

## 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 光	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」		

令和元年7月12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、子育て支援が必要な方のために、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>法人としては、「きょうと福祉人材認育成認証上位認証」を取得されており、研修体系やキャリアパス制度も構築され、資格取得支援や産休・育休取得などにも力を入れておられる点も評価できます。</p> <p>今回の調査事業所である障害者支援施設「光」は、平成22年4月に京都市醍醐和光寮から社会福祉法人南山城学園に運営主体が移管されました。「光」は自閉症や行動障害をかかえる重度な利用者支援を担う事業所として、醍醐和光寮から約20名の利用者を施設移行し、加えて地域からも約20名の新規利用者の入居受入れを行い開所しました。</p> <p>建物のレイアウトはユニット構造を採用し、1ユニットが10名～11名の個室で構成され、4つのユニットの玄関を個別に設けることで利用者同士が交わらないような配慮がなされ、家庭的な小集団環境の中で個別支援の充実が図られています。利用者支援の場面では様々な個別支援マニュアルをはじめとした支援に関するマニュアルを整備し、個々の利用者の障害特性を反映した支援が行われていました。</p> <p>利用者の日中活動は、利用者の強みと興味や関心に着目した適性活動の設定を方針に行なわれています。「光」では職住分離の推進を日中活動の基本方針にし、閉鎖的になりがちな日中活動の場をあえて、生活ユニットから出た別の建物で行うことに取組まれています。日中活動の内容は、生産活動、自立課題、ウォーキング、クリーニング作業の補助、カフェでの接客業等の5つのグループ分けの中で活動されており、活動棟での作業では、一人ひとりが作業に集中できるように仕切りを設け、その仕切りの高さも利用者ごとに変え、作業台の前には手順を貼り出して理解しやすいような環境設定の支援が行われていました。</p> <p>地域に施設を理解してもらうためと取組としては、施設周辺を利用者と職員によるゴミ拾いの実施や、併設のカフェや子ども食堂の取り組み等を通じての地域住民との交流等も実践されています。</p> <p>その他にも、利用者のコミュニケーションレベル向上のために、外部講師によるコンサルテーションを活用し、PECS等の技法を支援に取り入れておられる点も素晴らしい取組みであると感じました。</p> <p>一方で、苦情結果の公表については課題と感じられていました。今後は法人の他事業所とも協議しながら、公表される仕組みをつくられることを期待します。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b> 地域の自治会に加入し、夏祭り、運動会、防災訓練等へ積極的に参加しています。敷地内にカフェ「ぷらんたん」があり、利用者がカフェで働き、地域との交流を図っています。地元の社協や民生児童委員等と連携して、子ども食堂「ダイニングあんさんぶる」を開催し、利用者が手伝い等に参加しています。また、発達障害をテーマにした市民講座や介護職員初任者研修等を開催しています。毎年夏に地域の自治会や社会福祉協議会、消防団等らのボランティアを共に、「和光祭」を開催し、昨年1,000名以上の来場者が来られています。</p> <p><b>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。</b> 職員の行動規範を定期的に取り組み合わせています。利用者一人一人の支援を行うために、場面ごとに写真等も入れた手順書を作成し、職員間で共有しています。また、プライバシー保護についての項目も含まれたセルフチェックシートを用いて職員に周知を図っています。入浴、服薬、作業などの支援場面ごとに手順書を策定し、サービス調整会議にて、個別支援の実施状況、その実効性や継続の必要性を検証して見直しを実施しています。</p> <p><b>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。</b> 障害のある本人を尊重したサービスについて、法人の倫理綱領、職員行動規範等に記載しています。権利擁護や虐待防止研修を毎年行っています。支援は同性介助を基本とし、居室は完全個室でプライバシーに配慮したケアを実施しています。外部の専門家にコンサルテーションを依頼して助言を受け、意思決定支援としてPECS等の技法を活用し、意思決定支援に力を注いでいます。専門家の指導の下、教育診断検査「PEP-3」を実施し、利用者のコミュニケーション能力の把握に努めています。利用者自治会「くらしをよくするかい」があり、定期的で開催されています。毎月、保護者会が開催され希望があれば個人懇談を実施しています。</p> <p><b>IV-2-(4) 日中活動・はららくことの支援</b> 日中活動を、生産活動、自立課題、ウォーキング、クリーニング作業の補助、カフェでの接客業等5つのグループに分けて、それぞれの障害特性に応じた活動を行っています。職住分離を基本方針として、現在は2つのグループが作業場で昼食を食べておられます。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>III-3-(2)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> 苦情解決の体制が整備され、契約時の説明や常に事業所内に掲示されることで、利用者や家族にも周知されています。苦情等を記録し、管理職も含めて協議する等早期解決に向けて対応しています。苦情内容をホームページ等で公表する仕組みを検討しておられますが、まだ公表は出来ていませんでした。</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	南山城学園光
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」
訪問調査日	2019年3月8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。	b	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)	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職員の行動基準である7つの誓いや平成30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-1-1(2)	①法人理念や職員の行動基準「7つの誓い」を職員同士で読み合わせをしたり、名札に入れて全職員に携帯させる等して周知している。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。
	②施設玄関の掲示板に法人の理念等をルビ打ちして掲示している。障害のある本人が理解しやすいように、理念をイラストにしてみたり、自治会で説明する時にPECSの技法を活用する等して周知を図っている。保護者会の中で、家族・後見人等に基本方針、事業計画書、事業報告書等を配布し周知している。
I-2-1(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月には最終評価と報告を実施して、次年度の計画策定につなげている。年2回の職員アンケート結果や障害者サービスを取り巻く情勢や課題等も計画策定に反映させている。
	③施設内での施設会議の中で、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。事業計画の進捗状況等も毎月の施設会議で確認し、社内メールで全職員に会議録を配布している。
	④月1回実施する保護者会や広報誌「ひかり通信」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、自治会で説明し、一人一人の理解に合わせて、言葉だけでなく視覚やコミュニケーション技法等を活用して周知に努めている。
I-3-1(1)	①管理者の役割や責任が記載された役割分担表を年度初めの施設会議の中で確認し、全職員に配布している。広報誌の中でも管理者の役割や責任を記載している。
	②管理者は集団指導や研修会に参加したり、経営者協議会からの情報を入手して、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-3-1(2)	①権利擁護及び基本業務セルフチェックシートに基づき、全職員を対象に年2回の職員面談を実施している。労働環境や成長意欲に関する意見を聞き取り、必要な助言を行い改善に取り組んでいる。
	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。法人研修の夜間開講を提案し、少しでも多くの法人の職員達が参加できるように改善を図っている。出入り業者の見直しを行う等、日用品のコスト削減に取り組んでいる。

## 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
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。	b	a

【自由記述欄】				
II-1-(1)	①法人内の施設長会議で、社会福祉の動向等の情報提供や研修報告がされている。京都市休日夜間相談受付センターを事業所内に設置し、京都市内における地域生活支援拠点の整備動向や利用者ニーズを把握している。 ②コストや稼働率を法人事務局で毎月分析し、月2回の施設長会議で報告を受け、経営課題に対しての検討を行っている。収支を半期毎に分析し、その状況を会議等を通じて職員に周知している。			
II-2-(1)	①職員のあるべき姿を「南山城学園職員7つの誓い」に明示し、階層や職責別に求める行動基準や行動目標に基づいてキャリアアップ計画を策定している。職員の就業意向を把握し、短時間勤務や週4日勤務等の正規職員雇用形態を作り、多様な働き方に取組んでいる。			
II-2-(2)	①法人事務局で職員の就業状況や勤怠管理を行い、時間外勤務や休暇取得の状況について総合的に把握している。職員個々の育成担当者を配置している。			
	②京都府民間社会福祉施設職員共済会への加入したり、法人として互助会を組織して慶弔給付事業や職員交流パーティを開催する等している。急な体調不良やメンタル面での不調等の時には、希望すれば法人内診療所に相談できる体制を整えている。			
II-2-(3)	①法人として介護職員初任者研修や介護福祉士受験対策講座等を開催して、職員の資格取得をバックアップしている。人材育成マスタープラン委員会で階層別の研修体系を定めて採用別の研修プランを策定し、定期的に見直しもしている。			
	②個々の職員が個人目標を設定し、自己評価するための「キャリアアップシート」を策定し、その中で個人毎の研修計画が策定されている。法人レベルで1年目～5年目を対象に研修を実施、6年以上にはシニア研修やエキスパート研修を開催している。専門職コンサルタントを導入し、職員の専門性の向上を図っている。			
	③研修を受講した後、レポートやアンケートの提出を義務付すると共に、報告や伝達発表の場を設けている。人材育成マスタープラン委員会で定期的に研修実施内容の振り返りと見直しを行い、それを踏まえて次年度の研修計画を策定している。			

II-2-(4)	①実習生受け入れの「基本姿勢」「注意点」等が明文化されている。実習生の受け入れプログラムが用意されている。法人事務局が窓口となり、社会福祉士や保育士等の実習生を受け入れている。
II-3-(1)	①個人情報保護規定等の諸規定やガイドライン等が整備されている。「個人情報使用同意書」により、利用者、保護者等から個人情報使用の同意を得ている。実習生やボランティアの受け入れに際しては、個人情報の取り扱いと守秘義務についての説明をした上で署名や同意を得ている。
II-4-(1)	<p>①管理者が施設のリスクマネジャーを担い、法人本部での「リスクマネジメント委員会」に毎月参加して、事故の分析やヒヤリハット事例の検証等を行い、安全確保のための取組を行っている。</p> <p>②京都市と福祉避難所指定協定を結び、非常食やダンボールベッド、簡易トイレ等の防災備品を備蓄している。防災計画に基づき、職員参集訓練や福祉避難所の設置訓練を毎年数回実施している。</p> <p>③毎月開催する「リスクマネジメント委員会」で事故対応の検証やヒヤリハット事例の分析等を行っている。緊急時対応マニュアルを定期的に読み合わせたり、基本業務セルフチェックシートを用いて緊急時対応の習得度を確認している。</p>
II-5-(1)	<p>①地域の自治会に加入し、運動会や防災訓練等へ積極的に参加している。敷地内にカフェ「ぶらんたん」があり、利用者がカフェで働き、地域との交流を図っている。子ども食堂「ダイニングあんさんぶる」を開催し、利用者が手伝い等に参加している。</p> <p>②地元の社協や民生児童委員等と連携し子ども食堂を開催している。発達障害をテーマにした市民講座を開催したり、介護職員初任者研修やガイドヘルパー養成講座等を開催している。毎年夏に地域の自治会や社協、消防団等らのボランティアと共に、「和光祭」を開催し、昨年も1,000名以上の来場者があった。</p> <p>③ボランティアの受け入れについての基本姿勢が明文化され、マニュアルも整備されている。子ども食堂や和光祭の運営等、地域のボランティアの方々にフォローして貰っている。</p>
II-5-(2)	<p>①市町村窓口や苦情処理ネットワーク、運営適正化委員会等でも連携しており、施設の連絡先を明示している。利用者が利用・活用する関係機関を把握し、それらの地域の社会資源等のリスト化がされている。</p> <p>②月1回開催する保護者会、年1～2回開催する保護者懇親会等を通じて家族との連携・交流を行っている。職員との面談を希望する保護者があれば、保護者が希望する職員との個人面談を実施している。</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-2-2(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-2-2(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-2-2(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(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-3-1(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。	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(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-4-1(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施設の提供するサービス等について、パンフレットやホームページで公開している。事業計画書や広報誌等を行政機関や福祉機関、学校等に送付して、法人の事業内容を多くの人に周知している。施設見学の希望があれば、幅広く受け入れをしている。
	②契約書や重要事項説明書にサービス内容や料金を詳細に記載し、理解してもらえるような説明に努めている。他の事業所を利用する際は、利用者本人、保護者等の同意を得ている。
Ⅲ-1-1(2)	①地域生活への移行の際は、基本情報サマリーや面接シート等の引き継ぎの文書を定めて使用している。施設退所後は、施設の管理職が窓口となり、事業所間の連絡調整をしている。
Ⅲ-2-1(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、毎年アセスメントを実施している。利用者や保護者からの意向や要望をニーズ整理表に落とし込み解決すべき課題を抽出している。
Ⅲ-2-2(2)	①サービス管理責任者を中心としたサービス調整会議を組織し、支援計画書の進捗管理を行っている。
Ⅲ-2-2(3)	①毎月のサービス調整会議にて、個別支援計画の進捗状況や生活課題等の確認を行っている。個別支援計画書を、所定の様式にて6ヶ月に1回中間モニタリングや期末評価を実施している。
Ⅲ-2-2(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を実施しており、『ケース記録の書き方・考え方』を職員に配布し定期的に読み合わせをしている。
	②毎日の朝礼や夕礼時に利用者の引継ぎを行っている。社内メールを活用して、入所者一人ひとりの共有メールを作成し、個別支援の最新情報をいつでも確認できるようにしている。
	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で、利用者の状況について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)	<p>①法人として、障害のある本人のニーズを充足を目指す姿勢を「7つの誓い」に明文化し、全職員で共有している。利用者の自治会を設置し、利用者主体のより良い暮らしの在り方を協議している。</p> <p>②日々の暮らしを良くするために利用者自治会での意見が反映できるように取り組んでいる。日々の生活ニーズについての意見は、各種会議等で検討した上で改善している。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①施設玄関の掲示板に、ルビ打ちした相談窓口の案内文書や相談員の顔写真等を掲示し、相談しやすいように案内している。毎月の保護者懇談会でご家族からの意見や相談を受け付けている。権利擁護に関しての保護者向けアンケートを実施している。</p> <p>②苦情解決の体制が整備され、目に触れるところに掲示物が掲示され、利用者や家族に周知されている。苦情内容をホームページやたよりで結果を公表する仕組みを検討しているが、まだ公表できていない。</p> <p>③苦情・意見・要望等は苦情対応マニュアルに沿って対応し、会議や社内メール等も活用して職員間で共有し対処している。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①職員の行動規範を定期的に取り組み合わせている。利用者一人ひとりの支援を標準化するために、場面ごとに写真等も入れた手順書を作成して職員間で共有している。また、プライバシー保護についての項目も含まれたセルフチェックシートを用いて職員に周知を図っている。</p> <p>②入浴、服薬、作業などの支援場面ごとに手順書を策定し、サービス調整会議にて個別支援の実施状況や、その実効性と継続の必要性を検証し、見直しを実施している。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①「サービス提供・内部環境に関するアンケート調査」を全職員対象に年2回実施し、その集計結果を施設会議やユニットリーダー会議等で協議している。個別支援に関するコンサルテーションを月に3回受け、助言に従いながらサービスの質の向上を図っている。</p> <p>②「サービス提供・内部環境に関するアンケート調査」を全職員対象に年2回実施し、その集計結果を各種会議等で協議している。スーパーバイザーによる巡回指導で課題整理を行い、PDCAサイクルによる解決に取り組んでいる。</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。	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。	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。	a	a

#### 【自由記述欄】

IV-1-(1)	①障害のある本人を尊重したサービスについて、法人の倫理綱領や職員行動規範等に記載している。権利擁護や虐待防止研修を毎年行っている。支援は同性介助を基本とし、居室は完全個室でプライバシーに配慮したケアを実施している。 ②外部の専門家によるコンサルテーションを依頼して助言を受け、PECS等の技法を活用し、意思決定の支援に力を注いでいる。専門家の指導の下、教育診断検査「PEP-3」を実施し、利用者のコミュニケーション能力の把握に努めている。 ③利用者自治会「くらしをよくするかい」があり、定期的に開催されている。保護者会が毎月開催され、希望があれば個人懇談を実施している。
IV-2-(1)	①毎日、夕食後の入浴を実施して、普通の暮らしを送れるような支援を実施している。浴室と脱衣場にそれぞれ職員を配置し、状況に応じて間仕切りやカーテン等も使用し、プライバシーの確保に努めている。 ②自分で服を購入したい利用者には、外出支援の時に好みの衣服を購入できるように支援している。日々の衣服の選定が難しい利用者にもできるだけ、二者択一で聞き取る等して自己決定の機会を尊重するように支援している。 ③毎月1回出張美容の日を設けて、髪型の希望も聞き取りながら、散髪してもらえるようにしている。地域の理髪店や美容院の利用を希望される方は、送迎と付き添いをしている。
IV-2-(2)	①完全個室であり、好みの寝具を使用してもらい、布団の敷き方の要望も聞きながら寝て頂くようにしている。必要な利用者には睡眠チェック表で睡眠時間を把握して、課題があれば安眠を促す日中活動や投薬などで改善を図っている。 ②個々の排泄状況をチェック表で毎日確認し、必要に応じて排泄誘導等を実施している。洋式トイレだけでなく和式のトイレも設置する等、排泄環境を選択できるように整備している。 ③健康維持に課題がある時は敷地内に併設された診療所への受診や、必要に応じて外部受診をする等の体制がある。利用者個々のお薬手帳を作成し、職員間で情報共有している。
IV-2-(3)	①嗜好調査結果や毎月の給食委員会での意見を献立に反省させている。管理栄養士が栄養ケア計画を作成し、3カ月に一度のモニタリングを実施している。
IV-2-(4)	①日中活動を、生産活動、自立課題、ウォーキング、クリーニング作業の補助、カフェでの接客業等5つのグループに分けて、それぞれの障害特性に応じた活動を行っている。職任分離を基本方針として、現在は2つのグループが作業場で昼食を食べている。
IV-2-(5)	①利用者自治会を組織し、利用者の主体性を支援している。預り金の管理は、法人で定める預り金規程に基づいて適切に管理している。利用者の飲酒も、一日おきのにむ日がわかるように印をつける等して支援している。 ②日帰り旅行や外出は、写真やイラスト等を用いながら、可能な限り希望に沿った楽しめる外出ができるように心がけている。面会や外泊等は保護者の意向を尊重し、自由に行なえるようにしている。
IV-2-(6)	①日帰り旅行の行き先は、絵カードや写真、映像等を活用し本人に選択して頂き決定している。お酒やお菓子、コーヒ一等の嗜好品は、本人の希望に沿って時間や量等を決めながら提供している。