

[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 和	施設種別	施設入所支援 生活介護 短期入所
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31年2月25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、理念である「利用者の尊厳を守り幸福を追求する」「地域のニーズにパイオニア精神で取り組み『共生・共助』の地域づくりに貢献する」「いつでも誰もが安心して利用できる福祉サービスを想像する」をもとに、利用者の状態に応じて施設機能を分化させて発展して来られました。また、10年の長期ビジョンと5年の中期経営計画から構成された「ネクストビジョン2025」を策定し、目指すべき方向を明確にして各施設がそれぞれの特徴を打ち出し、よりよい福祉サービスの提供に取り組んでいます。

平成3年に開設された障害者支援施設「和」は、高齢期を迎えた障害を抱えた方々に、穏やかで安らぎのある日常を提供するように努められています。高齢者棟の櫺（けやき）寮と平成11年に改築された櫺（くぬぎ）寮の2寮があり、入所定員79名・短期入所定員4名の8ユニットからなる施設です。今まで法人内の他施設で生活されていた方々が、60代や70代になって栄養管理や健康管理等の支援を必要とされる状態にあっても、暮らし慣れた法人内で生活継続できるための支援も実施されています。

年々、入所者の高齢化が進展する中で、平均年齢も68・5歳となっており、介護支援と機能維持の施設の機能分化を進めています。

利用者の支援にあたっては、一人ひとりに作成している個別支援計画の内容を、全職員で毎月2名分ずつ共有する「個別カンファレンス」を実施して、その人に合った支援の個別化も進めています。

日中活動としては、自治会（月1回）等を通じて利用者の希望を聴きながら日中の暮らしをより充実したものにするために、書道教室や音楽コンサートなどの取り組み、地域の行事への参加、円と共同開催の作品展や外出支援としてカラオケなどが行われています。

また、日中活動が縮小傾向となっている現状を改善するため、新しい作業活動として山城地域の伝統産業であるお茶栽培に使われる本ずで利用されているすだれ作りをはじめています。

人材育成においては、法人として人材育成マスタープラン策定委員会による研修体系が高い水準で整備されていました。

施設独自でも、高齢の障害者への対応といった特性をふまえ、介護技術の向上、とりわけ認知症とリハビリの研修の実施や基本業務チェックリストを作成し、質の向上を目指していました。記録作成については用語集を作成して書き方の統一を徹底していました。

管理者のリーダーシップのもと、チームとしてまとまっており、質の向上を図る取組が高い次元で行われており高く評価できます。

また、防災関係では、BCP部会の活動や木津川の氾濫まで想定した訓練、北部で原発事故が発生したときの受け入れの検討など、社会福祉法人に期待される公益性にも十分に応えるスケールの大きな取り組みをされていると感じました。

一方で、入浴の順番を館内放送で伝えておられたのが気になりまし

	た。個人を特定する内容は放送しないとのことでしたが、生活環境を破る大きな音であることには変わらないので、可能ならインカムなど別の方法を検討されてはいかがかと思いました。 また、老朽化に伴い、施設面の整備が課題となっており、優先順位をつけて取り組んでいるとのことですが、「櫛（けやき）寮」は2階への階段移動や死角が多く、高齢化している利用者の環境としては少し気になりました。 今後、ますます地域の障害者福祉の拠点として役割を果たされることとあわせて、京都府における福祉サービスの創造の推進役としても発展していけることを期待します。
特に良かった点(※)	Ⅱ-4-(1)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。 法人全体で防災委員会を組織し、様々な可能性に対応できるよう準備を進めています。本部リスクマネジメント委員会内にBCP部会を組織し、災害時の事業継続に向けた準備を進められたり、年1回避難所開設訓練を実施し、課題の洗い出しを行ったりしています。安否確認のための点呼表を作成し、訓練で使用し、その実用性について検証、評価されているいます。年2回、消防署立ち合いで防災訓練を実施しています。栄養士を中心に3日分の備蓄を保管されています。 Ⅲ-4-(1)①② サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立されている。 単年度ごとに、目指すべきサービスの水準を確保するための方針と総括がなされています。事業所で作成した255項目からなる「セルフチェック表」により、業務の習熟度を職員と指導者とで確認する仕組みをつくっています。また、新人職員や異動職員に対してOJT研修の仕組みを独自に作り、一定の水準のサービスを提供できるように取り組んでいます。法人だけでなく事業所独自に工夫を行っていることは高く評価できます。 Ⅳ-2-(6) 余暇・レクリエーション 日中の余暇活動は、利用者の希望により、編み物、月1回の音楽活動や週数回の粘土活動なども実施しています。カルチャー教室等の地域資源を活用し、利用者の希望に沿って外出の機会、地域の方との交流の機会としています。また、利用者の状態に応じて、年に1回の日帰り又は1泊旅行を実施しています。
特に改善が望まれる点(※)	Ⅲ-3-(2)②苦情解決の仕組みは確立され十分に周知・機能している。 苦情解決の責任者や第三者委員を設置するなど、苦情解決体制が整備されています。一方で、提案（苦情）の内容や解決結果等の公表がされていませので、公表されることが望まれます。 Ⅳ-1-(1)①プライバシーへの配慮 利用者本位のサービスを行うことを、法人理念で明示しています。入職当初に「職業倫理」「行動規範」を明記した資料を配布し、説明を行っています。しかし、建物の構造上、4人部屋等では、間仕切りがなく、プライバシーが十分に保たれているとはいえません。短期間での改善は困難かもしれませんが、プライバシーの保護について、されに工夫を重ねることが望まれます。

※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	京都府立視力障害者福祉センター
施設種別	就労移行支援（養成施設）
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	2018年10月31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(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-1-1(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(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(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-3-1(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や年報等に記載されている。				
I-1-1(2)	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.職員資質の向上)が明文化され、基本方針に沿った事業所の事業計画が策定されている。				
I-2-1(1)	地域住民や利用者・家族、職員、関係機関等へのアンケートをもとに中・長期計画「ネクストビジョン2025」を策定して職員に周知している。計画の達成に向けて、5年後に具体化するための行動目標「中期経営計画2020」を策定したり、計画に沿って点検・見直しを実施している。事業所として高齢化等への対応として設備改修や職員体制など重点項目を事業計画に明記している。 毎年の事業計画を職員会議のもとで策定し、毎月の施設長会議で計画の進捗管理を行っている。スタッフ会議で前年度の評価も踏まえて事業計画を策定し、10月に中間評価を実施し、3月に最終評価・報告を行なって、次年度の計画策定につなげている。 毎年4月の施設内の寮会議の中で、全職員に事業計画書を配布し説明している。事業計画は法人共通のものを使用し進捗状況や対策を行っている。 事業計画を家族に配布すると共に、毎月実施する保護者会で家族・後見人等に計画の内容や進捗状況を説明している。				
I-3-1(1)	管理者の役割や責任が記載されたプロセスチェックシートを作成し、職員会議の中で説明している。毎月開催される運営会議・寮会議や広報誌の中で管理者の役割や責任を表明している。 施設長会議の中で、法令や経営についての情報提供を受け、職員に対しても遵守すべき法令等を周知している。関係法令についての一覧表を作成し、パソコン内に保管していつでも調べられるようにしている。				
I-3-1(2)	高齢者対応施設としての機能分化をふまえ年度ごとに段階的に見直しを進めている。日中活動としてすだれの製作の導入や支援体制の見直し、「職員セルフチェック」の強化などリーダーシップを発揮している。 毎月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。施設内での運営会議の中で、報告を行い経営面での意識向上に努めている。記録業務の効率化など業務改善を図っている。				

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。	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	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）	法人の施設長会議や法人本部からのメール回覧の中で全国社会福祉協議会、全国社会福祉施設経営者協議会等からの福祉事業の動向に関する情報提供を受けている。城陽市障害者計画や自立支援協議会との会議や情報交換を通じて福祉ニーズを把握している。法人中長期計画を踏まえ事業所としても高齢障害者にかかる取り組みを行っている。			
	施設長会議の中で稼働率や収支状況を毎月確認して、その状況をスタッフ会議等を通じて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、必要な改善に取り組んでいる。			
Ⅱ－２－（１）	人材育成のための「キャリアアップシート」を活用し、職員の個人面談を実施している。職員のキャリアアップについて、「７つの誓い」をもとに階層や職制に求める基準や行動目標を定めている。「きょうと福祉人材育成認証制度」の上位認証を受けている。			
Ⅱ－２－（２）	法人本部の総務部人事担当と連携し、時間外労働データや就業状況をチェックしている。法人として「京都府福祉職場活性プログラム」を実施している。育児・介護休業について就業規則に明記し、職員が育児休業取得した事例がある。施設独自の職員セルフチェックシートを活用して職員との個別面談を設けている。			
	京都府民間社会福祉施設職員共済会や互助会に加入している。法人内に診療所があり、メンタル面等にかかる内科や精神科に相談できる体制がある。民間の福利厚生団体であるライフサポートクラブの外部カウンセラーに相談できる体制を職員に周知している。			
Ⅱ－２－（３）	「７つの誓い」の中で、職員に求める基本姿勢を明確化するとともに、中長期計画にも位置づけ、全職員に周知している。外部講師を呼んで介護初任者研修や介護福祉士養成講座などを法人内で開催し、職員の資格取得を支援している。			
	職員キャリアパス研修計画を策定し、階層別に参加すべき研修を明示して計画的に職員研修を実施している。職員個別のキャリアアップシートを策定し、研修履歴を把握して人材育成に取り組んでいる。施設独自にもOJTの仕組みを構築したり、高齢者対応にかかる研修を行っている。			
	研修を修了した職員は、報告レポートを作成している。運営会議の中で現場に必要な施設内研修の内容を話し合ったり、外部研修の内容伝達の場を設けている。研修の成果の評価・分析は研修委員会の中で行っている。			

Ⅱ－2－(4)	法人として、実習生の受入れに關しての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。実習指導者としては、指導に必要な研修を受けるとともに養成校が主催する実習懇談会に参加して意見交換を行っている。
Ⅱ－3－(1)	個人情報管理規定を整備している。重要事項説明書や利用契約書に個人情報の利用目的を記載し、他機関と情報を共有する場合も含めて同意を得ている。実習生やボランティアに対しては、事前のオリエンテーションで個人情報の取り扱いについて説明している。情報の廃棄やSNSの取り扱いについても定期的に注意喚起を促している。
Ⅱ－4－(1)	月1回のリスクマネジメント委員会の開催に加え、その上位組織として本部リスクマネジメント委員会も設置され、横断的な課題分析に努められている。衛生面、感染症、緊急時対応など、リスクの種類ごとに、専門家の意見を取り入れた実用性の高いマニュアルが整備され、必要に応じて見直されている。 法人全体で防災委員会を組織し、様々な可能性に対応できるよう準備を進めている。本部リスクマネジメント委員会内にBCP部会を組織し、災害時の事業継続に向けた準備を進められたり、年1回避難所開設訓練を実施し、課題の洗い出しを行ったりしている。安否確認のための点呼表を作成し、訓練で使用し、その実用性について検証、評価されている。年2回、消防署立ち合いで防災訓練を実施している。栄養士を中心に3日分の備蓄を保管されている。 事故報告書の内容を分析し、寮会議や朝礼で情報を共有するとともに、毎月のリスクマネジメント委員会で発生要因を検討するなど、事故防止に努めている。転倒・転落や誤嚥事故など、事故に関する研修を年2回実施されている。リスクマネジメント委員会において、マニュアルの見直しや追加、アセスメントシートの書式の見直しなど、適宜有効性についてブラッシュアップを重ねている。
Ⅱ－5－(1)	地域の自治会に加入し、区民運動会をはじめとする地域の催しに積極的に参加している。職員付き添いの外出予定表を掲示するとともに、利用者個々の特性に合わせた対応をとっている。スポーツ大会や地域のバザー、里山交流会など、様々な形で地域住民とふれあう機会を確保している。自治会であがってきた意見を行事や活動に反映したり、開催した作品展のタイトルを利用者が考える等、企画段階からの参加を働きかけている。 法人内の地域支援センターと連携を密にすることで、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人主催の実践研究発表会に地域住民など外部の方を招くことで、情報発信に努めているほか、事例集を発行し関係機関等に配布するなどの取り組みを行っている。また、パラリンピックの宿泊所として施設を提供するなど、多様な支援活動を行っている。 余暇支援を中心にボランティアを受け入れており、利用者の個別ニーズに合わせたボランティアの受け入れについて、職員間で協議している。法人でまとめた「ボランティア受け入れに関するガイドライン」に、基本姿勢が明記されている。ボランティア受け入れ手引きに基づきオリエンテーション等を実施している。
Ⅱ－5－(2)	必要な関係機関のリストを作成し、職員間で共有している。ショートステイの事業所との協議の中で、デイサービスとの対応の標準化する形で、連携による改善が図られている。 毎月第3日曜日に保護者会を開催し、家族や成年後見人と懇談する機会を持っている。毎月「なごみだより」を保護者全員に発行し、近況を伝えている。個別支援計画書を保護者に渡すときや、高額な金銭の使用があるときなど、機会あるごとに家族に情報提供や報告をしている。

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。	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。	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
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。	B	B
		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
	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）	ホームページ、広報誌は充実しており、写真や図表を用いたわかりやすいもので、必要な情報を周知されている。年報を年1回発行し、関係機関に配布したり、パンフレットをハートピア京都などの関係機関に配架している。見学者や一日体験利用なども頻繁に受け入れている。 サービス利用開始時には、重要事項説明書やサービス利用説明書を用いて説明し、同意を得ている。説明にあたっては、ルビうちや口頭説明、付箋をつけながらなど、個別の理解力に応じて配慮して対応されている。他のサービスのほうが適している場合には、見学同行などにも対応している。
Ⅲ－１－（２）	他のサービスへの移行にあたっては、法人で統一した書式を定め、さらにケース資料や補足的文書による引継ぎを行っている。相談窓口としては担当職員と管理職が対応すると定め、サービス終了後も必要に応じて相談している。相談支援センター等との連携を密にとっている。
Ⅲ－２－（１）	106項目からなるアセスメントシートを使用し、年1回のアセスメントを実施している。アセスメントでは具体的なニーズや課題を幅広く取り上げ、施設会議やケース会議等で本人や家族の意向も踏まえ、担当職員だけでなく、複数の職員を取り入れている。
Ⅲ－２－（２）	個別支援計画は、本人の課題や希望を具体的に明示し、短期間で達成可能な目標設定を心がけている。各棟にサービス管理責任者が配置され、年2回の評価会議でサービス内容の評価を行っている。個別支援計画の内容を職員に周知するために、グループウェアに落とし込むことが徹底されている。医療面等の変化により緊急に計画を変更する必要がある場合は、サービス管理責任者からの指示がある。
Ⅲ－２－（３）	年2回の評価会議でモニタリングを実施されています。平成30年度からは、毎月の月次評価の集積が評価会議で提示されるという形にあらため、よりきめ細やかなモニタリングとなっています。栄養士など多職種の意見がモニタリングに反映されています。

Ⅲ－２－(４)	個別支援計画の短期目標に沿った支援の実施、その推移などについて、介護ソフトワイズマンの個人記録のページに適切に記載されています。用語集を作成するなど、記録作成のルールを定め、職員への書き方の研修も実施されている。
	「文書等管理及び廃棄に関する規定」において、文書管理責任者は施設長と定められており、規定に沿って記録の保管、保存、廃棄を行っている。個人情報使用同意書を使用して、他のサービス事業者と個人情報を共有する際の同意をとっている。 業務日誌への記録を基本として、毎日の朝礼やグループウェアなどを活用し、必要な情報を共有している。半年ごとの支援計画評価会議や、必要に応じて開催されるケース会議などで、職種を横断して意見交換がなされている。
Ⅲ－３－(１)	利用者のニーズを満たすことを目指すという寮の目標が掲示している。本人や家族のニーズを聞き取るために自治会や保護者を毎月開催し、そこで聞き取ったニーズを支援に反映している。
	利用者のニーズに応えるために、運営会議や担当者会議等で議論を積み重ね、その間、利用者にも意見や希望を聞きながら、仕組みを確立している。外出支援についてガイドヘルパーと意見交換し、気づいたことを自治会へフィードバックすることで改善を図るなど、ニーズの充足、満足度の向上に努めている。
Ⅲ－３－(２)	利用者ごとに主担当・副担当を決め、日常的に声を掛けるなどして意見が言いやすい体制を整え、契約書の書面や毎月の懇談会などで案内している。また、支援の常態化や職員の行き詰まりを防止するため、長期間同じ職員が担当しないように配慮されている。
	苦情解決の責任者や第三者委員を設置するなど、苦情解決体制が整備されている。しかし、提案（苦情）の内容や解決結果等の公表がされていない。
	苦情や意見等について迅速に対応し、サービス改善に努めている。保護者会から「職員の名札に写真も添えて欲しい」という要望を受け、写真入りの名札を着用している。
Ⅲ－４－(１)	年度ごとに、目指すべきサービスの水準を確保するための方針と総括がされている。事業所で作成した「セルフチェック表」により、業務の習熟度を職員と指導者とで確認する仕組みをつくっている。
	目指すべきサービスの水準を確保するため、職員が気付いた課題等を日々提案してもらい、寮会議で検討しサービスに反映している。毎年度のサービスの水準を評価し、次年度へ反映する仕組みがある。
Ⅲ－４－(２)	法人内のサービス向上プロジェクトの活動で「権利擁護にかかわる実地調査」を受ける仕組みがある。第三者評価を定期的に受信している。
	自己評価、第三者評価等の結果を分析し、課題等を明確にしている。課題について、担当職員も参画する「運営会議」で改善策等を検討し、サービスの質の向上に取り組んでいる。

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)	B	B
		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常生活を送ることへの支援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)	利用者本位のサービスを行うことを、法人理念で明示している。入職当初に「職業倫理」「行動規範」を明記した資料を配布し、説明を行っている。しかし、建物の構造上、４人部屋等では、間仕切りがなく、プライバシーが十分ではない。 写真、絵等の利用者の特性に合わせた伝達方法を活用して、意志疎通を図る工夫をしている。 担当職員に加え副担当職員を置き、利用者の希望をできるかぎり正しく理解するようにしている。 利用者による自治会や家族会が組織されている。市が行う敬老会や近隣で開催されているカルチャー教室に参加する利用者もいる。
Ⅳ－２－(１)	入浴についての状況や支援の希望を確認している。利用者の希望等に応じて、事業所が決めている入浴時間外にも臨時的に入浴できるようにしている。 衣類やみだしなみについての状況や支援の希望を確認している。利用者の希望に応じて、衣服の買い物に職員が同行することもある。 理美容についての状況や支援の希望を確認している。訪問散髪が月１回事業所に来て、利用者の散髪をしている。外出を兼ねて、近隣の理美容店へ行く利用者もいる。
Ⅳ－２－(２)	睡眠についての状況や支援の希望を確認している。相部屋で夜間にオムツ交換等が必要な場合、照明を必要となるだけ点灯し、同室の他の利用者が安眠できるように取り組んでいる。 排せつについての状況や支援の希望を確認している。「排便チェック表」を作成、使用し、排便状況を把握するとともに、必要に応じて医師と連携し対応している。 健康維持についての状況や本人や家族に診療の希望を確認している。法人内の診療所や外部医療機関を活用し、健康管理に努めている。
Ⅳ－２－(３)	食事についての状況や支援の希望を確認している。年２回嚥下調査を実施し、食事支援状況の見直しを行っている。月２回、選択できる日を設けている。
Ⅳ－２－(４)	利用者の日中活動のニーズに応じた作業を用意している。平成２８年度から、地場産業である茶栽培に使う「よしず」づくりの作業を行っている。
Ⅳ－２－(５)	共同生活上の約束事は、自治会で話し合い、利用者主体で決めている。共有スペースにあるテレビの使用時間は決めているが、どの番組を見るかは利用者に任せている。 月１回、本人の希望に沿って、外出をしている。単独で外出する利用者には、不測の事態に備えて連絡先を明記したカードを持参してもらっている。

Ⅳ－2－(6)	日中の余暇活動は、利用者の希望により、編み物、塗り絵等を行っている。カルチャー教室等の地域資源を活用し、利用者の希望に沿って外出の機会、地域の方との交流の機会としている。
---------	---