

## 評価細目の第三者評価結果

### 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。			
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	理念・基本方針は、法人の理念を元に作成された花園基本方針に基づき展開されている。内容については、所内文書・掲示・広報誌・パンフレット・HP等に掲載されており、職員の行動規範として周知され、職員全体会議にて徹底されている。又、利用者や保護者に対しては、ルビ付きの分かり易い文書が作成されており、年度初めの家族会等で案内され、周知されている。

#### 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。			
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。	a	社会福祉事業全体の動向等に付いては、中・長期経営計画PJに於いて社会福祉事業全体の動向や福祉サービスのニーズに付いての検討を重ねており、又、日本知的障害者福祉協会の協議や深谷市障害福祉計画策定委員会に参画し、その把握・分析データの活用等からも情報を得て利用者の推移・利用率等の分析を行っている。その他、法人として行っている相談支援事業や短期入所・一日利用等の利用状況からも課題を把握し分析している。
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	組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の経営課題に付いては、中期計画策定段階で検討され、具体的な課題や問題点を明らかにしている。内容については、年3回行われる評議委員会にて承認され、中期計画として職員にも周知され、年度事業計画の策定に於いて具体的な取り組みが進められている。

#### 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。			
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	法人として中期経営計画が策定されている。内容は、理念・基本方針に基づいて構成されており、目標を明確にして具体的な課題が策定され、数値目標を出来るだけ設定し実施した結果の評価が行える内容となっている。具体的なPDCAの展開に付いては、3年間の計画を固定し年度の事業計画で評価・分析された内容を次年度の事業計画にフィードバックされる方式となっている。
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	毎年展開される定例的な事業計画の他に、中期計画に基づく重点課題中心の年度事業計画が別途策定されており、年2回の評価・見直しを含め、PDCAの展開が行われている。内容は、具体的な数値目標が掲げられ、中期計画との連動と次年度計画との関連がより分かり易く表現されている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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	中期計画に基づき策定された年度事業計画は、明確に法人の基本方針とリンクした課題の中から抽出され、最終的に運営方針会議にて確認され確定して行く仕組みとなっている。又、職員が目標展開の中で掲げる自己目標も、この計画と直結した内容となっており、事業計画の周知徹底の仕方としては、非常に分かり易い仕組みとなっている。これに関するPDCAの展開も、年2回の評価・見直しが手順として定められており、翌年の事業計画に反映される。
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	年度の事業計画は、年初の保護者会に於いて資料を配付し説明されている。利用者に対しても、ルビを振った時の大きな資料を別途用意して説明を行っている。利用者からの意見の吸い上げ等に付いては中々難しい所であるが、所内に掲示して何か質問等があれば対応できる様、体制は整えている。

#### 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。			
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。	a	管理者は組織内に「リスクマネジメント担当者会議」を設け、その機能の一環として「職員行動規範自己チェック」の実施・分析等を行い、サービスの質の向上に付いて、方向付けを示している。又、「利用者満足度調査」も同様に行われ、質の向上に関する取組として、展開されている。役付け会議に於いて、自己評価の内容の分析・検討が行われている。
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。	b	年1回行われる自己評価に付いては、役付け会議の中で1項目毎、合議で吟味がなされまとめられているが、その中から課題を抽出し、改善に結びつけると云う一番肝心な部分が不十分に感じる。やはり職員全体に情報提供され、周知の作業が行われるのであれば、共有意識の高揚や職場の一体感の醸成のチャンスではと思われ、残念に思われる。

### 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。			
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。	a	管理者はHP上での挨拶に於いて、役割と責任を表明しており、又、年初の広報誌に於いても発信している。職員に対しては、運営方針会議や職員全体会議の場に於いて、施設運営上の留意点等を伝えると共に、職務遂行上、気を付けてほしい細かな内容に付いても伝えている。有事において管理者が不在の場合の対応に付いては、災害予防計画に明文化している。

		第三者評価結果	コメント
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。	a	管理者は、階層別研修始め、管理者として参加すべき講習等に於いて、遵守すべき法令等を理解しており、職員に対しては、「倫理綱領・行動規範等」を作成し、職務遂行上、遵守すべき事項を周知している。又、職員の日常の行動規範として「業務必携」と言う冊子がまとめられており、事業計画や重点目標、倫理綱領・個人情報保護・プライバシー等、細部に亘り必要項目が掲載されている。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	a	管理者は組織内に「リスクマネジメント担当者会議」を設け、その機能の一環として「職員行動規範自己チェック」の実施・分析等を行い、サービスの質の向上に付いて、方向付けを示している。又、「業務改善にかかる職員アイデア」の募集を行い、職員個々のアイデアを利用者支援に反映できる体制を作っている。職員の教育・研修に付いては、研修担当により、個別に検討された計画が作成されている。
		第三者評価結果	コメント
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	法人として行われる中期での分析を踏まえ、管理者は経営の改善や業務の実効性の向上に指導力を発揮している。運営方針会議に於いての検討を踏まえ、新たに表出した課題に対応する為、日中活動検討委員会等の各種プロジェクトを創出し、対応している。職員の働きやすい職場環境作りの例として、男性も含めた3年間の育休制度や子供に関する急用時等に摂れる特別休暇(有給)、その他、介護休暇とyが揚げられる。

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。			
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	法人の中期計画に、「人材の確保育成」の項目が有り、人材育成計画・能力開発・研修の充実・資格取得支援等の方向付けが示されている。施設の人員計画に付いては、基本人員数が決められ、それに対する過不足管理がされている。詳細の中では、サービス管理責任者の異動の補充や強度行動障害に対応する為の研修等が計画されている。採用に関しては、正職は法人、臨時職員は施設と云う分担で募集が行われている。
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a	「期待する職員像」に付いては、法人として「元気」「優気」「根気」を持って自らの専門性の向上を図ることによって、利用者ニーズに的確に対応したサービスを提供して欲しい旨の内容を明示している。人事基準に付いては、業績評価(目標管理)・能力評価各々に評価基準を持っており、内容に付いては職員に周知されている。年2回の業績評価に当たっては、評価面談により評価内容を伝え、又、職員の要望等も確認する機会として有効に利用されている。
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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a	職員の時間外労働データや有給休暇の取得状況等、就業状況は実績データとして管理されている。職員のメンタル面での健康管理に付いては、ストレスチェックの導入がされており、職員が相談し易いこころの相談室の設置がされている。福利厚生に関しては、職員互助会でのスポーツイベントの実施や外部のソエルクラブに加入し、職員の便宜を図っている。ワーク・ライフ・バランスに付いては、法人として行動計画があり、事業団HPにも記載されている。配属等に関して自己申告制度が有り、園長面談を実施し意向確認を行っている。
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	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	組織として「期待する職員像」に付いては、法人が求める職員像を所内掲示しており、周知している。職員の目標管理に関しては、①目標設定時・②中間・③期末と面談が行われ、①に於いては、設定内容の適否・目標項目・目標水準・目標期限が確認され、②/③の面談による確認時に進捗状況・達成度の評価・見直しが行われている。
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。	a	組織として「期待する職員像」に付いては、法人が求める職員像を所内掲示しており、周知している。職員の研修履歴や研修計画に付いては、研修担当により管理されており、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。又、自己研鑽により資格を取得する際には、費用の補助制度を設け、支援している。教育研修計画は、研修委員会により研修内容やカリキュラムの評価と見直しが行われている。
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。	a	個別の職員の知識・技術水準・専門資格の取得状況等に付いては、研修担当により研修履歴簿が管理されている。新任職員に対しては、教育担当者によるOJTが行われ、標準的な実施方法を踏まえた教育がなされる。法人による教育体系が確立されており、研修規程に階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等のカリキュラムが準備されている。外部研修への参加を含め、各人の教育研修計画が策定されており、それに基づく実績管理が行われている。

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。		
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。	a 実習生受入要領の『目的』に明記されている。実習生受入マニュアルに基づき、実習生の受入を行っている。また、実習生事前オリエンテーションを実施し、施設実習に向けての心得等を説明している。専門職種に応じたプログラムが準備されており、又、指導者研修を修了した指導者により、研修が実施されている。実習期間中、適宜学校との連携を取り、担当教諭の来園時には実習状況を伝えている。

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。		
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。	a 法人のHPに理念・基本方針始め、事業計画・報告・予算・決算等の情報が開示されている。地域との関わりに付いては、自治会に加入し自治会向けの説明会も適宜開催されており、広報誌も配布されている。苦情・相談の体制そのものは構築されており、第三者委員の任命を含め、行われている。第三者評価は今回が1回目。
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。	a 法人の会計規程により、事務・経理・取引等に関するルールは明確にされており、又、職務分掌により担当や権限と責任が明確にされ、職員等に周知している。施設運営上の助言に付いては、法人監事や公認会計士・弁護士等から得ており、監事による内部監査と法人本部独自の監査によりチェックされている。

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。		
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 地域との関わり方に付いての基本的な考え方は、法人理念や経営方針・重点目標に明文化している。地域のイベント(ひな祭り・運動会・夏祭り・クリスマス等)の案内を都度掲示すると共に、利用者の会での案内を行い、参加を促して地域の人々との交流を図っている。又、施設が行うふれあいの集いに、地域の方々を招待すると云う事も行われている。地域の作業所、医療施設等の社会資源利用の情報を収集し、各寮に情報提供している。
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。	a ボランティア受入要領に基本姿勢を表明しており、受入れに関するマニュアルに登録手続・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ている。又、オリエンテーションを行い、利用者との交流を図る視点等での必要な注意事項を伝えている。夏休みには、地元社協と連携し小中学生向けに「ボランティア体験講座」「サマースクール」を開催して学校教育への協力を図っている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	a 地域の福祉施設・医療施設等の関係機関をリスト化し、職員に周知を図っている。市内の福祉施設向けに実施される研修、グループ討議等に参加し、地域共通の問題についての意見交換を行っている。又、深谷市の福祉施設連絡協議会や発達障害福祉協会の各分会等に参加しており、共通の課題や問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a 施設のスペースを開放して、地域の方々の色々な発表会(歌・踊り・大正琴等)の場として貸し出されている。相談支援事業は、法人として準備されている。深谷市と災害時の防災協定を締結している。又、年度初めに地域住民を対象とした「救急救命講習会」を開催しているほか、防災訓練の際には車椅子講習会も開催している。近隣の道の駅の協議会に参加しており、活動に協力すると共に、作品の販売も行っている。
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。	a 法人の相談支援事業や地域の高齢者の運営推進委員会・深谷市の福祉施設の連絡協議会、研修会などを通して地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。民生委員、地元の社協の協議の場として施設を利用している。社会貢献事業の一環として、短期入所事業や一時保護の受入れを行っている。地域ニーズに基づいた組織の年齢構成の変更に向け、具体的な計画が展開されている。

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。		
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。	a 施設の経営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されている。職員の日常の行動規範として「業務必携」と云う冊子がまとめられており、事業計画や重点目標、倫理綱領・個人情報保護・プライバシー等、細部に亘り必要項目が掲載されている。これは職員の標準的な実施方法に反映されている。人権尊重や虐待防止に関し、年1回、講師を招き研修を行っている。又、「行動規範自己チェック」「セルフチェック」を実施し、その結果を担当者が分析して職員全体会議で報告している。
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。	a プライバシー保護や虐待防止等の権利擁護に関しては、倫理綱領や行動規範に触れられており、職員は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しては十分に理解して日々の支援を行っている。設備的な対応としては、トイレや風呂場に遮断できるカーテンの設置や外から覗けない様に内張りをする、内側からも施錠が出来る等により、プライバシーに配慮している。保護者会の際に権利擁護に関する取組について報告を行っている。

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。			
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。	b	施設のパンフレットについては、写真を多く掲載し、分かりやすい内容となっている。施設の利用希望者や見学・体験入所・1日利用等の希望者に対しては、パンフレットによる説明の他、スライドも加えた説明により、分かり易い案内を行っている。パンフレット等の内容については、変更があった都度、見直しを行っているが、公共施設等の多くの人が入手できる場所には置いていない。
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。	a	サービス内容の説明に当たっては、絵や写真を使ったパンフレットやルビを付けた事業計画や基本方針、重要事項説明書・契約書等により行っているが、現場に行つての説明や理解しやすい言葉での説明に配慮している。同意に当たっては、利用者の自己決定を尊重し、捺印を頂く事で同意頂いている。
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。	a	変更や家庭への移行が有った場合に付いては、殆ど相談事業所を介して行われる為、著しい変更や不利益が生じない様に配慮される。又、同様、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書が定められている。施設から1~2年は定期的に連絡を入れ、フォローアップが行われている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	a	利用者満足度調査は年1回実施され、担当者が集計・分析を行い、利用者にも利用者の場でフィードバックされる。利用者は寮単位で行われ、利用者の積極的な発言の機会を設け、意見が反映できる様な取組を行っている。直接、具体的な意見を述べる場として、利用者代表が保健給食委員会に出席し、意見を述べると云った事も行われている。
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。			
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。	b	苦情解決の仕組みとして、受付窓口に出向いて、苦情解決責任者と共に解決に向けた検討をし、第三者委員は解決に付いての助言を行う旨の説明になっているが、厚労省のガイドラインで求められた仕組みの基本は、第三者委員を含め何処にでも苦情の申し出が可能な事、又、その連絡先が明記されている事が義務付けられている。この主旨を再確認・再認識して頂きたく、敢えて「b」評価とした。
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。	b	「相談」としての仕組みとして独立した説明文や掲示物は準備されていない。1つの対応方法として、「苦情・相談窓口」として仕組みを共通に策定する事で、記録を含め解決できるのではと感じる。相談スペースは確保されており、相談そのものの仕組みは機能している。
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。	b	前項35.と同様のコメント 「相談」としての仕組みとして独立した説明文や掲示物は準備されていない。1つの対応方法として、「苦情・相談窓口」として仕組みを共通に策定する事で、記録を含め解決できるのではと感じる。相談スペースは確保されており、相談そのものの仕組みは機能している。意見等に基づき、改善された例として、日中の外出希望が多かった為、現在は増やして対応している。
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。			
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。	a	リスクマネジメント担当者会議が設置されており、ヒヤリハット事例の収集・要因分析・対応策の検討・実施・アフターケアまでの一連の仕組みが整備されており、その中から注意事項の優先順位付けや強化月間の開催も行われている。又、関連した研修として、KYT研修の導入も行われている。各種リスクに対応したマニュアルが策定されており、有事の際の対応と安全確保に付いて、責任・手順等を明確にし、職員に周知すると共に、定期的に評価・見直しを行っている。
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。	b	感染症の流行時には対策委員会を立ち上げ対応しているが、一部を除き各種感染症別のマニュアルは準備されていない。やはり感染症毎にかなり違う対応が求められているので、正しく理解して対応が諮れるような準備が肝要と思われる。看護師を中心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。
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。	b	有事に備え、災害レベル毎、或いは立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類を含め、福祉サービス提供を継続する為に必要な対策を検討する「BCP」の検討は十分行われている。災害時の対応マニュアルには、適切なタイミングで安否確認を行う事が不明確であり、毎月行われている防災訓練の中でも、訓練が終ってから点呼を取ると云ったちぐはぐさが認められる。備蓄に関しては、適切に行われている。
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。			
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	「運営のしおり」に具体的な業務手順や個別の留意事項等を記載し、それに基づきサービス提供が行われている。又、管理のポイントを記した「業務必携」と云う冊子がまとめられており、事業計画や重点目標、倫理綱領・個人情報保護・プライバシー等、細部に亘り必要管理項目が掲載されている。個々のサービスが、適切に実施されているかどうかについて、生活記録・寮会議・モニタリングで確認している。
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	各寮の「運営のしおり」については、毎年度、見直しを行っている。又、個別支援計画の中でも、各個人別の対応が必要な内容に付いては記載され、年度のPDCAの確認の中で評価・見直しがされている。

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。			
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	サービス管理責任者である各寮長が責任者となり、個別支援計画に関するマネジメントがなされている。アセスメントに付いては、所定の様式に従い詳細の確認がされ、まとめる段階では関係者(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。利用者(保護者)のニーズに付いては、アセスメントシートにて確認され、個別支援計画に反映されている。個別支援計画は、年2回の確認によりPDCAの展開が行われており、個別のケース毎に検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。
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	個別支援計画は計画策定後、概ね半年でモニタリングを行い、概ね1年後に寮単位での関係職員参加の個別支援会議にて見直しを行うと同時に周知が図られている。変更に関しては、変更用件が発生した都度吟味され、必要があれば変更されている。同様、標準的な実施方法の変更が必要であれば、変更される。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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、職員間で共有化されている。	a	利用者の健康管理に関するデータに付いては、決められた様式に記録されている。又、日中の活動に付いては、個別支援計画に基づいた支援記録に記入されている。個別支援計画は、内容確認と報告の為、上長の捺印を得る方式となっており、記載内容や書き方に付いてもチェックがされている。職員への情報の分別に付いては、回覧用紙の宛名により管理される。各種委員会(保健・食事・研修・安全衛生等)が定期的開催され、部門横断での情報共有の取組がされている。
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	文書管理規程により、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。個人情報の不適正な利用や漏洩に対しては、個人情報保護規程や個人情報取り扱いに付いては懲戒規程も含め規定されており、採用時には誓約書の提出も義務付けられている。全体会議に於いて、職員は個人情報保護規程等を理解し遵守する事が徹底される。

IV 適切な処遇の確保

IV-1 サービスの実施			
IV-1-(1) 個別支援計画または個別療育計画に基づいた適切な支援について。			
IV-1-(1)-①	個別支援計画または個別療育計画を適切に作成している。	a	アセスメントから利用者や家族のニーズ・意向・要望を尊重し、個別支援計画を作成している。日中活動障害の行動特性に応じて4グループに分け、訓練内容や活動内容を決めている。
IV-1-(1)-②	個別支援計画または個別療育計画に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	利用者に対し統一的な対応ができる様、又、障害特性に応じた支援ができる様、支援を行い、その結果に付いて、必要に応じ寮会議等で協議・検証を行っている。利用者の障害の程度に応じて、身振り・手振り・写真・絵等を利用してコミュニケーションの工夫を行っている。毎月のケース記録において、支援状況の確認・見直しを行っている。
IV-1-(2) 利用者の状態に合わせたサービスの実施について。			
IV-1-(2)-①	食事に関しては、おいしく楽しく食べられるよう工夫されている。	a	摂食・嚥下の状況を見ながら、利用者一人ひとりの障害の状況や体調に応じて、調理方法等を看護師、栄養士に相談をして対応している。食事形態の変更や水分摂取時の形状に付いても、助言をうけている。又、必要に応じて医師等の助言・指導を受けている。管理栄養士が献立を作成した栄養バランスに配慮した食事を提供している。年4回、食事・給食委員会を開催し、聴取した利用者から献立等の希望を協議する他、利用者代表の報告も行われている。季節や行事に合わせて、献立が工夫されている。食事は配膳開始から二時間以内を目安にして、食事を提供している。
IV-1-(2)-②	入浴に関しては、利用者の希望や事情を反映した支援を行っている。	a	介助状況に合わせたグループ分けをして実施しており、週3回は全員入浴が可能である。設定された時間の他に、失禁や汗をかいた場合等、必要に応じて入浴出来る。入浴体制は安全に配慮し、浴室2名、脱衣室2名、寮内把握1名の同性職員の配置を基準としている。体調やその他の状況により実施できない場合は、清拭を実施している。入浴時の介助は、一人ひとりの障害の状況や健康状態に配慮して行うと共に、人格やプライバシーに配慮している。
IV-1-(2)-③	排泄に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	必要なケースに応じて、定時排泄誘導の実施や便秘対策、尿量の把握等を行っている。排泄介助時には、トイレのドアやカーテン使用する事を定着し、プライバシーに配慮している。トイレは定期清掃に加えて、汚れた場合はすぐに清掃をして清潔が保たれている。
IV-1-(2)-④	整容その他に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	利用者の自立心を尊重し、身の回りの事に関しては十分出来なかった部分や出来ない場合の手助けを中心に介助を行っている。季節に応じた衣類、清潔感の感じられる衣服の着用に配慮している。汚れた場合等はすぐに更衣をしている。自ら好みを訴えることができる利用者は、日々の衣類を選べるように声掛け等の支援を行っている。利用者の好みが反映できるように、近隣の美容室や訪問理美容を利用している。

<p>IV-1-(2)-⑤</p>	<p>利用者の健康を維持するための支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>年2回嘱託医による健康診断を実施しており、結果は本人・家族・後見人等に報告し、必要に応じて通院もしている。検温は毎日行われており、体調の変化があった場合は、看護師・医師と連携し対応している。体調不良時は、栄養士に相談し、病状に配慮した食事を提供している。気候や天候に応じて、園内散策、又は棟内歩行を行っている他、カラオケ機器を利用した歌謡体操等も行っている。薬は医務で管理しており、誤薬を防ぐ為、与薬手順に従い確認作業を行っている。不眠のケースに関しては、他利用者に影響がでない様に、個別の支援を行っている。</p>
-------------------	--------------------------------	----------	---

IV-1-(3) 利用者の自主性と家族との交流について。			
IV-1-(3)-①	利用者の自主性を尊重し、主体的に施設での生活が送れるような取り組みを行っている。	a	利用者や家族の意向を把握し、その結果を生活環境の改善等に反映させている(例 要望が多かった女子寮のフローリング化、室内の尿臭気対策等)。自分で管理できる利用者は、自室に私物を置き自己管理している。新聞の個人購入や、自室の鍵を管理している場合もある。ボランティアによるお花教室やお茶教室、近隣の施設での認知症予防教室(オレンジカフェ)、編み物教室等、利用者が希望に応じ参加している。園での行事も参加型として実施している。外出・外泊・面会は自由であり、外出・泊届の提出を行う事になっている。
IV-1-(3)-②	金銭管理その他利用者の財産を管理するための支援を行っている。	a	金銭管理については金銭管理要領に基づき実施している。所持金等管理依頼書の取り交わしを行い、月締めで出納帳を作成し、3か月毎に保護者に確認をしてもらい署名をして頂いている。学童は社会生活を営む上での自立支援として、料金を支払い公共交通手段を利用しての学校通学の支援を実施している。また、買い物支援をとおり、金銭管理の支援を行っている。
IV-1-(3)-③	利用者の自立(自律)に向けた取り組みを行っている。	a	行事の際にそれに応じた物を調理したり、子供達は調理実習として経験することはあるが、日常の中では調理の希望は殆どない。整容その他(洗顔、整髪、歯磨き、更衣、買い物等)に関しては、本人の自立に配慮し十分出来なかった部分や出来ない場合の手助けを中心に介助を行っている。入浴や排泄は、本人の申し出を尊重し自立に配慮した支援を行っている。
IV-1-(3)-④	利用者の就労を支援するための取り組みを行っている。	d	非該当
IV-1-(3)-⑤	施設と家族との交流・連携を図っている。	a	毎月保護者会(クローバの会)を実施し、保護者との意見交換会も実施している。家族からの相談については、基本は各ケース担当が事務連絡も含め、窓口となって連絡・調整を実施している。遠方で中々面会に来れない家族については、電話での情報提供等でコミュニケーションを取っている。