

福祉サービス第三者評価結果書

①第三者評価機関名

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会

②評価対象事業所

名称 :	障害児入所施設 障害者支援施設 あかつき学園	種別 :	障害児入所・障害者支援施設
代表者氏名 :	前田 利保	定員 : (利用人数)	児童30名 成人20名
所在地 :	宮崎県日向市大字塩見14197番地	TEL:	0982-54-4655
URL :	s-suda@himawarikai.or.jp		

③訪問調査日 平成26年10月10日(金)

④総評

◇特に評価の高い点

・法人の経営理念を柱に年度目標を設定し、目標達成のために4つの視点から具体的な重点目標を掲げ、実行、見直し、再構築のサイクルを全職員参加で行われています。

・地域社会へ貢献するという理念の下、利用者と地域の関わりを大切にしながら利用者の希望に応じて、地域の理髪店・美容院の利用や買い物支援が適切に行われています。また、利用者の地域移行を推進するために金銭管理の支援等が適切に行われるなど、利用者主体の活動が提供されています。

・児・者併設施設として、利用者の人権尊重と多様化する利用者ニーズに適切に対応した支援に取り組まれています。

・利用者の表情は明るく快活な印象を受けました。「ともに暮らし、ともにあゆむ」を目標に利用者の自立支援の姿勢が感じられ、利用者と職員の協働により、自治活動の「さわ会」など、利用者の主体的な活動を尊重することで自立の基礎となり、自信に満ちた利用者の表情が伺えます。

・食事について隔月の割合で利用者の食べたいものを聞き、季節の食材を取り入れた献立が用意されていました。また、食事支援が必要な利用者や通学の利用者は先に食事をしたり、こだわりの強い利用者には間仕切りを用意して食事を提供することや居室での食事など、無理強いをせず柔軟に対応されています。

・利用者の服薬管理などは、所定の様式に個別に確実に記録されています。隣接した医療機関と連携を図り、適切な医療が受けられるよう配慮され、利用者の健康管理が確実に行われています。

・市内の地域包括支援センターに隣接して「相談支援センターあかつき」を開設し、地域との関わりを深め、地域のニーズに対し、施設の専門的な技術や情報を地域に提供する取り組みが行われています。

・入所児童の減少に伴い児童施設経営の安定した基盤づくりのため、定員の変更等、法人内での検討や県当局との協議が行われています。

◇改善を求められる点

- ・事業計画書の目標は中・長期的な考えのもとに作成されていますが、法人としての将来像や施設の計画的な運営等の方向性を文書で示した、中・長期計画の策定が望まれます。
- ・利用者の安全確保、虐待防止等を含めて一定の水準以上の支援の提供を担保するため、食事、入浴、排泄等、支援内容ごとに標準的な実施方法をマニュアル化し、実施状況を確認する仕組みづくりが望まれます。
- ・第三者評価受審など、職員参加による評価を実施され、改善課題や支援の内容を文章化することで課題がより明確になり、利用者支援面における職員の自信と余裕が、今後の支援の改善に活かされることを期待します。
- ・築45年経過の建物を工夫しながら改善されていますが、利用者のプライバシーの配慮等に構造上改善が困難な点も見られます。建て替え時には、利用者の快適な生活環境や安全性確保のための配慮・工夫が望まれます。

⑤各評価項目にかかる評価結果(別紙)

評価結果表

評価結果表		評価
1	I-1-(1)-① 法人・施設の使命・役割を反映した理念や基本方針を策定し、職員、利用者等に十分な理解を促すための取組を行っている。	A
	<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。 ○ 理念から、施設が実施する福祉サービスの内容を踏まえた施設の使命や目指す方向、考え方を読み取ることが出来る。 ○ 基本方針は施設（法人）の理念との整合性が確保されている。 ○ 理念や基本方針を会議や研修会において説明している。 ○ 理念は、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援助を行うという障がい福祉の基本的な考え方を踏まえている。 ○ 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 ○ 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすい工夫や配慮を行っている。 ○ 理念や基本方針を利用者による自治会ないし利用者の会や家族会等で資料をもとに説明している。 ○ 理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して、会議等における討議の上で実行している。 ○ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	
【講評】	法人の経営理念に基づき4つの視点に分類した事業計画が児童部・成人部それぞれに策定され、法人の合同研修や解説文書の配布等により全職員に周知が図られています。職員は重点目標達成に向け児童部・成人部で取り組んでいます。利用者、家族への説明は、保護者会の開催が少なく説明の場が確保できず十分でなかったため、今後機会をとらえて周知されることが望まれます。	
2	I-2-(1)-① 中・長期計画や中・長期計画を踏まえた事業計画を策定し、職員や利用者等に周知している。	C
	<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 ○ 計画が一部の職員だけでなく、組織的に策定され、職員に周知されている。 ○ 事業計画が単なる「行事計画」になっていない。 ○ 理念や基本方針実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 ○ 実現する福祉サービスの内容や組織体制、設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。 ○ 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。 ○ 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。 ○ 中・長期計画に基づく取組を行っている。 ○ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 ○ 事業計画は、実行可能かどうか、数値目標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について配慮がなされている。 ○ 各計画を利用者による自治会ないし利用者の会や家族会等で分かりやすく説明している。 ○ 各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	
【講評】	事業計画は、年度ごとに見直しを行い、年度目標や重点目標が策定され職員への周知が図られていますが、利用者、保護者への周知されることを期待します。また、3年から5年を見通しての中・長期計画が策定されていないため、施設運営、利用者支援面の課題解決に向けた中・長期計画の策定が望まれます。	
3	II-1-(1)-① 事業経営（運営）を取り巻く環境を把握するための取組を行っている。	A
	<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握するための方法をもっている。 ○ 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。 ○ 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。 ○ 把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。 	
4	II-1-(1)-② 経営（運営）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。	B
	<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。 ○ 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。 ○ 決算書類等を職員に積極的に開示する等、経営状況を職員に周知しており、業務改善等について、職員からの意見を求めたり、話し合う場を設け、職員にコスト意識を持たせているとともに、課題発見に努めている。 ○ 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ○ 発見した課題に基づき、事業の必要性を十分考慮した上で、改善に向けた取組を行っている。 	
【講評】	入所児童の減少に対応するため、当施設や隣接する支援学校の保護者に、施設サービスに係るニーズ調査を実施し、施設運営の展望に生かすための取り組みがなされています。合わせて児童部と成人部の定員変更についても県に申請し、老朽化による施設の建て替えについて法人で検討されています。	

5	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。	評価 C
評価の着眼点		
社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。		
プランに基づいた人事管理が実施されている。		
必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。		
【講評】	法人ではキャリアパス導入による資格取得の推進が見られ、サービス管理責任者、介護福祉士、保育士等の有資格職員が配置されていますが、必要な人材に関する具体的な配置計画に基づくものではないので、適材適所について更なる検討を期待します。	
6	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ように努めている。	評価 A
評価の着眼点		
○ 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータ、疾病状況を定期的にチェックしている。		
○ 職員の意向を定期的に把握している。		
○ 把握した職員の意向や就業状況チェックの結果を、分析・検討している。		
○ 分析した結果に基づき、職員の業務軽減などの改善策を講じている。		
○ 職員の福利厚生を取組を行っている。		
改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。		
希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家と連携している。		
【講評】	管理者は、人事考課以外にも職員との随時の面談により就業状況、異動希望や就業の継続、キャリアパスで目指す資格、休暇取得等について職員の意向を汲み取り、ワークライフバランスの円滑な実現に向け努力されています。長期休職中の職員に対しては、社会復帰プログラムに基づき復職を支援しています。	
7	II-2-(3)-① 研修に対しての基本姿勢が示され、個別職員に対しての教育・研修計画を策定し、実施している。	評価 B
評価の着眼点		
○ 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本姿勢や意識を明示している。		
○ 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。		
○ 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。		
○ 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。		
○ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。		
○ 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。		
○ 教育・研修は、新しい技法や様々な実践の成果について常に情報収集を行うケース会議とは別に、事例検討会を開く、外部から講師を招くなど、有効と思われる知識・技術の導入に努めている。		
8	II-2-(3)-② 職員研修の評価を行い、次の研修計画に反映させている。	評価 B
評価の着眼点		
○ 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。		
○ 報告レポートや当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価を行っている。		
○ 評価された結果を次の研修計画に反映している。		
○ 評価された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。		
9	II-2-(3)-③ 研修を受けた内容や結果を職員全体に周知させ、業務に反映している。	評価 A
評価の着眼点		
○ 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けるなど、研修内容を全職員に周知している。		
○ 職員が受けた研修内容を業務に反映している。		
【講評】	年度当初に研修計画を策定し、県内・外の研修に多くの職員が参加しています。参加職員は研修レポートや復命書を提出し、伝達によるOJTや回覧により、全職員に研修内容を周知することで業務に反映しています。OJTでは、職員にアンケートを実施し、研修内容の理解や研修企画とのかい離の程度を次年度の研修計画へ反映しています。	
10	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。	評価 B
評価の着眼点		
○ 実習生受入れに関する意義・方針を明文化している。		
○ 実習生受入れに関する意義・方針を会議等で職員に説明している。		
○ 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目がマニュアルに記載されている。		
○ 受入れにあたっては、学校との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。		
○ 学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても実習効果をあげる工夫を行っている。		
○ 実習指導者に対する研修を実施している。		
【講評】	地域社会への貢献という経営理念に基づき、実習生受け入れ担当職員を配置し、学校側との連携を図りながら実習生を受け入れていますが、実習生受け入れのマニュアルは作成されていないので整備が望まれます。	

1 1	II-3-(1)-① 緊急時（災害、事故、感染症、食中毒発生時等）に対応できるマニュアルがあり、組織として体制を整備し機能している。	評価 B
評価の着眼点		
○ 感染症に関するマニュアルの整備、職員研修等は、嘱託医、看護職または地域の保健所等の専門機関、専門職員による指導、指示を受けて実施している。障がいの種類やリスクの種類別に、対応マニュアル等を作成し、会議や研修等により職員に周知している。		
○ 利用者一人ひとりに健康管理票やカードが作成されており、緊急の際に利用者の状態を的確に伝えることができる。マニュアルに基づく職員に対する研修が行われているとともに、必要な救急法の研修を行っている。		
○ リスクの種類別に、担当者等を中心にして、安全確保に関する検討会を開催し、必要に応じたマニュアルの見直しを行っている。		
○ 検討会には、現場の職員が参加している。		
○ リスクの種類別に、利用者の安全確保に関する担当者を設置するなど、命令系統・役割分担等が明示されている。		
○ 緊急時の発生状況を利用者、家族等や全職員（非常勤職員を含む。）に通知する手段を明確化し、職員に周知している。		
○ 感染症発生の際には、当該感染症に関する早期発見や早期対応の実際、予防対策をあわせて通知している。		
1 2	II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためのリスクを把握し、安全確保に向けた具体的な取組を行っている。	評価 B
評価の着眼点		
○ 施設内で起きた事故や、事故等につながりそうな事例を収集し、所定の書式に記録するとともに、職員の参画のもとでその原因分析を行い、再発防止や未然防止のための課題発見や施策を行っている。		
○ 事故防止のためのチェックリスト等があり活用している。		
○ 利用者に対する安全教育を実施している。		
○ 会議・研修等により、事故防止に関する検討や職員に対する意識啓発の取組を行っている。		
○ 社会で起きた大小の事故の例をもとに、マニュアルに加筆し、サービス実施方法や内容にそれを反映している。		
○ 事故防止策等の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。		
1 3	II-3-(1)-③ 虐待の対応時のマニュアルを作成し、関係機関等に通告を行う体制が整っている。	評価 B
評価の着眼点		
○ 虐待を発見した場合の対応等についてマニュアルを整備するとともに、職員に対する周知の取組を行っている。		
○ 日頃から関係機関との連携を図るための取組を行っている。		
○ 虐待の照会、通告にあたっての連絡先を明示している。		
○ 職員に対して虐待が疑われる利用者の特徴をはじめ、虐待に関する理解を促すための取組を行っている。		
1 4	II-3-(1)-④ 不審者の侵入時等に対応できるマニュアルがあり、全職員に周知している。	評価 C
評価の着眼点		
○ 不審者の侵入時における対応マニュアルが整備されている。		
○ 警察等との連携のもとでマニュアルに基づく職員に対する研修が行われている。		
○ マニュアルは必要に応じて見直しが行われている。		
1 5	II-3-(1)-⑤ 日常の健康管理は適切である。	評価 A
評価の着眼点		
○ 利用者の健康管理票が整備されている。		
○ 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。		
○ 医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。		
○ 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。		
○ 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。		
○ 利用者（及び必要に応じて家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。		
○ 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。		
1 6	II-3-(1)-⑥ 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。	評価 B
評価の着眼点		
○ 健康面に変調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。		
○ 地域内に協力的な医療機関（概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。		
○ 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。		
1 7	II-3-(1)-⑦ 内服薬、外用薬等の扱いは確実にされている。	評価 A
評価の着眼点		
○ 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。		
○ 内服薬・外用薬等の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。		
○ 一人ひとりの利用者で使用されている薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）が適切に行われている。		
【講評】	ヒヤリハットや事故報告書をもとに防止策を検討し、全職員への周知が図られ、事故防止と再発防止の取り組みがみられます。医療機関が隣接しているため、必要な時に迅速かつ適切な医療が受けられる体制にあります。服薬管理票も個別に作成し、確実に管理され救急用医薬品等も看護師及び全職員で対応しています。事故発生時のマニュアルは作成されていますが、虐待防止等のマニュアルがないので整備が望まれます。	

18	II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	評価 A
評価の着眼点		
地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。		
○ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者に提供している。		
○ 地域の人々に向けた、施設や利用者への理解を得るための日常的なコミュニケーションを心掛けている。		
○ 利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員等が援助を行う体制が整っている。		
○ 利用者の買い物や通院等の日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している		
利用者や地域の人たちと企画の段階から参加するような、行事、レクリエーション、スポーツなどがある。		
19	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	評価 B
評価の着眼点		
地域へ向けて、理念や基本方針、施設で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。		
○ 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
○ 介護相談、在宅障がい者やその家族等に対する相談支援事業等、福祉ニーズに応じ、住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。		
○ 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
介護等について、専門的な技術講習会や障がい者や福祉を理解するための研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。		
○ 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的なグループホームやホームヘルプサービス、ショートステイ等具体的な事業・活動がある。		
○ 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。		
民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
20	II-4-(1)-③ 関係機関等との連携が適切に行われている。	評価 B
評価の着眼点		
○ 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。		
○ 関係機関・団体と連絡会等に参加している。		
○ 利用者の状況に対応できるよう、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。		
地域の関係機関・団体とのネットワーク内で共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。		
21	II-4-(1)-④ ボランティア受入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	評価 B
評価の着眼点		
ボランティア受入れに関する意義・方針を明文化するとともに、会議等で職員に説明している。		
○ ボランティア受入れに関する担当者が設置されている。		
ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。		
○ ボランティアに対して必要な研修を行っている。		
ボランティア育成に向けて、ボランティア講座や体験学習等を計画的に実施している。		
【講評】	地域社会への貢献の経営理念の下、地域のクリーン活動への参加や広報誌「あかつき便り」を毎月地区自治会に回覧しています。平成26年4月から「相談支援センターあかつき」を開設し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。また、ボランティアの受け入れは担当者を配置していますが、夏祭り行事のみの受け入れとなっていますので、幅広いボランティアの受け入れを期待します。	

2 2	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。	評価 A
評価の着眼点			
○ 組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組が明示されている。			
○ 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。			
○ 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している。			
○ 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。			
○ 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。			
2 3	Ⅲ-1-(1)-②	利用者へ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、実践している。	評価 C
評価の着眼点			
○ 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等に組織として具体的に取り組んでいる。			
○ 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。			
○ 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知されている。			
○ 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。			
2 4	Ⅲ-1-(1)-③	利用希望者の施設選択においては、必要な情報を提供している。	評価 A
評価の着眼点			
○ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。			
○ 施設を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等により誰にでもわかるような内容にしている。			
○ 組織を紹介したホームページを作成するとともに、現状にあった修正・更新を行っている。			
○ 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。			
2 5	Ⅲ-1-(1)-④	サービスの開始の同意を得るにあたり、サービスの内容や家庭との連携、保健や健康管理等について、利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	評価 A
評価の着眼点			
○ サービス開始時には、必ず契約書を取り交わしている。			
○ 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。			
○ サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者や家族等に説明している。			
○ サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。			
○ 重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。			
2 6	Ⅲ-1-(1)-⑤	事業所の変更や家庭への移行等にあたり、その後のサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	評価 C
評価の着眼点			
○ サービスが終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。			
○ 他の施設や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順を定めている。			
○ サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行っている。			
【講評】	利用者の人権を尊重したサービス提供は、経営理念にも掲げられ、プライバシーの保護、虐待防止や身体拘束の禁止等、日常のあらゆる場面を通して利用者尊重の支援に取り組んでいます。利用者や家族に対し、契約書や重要事項説明書を理解できるよう、わかりやすく説明され同意を得られています。施設見学や体験利用等については、担当者を配置し希望に対応しています。ただ、プライバシー保護のマニュアルが作成されていないので整備が望まれます。		
2 7	Ⅲ-2-(1)-①	利用者や家族等からの意見・要望等に対して、受入れの環境が整い、迅速に対応している。	評価 B
評価の着眼点			
○ 利用者や家族等が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。			
○ 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。			
○ 利用者や家族等の意向を把握する機会を設けている。			
○ 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討について規定した対応マニュアルを整備している。			
○ 相談や意見を述べやすいように、職員の対応方法の工夫や日常的な言葉かけなどの配慮を行っている。			
○ 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者や家族等には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。			
○ 必要に応じ、対応マニュアルの見直しを行っている。			
○ 意見等を福祉サービスの改善に反映している。			
2 8	Ⅲ-2-(1)-②	苦情解決の仕組みが確立し、迅速に対応するとともに、苦情の経過と施設としての姿勢や対応を公開している。	評価 A
評価の着眼点			
○ 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置、意見箱の設置）を整備している。			
○ 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。			
○ 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ず説明している。			
○ 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公開している。			
○ 苦情を福祉サービスの改善に反映している。			
【講評】	利用者、家族からの意見・要望等については、保護者会や自治会（さわ会）で把握する機会を設けています。ご意見箱を玄関と2階廊下に設置していますが、利用は少ないため保護者会等で来園された時に声かけて、意見・要望等の把握に努めています。苦情内容の対応は、申出者に説明すると共に、全職員で苦情内容や対応策を共有していますが、公開について検討を望みます。		

29 Ⅲ-3-(1)-① 施設のサービス内容について自己評価等の体制を整備し、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。		評価 A
評価の着眼点		
○ 定例の会議を含め、年間を通じて職員から提案を募集するか、又は定期的に（年に複数回）意見を聞くための場を設け、サービスの質の向上や改善のための取組を行っている。		
○ 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価等を行っている。		
○ 職員の参画により評価結果の分析を行っている。		
○ 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。		
○ 職員間で課題の共有化が図られている。		
30 Ⅲ-3-(1)-② 自己評価等により明確になった課題に対する改善策・計画を立て実施している。		評価 B
評価の着眼点		
○ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。		
改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。		
31 Ⅲ-3-(1)-③ 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 A
評価の着眼点		
○ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。		
○ 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。		
○ 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がある。		
32 Ⅲ-3-(1)-④ 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。		評価 A
評価の着眼点		
○ サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が定められている。		
○ 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。		
【講評】	施設サービスの内容について、毎月実施される児童部会、成人部会等で支援状況を検討し、支援方法等に課題がある場合には見直しが行われています。ただ、定められた評価基準がないため、今回の第三者評価受審の結果に基づき、改善に向けた取り組みを期待します。	
33 Ⅲ-3-(2)-① 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価 A
評価の着眼点		
○ 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程が定められている。		
○ 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。		
○ 守秘義務の遵守を職員に周知している。		
○ 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し、教育や研修が行われている。		
○ 利用者に関する記録の管理が適切に行われている。		
34 Ⅲ-3-(2)-② 通所者については、日々の施設での状況と家庭での状況との情報交換の内容を適切に記録している。		評価 B
評価の着眼点		
○ 家庭の状況や家族等との情報交換の内容が必要に応じて記録されている。		
記録にばらつきが生じないための工夫を行っている。		
【講評】	利用者の記録の管理については、規程や重要事項説明書に定められています。個人情報保護については、就業規則に明文化され、新規採用職員の採用時研修で周知を図ると共に、職員の遵守義務として契約書の提出を求めています。通所利用者には、連絡帳を活用し家庭との情報交換を行っています。	

35		評価
A-1-(1)-① 入所時に、利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴等の課題を把握するために、家族等面接と利用者の観察を行い、個別支援計画やサービスに活かしている。		A
評価の着眼点		
○ 入所時に、利用者の身体状況や、生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等を把握するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。		
○ 利用開始後も入所の際に把握した状況等を確認するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。		
○ 面接や観察の結果を記録している。		
○ アセスメントの時期と手順を定めており、定期的に見直しを行っている。		
○ 把握した結果に基づき、利用者一人ひとりのニーズや課題が明示され、個別支援計画やサービスに活かしている。		
36		評価
A-1-(1)-② 利用者を尊重した個別支援計画を適切に策定している。		B
評価の着眼点		
○ 個別支援計画の策定は、計画立案の時期、策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施されている。		
○ 個別支援計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されている。		
○ 個別支援計画は、一人ひとりの利用者について、日常生活を支援する上での留意点などが具体的に記載されている。		
37		評価
A-1-(1)-③ 個別支援計画の評価・見直しを行っている。		B
評価の着眼点		
○ 個別支援計画の見直しは、利用者本位の視点に立って行われている。		
○ 個別支援計画の見直しは、見直しの時期、計画策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施されている。		
○ 評価は、定例の会議・ミーティングを含め、関係職員（サービス管理責任者、担当職員等）の意見を聞くための仕組みを設けて行われている。		
○ 評価の記録については、職員間で共有する機会を設けている。		
○ 6ヶ月に1回以上、個別支援計画の実践状況について、評価を行っていることが記録に残されている。		
○ 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。		
【講評】	個別支援計画は、サービス管理責任者を中心に、利用者や家族の要望等を考慮しながら各担当職員で作成しています。見直しの時期も定められ、ミーティング等で検討され、見直し後の計画は、責任者及び全職員で共有されていますが、計画策定から見直しまでの手順を、組織として取り組むためのマニュアルの作成が望まれます。	
38		評価
A-1-(2)-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
評価の着眼点		
○ 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し実行している。		
○ 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。		
○ 意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。（コミュニケーション機器の用意を含む。）		
○ 必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。		
○ 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。		
39		評価
A-1-(2)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。		A
評価の着眼点		
○ 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。		
○ 利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。		
○ 利用者が、施設外の障がい者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。		
○ 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。		
○ 自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。		
40		評価
A-1-(2)-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を整備している。		B
評価の着眼点		
○ 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。		
○ 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援している。		
○ 自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。		
○ 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。		
41		評価
A-1-(2)-④ 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。		B
評価の着眼点		
○ 社会生活力を高めるために、障がいの理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。		
○ 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。		
○ 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。		
○ 利用者自身が人権意識が高められるように、情報や資料の提供を行っている。		
【講評】	利用者の意向を尊重した主体的な活動が支援されています。個人ごとに必要な支援内容や方法等は、職員間で検討し個人記録に記入されています。特に、利用者の地域移行に向けて、銀行のATM利用方法や地域の公民館での調理実習を行っています。ただ、地域移行のプログラムは作成されていないので、経験豊富な職員のノウハウや新たな情報を取り入れて、利用者の段階に応じた選択や組み合わせに活用するためにも、プログラムの作成が望まれます。	

4 2 A-2-(1)-① 個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。		評価 B
評価の着眼点		
○ 個別支援計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。		
○ 食事の介助等、支援方法に関してマニュアルが用意されている。		
○ 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。		
4 3 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。		評価 A
評価の着眼点		
○ 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。		
○ 適温の食事を提供している。		
○ 献立及び食材について、その情報はあらかじめ利用者に提供されている。		
○ 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子をよく見ながら介助や支援を行っている。		
○ 利用者が食事を楽しめるように、食事をするための雰囲気づくりに配慮している。		
○ 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。		
○ 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。		
4 4 A-2-(1)-③ 食事環境（食事時間を含む）に配慮している。		評価 A
評価の着眼点		
○ 食堂の設備や雰囲気について必要に応じて検討会議を開き、改善を図っている。		
○ 常に、食堂の清潔が確保されている。		
○ 食事は、利用者全員が一齐に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができるよう配慮している。		
【講評】	嗜好調査や旬の食材を取り入れた献立表が食堂に掲示されています。園内でバイキング形式の食事やレストランの外食を実施し、おいしく楽しい食事の提供が工夫されています。介助の必要なグループと自立グループに分けて食事時間が調整され、自立グループは自分の好きなテーブルで食事したり、部屋食など希望に応じた食事が提供されています。介助の必要な利用者に合わせて支援が行われていますが、食事に関するマニュアルの策定はありません。	
4 5 A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。		評価 C
評価の着眼点		
○ 一人ひとりの健康状態や留意事項について、個別支援計画や個別チェックリスト等を利用している。		
○ 安全や利用者尊重を含めた入浴介助や支援方法についてマニュアルが用意されている。		
○ 入浴の介助や支援は、所定の様式により記録されている。		
○ マニュアル等に基づいた入浴介助や支援が行われ、必要に応じた見直しが行われている。		
4 6 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿っている。		評価 B
評価の着眼点		
○ 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めている。		
○ 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。		
4 7 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。		評価 C
評価の着眼点		
○ 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を設けている。		
○ 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。		
○ 浴室・脱衣場の整理・整頓・清掃が行き届いており、危険防止対策にも十分配慮されている。		
○ 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。		
【講評】	入浴は毎日実施され、介助グループは午後の時間、自立グループは夕食後の入浴に分けています。地域移行を目指す利用者には、自立支援目的で個室での入浴を提供しています。入浴の標準的な支援方法及び緊急時のマニュアルや入浴時のチェックリストが用意されていないので作成果が望まれます。また、浴室との仕切りのガラス戸での怪我、脱衣場の温度調節、女性浴室では開扉すると脱衣場全体が見えるので、設備面の配慮が望まれます。	

48	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	評価 B
評価の着眼点		
○ 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、個別支援計画や個別チェックリスト等を活用している。		
排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。		
マニュアル等に基づき、個々に応じた適切な介助が行われている。		
○ 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。		
排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、探尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。		
49	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	評価 A
評価の着眼点		
○ プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。		
換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。		
○ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに对应している。		
○ 採光・照明等は適切である。		
○ 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。		
【講評】	建築後45年経過していますが、洋式便座、車いす利用のためのバリアフリー、立位用の手すりの取り付け、プライバシーに配慮した構造などに工夫が同われます。排泄介助の必要な利用者には、個々に応じた介助が行われていますが、マニュアルやチェックリストは用意されていません。男子トイレの防臭対策が望まれます。	
50	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。	評価 A
評価の着眼点		
○ 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。		
○ 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。		
51	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。	評価 B
評価の着眼点		
○ 利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。		
○ 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。		
汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するとともに、必要に応じて記録している。		
【講評】	衣類の組み合わせや着替え等衣類の選択については、利用者の主体性を尊重しつつ希望があれば相談に応じています。衣類の汚れ、破損が生じた衣類を購入する場合には、保護者に連絡したり、買い物に同行するなど対応されています。措置児童の場合には、児童相談所に連絡する対応となっています。ただ、職員への引き継ぎは口頭が多いので、その都度記録に残すことが望まれます。	
52	A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、髪型等の選択について支援している。	評価 B
評価の着眼点		
○ 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。		
○ 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。		
理容・美容に関する資料や情報を用意している。		
53	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	評価 A
評価の着眼点		
○ 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。		
○ 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。		
【講評】	理髪店、美容室の利用は、利用者単独や職員が同行するなど、それぞれの方法で利用されています。介助の必要な利用者の中には、業者の方に来園していただき利用しています。化粧をしている利用者は自立しており、化粧の仕方等について、職員への相談はなく気になる化粧もしていません。	

54	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	評価	A
評価の着眼点			
○ 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。			
○ 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。			
○ 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。			
○ 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。			
○ 季節に応じた寝具又は冷暖房設備が準備されている。			
○ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。			
【講評】	安眠のためのカーテンや冷暖房設備が各居室に完備され、希望者には私物の寝具の使用もできるよう配慮されています。不眠や夜間覚醒し同室者の安眠を損なう場合は、一時的に他の部屋に移動してもらい職員が対応しています。夜間、就寝中は場面にに応じて対応されていますが、少ない職員での対応となるため夜間対応マニュアルの作成が望まれます。		
55	A-2-(7)-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。	評価	A
評価の着眼点			
○ 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。			
○ 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。			
○ 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。			
○ 個々に応じた余暇・レクリエーション活動が行われている。			
○ 地域の社会資源を積極的に活用している。			
○ 利用者の趣味や興味にあったプログラムになるよう利用者の希望を反映させ、適宜変更している。			
【講評】	利用者個人との面談や毎月行われる自治会（さわ会）で出された意見や要望については実現に努めています。余暇の内容としては、ドライブ、買い物、外食等の希望が多く、月1回は実現できるよう取り組まれています。施設の夏祭り行事には、実習生の学生をボランティアとして受け入れています。		
56	A-2-(8)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	評価	B
評価の着眼点			
○ 利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。			
○ 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。			
○ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。			
○ 必要などときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。			
57	A-2-(8)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	評価	B
評価の着眼点			
○ 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。			
○ 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。			
○ 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。			
【講評】	外泊（帰省）は利用者、家族の希望により日程調整等を行い対応しています。お盆や年末年始の外泊者が多い時期は、家庭へ早めの連絡を行っていますが、外泊を強く要請したり勧めることで保護者が負担にならないよう配慮しています。		
58	A-2-(9)-① 金銭管理が適切に行えるよう支援している。	評価	A
評価の着眼点			
○ 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。			
○ 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。			
○ 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。			
○ 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。			
59	A-2-(9)-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。	評価	B
評価の着眼点			
○ 新聞・雑誌を個人で購読できる。			
○ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。			
60	A-2-(9)-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。	評価	C
評価の着眼点			
○ 酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。			
○ 具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間等）に様々な配慮を行っている。			
○ 利用者の代表や自治会等と話し合っルールを設けている。			
【講評】	現金や預金通帳は職員室で管理し、金銭出納帳や小遣い帳の記録を支援していますが、金銭管理の学習プログラムは作成されていません。テレビの視聴時間は成人部は午後11時まで、児童部は午後10時までとなっていますが、休日前は時間延長の配慮があります。新聞、雑誌は個人で購読することができます。施設内では喫煙所がありますが、現在は喫煙する利用者はいません。また、施設内は禁酒のルールとなっていますが、外食時に希望があればその都度対応しています。		