

[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	デイサービスセンター わこう	施設種別	生活介護
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28年8月10日

総 評	<p>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、障害をお持ちの方や地域にお住まいの高齢者の方に、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・移転開設・新規開設などを行いながら、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。</p> <p>「デイサービスセンターわこう」は、障害者支援施設「光」と「輝」の併設事業所として平成23年4月に開設されました。事業所は、京都市伏見区日野にあり、地下鉄東西線石田駅から徒歩10分程度の場所に位置します。伏見区、山科区、東山区を中心に生活介護事業を提供する定員30名の事業所です。施設の特徴としては、①食事、家事、整容、排泄等の日常生活全般にわたる支援を行い、能力を維持するための訓練を行う、②軽作業やストレッチ、散歩、レクリエーション、併設カフェでの喫茶作業等を実施する、③併設の障害児者相談支援センター「リーフ」や関係機関と連携しながら、医療・福祉・生活相談・助言等を行っている、等が挙げられます。</p> <p>他の施設に通えずに自宅から外に出かけることが出来なかった利用者に対して、自信を持ってもらえるような居場所として支援を続けて来られています。また、重度な方々でも積極的に受入れて、入浴支援が義務化されていない事業所であるにも関わらず、利用者の希望に応じた個別の入浴支援を実施されておられる点も高く評価できます。</p> <p>今回の調査の中では、計画の策定についての項目や人材の確保・育成等の面では、非常に素晴らし取組みをされていると感じました。しかし、利用者のニーズを把握する取組み等には課題が見られました。重度な利用者が多いとのことでしたが、利用者・家族へのニーズ調査の実施や、給食会議等に利用者代表が参加する等して、利用者の声や要望を聴取する工夫をされては如何でしょうか。</p>
--------	---

特に良かった点(※)

I-2-(1)事業計画の策定について

「ネクストビジョン2025」（長期ビジョン2025や中期経営計画2020）を策定し、職員に周知しています。中・長期計画を策定するために、地域調査や職員調査を実施し、課題や問題点を解決するための取り組み内容を計画に反映させています。中・長期計画の4つの柱（「サービスの質の向上」「職員の質の向上」「地域への貢献」「リスクマネジメント」）に基づいた事業計画を策定しています。事業計画は項目分けされ、数値目標や実施時期、実施責任者等が明記され、理解しやすい工夫がされています。利用者が理解しやすいように、事業計画の要点を抜き出し、ルビ打ちして掲示しています。

II-2-(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

「人材育成マスタープラン」ガイドブックで、組織として職員に求める専門技術や専門資格等を明示して、研修体系を整備しています。職員研修計画を策定し、新採職員研修、フォローアップ研修（2～5年目）、準職・パート研修と階層別に職員研修を実施しています。法人本部で全職員の研修履歴を把握し、人材育成に取り組んでいます。発達障害者への支援についてのPAP学習会（自閉症・発達障害児教育診断検査学習会）を、外部講師を招いて年4回実施し、外部講師からスーパーバイズも受けています。

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。

「わこう職員基本姿勢」を作成し、朝礼等で定期的に読み合わせを行う等しています。一定の水準のサービスの質を確保するために「基本業務セルフチェックシート」を用いて、職員各自に接遇や支援の手順を毎年振り返らせています。入浴業務、送迎業務等の各マニュアルを年1回見直ししています。見直し等に当たっては終礼等で意見を吸い

上げて、施設会議で変更について検討しています。

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。

全職員を対象に権利擁護に関するセルフチェックシートを実施しています。排泄マニュアル等の業務マニュアルの中にもプライバシーに配慮した項目が記載されています。利用者の特性に合わせて、一人で過ごすスペースが確保されています。意思疎通の困難な利用者には、写真で一日の流れがわかるようにする等しています。年2回の「保護者懇親会」の実施や、「実践研究発表会」に保護者にも参加してもらう等しています。和光祭や施設併設のカフェランタン等で他の事業所や自治会等と交流しています。

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>Ⅲ-3-(1)①障害のある本人のニーズの把握を意図した仕組みを整備している。</p> <p>選択メニューや外出の選択の内容については、連絡帳や送迎時の会話で利用者や保護者の意見を聞き取っていますが、障害の重い利用者が多いため、利用者の会の組織化や利用者懇談会の実施は出来ていませんでした。重度な利用者も多く利用日等の違い等もあり組織化は難しいかもしれませんが、朝の会や帰りの会等の場面で利用者の意向を聞き取ることや、定期的な個別面談を実施する等、ニーズの聞き取りを意識したサービス提供を実施することが大切だと感じます。</p> <p>Ⅳ-2-(3)【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。</p> <p>必要に応じて食事量をチェックし、家族に連絡帳で伝えています。選択メニュー等で希望を聞き取っていますが、食事についてのアンケートや検討会議への利用者の参加は出来ていませんでした。一度、本人・家族に、食事時間や座席の場所等の確認、嗜好調査等の食事についてのアンケートを実施し、希望を再確認されては如何でしょうか。</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	障害者デイサービスセンターわこう
施設種別	生活介護
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	2016年7月21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。	B	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。	B	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。	B	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)	①「利用者の尊厳を守り、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法人理念を具現化するための「7つの誓い」を作成し、ホームページに掲載したり、事業所内に掲示している。「7つの誓い」は職員の行動規範となるような具体的な内容になっている。			
I-1-1(2)	①年度初めの施設会議で、理念や基本方針等を職員に説明し、会議録で周知徹底している。法人理念や「7つの誓い」を全職員が携帯している。 ②創立50周年記念誌や年2回の保護者懇談会等を通じて、家族や後見人に対して理念や基本方針等の周知している。理念や基本方針を障害のある利用者が理解しやすいように、ルビ打ちして掲示している。			
I-2-1(1)	①「ネクストビジョン2025」(長期ビジョン2025や中期経営計画2020)を策定し、職員に周知している。中・長期計画を策定するために、地域調査や職員調査を実施し、課題や問題点を解決するための取り組み内容を計画に反映させている。 ②中・長期計画の4つの柱(「サービスの質の向上」「職員の質の向上」「地域への貢献」「リスクマネジメント」)に基づいた事業計画を策定している。職員面談や施設会議等で職員の意見を集約し、事業計画を策定している。毎月の施設長会議で計画の進捗状況を報告している。 ③年度初めの職員会議の中で、法人や施設の事業計画書を配布・説明している。事業計画は項目分けされ、数値目標や実施時期、実施責任者等が明記され、理解しやすい工夫がされている。 ④利用者が理解しやすいように、事業計画の要点を抜き出し、ルビ打ちして掲示している。年度初めの保護者懇談会で事業計画を説明したり、毎月の広報誌「わこう通信」等で事業活動の様子を報告している。			
I-3-1(1)	①「人材育成マスタープラン」ガイドブックに、センター長、副センター長、主任等の職員の役割や責任が文書化されている。毎年作成する「役割分担表」の中で、センター長や副センター長等の役割や責任について明記されている。 ②センター長は研修会や法人内の施設長会議に参加し、遵守すべき法令等の把握に努めている。センター長は遵守すべき法令をリスト化し、職員に対しても障害者虐待防止法や個人情報保護法等の関係法令を研修等で周知している。			
I-3-1(2)	①センター長は各種会議に参加し、必要な指導・助言を実施している。センター長は全職員を対象とした職員面談を年2回実施し、各職員の目標やその達成状況の確認・アドバイスを行っている。			

②センター長は月2回の施設長会議に出席し、法人本部の総務・財務等の各担当者と経営や業務改善について話し合っている。人事や労務管理については、法人本部と協働して対応している。

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
		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。	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。	B	B
		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。	B	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施設長会議や法人本部からのメール回覧の中で障害者協会や経営協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。京都市東部自立支援協議会に参加したり、事業所併設の相談事業所や支援学校等と連携して、地域ニーズの把握に努めている。 ②施設長会議で利用率や収支状況を毎月確認・分析し、その結果を施設会議や正職ミーティングで職員と共有している。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「人材育成マスタープラン」ガイドブックで人事に関する基本的な考え方や人事方針を明確にし、全職員に周知している。各職員がキャリアアップシートに自分の目標を定め、事業所内の育成担当者と面談して確認している。			

II-2-(2)	<p>①法人本部事務局と連携し、時間外労働データや就業状況をチェックしている。毎年の職員面談で、人事異動希望等の就業意向を確認している。育児休業や介護休業は法律より休業日数を長くする等して、手厚い内容の就業規則を定めている。</p> <p>②京都市民間社会福祉施設職員共済会や法人独自の互助会に加入している。職員面談を定期的に実施したり、メンタルヘルスの相談窓口として福利厚生センター（ソウェルクラブ）の「こころとからだの電話健康相談」を案内している。</p>
II-2-(3)	<p>①法人職員に求める基本姿勢を明確にした「7つの誓い」を策定し、携帯用ハンドブックで職員に周知している。「人材育成マスタープラン」ガイドブックで、組織として職員に求める専門技術や専門資格等を明示して、研修体系を整備している。介護初任者研修や介護福祉士受験対策講座等を開催し、職員の資格取得を支援している。</p> <p>②職員研修計画を策定し、新採職員研修、フォローアップ研修（2～5年目）、準職・パート研修を含め階層別に職員研修を実施している。法人本部で全職員の研修履歴を把握し、人材育成に取り組んでいる。発達障害者への支援についてのPEP-3学習会（自閉症・発達障害児教育診断検査学習会）を、外部講師を招いて年4回実施したり、外部講師からスーパーバイズを受けている。</p> <p>③研修を受講した職員には、1週間以内の報告書作成を義務づけ、会議の中で必要な伝達や報告をしている。法人研修や施設内研修は、研修講師のセルフチェックや受講者のレポート等を総合的に分析し、マスタープラン作成委員会で評価や見直しを行っている。</p>
II-2-(4)	<p>①法人として、実習生の受入れに関する基本姿勢やマニュアルを明文化し、実習プログラム等を用意している。法人事務局が窓口となり、社会福祉士や介護福祉士の専門学校から、またインターンシップの大学生を毎年受入れ、希望に応じた事業所で実習が出来るようにしている。</p>
II-3-(1)	<p>①法人として、「個人情報管理規程」や「情報公開・開示規程」等を策定している。利用者には、契約時に「個人情報使用同意書」で同意を得ている。実習生等に対しては、受入れ時に個人情報の取り扱いの説明を行って、「個人情報の保護に関する誓約書」で同意を得ている。</p>
II-4-(1)	<p>①リスク委員会を組織し、ヒヤリハット事例の収集と検証を実施している。「発作時の対応」「誤与薬・誤忘薬時対応」「誤嚥・窒息時対応」等のリスクの種類に応じた緊急時マニュアルを作成し、職員に周知している。施設内にAEDを設置し、職員には2年毎に消防署職員を講師に救命講習会を実施している。</p> <p>②施設全体の各事業所職員からなる防災委員会を2ヶ月に1回開催し、年2回避難訓練を実施をしている。行政から地域の福祉避難所の指定を受け、消防署や地域自治会等との連携を図っている。大規模災害に備えたBCP（事業継続計画）の作成に着手し始めているが、利用者の安否確認方法等の取り決めが出来ていない。</p> <p>③ヒヤリハットや事故報告書を記録し、終礼の時間に職員で対応策を話し合い、1週間から10日後に対策を継続していくか等を評価している。事故についてはリスク委員会でも事故対策の実効性について評価・見直しを行っている。施設長会議で事故報告書を配布し、法人内の事故を共有している。誤嚥や感染症等の緊急時対応研修を実施している。</p>
II-5-(1)	<p>①施設として自治会に加入し、自治会の事務局長を担って、自治会の会合にスペースを貸し出している。醍醐ふれあい祭りへの参加を希望された利用者をお連れしている。施設全体の祭り「和光祭」を実施し、地域住民や地域の施設等800人の方々が参加して利用者と交流している。</p> <p>②併設の相談事業所「リーふ」にて、地域のニーズを把握している。自閉症の啓発週間に当事者による講演会を実施している。法人全体で、地域の希望者が参加できる介護初任者研修や介護福祉士受験対策講座等を開催している。</p> <p>③「ボランティア受入れに関する手引き」が作成され、体操や音楽、祭りの手伝い等のボランティアを受入れている。ボランティアには発達障害に関する市民公開講座に参加してもらい、障害の特性等にも理解して頂いている。</p>
II-5-(2)	<p>①併設の支援センターと連携して、利用者に関係する他の福祉施設や相談機関、外部の医療機関と連携を図っている。利用者が利用しているサービスや社会資源を職員会議や社内メール等で情報共有している。</p> <p>②毎日の送迎時での会話や連絡ノートで、連絡・相談等に応じている。毎月配布の「和光つうしん」や年2回開催の保護者懇談会等で、保護者に事業活動や取組み内容をお知らせしている。毎年2月に1年間の取組みを発表する「実践研究発表会」を開催し、施設での実践を保護者に発表する機会を設けている。</p>

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(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-1-1(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(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-2-1(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-2-1(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-2-1(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(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-3-1(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。	C	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	B
Ⅲ-4 サービスの確保		Ⅲ-4-1(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-4-1(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)	①ホームページやパンフレット、広報誌等に、写真やサービス内容等も掲載して、わかりやすい情報を提供している。支援学校の保護者や教員向けに見学会を開催したり、希望があれば体験利用を受入れている。 ②利用開始時に重要事項説明書、契約書、利用案内等を用いて説明し、同意を得ている。利用者の状態に応じて図で示す等でわかりやすいように配慮している。			
Ⅲ-1-1(2)	①他事業所に変更される場合は、フェイスシートやアセスメント表等の所定の様式を用いてADL(日常生活動作)や生活状況などを情報提供している。必要に応じて併設の障害児(者)相談支援センター「リーふ」等と連携し、スムーズに移行できるようにしている。			
Ⅲ-2-1(1)	①ADLの状況やコミュニケーション、行動特性、等の項目による所定のアセスメント様式を定め、利用開始時とその後には年1回のアセスメントを実施している。			
Ⅲ-2-1(2)	①担当者やサービス管理者が協議して毎年4月に個別援助計画を見直ししている。急な状態変化時等でも、他の職員の見解をケース会議や終礼等で聞きながら、計画の見直しを行っている。			

Ⅲ-2-(3)	①利用者別にモニタリング結果報告書で、半年毎にモニタリングを実施している。
Ⅲ-2-(4)	<p>①利用者一人ひとりのケース記録が、パソコンソフトを活用し適切に管理されている。ケース記録の書き方のマニュアルが作成され、マニュアルに基づいて職員に指導している。</p> <p>②文書管理責任者を選定し、文書等の管理規程や情報開示に関する規程を定めて管理している。個人情報保護や記録の管理については、法人全体の新人研修や事業所内研修の中で教育している。</p> <p>③毎日の朝礼と終礼、施設会議、ケース会議等で、支援内容を話し合ったり情報を共有している。参加できない職員にも会議録を掲示したり、パソコンネットワークを利用して情報を共有している。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>①法人の行動規範「7つの誓い」の中で、「質の向上に向けた意欲と実践」「利用者理解と個別サービスの追求」等が規程されている。選択メニューや外出の選択の内容については、連絡帳や送迎時の会話で利用者や保護者の意見を聞き取っているが、障害の重い利用者が多いため、利用者の会の組織化や利用者懇談会の実施は出来ていない。</p> <p>②本人や家族からの希望や要望には、終礼や施設会議、ケース会議等で分析・検討を行っている。利用者へのニーズ調査を実施し、ニーズの充足に向けて職員会議で話し合っている。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①相談窓口を利用者・家族に周知したり、送迎時や連絡帳等での家族からの相談等に、速やかに対応している。利用者の特性に合わせて日記によるやりとりや、相談スペースを開放するなど配慮している。</p> <p>②苦情解決の仕組みは整備できており、施設内にも掲示されている。苦情等があれば検討策等を話し合い、本人や家族にフィードバックしている。苦情内容及び対応策等は懇親会等で家族に公表している。</p> <p>③意見や要望等を記録し、朝礼や終礼、社内メール等で共有してサービスの改善に努めている。苦情解決マニュアルや苦情対応手順が整備されているが、マニュアルの見直しは出来ていない。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①「わこう職員基本姿勢」を作成し、朝礼等で定期的に読み合わせを行う等している。一定の水準のサービスの質を確保するために「基本業務セルフチェックシート」を用いて、職員各自に接遇や支援の手順を毎年振り返らせている。</p> <p>②入浴業務、送迎業務等の各マニュアルを年1回見直ししている。見直し等に当たっては終礼等で意見を吸い上げて、施設会議で変更について検討している。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①法人内のサービス向上委員会でも内部での相互評価を実施したり、「基本業務セルフチェックシート」を用いた自己評価も行っている。第三者の意見として、外部講師にスーパーバイズを依頼し、個別支援に関するアドバイスを定期的に受けている。</p> <p>②法人内のサービス向上委員会による評価結果を踏まえて、終礼や施設会議等で業務改善を話し合っている。外部講師によるスーパーバイズでの意見や助言を、ケース会議や施設会議で話し合っている。</p>

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。	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。	B	B
	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。	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。	A	A
	[自由記述欄]			
IV-1-(1)	<p>①法人共通の「職員倫理綱領」や職員行動規範である「7つの誓い」が策定され、職員全員に周知されている。全職員を対象に権利擁護に関するセルフチェックシートを実施している。排泄マニュアル等の業務マニュアルの中にもプライバシーに配慮した項目が記載されている。利用者の特性に合わせて、一人で過ごすスペースが確保されている。</p> <p>②意思疎通の困難な利用者には、写真で一日の流れがわかるようにする等して対応しています。専門家によるスーパーバイズ指導を、毎月受けている。</p> <p>③年2回「保護者懇親会」を実施したり、「実践研究発表会」に保護者にも参加してもらう等している。和光祭や施設併設のカフェプラザ等での他の事業所や自治会等と交流している。</p>			
IV-2-(1)	<p>①希望者のみ、午後から入浴を実施している。入浴マニュアルを作成し、職員間で共有している。利用者の特性に合わせて、機械浴や個浴等で対応している。</p> <p>②職員が気温や体調に応じて衣類の調整を心がけている。その際には本人に「声掛けを行っている。汚れた場合は保護者から預かった衣類に着替えて頂き、洗濯して返却する等の対応をしている。</p> <p>③地域の理髪店に行くのが難しい方や利用者・家族が希望された方には、月1回来所してもらう理美容業者を利用できるように対応している。</p>			
IV-2-(2)	<p>①睡眠に課題がある場合には、家族と情報交換して状況の把握に努め、必要に応じて日中活動の中で横になってもらう等の対応をしている。併設施設でのショートステイ時の睡眠の様子を確認したり、利用時の様子を連絡帳や送迎時の会話で家族に伝えて情報交換している。</p> <p>②排泄介助のマニュアルが整備され、プライバシー保護に配慮しながら排泄支援している。排泄介助では同性介助を徹底し、排泄状況を記録している。</p> <p>③利用者の体調や状態に応じてバイタル測定を実施し、健康状態の把握に努めている。利用者が希望すれば、併設の和光診療所で内科や精神科等の受診できる体制が整備されている。</p>			

IV-2-(3)	①必要に応じて食事量をチェックし、家族に連絡帳で伝えている。選択メニュー等で希望を聞き取っているが、食事についてのアンケートや検討会議への利用者の参加は出来ていない。
IV-2-(4)	①作業、運動、個別対応等の複数の活動メニューを用意し、利用者が選択出来るようにしている。利用者の活動が合わない場合は、再検討を行っている。
IV-2-(5)	①利用者がテレビや雑誌を自由に見られるようにしている。事業所でiPadを用意し、利用者に貸し出す等している。利用者の金銭管理能力を高めるプログラムは整備されていない。 ②利用者や家族から外出の希望を聞きとり、可能な限り対応している。個々の希望に応じて相談支援センターと連携し、移動支援等のサービス調整を行って支援している。
IV-2-(6)	①運動会、クリスマス会、節分等の季節行事や毎月実施のクッキング等では利用者の希望を聞きながら実施している。外出行事では利用者を選択しを準備し、アンケートで聞き取り実施している。土曜日の余暇活動では利用者にDVDや録画番組を選択してもらう等を希望に添うようにしている。