

## (別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果[障害児入所施設 みたけ学園]

### 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
<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>評価調査者コメント          法人の創立40周年(H23)を契機に理念が見直しされ、従前の「基本理念」を「経営理念」に替え、「利用者」を「お客様」と表現し、地域福祉の推進や経営意識の醸成など、法人の使命や目指す方向がより具体的かつわかり易く明文化されている。また、この理念は施設内の掲示はもとより法人の概要書、法人のあらまし、中・長期計画書、事業計画書に掲載されている。さらにホームページに法人の目指すものとして経営理念の周知が内外に図られている。</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>評価調査者コメント          理念と同様に、法人の創立40周年を契機に見直しが行われ、従前の「基本方針」を「経営基本方針」に変え、内容を従前の基本方針の考え方をベースに整理されて、強調すべきことを具体的かつわかり易く表現して明文化されている。また内外に対する表明は理念と一体で行われている。</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>評価調査者コメント          経営理念と経営基本方針に、利用者の尊厳や人権尊重と利用者本位という姿勢が強調され、中・長期計画にも重点項目に掲げられている。その取り組みとして虐待防止も含めた人権侵害について、毎月所定のチェック表により職員自らの自己チェックが行われている。また毎月の寮棟会議や職員会議で、経営理念や経営基本方針の趣旨である倫理綱領及び人権侵害チェックの検証の話合いが継続的に行われており、これらを通じて十分な理解を促す取り組みがされている。</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>評価調査者コメント          利用者ができるだけ利用できるように文書表現を変え、ふりがなを振るなど工夫したものを利用者自治会で配布し説明がされている。また経営理念や経営基本方針の本旨である利用者の尊厳と人権を守り、利用者本位の支援を行うために、施設職員が利用者に対して、日常生活や行動について守るべき具体的事項の約束を宣言し、その書面を施設内に掲示するとともに、自治会で説明と周知がされ、特色ある取り組みが行われている。</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
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 県の施設が法人に経営移管されたことに伴って、H28年度から自主・自立の経営とその後の安定経営を目指して、H23年度からH32年度までの10カ年を展望した中・長期計画及び収支計画が策定されている。策定に当たっては、理念を具現化するために経営基本方針に基づき10年後のビジョンを描き、そのビジョンを達成するために内外の現状分析を的確に課題把握がされたうえで、H23年度からH27年度までの前期実施計画が年度ごとに具体的に策定されている。この計画と連動して各施設ごとの前期5カ年の実施計画策定されている。	
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。 評価調査者コメント 施設の中・長期計画の前期実施計画のうち、当該年度分が単年度事業計画に反映されている。さらに当該年度の実施計画には、取り組むべき項目、内容が具体的に、かつ実施状況の把握が容易なように数値等の多用と取り組むべき項目ごとに担当者を配置して、計画実施の管理体制が明確となっている。	

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。	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 中・長期計画については、施設のあり方検討委員会で福祉情勢の動向や地域ニーズをみて見直しを検討し、それを踏まえて法人本部の経営改善委員会においても検討され、計画の見直しがされている。また単年度の事業計画についても施設において四半期ごとに寮棟会議や調整会議で業務の反省、見直しが行われ、この結果を法人本部のプロセスマネジメント会議で進捗状況、課題分析及び改善策が検討され、さらに施設にフィードバックして、それに基づいて事業計画を見直しするという組織的な取り組みがされている。	
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 職員への説明は、前期5カ年の実施計画をわかり易く年度ごと、項目別、取り組み内容と目標を明示した一覧表を作成して、職員に配布、説明がされている。単年度の事業計画についても同様に作成し、それに項目ごとの担当者を配置して、役割と責任を明確にした一覧表を配布、説明がされており、それを理解されているかをコンプライアンスチェックで確認されている。利用者には、利用者に関係する部分の計画を利用者自治会で説明され、要望などの意見を聴き利用者の納得のうえに計画が実施されている。利用者の保護者に対しては、保護者会の際に管理者から、当年度の経営方針と合わせて説明されている。	

## 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 管理者の役割と責任として、管理者自ら当年度の事業計画の経営方針や重点項目を策定し、職員会議で説明がされている。また毎月開催される職員会議には、その都度福祉情勢や取り組むべき課題や方向について、文書にまとめて周知されている。外部に対しては機関誌に掲載し表明されている。職員や利用者からの信頼度については、管理者自身が人事考課の被考課者として、管理者能力が評価されている	

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
<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>評価調査者コメント 法令や制度改正などは、県の研修会や上部団体の情報、県のメールリンク及びインターネットから情報をえて理解に努めている。得られた情報の資料を作成して、朝のミーティングや職員会議で周知が図られている。法令順守の具体的取り組みとしては、職員が毎月の人権侵害自己チェックやコンプライアンス自己チェックの取り組み、及び虐待防止対応責任者として、自ら資料を作成して指導、助言が行われている。</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
<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>評価調査者コメント サービスの質を高めるために、サービス改善事業実施要綱を定め、体制として管理者が責任者となりサービス担当者会議が設置されている。取り組みとして第三者評価基準を適用して毎年自己評価の実施、利用者満足度調査が年2回の実施及びそれを補うための保護者の満足度調査が行われ、さらにサービス担当者会議や職員会議での意見など、これらからサービスの質の評価や課題が把握されている。把握された課題をもとにサービス改善計画を作成、実施され、その検証などPDCAサイクルの機能が発揮され、サービスの質の向上に管理者の指導力が発揮されている。</p>	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り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>評価調査者コメント 管理者は、経営や業務の効率化のために、財務や適切な人員配置、人材育成及び業務分担について分析され課題の把握に努めている。また、定期的に行われる働きやすい職場環境を目指した職場巡回チェックによる課題把握や、年間延べ12回行われている職員との個別面談での意見、意向の把握、これらで把握された課題等については、管理者が毎月開催する調整会議で課題の分析や改善策を検討されるなど、管理者の指導力のもとに取り組んでいる。</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
<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>評価調査者コメント 社会福祉事業全体の動向については、関係上部団体からの定期的な情報や県のメール及びインターネットからの情報収集がされている。地域の動向は、児童相談所、支援学校及び当施設系列の相談事業所との連携で得られた情報から、利用者像や潜在的利用者数及びニーズの把握がされている。把握されているニーズのなかで家庭での養育困難児童、虐待児童及び発達障がい児童の増加が予想されていることから、これに対応するために施設のあり方検討会や法人本部の経営改善検討委員会との連携で検討されており、その案が施設の改築にあわせて実施できるよう中・長期計画の後期実施計画の反映を予定している。</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
<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>評価調査者コメント 県から法人への事業の移管にともない、H28年度から自主・自立の経営を目指した経営や業務の効率化や改善について、中・長期計画の前期実施計画に施設ごと、年度ごとに管理費比率、人件費比率及び独立採算度それぞれの達成すべき目標数値が明示されている。この計画が当年度計画の実施計画に反映され、その実施状況が毎月収入、支出データを調整会議や職員会議に示され、予算との比較などをしながら協議されている。また四半期ごとに法人本部のプロセスマネジメント会議でも進捗状況や課題分析と改善について検討されている。</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>評価調査者コメント 経営基本方針に、法人が人材として期待する職員像が明示されており、それを踏まえて法人経営の自主・自立を前提とした人員配置や採用、評価などが有機的に連動した人事管理の方針が確立している。中・長期計画に組織運営に必要な人員数は、H32年度まで正規、非正規ごとに定数を充足する人員が計画されており、現に定数を超えて配置されている。また配置すべき専門知識、技術者や専門資格名ごとに人員計画が策定されている。</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>評価調査者コメント 人事考課制度は、教育・研修制度及び目標管理制度とともに、人材育成の一環として実施されている。考課基準は客観性に配慮して、成績考課、情意考課及び能力考課に大別し、それぞれに考課項目が設定されている。人事考課の実施に当たっては正確性や公平性を期するために、人事考課シート様式を定めそれにしたがって、まず、被考課者が自己評価をして、次に第1次評価者である上司、第2次評価者である上司が、それぞれ面接を行いながら評価をし、第2次評価者が総合評価及び総合意見をまとめて、これを被考課者に伝えるためのフィードバック面接を行うなど透明性のある取り組みがされている。この人事考課制度は5年目を迎え、趣旨や内容は職員に理解されているものと思料される。</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>評価調査者コメント 時間外労働や有給休暇の取得率については毎月データとして集計され、副管理者がその内容と当該月の勤務実績記録表とあわせて分析し、時間外労働の多い職員と有給休暇取得の少ない職員から個別に意見を聴き、業務手順の見直しや職員相互の協力体制及び勤務表の調整による改善策がとられ、さらに管理者が業務分掌や人員配置の見直しを定期的に検討されている。就業状況や職場環境について職員から意見、意向を聴くために、職員との定期個別面談のほかに、身上調書、人事考課などを合わせて年延べ12回の個別面談が行われている。メンタルヘルスケアについては、法人本部に事務局を置き、心の健康づくり計画を策定し、施設と一体となり支援体制、支援方法及び外部でも相談が出来るよう支援機関が明示されている。</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>評価調査者コメント 法人の職員互助会施行規程が定められており、療養給付金の給付など9項目の事業が行われている。また県社協の共済事業への加入、非正規職員についても福祉医療機構の退職金制度に加入し、さらに非正規職員も含めての各種検診やインフルエンザ及びB型肝炎予防接種の実施など、職員の健康管理に配慮した特筆すべき取り組みがされている。</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。	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>評価調査者コメント 経営基本方針や中・長期計画に、法人経営と質の高いサービスの提供を担うことのできる職員像が明示されている。職員に求める専門技術や資格については、社会福祉士など7種を計画されている。この専門資格を取得させるために奨励金や、資格手当での支給及び職務専念義務免除により、資格取得の意欲が高められる方法がとられている。また人材育成のために教育研修制度、人事考課制度及び目標管理制度の一体的運用や、質の高いサービスの提供と将来施設の経営を担える全人的な成長を目的とした人材育成の取り組みの体制整備のため、法人本部に人材育成室が設置されている。</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。	a
<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、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>評価調査者コメント 法人の教育・研修実施要綱が定められており、それに基づき5年後を目標にした個別人材育成計画が策定されている。策定に当たっては個別職員ごとに、5年後にどんな仕事を、どんな資格などを得たいかを聴き、現時点の知識や、技術水準及び有資格の内容を考慮して、組織が求める職員像にむけて5年後の目標計画が策定されている。教育・研修には法人本部研修、施設等所管研修及び自己啓発研修に分けられている。また効果的人材育成を推進するために、人事考課制度と目標管理制度の三位一体で取り組まれている。さらに外部から講師を招き、人権擁護に関する研修も行われている。</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。	a
<p>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。</p> <p>評価調査者コメント 個別人材育成計画に計画された外部研修を受講した場合は、所定の外部研修受講評価書に受講者の自己評価及び今後活かせる点を記入して、関係者に回覧して、管理者に提出され管理者の評価コメントが記入されている。また受講者が寮棟会議で、伝達、報告を行っている。研修内容については、人事管理制度や目標管理制度に反映された取り組みも行われており、個別人材育成計画内容が補われている。</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。	b
<p>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。</p> <p>評価調査者コメント 法人の実習生受け入れ要綱及び施設の実習生受け入れ要領が定められている。これに基づいて受け入れ手順として、実習生受け入れ対象者の範囲から実習中の指導、実習後の評価など、それぞれの手順や根拠などの詳しいマニュアルが整備されている。さらに施設として、手順をわかり易くフローチャートにされている。実習における責任体制も要綱で定められている。実習指導者は、福祉専門養成研修を受講して、実習生の指導に当たられており、体制も仕組みもできている。ただ実習生の受け入れに対する基本姿勢が明確とはいえないので、検討が望まれる。</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>評価調査者コメント 当施設の実習生の受け入れ対象は、社会福祉士及び保育士の実習施設であることから、それぞれの資格取得に必要な実習について、養成校と連携をはかり実習月日、実習時間、実習場所、指導担当者及び実習内容が記載された指導計画書が作成され、それに従って実習が全般かつ計画的に学べる内容になっている。実習期間中も実習内容について、養成校との協議が行われている。</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。

<p><b>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></p>	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>評価調査者コメント                      利用者の安全確保のために、リスクマネジメント要綱及び取り扱い要領が整備されており、管理者はトップマネージャーとして有事には、適切かつ迅速な指導力が発揮されている。施設には安全確保に関する担当者としてゼネラルマネージャー及び各寮棟にリスクマネージャーが配置されている。事故が発生した場合は要領に基づき、直ちに当日勤務のリスク担当者を中心に小委員会を開き、対応策を検討し実施に移すという迅速な対応がとられている。またリスクの種類別にマニュアルが整備されその管理は、リスクマネージャーが担当されている。利用者の外出、外泊の際は、マニュアルに従って対応することになっている。救急法の研修会の実施や火災等災害については、近隣3地区の住民による防災協力隊を編成して、避難訓練の実施など有事に備えている。</p>	
<p><b>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></p>	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>評価調査者コメント                      リスクマネジメント要綱及び要領に従ってインシデント及びアクシデントが発生した場合には、リスクマネージャーが中心となって原因を分析し、防止対策を所定の様式に記入し、ゼネラルマネージャーの指導を得て、管理者に報告し実施に移す仕組みになっている。収集された事例については、四半期ごとに開催されるリスクマネジメント委員会で、発生原因や未然防止対策について検討がされ、その実施に係る検証が四半期ごとに行われている。また特色ある取り組みとして、危険を予知して事故防止に役立てるために、寮棟会議で毎月危険予知訓練に取り組みされている。</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。

<p><b>II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。</b></p>	b
<p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント                      地域とのかかわりについて、中・長期計画で「利用者の生活が施設で完結することなく、家族や知人、友人、地域住民との関係が継続、促進されるように支援する」という基本的な考え方が明示されている。利用者への地域の社会資源の情報は、マップを作成して玄関に掲示され、行事等の情報は利用者自治会で周知されている。利用者の外出希望には、買い物や娯楽など目的別に小グループに分けて、週1回程度対応されている。地域と利用者との交流は、地域の文化祭への出展、スポーツ大会への参加、芸術祭、学園祭、夏祭り、及び地域の河川の年2回の清掃など、一部企画段階からの参加を含めて、多彩な行事等を通して交流がされている。ただ利用者個々の日常的ニーズに対応できる体制の確立が必要と思われる。</p>	
<p><b>II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</b></p>	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>評価調査者コメント                      地域の学校に、福祉学級の講師として職員を派遣し、相談支援事業の兼務職員を専任職員にして、障がい児童保護者に対して充実した相談体制がとられている。また在宅障がい児童養育支援のため、子育ての悩みを抱える保護者が集える場や相談できる場(サロンの)設置、おもちゃ図書館の開放と貸し出し及びおもちゃドクターによる無料修理を行うなど、施設の有する機能を積極的に地域に還元されている。</p>	
<p><b>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></p>	b
<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。</p> <p>評価調査者コメント                      系列グループ共有のボランティア受け入れ要領と施設のボランティアマニュアルのフローチャートが整備されている。ボランティア受け入れの基本姿勢として「利用者の社会との交流を増すとともに、障がい福祉の理解の促進及び地域の人材育成に寄与する。」と明文化されている。受け入れ手順として、登録手続き、ボランティア保険加入、事前説明や事前研修、リスク管理及び終了後の反省など詳しく定められている。ボランティアの受け入れは、夏祭り、おもちゃ図書館の運営及び利用者支援に、年間287人の協力が得られている。ただ中・長期計画やボランティア受け入れ要領にも明示されているが、計画的に行われていないことから、今後のボランティア育成への取り組みが必要と思われる。</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。	a
<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、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>評価調査者コメント 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を、機能別に分類し、連絡方法も明示した一覧表を作成して、職員が適宜に閲覧できるよう、事務室と各寮棟に備えている。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	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>評価調査者コメント 援護の実施者の行政機関や児童相談所との定期的な連携による情報交換や課題の取り組みがされている。地域のネットワークとしては、障がい児教育推進協議会や広域障がい者自立支援協議会での障がい児、者の教育の充実、日常生活及び社会生活を総合的に支援するために、共通課題の取り組みや情報交換がされている。特に支援学校との連絡協議会活動としては、日常の諸連絡、学業指導、健康管理及び進路指導など、それぞれに学校、施設とも担当者を配置して、密接な連携のもとに共通課題に取り組んでいる。</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。	a
<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>評価調査者コメント 地域ニーズについては、児童相談所や援護実施者の市町村及び支援学校との連携によるニーズ把握、さらに施設の相談事業活動及び障がい児教育サービスなど、事業活動を通じてニーズ把握がされている。具体的なニーズとしては、家庭での養育困難児童、放課後児童、発達障がい児童及び虐待児童が増加しており、その受入体制の必要性、さらに在宅障がい児童の保護者の支援の必要性が把握されている。</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。	a
<p>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。</p> <p>評価調査者コメント 地域の把握されたニーズに基づいて実施されている事業・活動は「在宅での養育支援に、子育てなどの悩みを抱える保護者が集える場及び相談のできる場の提供として(サロン)を設置されている」、「在宅障がい児の養育に係る相談事業の充実を図るため、従来の兼務職員から専任職員にされている。」、及び「障がい児童デイサービス事業所を2箇所設置して、放課後児童や児童の発達支援に取り組まれている」、さらに障がい児童デイサービス事業所の定員を超えるニーズがあることから、H25年度事業計画に、新規デイサービス事業所設置の検討が明示されている。</p>	

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>評価調査者コメント 組織として利用者を尊重する基本姿勢は理念や基本方針、中長期計画、学園事業計画へ明示されている。利用者へのサービス提供は日常生活支援マニュアルに基本姿勢を明示し、標準的な実施方法へ反映されている。利用者尊重や基本的人権への配慮に関しては職場研修を実施し、また毎月の人権侵害自己チェックによる職員の振り返りを行っている。毎月開催の調整会議や職員会議、毎日の寮棟事務引き継ぎ会議で周知を図る等、組織内での共通理解を持つための取組が行われている。</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>評価調査者コメント          利用者のプライバシー保護に関するガイドライン及び保護マニュアルは整備されているが、利用者の部屋は施設の構造上及び施設設備面で個室化されていない。しかしプライバシー保護への職員の配慮や工夫から部屋を衣類の整理タンスや整理棚等で仕切り、完全な個室化は出来ないが利用者が自由にくつろげるよう、スペースの工夫がされている。また、トイレや浴室も見えないような配慮や工夫がされている。プライバシー保護に関する規程・マニュアル、社会福祉事業に携わる者としての姿勢や意識について年2回の学習会(4月、8月)が実施されている。利用者にはプライバシーに関して自治会で説明したり、日常、繰り返し話をしている。</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。	a
<p>利用者満足の上昇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。</p> <p>評価調査者コメント          利用者満足の上昇については中長期計画や学園事業計画で明示し、利用者の満足度調査、嗜好調査は年2回実施している。保護者の満足度調査は郵送やモニタリング時に意向を含めた調査を実施している。また、何でも相談や自治会及び家族会に園長が出席し意見や意向を聞いている。利用者の意志疎通の状況に応じて担当職員が聞き取り代筆する場合、2名の職員で対応している。利用者の意志を汲み取る方法は調査のつど前回の反省を基に工夫を重ねて行っており、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備していると言える。</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
<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>評価調査者コメント          利用者満足に関する調査の担当者が設置されており、調査結果は職員会議及び寮棟会議で分析・検討し、改善を行っている。しかし把握した結果を分析・検討するための会議に利用者の参画がなく職員のみで行われており、利用者満足の上昇に向けた取組としては十分と言えない。</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>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>評価調査者コメント          毎月1回、男女2名の外部相談員で相談を受けたり、職員の相談受付担当者による相談受付は随時実施されている。また相談受付の場所は地域支援室や機能訓練室等、相談スペースが確保されている。意見箱は玄関や各寮棟に設置されている。利用者が何時でも相談したり相談相手を複数から選択出来ることを、利用者へ文書で配布したり自治会で説明し、廊下や自治会室へ掲示されている。利用者が相談や意見を述べやすい環境が整備されそのことを利用者に伝える取組も十分行われていると認められる。</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。	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>評価調査者コメント          苦情解決実施要領により苦情解決の体制は整備されている。利用者や家族には重要事項説明書での説明や広報誌「みたけだより」への掲載、施設内へのポスターの掲示や自治会・保護者会で説明をされ周知が図られている。苦情の検討内容や対応策は利用者へフィードバックし、また利用者の個人情報に関する事項を除き施設内への掲示により公表されている。昨年度は上半期13件、下半期7件でており苦情解決の仕組みが確立され、利用者へ周知する取組や苦情解決の仕組みが機能していると認められる。</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。	c
<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>評価調査者コメント          利用者からの施設整備や日課等の意見や要望について「対応マニュアル」がなく、一部、苦情解決実施マニュアルで対応されているものはあるにしても現状で十分機能しているは言えない。利用者が日常生活の中で示される意見や希望、提案等を受けた記録の方法や報告の手順、対応策の検討、さらには経過と結果のフィードバック、公表の方法等について規定したマニュアルの整備が望まれる。</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>評価調査者コメント 事業団が規定する「福祉サービス第三者評価受審要綱」により自己評価は年1回、第三者評価は4年に1回の受審が定められている。年度毎に評価体制についてスケジュールと共に職員に周知され、担当者を設置し組織的に取り組んでいる。評価結果を分析・検討する場として「サービス評価改善委員会」を設置し、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</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>評価調査者コメント 自己評価や満足度調査、第三者評価などの評価結果の分析や課題は「サービス評価改善委員会」で文書化され、さらに寮棟会議及び職員会議で話し合い、確認し課題を明確にすると共に職員間での共有化が図られている。</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>評価調査者コメント 自己評価から明確になった改善課題について、「サービス改善マニュアル」や「サービス改善事業実施要領」に基づき改善策やサービス改善計画を作成している。また、これら改善策やサービス改善計画について、寮棟会議や職員会議で話し合わせられ全職員で確認し共有を図りながら実施されている。さらに必要に応じて計画の見直しも行われている。</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。	a
<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、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>評価調査者コメント 個々のサービスについての標準的な実施方法は日常支援マニュアル(起床、着脱衣、洗面、食事、与薬、歯磨き、排泄、入浴、清潔、就寝及び就寝中)等に利用者尊重やプライバシー保護の配慮がなされ文書化されている。職員に周知する方策としては異動職員・新規職員へオリエンテーション研修及び年度当初の寮棟会議で業務手順や日常支援マニュアルの読み合わせを行い周知を図っている。また、マニュアルに基づいて実施されているかモニタリングや毎月の寮棟会議で支援方法について検討や確認をされている。</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。	a
<p>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。</p> <p>評価調査者コメント 標準的な実施方法についての見直しは年度末に業務反省を行い業務手順や個別支援マニュアル等の見直しを行っている。また、毎月の寮棟会議の中で支援方法を検証し必要があれば個別支援マニュアルの見直しを行い、訂正は朱書きで記載し訂正月日も記入している。モニタリングは年2回(8月、2月)実施。その際、家族から満足度を伺っており利用者等からの意見を含め、個別支援計画の見直しを行っている。これらは「個別支援計画の作成及び周知マニュアル」で定められている。</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。	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>評価調査者コメント 利用者一人ひとりのサービス実施記録は業務日誌、日中活動(パラソル)日誌などからケース記録に展開し学園の統一した様式で整備されている。記録の方法については職員会議等で周知を図り、記録にばらつきが生じないように配慮されている。また、訪問調査で利用者のサービス実施計画とそれに対する実施状況が適切に記録されていることを確認した。</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>評価調査者コメント 利用者に対する記録管理については事業団文書取り扱い要領に規定されており、記録管理責任者を配置し管理されている。情報開示については事業団個人情報の保護に関する規程及び要領により対応されている。また、職員への教育や研修は、寮棟会議の中で学習会を実施している。電子媒体による文書の作成と管理についても「学園個人情報保護マニュアル及びフローチャート」を整備している。個人情報に関する文書綴りはケース記録・業務日誌・個別支援計画等、事務室のキャビネ内で管理し、リムーバブルディスクは施錠出来る職員室の保管庫で管理されていることを訪問調査で確認した。</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。	a
<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。</p> <p>評価調査者コメント 利用者個々のサービスについて標準的な実施状況は個別支援マニュアルを全職員に配布し毎月の寮棟会議及びケース検討会議において協議し情報の共有を図っている。また、月曜連絡会や朝礼の連絡事項メモ、寮棟での引き継ぎ票や業務日誌で夜勤支援員や職員間の情報を共有している。パソコンネットワークシステムや緊急対応マニュアル等も整備され、施設内の情報を共有するための具体的な取組が行われている。</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。	a
<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。</p> <p>評価調査者コメント サービス内容を紹介するためホームページやパンフレットが作成されている。パンフレットは各市町村の役場や会議等で配布している。ホームページには基本的な情報の他ボランティアの募集や機関誌「みたけだより」を掲載している。見学者及び新規短期入所、日中一時支援の利用希望者には体験利用も出来るようになっている。</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>評価調査者コメント サービス開始の同意を得るにあたっては「入所・退所マニュアル」により、重要事項説明を行い施設利用契約やその他必要な契約を、締結している。パンフレット、生活の約束(自治会)、入所時に用意するもの、生活に係わる詳しい日課表等を配布し利用者や家族に丁寧な説明を行っている。また、他のサービスや施設等の利用が望ましいと考えられる場合、家族や医療機関、援護の実施者、相談支援事業所等と協議し了解を得た上で必要な手続きを行っている。</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>評価調査者コメント 事業所の変更や地域・家庭への移行にあたっては、「入退所マニュアル」に基づき利用者の同意を得、利用者の基本情報、支援のまとめ、健康のまとめ、利用者の状況報告書、退園時要約票(医務)にて継続性に配慮した支援を行っている。退所者の会は組織してないがアフターケアは担当者を設置し、相談支援事業「みたけ」と協力して支援している旨、利用者や家族に説明を行いその内容を記載した文書を渡している。</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>評価調査者コメント 個別支援計画作成マニュアルに基づき入所の事前調査様式により利用者の状態を確認。入所後、組織が定めた様式で施設内での様子観察を行い、身体状況、生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等を正確に把握し1ヶ月以内にアセスメント要約票を作成している。アセスメントは入所時及び3年ごとに実施。ただし、利用者の必要に応じて随時行うとされている。また、今年度から児童と18才以上のアセスメント様式を変更し、個別支援計画には児童の発達段階を踏まえたものとする等、計画的なアセスメントを行っているといえる。</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
<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具体的に明示している。</p> <p>評価調査者コメント 個別支援計画作成マニュアルに基づき利用者、保護者、看護師等の医療関係者及び学校担任(学校・学園指導連絡会)などの意見を聴取し課題やニーズの把握に努めている。利用者全てについてアセスメント要約票等に基づき一人ひとりの具体的なニーズや課題をサービス場面ごとに明示している。これらは訪問調査においてアセスメント票やサービス実施計画の記録を確認できている。</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。	a
<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おり、実際に機能している。</p> <p>評価調査者コメント サービス実施計画策定には児童発達支援管理者が責任者となり、「個別支援計画作成マニュアル」に基づき、利用者、保護者、看護師等の医療関係者及び学校担任、施設の支援員等の意見を聴取し作成しており、職員会議や寮棟会議を開催し職員間の合議の場を設けている。そこで検討された内容については利用者への説明と同意を得て決定されている。サービス実施計画は一人ひとりの日常生活を支援する留意点等が具体的に記入されている。サービスが計画通り行われているか各種サービスチェック票により日常的に確認する仕組みがあり十分に機能している。</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。	a
<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。</p> <p>評価調査者コメント サービス実施計画の評価(モニタリング)・見直しについては個別支援計画作成マニュアルに基づき年2回、利用者・家族同席のもとで実施されている。ケース検討会も定期的に実施し見直しを行っている。計画変更については寮棟会議で確認を取ると共に執務室に貼ってある一覧表も更新する等、職員への周知や情報の共有化が図られている。支援項目が利用者の状況に合わなくなった場合はその時点でモニタリングを実施し支援内容を検討する仕組みも整備されている。</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
<p>コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント          利用者のコミュニケーション能力を高めるため、個別支援計画を策定するとともに、個別支援マニュアルで職員が統一した支援を行うよう取り組んでいる。また、コミュニケーションが取りにくい利用者には、マカトンサインや絵カード、写真カード等を用いて、個々の特徴を活かした関わりを持っている。寮棟会議等で検討され、職員間では様々な取組が行われ、利用者に見合う対応を取っている。療育センターの心理士との連携の機会があるが、不定期に行われていることから、定期的な相談や外部の専門家との連携を行う機会を設けることが望まれる。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<p>利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>評価調査者コメント          すずかけ寮、かえで寮毎に自治会が設置され、定期的に集会を開催、利用者主体の活動を支援するため、職員体制も決められ、支援が行われている。すずかけ寮は利用者の意向を汲むことが難しいものの、自治会新聞を発行し、学園の生活に関心を持つよう取組を行っている。かえで寮は利用者の希望により目的別の外出先を決めるなど、利用者主体の取組が行われている。自治会活動では施設周辺のゴミ拾いを行う等地域貢献活動が行われており、今後も地域への参画を期待したい。</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。	a
<p>見守りと支援の体制が整備されている。</p> <p>評価調査者コメント          日常生活への見守りと支援は、個別支援マニュアルにより支援体制が取られている。定期的なモニタリングのほか、寮棟会議で支援方法を検討するなど、本人の意向も踏まえた支援を行っている。また、個別障がいに対する勉強会を寮棟会議で実施している。自立促進事業では、家庭及び地域社会で生活を行うための体験プログラムを実施、職員宿舎を利用し、計画を作成し、取組を行っている。</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。	a
<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ある。</p> <p>評価調査者コメント          自立促進事業訓練では、掃除、洗濯、電話、買い物、調理のプログラムが用意され、本人の意向と能力に合った体験を行い、社会生活力を高める取組を行っている。調理のプログラムでは、自分で食材を選び、レジで支払うことを通じ、自分自身でやる意識づけを持つことが出来るなど、訓練の成果も出ている。すずかけ寮では、買い物等でお金の使い方を職員が支援するなど、利用者ができることを身に付くことが出来るよう取組が行われている。利用者に向けての人権教室も開催され、DVDや歌を交えて、人権啓発に向けた取組が行われている。</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。	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>評価調査者コメント          個別支援マニュアルの身辺面に食事の項目が設けられ、嗜好状況や箸の使用、介助の方法などが記載され、マニュアルに基づいた支援が行われている。そばアレルギーや納豆が苦手な方、体調不良者などには代替食が用意されており、一覧表で確認を取れるよう対応している。刻み食などの特別食も利用者に合わせて提供出来るようにしている。</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。	a
<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。</p> <p>評価調査者コメント 嗜好調査は定期的実施されており、利用者も参加する給食委員会の取組みと併せて、利用者が希望する食事を提供出来るよう取組が行われている。また、栄養士が日ごろから利用者とコミュニケーションを取りながら、希望を聞くとともに、職員とも連携を取るなど、対応を行っている。選択食や行事食、誕生会メニューなど様々な工夫を行うとともに、予め、写真で利用者に周知し、楽しく食べるための取組みも行われている。食器も年齢に合わせたものを提供するようにしている。食事介助は個別支援マニュアルにより支援が行われている。</p>	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
<p>喫食環境の配慮が十分ではない。</p> <p>評価調査者コメント 利用者代表も参加する給食委員会を年4回開催、食住環境の充実に向けて検討が行われている。食堂は、施設スペースの関係から、限られたスペースのため、全員が集い、顔を見合わせながら、食事を摂ることが出来ない。職員の介助も狭いスペースで行われている状況であることから、環境の改善を望みたい。</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>評価調査者コメント 日常支援マニュアルの入浴支援により、入浴時の支援の留意点、介助の方法が定められ、個々の支援は、個別支援マニュアルの身辺面(入浴)に明示されている。 個別支援計画のモニタリングに合わせ、年2回の見直しを行うほか、体調の変化に合わせて、支援方法を協議している。 異変や変更があった時は業務日誌に記録し、職員が共有出来るようにしている。また、入浴実施記録票に記録を取り、入浴状況を一覧にし、把握を行っている。</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>評価調査者コメント 週3回の入浴を行うとともに、夏場は毎日シャワー浴を行うなど、希望があれば、対応出来るようにしている。また、失禁時もシャワーが利用出来るよう、対応を取っている。 自治会で、入浴時のマナーについて、話し合いを行うなど、利用者同士が楽しく入浴するための工夫も行われている。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c
<p>環境は適切ではない。</p> <p>評価調査者コメント 老朽化により、お湯が出ない(シャワーの故障)、手すりが無いなど不具合な箇所が見られた。また、掃除の努力は感じたが、タイルや床の汚れも見られることから、抜本的な改善も必要と思われた。のれんを内と外にかけて、プライバシー保護の取組が行われているが、脱衣所が狭く、十分な機能を果たしていない。 不具合は点検票に書き出している。</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>評価調査者コメント 日常生活支援マニュアルの排泄支援で支援の留意点が定められ、個別支援マニュアルの身辺面(排泄)で個々の支援方法が明示されている。プライバシー保護については、マニュアルで定め、適切な支援が行われている。排便チェック表、生理チェック表に記録し、利用者の状況把握に努めている。</p>	

A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c
<p>清潔かつ快適ではない。</p> <p>評価調査者コメント 今年から異臭対策として、タンクに消臭剤を入れたり、清掃に力を入れるなど努力を行っているが、構造上の関係から、狭く、車いす利用者は使いつらく、不便を感じるなど、快適な環境ではない。今年、シャワートイレを1か所導入するなどの取組みも行われていることから、継続した取組が望まれるとともに、ハード面の環境改善がより一層望まれる。</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>評価調査者コメント 家族に好みを伝え、持ち込みを依頼する他、土日の外出時に本人の意向も聞きながら、購入を行うなど、利用者の意思を尊重した支援を行っている。外出に関しては、担当外でも対応可能としており、購入時の様子はケース記録に記載され、職員間で共有している。</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。	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>評価調査者コメント 本人の意思を尊重するとともに、食事で汚れた時や失禁時はその都度対応し、交換している。着脱に関しては、日常生活支援マニュアルの着脱衣支援及び個別支援マニュアル身辺面(着脱)に明示し、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>評価調査者コメント 利用者本人や家族の希望を伺い、希望に沿った髪形になるよう支援している。ファッション雑誌も施設で用意し、好みを選択出来るよう工夫をしている。頭皮に湿疹が出た方へも保護者を交え、話し合いを行い、坊主にしたが、特段問題は無かった。爪切りや歯磨き、身だしなみも自分で出来る方は自分で出来るように支援し、難しい方へは職員が見守りながら、介助を行っている。</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>評価調査者コメント 園内理髪を利用している方は10名、それ以外の方は、外出時や帰省時に理髪・美容院を利用している。園内理髪及び外出時の利用時は、マニュアルに沿って、利用者の意向を尊重した髪形となるよう助言を行っている。外出時の利用では、事前に店側と連絡を取り、職員が同行し、支出については支出伺及び確認書を作成、保存している。</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>評価調査者コメント 今年度から全居室にエアコンを設置、安眠出来る環境を整えるための取組みが伺えた。日常生活支援マニュアルの就床及び就寝中支援マニュアルは現状に即した支援を行うため、昨年見直したが、今後も定期的に支援方法について、見直しを行うことを希望する。月に数回、興奮状態で個室利用を行うケースがあり、職員が付き添うこともあり、対応した状況は業務日誌で経過が記録されている。</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>評価調査者コメント 医務管理マニュアル及び個別ファイルが作成され、医務日誌の健康カードに利用者の健康状況が記録管理されている。利用者に変化があれば、個々の医務ファイルに看護師が記録している。インフルエンザの予防接種は、利用者及び保護者に説明し、ほぼ全員が接種している。精神科、内科の医師は月1回来所診察、歯科医は、毎週木曜日に診察、定期的に治療を行っている。みたけの園と一緒に感染予防チェックに取組み、担当の寮棟以外の職員が確認を行い、感染予防の不備があれば、直している。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
<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。</p> <p>評価調査者コメント 施設では健康管理計画を立て、諸検査や訪問診療日を定めるとともに、嘱託医と日常的な連携を図るとともに、医務管理マニュアルを作成し、適切な医療を受けられる体制を整備している。 また、夜間、土日には、どの職員も対応出来るよう、みたけ緊急対応マニュアルを作成し、緊急時の対応をフローチャート化し、職員間で共有している。</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>評価調査者コメント 薬の管理及び服薬マニュアルにより、複数の職員が確認を行い、利用者本人にも確認を促したうえで、服薬を行うよう定めている。また、服薬チェック表にも記載し、職員間での確認及び共有を図っている。誤薬があった場合には、看護師に連絡し、記録を残すこととしている。処方箋はファイルに保存、服薬変更時は、引継時に必ず申し送りを行っている。</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>評価調査者コメント 自治会等で利用者の希望を聞いている。職員主導ではなく、利用者の希望を尊重し、希望に叶うための計画を立てているが、送迎など職員体制の限界もあることから、十分な反映とはいえない。ボランティアも受け入れているが、園まつりの手伝いや慰問的な受入のみであることから、送迎ボランティアや有償ボランティアの活用などの検討を望みたい。</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>評価調査者コメント 自治会での話し合いや日ごろから利用者との会話を通じ、利用者の希望の把握に努めるとともに、希望を叶えるための取組みを行っている。可能な限り、職員が付き添いを行い、外出支援を行っているが、体制に限界があり、十分な対応とはいえない。ガイドヘルパーや地域のボランティア等、直ぐに支援が得られることは困難と思われるが、地域住民、行政区への働きかけ、施設によるボランティア養成、ボランティア連絡協議会の事務局である社協との連携など、様々な機関に相談、連携を図ることも必要と思われる。</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。	a
<p>利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>評価調査者コメント 本人及び家族の意向を尊重し、外泊を行うようにしている。外泊にあたっては、外出・外泊マニュアルに定められた届を提出し、服薬等の準備を行ったうえで、外泊を行うよう支援している。</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>評価調査者コメント 利用者からの預り金は、法人の「施設利用者預り金等管理要領」により、施設長の責任の下、施設が管理している。預り金の状況は四半期ごとに利用者及び保護者に文書で報告している。 卒業後を考え、金銭管理が可能と思われる利用者には、個別支援計画で目標を立て、小遣い帳の記入とお金の管理が出来るよう、職員支援により、金銭管理学習プログラムの一環として、取組みを行っている。また、管理が難しい利用者にも、お金の単位や硬貨の種類など、対応能力に応じたプログラムで社会に参加出来るよう支援を行っている。</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>評価調査者コメント かえで寮は、新聞を購入し、利用者が自由に見ることが出来るよう配慮を行っている。また、外出時や帰省時に漫画を購入するなど、持ち込みも可能としている。希望があれば、居室にテレビを置くことも可能で、ルールを守った上でテレビ鑑賞も可能としている。ゲームも可能としているが、子ども達の生活故に、トラブルの心配もあることから、その都度、自治会等を活用し、ルールの確認を継続して行って欲しい。</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。	非該当