

[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	障害者支援施設あゆみが丘学園	施設種別	生活介護・施設入所
評価機関名	一般社団法人 京都社会福祉士会		

令和3年4月16日

総 評	<p>あゆみが丘学園は、昭和60年に定員60名で開園し、障害福祉制度の改正により支援費制度、障害者自立支援法への移行を経て、現在は障害者総合支援法に基づき施設入所支援、生活介護、短期入所、日中一時支援、特定相談支援等の事業を運営しています。高齢化する利用者に対しては、平成8年に定員20名の「ブナの木寮」を増設し、利用者の状態に応じた支援を行っています。</p> <p>法人理念「安全に生活できる施設」、「安心して生活できる施設」、「安楽に生活できる施設」の下、ハード面では、これまでの本館耐震化・増改築工事、土砂災害防止のための擁壁新設に加え、本館階段周辺の転落防止柵の設置や廊下の冷暖房整備、高さ調整可能な食事用テーブルの導入等、利用者が安楽に過ごせる環境整備に努めておられます。ソフト面においては、利用者が自発的に意思表示できるようなコミュニケーション手法に取り組み、リサイクル活動や洗濯清掃活動、刺繍活動、リハビリ・レクリエーション活動等の日中活動を通して、利用者一人ひとりのできることを引き出す支援を工夫されています。</p> <p>今回の第三者評価では、利用者の「安全」、「安心」、「安楽」に資するべく積極的な姿勢で取組まれていることが確認できましたが、前回平成29年度の評価時同様に事業計画策定においてPDCAサイクルのプロセスが確認できませんでした。以下、厳しい評価もありますが、事業所の強みを活かし、再度組織的に取組まれることを期待します。</p>
-----	---

特に良かった点(※)	<p>○職員の質の向上に向けた体制 サービス管理責任者、相談支援従事者、強度行動障害研修修了者等の確認表を作成し、職員が必要な研修を受講できるように管理されています。また、個々のキャリアアップに対する目標を把握し、スキルアップできるような体制を構築しておられます。</p> <p>○利用者の意思を尊重するコミュニケーション支援 言語を通してコミュニケーションを取ることが難しい利用者が、自発的に意思表示できるためのコミュニケーション手法として写真や絵を用いてコミュニケーションを図るペクス（PECS）を導入されています。職員全員が研修を受講した上で、利用者一人ひとりの理解度に応じたフェーズ分けにより日々取組みが行われ、写真を指差しで意思表示できるようになった利用者がおられるとの事でした。利用者の自立支援に向けて一つひとつ取組まれています。</p> <p>○地域との交流 地域との交流が難しい立地環境にありますが、地域交流委員会を通して、地区の区長会で施設紹介や施設の協力姿勢を伝えたり、地域イベントへ利用者と共に参加したり、また施設行事に地域住民の参加を呼び掛ける等、地域との交流が図られるよう取組まれています。施設の広報誌「しらさぎ」の他に近隣地域に配布する「歩み通信」を作成し、施設の活動を紹介する等もされており、地域に開かれた施設となるよう根気強く、積極的に取組まれる姿勢は、高く評価できます。</p>
------------	---

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の策定・評価・見直し</p> <p>中・長期計画を策定されていますが、中・長期計画を踏まえた単年度計画の策定が行われていません。また、単年度計画作成に関して、PDCAサイクルに基づくプロセスが確認できませんでした。単年度計画は、中・長期計画とリンクさせ、具体的に評価できる行動計画となる内容で策定できるよう計画策定の仕組みの再構築をお願いします。</p> <p>○プライバシー保護等に関する規程・マニュアル整備</p> <p>各種規程・マニュアルは整備されていますが、利用者の人権尊重に対するプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアルが整備されていません。また、各手順書も職員目線での作業手順が作成されています。職員の作業手順や効率化のみならず利用者目線に立ち、利用者の尊厳が守られるよう配慮されたマニュアルの作成、また倫理綱領の整備をお願いします。</p> <p>○実習・ボランティア受入れマニュアル整備</p> <p>介護福祉士や社会福祉士の実習指導者がおられ、実習生等の受入れをされています。行事手伝い等でボランティアの受入れも行っておられますが、実習・ボランティアの受入れマニュアルが整備されていません。受入れマニュアルは、事業所の受入れに関する基本姿勢や相談窓口等を外部に伝えるツールとなり、また内部においても、受入れ姿勢や受入れ対応手順を職員間で共有し、統一した対応を行うために必要なものと考えます。実習受入れに関しては実習指導者講習会テキスト等を参考にされ、各受入れマニュアルを整備されることをお勧めします。</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	障害者支援施設あゆみが丘学園
施設種別	生活介護・施設入所
評価機関名	一般社団法人 京都社会福祉士会
訪問調査日	令和2年12月24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。	b	b

[自由記述欄]
1. 理念はホームページ、パンフレット等に明示し、理念に基づき事業計画を立案しています。保護者会を年1回開催し、理念についても説明していますが、周知状況を確認する等の継続的な取り組みは行えていません。また、利用者等にわかりやすく説明した資料は作成しておらず周知していません。

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。	c	b
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	c	b

[自由記述欄]
2. 事務部門の管理職を中心にコスト分析したデータ作成を進めています。中・長期計画は作成していますが、各年度の事業計画に反映していません。
3. 経営状況に関しては、管理者会議でコスト削減について検討し、職員会議で職員に周知しています。また、各種委員会を設け、委員会ごとに予算を編成しています。委員会ごとにコスト削減に取り組んでいますが、見える形とはなっていません。

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。	b	b
		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。	b	c
	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。	b	c
		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。	c	c

[自由記述欄]
4. 中期を3年、長期を10年計画として、中長期計画を策定していますが、具体的な数値目標がなく、評価分析、実行可能な計画とはなっていません。収支計画は作成していませんが、コスト削減のため事務部門の管理職を中心にコスト分析したデータ作成を進めています。
5. 中・長期計画は管理職が作成し、単年度事業計画は委員会や各部署が作成しているためにリンクしておらず、中長期計画の内容が単年度計画に反映していません。
6. 単年度事業計画は委員会や各部署が作成していますが、数値目標を設定しておらず評価は行っていません。また、平成31年度事業計画と令和2年度事業計画が酷似しており、前年度の実施状況や結果に基づいて作成した内容とはなっていません。
7. 年1回5月に開催する保護者会総会にて口頭で紹介していますが、一部に留まっています。総会欠席者への説明も行っていません。

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。	b	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。	b	b

[自由記述欄]
8. 中長期計画作成部門や第三者評価委員会を組織化しています。また、各種委員会として9部門を設け、目標・計画を立てています。しかし、平成31年度事業計画と令和2年度事業計画が酷似しており、PDCAサイクルに基づく内容とはなっているとは言えません。
9. 前回の第三者評価受診の結果を施設長が職員会議で報告しています。評価において指摘のあった中・長期計画の作成、地域へのアプローチの弱さに対して改善の取り組みを行っています。職員間での課題共有を行うため評価委員会を設けて、今回の受診をしています。改善指摘のあった規程については改善できていません。

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	b
		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。	c	b
	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。	c	b
		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。	c	b

[自由記述欄]

10. 「施設管理規程」に役割と責任について明記していますが、職員への周知は図っていません。職員会議では所信表明していますが、経営・管理に関する方針と取組が明確ではありません。
 11. 管理者は、京都府社会福祉法人経営者協議会や京都知的障害者福祉施設協議会などが実施する研修に参加しています。職員タイムカード打刻場所に法令周知のための掲示を行っています。管理者が把握すべき法令等のリスト化は行っていません。
 12. 管理者は、虐待防止委員会、安全委員会の委員長として委員会に参画し、研修企画等を行っています。また、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を行っていますが、リーダーシップを十分に発揮できていません。
 13. 管理職会議を月1回開催しています。管理者は、最低賃金が上がったことを踏まえた報告を理事会で行い、承認を得て4月から適用するなどの取組を行っていますが、コスト分析は事務部門の管理職を中心に、人員配置は部長が職員のバランスを見て調整しているため、管理者は行っていません。

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。	c	b
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	b	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. 定年退職を見越した退職者の把握を行い、年2、3人の採用を計画しています。採用に向けては、PR動画を作成しています。新規職員を対象としたOJTの取り組みを1年間かけて実施しています。資格取得のため、先輩介護福祉士がサポートしたり、取得後の資格手当を整備するなど、資格取得支援・確保策を講じていますが、福祉人材育成のための具体的な計画の強化が必要です。
 15. 等級制度・コース別等級基準を設け、期待する職員像を明確にしています。キャリアパスと人事考課を連動させています。
 16. 安全衛生委員会を設け、職員のメンタルヘルスに関する研修などの取り組みを実施しています。共済会への加入や年1回の親睦会などを実施しています。

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。	b	b
		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	b

[自由記述欄]

17. 等級制度・コース別等級基準を設け、期待する職員像を明確にしています。また、年2回の個別面談を実施しています。面談シートには、職員一人ひとりの目標を設定し、評価する仕組みを設けています。
 18. 単年度事業計画に研修計画を盛り込み計画的に実施しています。単年度計画は前年度と同じ内容であり、研修内容、カリキュラムの見直しは行っていません。
 19. 職員の資格取得、研修受講状況を一覧にして把握しています。研修受講一覧は職員全員で共有し、研修受講希望者を把握しています。OJT委員会による新規採用職員に対するOJTの取り組みを実施しています。
 20. 実習指導者は介護福祉士、社会福祉士の実習指導者養成研修を受講し、京都府の取り組み「福祉人材即戦力養成」の実習受け入れや高校生の実習を受入れています。マニュアルやプログラム等は作成していません。

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. ホームページや広報誌「しらさぎ」に予算、決算報告を掲載し、公開しています。また、地区の区長会に参加して、事業所の理念や役割について説明し、地域に向けた広報誌「歩み通信」に事業所の活動を掲載し、配布しています。しかし、第三者評価や苦情、相談の内容、改善・対応状況は公表していません。
 22. 事務分掌に事務、経理に関する職務分掌、権限等を記載しています。年2回内部監査を実施し、月1回公認会計士のチェックを受けています。収支状況は監事のチェックを受けて管理職に報告し、適正な経営、運営の取り組みを行っています。

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。	b	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。	c	c
	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。	b	b
	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。	c	b
		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。	c	b

[自由記述欄]

23. 地域交流委員会で年間目標を定めて地域交流に向けて取り組み、年度末に評価しています。職員が地区の区長会に参加して施設の内容や取り組みを伝えています。地域のイベント「蛍の夕べ」や大宮町主催の「生き生きフェスタ」に利用者と職員が参加しています。地域の「クリーン作戦」に毎年参加することや施設の納涼祭に地域住民の参加を呼びかけて、交流の機会を設けています。
 24. 施設行事の際はボランティアを受け入れており、中学校の体験学習も受け入れていますが、ボランティアの受け入れに関するマニュアル等の整備やボランティアに対しての研修等は実施していません。
 25. 地域の関係機関や社会資源は市からの社会資源マップを活用して、職員で情報共有しています。相談支援事業所と連携を図っていますが、地域のネットワーク化を図るまでには至っていません。
 26. 施設で7月に納涼祭、10月に学園祭のイベントを開催し、地域住民との交流の機会を設けています。また、京丹後市と法人で災害時の避難場所の協定を取り交わしています。しかし、地域住民に役立つ講演会の開催や住民が自由に参加できる支援活動の実施、地域活性化に向けた取り組み等は実施に至っていません。
 27. 京丹後市福祉サービス事業者協議会障害者福祉部会に参加し、関係機関とのケース会議に参加して地域福祉ニーズの把握に努めていますが、計画等への具体的な事業・活動の明示は行っていません。更生保護女性会との交流を行い、地域貢献の活動を実施しています。

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。	b	b
		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。	b	b
	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。	b	b
		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。	b	b

[自由記述欄]

28. 虐待防止委員会主催で園内研修を実施し、3か月ごとに人権に配慮したセルフチェックを行い、統計を取り分析を行って職員に周知しています。運営方針に人格尊重に関して明文化していますが、倫理綱領は策定していません。
 29. プライバシーと権利擁護に配慮した文言「支援にあたる前の心掛け」を唱和し、職員の意識を高めています。居室にカーテンを設置する等、環境にも配慮していますが、プライバシー保護の規定やマニュアルは整備していません。また、研修も行っていません。
 30. 利用希望がある場合は、個別に見学や体験入所を受け入れています。施設紹介のパンフレットを作成していますが、公共の場に設置はしていません。また、利用希望者への情報提供方法の見直しも実施出来ていません。
 31. 利用開始にあたっては、重要事項説明書、利用契約書で説明していますが、利用者が分かりやすい工夫や配慮までは行えていません。また、意思決定が困難な利用者への説明について配慮を行っていますが、ルール化してるとまでは言えません。
 32. 事業所変更や家庭への移行はほとんどありませんが、必要に応じて相談支援事業所と連携して引き継ぎを行っています。移行の手順や引き継ぎ書は定めていません。

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。	b	b
		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	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。	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
	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. 利用者のニーズは、生活班の担当職員が日常的な声掛けや普段の様子からニーズをくみ取り、個別支援計画書作成時に利用者とサービス管理責任者、担当職員で面談を行い確認しています。利用者の自治会活動等はありません。
 34. 苦情解決システム要綱を整備し、苦情対応についての掲示をしています。また、職員会議で報告を行い、職員に周知していますが、アンケートの実施や苦情内容、改善方法についての公表は行っていません。
 35. 意思疎通が困難な利用者に対して、意見をくみ取る為に、選択肢を提示して写真やメニューで選ぶことができる工夫をしています。しかし、相談対応のマニュアル策定やアンケート等の相談、意見を把握する取り組みは行っていません。
 36. 安全委員会を設置し「事故発生時対応マニュアル」「緊急時対応マニュアル」を策定しています。支援会議や職員会議で内容の見直しをしています。報告書を事故、ヒヤリハットに分けて、発生要因、対応策を検討しています。緊急時持ち出しファイルを作成し、緊急時には利用者の状態を的確に伝えられる様にしています。
 37. 感染症対応マニュアルを作成し、感染症対策委員会で定期的に見直しをしています。改訂された箇所を赤字で印字し、わかりやすくしています。年1回研修会を実施し、職員会議で注意喚起を行っています。利用者の基礎疾患に応じた取り組みをしています。
 38. 風水害地震等の項目に分けて、防災マニュアルを策定し、行動フローを作成しています。利用者、職員の安否確認の方法を定めて、一斉メールや災害用伝言ダイヤルを利用できるように運用実験を行っています。京丹後市と非難施設の協定書を交わして、地域における社会資源の役割を担っています。

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。	b	b
	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	b
	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。	b	b
		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。	b	b

[自由記述欄]

39. 福祉サービスの一定の水準を確保するため、排泄・食事・入浴・服薬等の業務マニュアルを作成し、半年に1回見直しを行っています。業務マニュアルには、プライバシーの保護に関わる姿勢の明示がありません。また、実施方法について確認する仕組みがありません。

40. サービス管理責任者が、利用者や担当職員に聞き取り、ニーズを把握し、個別支援計画を策定しています。「個別支援計画書マニュアル」に沿って半年に1回見直しを行っています。利用者支援について、リーダー会議や主任会議を通して多職種協議しています。

41. 個別支援計画に基づき各ホームで支援を行っています。特に行動障害のある利用者においては、計画変更の必要が生じれば、適宜担当職員がサービス管理責任者に相談し、変更していますが、見直しの際に福祉サービスの質の向上に関わる課題等を明確に示した記録はありません。

42. 個別支援計画に基づいて支援を行った記録はパソコンの記録ソフトに入力し、パソコン内で管理・共有しています。日々の伝達事項はパソコンやホワイトボードに記載して申し送り、毎月の職員会議や支援会議で情報共有していますが、必要な情報が全職員に的確に届くような仕組みとしては不十分です。利用者の食事や口腔衛生、リハビリ等に関する協議・検討は、介護リハビリ委員会において部門横断で行っています。

43. 個人情報の取扱い方法は、新人研修等を通して職員に周知・指導を行っています。利用者に関する記録は、「個人情報管理規程」や重要事項説明書にて取扱い方法を定め、利用者や家族の同意を得ていますが、記録管理責任者は設置していません。情報開示請求への対応方法も明確ではありません。

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。	b	b
	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 誰もが当たり前前に暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。	b	b

[自由記述欄]

44. 衣類購入や理美容の希望がある利用者には必要に応じて支援を行っています。新型コロナウイルス流行以降は、利用者には色柄を見てもらいインターネットで衣類を購入する方法も活用しています。趣味の支援としてゲーム機やタブレットを貸し出ししていますが、生活に関わるルールや利用者本人の権利について利用者と話し合う機会はありません。

45. 虐待防止委員会を設置し、権利擁護や不適切な支援について検討しています。今年度は、啓発文を食堂や掲示板に掲示し、利用者へも周知を図っています。職員に向けては、不適切なケアに関するアンケートやセルフチェックシートを用いた意識調査を年3回実施し、権利侵害防止と理解促進に向けて取組んでいます。身体拘束については、定期的にカンファレンスを実施し、改善に向けて検討しています。有事に所管行政へ届出・報告するための手順や再発防止策等の検討や実践を行う仕組みは、明確化できていません。

46. 社会参加の一環として、地域イベントへの参加意向を確認し、希望がある利用者には参加して頂いています。食事環境について、他利用者と一緒に食事することが苦手な利用者には、仕切りを設けた個別スペースの確保や食事時間をずらす等の配慮を行っています。地域社会に向けて、障害理解や障害特性の理解・共有を図る取組は行っていません。

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。	c	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生活支援及び日中活動の支援を行っている。	a	b
	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. 言語的コミュニケーションを取ることが難しい利用者の自己決定を促すための取組として、写真や絵を用いてコミュニケーションを図るペクス(PECS)を導入し、利用者個々の状態に合わせて取組んでいます。ペクスにより、写真を指差して意思表示できるようになった利用者もおられます。

48. 利用者が話したいことや困ったことがないか、担当職員が常日頃から気に掛け、利用者に声をかけています。行事メニューの際にはメニューの絵や写真を見せて、利用者が食べたいものを指差して選択できるよう支援しています。サービス管理責任者と相談し、相談内容を個別支援計画に反映しています。

49. 職員は専門知識習得のため、順番に強度行動障害基礎研修や実践研修を受講しています。月1回支援会議でケーススタディを行い、個別支援の取組を書面で共有しています。特に行動障害のある利用者に関しては、支援方法を個別の「支援手順シート」にまとめ、支援方法を検討し、その都度改善しています。

50. 食事、排泄、入浴は個々の状態に合わせて支援を行っており、日中活動は利用者に希望を確認した上で、一人ひとりが行える作業内容や回数を検討・調整し、活動支援を行っています。加齢や障害、状態変化で移動がしにくくなった利用者には、連携している病院の理学療法士に相談し、状態に応じた歩行器の選定を行う等、助言を得ながら支援を行っています。新型コロナ禍にあっては、リフレッシュが必要な方にはドライブや散歩の機会を支援しています。ただし、地域の様々な日中活動の情報提供や必要に応じた利用支援は行えていません。

51. 令和元年度末には、身長や車椅子使用有無等の身体状態に応じて調整が行える木製テーブルを購入し、食べやすい姿勢で食事が摂れる環境整備を行いました。令和2年度は、廊下にエアコンを設置し、居室から食堂やトイレ、ダイニングへ行く間も快適に過ごせるよう生活空間の環境整備を図りました。前回の第三者評価訪問調査以降、相部屋には仕切りを設け、プライベート空間を確保できるように配慮しました。また、一人部屋を希望される利用者の「移動希望者待機者リスト」を準備して個々のニーズ把握に努めています。

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。	b	b
	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. リハビリ委員会を設置し、利用者個々の状態に応じた機能訓練や生活訓練を検討しています。機能訓練は、主治医指示書により近隣の医療機関より理学療法士に来てもらい、個別機能訓練プログラムを計画し、実施しています。個別機能訓練プログラムは、個別支援計画のモニタリング時期に合わせて評価・見直しを行っています。

53. 地域の行事や小中学校の行事があれば利用者に紹介し、希望を聴取し、参加できるよう支援を行っています。外出や外泊は、利用者の希望を確認し、家族に相談・確認の上、支援を行います。社会参加や学習意欲を高めるための支援や工夫は行えていません。

54. 嘱託医による健康相談を月に数回実施している他、毎朝健康チェックを実施し、健康状態の把握に努めています。体調不良等が見られる場合は、看護師に連絡し、嘱託医の指示により対応しています。職員は年1~2回健康管理等に関する研修を受けており、令和2年度は、看護師から正しい検温・血圧測定の仕方、言語聴覚士からは口腔ケア、近隣薬局の薬剤師による研修を行いました。

55. 安全委員会を設置し、安全確保のための体制を整備しています。ストマ管理が必要になられた利用者に対しては、支援会議で医務から必要なケアのレクチャーを受け、職員は支援にあたっています。服薬に関しては、服薬マニュアルを整備し、個別に服薬支援を行っています。施設の体制上、経管栄養での食事管理が必要な場合は他施設を案内しています。

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。	c	c
	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。	b	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	b
		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	b

[自由記述欄]

56. 地域性や障害特性により施設の生活に満足されている利用者が多く、地域生活への移行を希望される方が殆どおられないため、情報提供や支援は検討していません。

57. 毎年5月頃に保護者会を開催していますが、令和2年度はコロナ感染拡大防止のため中止し、利用者に手紙を書いてもらい必要な書類と一緒に送付する形で対応しました。家族等への連絡は、利用者の担当職員が行う他、外泊やリサイクル回収で家族に出会う際に情報共有・意見交換を行っています。夏や冬、ゴールデンウィーク等の帰省期間には、学園での様子や自宅での留意点等を記載した「帰省連絡簿」を家族等に手渡しています。令和2年度からは、LINEでビデオ通話できるよう端末3台を整備しました。

58. 利用者一人ひとりの活動・生活する力や可能性を引き出すためのコミュニケーション手段として、ペクスを取り入れ、まずは意思表示ができるよう取組んでいます。また、「片づけをする」等、利用者一人ひとりが実施可能な目標を設定し、実施すれば「○」を付け、目標を達成すれば希望のもの（菓子など）が受け取れる等の工夫を行い、皆が意欲的に取り組めるようにしています。障害特性から、地域の企業や関係機関、家族等との連携・協力のもと行っている活動はありません。

59. 就労支援までは行っていませんが、はたらくことや活動・生活する力への支援として、洗濯清掃活動、リサイクル、刺繍の作業グループに分かれて、活動を行っています。参加回数により工賃を支払っていますが、工賃に関して利用者・家族等に書面での同意は得ていません。

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。	—	—

[自由記述欄]

対象の事業はありません。