

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名：	社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間：	平成22年12月24日（金）

②事業者情報

名称：	鳥取県立皆成学園	種別：	知的障害児施設
代表者氏名：	鳥取県知事 平井 伸治	定員（利用人数）：	入所定員65名（52名） デイサービス利用定員10名（22名）
所在地：	倉吉市みどり町3564-1	TEL	0858-22-7188

③総 評

◇特に評価の高い点

ノーマライゼーション思想に基づき、利用児童一人ひとりとその家族の尊厳を尊重することを目的に、総合的な治療的支援並びにサービスの機能を発揮し、地域に提供することが掲げられ取り組まれている施設です。

マニュアル類が全職員閲覧可能なデータベースに整理されており、各提供サービスごとにマニュアルが整備され、利用者を第一に考えたサービス提供が行われています。また、利用者が主体となつて行うクラブ活動や地域交流、利用児童主体の自治会活動等児童の力を引き出す支援が行われています。

また、デイサービス事業では、利用児童だけではなく、保護者への支援がなされており、保護者の力を育てる場としての役割を果たすよう努められています。

◇改善を求められる点

サービス内容について、必要に応じて随時、見直しや評価が行われていますが、サービスの質の向上を図るため、定期的に組織で見直し、分析・検討する仕組みづくりが求められます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（53項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	(a)・b・c	理念が運営要綱に明文化され、学園要覧やホームページに明示されています。また、全職員が閲覧可能なデータベースに記載されています。 基本方針も理念と同様に明示され、利用児童の主体性を尊重し、生活の場としての施設を基本とし、広くサービス提供を実施することが掲げられ、理念との整合性が保たれたものとなっています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)・b・c	
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a)・b・c	全職員がデータベースで確認することができ、各棟備付のパソコンで出勤時に閲覧することが習慣となっています。また、年度当初に新任・異動職員を対象とした研修会を開き、周知することが図られています。 入所サービスでは契約書の説明と同時に保育士長より説明されていますが、デイサービスでは、説明がされておらず、1人1人への説明が望まれます。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・(b)・c	

Ⅰ-2 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・(b)・c	中・長期の計画は、工程表で示されていますが、中・長期の収支計画は策定されていません。 中・長期計画を反映した工程表は作成されていますが、収支の反映はされていません。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・(b)・c	
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	(a)・b・c	工程表は半期で見直しが行われ、9月に次年度の計画について進められています。政策内容は、管理職が定め、それに沿い、各課で政策目標が決められています。公表には、県の子ども家庭支援課のチェックのもと行われています。 データベース上で工程表は閲覧できるようになっています。 入所サービスでは、契約書の説明と同時に説明されていますが、デイサービスにおいては、特に利用児童又は家族への説明がされていません。今後、周知することが望まれます。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	(a)・b・c	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・(b)・c	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○a・b・c	管理者の役割と責任について、組織表による明示や朝会、研修等で表明されており、災害時についても責任者としての立場が明確化されています。 関係法令等は県庁内LANの閲覧やデータベースで把握されています。
I-3-(1)-② 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・b・c	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	○a・b・c	園長自らキャリア開発シートの職員の意見を基に、期首面談を行い、評価した結果をフィードバックし、職員の意欲向上へつながる取り組みが行われています。 県の業務改善（カイゼン運動）に組み込み、サービス残業の減少などに取り組まれています。また、職員からの提案を受けて細かい決め事などが作られています。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	○a・b・c	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	○a・b・c	児童福祉入所施設協議会の研修などに参加し、県内の状況を把握されています。また、ワムネットなどの情報網からも福祉の動向を把握されています。 トータルコスト分析や統計調査を行い、皆成学園あり方検討会によって、業務改善への取り組みが行われています。 鳥取県監査委員による指導監査は行われていますが、外部監査は実施されていません。経営上の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報を得るため、外部監査に取り組まれることが望まれます。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	○a・b・c	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b・○c	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	○a・b・c	県の「鳥取県職員の人材育成、能力開発に向けた基本指針」が策定され、必要な人材に関する考え方が示されています。 県の人事考課制度に基づいて行われています。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	○a・b・c	

II-2-2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-2-1) 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	(a)・b・c	データベースで管理されている時間外勤務システムで申請を出し、管理者が内容をチェックする仕組みが作られています。職員の意向は「意向申出書」「面談」により把握されています。
II-2-2-2) 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c	職員一人ひとりのセルフチェックシートを通しての相談体制が整い、県の福利厚生課によるストレスチェック、メンタルヘルス研修が行われています。パワハラ・セクハラに関する相談体制も作られています。
II-2-3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-3-1) 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)・b・c	職員研修運営要綱の中の「知的障害児施設職員として期待される職員像」という項目の中に基本姿勢が明示されています。
II-2-3-2) 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	(a)・b・c	計画は新任などおおまかな区分で計画され、個別では、キャリア開発シートで希望を出し、それを基に個別で研修に参加されています。
II-2-3-3) 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	(a)・b・c	研修終了後は報告レポートを作成し、伝達講習や報告会で職員全体に伝達されています。所属士長により、研修成果に関する評価が行われ、次年度受講研修が検討されています。
II-2-4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-4-1) 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	(a)・b・c	担当者が配置され、実習生受け入れマニュアルのフローチャートがあり、実習受け入れが行われています。学校側とは年間を通じて連絡協議会が設けられ、連携が取られています。

II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-3-1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-1-1) 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a)・b・c	一感染防止マニュアル、ノロ・食中毒マニュアル・健康管理マニュアル等整備した上で担当者が配置され、体制が整備されています。
II-3-1-2) 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	(a)・b・c	防火・防災等管理規程が定められ、月1回、通報連絡訓練を含めた避難訓練が実施されています。また、近隣施設や自治体にも連絡が行く仕組みが作られ、連携が取られています。
II-3-1-3) 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	(a)・b・c	ヒヤリハット・事故報告書を基に月1回リスクマネジメント会議を開き検討されています。

II-4 地域との交流と連携（知的障害児施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	(a)・b・c	基本指針の中に、障がい児の福祉向上を目的とし、知識、技能の提供と共に地域への貢献について明示しており、地域の祭りや文化祭での地域住民との交流を通じて障がい児への理解が図られています。 短期入所サービス事業と日中一時支援サービス事業において、相談や情報提供に応じられています。 ボランティア受入マニュアルを作成し、ボランティア受入れについての基本姿勢を明示しています。担当者を設置し、広報を行ったりと、受入れ体制を整えています。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c	
II-4-(1)-③ ボランティア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。	(a)・b・c	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c	連携先である社会資源が明確にされ、一覧表は各棟に掲示してあります。 児童相談所とは年1回のケース連絡会議が設けられ、養護学校とは日々の情報交換と1学期に1回の懇談において連携がとられています。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a)・b・c	倉吉市、児童相談所との連携により、ニーズの把握に努められています。 土曜日にプログラム計画に沿ったグループ活動（くれよんランド）において、写真・カードを用いたコミュニケーション練習等、目的のある行動形成が支援されています。また、保護者からの相談も必要に応じて受けられています。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	(a)・b・c	

評価対象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（知的障害児施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。	(a)・b・c	基本指針にも示されており、人権や施設内虐待の研修などを通して、職員が共通理解のもとにサービス提供できるように取り組まれています。 「皆成学園人権擁護マニュアル」が整備されており、データベースにおいて、閲覧することが出来ます。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	(a)・b・c	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	(a)・b・c	月1回の生活会議や全体会議において、利用児童からの申し出を基に職員と利用児童と一緒に話し合う機会が設けられています。結果は、利用児童にフィードバックされ、まとめたものを掲示されています。

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	(a)・b・c	意見箱の活用や生活会議において、利用児童から意見が述べられています。職員個人に入った相談は、職員間で共有できるシステムがあります。 苦情受付担当者は事業所内に掲示してあります。また、契約書の説明時に苦情受付担当者について説明をされています。苦情解決の手順については、苦情解決フローチャートに沿った仕組みが作られています。 データベース上にある、苦情解決フローチャートに沿って、対応されています。対応状況は全職員が確認できるようになっており、情報が共有されています。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	(a)・b・c	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	(a)・b・c	

Ⅲ-2 サービスの質の確保（知的障害児施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a・(b)・c	サービス内容の評価について、学園独自の自己評価制度の実施や第三者評価を受審されていますが、検討までの仕組みが作られておらず、組織として仕組みを定められることを期待します。 全体として統括会議などで話し合いはされていますが、仕組みが作られておらず、評価基準の整備が望まれます。
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実行している。	a・(b)・c	
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	(a)・b・c	食事提供マニュアルや入浴マニュアル等、各サービスについてマニュアルが作成され、データベースで常時、閲覧できるようになっています。 必要性が生じた時に随時変更されていますが、計画的に見直す仕組みづくりと変更箇所が分かりやすく示されることを期待します。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・(b)・c	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	(a)・b・c	個別支援計画に基づき、個々に日々の記録がされています。利用児童の変化を朱色で分かりやすく表示したり、個別の生活記録に経過目次が付けられ、保管文章から見れる仕組みが作られています。 県の文書管理規程に沿って管理されています。記録のファイルは鍵付きロッカーで管理され、取扱いは慎重に行われています。 情報は各棟で共有の連絡ノートや交代時の引継ぎで共有されています。また、データベースにおいて随時、共有されています。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	(a)・b・c	
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	(a)・b・c	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続（知的障害児施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○a・b・c	ホームページやパンフレットが作成されています。また、市町村、社協、地域の小学校等に広報誌を配布し、情報を提供されています。見学については常時受け付けされており、日中利用で体験することが出来ます。 サービス開始にあたり利用契約書を交わし、利用児童、家族からの同意が得られています。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	○a・b・c	
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○a・b・c	個別の移行のための情報シートを作成し、関係機関と調整を図っています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定（知的障害児施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○a・b・c	個別支援サービス提供プログラムに沿ってアセスメントが行われています。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c	サービス計画を作成し、3カ月ごとに評価を行い、モニタリング記録表を基に次の個別支援計画書が策定され、循環的な評価、見直しがされています。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○a・b・c	

II-4 地域との交流と連携（児童デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a・b・c	<p>デイサービス運営規程に利用者と地域との関わりについて明示されていますが、デイサービスの利用状況（週3日で短時間）を考えると地域の方との交流は行われていません。</p> <p>保護者に研修の案内を行ったり、OB保護者の集いが開かれています。また、デイサービスでの対応の勉強として、保育士研修が開かれています。</p> <p>利用児童の特性上、知らない人の出入りが難しく、ボランティアの受入れは難しくなっています。</p>
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c	
II-4-(1)-③ ボランティア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。	a・b・c	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a・b・c	<p>「わいわいランド関係機関名簿」が作成され、データで共有されています。</p> <p>個別に年1回ケース検討会が定期的に行われています。</p>
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a・b・c	<p>中部保健局、児童相談所、鳥取県自閉症・発達障害支援センター、療育園が集まって、年1、2回情報交換が行われています。</p> <p>自閉症協会のアンケート提供を基に、ニーズの発見、抽出が行われています。OBへの支援、保護者の集い等へ働きかけています。</p>
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a・b・c	

評価対象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（児童デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている。	a・b・c	<p>人権擁護マニュアルに基本姿勢が示されています。デイサービス独自の研修は行われていませんが、園全体での研修に参加し一緒に受けられています。</p> <p>園と共通の人権擁護マニュアルが整備され、デイサービスマニュアルや運営規程の中でもプライバシー保護について示されています。</p>
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a・b・c	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c	<p>保護者アンケートは実施され、個別対応はされていますが、会議等、全体で分析、検討する仕組み作りに期待します。</p>

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・(b)・c	相談できる場所の確保はされていますが、相談方法や相談相手を明示したものが作られていません。 苦情解決の仕組みは、契約書、重要事項説明書に明記しており、事業所内にも掲示してあります。 随時、意見対応はされていますが、対応のフローチャートなどの体制作りを期待します。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	(a)・b・c	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・b・(c)	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a・(b)・c	サービス内容の評価について、独自の自己評価制度の実施や第三者評価を受審されています。実施後に結果を検討するまでの仕組みがなく分析、見直し検討する仕組み作りが望まれます。
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実行している。	a・(b)・c	
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	(a)・b・c	デイサービスマニュアルが整備され、個々のプログラムの進め方がされています。 プログラムの見直しは必要性に応じてされていますが、見直しに関する時期や方法を組織的に定められることが臨まれます。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・(b)・c	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	(a)・b・c	県の文書管理規程に沿って適切に記録されており、個別のケース記録にサービス提供状況が記録されています。 県の文書管理規程により、適切に管理されています。 データベース上のデイサービス共有フォルダで情報が共有できるようになっています。また、反省会や打ち合わせの時に情報を共有されています。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	(a)・b・c	
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	(a)・b・c	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続（児童デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○a・b・c	学園のホームページや中部の市町に広報誌を配布し、情報提供されています。また、中部地域の市町の保健師を經由して周知が図られています。 利用契約時に重要事項説明書を説明し、同意を得られています。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	○a・b・c	
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・○b・c	各児童のサポートブックを作成し、小学校への引継ぎが行われています。終了後の担当者や相談方法を明示した文書の作成に期待します。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定（児童デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a・b・○c	定期的な見直し時期や手順が定められていません。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・○c	サービス実施計画の見直しは、鳥取県自閉症・発達障害支援センターも参加し、検討されていますが、策定までの手順や評価、見直しをする手順書がありません。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・○c	

福祉サービス第三者評価結果 (付加基準－障害者・児施設版－)

※すべての評価項目（26項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

A-1 利用者の尊重

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	(a)・b・c	<p>個々に応じた絵・写真カードなどコミュニケーションを図るための工夫がされています。</p> <p>「社会自立をめざす人の会」と「皆成学園子ども自治会」が設置され、意向を踏まえ、活動する場や発表する機会が設けられています。</p> <p>個別支援プログラムが作成され、プログラムに基づいて支援されています。また、棟によって利用児童が生活ルールを考え、生活できるような配慮がされています。</p> <p>「社会生活移行支援サービス提供事業」が設けられ、社会自立への意欲を高めるためのプログラムがあります。</p>
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・b・c	
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	(a)・b・c	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	(a)・b・c	

A-2 日常生活支援

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	(a)・b・c	<p>食事サービス提供フローチャートが整えられ、食事の準備から事後記録までの流れが示されています。</p> <p>年1, 2回栄養士が主体となって、嗜好調査が行われています。学園と業者とで給食会議を開き、食事提供についての検討が行われています。</p> <p>食事の時間に幅があり、自由に選択できるようになっています。障害に応じて食べやすい工夫であったり、量の調節も出来るようになっています。</p>
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	(a)・b・c	
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a)・b・c	

A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	(a)・b・c	入浴サービス提供マニュアルが整備され、介助には同性介助を基本としてプライバシーに配慮されています。入浴時間に幅があり、個人の予定に合わせて入浴することが出来るようになっていきます。プライバシーを保護するため、入口にスクリーンや衝立が設置してあります。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	(a)・-・c	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	(a)・-・c	排泄行動支援サービス提供マニュアルに従い、介助が行われています。個々に応じて日中はオムツを外す支援が取られています。明るく清潔に保たれ、傷害に応じた介助ができるスペースの確保もされています。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	(a)・-・c	
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	(a)・b・c	購入に行く際は、職員が同行し、利用児童が自ら選択できるようにしています。季節に合わせた衣服や、障害に応じて着脱しやすい衣服へ促すなど配慮されています。
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	(a)・b・c	
A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	(a)・b・c	髪型は利用児童の意思で決められており、必要に応じて職員が支援されています。可能な利用児童は、自ら理美容院と連絡を取り、好みを伝えていきます。必要に応じて、職員が連絡調整を行い、同行支援も行われています。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	(a)・-・c	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a)・-・c	季節に合わせて、冷暖房や室内環境が整備されています。また、個別対応で添い寝等の対応がとられています。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	(a)・-・c	毎日の朝・夕の検温、症状のチェックが行われ、様子観察されています。健康管理対応マニュアルに沿い、変調があった場合も適切に対応されています。通院マニュアルに沿って適切に行われています。また常時、保健士と相談し対応されています。服薬支援サービス提供マニュアルに沿って行われています。服薬チェック表で複数の職員が確認できるようになっています。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	(a)・-・c	

A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	○a)・b)・c)	利用児童の意向を把握し、カラオケクラブや利用児童主体のレンタルショップが開かれています。また、イベントやコンサート等の地域行事にも希望に合わせて参加できるようになっています。
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	○a)・b)・c)	措置児童については、児童相談所との協議が行われていますが、基本的には希望に沿い、届出制で行われています。 利用児童、家族の希望に応じて外泊が行われています。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	○a)・b)・c)	
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	○a)・b)・c)	預かり金管理要綱によって適切に管理され、保護者の許可の下、使用されています。 個々の部屋にテレビがあり、希望に応じ、ルールに沿って利用できます。ゲーム機やCDラジカセなども希望に応じ利用が可能となっています。 希望するおやつは、利用児童が自らのこづかいで買うことが出来るようになっています。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	○a)・ - ・ c)	
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	○a)・ - ・ c)	