニタリング実施表・個別支援計画を組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。また、アセスメントは年2回実施している。しかし、石上の園として定めた手順書は策定していないことから、手順を定めて計画的にアセスメントを実施していくことが望まれる。</p>	
III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>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明示しているが、十分ではない。 アセスメントに基づき、利用者一人一人の支援目標、支援方法、留意事項を個別支援計画に明示している。ただし、個別支援計画には各個別のサービス場面ごとの中から、優先度等を考慮し選択された項目が中心として掲げられている。そのため、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示するための手続方法等を手順化し作成することが望まれる。</p>	

#### III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。 サービス実施計画策定の責任者を配置し、アセスメント結果をサービス実施計画に適切に反映させるために関係職員で協議しケース検討会記録として残し、支援計画に必要な項目は朱書きで付記している。しかし、サービスが計画通り実施されているかどうかを確認する仕組みが整備されていない。今後は、ケース記録の中に個別支援計画の進捗状況等を付記する等、仕組み作りが望まれる。</p>	
III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 サービスの変更等付記すべき内容については支援計画に朱書きで変更内容を記載する事になっている。しかし、サービス実施計画の見直しについて、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等、組織的な仕組みが見られないので、これらを定めて実施することが望まれる。</p>	

## A-1 利用者の尊重

### 1-(1) 利用者の尊重

A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていない。          利用者と意思疎通を図るため、日常的に利用者の仕草や何らかのサインを理解し職員で共有し申し送りをしている。しかし明確に個別のコミュニケーション手段を確保するための支援方法の工夫はしていない。利用者と意思疎通の共有を図るために利用者の心身の状態をしっかり把握し、専門知識を取り入れ、担当職員だけでなく、職員全体で統一した情報の共有化を図る体制の整備と環境を作り、利用者が豊かに安心して意思疎通能力が高まるような工夫が求められる。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。          利用者が活動しやすいように支援する職員は決まっている。利用者による自治会「ひまわり」も組織化され、各係の活動報告や要望が話しあわれ、利用者の意見・考えを協議する機会が設けられている。しかし、全職員が利用者を尊重した活動を支援しているかと言えば、担当職員の支援で止まっている状況である。そのため、利用者の支援内容を全職員で情報を共有し、側面的支援の強化を図りながら、利用者の主体的活動の推進に努めることが必要である。</p>	
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>見守りと支援の体制の整備が十分ではない。          利用者が自力で行う日常生活の行為に対する見守りとその支援は、個別支援計画、モニタリング、アセスメントシート等で、利用者・家族の要望、希望、意見を聞き取り、それに沿って支援が行われている。しかし、ケース検討会等でその情報の共有化が職員間で図られている状況とは言い難い。職員の対応が利用者が希望(必要)とする支援内容とにズレが生じないように配慮するとともに、危険がある場合は迅速に対応できる体制の整備が望まれる。</p>	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがない。          利用者の生活力を高めるため調理実習、洗濯、買い物等が職員の見守りを受け支援が行われている。しかし、利用者に何か楽しく、希望された事を支援していればエンパワメントだと考えているように感じられる。そのため、全職員で利用者の生きる意欲について理解を深め、エンパワメントの理念の共有化を図る研修等を通し、利用者の能力を引き出せるように個別プログラムの作成が求められる。</p>	

## A-2 日常生活支援

### 2-(1) 食事

A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない。          利用者のサービス実施計画等で、利用者の身体状況に応じた食事提供が行われるとともに、食事介助に関しては申し送りで情報共有をしている。ただし、食事介助に関するマニュアルが準備されていないので、利用者の個別食事介助マニュアルの作成(準備)が求められる。</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>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。          食事に関する嗜好調査は定期的に行い、利用者から聞き取りをし、希望食、季節食、行事食、バイキング等が献立に活かされ、美味しく楽しく食べられるよう食事サービスの提供が行われている。今後の更なる取組として、調査、聞き取りだけでなく、食事サービス検討会議に利用者も参加し、その場で直接希望、意見、要望が提案できるように期待したい。</p>	

A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>喫食環境に配慮している。          利用者の喫食希望を把握し、食事時間に幅を持たせ、利用者が安心して食事が取れるよう検討している。利用者の中には食事拒否やハンガーストライキをする利用者もいるが、体力維持のため食事が取れるよう、その都度全体状況を見ながら、見守り、声掛け支援等が行われている。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。          利用者に必要な介助についてはサービス実施計画に基づき支援、助言などが行われ、入浴日誌等に記録され個別チェックが行われている。情報は朝会などで申し送りし安全性が図られている。ただし、入浴の介助方法のマニュアルがないため、利用者が安心・安全に入浴できるよう整備することが望まれる。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の希望に沿って行われている。          利用者の希望に沿い設定している。重度の利用者で介助が必要な場合は日中に入浴し、見守り・声掛け支援の必要な利用者は毎日夕方ゆっくり入浴出来るようになっている。設定外の時間でも失禁や汗の場合はシャワー浴なども可能で、利用者の希望は保たれている。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>環境は適切ではない。          構造上仕方がない部分もあるが、利用者の身体状況や、服薬状況を考えると、入浴するまでの行程に数箇所段差があり、転倒などにつながる危険性がある。そのため、転倒防止等への対策が求められる。また、脱衣場で使用する椅子は防水に配慮し濡れない素材を使用したカバーをかけるなどをして、利用者に喜んで座っていただく工夫も求められる。また、利用者の脱衣行為が丸見えにならないようにカーテン等(恥部が隠れる位の丈)を付けてプライバシーが守られる配慮も望まれる。その他、脱衣場の棚の上に薬剤(塩素剤)が置かれているが、誤飲などの危険防止(リスク管理)のためにも別の場所に保管するなどの検討が必要である。</p>	

## 2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>介助は快適に行われていない。          排泄介助についての記録は生活介護日誌に記録されているが、利用者のサービス実施計画などには明示されていない。また、排泄介助の対応マニュアル、排泄用具などに関するマニュアルが整備されていない。利用者の年齢構成などを考えると、職員が介護の専門技術を学ぶ機会が必要であり、マニュアルの整備とともに研修の機会が求められる。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>清潔で快適である。          トイレは身体状況に即した設備になっており、掃除は職員で定期的に行い、かつ汚れた場合はすぐ清掃し、換気・防臭対策も行われている。また、トイレと隣接する室内の照明や暖房も整備され、冷房は設備上のこともあり扇風機での対応となっている。</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。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。          利用者の自由意思で衣服の選択が行われており、職員に相談した場合はその都度支援が行われている。また、利用者自身がこだわりが強く、夏でも衣類を重ね着したり、寒くなってもTシャツ姿のままであったり、自分の思う帰宅日に合わせて衣類交換を計画したりと様々なケースがあり、利用者が安心して着心地が良いようにと常に声掛け支援を行っている。健康に支障がありそうな場合は家族の協力を得て対応を図るなどの工夫をしている。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。利用者の希望に沿って、汚れやほころびがないよう、職員は利用者の身だしなみに気をつけ、日常的に声掛け、見守り、支援を行っている。ただし、汚れや破損が生じた場合の業務手順は作成されてないので整備が望まれる。</p>	

## 2-(5) 理容・美容

A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。利用者の個性や好みに合わせて理容・美容をしている。髭剃り・歯磨き・整髪・洗顔・爪切り等利用者が日常生活で身だしなみを整える事ができる部分が多くなるよう声掛け、見守りし、出来ない部分を支援をしている。しかし、理容・美容の充実を図るための資料や情報を提供し、利用者が更に生き生きとした表情と豊かな髪型などで楽しい気持ちになれるよう配慮が必要である。</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。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>配慮している。理髪店や美容院の理解と協力を得ており、施設からの連絡調整で一人でできる利用者もいる。また、利用者一人で対応できない時は送迎・同行の支援を行っている。今後の更なる取組として、利用者が他の理髪店や美容院の利用などを希望する場合の検討も期待したい。</p>	

## 2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>配慮していない。寝具等は利用者の好みで用意され、私物使用も認められている。安眠出来ないと利用者から申し出があった場合は、状況を判断し静養室などを利用出来るようにしている。利用者の中には、夏でも部屋のカーテンを閉め、合わせ目を洗濯バサミでしっかり止めるなどしているため、障がいの特性に配慮した対応の検討が求められる。また、体温のコントロール機能が何らかの障がいで低下している利用者、不眠者（睡眠リズムの乱れ）等への対応が求められるケースがあるため、安眠や夜間就寝中のサービスを含めた対応マニュアルの整備が求められる。</p>	

## 2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>適切ではない。利用者の生活歴から日常生活向上のための衛生指導や、医師からの口腔ケア指導・治療、健康相談等も行われ、医務日誌に記録されている。利用者の健康管理票はこれらの記録を基に看護師が管理整備している。インフルエンザについては本人や家族の了解を得て予防接種を促している。しかし、利用者の健康管理マニュアルが明確化されていないこと、日常生活で取組める健康維持・増進というプログラムが用意されていない。また、緊急時の連絡体制は示されているものの、更に分かりやすく見やすいものに整備されることが求められる。近年は、精神障がいや強度行動障がい等対応に苦慮するケースが増えており、従来の看護師の許容（業務）範囲を越える関わりが出てきている。そのため、より専門知識が得られるよう看護師のみならず組織全体で研修体制の充実が図られるよう検討が必要である。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されているが、取組が十分ではない。利用者の心身に変調があった場合の対応マニュアルが作成されている。必要時に受診出来る体制を整備し医療機関を確保しているが、緊急時、特性のある症状を発症した際、受診出来る専門の医療機関が遠野市内に無い場合がある。その際は、利用者の受診のため看護師が一日がかりで対応しているため、今以上に迅速かつ適切な医療が受けられる体制の整備について組織としての検討が望まれる。</p>	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>確実に行われている。一人ひとりの利用者を使用している薬は医務室で保管管理され、服用については、食事の時一人ひとりに職員が手渡している。時には手渡しても飲まず捨てる利用者があるので注意し服薬の確認をしている。施設内で使用している薬の副作用については、一覧表を作成し情報の提供をしながら共有化を図っている。今後の更なる取組として、各マニュアルを文書化し一目で流れが分かるようフローチャート図式にし見やすくする工夫の検討を期待する。</p>	

## 2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。 職員が利用者の希望を聞き取り、町民運動会・遠野物語ファンタジー観劇・狂言風オペラ「ドン・ジョヴァンニ」鑑賞等への外出を計画し毎年実施している。また、いしがみ祭ボランティアとの地域交流等も行われている。しかし、余暇・レクリエーションの企画の段階に利用者自身の参加はなく、職員等が情報を提供し利用者の希望を聞き入れて実施している。そのため、利用者自身の意見や要望が計画に反映され、自分たちの余暇の過ごし方やレクリエーション活動の充実が図れるよう環境の整備と配慮が必要である。</p>	

## 2-(9) 外出・外泊

A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。 外出する際のルールは、代表者や自治会で話しあわれ守られるように取り決めている。支援が必要な場合、職員が付き添える体制の整備はできている。しかし、利用者の特性等から一般のボランティアの付き添いですぐに外出等が出来る状況ではない。そのため、施設利用者の障がい別に対応できるボランティアの育成を図る研修会等を実施しながら、ガイドヘルパーや地域ボランティアの協力・支援が得られる体制をつくり、外出支援の人員を増やす取組を施設としても検討が望まれる。また、外出に伴う安全確保や不測の事態を考慮し、利用者の連絡先を明示したカード(障がい者の特性に配慮し)等の準備が期待される。</p>	
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。 外泊については、利用者の希望と家族の意向を聞きながら担当職員が調整している。家族の意向で利用者の希望どおりに行かないことが多い状況であるが、できる限り利用者の思いや希望が叶うよう外泊ルールの整備が望まれる。</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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理体制が整備されているが、取組が十分ではない。 利用者の預かり金については定期的に法人出納調査が行われている。保護者には三カ月に1回預かり金の収支報告が行われている。利用者が金銭について自己管理が出来るよう職員が見守り・助言・支援なども行われている。しかし、利用者の金銭管理の対応能力を高めて行くための学習などはされていないので、実際利用者が興味のある品々を利用して、高い物、安い物が、どのお金でなら買えるのか等の学習の機会を活用しながら、個別の金銭感覚に合わせた学習プログラムを作成し能力の向上が望まれる。</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。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。 施設で2種類の新聞を購読し、利用者が閲覧出来るようにしている。施設の構造上のこともあり、テレビの個人持ち込みは出来ないが、各部屋にテレビが備え付けられている。ラジオ・DVDプレイヤーの持ち込みは自由であり、雑誌も本人が外出した際、自身で選び購入できている。なお、希望すれば職員による購入の支援が出来るよう配慮している。</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。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。 利用者からお酒が飲みたいという希望が多く、自治会や代表で話しあって一定のルールを決め「アルコールの日」が毎月1回設けられている。酒と薬の関係上、医師との話しあいも行われている。喫煙も所定の場所と時間をしっかり取り決められルールに沿って行われている。これらの取組については職員の見守り・支援・声掛けが行われ、安全性も図られている。</p>	