

[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	障害者支援施設 翼	施設種別	生活介護 施設入所支援
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

平成29年 8月23日

総 評

社会福祉法人南山城学園は、障害者の入所施設として昭和40年2月に法人認可を受けて以降、障害をお持ちの方々や地域にお住まいの高齢者の方々に、その人らしい豊かな人生を送って頂くために、施設定員の増員や施設の増改築、新規開設などを行いながら発展してきました。

平成11年7月に開設した「障害者支援施設 翼」は、城陽市の青谷梅林の近くに在り、青年期にある自閉症を有する方や、細やかな心理的・精神的ケアを必要とする方のためのユニット型の施設です。入所定員は35名で、個室27室と2人部屋4室があり、7ユニットで構成されています。施設の特徴としては、①独立型の生活ユニットを基本に、家庭的な住環境の実現と、個室や生活リズムに沿った実践を心がけていること、②施設敷地のほか、地域活動エリアを設け、日中活動とナイトケアの分化を推進していること、③自閉症の方、行動障害の状態にある方も含めた総合支援を推進していること、の3点があります。

日中活動としては、主に畑班とクッキー班に分かれて活動しており、利用者の特性に応じた自立課題等も用意されています。また、利用者の希望を聞き取りながら、近所への買い物外出や、隣県への希望外出などにも積極的に取組まれています。事業所としての広報誌としては、「つばさだより」が毎月発行・送付され、保護者に様子を伝えていました。そして、保護者会の毎月開催や保護者面談の実施も行い、保護者との情報交換にも熱心に取り組まれました。

しかし、事業計画の利用者への周知方法や理解するための取組みに工夫が必要と感じておられました。また、障害ある本人を尊重した日常生活支援のあり方（排泄や日中活動、余暇・レクリエーション等）に課題が感じられましたので、今後改善されることを期待します。

具体的なアドバイスを下記に記します。

- ・ 事業計画を、障害のある本人に理解を促す工夫ができていませんでした。重度の障害を抱える利用者には、理解し難い文言ではありますが、少しでも理解できるように理解しやすいフレーズや短い文章にして掲示される等の工夫をされては如何でしょうか。
- ・ ヒヤリハットや事故が発生した時は、毎日の朝礼や夕礼で管理者を中心に、速やかに対応策を伝達し、その報告書をリスクマネジメント委員会で集約しています。しかし、職員参画のもとで収集した事例を要因分析し、未然防止策を検討する取組みはできていませんでした。今後は、事業所内の会議等の場でも、職員同士で事故の要因分析や防止策等を話し合う場を設けられては如何でしょうか。

特に良かった点(※)	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。 法人として「きょうと福祉人材育成認証制度」の上位認証を受け、職員のキャリアアップについての具体的な計画を策定し、研修を実施しています。育成システムとして、段階別にステップアップノート、キャリアアップシート、プロセスチェックシートを実施し、職員のキャリアアップに繋がっています。 Ⅱ-5-(2)家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。 毎月の保護者会と年1回の保護者懇親会、保護者交流会を実施しています毎月「つばさだより」を保護者全員に送付しています。また、定期的に個別の保護者面談を実施しています。 Ⅲ-1-(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。 ホームページやパンフレットは、写真とテキストのバランスが良く、見る人にとって分かりやすく、魅力的なデザインです。そこには、法人の理念や目的など伝えたいことがしっかりと掲載されています。また、SNSを活用し、施設や法人の取り組みを積極的に情報発信しています。
特に改善が望まれる点(※)	Ⅰ-2-(1)-④事業計画が障害ある本人（家族等）に周知されている。 月1回実施する保護者会や広報誌「つばさだより」の中で、家族・成年後見人等に事業計画や計画の進捗状況を説明しています。障害のある本人に対しては、周知方法への工夫や配慮が十分にできていませんでした。 Ⅱ-4-(1)-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。 ヒヤリハットや事故が発生した時は、毎日の朝礼や夕礼で管理者を中心に、速やかに対応策を伝達し改善に努めています。また、ヒヤリハットや事故の報告書をリスクマネジメント委員会で集約しています。しかし、職員参画のもとで収集した事例を要因分析し、未然防止策を検討する取り組みはできていませんでした。 Ⅳ-2-(4)-①障害のある本人の意思を尊重した日中活動の取組を行っている。 利用者一人ひとりの障害特性や意向を踏まえて、畑、園芸、クッキーづくり等の作業内容を設定しています。また、活動グループ毎にリーダー職員を選出し、リーダー会議を定期的開催して日中活動について話し合っています。しかし、障害のある本人の個々のニーズに応じた活動内容は提供できていませんでした。

※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	障害者支援施設 翼
施設種別	生活介護 施設入所支援
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	2017年6月20日

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。	b	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。	b	b
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「利用者様の尊厳を守り、幸福を追求する」等の3つの柱からなる法人の基本理念が明文化され、パンフレットやホームページに記載されている。			
	②平成28年度の法人の基本方針(①事業基盤の強化、②地域への貢献、③サービスの質の向上、④職員の質の向上)が明文化され、基本方針に沿った事業計画が策定されている。			
I-1-2	①年度初めの施設内の会議で、法人と施設の基本方針や事業計画を全職員に周知している。法人理念を実現するために職員の行動基準「7つの誓い」を策定し、名札の裏面に記載して全職が携帯している。			
	②4月の保護者会の中で、家族・後見人等に基本方針等の周知している。参加していない家族等には送付して周知している。障害のある本人に対して、理解しやすいようにルビ打ちし掲示している。			
I-2-1	①法人として長期計画「長期ビジョン2025」、中期計画「中期経営計画2020」が策定され、毎年見直しされている。法人全体で理念に基づく基本方針を定め、各事業所の事業計画を策定している。			
	②毎年、職員の合議で事業計画を策定し、10月に中間評価を実施し、3月に最終評価・報告を行ない、次年度の計画策定につなげている。事業計画の内容は、障害者サービスを取り巻く情勢や課題を把握した計画となっている。			
	③施設内の「施設会議」の中で、全職員に事業計画書・中間報告書、事業報告書を配布し説明している。事業計画と支援の重点事項を連動させて資料を作成し、年度初めの施設会議で確認している。			
	④月1回実施する保護者会や広報誌「つばさだより」の中で、家族・後見人等に事業計画や計画の進捗状況を説明している。障害のある本人に対しては、周知方法への工夫や配慮が十分に出来ていない。			
I-3-1	①管理者の役割や責任が記載された業務分掌一覧を年度初めの職員会議の中で確認している。広報誌「つばさだより」の中で管理者の役割や責任を記載している。			
	②管理者は虐待防止等の法令遵守のための研修会に参加したり、経営者協議会からの情報を入手する等し、職員に対しても遵守すべき法令等を周知している。法令のリスト化を行い、施設内勉強会で個人情報保護法や消防法等の遵守すべき法令を職員に周知している。			
I-3-2	①施設長・副施設長・主任で質の向上について毎月数回話し合っている。各種会議の担当者と会議の進め方や課題の整理を話し合っ、課題整理表にまとめている。サービス担当者会議、ユニット会議、リスク委員会等の担当者と進め方や課題等を話し合い、必要なアドバイスをを行っている。			
	②管理者は月2回の施設長会議に出席し、法人本部の人事・労務・財務の各担当者と経営について話し合っている。施設内での会議や職員との対話の中で、業務の効率化や職員配置の在り方や業務の見直し等についてアドバイスしている。			

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
		② 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。	b	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。	b	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。	b	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。	b	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。	b	b
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。	b	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。	b	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）	① 全国社会福祉施設経営者協議会の勉強会に参加し、社会福祉事業の動向等を収集している。法人内の相談支援部・通所部門や地域の相談事業所と連携を図り、地域のニーズ把握に努めている。
	② 本部財務課を中心に稼働率や収支状況の分析を行い、毎月の施設長会議で話し合っている。経営状況や改善課題についての、必要な内容は施設内の会議の中で職員に周知している。公認会計士による指導や助言が毎月行われている。
Ⅱ－２－（１）	① 法人として「きょうと福祉人材育成認証制度」の上位認証を受け、職員のキャリアアップについての具体的な計画を策定し、研修を実施している。育成システムとして、段階別にステップアップノート、キャリアアップシート、プロセスチェックシートを実施し、職員のキャリアアップに繋げている。
Ⅱ－２－（２）	① 職員との個別面談で、業務や就業上の課題を把握し、必要に応じて体制検討のプロジェクトを立ち上げる等、具体的な改善策を話し合っている。育児・介護休業法で定められた内容について就業規則に明記している。
	② 京都市民間社会福祉施設職員共済会に加入し、外部カウンセラーへの相談機会を確保している。法人内に診療所があり、急な体調不良時やメンタル面の不調時等に内科や精神科に相談できる体制がある。
Ⅱ－２－（３）	① 施設内研修について事業計画に「職員の質の向上（①研修の充実と知識の定着、②支援技術の向上）」として明記し、非常勤の研修も実施している。施設内の研修委員会を中心に年間の研修計画を策定している。
	② 職員研修計画を策定し、階層別に職員研修を実施している。法人として1～5年目までの正規職員を対象にフォローアップ研修を開催している。非常勤職員の研修も実施している。自閉症や発達障害の領域の理解を図るため、外部講師を招き、施設内研修やカンファレンスを実施している。
	③ 研修を修了した職員には、報告レポートの提出を義務付けている。施設内会議で研修内容を発表する機会を設けている。施設内研修は研修委員会が年度末に評価を行い、次年度の研修内容を検討している。個々の職員の研修参加についてはキャリアアップシートの中で確認している。
Ⅱ－２－（４）	① 法人として、実習生の受入れに関し、基本姿勢やマニュアルを明文化し、受入れの体制や実習プログラム等を用意している。OJT育成担当を中心に、実習生や新人職員の教育を実施している。

Ⅱ－３－（１）	①法人として、個人情報保護規定、情報公開・開示規程等を策定し、職員にも研修を実施している。個人情報の取り扱いについては利用契約時に説明を行い、同意を得ている。
Ⅱ－４－（１）	①本部リスクマネジメント委員会を組織し、2ヶ月に1回話し合っている。誤嚥対応や救急搬送時対応、感染症の対応等の緊急時のマニュアル手順書を更新し、職員に周知している。施設内で避難訓練や救命救急講習会を定期的に実施している。 ②法人として福祉避難所の指定を受け、災害に備えて3日分の食糧品や備品等を備蓄している。外出時の連絡方法や支援体制を策定している。消防署と連携した避難訓練を実施している。 ③ヒヤリハットや事故が発生した時は、毎日の朝礼や夕礼で管理者を中心に、速やかに対応策を伝達し改善に努めている。ヒヤリハットや事故の報告書をリスクマネジメント委員会で集約している。職員参画のもとで収集した事例を要因分析し、未然防止策を検討する取組みは出来ていない。
Ⅱ－５－（１）	①法人として地域の自治会に加入している。毎日の散歩や農園活動等の外出時に地域住民と触れ合う機会をつくっている。近隣の中学校吹奏学部を招いて、中学生との交流を行っている。翼祭りや彩雲祭等を開催し、地域の方々に来所してもらい交流を図っている。 ②「つばさまつり」を開催し、近隣住民が施設に来訪する機会をつくっている。日中活動で作成しているクッキーを地域のイベント等で提供している。地域の小中学生を招いて、事業活動を紹介している。 ③「ボランティア受入れ規定」「ボランティア登録カード」等を整備し、ボランティアの受入れを実施している。ボランティアに対しては、ガイドヘルパー講座等の研修参加を勧めている。
Ⅱ－５－（２）	①関係機関の連絡先についての一覧を作成し、職員間で情報共有している。必要に応じて、外部の医療機関や相談機関と連携を図っている。 ②毎月の保護者会と年1回の保護者懇親会、保護者交流会を実施している。毎月「つばさだより」を保護者全員に送付している。定期的に個別の保護者面談を実施している。

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。	b	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。	b	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。	b	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。	b	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。	b
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。			b	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。	b	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。	b	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。	b	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。	b
	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）	①事業所の情報は、ホームページやパンフレット等で写真等も掲載しわかりやすく情報提供している。パンフレットを市町村に配布し、窓口に設置している。見学や体験希望者を受け入れて、パワーポイントを活用した資料で施設概要を説明している。
	②利用契約時には重要事項説明書等を用いて説明し、同意を得ている。重要事項説明書にはルビ打ちをしたり、書類だけではなく施設の様子を写した写真や、利用料金やスケジュール等を記した資料を見せるなど障害のある本人や家族に分かりやすい工夫や配慮を行っている。
Ⅲ－１－（２）	①退所時や入・退院時など状況の引継ぎが必要な場合は、事業所所定の様式を用いて情報提供している。法人内の相談支援事業所や法人内の他施設と連携を図り、スムーズに移行できるようにしている。
Ⅲ－２－（１）	①アセスメント様式を定め、利用者の身体状況・生活状況等の把握や利用者や家族の希望や意向を聞き取り、半年に1回アセスメントを実施している。職員間でバラつきをなくすように、アセスメント様式への記入方法説明書を作成したり、「課題・ニーズの整理表」を活用して解決すべき課題をまとめる等して、アセスメントに活かしている。
Ⅲ－２－（２）	①サービス管理責任者を中心としたサービス担当者会議（管理職・支援員・看護師・栄養士で構成）を組織し、個別支援計画を策定している。また、計画策定についてのマニュアル「個別支援計画の書き方・考え方について」を整備し、職員間で記載方法を統一している。
Ⅲ－２－（３）	①毎月のサービス担当者会議で支援の進捗状況を把握している。6ヶ月に1回モニタリングを実施し、目標や支援内容の評価・見直しを実施している。

Ⅲ－２－（４）	①利用者一人ひとりのサービス実施記録が整備されており、日々の日常生活記録が記載されている。個別支援計画に沿ったサービスの実施内容と利用者の状態の推移が、記載項目の「支援計画」の欄に記録されている。 ②文書管理責任者を選定し、文書管理規程に沿って管理している。情報管理規程を定め、情報開示について記載している。新人研修や学習会の中で、個人情報についての職員教育を実施している。 ③朝礼・夕礼、サービス担当者会議、ユニット会議、日中活動リーダー会議など利用者の状況等について職員間で情報共有する機会を定期的に設けている。パソコンのネットワークシステムを利用して事業所内で情報共有している。
Ⅲ－３－（１）	①利用者自治会活動（おやつ会議）を月一回開催し、利用者の声（行事や外出の行先等）を把握するよう努めている。月に２回選択食を実施し、写真を見てメニューの選択が出来るようにしている。利用者への聞き取りが難しい場合は、毎月の保護者会等を通じて、保護者のニーズの把握にも努めている。 ②利用者自治会活動（おやつ会議）等で把握した本人ニーズに対して、サービス担当者会議やユニット会議等で検討をおこない、サービスの改善につなげている。管理栄養士が中心となり、写真も交えた聞き取り資料を作成し、嗜好調査を実施している。
Ⅲ－３－（２）	①利用者自治会活動（おやつ会議）を開催し、利用者が自由に意見を出せる機会を作っている。保護者会など保護者の来訪が多い日にはユニットに職員を配置し、意見を伺いやすい環境を整備している。施設への来訪が困難な保護者等には、「意見聞き取りシート」を配布し、ニーズの把握に努めている。 ②苦情解決窓口と責任者を設置して、施設内の目の触れやすい場所に掲示するとともに、家族等にも書面で通知している。法人として、苦情内容及び解決方法、結果を公表する仕組みがある。保護者からの意見については、施設会議や事業所内メールを通して情報共有し、経過や結果を保護者にフィードバックしている。 ③利用者や保護者からの苦情や意見等に対する対応マニュアルは整備している。出てきた苦情や意見については、サービスの改善へとつなげている。
Ⅲ－４－（１）	①一定の水準を確保するためのマニュアル、手順書が整備されている。マニュアル、手順書は見直しや更新を定期的に行い、法人内メールを活用したり施設内に掲示し、職員への周知している。職員への行動指針チェックリストを策定し、職員各自がサービス水準を確認出来るようにしている。 ②利用者の支援方法についてはサービス担当者会議やユニット会議で、個別支援計画やサービス内容の評価・見直しを定期的に行っている。マニュアルや手順書については、毎年見直している。
Ⅲ－４－（２）	①第三者評価のシートを活用して自己評価を実施し、職員に周知を図っている。職員は自己チェックリスト（４６条１２０項目）を年２回に行ない、自身のサービスの質を評価・改善する機会を作っている。 ②日常業務の改善を目的に、アンケート形式で年２回職員から聞き取りを実施し、施設会議で話し合い改善に努めている。議論が必要な課題については、管理者・現場職員で構成される「体制検討プロジェクト」を開催し、改善に向けた提案を行っている。

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。	b	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。	b	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。	b	b
		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。	b	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。	b	b
	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常生活を送ることへの支援の取り組みを行っている。	b	b
		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。	b	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。	b	b

【自由記述欄】

IV-1-(1)	① 倫理綱領や職員行動規範が整備され、年度初めに職員全員で読み合わせを実施している。プライバシー保護についてのマニュアルが整備され、4室の二人部屋以外は原則個室になっており、プライバシーに配慮している。
	② 視覚的に訴えるコミュニケーションの技法（PECSなど）を取り入れ、個々の利用者特性に応じたコミュニケーションの手段として活用している。
	③ 利用者自治会（おやつ会議）を毎月開催し、利用者の意思決定や自己決定に配慮している。利用者が生活しているユニット単位で日常生活に関する内容を協議している。
IV-2-(1)	① 安全かつ快適に入浴できるようマニュアルを策定し、毎日入浴が出来る機会を確保している。危機管理については委員会を構成し、適宜見直しや検討の場を設けている。
	② 本人の好みの把握に努め、衣服の購入希望がある利用者は、地域の店に本人と出かけて購入できるように支援している。衣類について課題がある場合は、ユニットリーダーを中心に把握し、担当が家族に連絡している。
	③ 月に1回、美容師による訪問カットを実施している。希望者には地域での理髪店で散髪が出来るように支援している。
IV-2-(2)	① 睡眠に課題のある利用者は、毎週1回、精神科の医師と相談できる体制がある。不眠傾向にある利用者には、睡眠チェック表を用いて睡眠の状況把握と改善に向けた取り組みを行っている。
	② 身体状況や本人の障害特性に応じ、トイレの形状を工夫し排泄しやすい環境を整えている。排泄介助や排泄用具の使用方法についてのマニュアルの整備が出来ていない。
	③ 看護師と支援員が協働して毎日の健康状態の把握に努め、異変があれば医療機関に受診している。法人内診療所で内科や精神科、歯科等の定期検診が行われ健康の把握に努めている。
IV-2-(3)	① 管理栄養士を中心に給食委員会が組織され、行事食や季節のメニュー、リクエストメニュー等、楽しく食事ができる配慮をしている。施設での食事場面は椅子の形状や席の配置等、関係性や趣向に応じた配慮をしている。
IV-2-(4)	① 利用者一人ひとりの障害特性や意向を踏まえて、畑、園芸、クッキーづくり等の作業内容を設定している。活動グループ毎にリーダー職員を選出し、リーダー会議を定期的に開催して、日中活動について話し合っている。障害のある本人の個々のニーズに応じた活動内容の提供はできていない。
IV-2-(5)	① 金銭管理規定を策定し、金銭管理を行っている。外出支援の中で本人の意思を尊重した嗜好品の購入に努めているが、つり銭、レシート管理、小遣い帳の記入など学習プログラムに配慮した支援ができていない。
	② 家族との外出・外泊は家族の希望に応じ、帰省中の相談にも対応している。事業所外での活動は、緊急時に備えて、外出時支援マニュアルを常備している。
IV-2-(6)	① 音楽療法士を月1～2回招いて、希望する利用者が参加できるように支援している。外食や買物外出には本人の意向を尊重した活動を行っている。障害ある本人自身が主体的に企画・立案するような支援はできていない。