

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 :	高千穂学園	種 別 :	知的障害児施設
代表者氏名 :	梶原 浩三	定 員 :	60 名
		(利用人数)	(60 名)
所 在 地 :	宮崎県都城市都原町 7 1 7 1	TEL:	0986-22-2321
U R L :	somukatakachiho@m-sj.or.jp		

③訪問調査 平成22年2月1日(月)

④総評

◇特に評価の高い点

- ・中・長期計画はもとより、それを踏まえた事業計画や、理念に基づいた個別支援計画や種々のマニュアルも良く整備されており、職員への周知も徹底している。
- ・関係機関とのネットワークも充実しており、多様化するニーズに対し積極的な多機能型事業を展開し、地域の中の支援センターとしての役割を担っている。
- ・発達障害の特性に対応した視覚的構造化、物理的構造化の整備や支援がなされており、利用者の主体的な活動を支え、情緒の安定も図られている。
- ・行事を中心とした地域資源の活用も多いことで、地域の方々との繋がりも強く、理解度も高く協力体制が出来ている。

◇改善を求められる点

- ・利用者や保護者に対し理念や基本方針、重要事項説明書等を解りやすく説明し理解を深めていく工夫は今後の課題と思われる。
- ・基本方針や中・長期計画の中に組織が求める専門的技術や専門資格の明示がないので検討が望まれる。
- ・利用者の健康管理については体制も整い、適切な対応がなされているが、歯科医師による口腔衛生に関する指導がなされていないので、今後は実施されることが望ましい。
- ・施設のハード面で、浴室のスロープの角度が鋭角につき危険が伴うので早急な改善が望まれることと、トイレのドアが低い個所があるのでプライバシー保護に配慮した工夫が望まれる。
- ・利用者のケース記録は、利用者名が外からは見えないような保管が望ましい。

※なお通所者についての設問【34】、酒・たばこ等の嗜好品についての設問【60】は、当評価施設が障がい児の入所施設であるため非該当であり、その結果評価がCとなっている。

⑤各評価項目にかかる評価結果(別紙)

評価結果表

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。

評価

A

評価の着眼点

- 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者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、より理解しやすいような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】

理念、基本方針は法人のパンフレットに明文化されており、また事業計画書の冒頭にも記載されている。また理念、職員倫理綱領は事務室内に掲示されている。理念については職員会議時に説明されており、職員倫理綱領は毎朝礼時に唱和されている。法人の理念である利用者の自立支援については、職員倫理綱領及び事業計画の中にも明確に基本として踏まえられている。また毎月1回全職員を対象に「人権擁護のチェックリスト」を実施し、周知状況の確認を行っている。これらについては入所時に利用者に対してパンフレット等を基に口頭で説明されているが、分かりやすい資料等の作成は特段されていないとのことである。障がいのある児童とその保護者が対象であるため、DVDその他視覚による方法等で理解を促すことが望まれる。

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 事業計画が単なる「行事計画」になっていない。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 中・長期計画に基づき取組を行っている。</p>	
<p>○ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	
<p>○ 事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>法人が平成17年に策定した5カ年計画において法人全体の経営改善及び各施設の設備投資計画、事業計画等が明記されており、単年度事業計画もそれに基づいて策定されている。担当者会議等で全職員の意見を吸い上げて策定しているが、年度替わりには職員の半数が入れ替わるためオリエンテーション時に職員に配布し、周知に努めている。事業計画は人権擁護と良質の福祉サービスの提供のための具体的支援計画及び支援のための行事予定が立てられている。また利用者に対しては自治会、夕べの会等を活用し都度説明を行っており、実施後の反省等も会議録等により確認し、対応策を講じている。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>福祉サービスのニーズについては各種白書及びインターネット等により情報収集を行っており、職員に周知している。児童相談所や学校とも緊密な連絡をとっており、障害児福祉の地域連携の拠点としての役割を果たしている。ただ障害児施策に関する行政の通知が年度初めに間に合わないため年度当初の事業計画に反映すること出来ない場合がある。経営の状況については各担当者別の毎月の職員会議で実績と経費削減効果について検討し、課題発見に努めている。また経営会議も毎月実施しており、利用者人数、収入分析、経費削減の各項目にわたり資料を基に分析を行っている。20年度の決算書において事務費支出の大幅な削減が確認できるなど、経営改善に向けた取組を行っている。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 C</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>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。</p>	
<p>プランに基づいた人事管理が実施されている。</p>	
<p>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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>人事ヒアリングを年1回実施し、施設としての人事に関する要望や意見を本部にあげているが、最終的な人材の登用や配置については本部で対応している。これについては法人全体での5カ年計画等もあり、施設の要望のみを重視することは難しいと考えられる。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 職員の意向を定期的に把握している。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 職員の福利厚生を取組を行っている。</p>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>職員の就労の状況については給与データ等を基に把握している。また年1回行われる園長による面談で職員の意向の確認を行っている。ただ日常的な職員からの要望については全職員が1室で作業しているため、直接総務等にあげられることが多く、事務管理体制も整えられていると考えられる。福利厚生については入所施設であるため全員参加のレクリエーション等は難しいが忘年会その他の懇親会は実施している。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	
<p>8 II-2-(2)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	
<p>9 II-2-(2)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	
<p>【講評】</p>	<p>事業計画書において年間の研修計画を立てており、積極的な受講体制をとっている。また職員調書、研修カードの中で職員個々の研修履歴等の管理を行っている。研修を受講した後は復命書を作成し、園長に提出、園長はこれに対して必ずコメントを記載し、その後職員全員に回覧している。また園長は復命書内容に確認事項がある場合は面談等を実施している。必要がある場合は研修情報を施設内で共有化するため復命研修を実施している。さらに今後は基本方針や中・長期計画の中に具体的な専門技術や専門資格を明示することが望ましいと考える。</p>

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 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 実習生受入れに関する意義・方針を明文化している。	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 実習指導者に対する研修を実施している。	
【講評】	「実習生受入マニュアル」において実習生受入に関する法人の基本姿勢を明記し、手順、要領等を示している。また実習生には文書化された心得等を渡し、実習の意義を確認させている。20年度の実習生受入実績は398名で都城地区における福祉サービスの基本となる良識ある福祉人材の養成に寄与している。

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
○	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。
○	利用者の外出・外泊・帰宅時での災害や事故についても、連絡方法や支援体制を策定している。
○	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。
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
○	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。
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
○	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。

<p>14 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ マニュアルは必要に応じて見直しが行われている。</p>	
<p>15 II-3-(1)-⑤ 日常の健康管理は適切である。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 利用者の健康管理票が整備されている。</p>	
<p>○ 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>16 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	

<p>17 II-3-(1)-⑦ 内服薬、外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 一人ひとりの利用者に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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>「リスクマネジメントマニュアル」「虐待防止マニュアル」「感染症対策マニュアル」等が整備されており、年1回の見直しが行われている。毎月安全サービス委員会で事故やヒヤリハット事例について検討分析を行っている。また地域交流委員会を定期的に行っていることなどにより、地域の協力体制を整備している。ただ「不審者等の侵入などに対するマニュアル」は整備されているが、警察等による研修はされていないため、関係機関や専門家による研修が望まれる。利用者の健康管理については個人別に管理表が作成され、毎月の嘱託医の健康診断時に相談等を受けている。近隣の医療機関と協力医制度をとることにより、迅速かつ適切な医療が受けられる体制をとっている。ただ歯科医師による口腔衛生に関する指導を定期的に行っていないとのことであるが、発達期の児童を対象としているため是非実施されることが望ましい。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 利用者が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。</p>	
<p>19 II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>20 II-4-(1)-③ 関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 関係機関・団体と連絡会等に参加している。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ ボランティア受入れに関する担当者が設置されている。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ ボランティアに対して必要な研修を行っている。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>年1回地域交流懇談会を開催し、全職員と警察、民生委員、防災協、児童相談所、市役所、社協等に参加をお願いし、密接な連携がとれるように努めている。地域の夏祭りや運動会その他の行事等に参加することなどを通じ、利用者に地域社会を身近に感じさせるようにしている。また地域へ向けて広報誌を年2回発行するとともに、法人のホームページで学園の活動を発信している。また学園内にある「サポートセンターたかちほ」の活動を通じ地域住民の福祉ニーズの把握に努めている。日中一時支援事業や短期入所事業の拡大はその実践である。平成20年度のボランティアの受け入れは599名に達し、地域における施設の位置づけは大きいものとなっている。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> サービス開始時には、必ず契約書を取り交わしている。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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等用意して、利用者や家族等に説明している。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	

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】

個別支援計画は利用者の自立支援・人権擁護が前提として作成されており、職員は毎朝礼時に職員倫理綱領を唱和し、毎月「人権擁護に係るチェックリスト」を記入提出することによりその周知徹底を図っている。保護者、第三者委員等に対しても人権研修を実施しているが、参加率が低調であるため、参加率を上げるための方策を取ることが望まれる。また利用者のプライバシーの保護については「プライバシー保護マニュアル」を整備し、職員採用時に説明を行い、実習生にも同様の説明を行っている。利用者に対しては入所時にプライバシー保護について説明はしているが、その後のフォローがなされていないため、自治会等での取組が望まれるところである。パンフレットにはサービス内容が明確に記載されており、一日の生活の流れを明示するなど施設生活をイメージできるような内容になっている。入所時には必ず契約書が交わされ、重要事項説明書においてサービス提供の詳細が記載されている。施設移行等に際しては各地サポートセンターにつなぐなど、移行をスムーズにするように配慮している。

<p>27 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 利用者や家族等の意向を把握する機会を設けている。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 必要に応じ、対応マニュアルの見直しを行っている。</p>	
<p>○ 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>	
<p>28 Ⅲ-2-(2)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 苦情を福祉サービスの改善に反映している。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>「利用者からの意見等に対応するマニュアル」「相談苦情等に関するマニュアル」が整備され、苦情解決の体制も福祉課長を窓口として整っており、その仕組みを施設内に掲示し明示している。ご意見箱を設置し無記名での意見を受け付ける体制が出来ているが、設置場所が職員室横になっており、投函しにくいことが考えられるため配慮を希望する。また苦情等については当事者に対して検討内容や対応策を説明し解決に努めている。ただ苦情内容も軽微なものであるため、公開はしていないとのことであるが、申し出た利用者や家族等に配慮した上で公開することが望まれる。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p><input type="radio"/> 定例会議を含め、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。</p> <p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p><input type="radio"/> 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</p> <p><input type="radio"/> 職員間で課題の共有化が図られている。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 B</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>事務・調理師以外の全職員が年1回「障害者・児施設サービス共通評価基準」を行っている。その分析検討は、「サービス評価委員会」（年5回）でされており、職員会で報告回覧されていることから、課題の文書化はされていると判断する。個々のサービスの全般にわたって細分化されたマニュアルが整備されており、マニュアルの中にも特記事項として利用者尊重の姿勢が具体的に明記されている。年1回法人全体でのマニュアルの見直しも各会議での意見や自治会での利用者の意見を反映する仕組みができています。また、見直し後のマニュアルも全職員に配り、周知徹底が図られている。さらに、日々のサービスがマニュアルに基づいて実施されているかを確認する仕組みづくりが今後の課題と思われる。</p>

<p>3 3 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 守秘義務の遵守を職員に周知している。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 利用者に関する記録の管理が適切に行われている。</p>	
<p>3 4 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。</p>	<p>評価 C</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 記録にばらつきが生じないための工夫を行っている。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>「文書取扱規定」「個人情報保護に関する方針」「個人情報保護規定」が整備されており、守秘義務の遵守は「利用者支援の原則」を全職員（非常勤も含めて）署名・捺印の上提出することで自覚を促している。利用者のケース記録が、入口から見えにくい向きには収納されているものの、ガラス戸なので利用者名が見えない工夫が望まれる。（34）については入所施設につき非該当である。</p>

<p>35 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 面接や観察の結果を記録している。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>36 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>37 A-1-(1)-③ 個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>ケース会議で個別支援計画の立案や見直しをしている。利用者の意向把握のための保護者との面談が難しい状況にあるが、帰省の送迎時や行事の折に面談したり郵送するなどご苦労が伺える。年に1回見直しをしているが、学校と学園がそれぞれアセスメントを行い連携を取ることでより詳しい把握がされている。個別支援計画には支援上の留意点も細かく記載され、評価も台帳に添付されており、職員に回覧することで共有が図られている。</p>

38 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。）	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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 A-1-(2)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。	
<input type="radio"/> 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 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	

<p>4 1 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>利用者の50%近くが自閉症を中心とした発達障がいという状況で、積極的な視覚的構造化や物理的構造化に取り組まれている。学園でも学校でも簡単な検査を行い本人に適したコミュニケーション支援を選び、スケジュールや絵カードを提供することで利用者の自己表現や主体的な活動を促している。社会資源利用では毎月1回ステップ講座やピアサポートを開き自立訓練につなげており、スーパーでの買い物やDVDレンタルなども職員引率の下行われている。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	
<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	
<p>4 4 A-2-(2)-③ 食事環境（食事時間を含む）に配慮している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	
<p>【講評】</p>	<p>「食事サービス支援マニュアル」が整備されている。全利用者に対して”栄養スクリーニング””栄養アセスメント・モニタリング”を行い「栄養ケア計画」を立てている。糖尿や肥満の利用者には献立や量の調整をしている。嗜好調査も毎年1回行われ、選択献立やバイキング形式に活かされている。食堂の清掃は行き届き、発達障がいの方に対応した個別スペースも13区画も整備されていること、食器も絵柄や材質など家庭生活に近いものを使用するなどから食堂の雰囲気作りは充分出来ていると判断する。毎月開催されている給食会議では、自治会の意見は反映はされているものの、今後は利用者代表の参加等も望まれる。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 入浴の介助や支援は、所定の様式により記録されている。</p> <p>○ 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。</p>	
<p>4 6 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	
<p>4 7 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>評価 B</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>「入浴サービスマニュアル」が整備されている。個別支援計画に健康状態や留意事項が記載されているが、日々検温の習慣もついている。入浴は毎日実施され介助を要する利用者は下校後随時入浴し、支援の実施は「サービス提供の記録」でチェックされている。浴室には入口のカーテンもあり、冷暖房設備もある。棚や脱衣カゴには名票をつけ整理しやすい工夫もされている。しかし、脱衣室と浴室の間のスロープが短く鋭角でガラス戸に接しているので危険度が高く早急な改善を求めたい。</p>

<p>48 A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。</p>	
<p>○ 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、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。</p>	
<p>49 A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p>	<p>評価 B</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。</p>	
<p>○ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。</p>	
<p>○ 採光・照明等は適切である。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>「排泄介助支援マニュアル」が整備されており、介助結果は「サービス提供の記録」に記録されている。排泄は同性介助されており夜間当直でも徹底している。建物の構造上採光は充分ではないが照明で補っている。トイレは利用しやすいように数か所に設置されている。その中にドアが低い箇所があり、利用者支援上必要な場合があるとのことであるが、プライバシー保護に配慮した工夫が望まれる。</p>

<p>5 0 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>5 1 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>平常は制服使用であり、衣類はほとんどが帰省時に用意されているが、帰省のない利用者には職員が購入している。情報としてはテレビの影響を受けることが多く、担当職員が適宜相談助言に当たっている。「更衣・衣類の破損や汚れの対応に関する手順書」があり“着替えを希望した場合は着替える” “利用者の意見を尊重する”と明記されており、修繕や破損の時は記録するとともに保護者の同意も得ている。</p>

<p>5 2 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 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。</p>	
<p>5 3 A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>青年部の利用者に対しては月2回、お化粧や身だしなみについて職員が指導したり勉強会をしており、日常的にも適宜声をかけたり写真等を使って助言をしている。ほとんどの利用者が帰省時に散髪しているが、帰省のない利用者は理髪店・美容室に同行したり、職員が散髪することもある。</p>

<p>54 A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 季節に応じた寝具又は冷暖房設備が準備されている。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>「夜間就寝中の対応マニュアル」が整備されている。居室ごとに冷暖房設備もある。4人部屋ではあるが、必要に応じてカーテンで仕切るなどの配慮もされている。また、障害レベルによって構造化された個室も3室整備されたことも安定につながっているし、緊急の時は静養室等の利用で対応している。</p>

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 地域の社会資源を積極的に活用している。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>休日は帰省する利用者が多い。領域別の情操部が中心となって毎月1回開かれる自治会であそびの要望を聞き、種々の余暇活動を計画している。また担当職員による利用者からの聞き取りを通して把握したり、反省事項があれば係会議にあげ検討している。ボランティアは看護学校、専門学校や高校生と多く、遊びの支援をしている。地域との交流も、地域福祉企画班によって計画を立てられ、グランドゴルフや六月灯、運動会、福祉まつりなど積極的に交流を深めており、地域との連携の深さが学園にとっても心強くありがたいようだ。</p>

<p>5 6 A-2-(8)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 必要なときには、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。</p>	
<p>5 7 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。</p>	<p>評価 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>知的障害児施設につき基本的に利用者単独での外出はないが、登下校を単独でしている6人のグループには時間を守るとか安全のルールが決められている。非常時は学園内の放送が施設外にも流れる設備があり、直ちに支援に駆けつけられる体制は心強い。地域行事の参加も多く情報も伝達できているが、視覚的なポスターなどを掲示することでより期待度が上がるのではないだろうか。外泊は自宅帰省に限られるので、利用者主体のルール作りは非該当。</p>

<p>58 A-2-(9)-① 金銭管理が適切に行えるよう支援している。</p>	<p>評価 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>新聞・雑誌を個人で購買できる。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>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。</p>	<p>評価 C</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	
<p>利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>20歳以上の障害者年金受給者が対象だが金銭の自己管理は難しい。今は「青年部活動年間計画」の中に日用品購買等があるが、今後は社会移行の見通しのたった方を中心に自己管理させ金銭に対する学習プログラムをたてたいという考えもあり、就労支援・自立支援につながるものと期待したい。絵本や児童用の新聞は購入しているが単独での購買は不可能なので非該当とする。飲酒喫煙についても児童施設なので（60）は非該当とする。</p>