

宮崎県社会福祉サービス第三者評価結果書

評価完了日 令和3年 3月 24日

評価機関 社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会

評価実施期間 令和2年8月12日～令和3年 3月 24日

1 第三者評価結果の概要

(1) 施設・事業所情報

施設・事業所名	あかつき学園	種別	障害者支援施設 障害児入所施設
代表者氏名	施設長 前田 利保	定員 (利用人数)	40 名
所在地	宮崎県日向市大字塩見字 権現原15153-1	TEL	0982-54-4655
		FAX	0982-54-4625
ホームページ	http://www.himawarikai.or.jp		

(2) 評価結果

① 特に評価の高い点

- 1 地域の行事を確認し、参加可能な行事については施設利用者と一緒に参加しています。また、施設が開催する秋祭りでは事前にポスターの掲載を学校や商業施設に依頼し、地域の方に当日のボランティアを要請するほか、クリーン活動を計画し、地域の美化活動にも努めるなど、利用者と地域との交流を積極的に行っています。
- 2 利用者による月1回の集会である「さわ会」で利用者の発言する場を設けるとともに、毎月聴き取りを行い、要望等の把握に努めています。また、要望等の内容について職員間で共有するとともに、検討すべき事項については、成人、児童の各部会で検討し、対応するなど、利用者満足の向上に努めています。
- 3 福祉サービスの実施状況の記録が適切に行われ、支援内容の変更や職員への周知事項などはパソコン内の情報掲示板にて職員全員が確認でき、情報の共有が容易にできるようになっています。
- 4 「家族との連携・交流と家族支援」については、毎週外泊している利用者の家族が高齢でドライブなど困難になった場合などに職員が家族に代わって外食支援を行うなどの配慮や工夫をしています。

②改善が求められる点

- 1 単年度の事業計画は策定されていますが、中・長期計画は策定されておらず、中・長期の事業計画のビジョンを明確化するため、早期の策定が望まれます。
また、事業計画、理念や基本方針、苦情・相談の体制については利用者や家族等への周知が行われていないので、分かりやすく文書化し、ホームページに掲載するとともに、利用者・家族、地域の方へ配布及び説明が望まれます。
- 2 ボランティア受入れや利用者のプライバシー保護に関するマニュアルが整備されていないので、マニュアルを整備し、職員、利用者や家族への周知及びマニュアルに沿った取り組みが望まれます。
- 3 ヒヤリハットや事故報告書で再発防止（改善策）はありますが、定期的に分析、見直しする取り組みがなく、リスクマネジメント体制を構築されることを期待します。

③評価結果に対する施設・事業所のコメント

社会福祉サービス第三者評価事業は、平成26年に施設移転前の旧学園での受審以来2回目となります。今回、新築移転して2年目に施設及び福祉サービスについて評価を受けたことは当学園にとって意義のあることだと思います。

評価結果を職員に周知し、取り組むべき課題を共有して改善に努めてまいります。また、過分に高く評価していただいた項目につきましても、再度見直しを行い、ご利用者、保護者に満足していただけるようサービスの質の向上を目指します。

2 施設・事業所情報

経営法人・設置主体	社会福祉法人 ひまわり会
開設年月日	昭和44年7月1日
理念・基本方針	<p>【理念】</p> <p>Motto (心構え) ・夢を志にそして使命に Mission (事業目的) ・生活に新しい価値を創造する Value (大切にしていること) ・信頼</p> <p>【基本方針】</p> <p>障がい者支援施設 地域に馴染み、地域に根ざした施設をめざす 障がい児入所施設 家庭から離れて暮らさざるを得ない児童を家庭に代わって育てる施設、利用者が望む暮らしを支える施設でありたい。</p>

事業内容	高齢者福祉、障がい者福祉、児童福祉
職員数	常勤職員数 33名 非常勤職員数 3名
専門職	(社会福祉士) 0名 (歯科衛生士) 1名 (介護福祉士) 17名
施設・設備の概要	建物面積：2141.71㎡ 居室数：40部屋
特徴的な取組	ご利用者主体で毎月行われるさわ会、そこで出された要望等を個別に少人数支援として実施する取り組みを行っていること。 また、担当職員が毎月ご利用者に聞き取りを行い、困っていることや意見をくみ取れるようにしていること。聞き取ることが難しい方には、職員が1ヶ月の様子を見て気にかかることを記録している。

詳細は別紙「評価結果表」を参照。

評価結果表（あかつき学園）

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・周知されている。

1	I-1-(1)-①	評価
理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		b
評価コメント	理念、基本方針については、施設の玄関等に掲示しており、職員には入社の際に各自1部ずつ交付する研修ファイルの中に入れるなど、周知を図っていますが、利用者及び家族に対する周知が図られていないので、わかりやすい説明資料を作成・配布する等利用者・家族への周知への努力が望まれます。	

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

2	I-2-(1)-①	評価
事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		C
評価コメント	市の障がい福祉計画や国の福祉の動向に関する全国経営協の情報は入手しているものの、課題の把握及び分析が行われていないので、法人本部とも連携し、分析の実施が望まれます。	

3	I-2-(1)-②	評価
経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		b
評価コメント	監事監査で指摘を受けた経営課題について、次年度の事業計画で長期的課題として掲げ、職員への周知を図っていますが、解決・改善に向けた具体的な取り組みが行われていないので、検討が望まれます。	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

4	I-3-(1)-①	評価
中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		C
評価コメント	現段階では中・長期計画が策定されていないので、早期の策定が望まれます。なお、来年2月には法人本部の方で5年間の長期計画を、その後各施設で3年間の中期計画を策定することになっています。	

5	I-3-(1)-②	評価
中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		C
評価コメント	単年度計画が策定され、その中に中期及び長期の事業計画に加え、アクションプランも作成していますが、中・長期計画が策定されていないので、早期の策定が望まれます。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-①	評価
事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		a
評価コメント	事業計画の策定・見直しに当たっては、成人部会及び児童部会を構成する職員が参加して計画の進捗状況も含め協議を行い、原案を作成しています。また、事業計画は毎年度当初に全職員に配布し、説明を行っています。	

7	I-3-(2)-②	評価
事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		C
評価コメント	事業計画については利用者や家族への周知が行われていないので、分かりやすい資料の作成や、保護者会での事業計画書の配布及び説明が望まれます。	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

8	I-4-(1)-①	評価
福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		b
評価コメント	毎月成人、児童各部会で個別支援計画の内容についてチェックを行うなど福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みが行われていますが、自己評価については毎年は行われていないので、年1回以上実施が望まれます。	

9	I-4-(1)-②	評価
評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		a
評価コメント	成人、児童各部会で評価した結果を検討し、内容を議事録にして回覧し、パソコンに設置した「情報掲示板」を活用して職員一人ひとりがいつでも見られるようにして、職員への周知を図っています。	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

10	II-1-(1)-①	評価
管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		b
評価コメント	施設長は職員会で「管理者及び指導的職員の責任と役割」について文書化し職員に配布・説明を行っていますが、施設長不在時の権限委任等を明確にしていないので、事務分掌表等で明示することが望まれます。	

11	II-1-(1)-②	評価
遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		a
評価コメント	施設長は研修会で職員に就業規則の中の服務規律について、説明するとともに、法人主催のコンプライアンス研修に指導的職員とともに参加するなど職員に対し法令等を周知し、遵守させるための取組を行っています。	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

12	II-1-(2)-①	評価
福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。		b
評価コメント	施設長は年3回職員面談や職員アンケートにより要望や改善点の把握に努めるとともに、施設長自らヒューマンエラー研修を行い、行政への事故報告事例について説明を行っていますが、福祉サービスの継続的な評価・分析が行われていないので、改善が望まれます。	

13	II-1-(2)-②	評価
経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。		b
評価コメント	施設長は職員面談や職員アンケートで得た職員の意見を検討し、業務改善に努めていますが、経営改善に向けた人事、労務、財務等踏まえた分析を行っていないので、法人本部とも連携し、経営改善に向けた分析の実施が望まれます。	

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

14	II-2-(1)-①	評価
必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		b
評価コメント	専門学校や高等学校に求人票を送付したり、就職説明会に会った結果、ある程度の人材の確保はできていますが、人材に関する確保と育成に関する方針や人員体制についての具体的な計画がないので、計画的な人材確保に関する対策が望まれます。	

15	Ⅱ-2-(1)-②	評価
総合的な人事管理が行われている。		b
評価コメント	年度当初に「人事制度の手順書」により個々に施設長より説明を行い、人事基準の周知を職員に図るとともに、職員面談でストレスや不満を把握し、改善に努めていますが、処遇改善の必要性の評価・分析や職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりが行われていないので、取り組みが望まれます。	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16	Ⅱ-2-(2)-①	評価
職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		b
評価コメント	毎年生活習慣病予防検診を実施するとともに、外部のメンタルヘルス研修への職員の参加、施設長が行うハランメント研修を開催するなど、働きやすい職場づくりを行っていますが、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が策定されていないので、策定が望まれます。	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17	Ⅱ-2-(3)-①	評価
職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		b
評価コメント	施設長が「職員に求める理想像」を文書化し、職員に配布・説明しています。また、職員面談で「仕事における目標」を聴き、年度末に口頭で達成度を確認していますが、「目標管理制度に関わる規程」が整備されていないので、規程を制定し、目標項目等が明確にされた適切な内容となるよう改善することが望まれます。	

18	Ⅱ-2-(3)-②	評価
職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		b
評価コメント	施設長が「職員に求める理想像」を文書化し、職員に配布・説明していますが、中・長期計画を策定していませんので、職員の教育・研修等を盛り込んだ中・長期計画の早期策定が望まれます。	

19	Ⅱ-2-(3)-③	評価
職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		a
評価コメント	職員それぞれの専門資格を把握し、外部研修として県社会福祉協議会、全国社会福祉法人経営者協議会等が主催する研修会に職員を積極的に参加させ、内部研修として障がい者虐待防止・権利擁護研修やハランメント研修等を施設内で開催する他、新任職員等には個別的なOJTが適切に行われています。	

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

20	II-2-(4)-①	評価
実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		b
評価コメント	実習生については、学校側と十分連携し、専門分野に配慮したプログラムを作成し、指導に当たっていますが、教育・育成に関する基本姿勢を明示した実習等に関するマニュアル等が整備されていないので、整備が望まれます。	

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

21	II-3-(1)-①	評価
運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		c
評価コメント	法人のホームページは作成し、施設の活動内容等を掲載していますが、理念、基本方針、苦情・相談の体制等については、掲載されていないので、理念や基本方針等をホームページに掲載するとともに、地域へ向けての広報誌等の作成・配布が望まれます。	

22	II-3-(1)-②	評価
公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		a
評価コメント	職務分掌表を作成し、職員に配布しています。また、監事による事務、経理、取引等に対する内部監査を行うとともに、会計事務所の外部監査を受け、指摘に対しては改善に努めています。	

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

23	II-4-(1)-①	評価
利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		a
評価コメント	地域の行事を確認し、参加可能な行事については施設利用者と一緒に参加しています。また、施設が開催する秋祭りでは事前にポスターの掲載を学校や商業施設に依頼し、地域の方に当日のボランティアを要請するほか、クリーン活動を計画し、地域の美化活動にも努めています。	

24	II-4-(1)-②	評価
ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		c
評価コメント	職員が授業の講師で行くなど学校教育への協力は行っていますが、ボランティア受入れに関するマニュアルが整備されていない等ボランティア受入れや地域の学校教育等への協力についての基本姿勢が明文化していないので、マニュアルの整備等が望まれます。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	II-4-(2)-①	評価
福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		a
評価コメント	個々の利用者に対応できる社会資源を明示したリストを作成し、利用者の要望・相談に応じています。また、支援学校との定期的な協議の場の設置、児童相談所との連携、日向入郷地区自立支援協議会への入会等関係機関との連携を適切に行っています。	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	II-4-(3)-①	評価
地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		a
評価コメント	地域の方が参加しての秋祭りを開催しているほか、当施設の第三者委員を務める区長との意見交換会、日向入郷地区自立支援協議会への参加、セイフティーネット事業の展開等地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めています。	

27	II-4-(3)-②	評価
地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。		b
評価コメント	地域の防災訓練への参加や日向市社会福祉協議会主催の「ふれあいフェスタ」や「福祉の集い」等に参加をしていますが、地域貢献活動や福祉サービスの提供に関する専門的な情報の地元への還元する取組が行われていないので、取組が望まれます。	

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。

28	III-1-(1)-①	評価
利用者を尊重した福祉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。		b
評価コメント	朝礼で倫理綱領を復唱し、暗唱できるよう職員に奨励しています。また、意思決定支援研修を開催したり、県主催の権利擁護・虐待防止研修に職員が参加し、施設内で復命研修を行っていますが、日常的に利用者を尊重する姿勢が実施できることが望まれます。	

29	III-1-(1)-②	評価
利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		c
評価コメント	利用者のプライバシー保護に関するマニュアルが整備されていないので、マニュアルを整備するとともに、利用者及び家族にプライバシー保護に関する取組の周知を図ることが望まれます。	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

30	Ⅲ-1-(2)-①	評価
利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		b
評価コメント	パンフレットを各関係機関や当施設の玄関で配布し、利用希望者にもパンフレットを活用して個別に丁寧な説明を行っていますが、利用希望者への情報提供について、パンフレットに理念や基本方針を掲載する等見直しが望まれます。	

31	Ⅲ-1-(2)-②	評価
福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		b
評価コメント	写真等を多く使ったパンフレットや重要事項説明書で説明を行うとともに利用希望者の反応を確認しながら説明を行っていますが、意思決定の困難な利用者への配慮がルール化されいないので、ルール化が望まれます。	

32	Ⅲ-1-(2)-③	評価
福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		b
評価コメント	他の施設への移行に際しては、福祉サービスの継続性に問題がないよう引継ぎ文書を作成し、「家族との連絡帳」により家族との情報共有を図っています。しかし、施設での利用が終了後に家族が相談できる窓口を設置していませんので、設置しその内容を文書で家族に交付することが望まれます。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-①	評価
利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		a
評価コメント	利用者による月1回の集会である「さわ会」で利用者の発言する場を設けるとともに、毎月聴き取りを行い、要望等の把握に努めています。また、要望等の内容について職員間で共有するとともに、検討すべき事項については、成人、児童の各部会で検討し、対応しています。	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	Ⅲ-1-(4)-①	評価
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		b
評価コメント	苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が整備されているが、第三者委員の選任が1名なので複数の選任が望まれます。また、年度毎に苦情受付台帳に記載し、軽微な内容であれば、パソコン内の情報掲示板にて職員に周知し、改善を図っていますが、苦情内容及び解決結果等について公表していませんので、公表についての検討が望まれます。	

35	Ⅲ-1-(4)-②	評価
利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		b
評価コメント	相談室を設け、相談しやすく、意見の述べやすい環境は整っていますが、相談等について利用者や家族へ周知していないので、相談方法等について文書の作成・配布が望まれます。	

36	Ⅲ-1-(4)-③	評価
利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		b
評価コメント	利用者による月1回の集会である「さわ会」で利用者の発言する場を設け、その内容を職員に回覧し、周知を図っています。また、毎月担当職員が個別に利用者の相談や意見を聴く時間を設け、発言が難しい利用者に対しては職員が行動等を観察し、気になる点を記録し、成人及び児童部会で検討をしていますが、相談や意見の処理に関するマニュアルが整備されていないので、マニュアルの整備が望まれます。	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

37	Ⅲ-1-(5)-①	評価
安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		b
評価コメント	職員は事故報告書を提出し、発生要因の分析に基づく改善策を作り再発防止策を実施していますが、責任者の明確化や委員会の設置などのリスクマネジメント体制が構築されていないので今後の取り組みを期待します。	

38	Ⅲ-1-(5)-②	評価
感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。		b
評価コメント	感染症マニュアルは作成されていますが、管理体制が整備されておらず、また定期的な研修も開催されていないので、担当を決めて定期的な研修の実施が望まれます。	

39	Ⅲ-1-(5)-③	評価
災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		a
評価コメント	今年の6月にBCPが策定され、職員への周知と災害時における組織的な対応に取り組んでいます。また毎年、消防署に依頼し、総合防災訓練を実施するとともに、4日分の食品の備蓄も行われています。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

40	Ⅲ-2-(1)-①	評価
提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		b
評価コメント	標準的な実施方法は支援マニュアルの中に作成され、個別の対応も文書化されていますが、プライバシー保護や権利擁護に関する姿勢が明示されていないので、見直しを期待します。	

41	Ⅲ-2-(1)-②	評価
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。		b
評価コメント	標準的な実施方法や個別支援計画については成人、児童の各部会において定期的に見直しが行われていますが、時期や方法を組織的に定めることを望みます。	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

42	Ⅲ-2-(2)-①	評価
アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。		a
評価コメント	アセスメントに基づいて個別支援計画が策定されて、ニーズについても「さわ会」などで聞き取りを行い、反映させて、定期的なモニタリングで確認が行われています。また支援困難ケースも専門機関に相談し、アドバイスを受けて適切なサービスが提供されています。	

43	Ⅲ-2-(2)-②	評価
定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		b
評価コメント	個別支援計画書をいつでも確認できるように職員室に設置し、モニタリング会議にて確認、見直しが行われています。また変更があった場合も各担当職員がパソコンの情報掲示板を活用し、全職員への周知に努めています。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44	Ⅲ-2-(3)-①	評価
利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		a
評価コメント	個別支援計画書に基づくサービスの記録が適切に行われ、成人、児童の各部会で話し合い、支援の変更など緊急な時もパソコンの情報掲示板にて全職員に周知が行われ、共有する仕組みが整備されています。	

45	Ⅲ-2-(3)-②	評価
利用者に関する記録の管理体制が確立している。		a
評価コメント	入社時の新人研修で施設長から秘密保持と個人情報保護規定について説明が行われています。また、職員室の書類はすべてロッカーに収納され、個人情報の保護に努めています。	

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重

46	A-1-(1)-①	評価
利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		a
評価コメント	毎月の「さわ会」や各担当者の個別聞き取りにより、できる限り利用者の意見を個別支援に反映するようにしています。また意見や発言の難しい利用者は家族から好き嫌いなどを聞いて食事に反映しています。	

A-1-(2) 権利侵害の防止等

47	A-1-(2)-①	評価
利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		b
評価コメント	身体拘束委員会（毎月）及び虐待防止委員会（3ヶ月ごと）を開催し、虐待防止のマニュアルも作成していますが、権利擁護についての規程、マニュアルがないので、利用者の権利擁護のため作成が望まれます。	

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本

48	A-2-(1)-①	評価
利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		b
評価コメント	自律・自立できる利用者は少ないが障害状況に合わせた一人ひとりに配慮した個別支援が行われていないので、動機づけを行い、一人ひとりに配慮した個別支援の取り組みが望まれます。	

49	A-2-(1)-②	評価
利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。		a
評価コメント	コミュニケーションが十分でない利用者に個別的な配慮を行うとともに、障がいの状況に合わせたコミュニケーション（筆談、カード、写真、手話等）の使用により個別的な配慮が行われています。	

50	A-2-(1)-③	評価
利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。		a
評価コメント	毎月、「さわ会」や各担当者の個別聞き取りにより、支援が行われています。また、モニタリング会議にて相談内容について検討し、サービス管理責任者と関係職員の理解、共有が図られています。	

51	A-2-(1)-④	評価
個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。		b
評価コメント	利用者の希望やニーズを個別支援計画に反映させ、支援内容等の検討や見直しも行われていますが、利用者に適切な地域などの情報提供が少ないので、必要に応じた情報提供を増やす取組が望まれます。	

52	A-2-(1)-⑤	評価
利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		a
評価コメント	毎月の成人、児童の各部会で利用者の生活状況を確認し、問題があれば改善に努めています。また、利用者の障がいの状況に応じて個別の支援が行われ、全職員で検討、理解、共有が図られ、見直しも行われています。	

A-2-(2) 日常的な生活支援

53	A-2-(2)-①	評価
個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。		a
評価コメント	食事、入浴、排せつの各支援マニュアルが個別に文書化され、個別支援計画書に基づいて適切な支援が行われています。	

A-2-(3) 生活環境

54	A-2-(3)-①	評価
利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		a
評価コメント	1年半前に新築され、障がい特性に配慮して個室が整備され、安全に過ごせるように工夫がされています。また担当職員が定期的に聞き取りと観察で利用者の意向等を把握し、改善に努めています。	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

55	A-2-(4)-①	評価
利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		b
評価コメント	担当職員が看護師と心身状況の配慮など連携を図り、ラジオ体操、散歩、ストレッチ、ダンス等、利用者一人ひとりに合わせた機能訓練や生活訓練が行われていますが、外部の専門職の助言等を参考に専門性の高い職員の育成が望まれます。	

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

56	A-2-(5)-①	評価
利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		a
評価コメント	担当職員が入浴等の支援の際に、利用者の健康状態を把握するようにしています。また、嘱託医師や主治医が往診し、利用者の健康状態の把握に努めています。体調変化等の際は施設の看護師が医師に連絡し、迅速な連携・対応が行われています。	

57	A-2-(5)-②	評価
医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		b
評価コメント	施設の看護師が服薬マニュアルに基づいてダブルチェックにより、服薬が行われています。しかし責任が明確化されていないので医療的な実施についての基本的な考え方の検討が望まれます。	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

58	A-2-(6)-①	評価
利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。		b
評価コメント	利用者の希望に基づき散髪、おやつ作り、買い物など実施していましたが、今は感染症の影響で社会参加などが行われていません。感染症の状況を見つ、地域での社会活動への支援を図ることが望まれます。	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

59	A-2-(7)-①	評価
利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。		b
評価コメント	個別支援計画書に基づいて支援は行われていますが、社会資源などの情報が少ないので、利用者の意欲を高めるための学習や体験の機会が増えていくよう支援をすることが望まれます。	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

60	A-2-(8)-①	評価
利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		a
評価コメント	利用者の生活状況は定期的に写真をつけて家族に報告、また健康状態については通院後、看護師が結果を家族に伝えています。毎週、外泊している利用者の親が高齢になり、ドライブなどできなくなったケースでは、職員が代わりに外食に行く等、利用者・家族の気持ちに寄り添う等の家族支援に努めています。	

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援

61	A-3-(1)-①	評価
子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		b
評価コメント	子どもの状況に応じた個別支援（生活に必要な自立）は休日の活動をスケジュール化し、工夫や見直しが行われ、支援学校と連携を図りながら発達支援に努めていますが、子どもの活動プログラムについては、専門性の高い職員を配置し取り組まれることが望まれます。	

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援

62	A-4-(1)-①	評価
利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。		評価外
評価コメント		

63	A-4-(1)-②	評価
利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。		評価外
評価コメント		

64	A-4-(1)-③	評価
職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。		評価外
評価コメント		