

## 総合評価

受診施設名	障害者支援施設 円	施設種別	施設入所支援、生活介護 (旧体系： )
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4年4月14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」を掲げるとともに職員のめざすべき行動基準として「7つの誓い」を掲げ、横断的に社会福祉事業を行ってきました。</p> <p>2015年に定めた「ネクストビジョン2025」の行動計画である中期経営計画2020を終え、SDGs（持続可能な開発目標）を視野に入れた「中期経営計画2025」を策定し、「経営の持続性」と「地域共生社会の実現」を両立するための実践を進めています。また、法人の取り組みとして「きょうと福祉人材育成認証制度・上位認証」を取得し、積極的に福祉職場の魅力を発信しています。</p> <p>平成17年に開設した「障害者支援施設 円」（入所定員62名・短期入所定員2名）は、障害が重くて意思表示が困難な方や、比較的高齢の方、生活の全般にわたって細やかな支援を必要とされる方など幅広い受け入れを行っています。2階立ての生活空間に、中庭を廻る全室個室の居室を配置しています。1階には、身体的に介助が必要な方、2階には行動障害がある方が中心に生活しています。</p> <p>施設の特徴としては、日中活動と生活の分離をして日中活動としては、主にボルトナット締めや堆肥作り、運動や軽作業等の療育活動、粘土・音楽などの表現活動等に分かれて活動しており、重度な利用者に対しても何かの活動に参加して頂くように取組まれていました。また、社会交流・社会参加の機会を大切にしており、たい肥作りを通じて地域とつながりやイベントへの参加や個々のニーズに応じた外出の機会を持っていました。</p> <p>日常的な生活支援については、個別に事業所独自のマニュアル（「支援について考えるキーワード」、「意思決定の支援の手順書」等）を定め、様々な場面で写真や絵カードを使うなどその人に応じたきめ細かい支援を行っています。また、サービス向上員会を設置してチェックリストを活用した取り組み、外部のスーパーバイザーの導入や施設内研修において実践的な研修を行うなどよりよい支援を目指そうという姿勢は高く評価できます。</p> <p>個別支援計画の策定についてもプロセスにおいて利用者の声を反映する仕組み、専門職との連携、計画に基づく記録の徹底がなされてきました。</p> <p>重度の利用者の方々の、地域での具体的な生活を実現していくために、これからもますますの活躍に期待しております。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>Ⅲ-1-(1) 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></p> <p>法人「職員倫理綱領」、円「職員行動規範」を定めるとともに入職1～5年目までのフォローアップ研修プログラムとして取り上げています。事業所としても「支援について考えるキーワード」及び入浴や排せつ、食事介助等支援内容ごとにマニュアルを策定し、本人を尊重した支援の徹底を図っています。また、サービス向上委員会で「利用者対応チェックリスト(半年に一回実施)」を用いて職員相互チェックを行い、意識化を図っています。あわせて施設内研修で利用者対応のグループ検討を行い、ディスカッションの機会を設けて深めています。</p> <p><b>Ⅲ-2-(2) ①②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。</b></p> <p>「円利用者アセスメント表」「サービス利用計画書」を整備し、責任者はサービス管理責任者としてしています。初期アセスメント(担当者中心で作成)では必要に応じて看護師・栄養士等専門職とも連携しています。「円個別支援サービス計画書の作成」マニュアルで作成時期、手順、会議、保管、周知等の方法が定められています。副担当制により複数職員で検討、評価会議に看護師、栄養士等も入り協議する仕組みとしています。</p> <p>モニタリングは半年(前後期)に1回実施し、計画を変更した場合はサイボウズで職員に周知を図り、「サービス計画書」にかかる重点課題にまとめて具体的な支援目標を職員室に掲示しています。</p> <p><b>A-1-(2) 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></p> <p>虐待に関する通報先を掲示板に掲示して利用者に周知しています。自治会で利用者向けに「人権標語」という形で具体的に分かりやすく伝えています。(叩かれたり、きつい言葉を言われたら職員に言う等)</p> <p>職員研修は年間に基づき実施しています。また、利用者対応チェック表で職員の相互チェックを行い、サービス向上委員会でチェックリスト結果の評価を行っています。法人において「身体拘束に関するガイドライン」、「虐待防止・虐待対応マニュアル」を策定し、通報に関する手順も明記しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>特になし</p> <p>※評価項目外ですが、定期的に保護者会を開催して家族等との交流を図っていますが、成人施設でもあり、名称について検討されてはいかがでしょうか。</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 円
施設種別	生活介護・施設入所支援・短期入所
評価機関名	一期一会
訪問調査日	2021年3月29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が明文化され、ホームページ、事業報告書に掲載されている。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。新採研修及び毎年4月のスタッフ会議で説明している。4月の保護者会で事業計画と合わせてお話しするようにしている。利用者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するとともに自治会を通してより具体的な内容に変えて伝えている。					

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. 理事長が全国社会福祉協議会、全国社会福祉施設経営者協議会等を通して把握した情報を施設長会議で伝達している。3～4か月に1回法人各事業の収支状況を集約して施設長会議で確認している。分析した内容は中長期や単年度の事業計画に反映している。地域の利用ニーズ等の把握は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. 報酬改定への対応が大きな課題であり対応するためのプロジェクトチームを設置し、改訂に対する対応を検討している。職員体制は例年2、3月に本部と協議して調整している。賞与関係の要望も本部にあげて検討を行っている。（昨年度はエアコンを入れ替えた） 2ヶ月に1回の施設長会議で経営状況等の分析を実施するとともに稼働率、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。					

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. 法人において長期ビジョン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等で見直しを行っている。 5. 法人・事業所それぞれに単年度の事業計画を策定している。内容は中長期計画の「4本柱」とリンクして、それぞれに対する具体的な計画を立案するようにしている。 6. 各年度の事業計画に対する評価アンケートを職員から集約し、その結果を管理職が取りまとめ、内容を活かして次年度の事業計画を策定している。 単年度事業計画についても施設長会議で進捗状況の確認・評価・見直しがPDCAサイクルで実施されている。2か月に1回、スタッフ会議で「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. 利用者には自治会において資料（かみ砕いた内容）をもとに説明をしている。家族には「まどかだより（毎月発行）4月号に掲載し送付している。					

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】						
<p>8. サービス向上委員会を組織して質の向上に向けた取組を検討している。毎月の「強化項目」を定め、職員室に掲示をして全職員で取り組んでいる。「利用者対応チェックリスト」を前後期で実施をし、課題を上げ、スタッフ会議で検討をしている。法人本部でもセルフチェックリストを別途実施して、職員に周知している。</p> <p>9. 第三者評価の結果についてはスタッフ会議で周知している。前回の受診結果の改善事項については具体的に改善を図った。(苦情の公表、支援計画に基づく記録など)「利用者対応チェックリスト」の取組は6年ほど行い、具体的な改善につなげている。(呼称の問題や入室時のノック、プライバシー保護への配慮等。)</p>						

## 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。	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-(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】						
<p>10. 「円職員役割分担」で施設長の役割を明確にしている。また、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。役割分担表は全職員に配布している。組織図は事務所に掲示している。「まどかだより」の年度初めや新年号で役割や責任を表明している。施設長は常に携帯を所持し連絡が取れる体制を取っている。非常時についても「役割分担」に明記されている。</p> <p>11. 管理者は知的障害者福祉施設協議会等の研修への参加、ワムネット等での情報収集に努めている。法人内研修を開催し、職員に対して遵守すべき法令等の周知を行っている。また、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「遵守すべき法令リスト」を作成して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。</p> <p>12. サービス向上委員会を組織し施設長も参画して具体的なサービスの質の向上や改善につなげている。「利用者対応チェックリスト」にかかる個人面談等を通して職員の意見を把握している。法人内、施設内研修を実施しており、外部の研修にも積極的に参加できるようにしている。</p> <p>13. 施設長会議での定期的な検討や報酬改定のためのプロジェクトチームの設置して課題分析を行っている。職員体制が厳しい状況の時にフロアごとの配置を見直す等状況に応じて取り組んでいる。(男性職員の育児休暇取得事例も出てきている。)</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
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】						
<p>14. 法人「七つの誓い」が人材確保・育成の基本となっている。採用に関し、GKM(がくえん魅力発信チーム)を組織して採用活動や施設からの魅力発信を行っている。介護福祉士・社会福祉士の受験対策講座の開催や初任者・実務者研修を開催し、資格取得の支援を行っている。資格取得がエキスパート昇格の要件となっている。「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。</p> <p>15. 「七つの誓い」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。また、採用パンフレット等にも明記されている。定期的に法人総務が施設長より聞き取りを行い次年度の体制に反映していくという流れになっている。昇格制度としては資格・年数により試験を実施し、合格することで昇格していく制度となっている。キャリアアップシートによる目標管理制度を実施している。今年度よりパソコンによる管理をすることとなった。(カオナビの導入)</p> <p>16. 有給取得や時間外労働をデータで確認し状況を把握している。法人本部で一か月の勤務状況をデータ管理、あまりにも時間外が出ている場合は個別にやりとりをして調整している。月1回「NO残業デー」を設定している。定期的にストレスチェックを実施するとともに産業医と契約をして相談ができる体制を取っている。民間社会福祉施設職員共済会に加入している。法人内保育所を整備している。くるみん認証を受けている。</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
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。	A	A
[自由記述欄]					
17. 「7つの誓い」に基づいた研修体制が構築されている。職員一人ひとりの育成に向けてキャリアアップの仕組み、「顔ナビ」を活用した目標管理の仕組みがあり、育成担当者による育成面談も実施されている。(育成担当者は年度初めに決定する。) 18. 「7つの誓い」に基づき階層別研修の仕組みがある。施設内研修計画は施設内の研修委員会で検討して策定している。外部研修にも積極的に参加させている。 19. 資格取得状況を事業所で把握し、資格取得の意志の確認をし法人開催の講習案内や受講支援を行う仕組みがある。外部研修は本人の希望も聞きながら受講を進めている。業務として参加した研修は報告をしてもらっている。年度初めに育成担当者を決めて、OJTを進めている。階層別研修、施設内研修、外部研修を受講する機会がある。 20. 実習生は法人が窓口となり、施設へ割り振りがある。社会福祉士、保育士等の受け入れを行っている。受け入れマニュアルの整備を行うとともに実習時のオリエンテーションを実施している。					

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
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	A
		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. 事業報告書、ホームページ等で法人の関連情報(法人理念、基本方針、事業計画、事業所のサービス内容)を公開している。あわせて第三者評価の受診結果、苦情・相談等に関する内容もホームページで公表している。広報誌「Something New」を地域の事業所や学校、行政等に配布している。SNSの活用による発信(まどか作品展の広報など)も始めている。 22. 法人経理規定、決裁規程に基づき支出等を行っている。利用者の小遣い管理については担当職員と経理担当者との預かり金状況報告書によりWチェックを実施している。監事監査と公認会計士による外部監査を受けている。					

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
	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. 城陽市緑化フェスティバルへ参加し、たい肥販売などを行い、地域との交流を図っている。地域のイベント情報等は施設の掲示板に掲示して紹介している。月に一度の希望外出や買い物等は写真を使いながら行先等を選択してもらいながら出かける機会を作っている。 24. ボランティア受入規程(法人)を基に、登録をもらっている。資料に基づきオリエンテーションを実施して活動してもらっている。円では縫物ボランティアやイベントボランティアを受け入れている。法人の基本方針の中で教育との連携協力について基本姿勢を明確にしている。 25. 職員向けの「連絡先一覧」に円と関係する地域の資源(店舗等含む)をリスト化して職員室に掲示している。ショートステイ利用者は必要に応じてサービス担当者会議等に参加して情報共有に努める等ケースを通じた繋がりが主となっている。 26. 法人として彩雲祭、和光祭などを開催している。地域に対して障害に関する講演会、研修会を開催したり、小中学校に講師の派遣を行っている。多目的ホールの貸出を行っている。地域の緑化活動や清掃活動(台風後の跡片付け)等にも取り組んでいる。地域の自治会に加入している。 27. 法人として子ども食堂を行っている。(コロナでストップしてるが状況が戻れば再開する予定である。)引きこもり状態にある方や若年層の就労に向けた中間就労の場として清掃の仕事を受けている。法人単年度事業計画の「4つの柱」の中で具体的な内容を明示している。					



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
	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「職員倫理綱領」、円「職員行動規範」を定めている。入職1~5年目までのフォローアップ研修プログラムとして取り上げている。入浴や排せつ、食事介助等支援内容ごとにマニュアルを策定し、本人を尊重した支援の徹底を図っている。サービス向上委員会で「利用者対応チェックリスト(半年に一回実施)」を用いて職員相互チェックを行い、意識化を図っている。施設内研修で利用者対応のグループ検討を行い、ディスカッションの機会を設けて深めている。「支援について考えるキーワード」を作成している。

29. 法人「職員倫理綱領」、円「行動規範」にプライバシー保護に努めることを明記している。排せつや入浴のマニュアルに具体的な形でプライバシー保護に係る留意点を明記し支援の中で徹底している。施設内研修で「権利擁護研修」を実施している。扉のなかった場所にカーテンを設置している。居室入室時にはロックをすることを徹底、「利用者対応チェックリスト」で相互チェックしている。「虐待防止マニュアル」に不適切な対応が起こった場合の対応について明記している。

30. 利用希望者には、法人事業報告書、ホームページを活用して説明している。パンフレットも作成している。(「円のたいひ」リーフレット)また、毎年、事業報告書、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。市町村を通じての申し込みが多く、希望やニーズに応じて見学対応や、入所希望者の短期入所利用も受け入れている。

31. 利用契約書、重要事項説明書にはルビうちをし説明に用いている。写真を使って説明を行えるよう資料を作成している。事業所として「意思決定支援手順書」を策定し、口頭での意思表示が難しい場合の意思確認の方法や、判断が難しい場合の複数職員での対応等、手順と留意点を明記して実施している。

成年後見を利用している実績もある。地域のNPO法人南山城(保護者立ち上げ)に相談して貢献につないだケースもある。

32. ここ数年で2~3名ほど、医療面での支援の必要性等で他事業所へ移行されたケースはある。退所以降の場合の対応は管理職が行うこととしている。「施設移行時の引継ぎ準備物一覧」を策定し、漏れないようにチェックしている。

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	A
	Ⅲ-1-(4) 障害のある本人が意見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. 「円 満足度アンケート」を行っている。(年1回)利用者自治会を毎月開催して意見を聞き取っている。上がった意見・希望は「希望別行事」として年に1回外出をしている行先としている。食事や環境等で職員が聞いた意見は管理職が集約し、対応の検討が必要な場合は職員会議で話し合う。個別支援計画の策定には担当職員が個別にニーズを聞き取り、支援会議にご本人も出席してもらうようにしている。

34. 苦情解決の仕組みが整備されている。また、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。重要事項説明書にも掲載している。保護者会を月1回開催(出席率は半分ほど)するとともに保護者・後見人対象の満足度アンケートも実施している。要望が上がってきたことをケースカンファレンスに挙げ検討、結果を直接説明した事例もある。苦情対応結果については保護者会で報告していたが、今年度より、「まどかだより」で公表している。

35. 「利用者や保護者様からの要望等への対応と基本マニュアル」を円独自で作成している。(2018年)利用者自身から相談や意見を言うことが難しい人が多いため、自治会や個別に職員から積極的に声掛けをして、意見を聞き取るように努めている。満足度アンケートの実施し、上がった意見等はケースカンファレンスで対応を検討している。

36. 日中・夜間救急要請の手順、誤嚥対応、怪我対応マニュアル等に基づく研修を実施している。リスク関係マニュアルは年に1回見直ししている。「リスクマネジメント委員会」(施設内委員会)には施設長以下職員参画している。「事故報告・業務改善提案書」「ヒヤリハットメモ」様式を整備している。ヒヤリハット報告は月5~6件上がってくる。ヒヤリハットは主任・副主任・委員会メンバーで確認するとともにサイボウズ等で職員に周知している。事故報告書は法人統一。「医療ファイル」を利用者毎に作成している。

37. ノロ、インフルエンザ、コロナ対応の感染症マニュアルを作成している。リスクマネジメント委員会が所管し、マニュアルの見直しを年に一度実施している。見直したマニュアルはスタッフ会議で周知・研修を実施している。ファイリングしていつでも閲覧可能なように事務所に設置している。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。インフルエンザが発生した場合、食事の場所を感染有無で分けたり居室対応を行っている。

38. 法人で「防災対策委員会」を設置するとともに、自衛消防隊を編成している。BCPマニュアルを作成している。アルソックの安否確認メールを活用し、運用訓練も実施している。地震対応訓練は年1回、火災は年4回実施している。(うち2回は消防署に来てもらっている。)彩雲館が福祉避難所に指定されている。備蓄は法人として実施し、リスト化されている。

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
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。	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	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. 「支援について考えるキーワード」「円業務説明」で時間軸に沿った業務内容を明記して職員に周知を図っている。4月の会議で倫理綱領について話をしている。支援内容の見直しについてはサイボウズで周知をし、ケースカンファレンスで検討している。</p> <p>40. 41. 「円利用者アセスメント表」「サービス利用計画書」を整備している。初期アセスメント(担当者中心で作成)では必要に応じて看護師・栄養士等専門職とも連携している。責任者はサービス管理責任者となっている。「円個別支援サービス計画書の作成」マニュアルで作成時期、手順、会議、保管、周知等の方法が定められている。副担当制により複数職員で検討。評価会議に看護師、栄養士等も入り協議する仕組みとしている。相談支援事業所は同法人の事業所が担当している。モニタリングは半年(前後期)に1回実施している。計画を変更した場合はサイボウズで周知を量り、「サービス計画書」にかかる重点課題にまとめて具体的な支援目標を職員室に掲示している。</p> <p>42. ワイズマン記録項目(身体状況や生活状況など)で記入内容を整理している。支援計画に関わる記録をする場合、「支援計画」をチェックして記録するようにしている。「ケース記録の書き方・考え方」を法人の新研修において講義している。(4月から「福祉見分録」に変更予定)会議の他に、日々の連絡共有は朝礼で実施している。</p> <p>43. 個人情報管理規程、情報公開・開示規程、個人情報の適正管理に関する基本事項、文書管理規程(以上法人)を整備している。ソーシャルメディアガイドライン(まどか)で不適正な利用や漏洩対策について明記されている。管理責任者は理事長となっている。4月のスタッフ会議で周知するとともに研修を実施している。重要事項説明書に明記し利用者・家族に説明、同意書も取っている。</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。	A	A
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	①	誰もが当たり前に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. PEP検査でご本人ができることを確認している。カードを用いた支援の状況や衣類を洗濯に出したくないという利用者と話し合い、入浴のある日は洗濯に出すという形で合意を得たケースを記録で確認した。散髪は施設への訪問理容師が多いが、希望により地域の理髪店(あるプラザ内等)に出かけることもある。訪問理容の場合も髪形の希望等は聞いて実施もらっている。権利擁護に関する職員研修を実施している。</p> <p>45. 虐待に関する通報先を掲示板に掲示している。自治会で利用者向けに「人権標語」という形で具体的に分かりやすく伝えている。(叩かれたりきつい言葉を言われたら職員に言う等)職員研修は年間に基づき実施している。利用者対応チェック表で職員の相互チェックを行っている。サービス向上委員会でもチェックリスト結果の評価を行っている。法人において「身体拘束に関するガイドライン」、「虐待防止・虐待対応マニュアル」を策定し、通報に関する手順も明記している。</p> <p>46. 個別のワークスペースを仕切りを用いて設定したり、機器の活用や自助具の工夫、作業内容の分担等で個々の特性やできることを活かして作業に取り組んでもらえるよう工夫している。作業が難しい人は散歩やリハビリ的な活動に参加できるようにしている。綾雲祭(11月)でのセミナーや講師派遣等を実施している。地域の人と合同の避難所訓練を実施している。円単独で作品展を開催している。(今年度はコロナで開催せず)法人フォローアップ研修でノーマライゼーション理念に関する講義を実施している。</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]

47. 写真、絵カードの活用を図っている。取り組みたい作業をカードを用いて自ら意思表示することができるようになった利用者の事例を記録で確認した。スーパーヴァイザー訪問(月1回・PEP検査は年間で2名程度)により助言指導を受けコミュニケーション能力の向上を図っている。  
 48. 個別支援計画の評価(半期に一度)の際に担当職員が利用者と話をし意見等を聞き取りを行っている。「副担当」を置いて担当・副担当と複数で評価の検討を行っている。評価会議にはサービス管理責任者、看護師、管理栄養士施設長も参加している。(会議録で確認)  
 49. 新採研修、フォローアップ研修の実施のほか、強度行動障害支援者養成研修等も受講を進めている。スタッフ会議・フロア会議・ケースカンファレンスの実施により職員間で支援方法等の検討の機会がある。大声を出す、他害行為がある利用者の対応について、記録に基づきかわり方を検討し職員間で共有している。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. 日常的な生活支援については個別にマニュアル等を定め支援を行っている。(食事について、個別に必要な配慮や支援方法について写真も用いたマニュアルを作成して支援を実施している事例を確認。入浴に関して立ち上がりや歩行が難しくなってきた方の支援方法や留意点についてサイボウズで共有されている事例を確認。排便状態の改善が必要な方への個別の取り組み、定時誘導でパッドが取れることが分かった等事例の確認。作業の変更について各作業リーダーで検討、ぜんそくがある利用者の作業をたい肥からボルト作業へ変更した事例、歩行が難しくなったため作業からリハビリ的な活動へ参加し、歩けるようになれば作業に戻った事例をそれぞれ確認した。)日中活動として地域のマラソン大会(今年度は開催されず)、校区の運動会や祭等の情報を提供し参加を募ったりしている。  
 51. 施設より敷地内への出入りは自由にできるようになっている。職員業務マニュアルに清掃を明記し、清潔・快適な住環境整備を進めている。(清掃専門の職員も配置している。)居室は個室とし、個々に応じてベッドや寝具を配置し生活環境に配慮している。

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
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. 個別支援計画に位置付けてリハビリを実施している。写真を用いた実施マニュアルを作成している。理学療法士との相談を年度初めに実施している(煌の作業療法士)。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. 地域の緑化フェスタに参加し「たい肥」のPRや販売を行い、主体的な活動や社会参加を支援している。個別支援計画で自身で金銭の支払いを行えるように支援している。(ケースの記録を確認した。)外出は原則一人月1回、希望外出が年1回、旅行が2年に1回実施している。個別の外出(墓参り・外食)の記録を確認した。  
 54. 排泄チェック表により個別の排泄状況の把握に努めている。看護師を常勤で配置して、支援職員との連携を取っている。食事の量や形態等、一人ひとり個別に設定をしている。健康診断を3か月に1回実施している。バイタルサインの取り方マニュアルを整備している。てんかんに関する職員研修を実施している。また、ショートステイ利用者の身体チェック表を作成している。  
 55. 個別の利用者毎に医療ファイルを準備し、各自の情報等を一括で管理し、医務室に設置していざという時にはすぐに持ち出せるようにしている。外出時には個別の食事への配慮事項等を資料化し、持参して確認するようにしている。協力医療機関の情報や緊急時対応等は重要事項説明書重説にも記載している。誤嚥時やけがの対応について施設研修を実施している。服薬事故発生時の対応マニュアル、救急搬送の手順マニュアルを整備している。

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
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。	非該当	非該当

**[自由記述欄]**

56. 円の特性上、直接の地域移行は難しいため、法人中長期計画の中でも「地域移行」を謳っており法人の取り組みとして評価を行った。法人の他事業所に日中活動に参加している利用者もいる。  
 57. 家族との個別面談は希望をアンケートで聞きとり（希望の有無、誰と、日程）実施している（今年度はコロナでできず）日々の細かい支援に関しては担当者、その他ご意見等は管理職がやる場合が多い。「夜間緊急要請の手順」で本人の体調不良や急変時には速やかに家族に連絡できる仕組みがある。  
 58. 職住分離で生活の場と作業・活動の場は分けている。トークンを利用して意欲に繋げるように支援している。たい肥の売り上げを地元の基金に寄付、その代わりに販売の機会を紹介をしてもらっている。  
 59. 非該当

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]**

60. 非該当