

共通

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>			
<b>I-1 理念・基本方針</b>			
<b>I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>			
判断基準	1	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
	a	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	
	b	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
着眼点	○ ①	理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	
	○ ②	理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
	○ ③	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
	○ ④	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
	○ ⑤	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
	○ ⑥	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。	
<p>理念・基本方針は「支援の心得」の冊子で理念・倫理綱領・行動規範として詳細に明文化し職員必携として冊子を配付している。年度初め全職員出勤の際の読み合わせ及び毎月の職務会での読み合わせを行い職員への周知に取り組んでいる。職員同士で週に一度は寮内で読み合わせを行うなど周知に向けた継続的な取組を行っている。利用者寮内の掲示版には、絵文字や写真を活用するなど利用者への周知の工夫がされている。</p>			
<b>I-2 経営状況の把握</b>			
<b>I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>			
判断基準	2	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。	b
	a	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。	
	b	事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
着眼点	○ ①	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	
	○ ②	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	
	○ ③	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	
	○ ④	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
<p>経営環境の変化等については、施設長・支援課長が全国施設長研修に出席し、障害者福祉の動向等の把握に努めている。福祉新聞及び障害者関係雑誌「サポート」を職員共に定期購読し情報の把握に共に取り組んでいる。経営状況については顧問の税理士事務所による月次・分析の説明を受けている。施設長が取り組む利用者の分析を含め、職員への周知・理解に向けた取組の工夫が望まれる。</p>			
判断基準	3	経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	a	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	
	b	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
着眼点	○ ①	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	
	○ ②	経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。	
	○ ③	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	
	○ ④	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	
<p>経営状況については、毎月顧問税理士事務所の報告説明を受け状況の把握と経営の課題の把握に努めている。育成福祉会幹部会議等で確認された課題や取組については、毎月の職務会議で施設長・課長は職員に報告している。特に人材確保の課題については人事評価制度の取組を検討するなど新たな人材育成体制の構築に取り組んでいる。現状分析に基づいた課題は解決・改善に向けて中長期計画に反映されている。</p>			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>I-3 事業計画の策定</b>			
<b>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>			
4	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。		<b>b</b>
判断基準	a	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	
	b	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
着眼点	○ ①	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	
	○ ②	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	
	○ ③	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
	○ ④	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
<p>経営状況の課題を踏まえ重点取組テーマとして、人材育成、人事評価制度の仕組み作り、中央育成園の環境整備が中長期計画として策定されている。事業計画は具体的な行動項目が揭示され、手順を詳細に明記している。施設整備の資金計画は法人全体の組織枠で検討が進められている。中長期計画の見直しについては、施設長・幹部職員が検討・見直しを行い次年度検討会議に諮っている。今後は、年度末に限らず、必要に応じて計画の見直しが行えるよう数値目標や具体的な成果の設定の取組に期待したい。</p>			
5	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		<b>b</b>
判断基準	a	単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	
	b	単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c	単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
着眼点	○ ①	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	
	○ ②	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	
	○ ③	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
	○ ④	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
<p>事業計画の策定に当たり、施設長・課長が事業計画及び中長期計画の分析・見直しを行い次年度検討会及び職員会議で報告している。前年度事業を踏まえ支援活動については具体的に内容の計画が示されている。今後は数値目標や具体的な成果の設定をすなど実施状況の評価を行える内容の工夫が望まれる。</p>			
<b>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>			
6	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。		<b>b</b>
判断基準	a	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。	
	b	事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	
	c	事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
着眼点	○ ①	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	
	○ ②	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	
	○ ③	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	
	○ ④	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	
	○ ⑤	事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）がされており、理解を促すための取組を行っている。	
<p>事業計画は、2月の新年度検討会及び職員会議の検討会における職員の意見の他、個別支援計画及び給食会議に利用者も参加していただき利用者の要望や意見を取り入れた計画の策定に取り組んでいる。計画の周知は、年度初め全体出勤を組み事業計画の説明会を実施し、事業計画書を職員に配付するなど計画の理解に向けた取組がなされている。今後は、分析から計画作成まで職員の参画の下、事業計画策定の手順及び評価見直しに向けた取組に期待したい。</p>			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価結果
7	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		a
判断基準	a	事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	
	b	事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c	事業計画を利用者等に周知していない。	
着眼点	○ ①	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。	
	○ ②	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	
	○ ③	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	
	○ ④	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	

利用者への周知については、毎月の朝礼で月ごとの行事予定などを説明している。事業計画の主な内容は保護者に配付し、各寮内の掲示版に計画書を掲示する他ホワイトボードを活用し、絵文字や写真・担当職員を明記するなど利用者の周知に向けた工夫がなされている。

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	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
判断基準	a	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	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ているが、十分に機能していない。	
	c	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ていない。	
着眼点	○ ①	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	
	○ ②	福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。	
	○ ③	定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	
	○ ④	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	
9	評価結果にもとづき組織として取り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。		b
判断基準	a	評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	
	b	評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c	評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
着眼点	○ ①	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	
	○ ②	職員間で課題の共有化が図られている。	
	○ ③	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。	
	○ ④	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	
	○ ⑤	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	

オンブズマン報告及び虐待防止委員会の報告を受けオンブズマン会議及び職員会議などの会議で課題について職員の共有化が図られている。課題の改善策や計画について明示された会議録の閲覧を徹底するなど、職員の共通理解の下改善策や改善の実施状況の評価を実施し計画の見直しに繋げる取組が望まれる。

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>II 組織の運営管理</b>			
<b>II-1 管理者の責任とリーダーシップ</b>			
<b>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>			
10	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>b</b>
判断基準	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。	
	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、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
着眼点	○ ①	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	
	○ ②	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	
	○ ③	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	
	○ ④	平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	
<p>管理者の役割と責任については、運営規程及び職務分掌に明記している。年度初め4月の全職員出勤時の事業計画説明会の際に管理職の役割と責任について職員に表明し周知を図っている。今後は広報誌等に掲載するなど文書化による周知の取組に期待したい。</p> <p>管理者の役割と責任について不在時の権限委任等辞令を交付するなど明文化した事務処理の工夫が望まれる。</p>			
11	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。		<b>a</b>
判断基準	a	管理者は、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。	
	b	管理者は、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が、十分ではない。	
	c	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
着眼点	○ ①	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。	
	○ ②	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	
	○ ③	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	
	○ ④	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	
<p>施設長は、法令等を理解するため県内外の研修に積極的に参加している。人材育成推進者養成講座、キャリアコンサルタント、職場研修担当者・インストラクターなど多岐にわたる研修実績を活かし、施設内で人材育成・リーダー育成に取り組んでいる。</p>			
<b>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>			
12	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>a</b>
判断基準	a	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	
	b	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
着眼点	○ ①	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	
	○ ②	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	
	○ ②	管理者は、福祉サービスの質の向上について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。	
	○ ②	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	
○ ②	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。		
<p>施設長は虐待防止の研修・職員研修などに自ら講師として携わり、サービスの質の向上に努めている。施設長は、施設の目標達成に向けた分析（スワット分析）を行い施設の方向性・将来像の把握に努めている。「学ぶことは自身が変えること。学んで変わることはサービスの質の向上に繋がる」の施設長方針の下人材育成とリーダー育成に指導力を発揮している。朝会等では、職員からの支援報告に適切な助言アドバイスを行い、各行事報告書を確認しPDCAサイクルの立場から助言をするなどサービスの質の向上に共に取り組んでいる。</p>			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
13	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		a
判断基準	a	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	
	b	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
着眼点	○ ①	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	
	○ ②	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	
	○ ③	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	
	○ ④	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める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。	

施設長は、年休取得、産休・育休介護休暇等各休暇の取得を奨励し、働きやすい環境整備に努めている。休暇の執行率は高い状況にある中、適切な人員配置がなされている。経営の改善や人事労務・財務等を踏まえた分析については、顧問の税理士から月次報告を受け分析の理解に努めている。今年度から人事評価制度の導入に伴い社会保険労務士との指導・連携体制に取り組んでいる。財務については、法人体制として公認会計士の導入が予定されているとのことであり、今後の経営業務の実行性に向けた取組の展開に期待が持てる。

## 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	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。		a
判断基準	a	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	
	b	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
着眼点	○ ①	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	
	○ ②	福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	
	○ ③	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	
	○ ④	法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。	

法人で人材育成や人材確保に取り組んでいるが独自に初任者研修や職場内研修の強化を図っている。昨今の職員採用が厳しいなかで転職採用者もいることから研修の強化に取り組んでいる。財源としてキャリアアップ助成金も活用している。資格取得希望の職員に対しては情報提供と勤務的配慮を行い資格取得に向けた支援を行っている。また、作業療法士など専門職を配置してサービスの充実強化を図っている。沖縄県認証企業として平成26年度に認証を取得し平成30年度も継続している。

15	総合的な人事管理が行われている。		b
判断基準	a	総合的な人事管理を実施している。	
	b	総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c	総合的な人事管理を実施していない。	
着眼点	○ ①	法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	
	○ ②	人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。	
	○ ③	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	
	○ ④	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	
	○ ⑤	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	
	○ ⑥	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できている。	

法人は「目指す職員像」を明確にしている。今年度から人材育成を目的とした人事評価制度がスタートしており管理者等は面談を通して職員の悩みや課題を把握して必要な情報提供や課題解決に向けた支援を行っている。今後も面談を通して職員の思いをくみ課題解決に向けた取り組みが期待される。

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>			
16	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。		a
判断基準	a	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、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	
	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。	
	c	職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
着眼点	<input type="radio"/> ①	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	
	<input type="radio"/> ②	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	
	<input type="radio"/> ③	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	
	<input type="radio"/> ④	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	
	<input type="radio"/> ⑤	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。	
	<input type="radio"/> ⑥	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	
	<input type="radio"/> ⑦	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。	
	<input type="radio"/> ⑧	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	

職員間のコミュニケーションを大事にして職員が有給休暇が取りやすいように人員配置がなされている。就業規則が整備されて健康診断の実施、年1回のメンタルヘルスチェックや月1回産業医による相談体制が確保されている。管理者は定期的な職員との面談を通して職員の意見を取り入れ働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

<b>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>			
17	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		b
判断基準	a	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	
	b	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
着眼点	<input type="radio"/> ①	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	
	<input type="radio"/> ②	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	
	<input type="radio"/> ③	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	
	<input type="radio"/> ④	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	
	<input type="radio"/> ⑤	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	
法人は「目指す職員像」を明確にしており、今年度からスタートした人事評価制度で管理職は職員との面談を通して職員の現状を把握してそれぞれの目標に向かっての支援を行っている。人事評価制度は今年度からスタートしたばかりでこれから職員が目標設定を行い、それぞれが成長している実感が得られるような取り組みを期待したい。			
18	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
判断基準	a	組織として職員の教育・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	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
着眼点	<input type="radio"/> ①	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	
	<input type="radio"/> ②	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、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	
	<input type="radio"/> ③	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	
	<input type="radio"/> ④	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	
	<input type="radio"/> ⑤	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	
法人の「目指す職員像」が明示されて利用者への支援力を高めるために資格取得ができる研修（サービス管理責任者研修、リスクマネジメント研修、強度行動障害を理解する研修）への派遣を積極的に行っている。研修後には職務会等で振り返り研修を行い研修参加者は研修内容の確認と研修に参加してない職員との情報共有を図っている。今後は研修委員会で定期的に計画の評価と見直し及び研修内容やカリキュラムの評価と見直しを期待される。			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
19	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		a
判断基準	a	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	
	b	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c	職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
着眼点	○ ①	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	
	○ ②	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。	
	○ ③	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。	
	○ ④	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。	
	○ ⑤	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	

管理者等は職員と面談を行い、自己目標を確認しながら施設外研修に派遣している。職場内研修として大学の先生を2ヶ月に1回招聘しての研修や接遇など職員の要望に応じた研修を実施している。特に新任職員は他職種からの転職で採用になった職員もおり利用者理解を深めるために統括主任を中心としてレクチャーや一日の振り返り研修を行っている。

20	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。		a
判断基準	a	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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	
	b	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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c	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ておらず、教育・研修が行われていない。	
着眼点	○ ①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	
	○ ②	実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	
	○ ③	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	
	○ ④	指導者に対する研修を実施している。	
	○ ⑤	実習生については、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継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	

実習生に対して実習に入る前に障がい者への理解を深めるための課題を与えて実習に入る心構えをさせている。実習生受け入れマニュアルは整備されておりマニュアルに基づいて取り組みが行われている。実習担当者は有資格者の統括主任で一日の目標、一日の振り返りを最重視し実習が有意義な実習になるような工夫している。

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	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。		b
判断基準	a	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	
	b	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
着眼点	○ ①	ホームページ等の活用により、法人・福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	
	○ ②	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	
	○ ③	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	
	○ ④	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	
	○ ⑤	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所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。	

運営の透明性を確保するための情報公開として法人のホームページで資金収支計算書、事業活動報告書、貸借対照表、財産目録を公開している。事業案内については施設のホームページやパンフレット、法人が発行している広報誌に掲載している。苦情解決の仕組みはあるが苦情の内容にもとづく改善・対応の状況について掲示板などでの公表が望まれる。

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
22	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。		b
判断基準	a	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。	
	b	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が、十分ではない。	
	c	公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
着眼点	<input type="checkbox"/> ①	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。	
	<input type="checkbox"/> ②	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	
	<input type="checkbox"/> ③	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。	
	<input type="checkbox"/> ④	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	
	<input type="checkbox"/> ⑤	外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。	
	<input type="checkbox"/> ⑥	外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	

毎年、法人の内部監査を実施し、福祉施設・事業所における事務、経理、取引について確認を行い、その後法人の幹事の公認会計士による監査を経て指導が行われ指摘事項に基づき経営改善を行っている。事務等に関するルールや職務分掌と権限・責任について職員への周知が充分ではないので今後は職員への周知を期待する。

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	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
判断基準	a	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積極的に行っている。	
	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。	
	c	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ない。	
着眼点	<input type="checkbox"/> ①	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。	
	<input type="checkbox"/> ②	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	
	<input type="checkbox"/> ③	利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	
	<input type="checkbox"/> ④	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	
	<input type="checkbox"/> ⑤	利用者の買い物や通院等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。	
24	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。		b
判断基準	a	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	
	b	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
着眼点	<input type="checkbox"/> ①	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	
	<input type="checkbox"/> ②	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	
	<input type="checkbox"/> ③	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	
	<input type="checkbox"/> ④	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	
	<input type="checkbox"/> ⑤	学校教育への協力を行っている。	

地域との関わりを大事にして地域行事(つなひき行事など)に参加したり施設に招いての交流(日本赤十字社沖縄支部主催の愛の心もちつき大会など)を行っている。日常的には利用者が近くのコンビニ、理髪店、レストラン等を利用していることもあって利用者への理解が深まり店を貸し切りにして提供する関係が来ている。

ボランティアの受け入れについてマニュアルが整備され活動内容として環境整備への参加、行事への参加、日課活動(作業・音楽等)への参加としている。実習で繋がった学生や「ラインアット」を通して学生に情報発信しボランティアを依頼している。今後は地域で取り組まれている活動の場に向いて情報提供を行いボランティアの受け入れを考えている。



評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>			
25	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。		<b>a</b>
判断基準	a	利用者によりよい福祉サービスを提供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把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	
	b	利用者によりよい福祉サービスを提供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把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c	利用者によりよい福祉サービスを提供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ていない。	
着眼点	<input type="radio"/> ①	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	
	<input type="radio"/> ②	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	
	<input type="radio"/> ③	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
	<input type="radio"/> ④	地域の関係機関・団体の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。	
	<input type="radio"/> ⑤	地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	

利用者が契約している相談事業所と定期的に面談して情報の共有化を図っている。医療機関とは連携を密にして壁に医療機関一覧表を掲示しすぐ連絡がとれる状況である。関係機関・団体とは施設長が地域の社会福祉協議会、自治会などの委員として関わり福祉計画や地域の課題に協働して取り組んでいる。

<b>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>			
26	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		<b>a</b>
判断基準	a	福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	
	b	福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c	福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
着眼点	<input type="radio"/> ①	福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。	
	<input type="radio"/> ②	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	
	<input type="radio"/> ③	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域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。	
	<input type="radio"/> ④	災害時の地域における役割等について確認がなされている。	
	<input type="radio"/> ⑤	多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	

災害時には地域の避難場所として提供し災害時の安全に協力している。また、地域の子どもたちに呼びかけてクリスマス会を開催し交流を図っている。施設内で行われる夕涼み会にはチラシを作成して呼びかけて地域住民の参加を得ている。地域で日中一時支援を必要とする住民のために短期入所事業や日中一時預かり事業を実施している。

27	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		<b>a</b>
判断基準	a	地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	
	b	地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c	地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
着眼点	<input type="radio"/> ①	福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。	
	<input type="radio"/> ②	民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	
	<input type="radio"/> ③	地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。	
	<input type="radio"/> ④	関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	
	<input type="radio"/> ⑤	把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	
	<input type="radio"/> 力	把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	

地域関係機関等会議に施設長が参加して福祉ニーズを把握して職務会等で報告し情報の共有化を図っている。民生委員とも連携し民生委員による施設見学を通して利用者理解を深めている。保護者との外出支援に職員を派遣しており保護者からの希望で1泊旅行にも応えている。短期入所事業や一時預かり事業を実施し地域のニーズに応えている。

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価結果
<b>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</b>			
<b>Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</b>			
<b>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>			
28	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。		a
判断基準	a	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	
	b	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
着眼点	○①	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、職員が理解し実践するための取組を行っている。	
	○②	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	
	○③	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	
	○④	利用者の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。	
	○⑤	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	
<p>基本理念・基本方針や倫理綱領に、利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢が明示されている。また、組織内においては、共通理解を図るため、週に1度の冊子の読み合わせが行っているとのこと。利用者を尊重した福祉サービスを提供するために、虐待対応、身体拘束、強度行動障害等の各種マニュアルを通して研修、報告会、勉強会が行われている。その学びを理解し現場に活かせるよう事例検討なども行いながら、今できる支援方法の工夫がなされている。また、日常での状況把握を行い、データを取り個々の利用者の特徴を理解し必要な対応が図られている。</p>			
29	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		b
判断基準	a	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	
	b	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
着眼点	○①	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	
	○②	利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	
	○③	利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
	○④	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	
	○⑤	利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。	
	○⑥	規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが提供が実施されている。	
	○⑦	不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	
<p>権利擁護の観点からは、虐待防止規程、虐待防止委員会が設置されており、年に1～2回の虐待防止研修への参加がなされている。身体拘束禁止マニュアルが整備され、研修会での周知が取り組まれている。プライバシー保護については個々のケースの状況に応じて居室以外でもデイルームの活用も工夫されていたり、一人部屋を希望する利用者の要望について個室を提供し、利用者自身が自分の空間を楽しむ取り組みがなされている。また、不適切な事案が生じた際には、マニュアルに基づき行政への報告に合わせ、事業所内での敏速な対応がなされており、今後の対応策なども明確にされている。今後さらに周知徹底するための工夫を期待したい。</p>			
<b>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。</b>			
30	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
判断基準	a	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	
	b	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
着眼点	○①	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	
	○②	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容になっている。	
	○③	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	
	○④	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
	○⑤	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	
<p>見学や利用希望者に対しては個別で丁寧な事業所説明、情報提供がなされているところである。ホームページ等でインターネットを通して情報が得られるよう整備されているが、パンフレット等については入手できる場所が限られている。利用者の視点に立ったパンフレットの検討もなされており、創意工夫、アイデアを出し合えるスタッフの強みを生かしパンフレットを見直すための委員会の設置が検討されていることから、今後の情報提供の場の広がりや積極性を期待したい。</p>			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
31	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
判断基準	a	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	
	b	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分でない。	
	c	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
着眼点	○ ①	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	
	○ ②	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	
	○ ③	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。	
	○ ④	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	
	○ ⑤	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	
<p>重要事項説明書、契約書、同意書等の整備がされ、サービス利用開始時には丁寧な説明がなされている。障害の程度が重い利用者に対しては、まずその空間に触れる事、次にその時間を過ごす事、最終的に数日過ごす工夫がされ、利用者の状態への配慮がなされている。同時に、利用者の仕草、行動面からご本人の意思を汲み取れるよう、支援方法が工夫されている。また、成年後見制度利用者や、オンブズマンの導入も図られ意思決定を支援できるような取り組みがなされている。利用者が分かりやすい資料については、パンフレットを見直す委員会の活用が望まれる。</p>			
32	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
判断基準	a	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。	
	b	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。	
	c	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。	
着眼点	○ ①	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から着しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	
	○ ②	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	
	○ ③	福祉サービスの利用が終了した後も、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。	
	○ ④	福祉サービスの利用が終了した時に、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い、その内容を記載した文書を渡している。	
<p>サービス利用契約書第10条にも明記されている通り、退所時の支援として、利用者・保護者にとって適した福祉サービス、安心・安全を優先しながらサービスの変更や移行が行われている。その後のアフターフォローとして、生活状況の確認を行う相談窓口担当者を設けており、保護者と連絡を取り合う体制が整備されている。このようなフォロー体制の充実に加えて相談事業所等との連携をする時など、アフターフォローを行った支援記録があることで、円滑な連携が図れることを期待する。</p>			
<p><b>Ⅲ-1-(3) 利用者の満足の向上に努めている。</b></p>			
33	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		b
判断基準	a	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	
	b	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c	利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
着眼点	○ ①	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	
	○ ②	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	
	○ ③	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	
	○ ④	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	
	○ ⑤	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	
<p>利用者の楽しみである食事については、栄養士による嗜好調査が年に2回行われている。食事時間の様子も確認したり、個々の利用者への食事形態への配慮がなされている。さらに給食会議が月に1度、利用者を含め開催されており、利用者の希望が反映されている。季節感を味わえるメニューやバリエーションが豊富。また、日中活動については、月初めに利用者との話し合いを開催。利用者の希望を取りいれながら外出支援がなされており、その報告書をもとにミーティングを行い、検討・改善に取り組んでいる。保護者会への参加を通して、活動報告を行い、要望を確認している。さらに、個別支援計画に反映させるための独自のシートを活用しており、個別面談・日常会話を通し、今後の利用者の日常生活の充実を期待したい。</p>			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>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。</b>			
34	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		<b>b</b>
判断基準	a	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。	
	b	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が、十分に機能していない。	
	c	苦情解決の仕組みが確立していない。	
着眼点	○ ①	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）が整備されている。	
	○ ②	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	
	○ ③	苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	
	○ ④	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	
	○ ⑤	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	
	○ ⑥	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	
	○ ⑦	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	
苦情解決の体制が整備されており、その掲示物・説明と同意・記録がなされており、意見箱の設置も合わせて苦情解決への取り組みが積極的に行われている。苦情解決においては、解決へ向けての支援会議や保護者との話し合いも行われており、さらに保護者会は施設長、課長が参加し家族会への報告も行われている。また、月に1回来所するオンブズマンの意見も取り入れ利用者の要望をくみ取りできる限り実践できるような努力がうかがえる。保護者主体の保護者会という位置づけではあるが、事業所の苦情解決の更なる取り組みとして記録の在り方や、公表方法についての検討、また、利用者が分かりやすい苦情解決の説明方法の検討を期待したい。			
35	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>b</b>
判断基準	a	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や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。	
	b	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や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。	
	c	利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
着眼点	○ ①	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	
	○ ②	利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	
	○ ③	相談しやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	
意見箱の設置、第三者委員の説明等が見える場所に掲示されている。施設事情により、面談室の確保がなされていないが、デイルームやプレイルーム、医務室などで話しやすい空間を確保する工夫がなされており、相談できる利用者は医務室や職員室で話ができること、担当職員のみならず話しやすい相手に相談できることを理解しているとのこと。また、日常的な相談窓口の設置以外に、月に1回来所するオンブズマンも活用し、毎日の予定表には掲示するなど利用者が話ができる環境を整えている。以前は、事業所内にオンブズマンの顔写真等の掲示を行い利用者への理解を促していたが、今はそれがなされておらず、その必要性が確認できている。利用者が分かりやすい案内方法や安心して話せる環境の更なる充実を期待したい。			
36	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>b</b>
判断基準	a	利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	
	b	利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c	利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
着眼点	○ ①	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	
	○ ②	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	
	○ ③	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	
	○ ④	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	
	○ ⑤	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	
	○ ⑥	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	
意見箱も設置され、月に1度の利用者参画の話し合い、月に1回のオンブズマンの活用に加え、意思表示が困難な利用者の意見や思いをくみ取るスキル向上を目的に研修が行われている(例「利用者を理解する」:行動障害を持つ利用者の仕草やサインを通して支援者の気づきや、各場面での支援工夫を目的とした研修)。オンブズマンと利用者の関わりの中では、「食堂に大きなテレビがほしい」という要望があり、施設は即対応を検討。その結果、大画面のテレビを購入し、ホールのどこからでも見られるように配置したとのこと。また、日常生活では支援スタッフのみならず、作業療法士、看護師、栄養士が日々の声掛けを怠らない姿勢がある。こういった声掛けの場面から利用者の声に耳を傾け、日々の支援記録と周知に努めているが、全スタッフへの周知方法を現在模索中である。			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
37	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。		a
判断基準	a	リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	
	b	リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c	リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
着眼点	○①	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	
	○②	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。	
	○③	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	
	○④	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	
	○⑤	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	
	○⑥	事故防止策等の安全確保策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>救急対応マニュアル、緊急対応マニュアルが整備され、リスクマネジメント担当者を2名配置している。また、年に1度はリスクマネージャー研修へスタッフを派遣している。施設内1FにはAEDも設置され、年に3日、AEDの操作方法の個別指導が設けられている。月に1度行う支援会議では予測されるリスクについて個別ケースを通して防止・対応策の検討・実施がなされている。こういった取り組みから、スタッフの意識の向上がみられ、ヒヤリハット報告書の提出が多くなり、検討を重ねる場に反映されている。ヒヤリハット報告書の記録を参考にしたマニュアルの見直し・防止策について、全スタッフへの周知方法が期待される。</p>			
38	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。		a
判断基準	a	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急を要する利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	
	b	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c	感染症の予防策が講じられていない。	
着眼点	○①	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	
	○②	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	
	○③	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	
	○④	感染症の予防策が適切に講じられている。	
	○⑤	感染が発生した場合には対応が適切に行われている。	
	○⑥	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直ししている。	
<p>感染症・食中毒対策委員会を設置している。年に2回、看護師による職務会でノロウイルス対策・インフルエンザ対策の研修を設けている。加えて、具体的に感染を防ぐ消毒剤の作り方の実演がなされており、勤務上参加できなかった職員へは資料を配布している。看護師不在の夜間時においても、服薬指示、対応方法を指導することで夜間コールの軽減が図られている。また、利用者・スタッフすべて手洗い・手指消毒が励行されている。さらに施設内の噴霧消毒も行っており、取り組みの結果、平成29年度のインフルエンザ罹患者は0人であった。看護師より今後の課題として、手指消毒の徹底であるという。その取り組みに加えて、研修を受けていない職員への周知、利用者の排せつ後の手洗いの対策への工夫も期待したい。</p>			
39	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。		b
判断基準	a	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	
	b	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
着眼点	○①	災害時の対応体制が決められている。	
	○②	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	
	○③	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	
	○④	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	
	○⑤	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	
<p>施設内には避難誘導等が分かりやすく表示されている。また消火設備もいつでも利用できるような環境整備がなされている。防火管理規程に基づき、防火管理対策委員会、自衛消防組織が設置されている。避難訓練においても毎月行われており、その都度避難場所・ルートを変えて行う工夫がなされている。いろいろな場面を想定し、いくつかの避難ルートが用意されている。総合防災訓練は年に2回、消防隊や隣接する福祉サービス事業所、民生委員等の参加もあり、避難方法や消火方法の指導を受けている。訓練の報告書をもとに、振り返りを的確な判断のもと避難誘導が出来るよう工夫されている。また、災害時の飲料水の確保や予備電源は設置されており、今後は栄養士も含め、食料品の備蓄管理などの検討も望まれる。また、ハード面に関しては施設の耐震チェック等の方法で施設管理も望まれる。</p>			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保</b>			
<b>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。</b>			
40	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>a</b>
判断基準	a	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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	
	b	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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c	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ていない。	
着眼点	○ ①	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	
	○ ②	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	
	○ ③	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。	
	○ ④	標準的な実施方法にもと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。	
提供する福祉サービスの標準的な実施方法については、日常生活支援や健康管理、事故防止、緊急時対応などについて各種マニュアルにて文書化され、人材育成研修やOJT、勉強会などにも活用されている。又、入浴、排泄、着脱時などのプライバシーへの配慮についても明示されている。職員の関わり方などによるサービスの質や内容の差はあるものの、利用者の特性に応じた適切な対応を会議や職員間にて検討し、支援することで内容の差異を極力なくすよう取り組まれている。利用者それぞれの障害特性があるため、実施方法については毎月の職務会、年2回のモニタリング、緊急性がある際には臨時会議にて検討、確認、周知徹底されている。			
41	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>b</b>
判断基準	a	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	
	b	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c	標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
着眼点	○ ①	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	
	○ ②	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。	
	○ ③	検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。	
	○ ④	検証・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。	
サービスの標準的な実施方法については毎年2回のモニタリングにて課長、サービス管理責任者、担当職員らによってPDCAサイクルに沿った検証、見直しが行われている。利用者にそぐわない影響が確認された際や改善が確認されなかった際には、支援方法について再度検討し、利用者との関わりを試行錯誤し工夫されている。又、利用者やその家族からの要望についても、その都度意向を確認し計画書へ反映されている。2003年に作成された法人マニュアルは、制度改正もあり利用者の状況に沿った見直しが期待される。			
<b>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。</b>			
42	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。		<b>a</b>
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立していない。	
着眼点	○ ①	個別支援計画策定の責任者を設置している。	
	○ ②	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	
	○ ③	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	
	○ ④	個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	
	○ ⑤	個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	
	○ ⑥	個別支援計画どおりに福祉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、機能している。	
	○ ⑦	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスが行われている。	
個別支援計画の策定については、サービス管理責任者の下、担当職員が計画を作成し看護師、作業療法士、栄養士などと共に半年に1回の見直し、検討が行われている。アセスメントについては、身体状況や生活状況だけでなく事業所独自のグジョブシートの活用により利用者の好きな物、嫌いな物、得意な事、苦手な事などについても分析され、これによって利用者個人の強みを確認しニーズを計画書に反映させることができている。利用者の意向については、日頃の観察や支援方法を実施した際の様子を観察し、意向把握に努められている。支援困難ケースについては、その都度、臨時会議を開催して支援方法や利用者との関わり方などについて検討。又、必要に応じて会議を毎月開催して対応されている。作成した個別支援計画書については、家族と日程調整し内容の説明、同意を得ることができている。			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価結果
43	定期的な個別支援計画の評価・見直しを行っている。		b
判断基準	a	個別支援計画について、実施状況の評価と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。	
	b	個別支援計画について、実施状況の評価と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が、十分ではない。	
	c	個別支援計画について、実施状況の評価と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ない。	
着眼点	○ ①	個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	
	○ ②	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。	
	○ ③	個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	
	○ ④	個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	

定期的な個別支援計画の評価、見直しについては、年2回のモニタリングにて実施されている。モニタリング会議には担当職員、サービス管理責任者、その他専門職が参加しサービス内容、支援方法などについてPDCAサイクルに沿った見直し、評価が行われている。個別支援計画書を緊急に変更を要する際には、担当職員より管理責任者へその必要性について報告、相談が行われ、臨時会議にて計画書の内容について確認し、必要に応じて変更が行われている。変更のあった計画書についても利用者、家族への同意が得られている。  
見直しによって変更した計画書の内容を関係職員に周知することについては、担当職員が掲示板への貼付や宿直室への掲示、口頭で伝えるなどが確認されたが、手順は定めていないということであり、周知の方法、手順などの作成が望まれる。

**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	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
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されていない。	
着眼点	○ ①	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	
	○ ②	個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	
	○ ③	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	
	○ ④	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	
	○ ⑤	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	
	○ ⑥	パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	

利用者に関する福祉サービスの実施状況の記録については、寮日誌などにて適切に行われている。支援記録についてはパソコンで(生活習慣、身体拘束、健康管理、生活スキル、問題行動)などのキーワードを入力することで、これに関する記録がスムーズに閲覧できるよう管理、共有化されている。又、これにより記録する職員による差異が改善されるよう努めている。その他、朝会や申し送り、掲示物、寮日誌の連絡事項でも確認できるよう取り組まれ、確認した際にはサインなどにて情報が的確に届くよう仕組みが整備されている。作業療法士や看護師などの専門職とも情報共有が行われ、専門職が事業所を不在にしている際には、必要に応じて電話連絡などにて報告が行われている。

45	利用者に関する記録の管理体制が確立している。		b
判断基準	a	利用者に関する記録の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。	
	b	利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c	利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
着眼点	○ ①	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	
	○ ②	個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。	
	○ ③	記録管理の責任者が設置されている。	
	○ ④	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	
	○ ⑤	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	
	○ ⑥	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	

利用者に関する記録の管理体制については、個人情報保護規程にて「利用目的の特定」、「情報取得の制限」、「個人情報の第三者提供」などについて明記されている。又、電子データの情報については、サーバーで管理されておりネットワークに接続できないと外部からは確認できないシステムとなっている。利用者や家族への個人情報取り扱いについても説明、同意を得られている。又、家族から利用者の様子や金銭管理について情報開示を求められた際には、支援記録や使途を記載した通帳の写しを郵送して対応されている。  
個人情報保護に関する教育や研修などは特に行われていない。厚生労働省より福祉関係における個人情報保護に関するガイドラインが示されており、定期的な研修などによる周知、徹底が望まれる。

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
内容	<b>A-1 利用者の尊重と権利擁護</b>		
	<b>A-1-(1) 自己決定の尊重</b>		
46	<b>A①</b>	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。	<b>b</b>
	判断基準	a 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。 b 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が、十分ではない。 c 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ない。	
着眼点	<input type="radio"/> ①	利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。	
	<input type="radio"/> ②	利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。	
	<input type="radio"/> ③	趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。	
	<input type="radio"/> ④	生活に関わるルール等については、利用者同士と話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。	
	<input type="radio"/> ⑤	利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組を通じて具体化されている。	
	<input type="radio"/> ⑥	利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。	

利用者の自己決定を尊重した個別支援については、定期的に行われているモニタリング会議の中で、個別支援計画書の支援目標に関する評価だけに留まらず、「グッジョブシート」(強み及び弱みを強みに変換)を作成し、そのシートを基に利用者の自己決定を尊重した個別支援に取組めるよう工夫している。また、希望者に対しては外出支援(その際、行き先を写真付のメニュー:食べ物や趣味(カラオケ)、美容室・嗜好品等)を行っている。1回/週のティータイムにおいても個々の障害特性に合わせた食べ物を選別したり、食事形態を変えたり等工夫している。  
生活に関わるルール等は利用者がより主体的に関われる可能性について検討し、活躍の場・機会を広げる支援を展開されることが望まれる。

47	<b>A-1-(2) 権利侵害の防止等</b>		
	<b>A②</b>	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>a</b> <b>c</b> を記入 → <b>a</b>
判断基準	a 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 ー c 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。		
着眼点	<input type="radio"/> ①	権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。	
	<input type="radio"/> ②	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。	
	<input type="radio"/> ③	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。	
	<input type="radio"/> ④	所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。	
	<input type="radio"/> ⑤	権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	
	<input type="radio"/> ⑥	権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。	

利用者の虐待等の権利侵害の防止等に関する取組として、虐待防止委員会を設置し、定期的に関催、利用者への虐待防止に努めている。緊急やむを得ず一時的にクールダウン室を利用する場合については、共通理解された注意事項があり、それに沿って支援の実行がなされ、記録にも記されている。また、職員が権利侵害防止等について意識を高めるため、朝のミーティングや職務会において、ニュースや新聞を賑わせたタイムリーな情報を流す等、各々の意識の向上に努めている。

48	<b>A-2 生活支援</b>		
	<b>A-2-(1) 支援の基本</b>		
<b>A③</b>	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	<b>b</b>	
判断基準	a 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 b 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。 c 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。		
着眼点	<input type="radio"/> ①	利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。	
	<input type="radio"/> ②	利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。	
	<input type="radio"/> ③	自律・自立生活のための動機づけを行っている。	
	<input type="radio"/> ④	生活の自己管理ができるように支援している。	
	<input type="radio"/> ⑤	行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。	



評価項目	判断した理由 特記事項等	評価 結果
<p>利用者の自律・自立生活のための支援は、グッジョブシートで利用者の心身の状況を把握し、生活支援上の課題を個別支援計画に位置付け、日中会議や寮会議を経て支援会議で支援方法を検討し、支援している。自力で行う生活上の行為は基本見守りで、入浴時自分の好きな服は自身で準備したり、歯磨きができそうな方には自身で行ってもらったりし、最後に一緒に確認している。生活の中に少しでも変化を付けたい一心で、カゴを引っ張ることはできなくても、職員と一緒に歩いて行くだけでもお手伝いと捉えたり、洗濯物を乾燥機まで持っていく個別支援計画の方もいたりする等、利用者の存在価値を意識した支援を実施。</p> <p>利用者の自律・自立生活に向けて更なる支援の取組みが望まれる。</p>		

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
49	A④	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
	判断基準	a 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。 b 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が、十分ではない。 c 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ない。	
	着眼点	○① 利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。 ○② コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。 ○③ 意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。 ○④ 利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。 ○⑤ 必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。	
<p>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は、絵カードや文字、ジェスチャー等利用者の特性に応じ、様々な機会や方法によってコミュニケーションを工夫している。特に、言葉が話せる利用者に対しても口頭のみでの支援ではなく、視覚に訴える方法も併用している。また、状況によっては、ご家族に代弁して頂くこともある。他にも、オンブズマンを利用し、その結果を協力員と現場の職員に即日フィードバック、支援に活かすように努めている。</p> <p>利用者個別のコミュニケーション能力をさらに高めることが期待される。</p>			
50	A⑤	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。	b
	判断基準	a 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。 b 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。 c 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っていない。	
	着眼点	○① 利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。 ○② 利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。 ○③ 利用者の意思決定の支援を適切に行っている。 ○④ 相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。 ○⑤ 相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。	
<p>利用者の意思を尊重する支援は、言語での会話が可能な方は、本人の意向を確認しながら支援しているが、言語での会話が難しい方に関しては、障害特性に合わせて絵カードやジェスチャー・その方特有の方法等で確認をしている。利用者からの相談事は話せる機会を個別に設け、その都度買い物や通院等で利用者同士1対1になった際、日常の関わりの中で意思確認をするように努めている。また、利用者から聞いた話の内容は、統括職員へ通じその後課長へ伝わり、内容によっては個別支援計画へ反映し朝のミーティングにて職員間の共有を図っている。</p> <p>今後は意思決定支援について施設の基本的な考え方を含むマニュアル等、組織的な取組みの構築にも努め、職員間での周知徹底の仕方についても更なる取組みが望まれる。</p>			
51	A⑥	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。	a
	判断基準	a 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 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が、十分ではない。 c 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ない。	
	着眼点	○① 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動（支援・メニュー等）の多様化をはかっている。 ○② 利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。 ○③ 利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。 ○④ 文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。 ○⑤ 地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。 ○⑥ 個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。	
<p>個別支援計画に基づく日中活動は、個別支援計画と合わせた日中活動内容の検討・見直しが定期的に適切に実施されている。個別支援会議の構成メンバーも、日課担当（生活介護）スタッフだけではなく、支援担当スタッフ（入所）も入り、利用者の生活全体を意識した構図になっている。また、余暇やレクリエーションについては、利用者の意向を尊重した外出支援を実施し、その際、夕涼み会にて踊りやダンス・音楽が好きということが分かると即、朝の活動に音楽を聞いて思い思いに体を動かす活動を取り入れる等、活動の見直しや検討が適切に行われている（おやつ会や男女交流でのランチ会、バーベキュー等）。</p>			

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
52	A⑦ 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
判断基準	a 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		
	b 利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。		
	c 利用者の障害の状況に応じた支援を行っていない。		
着眼点	O① 職員は障害に関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。		
	O② 利用者の障害による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。		
	O③ 利用者の不適応行動などの行動障害に個別のかつ適切な対応を行っている。		
	O④ 行動障害など個別の配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。		
	O⑤ 利用者の障害の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。		

利用者の障害の状況に応じた適切な支援は、定期受診にて主治医より知識を得たり、県外研修「強度行動障害者支援者養成研修」に参加して得た知識を活かしている。てんかんについては現任訓練という形で業務を通して行う教育訓練を実施し、現場レベルでより細かく学んでいる。更に支援の向上を図るため、大学の先生を招聘し、適切な利用者把握に努め職員のスキルアップ・意識向上に励んでいる。特性に応じた利用者間の調整は、他者との共用に抵抗を示す方は個室の用意や居室の変更等の環境整備に努めている(排泄に問題がある方はトイレの近くに等)。また、昼食の際、ゆっくり食べるグループやそうではないグループ、男女に分ける等工夫したりする一方、ランチ会という独自の交流会を設け、男女の交流にも心掛けている。

A-2-(2) 日常生活支援			
53	A⑧ 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。		a
判断基準	a 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。		
	b 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っているが、十分ではない。		
	c 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っていない。		
着眼点	O① 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。		
	O② 利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。		
	O③ 利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。		
	O④ 利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。		
	O⑤ 利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。		

個別支援計画に基づく日常生活支援については、食事や入浴、排泄、移動等において、利用者の心身の状況に応じ、個別支援計画に位置付けて支援が行われている。また、利用者の残量調査や日頃の観察による嗜好調査、また、栄養士による嗜好調査を月に1回の給食会議で共有し、更に「栄養ケア提供経過記録」や「検査簿」等を基にしなが献立へ活かし、利用者の身体状況に合わせた食事形態で提供されている。また、利用者一人ひとりに合わせたメニュー別に細かく食事支援が実施されている。入浴支援に関しては、日によって午前か午後の入浴が決められているが、その時間で入りたくない利用者は夜の余暇の時間に入浴するなど臨機応変に対応。移乗・移動支援では、車いすや歩行器等を活用しながら、しっかりと個別支援計画へ反映しながら、一人ひとりに対して手厚い支援がなされている。

A-2-(3) 生活環境			
54	A⑨ 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
判断基準	a 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。		
	b 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が、十分ではない。		
	c 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ない。		
着眼点	O① 利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。		
	O② 居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。		
	O③ 利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠(休息)できるよう生活環境の工夫を行っている。		
	O④ 他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。		
	O⑤ 生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。		

利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境は、施設全ての居室に置いてエアコンを完備し、猛暑日でも快適に過ごせる。また、トイレ等の暗くながちな所も明るい雰囲気の色色の浴室具が使用されており、衛生面に関しても、職員がトイレのチェック表と清掃マニュアルを基に清掃を行っている。また、利用者が独りになりたいときは(他利用者に影響を及ぼす場合)、クールダウン室の用意や、居室の変更を行っている。更に居室の開放も行ったりして安心して安全に、一人一人が自由に、かつ、思い思いに過ごすことが出来るように工夫・配慮がなされている。また、夜、トイレに問題がある利用者の方の居室をトイレの近くにする等、利用者の安眠(休息)の確保や、利用者の意向を尊重し、個に応じた調整を図っている。自尊心を高める快適な環境の取り組みて、日中活動で行った「塗り絵」や外部講師で学んだ「習字」等をデイルームに掲示し、本人のモチベーションを高める工夫を行い、快適な生活環境づくりに努めている。

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</b>			
55	A ⑩	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。	a
	判断基準	a 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 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が、十分ではない。 c 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ない。	
	着眼点	○ ① 生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。 ○ ② 利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。 ○ ③ 利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導のもとに機能訓練・生活訓練を行っている。 ○ ④ 利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。 ○ ⑤ 定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。	

利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練の支援は、施設の日課で毎日午前中にウォーキングや体操、更にGボールを活用したものがあ。とりわけGボールに関しては、体のバランスを整えて、よりよい生活に向けてため、専門職と関係職員の連携・協力のもと計画し、外部講師を招聘して実施されている(個別支援計画にも反映)。また、利用者の障害の状況に応じて一人ひとり看護師、作業療法士、栄養士等の専門職の助言・指導のもと、機能訓練・生活訓練を実施し、年に2回のモニタリングを行い、支援の検討・見直しに努めている。

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</b>			
56	A ⑪	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
	判断基準	a 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。 b 利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っているが、十分ではない。 c 利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っていない。	
	着眼点	○ ① 入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面を通じて、利用者の健康状態の把握に努めている。 ○ ② 医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。 ○ ③ 利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。 ○ ④ 利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。 ○ ⑤ 障害者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	
	利用者の健康状態の把握については、健康管理マニュアルにて「急病者への支援」、「与薬」、「感染症防止」などについて整備されている。定期的な健康チェック以外にも入浴時には皮膚、青アザなどの身体状況確認が行われ、食事の際にも摂取量の確認などが行われている。利用者に体調不良が確認された際には、看護師と連携し医療支援記録や庶務連絡、朝会にて各職員へ周知徹底し、確認した職員はサインするよう取り組まれている。運動については、毎週、地域の運動公園などへ外出し、ウォーキングにて健康の維持、増進や精神安定が図られている。インフルエンザ、胃腸炎などの感染症の時期には看護師による勉強会、職員研修が行われ、予防策や感染後の対応などについて学んでいる。又、救急法については、シフトの関係もあり全職員が受講することができるよう年3回開催されている。強度行動障害や多飲水など、利用者の状態を把握し障害の特性に合わせた支援が行われている。		

57	A ⑫	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
	判断基準	a 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 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が、十分ではない。 c 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ない。	
	着眼点	○ ① 医療的な支援の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。 ○ ② 服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を適切かつ確実にしている。 ○ ③ 慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。 ○ ④ 介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。 ○ ⑤ 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。 ○ ⑥ 医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	

医療的な支援については、「与薬マニュアル」にて投薬方法などが定められ、看護師が管理責任者となっている。内服薬は医務室にて管理され、朝、昼、夕、就寝前の内服を利用者それぞれの名前が記載されたケースにて分けられて準備されている。アレルギーのある利用者については、一覧表が作成されており職員間で共有することができている。アレルギー食は厨房で調理し、「アレルギー食」の名札を使用して対応。事業所では医師や看護師の指示にもとづく支援が行われ、指導、助言のもと安全管理体制が構築されている。アレルギーなど医療的支援に関する研修は定期的に行われていない。与薬マニュアルはあるが、職員間での周知、徹底が期待される。又、与薬時の服用チェックリストの作成、活用による誤薬防止に向けた取り組みが望まれる。

評価項目		判断した理由 特記事項等	評価 結果
<b>A-2-(6) 社会参加、学習支援</b>			

58	A ⑬	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。	a
	判断基準	a 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 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が、十分ではない。 c 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ない。	
	着眼点	○ ① 利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。 ○ ② 利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。 ○ ③ 利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。 ○ ④ 利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。	

利用者の意向を尊重した社会参加や学習の支援については、年間行事でのゆうあいスポーツ大会やYOU・Iフェスティバルなどへの外出が行われている。又、年間行事以外にも定期的な外出として、地域のスーパーへの買い物や海浜公園、カラオケなど社会参加への支援が行われている。買い物際には、金銭の支払いなども体験学習として取り組まれている。外泊については、自宅への帰宅が主となっているが定期的に外泊が実現できるよう取り組み、職員が家族との関係作りを努めることで、最低でも正月、旧盆は外泊ができるよう支援が行われている。又、家族と信頼関係が築けたことで、家族より一泊旅行の同行依頼があった際にも職員が付き添うことで利用者、家族の思い出作りを支援している。利用者の希望や家族の都合などに応じて外出、外泊、体験学習を柔軟に対応することができる。

<b>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</b>			
---------------------------------	--	--	--

59	A ⑭	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
	判断基準	a 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 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が、十分ではない。 c 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ない。	
	着眼点	○ ① 利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。 ○ ② 利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。 ○ ③ 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。 ○ ④ 地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。 ○ ⑤ 地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。	

利用者の希望と意向を尊重した地域生活のための支援については、自宅への定期的な外泊の際に家族へアプローチ、同意を得て、近隣の自宅へ利用者のみで帰宅する訓練に取り組み、現在は付き添いを必要とすることなく利用者のみで帰宅することができている。又、帰宅する際には道に迷った際の対応策として、名前、住所、連絡先などが記載された名札を身につけて対応されている。これらより地域生活に向けた利用者の意欲を高めることに繋がっている。利用者の意志や希望については、職員が日頃の利用者の発言や行動観察にて家族との在宅生活を望む声を汲み取っている。今後も地域生活への移行に関する課題等の把握に努め、地域の関係機関等と連携・協力が期待される。

<b>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</b>			
--------------------------------	--	--	--

60	A ⑮	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
	判断基準	a 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 b 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。 c 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
	着眼点	○ ① 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。 ○ ② 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。 ○ ③ 利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。 ○ ④ 利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。 ○ ⑤ 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ、適切に行われている。 ○ ⑥ 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。	

利用者の家族等との連携、交流については、保護者会が毎月開催され、家族との意見交換する機会を設けている。その他、担当職員より定期的に連絡を取り、施設生活での様子や外出時の報告などが行われている。又、施設管理の預かり金については、家族へ3ヶ月に1回の頻度で小遣い帳、出納簿、通帳の写しを郵送にて報告されている。利用者の体調不良、緊急時には報告ルールが明確にされ、健康状態や初期対応、その後の対応、診断の内容などを迅速に家族へ連絡し、説明されている。その内容については、支援記録や事故報告書などにて記録し職員間で周知されている。家族からの苦情が確認された際には、早急に臨時会議を開催し内容を確認、検証。その後、今後の対応策について家族へ報告、説明が行われている。家族との連携については、家族の状況もふまえて行われている。