

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	京都市山科障害者デイサービスセンター ぶらんこ	施設種別	生活介護事業
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構		

平成29年4月5日

総 評

京都市山科障害者デイサービスセンターぶらんこは、「障がいのある人とその家族が地域の中で尊厳を保ちながら普通の暮らしができるように支援する」を基本理念とする社会福祉法人京都身体障害者福祉センターが管理運営する事業所として、生活介護事業を実施しています。法人内の京都市内3エリア（洛南エリア、伏見エリア、山科・醍醐エリア）の山科・醍醐エリアにあたる、京都市山科合同福祉センターにおいて、京都市山科身体障害者福祉会館「身体障害者福祉センター（B型）」や「生活介護事業」、京都市やましな学園「就労継続支援B型事業・生活介護事業」、京都市山科障害者授産所「就労継続支援B型事業・生活介護事業」、生活サポートセンター『ほっと』など、障害のある方をその日常生活や社会生活において総合的に支援するための事業体制が整えられています。同センターの4階には「京都市山科図書館」があり、障害のある利用者等と地域住民が日常的に交流できる場として広く親しまれています。

本事業所は、障害のある人の日中活動施設として、個別～少人数による一人ひとりの障害特性に合わせた多彩なプログラムを用意しており、屋内活動に加えて、外出・買い物・レクリエーションなどを中心とした屋外活動にも力を入れています。日常的なプログラムとしては、落ち着いた雰囲気の日・ルームで実施されるリラクセスを目的として行われる、アロマテラピーを取り入れた手足のトリートメントをはじめとして、生活スキルの向上を目指したパズルやアイロンビーズ、各種機能訓練や音楽療法があります。他に和紙箸袋の制作、自主製品の販売などの各種ワークも用意されています。法人から派遣される柔道整復師による事業所巡回もあり、職員の機能訓練スキルの向上にも役立っています。

事業所から歩いて10分程度の距離にある別室「あんずルーム」では、トータル・リラクゼーションを目的としたスヌーズレンを実施されています。障害が重い人たちも親しめるように、光、音、におい、振動、温度、触覚などの感覚を優しく刺激する機器や素材を組み合わせた部屋で、利用者が自分の障害特性に合わせたペースで、楽しい時間を過ごせるように配慮されています。

また、コミュニケーションに困難がある利用者のために、事業所理念や日々の事業予定等について、写真や絵などを多用して分かりやすく表示・説明する工夫が事業所各所において見受けられます。障害のある本人の希望や意向を積極的に汲み取ることで、個別のニーズを日々の活動に反映させる仕組みが構築されています。事業所利用者本位のサービス提供への意欲的な取組みが行われていることは高く評価できます。

事業計画はPDCAサイクルに則り実施されており、事業所運営におけるサービス提供と経営管理がバランス良く機能しています。また、法人としては、全職員に毎年配布される「関係規程集」により、職員意識の向上と組織体制の強化を計りつつ、定期的に第三者評価を受診されること

	<p>で、組織体制の充実及びサービス管理体制の質の向上と透明性の確保が図られています。また、社会福祉法人制度改革による、経営組織のガバナンスの強化、事業運営の透明性の向上等の改革を推し進められることで、更なる財務基盤の整備と社会環境の変化に対応する経営体制を構築されることが期待できます。</p>
<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅱ－２－（３） 福祉サービスの質の向上のための人材育成という観点から、中長期計画には「仕事を通じて成長と達成が実感できる職場作り」というテーマが掲げられています。運営規程の基本方針や事業計画書において、職員に求められる姿勢や専門性、研修計画等が記載されています。職員一人ひとりの課題や目標は「自己申告書」に基づく職員面談において明確にされ、具体的な教育・研修計画として策定されています。受講後の報告や伝達講習も確実に実施されており、資格取得希望者に対しては取得資金や勤務体制において様々な配慮がなされるなど、教育・研修・資格取得に対する取り組みが充実しています。</p> <p>Ⅱ－５－（１） 1階フロアにおける自主製品の販売や講座の開催や施設外での講座への協力等により、地域住民とのコミュニケーションや各種団体との協力・連携活動を推進しています。また、地域ボランティアを積極的に受け入れ、施設内プログラムへの参加や講座講師を依頼するなど良好な協力関係が整えられています。更に各種地域福祉団体との連携・協働を通じて、地域の福祉事業の推進とそのニーズの把握等、地域との関係性が適切に確保されています。</p> <p>Ⅲ－４－（２） サービス内容を中長期計画に沿って定期的に自己評価するワーキンググループが組織されています。また、第三者評価受診にあたっては、「第三者評価検討委員会」が組織され、受診後は評価結果の分析・検討が行われ、職員会議で事業所全体の意見を聴取し更に検討が行われています。分析結果や課題は文書化して職員に周知、共有化されるなど、定期的に評価を行う体制が整備され機能していることは高く評価できます。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>本第三者評価事業評価基準の視点において、現時点において特に改善が望まれる点は見受けられませんでした。</p> <p>本第三者評価事業の趣旨を十分に理解いただくことで、前回受診後も評価基準にも沿った改善が適切に行われ、継続した支援実践がなされています。今後はさらに、利用者や業務内容、職員の労働環境を考慮した事業所として、より具体的なビジョンを示した中期計画の策定に取り組まれ、明確な方向性と充実した支援環境の構築に挑戦されますことを期待しています。</p> <p>また、社会福祉法人制度改革に基づき、地域密着型の事業所として、地域社会との関係をより積極的に行い、さらに有意義な公益目的事業が推進されますことを期待しています。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】 評価結果対比シート

受診施設名	社会福祉法人京都市身体障害者福祉センター 京都市山科障害者デイサービスセンター
施設種別	生活介護事業
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構
訪問調査日	2017年 2月21日(火)

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	A	A
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	A	A
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	A	A
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	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	A
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	A
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A

[自由記述欄]

I-1-1(1)法人理念は「障がいのある人とその家族が地域のなかで尊厳を保ちながら普通の暮らしができるように支援する。」と明文化されており、基本方針とともに事業計画書、関係規定集、パンフレット、ホームページ等に記載されている。

I-1-1(2)理念および基本方針が明文化された関係規定集は年1回更新されており、雇用されている全職員(正規、嘱託、非常勤職員)に配布されている。職員は月2回の運営委員会(常勤職員、主任、副主任、所長)資料にて、読み合わせを行い、欠席者、非常勤職員へは、押印を義務付けた議事録回覧にて、周知を図っていることが職員会議録に記載されている。また、事業所内には、利用者、家族、職員、来訪者が一目で確認、理解できるよう、写真やイラストなどを使用した、わかりやすいポスター形式での掲示がなされており、周知への工夫がされている。毎年開催される「保護者懇談会」において、事業計画書が配布されており、資料をもとに口頭での説明がなされていることが聞き取れた。

I-2-1(1)理念に基づいた中長期計画が作成されていることを事業計画書「中長期経営計画・実行計画の所属別実施項目について(一覧)」にて確認した。「中期経営計画2021」が法人本部で策定されており、年度の法人計画がホームページに掲載され、閲覧可能である。5年計画策定にあたり、毎年異なる職員によるワーキンググループ(3~4名)が構成され、グループごとに半期毎の振り返りが行われている。利用者や家族などから要望が出ていた土曜日の臨時開所などを反映した事業計画書となっている。各部署での評価・見直しの反映についても、職員会議録、支援計画会議、事業計画会議などの議事録で確認した。事業計画書の事前配布から、意見の集約を経て、策定された計画書が全職員に配布され、会議での口頭説明などがなされている。欠席者等にも漏れなく回覧される仕組みがあり周知されている。年2回開催の保護者懇談会では、資料配布と口頭説明、質疑応答等が行われていることを資料と聞き取りから確認できた。

I-3-1(1)管理者の役割と責任は、法人の関係規程集、運営規程集などに組織図、事務分掌規則として明示されており、全職員に配布され周知されていることが職員会議会議録で確認できた。毎月発行の広報誌5月号お知らせでも記載されており、周知がなされている。遵守すべき法令等としたファイルが設置され、管理者、職員全員が情報共有できるよう回覧されている。研修会実施についても第73回社会福祉法人経営者セミナー資料等で確認した。

I-3-1(2)管理者は職員個別でのヒアリングを行うなど、課題を把握し改善策の提示を行っていることが確認できた。自己申告書による面談は年1回(10~11月)実施され、所長によるコメント記載などモチベーションアップにつながる取り組みがなされている。職員会議では収支資料を配布し、財務分析表を開示するなど、経営状況やコストバランスの認識や改善に向けた取組がなされていることを資料と聞き取りから確認できた。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	A	A
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	A	A
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	A	A
		II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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
	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	A	
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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	A
		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	A
③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	A	A		
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための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、積極的な取り組みをしている。	A	A	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	A	A
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	A	A
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	A	A
		③ 障害のある本人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	A
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	A	A
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
		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	A
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	A	A
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

【自由記述欄】

II-1-(1) 社会福祉全体の動向については、福祉新聞、フムネット(福祉・保健・医療の総合情報ポータルサイト)、東部障害者地域自立支援協議会からの情報を速やかに回覧等で共有している。経営改善のための課題を中・長期計画策定のためのワーキンググループが動いており、組織的に検討、改善がなされている。経営改善のために公認会計士等の専門家による指導や改善提案を経営に生かしていることが聞き取れた。

II-2-(1) 常勤、非常勤の人員配置については、年度別にシミュレーションを実施し、方針の確立に努めていることを「福祉専門員配置加算申請に関する届出書」にて確認した。資格取得や研修については自己申告書による管理者面談にて、希望の把握や奨励がなされている。研修費用、交通費等の法人援助をはじめ、交換研修の実施、全国的な研修、多くの研修プログラムが提示されるなど、充実した取り組みとなっているため、職員満足度の高いことを聞き取れた。

II-2-(2) 有給休暇の取得や時間外労働の状況については「年次休暇簿」に記載されており、法人本部で把握されていることを確認した。自己申告書の際の面談で管理者が状況を把握しており、分析・検討がなされていることが確認できた。会議を欠席した場合は、終礼ボードで確認できるよう配慮されている。福利厚生の一環として外部の専門企業と契約し、メンタルヘルス相談会等の周知を行っている。「京都モデル」ワーク・ライフ・バランス推進認証事業所として認証されていることを京都府のハンドブックにて確認した。

II-2-(3) 法人として求める姿勢や意識については、運営規程の基本方針や研修計画の中で明示されている。資格取得希望者に対して配慮がなされていることを「研修受講復命書」ファイル内及び「介護職員等による喀痰吸引等研修(第3号研修)受講申込書」等にて確認した。また、面談では課題や目標が明確に設定されており、それをベースに研修参加が行われ、受講後の伝達講習などが実施されていることが会議や研修受講復命書にて確認することができた。

II-2-(4) 事業計画書に実習生の受け入れ基本姿勢や責任体制などが明記されており、「実習生受け入れマニュアル」が整備され受け入れを行っていることが実習資料等から確認できた。

II-3-(1) 個人情報管理規定については「関係規程集」の記載にて確認。契約時の書類として「施設サービス利用に係る情報提供同意書」及び「写真撮影同意書」にて内容を確認した。開示請求の対応方法は「個人情報管理規定」や「重要事項説明書」「契約書」にて確認した。

Ⅱ-4-(1)安全確保のための体制は、「災害時連絡方法 危機管理マニュアル」にて規程されていることが確認できた。緊急時に対応できるよう個人ファイルや「利用者健康診断票」が作成されており状況を的確に伝えることができるよう配慮されている。京都市の福祉避難所指定になっており、水、食糧、毛布などを備蓄していることを確認した。避難訓練は年2回実施されており、職員へは普通救命講習受講を推奨している。ヒヤリハットについては、発生要因の分析と未然の防止策を検討する仕組みが構築されている。「事故・ヒヤリハット報告書」には対応検討欄があり、利用者対応マニュアルに反映させていることを新人職員研修資料にて確認した。

Ⅱ-5-(1)地域のボランティア講師によるアロマ教室などの協働事業を実施したり、社会福祉協議会主催の「知的ハンディのある方を支えるボランティア講座」にスタッフとして参加していることを資料と聞き取りから確認した。担当職員1名が計画相談を通じて地域に根ざした相談支援を行っており、事業所1階ロビーでは野菜や自主製品の販売を通じて地域の住民との交流の機会を提供している。東部障害者地域自立協議会に参加し、地域の福祉ニーズを把握されていることを会議資料から確認できた。

Ⅱ-5-(1)事業所以外に利用しているサービスなどを計画相談書、個人ファイル、ケース記録に記載しており、ケースワーカーや他事業所とも情報共有している。

Ⅱ-5-(2)日常の様子や現況については、連絡帳や送迎時などを利用して双方の情報共有に努めている。全体については「月のお知らせ」を発行、配布しており、年2回の家族懇談会なども行われるなど、情報提供がなされている。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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	A
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	A	A
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	A	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	A	A
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	A	A
		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	A	A
③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A		
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	A	A
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	A	A
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	A	A
		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	A
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	A	A
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	A	A
		② 一定の水準を確保する為の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	A
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	A	A
		② 評価の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施している。	A	A

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1) サービス選択に必要な情報は、パンフレット、ホームページにて、ルビを付したり日常プログラムの写真を用い分かりやすく提供している。サービスの利用に際しては、利用者や家族に契約書や重要事項説明書のほか、重要事項説明書を分かり易くした資料「サービスの利用について」も使い、項目ごとに、視覚で分かる写真を用いて説明していることを確認した。他機関と必要な情報交換が行われサービスの継続性が確保されていることが聞き取れた。

Ⅲ-1-(2) 他事業所や地域生活への移行に伴い、各ケース担当者やサービス管理責任者が相談窓口として設置されている。支援内容等の変更時には、サービス担当者会議に参加し、情報交換が行われており、引継ぎの手順等について定めた文書「他事業所等への移行手続書」が確認できた。

Ⅲ-2-(1) アセスメントの実施状況は、入所前に調査票(アセスメント表)に記載された情報に基づいて作成されていることが、事業所のフェイスシートにより確認できた。また、職員会議において全職員に情報共有し、意見などをアセスメントに反映していることを議事録などで確認した。

Ⅲ-2-(2) 「個別支援計画書」は障害ある本人や代弁者である家族の意向を把握し作成されており、責任者としてサービス管理責任者(サービス提供者が担当)を設置している。全職員が参加する「モニタリング支援計画会議」で「個別支援計画書」の原案が作成され、本人や家族に説明し修正・承認の上、支援に反映されていることを聞き取った。

Ⅲ-2-(3) 少なくとも6ヶ月に1回はモニタリングが実施され定期的に再アセスメントが行われているほか、日々の業務の振り返り時においても検討し、変化に対応していることを聞き取ることができた。

Ⅲ-2-(4) 利用者ごとのケース記録を個人ファイルに保存していることを確認した。「文書管理規程」「個人情報管理規程」等が整備され、職員に周知され、ネットワーク・サーバーにより「ケース記録」「個別支援計画書」「モニタリング表」等の情報を共有し、各種会議により事業所全体で情報を有効管理する仕組みがあることを確認した。また、利用者の日々の情報をリアルタイムで共有できるようにホワイトボードを使用しており、記録方法等のマニュアル「観察記録について」を確認できた。

Ⅲ-3-(1) 利用者ニーズの把握を意図した各種文書があり、6ヶ月に1回の本人や家族等と個別面談を行うほか、年に2回の保護者懇談会でも意見や要望を聞き取る機会を設けている。「運営会議」や「サービス担当者会議」において、可能な場合は本人が参加し、利用者ニーズの充足のための検討が行われ、モニタリング結果に基づき支援計画等の変更・修正を行っていることを聞き取ることができた。

Ⅲ-3-(2) 「意見・提案受付マニュアル」が整備され、苦情受付ボックスと相談室が設けられている。障害のある本人や家族が相談や意見を述べやすいように、ケース担当者、サービス管理責任者、相談支援員及び送迎時の職員に相談できる体制になっている。直接のケース担当者2名を明確にするため「利用者 担当職員について」や「利用者担当表」を家庭に配布している。また、意思疎通が困難な利用者については、日常的に声を掛け、本人の反応や表情により意向を把握するよう務めていること等が聞き取れた。

Ⅲ-4-(1) サービスの一定水準を確保するために、サービス管理責任者による新人研修や主任等による日常的なOJTが実施されている。本人のプライバシー尊重や個人情報保護については、「運営規程」や「個人情報保護に関する基本方針」「接し方マニュアル」等に明示されている。「利用者対応マニュアル」では、個々の利用者の障害の特性を反映するためのサービス全般にわたる支援方法が明記されている。また、6ヶ月に1回以上のモニタリングを行い、個別支援計画を見直していることを聞き取った。

Ⅲ-4-(2) サービス内容を定期的に評価する体制が整備されており、中・長期計画を検討するワーキンググループにより実施されている。定期的に第三者評価を受診しており、複数職員(4名)による「第三者評価検討委員会」が組織されている。受診後、評価結果の分析・検討が行われ、職員会議で事業所全体の意見を聴取し更に検討を行い、分析結果や課題を文書化して職員に周知していることが確認できた。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人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り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	A	A
		② 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	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	A	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	A	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	A	A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	A	A
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	A
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	A	A
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	A	A
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	A	A
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	A	A
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇・レクリエーションの取り組みを行っている。	A	A

【自由記述欄】

IV-1-(1)障害のある本人を尊重したサービス提供については、法人の関係規程集の「倫理規程」などに明文化されている。プライバシー保護に関する基本方針は「接し方マニュアル」に明記されていることを確認した。排泄介助は同性介助で行われており、コミュニケーションに困難のある利用者には、意思表示のための絵や写真のカード(お茶・フロアに出る・トイレに行きたい等)を活用している。日常活動の中で利用者の意見を尊重する仕組みが整備され、保護者会での意見や要望を積極的にサービス内容に取り入れている状況を聞き取ることができた。また、保護者の高齢化による家庭の負担を軽減し、利用者が有意義な時間を過ごすため、土曜日にも利用できる体制を構築していることも確認した。

IV-2-(1)入浴サービスは行われていないが家族から入浴状況の情報を得て、入浴回数が少ない利用者には他事業所の入浴サービスと連携していること等を聞き取った。衣服に関しては、送迎時や連絡帳等で相談に応じていることを連絡帳で確認できた。また、汚れて着替えが必要になったときのために衣服のストックを置いていることを聞き取った。

IV-2-(2)利用者の健康管理については、連絡帳(ぶらんど連絡ノート)の裏面に、睡眠状況その他について同一法人のケアホーム等と連絡する様式がある。睡眠不足の場合は日中のプログラム実施中でも随時仮眠等ができる環境が整えられている。利用者個別の排泄マニュアルが作成されており、排泄支援が必要な利用者には排泄や介助の状況が家族への連絡帳に記載される。柔道整復師による機能訓練が行われている。また、肥満にも注意が払われており、家族にダイエットについての提案を行っていることを議事録で確認した。

IV-2-(3)良好な食事環境への取り組みとしては、職員のかめ細かい介助や周囲の刺激を軽減するパテーションの配置、本人の障害に応じて様々なタイプのスプーンが用意されている等、食べやすいようにする配慮が各所に見られる。献立は利用者の嗜好に基づき、クリスマス用など季節により変化が付けられている。2ヶ月に1回「給食会議」が行われていることを議事録で確認できた。また、年に1回栄養士が嗜好調査を行い、試食会を実施するなど、利用者や家族等から意見を聞いていることを聞き取った。

IV-2-(4)利用者の希望やニーズに合わせて、少人数のグループに分けて日中の取り組みが計画されており、①別室の「あんずルーム」に行く日②運動日③リラクセス日④ワーク日が一定期間のリズムの中で実施できるよう配慮されている。また、本人や家族の希望により適宜プログラムを変更していることも「ケース記録」で確認できた。施設内の一階フロアで定期的に朝市が開かれ、利用者も参加して近隣等の顧客に販売等を通じて交流していることが確認できた。

IV-2-(5)事業所外の活動等については、連絡帳や聞き取りで把握していること、ガイドヘルパー利用の支援が行われていることを、「個人面談記録」や「ケース記録」で確認できた。また、日中の屋外活動では職員が常に付き添い、緊急時には職員主導で対応していること等を聞き取った。

IV-2-(6)レクリエーションは利用者の希望を尊重して実施しており、利用者の誕生日にプレゼントを渡したり、卓球・バレーや映画鑑賞、カラオケなどの楽しめる余暇活動プログラムを用意している。本人の意志を尊重して計画・決定していることを「1日外出アンケート」や「業務日誌」で確認できた。