

[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 翼	施設種別	生活介護 施設入所支援 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3年1月18日

総 評	<p>社会福祉法人南山城学園は、1965年2月に城陽市で法人認可を受け、障がいのある方が自分らしく幸せにくらせるよう、生活全般をサポートすることから事業がスタートしました。それから55年経過した現在では、障害のある方だけでなく、高齢者や生活困窮者向けの支援、子育て支援にも取り組み、城陽市、宇治市、京都市、大阪府島本町で30以上の事業所を運営し、発展してきました。</p> <p>平成11年7月に開設した「障害者支援施設 翼」は、城陽市の青谷梅林の近くに在り、自閉症を有する方や、細やかな心理的・精神的ケアを必要とする方が多く、行動障害の方々に特化した施設となっています。入所定員は35名で、1ユニットが3名～7名の利用者が1つのリビングをルームシェアする形で、計7ユニットで構成されています。施設の特徴としては、①独立型の生活ユニットを基本に、家庭的な住環境の実現と、個室や生活リズムに沿った実践を心がけている。②施設敷地のほか、地域活動エリアを設け、日中活動とナイトケアの分化を推進している。③自閉症の方で、特に行動障害の状態にある方も含めた総合支援を推進している等があげられます。</p> <p>日中活動としては、製菓作業、裏山での花の水やり活動、シュレッダー作業、ドライブ等の活動が行われ、利用者の高齢化に伴い、内容を見直しながら活動しています。また、ほとんどの利用者が支援区分6に該当する中で、利用者の特性に応じた自立課題等の提供や利用者の希望を聞き取りながらの外出にも積極的に取組まれています。自分の思いを言語化できない重度の利用者が多いため、言語コミュニケーションだけでなく絵カードやイラスト等の視覚的ツールを使用したコミュニケーション支援を実施し、利用者がコミュニケーションの幅を広げるための支援としてPECSトレーニングも実施しています。</p> <p>法人としては、SDGs(国連サミットで採択された持続可能な開発目標)の項目とも関連付けた中長期計画の見直しや質の向上に向けた取り組み、福祉人材の確保・育成にも熱心に取組まれています。</p> <p>また、第三者評価受診での助言をもとに、利用者の居室2人部屋の5室に間仕切りを設置する改修を行うなど、課題の解決に向けた取組を行っています。利用者のプライバシーを確保している点も評価されます。</p> <p>しかし、苦情・相談の内容や苦情解決結果の公表等はできておらず、情報公開の面には課題があると考えます。今後は法人や事業所が発行する広報誌や保護者懇談会の開催時等で苦情内容等の情報公開にも積極的に取組まれることを期待しています。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-4-(1)-①②質の向上に向けた取組が計画的・組織的に行われている。 「サービス担当者会議」「ユニットリーダー会議」等、毎月開催される会議の中で、サービスの状況把握と改善策の協議を実施してサービスの質の向上に努めています。第三者評価の受診を3年毎に受診し、前回の第三者評価受診の結果をもとに利用者の居室を改修するなど、課題解決に向けた取組を行っています。年2回の「業務改善アンケート」で職員の意見を聴取し、業所内の課題の把握を行い、担当者を決めて課題の改善に取り組んでいます。</p> <p>II-2-(1)-①②福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。 法人の企画広報課を中心に、学校訪問や学校へのゲストスピーカーとして職員を派遣する等、積極的な広報活動を行って人材確保に取り組んでいます。職員採用後は資格取得や研修への参加を奨励し、必要なバックアップを行っています。法人として京都福祉人材認証制度の上位認証を受けています。法人が定める行動規範の「7つの誓い」に、求める職員像が明示されています。キャリアパス制度や研修制度、目標管理システム、人事異動スーパーローテーション制度等を取り入れ、総合的な人事管理が行われています。</p> <p>A-2-(1)①②③意思の尊重とコミュニケーション 言語コミュニケーションだけでなくPECSや絵カード等の視覚的ツールを使用したコミュニケーション支援を行っています。利用者がコミュニケーションの幅を広げるための支援としてPECSトレーニングを実施しています。利用者の思いを汲み取るために、利用者の障害特性に応じて、交換ノートや手紙、イラスト等を活用し、コミュニケーションがうまく取れるように工夫しています。強度行動障害支援者養成研修への参加や、事業所内で「自閉症の特性理解」等の研修を実施し、知識の向上や支援力の強化に努めています。支援にあたっては専門家からスーパーバイズを受けています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-3-(1)-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。 法人のホームページや全国経営者協会、WAMNET等のサイトで事業所情報等を公開しています。毎年、法人として事業報告書の冊子を作成し、関係機関や利用者家族等に配布して情報公開しています。第三者評価受診等を公表していますが、苦情・相談等に関する内容の公表は行われていませんでした。</p> <p>III-1-(4)-①苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 苦情解決の仕組みが整備されており、苦情解決の流れが事業所内のフロア入り口等に掲示されています。苦情等を受け付けた際は、会議やグループウェアで事業所全体に周知していますが、苦情内容や解決結果は公表が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	障害者支援施設 翼
施設種別	生活介護 施設入所支援 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	令和2年10月16日

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や基本方針が明文化され、パンフレットや広報誌、ホームページ等に記載されると共に事業所内にも掲示されている。基本理念の実現を目指すための行動規範「7つの誓い」が明文化され、職員の名札に携帯され周知されている。					

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. 経営協、知福協等に加盟し、広く情報を収集し、情勢把握を行っている。法人内外の相談支援事業所をはじめとして、地域にある各種事業所、行政機関等との情報交換を図り、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人の経営状況については、月に2回開催される施設長会議にて対応策が検討されている。 3. 月2回の施設長会議の中で法人内の各事業所の経営状況の把握と分析を行い、改善策の協議を行っている。経営状況については定例の理事会・評議員会で共有している。					

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-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。	a	a
[自由記述欄]					
4. 法人内職員、地域住民、行政等へのアンケート調査をもとに、「長期ビジョン2025」の長期計画を策定している。SDGsの項目とリンクさせ、経営の持続性と地域共生社会の実現を重点的に取り組むことを掲げた「中期経営計画2025」を昨年度末に策定し、中長期計画を更新している。 5. 法人の中長期計画を基に、4つの重点項目からなる法人の単年度の「基本方針」が定められている。法人の単年度の「基本方針」を基に事業所としての単年度の事業計画を策定し、実施時期や責任者を明確にしている。 6. 事業計画は職員一人ひとりの意見を聞き取り策定している。職員一人ひとりに事業計画の進捗状況を確認し、中間評価や年度末評価を実施している。年度末に書面で職員に意見を聞き取り次年度の計画に意見を反映させている。 7. 家族や成年後見人等には、「つばさだより」や保護者会の懇談会を通じて、単年度の事業計画が周知されている。事業計画の理解が難しい重度な利用者が多く入所されているが、利用者に関係する部分の事業計画をイラスト等を用いながら説明している。					

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	a
		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. 「サービス担当者会議」「ユニットリーダー会議」を毎月開催し、サービスの状況把握と改善策の協議を実施してサービスの質の向上に努めている。毎年自己評価を実施すると共に第三者評価を3年毎に受診している。 9. 前回の第三者評価受診の結果をもとに利用者の居室を改修するなど、課題の解決に向けた取組を行っている。職員一人ひとりの意見を聴取するために「業務改善アンケート」を年2回実施し、事業所内の課題の把握を行い、担当者を決めて課題の改善を実施している。					

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 (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。	a	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-1-1 (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. 業務分掌一覧の中で管理者の役割りや責任、業務内容、不在の場合の対応者等を明記し、毎年年度初めに職員に配布している。家族等には毎月開催される保護者会の「施設懇談会」や広報誌「つばさだより」で施設の方向性や支援の考え方を発信している。
 11. 全国社会福祉法人経営者協議会、全国自閉症支援者協会等の各種団体から、法令の改正等について情報を収集している。事業所運営に関係する法令をリスト化し、必要に応じて法令内容を会議や朝礼等の場で管理者から説明している。
 12. サービス担当者会議やユニットリーダー会議で現場の中核職員と協力しながら、課題を明確にするとともに、サービスの向上に向けた取組を行っている。施設長、副施設長、主任で打合せの時間を毎月定期的に設定し、現状の課題や職員からの意見等を検討している。
 13. 事業所内の情報共有がスムーズに行われるように職員会議、サービス担当者会議、ユニットリーダー会議等の会議の役割を明確にし、管理職と現場職員の意思疎通、組織の決定事項の周知を効果的に行っている。業務改善アンケートを実施して職員一人ひとりから意見を聴取し、課題改善に向けた取組を行っている。

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
II-2 福祉人材の確保・養成	II-2-1 (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-2-1 (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
II-2 福祉人材の確保・養成	II-2-1 (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-2-1 (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。	a	a

[自由記述欄]

14. 法人の企画広報課が中心となり福祉人材の確保と育成にむけた取組を行っている。SNSや学校へのゲストスピーカーに職員を派遣する等各種媒体を使って情報を発信し、積極的な広報活動を行って人材確保に取り組んでいる。採用後は資格取得や研修参加を奨励し、必要なバックアップを行っている。法人として京都福祉人材認証制度の上位認証を受けている。
 15. 法人が定める行動規範の「7つの誓い」に求める職員像が明示されている。また、キャリアパス制度や研修制度、目標管理システム、人事異動スーパーローテーション制度を取り入れ、総合的な人事管理が行われている。
 16. 法人本部を中心に労務管理を行い、職員の勤怠や残業等を適切に管理している。ノー残業デイの設定やハラスメントに関するガイドライン等を整備し、働きやすい労働環境づくりに努めている。厚生労働省が定める子育てサポート企業である「くるみん認定」を受けている。施設長が各職員の勤務希望や働き方の希望、心身・家庭の状況を把握し、希望に添えるように調整を行っている。
 17. 新規採用職員については入職時オリエンテーションや育成担当者を選任し定期的に業務チェックや育成面談を実施している。総合職、非正規職員に対してそれぞれに合わせた研修体系やキャリアアップシステムを整えている。職員研修の一環としてスーパーバイザーの設置や外部講師を施設に招いた研修会やケースカンファレンスを実施している。
 18. 「人材育成マスタープラン委員会」を設置し、研修内容の検討や効果測定、講師の選出等を行っている。施設内に「研修委員会」を設置し経験年数や職務内容に応じて必要な支援を実施している。
 19. 法人として人材育成に力を入れており、法人で実施する研修、事業所内ごとの研修、外部での研修等、様々な研修に参加できる機会を設定している。職員一人ひとりの資格取得や研修履修状況が把握されている。資格取得支援として法人で実務者研修や介護福祉士や社会福祉士等の受験対策講座を開催している。
 20. 実習受入れについてのマニュアル等を整備し、社会福祉士や保育士等の資格取得を目指す実習生や介護等体験、インターンシップ等の学生を受入れていく。実習指導研修に参加した実習指導担当者を中心に、効果的な実習受け入れができるように勉強会を開催する等を行っている。

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
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。	a	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. 法人のホームページや全国経営者協会、WAMNET等のサイトで事業所情報等を公開している。毎年、法人として事業報告書の冊子を作成し、関係機関や利用者家族等に配布して情報公開している。第三者評価受診等を公表しているが、苦情・相談等に関する内容の公表は行われていない。 22. 「ボランティアの活動に際して」等の冊子や「ボランティア受入れ規程」「ボランティア登録カード」等を整備し、ボランティア担当職員も配置している。裁縫ボランティア等のボランティアを定期的に受け入れている。						

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
		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. 毎年開催する「つばさまつり」に地域の中学校から吹奏楽部を招いて演奏会を実施している。招く前に、利用者と職員が事前に学校を訪問し、事業所の事業紹介を行っている。重度な利用者が多い中で、地域のなじみのお店に外出することを支援計画に掲げている利用者もあり、地域との交流に取組んでいる。 24. 「ボランティアの活動に際して」等の冊子や「ボランティア受入れ規程」「ボランティア登録カード」等を整備し、ボランティア担当職員も配置している。裁縫ボランティア等のボランティアを定期的に受け入れている。 25. 関係機関の連絡先の一覧表を整備したり、利用者ごとのケースファイルに利用者を取り巻く関係機関の連絡先を記載して、常に連携が図れるようにしている。事業所単独では対応しきれないニーズに対しては、他の事業所や関係機関と連携して対応している。自立支援協議会等の外部団体と常に情報交換を行っている。 26. 法人として実施している子ども食堂の実行委員に職員が参加している。城陽市の事業所が共同で開催するイベントの「彩雲祭」で障害の理解を促すセミナーを開催している。地域の小学校での福祉教育の授業に、毎年職員を講師として派遣している。 27. 子ども食堂の開催、福祉教育の実施、福祉避難所の設置等の公益的な活動に取組んでいる。福祉避難所の指定を受けており、社会福祉協議会、自治会と協力して避難所開設訓練等の共同訓練を実施している。事業所の実践する強度行動障害の支援方法を他の事業所にアドバイスする等している。						

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	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。	a	a
		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. 法人の理念と基本方針である「7つの誓い」に障害のある本人を尊重する姿勢が記載され、毎年年度初めに職員全員で読み合わせしている。月間モニタリングで利用者一人ひとりへの支援状況を確認している。サービス担当者会議が「行動制限廃止委員会」の機能を持ち、個別の支援方法が職員行動規範から逸脱していないかを確認しながら支援方法の検討している。 29. 建物は男女別のユニットで構成され、居室も個室でプライバシーに配慮された住居になっている。「プライバシー保護マニュアル」「虐待防止・虐待対応マニュアル」が整備されており、事業所内で読み合わせを行っている。また、毎年、京都府主催の「虐待防止・権利擁護研修」に職員が参加し、事業所内で伝達研修を実施している。 30. ホームページ上で写真等を掲載して事業所の情報を開示している。希望に応じて、見学や体験利用を受け入れている。見学時の説明として、事業所の生活を紹介する動画を作成し、一日の流れをわかりやすく紹介している。 31. 利用開始前に利用契約書と重要事項説明書をもとに、本人及び家族や成年後見人に説明を行っている。必要に応じて動画やパンフレットを使い、障害のある本人が分かりやすいように工夫している。利用契約時に財務課職員が同席し、利用料金を含めた金銭面の説明を実施している。 32. サービス内容の変更や利用事業所の変更の際は、利用者支援サマリーや引継ぎ文書を作成し、ADLや支援手順等について支援担当者間で情報共有を行い、サービスの継続性を担保している。						

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
		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。	a	b
	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。	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。	a	a
		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
	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。	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. サービス担当者会議で毎年度末に利用者からニーズの聴取を行っている。また、自分の思いを言葉にできない方も多いため、「課題(ニーズ)の整理表」を使用して、利用者一人ひとりのニーズ把握を行っている。ニーズ調査の結果に基づき、支援計画を策定している。年に2回、ご家族や成年後見人に対してアンケートを送付し、意見や要望を聴取している。

34. 苦情解決の仕組みが整備されており、苦情解決の流れが事業所内のフロア入り口等に掲示されている。苦情等を受け付けた際は、会議やグループウェアで事業所全体に周知している。苦情内容や解決結果は公表できていない。

35. 「苦情解決の手順」が定められ、定期的に見直しを行っている。苦情の申し出があった際は、苦情受付票に苦情内容や解決策等を記録している。家族との懇談会のあとに、個別相談の時間を設けている。交換日記や絵カードなど、利用者一人ひとりに合わせたコミュニケーションツールを使い、利用者の思いや希望を聞き取るよう努めている。

36. 「苦情解決の手順」が定められ、定期的に見直しを行っている。苦情の申し出があった際は、苦情受付票に苦情内容や解決策等を記録している。家族との懇談会のあとに、個別相談の時間を設けている。交換日記や絵カードなど、利用者一人ひとりに合わせたコミュニケーションツールを使い、利用者の思いや希望を聞き取るよう努めている。

37. 感染症の標準予防策を基本としたマニュアルを作成して職員に周知している。インフルエンザ対応やノロウイルス予防・対応等の個別の感染症に対応するマニュアルも作成されている。看護師が講師となり新規採用職員を対象にした感染症予防・対応等についての研修を実施している。

38. 法人内に防火対策部会が設置され2か月に1回開催されている。事業所に防災委員が設置され、防災訓練の企画や実施、防災に対する取り組み等を行っている。「火災時の対応マニュアル」「BCPマニュアル」が策定されている。災害時の安否確認の方法についてはBCPマニュアルに定められている。消防署や地域の自治会と協働で防災訓練を実施している。

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-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
		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
	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。	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。	a	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
	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]

39. プライバシー保護や人権擁護等、福祉サービスの一定の水準を確保するための基本原則が定められた職員行動指針を策定し、年度初めに職員全員で読み合わせを行っている。サービスの水準を確保するため、日常的な業務の流れや留意点等を業務マニュアルに定めて適宜改定している。

40. サービス担当者会議で個別支援計画を策定している。事前のアセスメントを実施し、ニーズ整理票を用いて利用者のニーズ把握し、個別支援計画を策定している。個別支援計画は半年に一度モニタリングを実施して見直ししている。

41. サービス担当者会議で個別支援計画を策定している。個別支援計画の策定に際しては事前のアセスメントを実施し、ニーズ整理票を用いて利用者のニーズ把握を行っている。個別支援計画は半年に一度モニタリングを実施し、見直しを行っている。

42. PCソフトを使用して支援内容や利用者の様子を記録している。記録は支援計画に基づいた内容となっている。記録の書き方についてはマニュアルを整備するとともに、新規職員を対象に法人内研修を実施している。毎月のサービス担当者会議で、支援状況の確認や利用者の情報共有している。

43. 「個人情報管理規程」に記録の保管等について規定が定められている。「個人情報保護に対する基本方針」に基づいて、障害のある本人や家族に説明を行っている。法人内部研修で個人情報保護についての研修や記録の書き方の研修を実施している。

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。	a	a
	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. 外部の訪問美容師に来てもらい、希望する髪形を伝えるためにヘアカタログを活用する等して散髪の支援をしている。外部の理容店に行くことを希望する利用者には職員が付添いし支援している。衣類の購入や洗濯等を利用者が自分でできるように支援している。</p> <p>45. サービス担当者会議の中に「虐待防止委員会」を設置し、虐待防止についても協議している。毎年、年度末に利用者様の権利擁護のための職員セルフチェックリストで、支援者自身の支援姿勢について振り返りを行っている。</p> <p>46. 利用者の特性に応じた生活環境の整備や、障害特性に応じてPECSやイラストを用いたコミュニケーション支援を行っている。地域に対して小中学生を対象とした人権学習等の啓発活動を行っている。散歩時等で近隣住民との日常的にコミュニケーションを図っている。</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]					
<p>47. 言語コミュニケーションだけでなくPECSや絵カード等の視覚的ツールを使用したコミュニケーション支援を行っている。必要に応じて交換ノートを活用して利用者との意思疎通を図っている。利用者がコミュニケーションの幅を広げるための支援としてPECSトレーニングを実施している。</p> <p>48. 利用者の思いを汲み取るために、利用者の障害特性に応じて交換ノートや手紙、イラスト等を活用し、コミュニケーションがうまく取れるように工夫している。利用者のニーズを職員間で共有し、支援方法が統一できるようにしている。</p> <p>49. 強度行動障害支援者養成研修への参加や事業所内で「自閉症の特性理解」等の研修を実施して、知識の向上や支援力の強化に努めている。支援にあたっては専門家からスーパーバイズを受けている。</p> <p>50. 個別支援計画や栄養ケア計画、一人ひとりの利用者のアセスメントに基づいて、クッキー作業、裏山活動、花の水やり、シュレッター作業、ドライブ等の日中活動の支援を行っている。利用者の高齢に伴う身体能力の低下に合わせて、日中活動を工夫している。</p> <p>51. てんかん発作時に転倒してもけがをしないような居室づくりを行う等、利用者一人ひとりの障害特性やニーズに合わせた環境整備に努めている。また、修繕計画にもとづいて事業所内を車いすで移動できるようにバリアフリー化を計画的に進めている。</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- (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]					
<p>52. 加齢に伴う身体機能の低下が見られる方を対象に、外部の病院や法人内の診療所や通所リハビリの理学療法士等と連携して機能訓練等の支援を行っている。日常生活の中で、利用者自身が自分でできる身体機能維持の取組を整備している。</p> <p>53. イラストを使用した身だしなみのガイドラインを作成し、身だしなみ意識を向上していただけるよう取り組んでいる。必要に応じて今後の生活の選択肢を増やすために他事業所の見学を実施している。行事への参加の有無や外出先を利用者が選択できるようにイラストや写真を使用して支援している。</p> <p>54. 支援職員と看護師が連携しながら、日常的な健康状態の把握を行っている。体調不良時には、法人内の診療所や地域の医療機関に受診する等の支援をしている。継続的な処置対応が必要なケースについては、書式を作成して職員間で情報共有している。定期的に内科と精神科の健康診断を実施している。</p> <p>55. 法人内診療所（内科、精神科、歯科）があり、利用者が定期に受診できるように支援している。事業所の看護師と法人内診療所が連携して医療的支援を行っている。服薬管理マニュアルや薬の取り扱いに関するルールを策定し、服薬に関する事故防止に努めている。</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-(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。	a	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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

56. 利用者に地域移行の希望を聴取し、必要な場合はグループホーム等の見学を行っている。他事業所への移動が必要な場合は支援者間での情報共有や支援方法の引継ぎを行い、見学等を踏まえた上でスムーズな移行と支援の継続性が担保できるように配慮している。
57. 毎月、保護者会を開催し、事業所からの情報提供と保護者からの質問や相談への対応を行っている。年に一度、保護者懇親会や保護者交流会を開催し交流を深めている。毎月「つばさだより」を保護者に送付している。保護者からの希望があれば随時個別面談を実施している。
58. 利用者それぞれが持つ能力に合わせてクッキーづくりや花の水やりやシュレッター等の軽作業、自立課題への取組み等を行って頂き支援している。日常生活においても配膳や清掃等の役割分担を行っている。

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-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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

--	--	--	--	--	--