

(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25年6月1日～10月28日

2 事業者情報

事業者名称：かたくり (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 女ヶ沢 信夫	開設年月日 平成19年4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） 40名
所在地： 岩手県二戸郡一戸町中山字軽井沢139-1 TEL 0195-35-2295 FAX 0195-35-2295	

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○ 「非正規職員制度」の見直し改善と総合的検討への期待

法人の自主自立経営に向けての「正規職員削減計画」は、一方で非正規職員数の配置増計画によって成り立つ仕組となり、中長期計画に掲げる「人材育成と働きがいある職場づくり」を推進する上で大きな課題となっている。

この非正規職員制度のあり方については、「制度を見直し、やりがいとモチベーションが維持向上する処遇と人材育成システムを構築」することを中長期計画に明記している。

まだ総合的な検討に着手されていないが、当面実施可能な課題一給与・手当等の改定、教育研修プログラム策定、人事考課制度・目標管理制度の適用、健康診査の改善等を今年度から実施している。

平成27年度までの前期計画の「中間見直し」に当たって、非正規職員制度のあり方の総合的検討と改善プログラムの具体化を期待したい。

◇ 改善が求められる点

○ 地域に密着した福祉ニーズ収集のための民生委員等との連携

地域福祉ニーズ情報収集は、県北地区施設協議会をはじめとした各種協議会や団体が開催する会議の参加、また、中山の園地域支援部（相談事業所）により把握され、情報を基に、現在ショートステイ受け入れが実施され、将来的に小規模施設の開設も計画されている。

身近な地域住民の福祉ニーズ把握のために、民生委員や人権擁護委員等と定期的な会合を設け、連携を図ることにより、更にきめ細かな情報の収集が容易になると思われる。

このことは、地域住民に施設や障がい者の理解を得られ、更に、災害時の協力にも繋がると思われることから、今後の取組みに期待したい。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(1) 施設のコメント

かたくりは、平成19年度、平成21年度に引き続き、3回目の福祉サービス第三者評価受審となりました。

今回の受審では、非正規職員制度の見直し改善と総合的検討への期待、個別支援計画作成の手順と個別支援マニュアル作成による具体的支援方法の標準化、利用者の希望に応じた社会生活の体験等により生活に潤いを持たらす支援を行っていることについて、高く評価していただきました。今後も個々の利用者を尊重し、潤いある生活ができるよう福祉サービスの提供に努めてまいります。

一方、身近な地域住民の福祉ニーズ把握のための民生委員や人権擁護委員等からの情報収集、苦情解決の仕組みの周知・機能、利用者の病状が急変した際の状態等を記録した情報提供書「サマリー」の検討について指摘を受けました。これらについては、既に検討を開始し、改善に向けて取組んでいます。

また、今回の受審によって明らかになった他の課題についても、必要な対策を講じ改善に努めてまいります。

(2) 法人本部のコメント

ア 中長期経営基本計画について

当事業団は、平成23年度に策定した中長期経営基本計画の着実な推進を図り、適切なサービス提供に努めてまいりました。各施設でこの計画を反映させた事業を展開していること、プロセスマネジメント会議で計画の進捗状況の確認・評価をしていることなどについて、「計画推進に向けた様々な取り組みを組織的に展開している」との評価を受けました。今年度は同計画の前期実施計画の中間見直しの年度でもあることから、進捗状況の評価、振り返りを行い、社会情勢等の変化に応じ計画の修正を行ったところです。見直した計画に基づき、より一層お客様本位の質の高いサービスの提供に努めてまいります。

イ 法人として検討中の取り組みについて

法人の自立に向け、非正規職員制度の見直しを進めていることについては評価いただいた一方で、障害児入所施設のあり方について、県と協議を進めていることについては、期待を込めて「改善が必要」との評価を受けました。

経営を安定させ、法人の自立を達成するためには、どちらも重要な課題と認識しておりますので、具体化に向けて検討、協議を加速させてまいります。

ウ 地域福祉向上のための取り組みについて

短期入所や放課後等デイサービス事業による在宅障がい児・者の積極的な受け入れ、共同生活事業所や相談支援事業所の運営による障がい者の地域生活を支えるための支援の他、施設機能を活かしたおもちゃ図書館、スヌーズレンルームの開放など、地域福祉推進の取り組みについて高い評価をいただきました。

今後、更に関係機関等との連携を強め、施設のある市町村に留まらず、地域のニーズに即したサービス展開を積極的に行い、地域福祉の向上に努めてまいります。

エ 食堂、浴室、トイレの環境について

施設の老朽化により環境改善が難しい中、清掃や消臭、採光、照明など可能な限りの工夫、改善を行ってきたところですが、「抜本的な改修が必要」との理由から、本年度も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は、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、利用者がより快適に生活できるよう努めてまいります。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【障がい者支援施設 かたくり】

I 福祉サービスの基本方針と組織

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
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。	
評価調査者コメント 障害者支援施設「かたくり」は、法人が掲げる経営理念を基に施設利用者の特性をふまえた施設の経営理念を明文化している。①利用者の人権尊重、②生きがいを持って生活できる良質なサービス提供、③地域との連携のもとニーズに対応した専門的福祉サービス提供、など理念は障害者福祉の基本的な考え方を踏まえている。	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
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。	
評価調査者コメント 法人が定める経営基本方針(4項目)を受け、「かたくり」では、施設の現状分析(取り巻く環境)をふまえて、①専門性の高いサービス提供、②提供サービスの点検、③利用者の人権尊重、④利用者の疾病に対する対応と支援、⑤サービスの質の向上、⑥生活・支援環境の整備、の6項目の基本方針を明文化している。基本方針は施設の運営計画書に記載し、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	

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
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。	
評価調査者コメント 毎年度初めに理念・基本方針を含む事業計画を収録した「運営計画書」を配布し、毎月の職員会議において施設長が説明し、その理解と周知に努めている。また、各職員のネームプレートの裏面に理念・基本方針を記載し、日常的に振り返り確認をするなど、継続的な取組みを行っている。	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
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。	
評価調査者コメント 理念や基本方針について、障がいの重い利用者に分かりやすいよう「みんなの会」(月例の自治会)において施設長が直接説明するとともに、「みんなのかいさま—ことしのしくいんもくひょう」の文書を作成し、施設内の要所要所に掲示している。家族に対しては、家族会総会で「運営計画書」を配布し説明を行い、また、面会時等においても説明する等周知を図るよう取り組んでいる。	

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
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。	
評価調査者コメント 社会福祉法人岩手県社会福祉事業団は、平成28年度以降の自主・自立の法人経営を目指に、10年後を展望する「中長期経営基本計画」(平成23~32年度)を策定し、現状と課題等を総合的に分析し、具体的方針を明示した。「かたくり」の所属する「中山の園グループ」はこれを受けた中長期ビジョンの検討を行い、「かたくり」の将来図(行動障害者支援・重度知的障害者支援)を中間報告書として示している。「かたくり」では、経営改善検討委員会を核に、法人・グループの計画の具体化を図るべく、アクションプランの実践・評価・見直しに取り組んでいる。	
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
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。	
評価調査者コメント 「かたくり」の事業運営計画は、法人の中長期計画を踏まえて策定し、重点目標ごとにアクションプランを明示している。 計画は、4つの基本方針に沿って「取組内容・項目」「年度の達成目標」(数値目標を含む)を定め、実施状況の評価(達成度)を行う等、組織的・実践的な仕組を構築している。	

I-2-(2) 計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a
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。	
評価調査者コメント 各計画の策定手順を定め、男子棟・女子棟などの事務分担ごとに「今年度のまとめと反省、次年度への課題」「改善策」の検討を行い、年次計画へ反映する取組みを行っている。また、経営改善検討委員会や職員会議等において事業実施計画の進捗状況(4半期ごと)の評価・見直しを行い、次期計画へ提示するなど組織的に行われている。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	a
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。	
評価調査者コメント 職員に対しては、法人の中長期計画、中山の園グループ中長期ビジョン、かたくり事業運営計画等を配布し、施設長が職員会議で説明している。さらに定期的に事業の進捗状況の確認や課題提起を行い、周知と実践への継続的な取組みがなされている。利用者には「みんなの会」(月例)で説明すると共に、家族へは家族会総会で事業運営計画をもとに説明する等、周知への継続的な取組みを行っている。	

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
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。	
評価調査者コメント 施設長は、その職務・役割・責任について「かたくり事務分担表」に明示するとともに、毎月の職員会議において法人理念・基本方針をふんだんに事業実施計画と進捗状況・課題等について文書報告を行い、自らの役割と責任について表明している。職員とは面接(目標管理、人事考課等)の機会を定期的に設け、さらに利用者の「みんなの会」への出席、生活の場での支援を通じ相互の信頼関係づくりに努めている。	

I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a
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>評価調査者コメント 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は、法人本部でリスト化し、必要時に各施設のパソコンから引き出すことが出来る仕組みを構築している。またコンプライアンスマニュアルを定め、「人権侵害」や「コンプライアンス」のシートを用い、自己チェックを職員全員が定期的に実施し、その結果をもとに施設長が説明を加え、職場におけるコンプライアンス研修を開催する等、法令遵守のための具体的な取組みを行っている。</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り組みに指導力を発揮している。	a
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>評価調査者コメント 利用者福祉サービス・生活の質の向上・職員の資質向上を図ることを目的に「かたくり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、①サービス改善計画の作成と改善活動、②施設サービス評価、③利用者・家族の満足度調査等に継続的に取組む体制を構築している。委員会は施設長が責任者を務め、利用者代表や外部委員を加える等、福祉サービスの質の向上へ積極性がうかがえる。</p>	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a
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>評価調査者コメント 施設長は、中長期計画及びアクションプランを基に、職員会議において年度の各計画の課題・目標等を提示し、四半期ごとに事業の進捗状況や資金収支状況を把握分析し、課題抽出に取組んでいる。さらに「職員提案制度」や「業務改善活動」を通して職員が主体的に参画し、経営や業務改善のために組織内の合意形成を図る取組みを行っている。</p>	

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
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>評価調査者コメント 法人や施設・事業所を取り巻く福祉情勢については、法人の中長期計画やビジョン策定及び推進上、組織をあげて常に把握分析に取組んでいる。「かたくり」では所属する中山の園グループ施設長・係長会議や二戸広域障害保健福祉圏域自立支援協議会等への参画を通して、動向・ニーズ把握に努めている。また、自閉症親の会等の当事者との連携により、発達障害児(者)のニーズと課題について、共に考える場づくりに着手している。</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
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>評価調査者コメント 法人中長期計画及び中山の園グループ中長期ビジョンを基に、施設長会議・係長会議をはじめ、「かたくり」経営改善検討委員会等の各レベルにおいて、経営状況の分析・課題の総合的検討を行っている。さらに職員会議において、「前期(5ヶ年)アクションプラン」の重点目標の一つ、「信頼される組織運営と経営基盤の安定強化」について、四半期ごとの進捗状況把握と改善課題の抽出を行い、職員間で周知・共有化を図るよう取り組んでいる。</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
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。	
評価調査者コメント 法人中長期計画の重点目標に「人材育成と働きがいのある職場づくり」を掲げ、「期待する職員像」を明示し、教育研修制度・人事考課制度・目標管理制度の三本柱を基に、総合的な人材育成プランを構築し、個別入材育成計画の具体化に取り組んでいる。「かたくり」では、上記三本柱により、個人別「職員研修履歴カード」と「個別入材育成計画」を作成し、短期・中期の教育、研修に着手・推進している。なお、非常勤職員についても、今年度から人事考課・目標管理制度を適用すると共に、研修プログラムを策定・実施していることは、「非正規職員制度を見直し、やりがいとモチベーションが維持向上する処遇と人材育成システムを構築」(中長期計画36頁)への契機となるものと評価される。	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
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。	
評価調査者コメント 法人の経営理念・基本方針に基づく「求められる職員像」—豊かな感性を持ち、積極的・主体的に行動する職員(五項目の目標)—をふまえた人事基準の明示と職員の人材養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。「かたくり」では、制度の説明と考課者研修を実施した上で、職務定義書・職務基準書を基に自己評価、上司評価を経た上で施設長による職員との面接(3回以上)を行い、対話を通して”気付き”を大切にし職員育成に取り組んでいる。非常勤職員に対する人事考課制度が定められ、8月からスタートしたことは評価される。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
職員の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。	
評価調査者コメント 職員の有休、時間外労働等の勤務実績記録は、係長・施設長が定期的にチェックし、改善を要する場合は施設長会議等で検討することとしている。個々の職員の意向や意見・将来の目標等については、身上調書・目標管理制度・個別研修計画などの取組を通して把握・分析すると共に、定期的な個別面接でフィードバックし、具体的なプランに反映できる仕組としている。メンタルヘルスケアについては、法人組織として体制を整備し、施設に推進担当者を配置、相談・助言、産業医・専門医の活用等の仕組を構築している。	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。	
評価調査者コメント 福祉医療機構及び岩手県社会福祉協議会共済事業に非正規職員を含む全職員が加入し、退職時や慶弔等、各種給付金を受けている。また、法人職員互助会を組織し、給付金等の助成を受けているが、非正規職員は加入していない。かたくり独自の職員互助会は組織されていないが、非正規職員を含め、慶弔、親睦会(忘年会等)は、隨時行われている。また、健康診断やインフルエンザ予防接種、B型肝炎ウイルスワクチン接種等、職員の希望も勘案し実施している。	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
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。	
評価調査者コメント 法人の基本姿勢は、中、長期計画で「人材育成と働きがいのある職場作り」の項で明示し、「期待する職員像」を基に、教育研修制度を定め、個別に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」に区分し、個別計画が立てられている。職務上必要とされる資格取得にあたっては、奨励制度により受講に要する日程を職務免除や取得時報奨金制度等により支援・配慮を行っている。今年度から「非常勤職員研修プログラム」・「非常勤職員テキスト」を定め、事業団及び施設職員としての質の向上を図る体系的な教育研修に着手されたことは評価される。	
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a
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、計画に基づいた具体的な取組が行われている。	
評価調査者コメント 法人の「教育研修制度実施要項」は、平成23年度あらたに制定され、職員個々の「人事考課」、「目標管理」の結果をもとに「個別に人材育成計画」(短期、中期)が策定されている。また、個別の「職員研修履歴カード」は、免許・資格・終了研修内容が記載・管理され、次の「個別育成計画」へ反映する高いレベルでの取り組みが推進されている。	
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a
研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	
評価調査者コメント 「個別教育研修計画」の評価、見直しの手順は実施要領に規定されている。当該年度に作成された「個別に人材育成計画」(短期・中期)の評価は、「人事考課」、「目標管理」を考慮し、施設長及び本人が年度ごとに総合評価、見直しを行い、次年度に於ける本人希望や所属長の期待へと繋いでいる。また、中山の園グループ内研修や、外部研修終了後は「復命書」により報告され、必要に応じて職員会議等で発表し、職員間での共有化、業務見直し等に反映する取り組みを行っている。	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	b
実習生の受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。	
評価調査者コメント 将来的に福祉領域で従事する人材を育成するという視点から大学・専門学校等から実習生を積極的に受け入れ、教育することは、福祉法人・施設としての社会的責務の一つであり、それは「人材の確保・育成とトータルな人材マネジメントの実現」(法人中長期計画35頁)へつながることとなる。 中山の園グループでは「施設実習生受け入れ要領」を定めているが、前述した「視点」は明記されていない。今後の見直し検討時において補正されるよう望みたい。なお、かたくりの担当者は実習指導者講習を受講し、「実習生受け入れ手順」により、オリエンテーション等、実習計画書にもとづいて適切に受け入れが行われている。	
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a
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。	
評価調査者コメント 実習生の受け入れは、「実習計画書」に基づいて計画的に進められている。事前に学校を訪問し、実習時の留意点等、細部にわたり打ち合わせをおこない、学校との連携を強めている。社会福祉士対応の援助実習プログラムが詳細な内容で作成されている。平成24年度は、大学・専門学校より相談援助・介護実習を2名受け入れている。	

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
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。	
評価調査者コメント 「リスクマネジメント実施要領」に基づき、リスクマネージャーを配置するとともに委員会を設置し、四半期ごとに事故防止に関連する検討会を開催し、利用者の安全確保に努めている。防災訓練は、消防署等の協力のもと、毎月、計画に沿って実施されている。感染症への対応は、リスク毎にマニュアルが作成され、職員研修等により、周知されている。利用者の緊急時に備えて「健康危機管理対応マニュアル」及び個人別「健康のまとめ」を作成している。また、安全確保のための職員の研修は、中山の園グループと、かたくり独自でも開催されている。	
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a
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。	
評価調査者コメント 「事業団リスクマネジメント実施要綱」に基づいて、定められた様式に従い、インシデント・アクシデントレポートを収集している。事例について、要因の分析と対応策の検討を行い、職員会議や寮棟会議で周知が図られている。また、リスクマネジメント委員会は、四半期ごとに開催され、見直しを行い、再発防止に努めている。かたくりで予測されるリスクを「生活場面ごと」、「利用者ごと」にピックアップし個々に対策等を一覧できる資料を整備している。更に施設内の「ヒヤリハットマップ」の掲示など、リスク対応の工夫がみられる。	

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	b
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。	
評価調査者コメント 運営計画等に於いて、地域との係り合いについて考え方を示している。利用者が「一戸町エコキヤップ活動」に参加し、社会貢献するとともに、市民と触れ合うことを目的として、定期的に実施されている。また、一戸高校生による「ふれあい体験学習」がかたくりに於いて定期的に実施され、障害者や福祉施設の理解を深めている。毎年開催されている「中山の園まつり」は職員、利用者、地域住民、ボランティアの協力を得て企画され、地域行事として定着している。同様に、利用者の身体状況に考慮したスポーツ(ゲーム)大会等の開催も期待したい。利用者の外出は、「日帰り旅行」や[買い物]、地域のまつり等に職員と共に参加している。地域で活用できる社会資源マップとして、主に食事処が提示されているが、銀行や駅等、広域で生活に関連した施設の提示も必要と思われる所以、見直しや改定時の検討を望む。	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b
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。	
評価調査者コメント 障がい者や施設を理解することを目的とし、中山の園グループ内で交流のある「奥中山中学校」に職員を派遣し、講演を開催しているが、「かたくり」としての独自の取り組み実績はない。地域のニーズに応じて短期入所事業を実施している。中山の園パンフレットやかたくり広報紙を地域や家族、関係機関等に配布し、経営理念や経営基本方針、及び施設の活動等の周知理解に努めている。	
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
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。	
評価調査者コメント 法人中長期計画「社会、地域との関係の維持・促進」(29頁)及び中山の園グループ「ボランティア受け入れ要領」の目的の項で基本姿勢を明示している。かたくりでは、これに基づいた「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し、事前オリエンテーションや、定められた様式により「登録」や「活動内容」が記載されている。平成24年度のボランティア受け入れは4団体(25名)と数的には少ないが、継続的な交流が図られている。また、一戸高校生の「ふれあい体験学習」が毎年度実施されていることは評価される。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a
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、その情報が職員間で共有されている。	
評価調査者コメント 必要な社会資源を発掘し、関係機関・団体等、リストが機能別に作成され、障害者福祉・援護の関係機関との連絡会が定期的に開催されている。社会資源の内容は一覧表にし、職員会議等で提示し、情報の共有が図られている。	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
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。	
評価調査者コメント 中山の園各事業所と援護の実施者である市町村は定期的に連絡会議を開催し、施設の現況報告や利用者の情報を確認する等、連携や調整が図られている。また、二戸圏内の自立支援協議会や県北地区障害福祉施設協議会等に参加し、ネットワーク内での共通課題(就労・日中活動部会)について事例検討を行う等、連携に努めている。	

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
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。	
評価調査者コメント 二戸圏内自立支援協議会をはじめ、各連絡会議に参加し、福祉ニーズ把握に努めている。地域住民への相談事業は「中山の園地域支援部」を窓口とし、対応出来る体制が整備されている。身近な地域住民の福祉ニーズ把握のために、民生・児童委員や人権擁護委員等との連携が必要と思われるところから、定期的な会議の開催により、情報収集のための仕組み作りに期待したい。かたくりでは「自閉症親の会」との連携により、発達障害児(者)の課題を把握する取組みを進める予定とのことであるが、具体化が望まれる。	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b
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。	
評価調査者コメント 把握した福祉ニーズに基づき、短期入所事業が実施されている。中山の園グループの知的障害者のあり方検討会で、ケアホームの開設やグループホームの展開、施設入所の再編等、計画に沿って順次実施できるような取り組みが行われているが、地域に密着する民生・児童委員等との連携が殆ど認められない。地域住民のニーズに基づいた更なる事業活動の展開に期待したい。	

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
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。	
評価調査者コメント 職員会議や寮棟会議において倫理綱領・行動規範・行動基準の読み合わせを実施、併せて、全職員に「人権侵害に対する自己チェック」を毎月課し、利用者尊重の姿勢を確認している。身体拘束については、年度始めに本人もしくは家族に拘束の必要性・方法・期間等について説明、書面にて同意を得る手続きを取っている。	

III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b
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。	
評価調査者コメント 前回(平成21年)の福祉サービス第三者評価の指摘を受け、事業所独自の取組として「かたくりプライバシー保護マニュアル」を平成25年8月1日から施行している。この中でプライバシー侵害の防止及び対策について「寮棟主任は毎月の寮棟会議にて議題とし、職員間の合意、確認を行っていく」とされているが、まだその取組について徹底されておらず、職員に周知する取組が十分とはいえない。	
III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	a
利用者満足の向上を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。	
評価調査者コメント 利用者満足の向上を目指す姿勢については、運営計画及び満足度調査要領に示されている。これらに則り利用者満足度調査が実施され、職員会議や寮棟会議を通じて職員の気付きにつなげている。意思表示が困難な利用者が多いことから、保護者・家族に対して面会またはモニタリング面談時の聞き取りや郵送にて意向を確認している。平成25年度より「かたくりサービス改善事業実施要綱」を定め、外部委員を交えたサービス改善委員会を設置、各年度のサービス改善状況について「みんなの会」で利用者に報告することとなっている。	
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b
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。	
評価調査者コメント 平成25年度より「かたくりサービス改善事業実施要綱」を定め、併せて「かたくりサービス改善マニュアル」が作成され、利用者満足の向上に向けた仕組みが整備されたが、評価調査時時点においてサービス改善委員会を委嘱し事業説明を行った段階となっており、その具体的な取組については今後の課題となっている。	
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。	a
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
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。	
評価調査者コメント 毎週月曜16時より「なんでも相談」を食堂にて実施している。そのことについて、掲示にて利用者に事前周知しているほか、開始時間には放送をかけて告知している。「なんでも相談」は、年4回2名の外部委員が対応し、相談相手を選択できる状況にある。家族へは年3回文書にて「なんでも相談」の周知を図っている。このほかに事業所内にご意見箱を設置し、随時相談や意見を受け付ける体制を準備している。	
III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b
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。	
評価調査者コメント 法人で定める苦情解決実施要綱と併せ、かたくり独自に「苦情・相談受付マニュアル」を作成している。しかし、法人の要綱改訂にマニュアルとの整合が図られておらず、現在仕組みが2つある状況になっている。そのため、マニュアルに定められている様式文書(「苦情受付担当者会議録」「苦情解決結果報告書」)の整備が十分とは言えず、また、「3か月毎に取りまとめる」と定められた対応状況のとりまとめが実際には1年毎に変更されているなど、仕組みの整理が求められる。利用者への報告も、「年度末にはみんなの会で報告」するとしているが実際には翌年度5月に行われている。	
III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b
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るが、迅速に対応していない。	
評価調査者コメント かたくり独自に「苦情・相談受付マニュアル」を作成している。意見等については「なんでも相談」にて受け付けることが基本となっており、苦情として扱うものについては苦情解決フローチャートに則って対応している。受け付けた意見等については、当日のうちに施設長に報告され、その判断によりその取扱いを決定、話し合いが必要な場合には迅速に実施することとしている。しかし、苦情解決の仕組みが十分に機能しているとは言い難い状況において、対応マニュアルに沿った取組については今後の課題と言える。また、実践を通して、利用者の意見等を福祉サービスの改善に反映するより有効な方法を研究し、対応マニュアルの定期的な見直しに取り組んでいくことを期待する。	

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
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。	
評価調査者コメント サービス評価については、法人が策定した「岩手県社会福祉事業団福祉サービス第三者評価受審等要領」に業務係長が業務を総括することとされ、実際の評価業務は寮棟主任が担っている。毎年、年度計画の中でサービス評価のスケジュールを確認、第三者評価の受審については法人が計画的に実施している。	
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
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。	
評価調査者コメント 評価結果については、法人全事業所が各自作成しているアクションプランに反映させ、毎月開催する職員会議においてその進捗状況について確認する取り組みを行っている。課題については、アクションプラン実施計画を基に設置された改善委員会等にて現状分析として文書化されている。	
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
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。	
評価調査者コメント 評価結果から得られた課題については、全職員が参加する職員会議において共有化され、各課題の改善計画の策定にあたっては、担当者を明確にして取り組みが行われている。法人において作成が定められているサービス改善実施計画と併せてかたくり独自で「かたくりサービス改善マニュアル」を作成し、これらの仕組みを連動して計画の実効性を高める努力をしている。具体的な記録については、アクションプランの進捗状況の記録にて明確にしている。	

III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
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、それに基づいたサービスが実施されている。	
評価調査者コメント 個々のサービスにおける標準的な実施方法について、寮棟毎に日常生活支援マニュアルにより明示されている。これらを職員間で共有化する取り組みとして、毎年4月の寮棟会議において確認されている。また、これらマニュアルの作成においては、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢についても記載されている。一部、寮棟別マニュアルの項目に表現のわかりづらい箇所があるため、この部分については再度見直しが望まれる。	
III-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。	
評価調査者コメント 標準的な実施方法を明示している日常生活支援マニュアルについては、毎年4月の寮棟会議において見直しすることとなっている。その内容については、ケース担当職員が利用者の支援度の状況から提案している。	

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
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。	
評価調査者コメント 利用者に対する支援の実施状況については、業務日誌、ケース記録、日中活動日誌記録、日中活動利用者チェック表にて記録され、その内容を確認することができる。記録する職員で記録内容にばらつきが生じないよう、男子棟では見出し(記載項目)の統一化を図るための研修を行っている。また、女子棟についても記録方法についてマニュアル化することが現在検討されている等、工夫が図られている。	
III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
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。	
評価調査者コメント 利用者に関する記録の管理体制・方法については、法人の「文書の整理、保管及び保存に関する取扱い要領」に規定されている。記録の電子化が進む中で、USBの管理については、かたくり独自に「USB使用・管理マニュアル」が策定され、その運用により個人情報の保護に取り組まれている。情報開示については「社会福祉法人岩手県社会福祉事業団における個人情報の保護に関する規程」により対応することとしている。	
III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a
利用者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。	
評価調査者コメント 利用者の状況等に関する情報については年度当初「かたくり利用者関係」として全職員に配布され、その共有化を図っている。日常的な情報の共有化については、業務日誌や連絡簿、寮棟会議にて取り組まれている。緊急時は、緊急時対応マニュアルを整備するとともに職員連絡網により迅速に職員間で情報共有できる仕組みを作っている。	

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
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。	
評価調査者コメント 実際には、利用希望者は年数名程度と、あまり多くない現状がある。そのような中で、外部に対する情報提供の方法として、ホームページの作成、パンフレットの配布を行っているが、限られた方や方法で配布が行われていることから、多くの人に施設を理解してもらえるよう、広い周知に努めることが望まれる。見学者への対応については「利用希望者見学マニュアル」を作成している。その他、地域自立支援協議会就労・日中活動部会に参加し、他事業者に対する情報提供を行っている。	
III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a
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。	
評価調査者コメント サービス開始時には、重要事項説明書及び契約書にルビを振って読みやすく工夫するとともに、口頭でもわかりやすい説明を心掛けている。サービス内容については、できる限り知的障がいのある利用者にもわかりやすく伝えるため、イラストを付したパネルを作成し、デイルームに常時掲示している。契約書の内容については、第三者(専門職)後見人との契約に対応した様式を別途作成するなど、個別性に配慮している。	

III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
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。 評価調査者コメント 事業所の変更や家庭への移行にあたっては、退所時手順表を基に関係機関へ引き継いでいる。引き継ぎの文書については、ニーズとしても限定的であることから特に様式として定めておらず、その都度引継先機関に請求された内容にて対応している。退所者の会等、サービス終了後のケアについて、これまで要望として把握しておらず、現在のところその必要性も感じていないが、体制整備が求められる。	

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
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。 評価調査者コメント かたくり独自に「個別支援計画作成の手順」を作成し、これに則り入所後1か月以内に標準化された様式にてアセスメントシートが作成されている。の中には、支援レベルが数値化されわかりやすく表示され、また、本人及び保護者(後見人等)の要望や要求に基づいて支援優先度も明示されている。	

III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。

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。 評価調査者コメント アセスメントシートの中に現状及び改善点が書かれ、これと支援レベル、本人及び保護者(後見人等)の要望や要求が併記されている。このことにより支援の優先順位を明確にし、サービス実施上のニーズや課題として具体化している。	

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。 評価調査者コメント サービス実施計画については、法に則りサービス管理責任者が配置され、「個別支援計画作成の手順」にしたがって、利用者や家族等の参加を得ながら策定されている。個別支援計画の進捗については定期的にモニタリングされ、その状況について寮棟会議にて職員で共有化されている。また、利用者個々の支援の留意点などについては、個別支援計画と連動して「かたくり個別支援マニュアル」を作成し、具体的支援方法の標準化を図っている。	

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。 評価調査者コメント サービス実施計画である個別支援計画の評価・見直しについては、法に定められた基準に則り作成されている「個別支援計画作成の手順」により、6か月毎に実施されている。モニタリングは、本人及び家族(後見人等)、ケース担当者、サービス管理責任者で行い、その結果更新されることとなった支援事項については寮棟会議において全職員で確認、以後の支援内容・方法の共有化を図っている。	

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。	
評価調査者コメント 利用者とのコミュニケーションの方法は個別支援マニュアルに基づいて支援している。意思伝達が十分に理解出来ない利用者には個別支援計画に具体的な支援内容(写真、絵カード、サイン等)と方法が明示されコミュニケーション手段となっている。 毎朝のつどいでは当日の食事メニューや日課、勤務職員等情報ボードに利用者と一緒に写真やカードを張り出し支援や工夫をより意識して利用者との接点を濃密にしている。	
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。	
評価調査者コメント 自治会としてみんなの会を定期的に開催し、利用者の要望や行事、外出等について、自由に話し合い、交流の出来る場として位置づけている。 支援担当職員も配置され、機能している。 施設外の方との交流の対応は図られているので、継続して交流が出来るよう情報の整理が望まれる。	
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。	
評価調査者コメント 日常生活上の行為は利用者一人ひとりの生活自立度に目を向けた、具体的なサービス支援計画となっている。介助変更時にはミニカンファレンスにて話し合い、利用者及び家族にも説明を図っている。活動は本人の希望で、出来る部分は本人の自主性を尊重し、常に確認の下で支援をしている。	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
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。	
評価調査者コメント 社会生活を高めるために個々のニーズや希望に沿った支援は個別支援計画で行われているが、具体的にエンパワメントを引き出すような支援方法やプログラムは確認できない。 しかし、施設の提供するプログラムでは毎日の日課の繰り返しで身につき習慣的に獲得している。	

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
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。	
評価調査者コメント 個別支援マニュアル、嗜好カルテに基づき食事サービスを提供している。利用者のニーズに合わせた食事や特別食も提供され、介助、支援方法等も整備されている。 また、疾病についても医師から食事指示箋が処方されている。	

A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a
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。	
評価調査者コメント 定期的に給食アンケート調査を実施して献立業務に反映している。給食委員会は合同で開催され機能している。開催前にはみんなの会で意見や意向を聞き、食の安全、安心の食事サービスに常に心がけている。	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a

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
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。	
評価調査者コメント 入浴は一人ひとりの個別支援マニュアルに基づいて行われている。また、障がい程度に応じた特殊浴槽も整備され、事故防止、プライバシー保護を含めたリスクマニュアルも整備されている。 場面別に利用者一人ひとりの状況に配慮した工夫が行われている。	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
利用者の希望に沿って行われている。	
評価調査者コメント 入浴は業務計画に基いて週3回全員が入浴している。それ以外で希望があればシャワーで対応している。	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
環境は適切である。	
評価調査者コメント 入浴、脱衣場の環境は整備改善委員会を設立(H25.6)し、検討会議を行っている。 入浴時には身体状況に応じて対応、脱衣場にはカーテンを引くなどプライバシー保護等細やかな配慮がなされている。 今後は、単なる清潔保持のための入浴ではなく、くつろぎと快適を感じられるような工夫も望まれる。	

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
介助は快適に行われている。	
評価調査者コメント 排泄介助に関しては、個別支援マニュアルや個別支援一覧等の作成により利用者一人ひとりにあった具体的な方法でケース記録にも明記され状況の確認が行き届いている。 排泄用具は現在おむつとポータブルトイレを使用している。	

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	C
清潔かつ快適ではない。 評価調査者コメント 施設自体が古く、換気や清潔には職員の気遣いが伺えたが、男性トイレは臭氣があり、抜本的な改修が望まれる。なお、女性トイレは工夫されていて、異臭は感じられなかった。	

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
利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 評価調査者コメント 衣類の選択は日常的に買い物の機会を設けたり、年間計画の中で施設内に地域の洋服店を導入し利用者が自分で選べるような配慮をしている。	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	
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。	
評価調査者コメント 衣類の着替えの支援方法は個別支援マニュアル等できめ細やかな支援が工夫されている。 衣類の汚れや破損対応は迅速に対応しているので、今後は対応の仕方を業務手順に盛り込んでいくことが望まれる。	

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
利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 評価調査者コメント 利用者や家族の希望を取り入れた髪型にしている。また、希望の髪型をカードにして自分を自由に表現出来るように工夫している。カラーリングの希望があれば職員の支援で行っている。	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	
配慮している。	
評価調査者コメント 希望があれば理髪店や美容院への同行、送迎を実施している。なお、実施時にはケース記録に状況が細やかに記入されている。	

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
配慮している。 評価調査者コメント 睡眠は個別支援マニュアルにより支援が行われ、利用者のこだわりや状況に応じた適切な配慮がなされている。睡眠状況や不眠時の対応等ケース記録に記入し緊急の場合などの安眠対策として居室でなく他部屋を工夫した配慮がなされている。	

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
適切である。 評価調査者コメント 健康危機管理マニュアルは整備され、日常の健康管理は適切である。健康のまとめや医務ファイルに個人別の健康管理が記載され、各スタッフとの連携も保たれている。 地域内の医療機関は確保され、日常的に連携は図られており、内科、精神科検診や歯科検診も定期的に実施され、常に必要に応じた医療が受けられる。	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
必要な時に、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。 評価調査者コメント 緊急時の対応マニュアルは整備されている。地域内の協力医療機関も確保されているが、緊急時の取り組みは十分とはいえない。医療機関に移行するにあたり、家族の同意のもとで、健康ファイルの持参のみではなく利用者の急変の状況、経過、注意事項等を記入した情報提供書「サマリー」(ケース記録のまとめ)の検討が求められます。家族にも口頭のみでの説明ではなくその内容を記載した文書を渡す等の配慮が求められます。	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a
確実に行われている。 評価調査者コメント 内服薬、外用薬の扱いは服薬管理マニュアルで確実に行われている。一人ひとりの薬剤管理も保管～与薬確認までのマニュアルが用意されている。リスクマネジメント委員会も定期的に開催され管理体制が整備されている。与薬、服薬の確認が必要なケースがみられ、なかでも、向精神薬服用者が多いことから、内服薬の知識と気づきの姿勢の研修会の検討も望まれる。	

2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a
余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。 評価調査者コメント 余暇、レクリエーションについてはみんなの会で利用者個々の希望を取り入れ反映されている。定期的にボランティアも受け入れ一緒に楽しみを持っている。また、日帰り旅行に職員は側面から支援し楽しめるように工夫している。	

2-(9) 外出・外泊

A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
利用者の希望に応じて行われている。 評価調査者コメント 外出は旅行アンケートを取り反映している。保護者にも確認を取り、実施計画を作成して安全体制も整え、行われている。	
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
利用者の希望に応じて行われている。 評価調査者コメント 外泊は利用者の希望を尊重し、制限や制約を行わず利用者及び家族の立場に立って職員が調整を図って行われている。お盆、正月の外泊は一時帰省表を作成し、外泊届や外泊しおりを用意し、外出とは別に対応出来る体制が整備されている。	

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
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。 評価調査者コメント 金銭管理は事業団の『預かり金管理契約書』により管理されている。自己管理の出来ない利用者が多く、職員が金銭管理マニュアルに沿って支援している。 利用者1名が小遣いの管理をしている。学習能力を高めるため支援、ケース記録にも記入されている。	
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
利用者の意志や希望が尊重されている。 評価調査者コメント 新聞、雑誌の購読については自由である、テレビも個人で所有出来るよう便宜を図っている。	
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a
利用者の意志や希望が尊重されている。 評価調査者コメント 嗜好品(酒、タバコ)については健康上の影響など留意している、現在1名毎晩100cc程度の晩酌を楽しんでいるが1週間に1回は休肝日を設けている。 喫煙は家族面会日に一緒に喫煙する利用者1名のみで節度のある健全な生活が出来るよう支援している。	