

[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 魁	施設種別	生活介護・就労移行支援・就労継続支援（A型・B型）・入所支援・短期入所支援
評価機関名	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、昭和40年に法人認可を受け、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創造する」をもとにあらゆるニーズに対応するとともに利用者の状態に応じて施設機能を分化させ発展して来られました。</p> <p>魁は、前身である入所授産施設として昭和49年に開設し、平成19年より障害者自立支援法に基づく多機能型事業へ移行しました。さらに平成24年に就労継続支援A型事業を開始し、現在に至っています。（入所60名、日中支援90名）</p> <p>施設の特徴として、居住生活の場としての入所支援施設機能に加え、日中活動の場として生活介護、就労継続支援A型、B型、就労移行支援事業、その他に魁として精神障害者社会適応訓練事業を受託するなど様々な事業を展開されています。</p> <p>入所施設は、ひとつのユニットが8名で家庭的な雰囲気の中で生活をしています。また、「地域で働きながら暮らすこと」を目標に、作業として、クリーニング、リネン、除草作業、農園作業など様々な活動があり、一人ひとりに合わせた就労支援が行われていました。</p> <p>施設の入り口には、利用者用の掲示板があり、見やすいように字が大きく書かれており、写真や色分けするなど視覚支援を中心とした掲示がされていました。作業場面では、コミュニケーションをとることが難しい利用者の方には、ジェスチャーを交えたコミュニケーションを行うなどきめ細かい配慮がなされていました。</p> <p>地域との連携については、自治会に加入し、地域の運動会へ参加、企業や個人宅への清掃作業、農園を開放しての小学校との交流、地域のお店への買い物など日常的なつながりを大切にされていました。</p> <p>運営面においては、管理者のリーダーシップのもと、魁独自のキャラクターやパンフレットの作成、セルフチェックシートをもとにしたモチベーション管理などチームとしてまとまっており、職員ヒアリングからも働きやすい環境が確認できました。</p> <p>一方で、ハード面の改修の必要性、入所利用者の高齢化、精神疾患などの障害特性への対応などいくつかの課題をお聞きしました。</p> <p>評価項目の中でも個別支援計画と日々の記録の連動性、自治会の活性化などが課題と感じられました。</p> <p>今後、ますます法人における就労支援の推進役として役割を果たされることを期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-3-(2)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。 生活支援会議、作業会議等の現場の会議に積極的に参加し、必要な助言や指導を行っている。現場職員を交えて作成した事業所独自の職員のセルフチェックシートを元に研修を実施し、職員の質の向上に努めている。</p> <p>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、事故報告は必ず記録に残し、周知徹底を図るとともに迅速に対応している。事業所のリスクマネジメント委員会において要因の分析と防止策の検討がなされ、業務手順の見直しなどにつなげている。検討された内容は法人全体のリスクマネジメント委員会にも報告している。</p> <p>IV-1-(1)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。 視覚的支援を中心に支援を行っている。コミュニケーションをとることが難しい利用者の方には、ジェスチャーを交えたコミュニケーションをとれるように努めている。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-5-(2)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。 医療機関、相談支援事業所、福祉事務所等との連携をもとに、利用者ひとりひとりにニーズに合わせた支援がなされている。しかし、魁として関係機関のリスト化がなされていない。</p> <p>III-3-(2)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。 日常的に利用者、家族からの要望、意見は取り入れ、迅速に対応している。意見要望にかかる記録の方法や報告の手順等の対応マニュアルが整備されていない。</p> <p>IV-1-(1)③障害のある本人の主体的な活動を尊重している。 他施設が行うイベントに定期的に参加し交流を図っている。保護者会は毎月開催されている。利用者の自治会はあるが、現在は機能していない。</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	障害者支援施設 魁
施設種別	障害者支援施設（生活介護・就労移行支援・就労継続支援A型・B型・入所支援・短期入所支援）
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	2016年7月22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	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。	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-(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。	B	A
[自由記述欄]				
I-1-(1)	①広報誌、パンフレット、ホームページ等に法人理念を記載している。利用者の尊厳と幸福の追求を理念の一つとしている。事業所独自のキャラクターやキャッチフレーズを作っている。 ②法人の基本方針が明文化されており、この基本方針をもとに法人内各事業所の基本計画(重点項目)を立てている。法人職員の目指すべき職員像を明確にした「七つの誓い」(職員行動規範)を掲げ、名札にも入れて携帯している。			
I-1-(2)	①年度当初の職員全体会議にて確認を行っている。「七つの誓い」の冊子を名札に携帯するとともに定期的なマニュアル読み合わせを朝礼時に行い、理念の理解を促している。また職員研修時にも理念に対する理解を促している。 ②法人理念と「七つの誓い」を事業所内に掲示するとともに、家族に配布及び説明をしている。事業所独自にパンフレットを作成し、説明をしている。また、利用者に理解しやすいようにルビをつけたりイラスト等の工夫をしている。			
I-2-(1)	①2014年に経営環境調査として地域住民、職員等のヒヤリングを実施し、それを元に長期計画として「ネクストビジョン2025」を作成している。また、法人の中期経営計画を作成し、それをもとに事業所の単年度計画を作成している。 ②事業計画は前年度の計画の実施状況等を確認するとともに、事業所内各グループの意見を集約し、策定されている。また、策定された計画は毎月進捗確認を施設長会議にて行っている。 ③事業計画は、年度初めの職員会議にて職員に周知している。また、職員室に掲示している。パソコン内にも共有化しており職員間での周知を行っている。 ④年度初めの保護者会において事業計画の説明を行っている。毎月発行している「さががけだより」にて施設における活動の様子を掲載して報告している。自治会活動や写真を用いて利用者への理解を促している。			
I-3-(1)	①人材育成マスタープラン、職務分掌に施設長の責任、業務内容について明記されている。また、「さががけだより」に年始と新年度の挨拶として管理者の責任性を表明している。 ②パソコン内の共有ホルダーに関係法令をリスト化している。京都府や関係機関の開催する会議、研修に参加し、法令の改正等について把握している。職員研修において、関係法令について学習を行っている。			
I-3-(2)	①生活支援会議、作業会議等の現場の会議に積極的に参加し、必要な助言や指導を行っている。現場職員を交えて作成した事業所独自の職員のセルフチェックシートを元に研修を実施し、職員の質の向上に努めている。 ②人事、労務、財務等については法人本部で分析等が行われている。また毎月2回行われる法人の施設長会議で利用率等の検討を行っている。現場においても毎日の職員配置等、業務の効率化を図れるように問題意識を持ち取り組んでいる。			

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	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。	B	B
		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)	<p>①法人として社会福祉全体の動向を把握し、施設長会議にて報告があり把握している。地域住民アンケート、メディア・行政調査等から地域ニーズを分析し、中期計画に反映している。</p> <p>②利用率を含む経営面については法人本部の入所調整会議（施設間）で管理され、分析された経営状況は職員メールで各事業所職員にわかりやすく説明、周知している。</p>
Ⅱ-2-(1)	<p>①法人が求める人物像は、「7つの誓い」としてホームページ等で明示している。キャリアアップシートにより、職員の成長ステージ別行動基準を定めている。キャリアアップシートを用いて、育成担当者が新人職員の教育を担っている。個々の研修計画を作成している。また、就労支援に特化した研修も意識して実施している。</p>
Ⅱ-2-(2)	<p>①有給休暇、超過勤務等は毎月法人本部で把握しており、事業所としても確認を行っている。育児休業、介護休業にかかる規程を設けて運用している。</p> <p>②京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入しているとともに、法人に南山城学園職員互助会が組織されている。メンタルヘルスについては新人研修会にて実施している。ソウェルクラブの電話健康相談を紹介している。</p>
Ⅱ-2-(3)	<p>①法人理念を具現化した「七つの誓い」をもとに、各職員のキャリアに応じた行動基準が定められている。この体系をもとに研修が実施されている。また、専門性の向上のため強度行動障害者支援者研修を計画的に受講できるようにしている。資格取得のための補助や勤務上の配慮もしている。</p> <p>②キャリアパスに基づいた職員の各キャリアに応じた職層別の法人内研修が計画・実施されている。キャリアアップシートと改造別研修体系を連動させている。パート職員を対象にした研修も経験年数に合わせて実施されている。</p> <p>③研修に参加した職員はレポートの提出を義務付けている。必要に応じて伝達研修を行っている。職員のレポートをもとにマスタープラン策定委員会で研修内容の評価を行っている。</p>
Ⅱ-2-(4)	<p>①法人事務局が受け入れ窓口となり積極的に受け入れを行っている。実習の受け入れに関する基本姿勢等については、実習の心得に明記されている。</p>
Ⅱ-3-(1)	<p>②「個人情報保護規程」、「情報公開・開示規程」が策定されている。個人情報の開示については重要事項説明書にも明記され利用者、家族に説明がなされている。実習生、ボランティアに対しても遵守するための取り組みを行っている。</p>
Ⅱ-4-(1)	<p>①法人と事業所でリスクマネジメント委員会が組織され、定期的に委員会が開催されている。各リスクに対するマニュアル、チャート図等が整備されている。地域の自治会との防災委員会や消防署と連携を図っている。</p> <p>②防災訓練が年3回行われている。そのうち一回は消防署の立ち合いを行っている。地域の自主防災訓練に参加している。また、大規模災害時の対応訓練を実施する等を行っている。行政と福祉避難所の協定締結を行っている。</p> <p>③ヒヤリハット、事故報告は必ず記録に残し、周知徹底を図るとともに迅速に対応している。事業所のリスクマネジメント委員会において要因の分析と防止策の検討がなされ、業務手順の見直しなどにつなげている。検討された内容は法人全体のリスクマネジメント委員会にも報告している。</p>
Ⅱ-5-(1)	<p>①働く場所として地域に分散していることで、日常的に地域住民とのかかわりがある。法人が地域の自治会に加入しており、自治会主催の運動会への参加、秋祭り（彩雲祭）を開催し地域住民の方と交流を図っている。</p> <p>②除草班の作業において地域企業や行政からの依頼があり、地域への貢献を行っている。就労移行支援事業において企業等からの講師派遣を受けている。また、法人の持つ生活支援センターなど様々な機能と連携し、相談・助言を行っている。</p> <p>③法人で「ボランティア受け入れの手引き」が作成されており、それに基づいてボランティアへの事前教育がなされている。</p>
Ⅱ-5-(2)	<p>①医療機関、相談支援事業所、福祉事務所等との連携をもとに、利用者ひとりひとりにニーズに合わせた支援がなされている。しかし、魁として関係機関のリスト化がなされていない。</p> <p>②毎月保護者会が開催され、その後に職員との面談を行っている。職員と保護者の懇親会を年に一度開催し、意見交換、情報交換の場として活用されている。施設だよりを毎月郵送し近況報告を行っている。</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) 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。	B	B
		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。	B	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	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。	B	B
	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	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。	B	B
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)	<p>①事業所の情報は、ホームページや事業所独自に作成したパンフレットにて紹介している。パンフレットはルビうちするなど、わかりやすいものになっている。見学や体験利用、実習は希望に応じて随時受け入れており、入所体験をする機会も設けている。</p> <p>②利用契約書、重要事項説明書をもとに説明をして同意を得ている。事業所のサービス内容等については、わかりやすく、ルビうちがされている。</p>
Ⅲ-1-(2)	<p>①地域生活への移行や暮らしの場の変更にあたっては、利用者に事前に相談するなど継続性に配慮している。また、独自のアセスメントシートを活用して文書での引き継ぎをしている。</p>
Ⅲ-2-(1)	<p>①独自のアセスメントシートを用いたアセスメントを定期的の実施している。個別支援計画検討会議を定期的の実施し、担当職員や栄養士など複数の意見を反映している。</p>
Ⅲ-2-(2)	<p>①年度初めに個々の利用者のアセスメントシートに基づき個別支援計画の作成を行っている。個別支援計画はユニットごとにファイリングし、職員が常に閲覧しやすいようにしている。</p>
Ⅲ-2-(3)	<p>①個別支援計画の実施状況の確認を毎月行っている。所定の様式を用いて定期的（中間期と年度末）にモニタリングを行い、全職員の意見を収集し反映させている。</p>
Ⅲ-2-(4)	<p>①日々の記録はパソコンソフトで入力している。記録の内容や書き方に差異が出ないように、ケース記録の書き方・考え方の研修を行っている。しかし、個別支援計画に沿った記録になっていないと認識している。</p> <p>②記録の管理については責任者を定め、記録の管理や情報開示の手続き等について「文書管理規程」「文書取扱い規程」「情報公開・開示規程」で定められている。</p> <p>③日々の記録はパソコンソフトを活用し、ネットワークを通じて事業所内で共有できるようになっている。具体的な支援提案は生活支援会議、ケース会議のほか、職員メールを活用している。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>①個別支援計画やモニタリングにおいてニーズの把握を行っている。毎月開催する保護者会等で家族からの要望等を聞き取っている。利用者自治会に加え、利用者の声を聴くため職員室の一角に個別相談室を設けている。</p> <p>②面談時に利用者の個別ニーズを聴き取り、家族からの要望に対しては口頭でも受け付けている。そうした声をサービス担当者会議、生活支援会議等で検討しているが、利用者が直接会議に参加する仕組みや自治会が機能していない。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①苦情解決の体制は整備されている。利用者が相談しやすいように相談室を設け必要に応じて活用している。保護者に対してもアンケートを実施している。</p> <p>②苦情解決の体制・仕組みが整備され重要事項説明書に明記されている。利用者にわかりやすく1階に掲示している。要望等には迅速に対応しているが、公表は行っていない。</p> <p>③日常的に利用者、家族からの要望、意見は取り入れ、迅速に対応している。意見要望にかかる記録の方法や報告の手順等の対応マニュアルが整備されていない。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①「七つの誓い」の行動規範に沿った支援姿勢に努めている。業務手順書に沿った日常支援を行っている。定期的に見直しが行われている。</p> <p>②モニタリング後に支援計画の見直しを行い職員や家族等からの意見が反映されるようになっている。業務手順書は毎月生活支援会議にて見直しを行っている。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①年1回、職員セルフチェックを行い、セルフチェック委員会にて集計・分析し、対応を具体的に協議実行している。一年間の振り返りとして、事業所独自の様式を用いた事業評価にて、課題の抽出を行っている。</p> <p>②評価結果は掲示し職員間で共有化を図っている。明確化された課題については、改善策を職員で検討し、次年度の事業計画に反映している。</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)	B	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	B
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	B
		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。	B	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	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	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	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	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。	B	A
	[自由記述欄]			
IV-1-(1)	<p>①七つの誓い、事業所独自の行動規範、倫理綱領が策定されている。プライバシー保護に関するマニュアルが整備されている。居室については構造上2人部屋が多くパーティションなどで工夫を行っている。行動規範は入所時に利用者、家族へ説明している。</p> <p>②視覚的支援を中心に支援を行っている。コミュニケーションをとることが難しい利用者の方には、ジェスチャーを交えたコミュニケーションをとれるように努めている。</p> <p>③他施設が行うイベントに定期的に参加し交流を図っている。保護者会は毎月開催されている。利用者の自治会はあるが、現在は十分機能しているとは言えない。</p>			
IV-2-(1)	<p>①毎日、入浴が実施されている。基本は夕食後に入浴を設定している。同性介助を徹底するなどプライバシーに配慮している。シャンプーや洗体用具を好みのものになっている。</p> <p>②職員による服装チェックを定期的に行っているが、本人任せになっている面があると認識している。</p> <p>③月に一度、訪問理容にて施設での散髪を行っている。近隣理髪店・美容室での散髪が選択できるようになっている。</p>			

IV-2-(2)	<p>①安眠できる環境の配慮をしている。睡眠確認は毎日行っている。寝具については本人の希望に沿っている。</p> <p>②排泄の支援が必要な利用者には個別のニーズに合わせた支援が行われている。同性介助などプライバシーへの配慮を行っている。</p> <p>③敷地内の診療所にて、各科の受診が可能となっている。総合的な健康管理を行っている。毎日のバイタルチェックを行っている。</p>
IV-2-(3)	<p>①給食委員会を開催している。また、嗜好調査を実施し、リクエストメニュー、選択メニューなどニーズに対応している。</p>
IV-2-(4)	<p>①障害等の特性に合わせた環境や作業配置を行っている。作業活動の選択等はなるべく希望に沿うように年度末に聞き取りをしている。</p>
IV-2-(5)	<p>①飲酒について希望に沿って実施している。障害特性に合わせた対応を行っている。金銭の自己管理等、個別的な対応をしている。</p> <p>②要望に応じて外出ができるようにしている。単独外出については、施設カードを携帯してもらっている。家族の面会、外出、外泊も希望に応じている。</p>
IV-2-(6)	<p>①余暇支援委員を中心に要望を聞き取りながらプログラム、スケジュールを作成し実施している。本人の意思を尊重し、強制的な余暇活動の参加は行っていない。</p>