

(別紙)

福祉サービス第三者評価結果票（障害者・児版）

啓佑学園・第二啓佑学園

※ すべての評価細目（71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。

※ 評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念，基本方針が確立・周知されている。		
①	I-1-(1)-① 理念，基本方針が明文化され周知が図られている。	a・①・c
＜コメント＞ 宮城県社会福祉協議会（以下法人）の理念のもとに事業所としての基本方針を策定，理念，方針はホームページへの掲載の他，パンフレット，事業計画書に記載し，法人の事業計画書は管理職，正職員に配布，事業所としての事業計画は臨時職員を含め全職員に配布し，期初に行われる全体会議で説明を行っている。又，四半期に一度，事業の進捗確認の時点で方針に関しての確認を同時に行っている。保護者や利用者に対しては保護者会総会で年度の主な行事に関する資料の配布や説明は行われているが，理念や方針に関しての説明は行われていない。保護者，利用者にも分かりやすい工夫を検討し，配布説明を行っていくことも望まれる。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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 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。	②・b・c
＜コメント＞ 毎月2回発行される福祉新聞や管理者が理事に就任している東北地区及び宮城県知的障害者福祉協会等を通じて，全体としての福祉環境，地域における環境に関する情報を把握している。把握された情報に関しては，会議を通じて職員との共有が図られている。		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし，具体的な取り組みを進めている。	a・③・c
＜コメント＞ 得られた情報に基づき，課題の解決に向けた取り組みを行っており，制度の改定に伴う，課題等に関しては，宮城県知的障害者福祉協会を通じ国や県への申し入れ等具体的な行動を行		

っている。職員に対しては、係長を通じて、部門の全職員に対し情報の伝達を行っているが、職員間における共有が必ずしも徹底されていない部分も見られ、全体への情報の伝達の仕組みに関してさらなる検討が期待される。(自己評価より)

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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 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。	a・b・c
<コメント> 法人として「地域福祉推進計画」が策定され、中・長期における取り組みや目標が示されており、これを基に、事業所としての取り組みも検討されている。施設としての中長期計画は、5年ごとの宮城県との指定管理申請時に作成・提出がされている。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・c
<コメント> 事業所としての中・長期計画に基づき事業計画が作成されている。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 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・b・c
<コメント> 各委員会や係において全職員が参加し、前年度の状況を確認し、全体での反省を基に、課長が作成、各部門に配布し確認を行っている。法人での承認後、事業所としての事業計画は全職員に配布、期初の全体会議で説明され、周知が図られている。又、四半期ごとに進捗が確認されている。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<コメント> 保護者には保護者会総会等を通じて、説明を行っているが、配布までは行われていない。利用者、保護者にはそれぞれ、要約版を作成するなど、わかりやすい工夫を行い周知を図っていくことが望まれる。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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 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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>3年に1回福祉サービス第三者評価を受審、間の2年間に関しては毎年自己評価を実施し、課題を抽出する取組みが行なわれている。課題に対しては課長を中心として職員会議で改善策を検討、又、サービス向上WGによる活動、福祉QCサークル活動が行なわれ、3つのグループを構成し毎年テーマを設定し、サービスの向上のための活動を行なっている。</p>		
9	I-4-(1)-② 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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年行われる、自己評価での課題を改善する取組みとして、自己評価委員会を組織し、各係りより提案される改善策を検討し、取りまとめる仕組みが構築されている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>職務分掌が作成され、就業規則に記載されている。管理者は自らの取り組みを記載した資料を作成し、期初に全職員に対し、配布、説明を行なっている。又、同時に広報誌にも記載し、関係する地域や、保護者に対する周知に努めている。</p>		
11	Ⅱ-1-(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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>法人における施設長会議、宮城県知的障害者福祉協会での会議等を通じ、コンプライアンスに関する講習に参加しており、事業所においては、職員へ資料を配布し、法令遵守への理解を促している。</p>		
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 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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は定期的な第三者評価の受審、毎年の自己評価と課題の抽出に関する仕組み作り、サービス評価委員会、福祉QCサークル活動等、サービスの質の向上のための取組みを積極的に行なっている。</p>		

13	II-1-(2)-② 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。	a・ ⑤ ・c
<p><コメント></p> <p>職員会議や職員との面接において、業務に関する課題を把握し、園やセンターでの会議を通じて解決を図っている。勤務体制を変更し職員の宿直回数を減らす等の具体的成果も挙げてきている。更に、職員からより積極的に意見を吸い上げ改善に結び付けていくことが期待される。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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 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・ ⑤ ・c
<p><コメント></p> <p>事業所運営のため必要とされる人材に関しては基本的な計画は作られているが，宮城県の指定管理者施設でもあるため，毎年，県に人員計画を提出し調整が行なわれている。補充が必要な場合は法人との調整，事業所としての募集が行なわれているが，十分な確保には至っていない。新規採用者は年4回の研修と職場でのOJTが行なわれている。更に，採用と定着のための取組みを継続的に行なっていくことが期待される。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ ⑤ ・c
<p><コメント></p> <p>法人の規程に従って人事管理は実施されており，期待される職員像も明確化されている。人事考課は上司による考課，園としての考課が行なわれ，最終的に法人での調整後，直属の上司によるフィードバックが行なわれている。フィードバック時における面談において職員の目標等に関する話題も取り上げられ，更に年末には管理者による面談も行なわれ，職員の目標やアドバイスが行なわれている。面談時に職員の数年先の目標等もテーマとして取り上げ，職員の将来の姿を描かせていく取組みも検討していくことが望まれる。</p>		
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 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組んでいる。	a・ ⑤ ・c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況に関しては，係り及び事務部門で把握されている。職員のメンタル面における対応として，職員本人によるチェックシートの記載と業者への送付，本人へのフィードバックが行なわれ，必要に応じて産業医によるカウンセリングが行なわれる仕組みとなっている。また，日常における職員の相談対応として，「なんでも相談」が実施され相談窓口担当が各係りに置かれ，日常の職員の相談に対応している。慢性的な職員不足もあり，職員からは業務やサービスの質への影響等が聞かれ，継続して職員確保等に対応していくことが望まれる。（自己評価・アンケートから）</p>		
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・ ⑤ ・c

<p><コメント></p> <p>新任職員に関しては目標の設定を行い，他の職員に関しては年末における職員面談の際，目標に関する話し合いが行なわれ，1年後には達成状況などが確認されている。目標を明確にすることや，より細かく進捗状況を確認するためにも，目標管理シート等の活用や半期単位での面談等を検討していくことが期待される。</p>		
18	II-2-(3)-② 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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>人材育成に関する基本方針は策定されており，法人による研修や事業所における研修が積極的に取り組まれている。法人においては毎年計画に従い，階層別研修，職種別研修が取り組み，又，事業所においては研修係が中心となり，計画が立案，実施されている。各職員の研修記録も整備され，職員が他の事業所に異動した時にも，受講した研修が明確となるよう取り組まれている。研修内容は，研修係の発案に対し，会議で検討し，評価が行なわれている。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>職員個々の経験や資格については人事記録に記載されており，経験に従った研修や，階層別研修が行なわれている。外部研修に関しては，各係りに通達し，職員の希望や指名により受講されている。臨時職員に関しても職場内研修，外部研修の受講も実施されている。</p>		
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 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し，積極的な取組をしている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>地理的に実習希望は多く，昨年度，保育を中心に28名の実習生の受け入れが行なわれた。受け入れに関するマニュアルも整備され，研修を受講した職員による指導が行なわれている。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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 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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の事業概要，経営状況及び事業所の活動概要等に関してはホームページに公開されており，過去の第三者評価結果の公表も行なわれている。苦情や相談に関してもマニュアルが策定され，必要に応じて第三者委員への報告や，事業所内への掲示が行なわれている。</p>		
22	II-3-(1)-② 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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所における，経理や事務処理，取引に関しては法人のルールに従って行なわれており，法人からは年2回の監査が行なわれている。又，県からも年1回のモニタリングが行なわ</p>		

れ、県のホームページへの公表が行なわれている。監査の結果等に関しては、職員会議で職員への伝達が行なわれ、指摘事項がある場合は、必要な改善が行なわれている。

II-4 地域との交流，地域貢献

		第三者評価結果
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 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・㊸・c
<p><コメント></p> <p>防災訓練には地域の方々も参加，又，AED を利用した訓練は地域と共同で行い利用者との交流を図っている。利用者の個別外出として，近隣のスーパーへの買い物，外食，映画，公園，通院等が行なわれ，又，ボランティア参加による水族館への見学等も取り組まれている。更に活用できる社会資源等をリスト化し利用者に提供する等の取り組みも期待される。</p>		
24	II-4-(1)-② 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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れは積極的に行なわれており，昨年度も，リネン交換，清掃，裁縫，レクリエーション支援，ダンス，夏祭りや外出時の支援等 92 回延べ 678 名の受け入れが行なわれた。ボランティアマニュアルは整備され，基本姿勢も明確化されている。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>隣接する光明支援学校とは毎月連絡会議を開催し，情報交換を行なっている。アーチル（仙台市発達支援センター），児童相談所とも月 1 回の打ち合わせを行なっている。又，必要に応じて県の障害福祉課や保健所との連携も行なわれている。</p>		
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>地域支援のため，事業所内に地域支援係を設置し，地域との連携を積極的に進めている。地域住民へ救急救命の講習会，感染症予防の講習会を事業所で開催。又，地域のイベントへの協力も行なわれ，「みやぎ夢燈花」で使用するろうソク作りへの協力等が取り組まれている。</p>		
27	II-4-(3)-② 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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>地域住民に対する講習会の開催等を通じた地域との連携，行政や児童相談所，発達支援センターなどを通じて地区の福祉ニーズについての把握が行なわれている。事業所が位置する県中央地域福祉サービスセンターにおいて，「宮城県発達障害支援センター えくぼ」で仙台市</p>		

以外の住民からの相談や支援が行なわれている。

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

		第三者評価結果
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 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。	㉓・b・c
<コメント> 毎朝ミーティングで倫理綱領の読み合わせを行っている。虐待防止の研修，職員のセルフチェック等で職員に周知している。		
29	Ⅲ-1-(1)-②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。	㉓・b・c
<コメント> 利用者，家族には入所時にパンフレット作成の時の写真使用の同意，公的機関からの封書の開封に関するの同意を得ている。環境は旧式の建物で居室は多床室であるが，プライバシーへの配慮等は利用者の状況に合わせて工夫している。		
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 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。	㉓・b・c
<コメント> 児童相談所からの問い合わせに対して，窓口対応，見学，体験入所（ショートステイ）等で利用希望者に対応している。又，緊急時には常時対応できる体制となっている。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 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。	㉓・b・c
<コメント> 重要事項説明書を基に家族，利用者に説明，同意を得ているが利用者には主な点だけを話している。「なんでも相談」担当の職員の紹介，職員は顔写真で紹介している。		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 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。	㉓・b・c
<コメント> 退所後は必ず退所先に出向いてアフターフォローを行なっている。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 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。	㉓・b・c
<コメント> 毎月自治会，児童会を開催して利用者の要望を聞き取り，対応をしている。又，園長との個		

別懇談会も行われている。		
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 苦情解決の仕組みが確立しており，周知・機能している。	㉓・b・c
<コメント> 苦情解決の対応マニュアルが作成されて重要事項説明書で利用者，家族へ説明している。		
35	Ⅲ-1-(4)-② 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。	㉓・b・c
<コメント> 毎月，児童会の役員と話し合う時間を作っている。日常に於いて職員は利用者に「なんでもいいので何かしたい事があったら言って欲しい」と声掛けしている。		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 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。	a・㉓・c
<コメント> 相談や意見を身元引受人及び第三者の声等を集約するために玄関に意見箱を設置している。利用者の声は児童会，自治会等の会議等で聞いている。なんでも相談のポスターが掲示されている。相談対応マニュアルの見直しが望まれる。		
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 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。	㉓・b・c
<コメント> リスク管理委員会による毎月の事故，ヒヤリハットに関するリスク会議が開催されて，要因分析と対応策が検討・実施されている。再発防止のために職員には事例を通して情報を共有化している。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 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。	㉓・b・c
<コメント> 感染症対策マニュアルが作成され業務マニュアルと一緒に備えている。新型のインフルエンザ及び感染性胃腸炎等のサーベイランス体制の強化，研修会に於いて予防と発生時の対応マニュアルを職員に周知している。毎年外部講師等による研修も行っている。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 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。	㉓・b・c
<コメント> 安全衛生委員会が設置されている，防災計画を作成して毎月避難訓練をおこない，避難経路の確認や危機管理計画の見直しを行なっている。町内会，防災関係機関と連携して総合防災訓練を年2回（6，11月）実施して災害時を想定しての炊き出し訓練，又，消防設備器具の点検，操作訓練等も実施している。		

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 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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画には利用者に対する支援方法が明記されて職員にはケア会議，モニタリング会議で実施方法が徹底されている。更に，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も望まれる。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-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
<p><コメント></p> <p>支援マニュアルを基に年2回他の職種の職員と連携して，支援計画の見直しを行っている。職員や利用者の意見や希望等も検討され計画が見直されている。</p>		
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 アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画書作成の責任者は支援課長となっており，入所時に学園が定めるアセスメント用紙を利用している。その後のモニタリングにおいてのアセスメントの見直しも行われている。サービス実施計画書には具体的なニーズが明記されて他の職種職員との連携で利用者の意向と同意を含んだ手順で作成されている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>年2回のモニタリングでサービスが計画を基に実施されているかを確認している。緊急に変更する場合も関係職員が検討して利用者，保護者に同意を得ている。</p>		
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 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，職員間で共有化している。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>ケース記録マニュアルが作成されていて，学園が定める記録用紙により手書きで日中の利用者の状況が記録され，園長の決済の後に回覧され職員間で情報が共有されている。</p>		
45	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
<p><コメント></p> <p>法人の文書規程に基づいて保存，破棄，公表等が定められている。個人情報保護規程は職員研修で周知されている。</p>		

評価対象 A 福祉サービスの内容

A-1 利用者の尊重

A-1-(1) 利用者の尊重		
46	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。	㉓・b・c
<コメント> 意思伝達に制限のある利用者の場合は日常的な関わりを通して、その人固有のコミュニケーション（絵、写真等）手段を使うなど、コミュニケーションに工夫をしている。		
47	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	㉓・b・c
<コメント> 自治会、児童会が整備されている。機関紙を係ごと年3回発行する時や、行事企画会議への参加が行なわれている。外出、花火、プール等への参加等の利用者の意向がある。		
48	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。	㉓・b・c
<コメント> 第二啓佑学園に於いては日常の生活の支援は「待つ支援」を掲げ、利用者のリハビリのため日常生活の基本動作の習得の援助をしている。		
49	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。	㉓・b・c
<コメント> 啓佑学園では地域生活移行の理解促進のため、通年専従職員を配置して推進している。（個別面談制度の実施者である）市町村との情報交換、支援計画の確認を行っている。日常に於いては地域行事への参加（夏まつり、みやぎ夢燈花等）や社会体験、外食、調理、洗濯、掃除、整理整頓、働く意欲向上等の自活プログラム訓練を利用者を選抜して実施している。		

A-2 日常生活支援

A-2-(1) 食事		
50	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。	㉓・b・c
<コメント> 栄養管理委員会には利用者の代表も参加して食事環境チェックシート及び利用者の身体状況に応じた個別の食事も提供している。食事形態の見直しは随時行っている。		
51	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。	㉓・b・c
<コメント> 毎食ごと喫食状況調査をして希望メニューと季節感ある食事を提供している。		
52	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉓・b・c
<コメント> 啓佑学園では椅子やテーブルは利用者の状況に合わせ対応されている。食事時間は学校に合		

わせて行なわれている。第二啓佑学園では利用者の希望に応じた対応がされている。

A-2-(2) 入浴

53	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。	㉑・b・c
----	--	-------

<コメント>

入浴介助のマニュアルが作成され、サービス実施計画を基に安全、プライバシーの保護を含めて個人的事情に配慮している。

54	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	㉑・b・c
----	---------------------------------	-------

<コメント>

啓佑学園・第二啓佑学園ともに週3回入浴をしている。皮膚疾患や生理中であるなど利用者の状況に応じて、入浴日以外でもシャワー浴等で随時対応されている。

55	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・㉒・c
----	-----------------------------	-------

<コメント>

建物の老朽化が進み、修繕をしながらの対応となっている。プライバシーを保護するためにカーテンで工夫している。空調設備の不具合も見られている。

A-2-(3) 排泄

56	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	㉑・b・c
----	---------------------------	-------

<コメント>

排泄介助のマニュアルが作成されて個別の計画書等を基に実施されている。排泄介助の結果は所定の様式に記録されている。

57	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・㉒・c
----	-------------------------	-------

<コメント>

トイレの清掃は清掃委託業者及び職員が行い、その他週1回看護師が消毒している。いたずら防止のためにプライバシーに配慮した工夫は行っていない部分もある。

A-2-(4) 衣服

58	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。	㉑・b・c
----	--	-------

<コメント>

衣類の買い物には、可能な場合、一緒に行き、出来る限り利用者の意思で選択している。言葉が無く、選択できない利用者に対しては職員が準備することもある。

59	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。	㉑・b・c
----	---	-------

<コメント>

汚れている事に気がついた時は速やかに対処するための業務手順書が用意しており、これに基づく対応が行なわれている。

A-2-(5) 理容・美容

60	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・㉒・c
----	---------------------------------------	-------

<p><コメント></p> <p>理容、美容に関する資料や情報は提供していない。啓佑学園では利用者の要望による理容が、第二啓佑学園では利用者の要望による髪型や女性利用者には化粧なども対応されている。</p>		
61	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・b・c
<p><コメント></p> <p>学園で契約している理容師により月1回園内での理髪が行なわれている。</p>		
A-2-(6) 睡眠		
62	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>4人部屋にはプライバシーを守るためのカーテンや衝立等は設置されていない。安眠する時は静養室等を利用している。夏はエアコンを一晩中利用して安眠を確保している。</p>		
A-2-(7) 健康管理		
63	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>保健衛生委員会が設置されている。週1回内科・小児科，月1回の精神科，歯科の検診，定期健康診断（9月，2月）が協力医療機関との連携で実施されている。</p>		
64	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
<p><コメント></p> <p>緊急時の対応の手順はマニュアルを作成して迅速に通院対応している。</p>		
65	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・b・c
<p><コメント></p> <p>定期薬の服薬手順（フローチャート），マニュアルが作成されていて厳重に管理している。誤薬防止のマニュアル等も作成されている。内服，外用薬の使用状況は所定の様式に従って記録されている。</p>		
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
66	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
<p><コメント></p> <p>できる限り利用者の要望に応じられるように配慮している。意思困難者に対する確認はこちらの計画に従って頂いている。ボランティアは受け入れている（実習生，行事の時の外出ボランティア）。</p>		
A-2-(9) 外出・外泊		
67	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
<p><コメント></p> <p>自治会と話し合い社会参加を意識した外食体験ではメニューの選択を行い，手作りおやつで簡単な調理の体験もしている。地域行事への参加やボランティアを受け入れて必要な時に介助や支援等が受けられる体制を整えている。</p>		
68	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

<コメント> 職員は面会時及び電話により家族へ利用者の近況報告を行ない、お正月以外にも家族・利用者の希望により外泊が行なわれている。		
A-2-(10) 所持金・預り金の管理等		
69	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。	㉑・b・c
<コメント> 「現金及び預金等取り扱い要領」「医療費小口現金取り扱い要領」「児童手当管理要綱」に基づき管理体制を明確にしている。		
70	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・㉒・c
<コメント> 啓佑学園では児童会で月2冊（めばえ、ヒーロー）や絵本の購読が行なわれている。第二啓佑学園では共用スペースでのTVの提供や要望に応じての本の購入が行なわれている。		
71	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・㉓・c
<コメント> 利用者より要望がないのでたばこ、お酒等は基本的には提供していない。		