

[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	南山城学園 輝	施設種別	生活介護 施設入所支援 (旧体系 : )
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和 2 年 5 月 2 6 日

## 総 評

障害者支援施設 輝は、平成22年に京都市醍醐和光寮から社会福祉法人南山城学園へ運営主体の移管が行われ、現在は、若年層から高齢者まで、幅広い年齢層の知的障害のある利用者の生活介護・施設入所支援事業、その他に短期入所事業、児童日中一時支援事業を展開して事業運営が行われています。

施設の特徴としては、地下鉄東西線石田駅から徒歩10分程度の住宅街に位置し、敷地が東総合支援学校の通学バスターミナルとしても開放されています。また、地域交流の窓口として、敷地内にカフェ「ぷらんたん」を運営し、輝の利用者が就労の場として働き、日常的にも地域住民の方と触れ合う機会が設けられています。

その他、施設が有する機能を地域に還元すべく、敷地内の多目的ホールを地元自治会やサークル活動に、近隣の保育所には園児を招いて芋ほり交流会を行うなど地域の方が気軽に足を運んでいただくことで利用者との良好な関係作りと相互理解を深める機会となっています。

一方、施設内は、より快適で豊かな暮らしを追求するため管理者自らがリーダーシップを発揮し、今年度は施設臭の改善に向けた取り組みをおこなっておられました。訪問当日も説明と施設臭の無い心地よさを確認することができました。また、利用者支援は同性介助を基本とし、居室も完全個室となっていました。食事は管理栄養士が給食委員会を開催し個別の食事サービスに反映され、入浴についても利用者の状況に応じて機械浴・個浴のサービスが提供されていました。利用者支援の場面では、意思表示や伝達が困難な利用者には、絵や写真、プロジェクターを通じた動画で複数から選択できる、文字やジェスチャーで本人の希望をできるだけ適切に理解するための工夫がなされていました。

今後も管理者のリーダーシップの元、利用者の目線に立った職員の気づきとより豊かで快適な生活への取り組み、地元地域住民との良好な関係づくりの発展に期待しています。

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>I-1-(1) 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。</b>        基本理念、7つの誓いが明文化され、ホームページや事業計画書に記載して周知されています。職員の行動基準である7つの誓いは、法人が求める職員像を明確化しています。</p> <p><b>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>        地域交流の窓口として、醍醐和光敷地内にカフェ「ぷらんたん」があり、そこで就労している利用者と地域住民の方が日常的に触れ合う機会を作っています。施設の夏まつりや和光祭では、多目的ホールを使用して障害理解を深めるセミナー等が毎年開催されています。</p> <p><b>A-2-(2) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。</b>        食事については、各フロアで食事対応表を作成し、栄養士とフロアリーダーとの相談を実施し言います。入浴は、季節に合わせて「銭湯の会」を実施するなどの工夫がありました。2か月毎に排泄検討委員会を行い、おむつフィッターの協力によりサイズや装着方法の見直しがされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>I-3-(2) ②事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。</b>        年度初めの保護者会で、事業計画の説明を行い、全保護者・後見人に事業計画・事業報告を郵送されています。障害のある本人への周知は、スクリーン投影で説明を行うなど工夫はしていますが、行事の説明が中心となっています。</p> <p><b>III-1-(4) ②障害のある本人からの相談や意見に対して握る仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。</b>        「保護者の意見・要望」をケース記録の項目に設定し、意見や要望があった際はケース記録に打ち込み共有する仕組みがあります。毎月開催の保護者会でも保護者会ノートを用いて、意見・要望を把握して対応されています。しかし、意見・要望の受付から対応に至るまでのマニュアルの見直しができませんでした。</p> <p><b>A-1-(2) ①障害のある本人の権利障害の防止等に関する取り組みが徹底されている。</b>        権利擁護に関するチェックリストを年1回実施し人権強化月間を設け法人として分析したり、虐待防止研修への職員派遣など、職員自身が権利擁護や行動規範を見直す機会を設けておられましたが、権利擁護や人権侵害について障害のある本人への説明や学習する機会の提供が行われていませんでした。</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	障害者支援施設 輝
施設種別	生活介護・施設入所支援
評価機関名	一期一会
訪問調査日	2020年1月31日（金）

**I 福祉サービスの基本方針と組織**

評価分類	評価項目	通番	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・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	A	A

[自由記述欄]

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。法人理念を実現するために職員の行動規範「7つの誓い」を策定し、全職員が携帯している。年度初めの施設会議で事業局長から周知を図っている。参加できない職員にはPCを通して閲覧できるようにしている。利用者向けには施設内ホワイトボードにルビ打ちされた書面を掲示し周知を図っている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	① 法人として事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	A	A
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	A	A

[自由記述欄]

2. 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。地域の利用ニーズ等の把握は京都市東部自立支援協議会への参画により情報収集・共有を行っている。相談支援事業所（リーフ）との連携により利用ニーズの把握をしている。  
3. 2ヶ月に1回の施設長会議で経営状況等の分析を実施している。稼働率、収支、決算等、公認会計士に経営に関する助言を受けている。状況や課題は理事会・監事会でも共有している。経営状況を踏まえて現場としてショートステイの活用に取り組んでいる。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	4	① 法人として中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	A	A
		5	② 中・長期のビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。	A	A
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	A	A
		7	② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。	B	B

[自由記述欄]

4. 長期ビジョン2025（10年後の3項目の行動目標）、中長期経営計画2020（5年間10項目の具体的な検討実施項目）の策定がなされている。中長期計画は、必要に応じて施設長会議で見直しを行っている。  
5. ネクストビジョン2025による4つの柱に基づき法人事業計画、事業所事業計画の策定がなされている。施設長会議で進捗状況の確認・評価・見直しをPDCAサイクルで実施されている。  
6. 2か月に1回、施設会議で「事業計画工程表」の確認を実施し、職員に進捗状況を周知している。欠席者には議事録を通して理解を促している。  
7. 年度初めの保護者会で新年度事業計画の説明を行っている。本人への周知・説明は、月2回開催の利用者自治会で行ったり、スクリーン投影で説明を行うなど工夫はしているが、行事等の説明が中心になっていると認識している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	8	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	A	B
		9	② 評価結果に基づき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	A	A

[自由記述欄]

8. 前回の第三者評価受診での課題事項は、「振り返り一覧」を作成し、事業計画に落とし込んでるが、毎年の自己評価は行えていない。  
9. 「第三者評価振り返り一覧」を作成し、課題とされた項目の改善を事業計画にも位置づけながら実施している。

**II 組織の運営管理**

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-1 管理者の責任と リーダーシップ	II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	B	A
		11	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	A	A
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。	A	A
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。	A	A

[自由記述欄]

10. 法人キャリアパスに施設長に求められる要件が明記されている。緊急時連絡体制を明確にして職員室に掲示している。「災害発生時の職員参集基準」が管理者を頂点として策定されている。  
 11. 管理者はハラスメント防止研修、苦情解決研修等への参加をして情報報集をしている。職員には、障害者虐待防止法や身体拘束ガイドライン等福祉従事者必須の職員研修を実施している。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。  
 12. 施設臭の改善、意思決定支援に関する課題をテーマとして取り組みを実施した。年2回、職員面談を実施している。面談は、セルフチェックシートを活用し、日常業務の振り返り、助言を行っている。  
 13. 日用品会議で収支データを分析している。オムツ・フィッターからの確かなアドバイスを受け支援の質を確保しつつ不必要な使用がなくなりコスト削減につながった。働きやすい環境整備に向け、外部コンサルの評価を受けて業務の見直しに着手している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・ 養成	II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事 管理の体制が整備されている。	14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	A	A
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	A	A
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	A	A

[自由記述欄]

14. 法人として求める人材像をホームページ上に掲載している。資格取得を希望する職員に対して、受験対策講座開催や受講料の補助など資格取得がしやすい環境を整えている。若手職員による「魅力発信チーム」の取り組みや新卒者対象の座談会を実施して人材確保に努めている。「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。  
 15. 「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。キャリアアップシートを用いた階層毎行動基準に基づいて自己評価(法人理念から全法人職員に対する評価)を行っている。キャリアプランとリンクした研修制度を策定して実施している。  
 16. 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。民間社会福祉施設職員共済会に加入している。時短勤務など家庭状況等に応じた勤務シフトへの配慮をおこなっている。就業時間内で仕事が完結する様に、特に仕事量が多い職員がデスクワークに注力できるような時間を確保する等シフト上の配慮を行っている。

評価結果対比シート(障害)

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・養成	Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	A	A
		18	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	A	A
		19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	A	A
	Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	B	A

[自由記述欄]

17. セルフチェックシートを用いた職員面談を年2回実施している。年度当初にキャリアアップシートを作成し、中間期、年度末に策定した取り組み内容を育成担当職員と確認している。醍醐では、独自に外部講師を招き、専門性や人権意識の向上を目的とした研修を実施している。

18. 階層別研修では講師陣で振り返りとブラッシュアップを実施し、毎年内容の見直しを行っている。個人別の研修計画と進捗状況をOJT担当者が確認している。職員の技術や知識等は、職員面談、セルフチェックシート、キャリアアップシート等で把握し、法人の階層別研修体系と連動している。

19. 「法人職員体制表」で国家資格やサービス管理責任者・強度行動障害等業務上必要な研修の受講状況を把握している。新人職員には「求められる能力・態度」をステップアップノートを用いて確認している。「個人別育成計画実施要領」でOJTの育成担当者を明確にし実施している。

20. 「実習の心得」により実習時のオリエンテーションを実施している。社会福祉士、保育士実習を受けている。輝の他支援センターでの会議への参加等、センター機能を活かしてプログラムを立てている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-3 運営の透明性の確保	Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	B	B
		22	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	A	A

[自由記述欄]

21. 法人理念、基本方針、事業計画、事業所のサービス内容をホームページに掲載している。苦情や相談内容の改善・対応状況について公表ができない。

22. 毎月定期的に公認会計士による助言を受け、経営改善を図っている。ている。経理規定を定めている。備品等発注で合い見積もりを取るなどチェック機能の厳格化を図っている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	① 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。	A	A
		24	② ボランティア等の受け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-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	A	A
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
		27	② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	A	A

[自由記述欄]

23. 近隣のショッピングモールの利用や外食等の機会を作っている。地域の広報誌の催し物情報を掲示したり自治会を通じてお知らせするようにしている。年2回、近隣の小学校と事業所内で交流する時間を作っている。

24. 法人でボランティア受け入れ規定・ガイドラインを策定している。実習生オリエンテーション用の書式(心得)を使って説明をしてから活動に入ってもらようにしている。

25. 京都市福祉のしおりを事務所に置いてすぐに見られるようにしている。相談支援との連携。短期入所利用者のケース会議への参加ケースがある。自立支援協議会児童部会へ参画している。

26. 和光祭を開催し、多目的ホールで障害疑似体験等啓発コーナー、発達障害啓発セミナー等を実施している。敷地内の多目的ホールを地元自治会やサークル活動に開放している。

27. 子ども食堂「ダイニングあんさんぶるわこう」を実施し、利用者との交流を深める機会となっている。地元社協、民生委員等との顔の見える関係性づくりのきっかけとなった。

**Ⅲ 適切な福祉サービスの実施**

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。	28	① 障害のある本人を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	A	A
		29	② 障害のある本人のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	A	A
	Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	30	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	A	A
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人(家族・成年後見人等含む)にわかりやすく説明している。	B	B
		32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	A	A

**[自由記述欄]**

28. 権利擁護に関する行動規範(法人)、「輝」職員行動規範、基本理念の中に「利用者の尊厳を守り幸福を追求する」を明示し階層別研修で研修を実施している。一日外出の行先を相談する際、写真を用いる等視覚支援を行っている。  
 29. 法人規程による個人情報保護に関するガイドラインや虐待防止・虐待対応マニュアルを策定し、職員に周知している。外部講師を招いて、権利擁護・虐待防止の研修を行っている。  
 30. パンフレットやホームページに法人全体の概要、各事業所の特色、事業計画の内容、画像等を掲載している。年1回、事業計画書、対外広報誌を行政機関や福祉機関等に送付し、広く事業活動の内容を知らせている。  
 31. 契約書類の手続きは、できる限り専門用語は使わず、本人が理解しやすい言葉を使用して説明を行っているが、実情としては不十分と認識している。  
 32. 事業所内で移行リストを作成し、優先者の情報を移行先の事業所にあらかじめ提供してスムーズな移行ができるように努めている。本人のADL状況がわかる書類、服薬状況、支援状況をまとめた資料を引継ぎ資料としている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 障害のある本人のニーズの充足に努めている。	33	① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。	A	A
		Ⅲ-1-(4) 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。	34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	B
	35		② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。	B	B
	Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	36	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	A	A
		37	② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	A	A
		38	③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。	A	A

**[自由記述欄]**

33. 利用者自治会を月2回実施している。把握したニーズを元に各種委員会で検討し、利用者ニーズに則して対応している。外出支援や行事について、写真や映像を見て選択できる仕組みがある。  
 34. 苦情解決の仕組みは法人、事業所で整備されている。苦情があった際には、受付から解決までの記録を残し、施設長会議や局長会議を通じて法人レベルで共有している。しかし、公表には至っていない。  
 35. 保護者の意見・要望をケース記録項目に設定し、意見・要望があった際は、記録を共有する仕組みがある。しかし、対応マニュアルの定期的な見直しできていない。  
 36. 安全運転講習や外部の機関と連携し施設内研修としても救命救急講習を定期的実施している。  
 37. インフルエンザ対応、ノロウイルス対応マニュアルに責任と役割を明確にした管理体制が明記されている。年1回、「感染症について」施設内研修を実施し、実践形式で学べる仕組みがある。  
 38. 行政と福祉避難所協定を結び、有事があった際は、施設機能を有効に使用する仕組みがある。3か月に1回、ALSOK安否確認サービスを利用し職員の安否確認訓練を行っている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉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している。	39	① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。	A	A
	Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	40	① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定している。	A	A
		41	② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。	B	A
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	42	① 障害のある本人に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	A	A
43		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	
[自由記述欄]					
<p>39. 管理職が全職員へ半期ごとにセルフチェック面談を実施し、職員自身が支援の在り方を見直す機会を設けている。毎月、サービス検討委員会を開催し、利用者へのサービスを検討している。緊急時対応マニュアルは、サービス検討委員会が毎年見直している。</p> <p>40. モニタリングを半期に1回実施。相談支援リーフとの連携でサービス等利用計画を作成している。独自のアセスメント様式を使用している。</p> <p>41. ADLの低下等、本人の状況が大きく変わった場合は所定のプロセスに沿って随時見直しを行っている。</p> <p>42. 「記録について」「記録の書き方」について施設内研修を実施している。ワイズマン使用し、身体状況や生活状況を把握している。朝礼・夕礼を実施し日々の情報の引継ぎを徹底している。</p> <p>43. 「個人情報適正管理に関する基本事項」を定めている。法人が保有する個人情報についての質問・問い合わせ、開示、訂正、削除、利用停止等の依頼については法人本部で対応している。</p>					

**A 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	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-1 支援の基本理念	A-1-(1) 自立支援	44	① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	A	A
	A-1-(2) 権利擁護	45	① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	B	B
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前暮らしをさせる社会の実現に向けた取組を行っている。	A	A
[自由記述欄]					
<p>44. PECSカードや絵・写真・ジェスチャーなどでスケジュールを示した取り組みを行っている。余暇活動でマニキュアを塗ったりイベントの際に化粧をしたり自己決定を尊重した取り組みを行っている。意思決定支援に関する研修会を開催している。</p> <p>45. 権利擁護に関するセルフチェックシートを年1回実施し法人として分析している。権利擁護について、利用者本人へわかりやすい周知や学習を受けられる機会が設けられていない。</p> <p>46. 日中活動意見聴取表で利用者の希望を聴取した上で活動を行っている。夏祭りを開催し、利用者の芸術作品の掲示や出し物に参加することで障害についての理解・共有する仕組みがある。</p>					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(1) 意思の尊重とコミュニケーション	47	① 障害のある本人（子どもを含む）の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	A	A
		48	② 障害のある本人の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	A	A
		49	③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。	A	A
	A-2-(2) 日常的な生活支援及び日中活動支援	50	① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。	A	A
	A-2-(3) 生活環境	51	① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。	A	A
[自由記述欄]					

47. 月に2回、PECSカードの活用について学習会を行っている。スーパーバイザーからの助言をもとにコミュニケーション能力の向上を図っている。  
 48. 利用者からの訴え等はケース記録に残している。嗜好調査や選択メニューの聞き取り、希望別外出等、写真や絵を用いて情報を提供し、担当職員が聞き取りを行っている。  
 49. 合同フロア会議、ケース会議において利用者の支援方法を検討し、社内メールなどを使用し共有を深めている。またABC分析による行動分析を実施し、スーパーバイザーによる指導・助言を通じて支援方法の検討、実施、評価を行っている。  
 50. 食事については、各フロアで食事対応表を作成。栄養士とフロアリーダーとの相談を実施している。入浴については、毎日の入浴を謳っておりチェック表で確認し2日以上未入浴とならないように留意している。また季節に合わせて「銭湯の会」を実施している。排泄については排泄チェック表にて確認し、診療所とも連携し対応している。また2ヶ月毎に排泄検討委員会を行い、おむつフィッターの協力によりサイズや装着方法の見直し、PTからは移動・移乗動作の助言など排泄環境を整備している。日中活動については敷地内のカフェは就労経験を積む場となっている。  
 51. 居室は完全個室とし、本人の状態に応じて相談室を使用するなどの対応を行っている。個々に応じてベッドや寝具を購入し生活環境に配慮している。また整備業務夜勤者を配置し清掃に特化した業務を担当することで、清潔・快適な住環境整備を進めている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	52	① 障害のある本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	A	A
	A-2-(5) 社会生活を営むための支援	53	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。	A	A
	A-2-(6) 健康管理・医療的な支援	54	① 障害のある本人の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	A	A
		55	② 医療的な支援について適切に提供（連携）する仕組みがある。	A	A

[自由記述欄]

52. 10名程の方を対象に、OT（法人内通所リハ事業所から）が身体機能の維持回復、生活に関する相談を行い、助言のもと個別に支援している。また定期的なモニタリング、年度末評価を行い個別支援計画の検討、見直しを行っている。  
 53. 地域の学区運動会への参加や創作活動での作品を「とっておきの芸術祭」に出展する等、主体的な活動や社会参加を支援している。また敷地内のカフェでは1名が自立に向け活動している。地域のさおり教室に通う方もおり、外出時支援マニュアルの整備により安全配慮と継続的な利用のための支援が図られている。  
 54. グループ分けにより全利用者が法人内診療所を2週間毎に受診し健康管理を行っている。日常の体温等チェックが必要な方はチェック表を用いて支援し、受診前後には引き継ぎ表を作成しメールで共有している。健康の維持・増進のためラジオ体操やボーリング等の軽運動・嚥下体操を実施している。体調変化時には迅速な対応ができるようマニュアルが整備され、年1回ロールプレイを交えた研修も行っている。  
 55. 医務担当職員を2名配置し、近隣薬局との連携のもと服薬管理を行っている。慢性疾患やアレルギー疾患患者については医師の指示に基づき対応している。新規採用職員を対象に医療的な支援に関する研修を行っている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	56	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	B	A
	A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	57	① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	A	A
	A-2-(9) はたらくことや活動・生活する力への支援	58	① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。	A	A
		59	② 障害のある本人に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	B	A

[自由記述欄]

56. 法人中長期計画の中でも「地域移行」を謳っている。「光」に調理施設があり、屋内庭園で育てた苺をジャムにする等調理の取り組みを行っている。近隣保育所との交流や法人実施の子ども食堂への参加等、地域生活の意欲を高める工夫を行っている。  
 57. 年1回3月に保護者懇親会を開催し、施設の状況や事業活動の進捗状況、利用者の様子等を報告すると共に、担当職員との面談の機会を設けている。月1回広報誌に施設の様子を記載し、全保護者に送付している。また連絡先一覧表を作成し、本人の体調不良や急変時には速やかに連絡できる仕組みがある。  
 58. 企業への協力として牛乳パックやペットボトルのリサイクルや敷地内のカフェでの就労など個々の障害に応じた支援を行っている。またPECSコンサルタントのスーパーバイザーからのアドバイスを受け、作業内容や量を調整し、見通しを持った活動ができるよう工夫している。  
 59. 活動内容は本人の希望や状態に合わせて検討し提供し、工賃は年度末に慰労会を開催しおやつ等として還元している。作業活動の内容や配置の工夫等に関するマニュアル（自立課題班配置図）を作成し支援されている。（労働安全衛生に関する配慮を読み替え）

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-3 就労支援	A-3-(1) 就労支援	60	① 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	B	非該当

[自由記述欄]

60. 非該当