

## 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 7月10日～10月27日

## 2 事業者情報

事業者名称：みたけの園 (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 那須 秀逸	開設年月日 平成9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) 60名
所在地：岩手郡滝沢村滝沢字穴口203-4 TEL 019-641-0205	

## 3 総評

## ◇ 特に評価の高い点

## ○ 中・長期計画達成に向けた体制の確立

法人において、中・長期計画は、H23年度から H32年度まで策定され、ビジョン(目標)は経営基本方針の4項目の内容から10年後の到達目標として定められている。計画の10ヵ年を前期、後期に分け、前期5ヵ年については実施計画が策定され、年度ごとに取り組むべき内容が数値化され、詳しく具体的に計画されており、施設においても同じ方法で5ヵ年の実施計画と単年度事業運営計画の実施計画も作成され、それには取り組みの内容別に担当者を配置して、事業の進捗等の管理が行なわれている。

さらに法人本部には、事業促進を図るためにプロセスマネージメント会議が設置されて、施設及び法人全体の各事業を四半期ごとに進捗状況と課題改善対策の協議がされている。このように施設と法人とで二重にチェックを行い計画が確実に実行される仕組みや体制が確立されている。従前の中・長期計画は他に依存されている部分も見られたが、今回の計画は法人組織としての確固たる主体性のもとに策定されていることが、計画の構成や取り組むべき内容から推察される。

法人及び施設の10年後の姿に期待する。

## ◇ 改善が求められる点

## ○ 利用者が意見等を述べやすい体制や苦情解決の仕組みの整備

利用者の意見や要望、苦情解決の仕組みは、みたけの園・みたけ学園苦情解決事業実施要綱により、体制と仕組みが示されている。利用者が相談したり意見を述べやすい仕組は、苦情と相談の判断が組織として定められないで取り扱われている。苦情とは別な環境を整備し、利用者に伝える取組が求められる。また、苦情・相談受付票の取り扱いで第三者委員の意見が反映される仕組みになっていない。さらに、実施要綱の内容で、実施体制や苦情解決の手順において第三者委員の立場が法制度とは異なった位置付けになり、本来の独立した第三者委員としての位置づけが明確化されていない。実際の苦情内容の解決方法、結果の公表を行うことを含めて、苦情解決の仕組みを再度検討することが求められる。

## 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

みたけの園としては、二度目の第三者評価受審となります。厳しい評価結果となりました。

## 施設の

老朽化を言い訳とせずに、ご指摘いただいた事項につきましては真摯に受け止めて各項目ごとに改善に取り組んでいます。

特に利用者が意見を述べやすい体制や苦情解決の仕組みの整備については、早急に要綱や第三者委員の位置づけの見直しなどを行って改善いたしました。

また、老朽化による生活環境の課題については、法人本部と一体となり、県の障がい者福祉担当課に対して、改築の働きかけや中期的な事業の方向性の提案を継続して行うとともに、次年度においては、全居室にエアコンを設置し、利用者の居住環境の改善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、法人において個別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、個別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ます、充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り組みについて

利用者満足の向上に向けた取り組みについては、「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、意見と苦情の取り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 みたけの園

## 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
------------------------	---

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。

法人の創立40周年(H23)を契機に、法人のあり方について検討され、経営意識を高めるため従来の「基本理念」を「経営理念」に変え、かつ利用者をはじめ法人と関わる方々をお客さまと敬い、さらに地域福祉の推進を加えて文言もわかりやすく明文化されている。法人として経営基盤の確立と安定強化を目指している。理念は法人の概要冊子、広報誌、運営計画及びホームページ等に掲載されて内外に周知が図られている。

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。

理念と同様に、法人の創立40周年を契機に見直しが検討されて、「基本方針」が「経営方針」に変更され、法人全体のバランスから一部削除されている部分もあるが、人材育成や経営基盤が強調され、理念を実現するための基本的な考え方方がわかりやすく具体的であり、役職員の行動指針としても適切な表現となっている。また内外に対する経営基本方針の周知方法は、理念と一緒にで行われている。

## 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。

年度初めの職員会議に、経営理念と経営方針が明文化されたものを職員に配布して、管理者から説明、周知が図られている。また毎月開催される寮棟会議や職員会議で会議の初めに全員又は順番で唱和や読みあわせが行われ、継続された取り組みがされている。

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。

経営理念や経営方針を如何に利用者から理解してもらうか、利用者の立場になってわかりやすく、話しかけるような柔らかな表現に変え、ふり仮名をつけ特色ある工夫がされている。これを印刷して利用者の自治会で配布説明がされている。また利用者の保護者会にも配布して説明、周知が行われている。

## 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。

従前の中・長期計画(H18～H22)に引き続き、H23年度からH32年度までの10ヵ年計画が策定されている。策定にあたり経営基本方針を見据えて、法人が到達すべき目標(ビジョン)を掲げ、その実現のために法人や法人を取り巻く状況を詳しく分析されて、目標を達成するための問題点や課題を的確に把握されたうえで、中・長期計画を前期5ヵ年(H23～H27)計画と後期5ヵ年(H28～H32)とに分けて計画されている。さらに前期5ヵ年については、年度ごとに達成するべき内容が、項目別に取り組む具体的に詳しく実施計画として策定されている。当該年度の進捗状況が法人内部のプロセスマネージメント会議で、達成度、成果、課題などが四半期ごとに把握されており、必要に応じて中・長期計画に反映できる仕組みになっている。

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。

中・長期計画の前期5ヵ年について、法人全体と施設ごとに、年度別実施計画が策定されており、単年度の事業計画に全て反映される仕組みになっている。また実施計画には、単なる計画ではなく数値目標等を設定し、進捗状況や評価が容易に出来る内容になっている。

## 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。	<b>a</b>
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。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	<b>a</b>
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。	

## 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>
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。	
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。	<b>a</b>
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。	

## 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。	<b>a</b>
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。	
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。	<b>a</b>
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。	

## 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>a</b>
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。	
社会福祉事業全体に関する情報は、施設が加入している上部団体からの情報や中央研修、県のメールリンクからの情報及びインターネットなどからタイムリーに最新情報が把握されている。地域の動向やニーズの情報等は、関係機関や病院、地域のネットワーク組織及び施設の相談支援事業所から把握されている。把握された内容については「ありかた検討委員会」や法人の「経営改善委員会」で検討されて、中、長期計画や運営計画に反映される仕組みになっている。	
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。	<b>a</b>
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。	
施設の前期実施計画(H27年度まで)に、年度ごとの目標とする財務基盤の安定策が計画され、それに基づいた年度ごとの目標とする財務関係指標が具体的に策定されている。施設の前年度決算を分析した経営指標が示され、収入額と損益分岐点との差や実施計画との差など課題が容易にわかる内容に分析されている。これらの資料を職員に配布して課題の周知がされている。毎月の業務調整会議と職員会議には、収入状況などを前年対比した資料を配布しコスト意識や予算管理などの重要性が周知・徹底され、収入に見合った経営しか出来ないとの意識付けがされている。	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	<b>非該当</b>

### 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>a</b>
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。	
サービスの質を確保しながら事業を展開するために必要な人員、人材体制をとるという方針で、中、長期計画にH32年度までの正規、非正規職員別に計画されている。また有資格者の確保についても、施設の前期実施計画と単年度運営計画に具体的有資格者名と人員配置が計画されている。この計画の進捗状況は他の事業と同様に四半期ごとに確認され、計画に基づいた人事管理に努められている。	
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。	<b>a</b>

#### 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。

人事考課要領を定めて客観的基準に基づき実施されている。人事考課の手順として、被考課者は自ら自己評価を行い、第一次考課者、第二次考課者の順に各々考課者は考課ヒアリングにより行い、第二次評価者が総合判断と総合意見を付し最終考課結果となる。その結果を所属の管理者から被考課者に直接により伝えられており、透明性が確保されているものと想定できる。制度導入4年になり職員の個々の強み、弱みがわかり、人材育成や人事配置の参考に活用されている。

#### 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。	<b>b</b>
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。	
総務係りから時間外勤務や有給休暇の取得状況のデータが業務調整会議に報告され、その時間外勤務の理由と縮減方法や有給休暇取得率について検討されて、勤務調整、協力体制及び業務改善の方法により課題解決に努められている。実施計画にも時間外勤務の削減目標が計画され、四半期ごとに進捗状況が把握されている。個別職員との面談は、身上調査にかかる面談や目標管理に係る面談の際に、職員の意見、意向や相談に応じているか、何かのついでに行うのではなく、定期的に個別面談の機会を設け、かつ相談しやすい仕組みづくりが望まれる。職員の心の健康については、法人としてメンタルヘルスケア推進要綱を定め、施設はそれに基づき相談支援体制を図式化したマニュアルが整備されている。また法人事務局にはホットラインが置かれていつでも相談できる体制がとられている。外部には専門機関の協力を得て相談窓口を設けられている。	

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。 法人の職員互助会施行規程が定められ、療養給付金の給付をはじめ9項目の給付事業が行われている。また全職員が医療福祉機構や県社会福祉協議会の共催事業に加入するなど、充実した福利厚生事業が行われている。	
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。 経営基本方針に「優しい心、高い専門性、強い責任感と自省心を持ち、向上発展する人材」を職員に求める基本姿勢として明示されている。中、長期計画では、人材育成に取り組むために人事考課制度、目標管理制度及び教育・研修制度を有機的に連動して「人財」を育成すると表現されている。中、長期計画の前期実施計画に、職員に求める専門技術や専門資格名及び人員数が具体的に計画されており、取得のためのスクーリングや現場研修の際は職免を与え、受験日には振り替え休日にするなどの配慮がされている。また資格取得要領を定めて受験料相当額を支援されている。	
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。 正規、非正規職員の「個別入材育成計画作成の手引き」を作成して、職員に求める基本姿勢に基づいて個別職員ごとにどういう人材に育てるか、管理者は本人の希望と人事考課や目標管理制度の結果を踏まえて、長期的視点(5年)で「個別入材育成計画」が策定されている。育成のための教育・研修は、法人本部研修、施設等所管研修及び自己啓発研修に分担して行う仕組みになっている。また法人内での異動があっても人材育成計画が継続実施が出来るように配慮がされている。人材育成計画に対応した教育・研修計画の取り組みが開始されている。人材育成を通じて、その人個人の人生にたいする応援でもあり、特筆に値する取り組みである。	
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。	b
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。 職員が個別の教育・研修計画に基づき外部研修を受けた場合は、外部研修評価書により「なにを学び、どんな感想、今後に活かす点」を記載して、上司評価者の意見を付して管理者に報告がされており、また職員会議の際に受講者が研修報告を行っている。さらに「個別の人材育成計画」にも年度を振り返っての本人評価と管理者評価を記載して、次年度以降の研修の見直しに反映する仕組みが出来ている。	
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。	a
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。 実習生の受け入れについて「実習生を積極的に受け入れ、社会福祉に従事しようとする人材の育成に寄与する」という基本姿勢のもとに、受け入れ実施要領や受け入れ手順(マニュアル)が整備されている。養成校とは、実習期間中の事故等に対する責任の所在などの契約書が取り交わされている。また実習担当者は、社会福祉士実習指導者講習会を終了し、実習従事職員の指導にもあたられている。	
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。 社会福祉士及び保育士の養成実習施設として、実習生を受け入れている。実習のプログラムは養成校と協議をしながら、資格に必要な内容全般を計画的に学べるように整備されており、実習期間中に養成校から訪問するなど連携が図られている。また施設での実習のほかに、共同生活事業所や就労移行支援事業所の体験など多様性のある実習が出来るよう工夫がされている。	

### 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。	b
--	---

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。

管理者は、業務調整会議や職員会議に事故防止等に関する資料を作成して指導、助言をされている。利用者の安全確保のためリスクマネジメント業務や保健業務及び防災業務にそれぞれ担当者を配置して、安全業務にあたらせている。またリスクマネジメント委員会や保健委員会が設置され、定期的に開催し安全確保に関する課題、改善についての取り組みがされている。緊急時の対応マニュアルがリスクごとに整備され、マニュアルごとに管理責任者が配置されてマニュアルの見直しの体制が出来ている。さらに防災については、消防署、警察及び地域消防協力隊の連携や協力のもとに、防災訓練、救急法及び交通安全の講習会が行われるなど、利用者の安全確保の取り組みがされている。しかし、リスクごとに緊急時の役割と責任を明確にした管理体制の整備が必要と思われること、また整備されているリスクごとのマニュアルのなかに、緊急時にマニュアルとして機能が果たせるのか、検証が必要なものも見られるので検討が望まれる。

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。

リスクマネジメント実施要綱を定め、インシデント及びアクシデント報告の収集がされ、配置されているゼネラルリスクマネージャーとリスクマネージャーが事故分析をし原因究明と防止対策を立て、職員会議や寮棟会議に諮り共通認識のもとに事故防止に取り組まれている。実施計画に「安全、安心のサービスの提供」するために、事故軽減10%及びインシデント報告の収集を30%増が見込まれ、その実現のために、事故報告様式をShellモデル(事故を多面的にとらえる)方式に変え、その活用の仕方等をゼネラルリスクマネージャーの指導のもとに採用され、寮棟会議で毎月の事故の集計と内容などの検討を継続した取り組みによって、インシデント報告が増えアクシデントが減少傾向となり、取り組みの成果がでている。

### 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。

「地域住民との関係が維持促進されるように支援する」という基本的姿勢があり、地域の社会資源のマップをつくり、地域の行事などの情報を収集して施設内の掲示板に掲示されているほか、利用者自治会活動の際に情報提供がされている。また利用者の定型的なニーズ以外のニーズに応えるために「外出、外泊マニュアル」を備え、必要に応じて職員が対応する体制がとられている。地域とは行事、お祭りやボランティアを通じて交流とコミュニケーションが図られている。地域と利用者や施設のより良い関係を保ち理解を高めるため、地域と施設が共催できる行事や事業の取り組みも有効化と思われるので検討が望まれる。

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
---------------------------------	---

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。

中学校生徒の体験実習の受け入れや、地域の特別支援学校及び大学の福祉講座に積極的に講師派遣、就労活動相互支援として宿泊施設の提供と生活訓練、その他に地域に施設のグランドや研修室の常時貸し出しがされている。さらに経営理念や経営基本方針及び活動状況が記載された広報誌の配布、ホームページでの情報提供を行うなど機能の還元に努められている。

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。	b
--	---

ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。

ボランティアの受け入れの基本姿勢は、中、長期計画に明示されている。ボランティア受け入れ手順(マニュアル)の整備と、当年度のボランティア受け入れ実施計画が策定されている。受け入れに際しては、事前見学やボランティアとしての留意事項、ボランティア保険など受け入れ手順に従って行われ、施設や地域の多彩な行事に積極的に受け入れている。ただ中、長期計画に示されているように、ボランティア育成も使命のひとつでもあると思われる所以、ボランティア講座、ボランティア体験実習への計画的な取り組みが望まれる。

#### 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。

施設の役割や機能を達成するために連携が必要な関係機関、団体等を、機能別に分類したリストを作成して、職員間で共有がされている。

II-4-(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。	
行政の福祉担当部署、障がい者就労を所管する関係部署や病院との定期的な連携による情報交換及びニーズの収集に努められている。また関係機関、団体とのネットワークを組んでいる圏域のエコムネット（事業所間のネットワーク）や知的障がい者福祉協会及び圏域の自立支援協議会などの連携により、障がい者の就業、生活基盤づくり、障がい者雇用の啓発及びスキルアップ研修会など、共通課題に積極的に取り組まれている。	

## 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。	a
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。	
地域の福祉ニーズの把握は、行政等の資料や関係機関、団体及びネットワーク組織との定期的な会議等による情報交換での把握や病院からの情報、さらに当法人内の相談支援事業を通じての把握に取り組まれている。具体的ニーズとしては、在宅障がい者の施設入所希望や精神病院の長期入院者の施設入所の希望が増加していることが把握されている。	
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。	a
把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。	
障がい者の地域での生活を支援するために、前年度までにケアホームを13箇所（定員65名）を開設し、さらに本年度一箇所開設準備中で合わせて14箇所となり、これは地域のニーズに応えるために中、長期計画の実施計画（H23～H27年）にのせて、積極的に取り組まれている。	

## 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。	b
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、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
利用者を尊重したサービス提供の基本姿勢は、法人経営理念・経営基本方針、事業団職員倫理綱領、職員行動規範、「みたけ宣言」に明示されている。個々のサービスの標準的な実施方法には、基本マニュアルの「支援の意義・目的等」で示されている。組織内の共通理解の取組は、伝達研修に留まっている。継続した取組として「人権侵害にかかる自己チェック票」が毎日実施され、集計結果は職員会議等で検討されているが具体的な取組内容が確認できなかった。また、身体拘束や虐待防止の周知において、常時出入口が施錠されている寮について保護者への説明は行われているようであるが、事業所としての施錠にかかる基本姿勢を書面で確認することは出来なかった。	
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。	c
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ない。	
利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアルは、「プライバシーの保護に関するガイドライン」として書面化されているが、個室でのTVや携帯電話等の利用者の生活実態に沿った内容が求められる。サービス場面毎の「基本マニュアル」に、プライバシーについての事項が盛り込まれているが、職員の研修を含めた見直しが望まれる。具体的な取組として、既存の建物での個室化やプライベートスペースの確保、時間帯による男女の間仕切りなど工夫されている。ガイドラインの内容を精査し、利用者との共通理解の取組が望まれる。	

## III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。

III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	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。	
利用者満足の向上を目指す姿勢は、寮運営計画の事業の重点項目に明示されている。具体的な仕組みは、「みたけグループ」サービス改善事業実施要領で内容が示され、事務分担表で担当者が配置されている。定期的に満足度調査（利用者及び家族、年間2回）が実施されている。保護者の要望を受けて、保護者用の調査項目が検討変更されている。個別の聴取としてモニタリング時に保護者の意向も含めて実施されている。自治会活動、保護者会に管理者等が出席して意見を伺えるようにしている。	

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>b</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。  利用者満足度調査の結果は、寮だよりなどで公表されている。しかし、利用者満足度調査などで把握した結果は、「みたけグループ」サービス改善事業実施要領で改善実施されることとなっているが、訪問調査において利用者満足度調査等の結果に関する分析や検討内容の記録、改善策の実施に関する記録などを書面で確認することができなかった。現在は、トップダウン的に行われていることが説明された。また、サービス改善実施計画に課題が盛り込まれる形式となっているが、利用者満足度調査等の結果を踏まえた内容を確認することは出来なかった。サービス改善事業実施要領やサービス改善マニュアルにおいて、委員会の詳細な内容を盛り込みより具体化することも望まれる。	

## 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。

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>
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。  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は、みたけの園・みたけ学園苦情解決事業実施要綱で取組まれている。具体的には、年間の苦情解決事業実施計画で毎月の受付日と担当者が明示されている。受付日と担当者は、「相談受付のお知らせ」として園内に貼られている。受付の場所として、必要に応じて機能訓練室や地域支援室が確保されている。苦情・相談受付票で内容、状況確認、今後の対応が整理され、平成23年度の対応状況を確認することが出来た。本評価は、利用者が相談したり意見を述べやすい仕組みと体制を意味していることから苦情とは別な環境を整備し、利用者に伝える取組が求められる。	
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>c</b>
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>
苦情解決の仕組みが確立していない。  みたけの園・みたけ学園苦情解決事業実施要綱により、体制と仕組みが示されている。平成23年度の実際の苦情受付状況は、資料で確認することが出来るが、苦情と相談の判断が組織として定められないで取り扱われている。また、苦情・相談受付票の取り扱いで第三者委員の意見が反映される仕組みになっていない。さらに、実施要綱の内容で、実施体制や苦情解決の手順において第三者委員の立場が法制度とは異なった位置付けになり、本来の独立した第三者委員としての位置づけが明確化されていない。実際の苦情内容の解決方法、結果の公表を行うことを含めて、苦情解決の仕組みを再度検討することが求められる。	

## 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。	<b>b</b>
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るが、十分に機能していない。  事業所のサービス内容について定期的に第三者評価、自己評価を実施している。第三者評価は、3年に一度福祉サービス第三者評価を行い、自己評価は福祉サービス第三者評価基準を用いて毎年度実施されている。定期的に評価を行う体制は、業務分担や委員会で担当者が設けられている。「みたけグループ」サービス改善事業実施要領、サービス改善マニュアルにより評価結果を分析・検討し改善計画を策定する仕組みとなっている。訪問調査において、要領やマニュアルに定められた内容が実行されている会議録や資料等を書面で確認することが出来なかった。	
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>b</b>
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が、十分ではない。  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することは、サービス改善実施計画で行う仕組みとなっている。訪問調査において、課題や改善経過については、職員会議で確認しながら実施していることが説明されたが、昨年度の結果を踏まえた課題や改善経過を職員の参画により行われた会議録や書面等で確認することは出来なかった。また、「評価の着眼点とされている「分析した結果やそれに基づく課題が文章化されている」項目は、法人で定めたサービス改善実施計画表では記載されない仕組みになっていることから、書式の検討が望まれる。	

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。	b
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が、十分ではない。	
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することは、サービス改善実施計画で行う仕組みとなっている。具体的な改善方法等は、当年度の資料として確認することができ、必要に応じて追加対策や経過の状況報告が行える仕組みになっている。課題や改善経過については、職員会議で確認しながら実施していることが説明されたが、前々年度、前年度の課題や改善計画を引き継いだ担当者会議等の議事録や取り組みを書面で確認することは出来なかった。福祉サービスの質の向上を図る経年的なPDCAサイクルの組織的な取組が望まれる。	
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。	b
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。	
サービス全般にわたった実施方法は、勤務形態により寮毎の業務手順や業務基本マニュアルが文書で示されている。訪問調査において、標準的な実施方法は利用者のプライバシー保護が示された「基本マニュアル」として文書化されていた。マニュアルフルダで管理され、職員に周知してされていることが説明された。評価の着眼点とされている、標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みについては、確認することが出来なかった。個別支援マニュアルで個々の利用者の配慮は確認できるが、本評価項目はサービス場面毎のマニュアルが対象となる。マニュアル管理手順で見直し等の運用が示されているが、マニュアル沿って実施されているか確認する仕組みを検討することが望まれる。	
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。	
標準的な実施方法について見直しをする仕組みは、「みたけの園・みたけ学園マニュアル管理手順」で示されている。管理手順には、見直しの作成、改訂、廃止の手順や見直しのための定期確認、職員会議での説明・周知などが盛り込まれている。職員や利用者からの見直しにかかる意見は、自己評価、満足度調査、その他寮棟会議や職員会議などで明確になった課題等について、その都度サービス改善計画により改善を図っていること、業務反省等年度の見直し、職員提案などにより、職員の意見の反映を図っているほか、自治会代表も委員となっているなど利用者意見の反映にも努めていることが説明された。現在試みているマニュアルのワンペーパー化、フローチャート化の取組が期待される。	
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。	b
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。	
利用者のサービス実施状況にかかる記録は、ケース記録、日中サービスの記録、業務日誌や医務日誌など各部門での記録などにより、利用者個々の記録が整備されている。「みたけの園・みたけ学園ケース記録管理整理マニュアル」が整備され、個別支援計画等によるサービス提供などについて確認できるよう工夫している。記録の方法については、職員会議などで周知を図っているほか、役付職員の毎月の検印の際に助言等が行われている。組織として統一した様式で実施されていることから、記録様式一覧として整備することも期待される。	
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。	
利用者に関する記録の管理は、岩手県社会福祉事業団の文書整理、管理及び保存に関する取扱い要領で示されている。事務分担表で管理者が明示されている。個人情報の保護においては、「みたけの園・みたけ学園個人情報保護マニュアル」で定められている。情報開示については、事業団個人情報公開要綱により仕組みを定めている。みたけの園利用に係る個人情報(肖像権含)の使用同意書が準備されている。	
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。	
利用者の状況等のに関する情報を職員が共有する取り組みは、運営計画や個別支援マニュアルの全職員への配布を行い、利用者の状況については毎月の寮棟会議や定期的なケース検討会で確認周知されている。利用者の共通事項等については、共有フォルダネットワークにより共有化が図られている。日々の引継ぎや申し送りは、朝の朝礼を始めとして日に4回勤務者の出勤に合わせて取組まれている。	

## 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>a</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。	
利用希望者などへの必要な情報提供は、法人のホームページに事業所の基本事項等が掲載されている。みたけの園・みたけ学園のパンフレットが作成され、療育センター等の関係機関でも入手できるよう配布している。電話相談や見学者は随時受入れており、短期入所、日中一時受け入れなどの事業を実施している。	
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。	<b>b</b>
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説明を行っているが、十分ではない。	
みたけの園入退所マニュアルにより、入所の手順が定められている。サービスの開始にあたり利用者等への説明及び同意は、入所支援会議や重要事項説明書及び契約書により仮名をふり説明を行っている。利用料金は、別紙を作成し説明を行っている。預り金等管理契約書を作成している。何れも理解しやすいように仮名をふり、丁寧な説明を心がけていることが訪問調査で説明されたが、わかりやすい説明の工夫が十分とは言えない。『生活の約束』の内容を膨らませたり映像などを用いた工夫が望まれる。	

## 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>b</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。	

## 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>a</b>
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。	
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のアセスメントは、みたけの園個別支援計画作成及び周知マニュアルにより、定められた様式により計画的に実施する手順が定められている。モニタリングとは別立てに、再アセスメントについての時期についての文言の明示が望まれる。	
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。	<b>a</b>
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。	
アセスメントに基づいたサービス実施上のニーズや課題を具体的に明示する取り組みは、みたけの園個別支援計画作成及び周知マニュアルにより、利用者及び保護者の意見聴取が行われ、ニーズや課題が個別支援計画に明示される仕組みになっている。利用者一人ひとりの個別支援マニュアルにおいて、健康面、日常生活動作、意志疎通、社会生活技能、社会参加、余暇の活用、権利擁護、家族とのつながりの広範囲にわたって現状分析と支援の配慮事項が記載されている。アセスメント項目に沿った細かなニーズや課題であり、サービス実施計画の補完的な位置付けになっているが、個別支援計画との整合性の工夫が期待される。	

## 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。	<b>a</b>
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。	

利用者に対するサービス実施計画の策定は、みたけの園個別支援計画作成及び周知マニュアルにより、利用者や家族の意向を踏まえた個別支援計画が策定される仕組みになっている。事務分担表により、サービス管理者を配置して責任が明確にされている。日常のチェックとしては、サービス管理者による指導及び検印、役付職員による検印及びスーパー・バイズなどが行われている。サービス実施計画を補完するために、個々の日常生活の各サービス場面での留意事項として個別支援マニュアルが作成されているが、個別支援計画との整合性の工夫が期待される。

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。 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行う仕組みは、前項目と同様にみたけの園個別支援計画作成及び周知マニュアルにより実施されている。モニタリング、ケース検討会を定期及び必要時に実施して見直しを行っている。見直しの際には利用者・保護者の満足度の調査を行うなど利用者本位に留意している。個別支援計画作成手順により仕組みが定められており、変更等については寮棟会議での確認、スタッフルームの一覧表更新等により周知が図られている。	

## 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。	b
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。 利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援計画が策定され、個別支援マニュアルが作成されている。利用者個々の特性に考慮した日常のコミュニケーション手段は、必要に応じて、絵カード、筆談、マカトン・サインや身振り、等で行われ、利用者の意志伝達をより正確に理解するよう努力しているが、障害の重い利用者への対応は限度も感じられる。根気よい対応と工夫に期待したい。 外部の有識者(代弁者、手話通訳者、等)の受け入れも思慮されるが、現時点では行われていない。	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	
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。 棟ごとに利用者主体の自治会が設置され、会の発展、活動を促すための職員を職務分担表により位置づけし、自治会に同席して、利用者の主体的な活動を支援している。 なお、重度障害利用者棟(あすなろ棟)自治会は未設置であったが、今年度発足し、改善が図られている。 施設長や副施設長は同席しないが、毎日各棟を訪問し、利用者と接している。	
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。 基本的な生活上の見守りについては個別支援マニュアルに基づき支援されている。 ヒヤリハットやアクシデントレポートに記録された転倒等のリスクが生じた場合は、寮棟会議で状態を検討し、支援方法について本人と話し合いのうえ、了承を得て対応している。	
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。	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。 生活介護ではお楽しみ的な側面も強いが、活動計画で調理や買い物の場面を設定し、金銭感覚等、生活に必要な学習が行われ、自立促進が図られている。就労移行支援サービスでは、就労移行に関する標準プログラムが設定され、個別訓練プログラムに基づいた支援が実施されている。自己表現の技能や話し方の支援については職員が研修会に参加する等、技術取得に努めている。利用者自身の人権意識を高めるため、各自治会総会の場で、外部講師により、「基本的人権の擁護について」を解り易い内容で説明が行われている。	

### 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
サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。 利用者個々の栄養量・食事形態等は、「嗜好調査・食事摂取状況調査(シート)」に明示され、計画に基づいた食事が提供されている。 支援が必要とされる利用者には、個別支援マニュアルに基づいて対応されている。 常時提供されている特別食(内訳:刻み食4、治療食3 肥満食7)の外、体調不良時等や緊急時の対応として、代替食も常備され、個々の状態に合わせた食事サービスは適切に実施されている。	

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。	
<p>嗜好調査は年2回実施しており、給食委員会・会議には、利用者代表も参加し意見を聴取し、順次改善もみられている。</p> <p>誕生日メニューの設定や季節・行事に合わせたメニュー及びバイキング食は利用者にも好評で、嗜好を考慮したメニューの構成に工夫がみられる。</p> <p>事前の献立(1週間ごと)は、利用者の目の届く所に掲示し、食材については適時説明を行っている。</p> <p>調味料は複数の中から選択できるよう食堂に用意されているが、種類・適量が困難な方については職員が支援している。</p> <p>食事介助は、個別支援マニュアルに基づいて適切に行われている。</p>	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
喫食環境の配慮が十分ではない。	
<p>食堂は、テーブルと椅子が置いているだけという状況で、特に重度障害者棟(あすなろ)の食堂は狭い。構造上の問題もあると思われるが、食事を美味しく頂くための雰囲気作りも必要と思われる。ハード面での改善が求められるが、現時点で、喫食環境の工夫、改善に期待したい。</p> <p>拘りなどでなかなか食堂に入る事が出来ない利用者に対して、食事時間への配慮は個別支援マニュアルに従い対応している。また、衛生上の観点から、取り置き可能な時間が限られていることは、本人に了承を得て、時間内に食事を終了する事が出来るように支援している。</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。	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。	
<p>入浴に関する個々の状況は個別支援マニュアルに明示され、プライバシーへの配慮も認められる。</p> <p>体調不良等により入浴支援の方法に変更が生じた場合は、随時、会議などで話し合い、職員に確実に周知させている。</p> <p>入浴の状況は、定められた様式に記入され、健康状況の把握も行われている。入浴に関する配慮は十分に行われている。</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
利用者の希望に沿って行われている。	
<p>失禁等で汚れた場合は随時身体を洗っている。入浴日が定まっているため、それ以外での入浴の希望は殆どないが、夏季等、汗をかく場面が多い季節は職員が付き添い、シャワー浴により対応している。</p> <p>また、洗面所の一角に足浴専用のシャワーを設置され、利用者の多様なニーズに応じたサービスが実施されている。入浴の回数については、入所契約時に説明し、同意を得ている(基本、週3回)。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c
環境は適切ではない。	
<p>設備の老朽化により、お湯の出が悪かったり、手すりが無い箇所もある。手すりに関しては現在使用しなければならない利用者は少ないが、高齢化等に伴い、徐々に必要になってくると思われることから、設置の方向で検討中とのこと。サービスの低下やリスクが伴うことも懸念されることから、早期の改善、工夫を期待する。</p> <p>脱衣場には電気暖房と扇風機を設置しており、必要に応じて随時使用しているとのこと。真夏、真冬時の配慮が望まれる。また、入口に暖簾と間仕切りを設け、プライバシー保護に工夫がみられる。設備上の問題とされるが、脱衣所は狭く、快適な環境と言い難い。</p>	
2-(3) 排泄	
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。	
排泄介助は、標準的な排泄介助マニュアル及び個別支援マニュアルが用意され、実施計画に基づいた支援がおこなわれ、記録されている。便秘傾向の利用者に対しては、排便確認表を使用し、状況を把握するよう努めている。無排便が続いているような場合は、看護師と相談し坐薬等の対応を行なう等、排泄支援は適切である。	
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。	
<p>職員は、業務手順書に従い、定時に清掃を行い、清掃チェック表を使用して毎日の清掃状況の確認を行っている。防臭対策は、清掃の徹底、木炭の使用、換気扇等により行なわれ、業務改善計画(トイレの衛生対策)で定期的に検討されている。立ち座りに不安のある利用者には手すりを利用し、安全な排泄に配慮している。</p> <p>トイレの環境は、清掃が行き届き、清潔さが感じられるが、一部、トイレのドアが破損し、開閉が困難な状況である。老朽化と併せ、利用者の無理な扱いが原因と思われるが、プライバシー及び快適性の観点から早期修繕が望まれる。冷暖房設備は設置していない。</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
利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。	
基本的に衣類の購入に関しては、ご家族の対応となっているが、年金等が施設管理になっている利用者や衣類の購入が難しいケースについては、寮棟で購入を行っている。購入に際しては利用者、および家族の意向（普段購入する衣服の傾向等）を踏まえ、電話で確認後に購入している。自分で好みの衣類を購入したい利用者については、買い物支援と併せて購入できるように調整し、利用者が衣類を選択できるよう配慮している。	
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。	b
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。	
衣類を自分で管理している人には、汚れていた際に助言して交換を促している。また汚れたときの対応は利用者の意志を尊重しつつ、個別マニュアルに基づき、随時交換を行っている。意志表示が不十分な利用者には、個別マニュアルに基づいて支援されているが、汚れや破損時における速やかな対応は十分に行われていない。	

## 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。	
整髪料の使用を希望する利用者については、他の利用者が飲用する危険性があることから、自室で鍵のかかる保管庫で管理され、使用している。（あすなろ寮）髪型や化粧は、利用者の希望を優先し、逐次意向を確認しながら必要に応じて相談に応じる等、適切な支援が行われている。	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
配慮している。	
施設利用契約時、理・美容院の利用に係る経費は自己負担であり、原則、家族の対応となる旨を説明している。家族の対応が難しい場合は、定期的に園内理髪の場を設定し、利用している（毎月1回、1300円）。また、作業や職場実習等で園内理髪の利用が難しい場合は、買い物支援と併せて、地域の理・美容院を利用できるよう調整し支援されている。理・美容院との連携は、適切に行われている。	

## 2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	c
配慮していない。	
夜間の様子に関しては夜間巡回の内容について記録し、引き継いでいる。検討が必要なケースについては寮棟会議等で検討し、対策を図っている。安眠を確保するため、エアコンの設置による温度管理は、一部で見られるが、扇風機や網戸の設置のみの居室がある。老朽化も加わり、利用者が安眠できる環境といい難い。安眠確保のための設備、整備が求められる。	

## 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。	
利用者の健康カードが作成され、検診や予防接種など、各種医療に関するマニュアルに従い、利用者の健康管理は適切に実施されている。保健委員会は定期的に開催され、利用者の健康管理はもとより、各種感染症対策等、施設全般に係る保健衛生に努めている。歯科医師が定期的（週1回）に来園し口腔衛生に関する指導など、適切に行われている。	
みたけの園に於ける健康管理は、支援の中枢と位置づけ、職員間の相互牽制と情報の共有により確実に行われている。	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	
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。	
利用者の急変時における手順が示され、マニュアル化した内容は、職員間で共有されている。近隣の医療機関（内科、整形外科、眼科等）は、通院などにより日常的な連携が図られ、必要な時に適切な医療が受けられる。土日、祝祭日に関しても当番医一覧表を準備し、緊急時の対応に備えている。	

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。 服薬時における支援マニュアル(与薬・誤薬等への対応・薬の扱い等)は各寮毎に整備され、職員間で共有し、利用者の服薬は確実に行われている。薬事情報は、処方箋を各棟に配布し、変更がある都度差し替えている。内、外用薬は医務室で鍵のかかる保管庫に保存し、使用状況は医務日誌に記録され、薬の扱いが確実に行われている。	

## 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。	b
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。 自治会月例会のなかで翌月の余暇の希望を話し合い、週末の余暇活動として月2回程度計画を立てている。利用者の希望に沿えるように努力しているが、職員の付添い等、支援に限界もみられ、日課の中で行われることが多く、プログラムも同一の種類に偏る傾向がみられる。気軽に参加できるような運動も取り入れた、幅広い余暇・レクの充実が望まれる。 ボランティアの受入れはホームページに掲載し、担当窓口を設けて常時受付を行なっているが、利用者の特性を考慮し、積極的な受け入れは行われていない。	

## 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
利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。 外出についてマニュアルが作成され、利用者主体のルールが設けられている。地域のガイドマップやイベント等を逐次、情報として掲示し、単独での外出を行う事が出来る利用者は、緊急時に備えて外出カードを携行して外出している。外出時に利用者が必要とする付添等は、職員の支援に限界がみられる等、希望に沿った外出は十分に行われていない。	
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。 外泊時のマニュアルが用意され、利用者本位のルールが設けられている。外泊は主に受け入れ側の家族等の意見が優先され、施設側からの要望を積極的に働きかける様な場面はないが、利用者の希望を情報として提供し、調整を図り、利用者の希望に応じられるよう配慮している。	

## 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。 基本的に金銭に関しては施設側で預かり管理している。金銭管理は、法人の要綱に従い適切に支援され、確実に実施されている。また、利用者はマニュアルに沿って、出入金が伴う訓練(外出、買物、銀行利用等)、学習を行い、経済能力を高められるように支援している。	
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。 新聞は1紙であるが、施設で定期購入し、利用者の「きまり」に従い、利用している。 テレビやラジオ等、利用者の希望に応じて購買、居室で視聴できるよう配慮されている。	
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。	c
利用者の意志や希望に十分応じていない。 飲酒、喫煙については、健康管理上と服薬の関係もあり、制限が必要な利用者が多いことから、健康を重視し、本人の意志や希望通りに行っていないこと。重要事項説明書と連動されていない。	