

総合評価

受診施設名	修光学園	施設種別	生活介護
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10月7日

総 評	<p>社会福祉法人修光学園は、1987年に法人認可され、京都府における障害者福祉における先駆的な役割を果たしてこられました。</p> <p>今回受診をされた生活介護事業所修光学園は、2年前に法人全体で各事業所の機能の再整備を行い、「光の家アクティブセンター」を立ち上げ、同事業所を利用されていた方のうち、バリアフリーなどのハード面が合う方を施設移動の対象とし、約半数の方が移動をしました。定員は開所時には35名でしたが、利用者の重度化への対応や個別化の流れを汲んで20名の定員となっています。</p> <p>事業所内の活動場所は大きく3か所に分かれており、事業所の方針として「はたらく」事を重視して取り組んでおり、利用される障害のある本人の状況に合わせるために多様な活動メニューが用意されています。活動メニューだけではなく個別化、構造化された環境で、一人一人の意向や能力に合わせた設定がされています。</p> <p>関係機関との連携にも積極的に取り組んでおられ、コロナ禍において減少傾向にありますが、京都市北部障害者地域自立支援協議会や左京区の地域福祉推進委員に参画される事で地域ニーズの把握に取り組まれています。また地域における事業所の機能として災害時の事業所の役割が明確にされており、地域の学校での福祉教育などに出向くなど積極的に取り組まれています。</p> <p>運営に関しては、マスタープラン、アクションプランを策定し、サービス向上委員会を中心に職員参画のもとで事業運営が行われています。職員の就業に関しても規程関係を適正に整備するとともに「働きやすい職場づくり検討会議」を組織して働きやすい環境づくりに事業所として注力されている事が確認できました。</p> <p>長く現在の場所で事業活動を継続される事で地域からの認知が充分になされている事に加え、広域でみても多くの繋がりを生かした先駆的な事業活動をされてきています。</p> <p>今後も現在の地域との関係をより深められながらさらに圏域での役割を担っていかれる事を期待します。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-1-(1) ①理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 基本理念は明文化され、マスタープラン、修光学園事業計画書、パンフレットに記</p> <p>載するとともに玄関に掲示をしています。職員への周知は、ケースミーティング（1回／月）にかかる次第の中に常に理念を記載し読み合わせを実施しています。</p> <p>新規採用時には新人研修のプログラムに沿革・理念の講義を設けています。また、家族には広報誌「Heart&Hand」を配布するとともに、10月1日の設立記念式で創設者の意志を確認する日として職員・利用者・家族の代表者が出席し、理念を振り返る機会としています。理念を形骸化することなく、都度、立ち返り確認をする取り組みは高く評価できます。</p> <p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 管理者はサービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高める取り組みにリーダーシップを発揮しています。</p> <p>サービスの質の向上に向けては、サービス向上委員会を立ち上げ、自ら委員長として参画するとともに「サービス向上セルフチェックシート」や職員ヒアリングを実施しています。また、法人で研修委員会を組織（各事業より委員を選出）し、研修内容の情報共有と受講の促進を図っています。</p> <p>経営の改善、業務の実効性を高める取り組みについては「働きやすい職場づくり検討会議」を組織し「組織活性化プログラム」の実施、「産休・育休ハンドブック」の作成等に取り組んでいます。また、経営改善としては、ペーパーレス化や開所日、送迎の設定をする事等に取り組んでいます。</p> <p>A-1-(1) 自立支援 支援については、働く事を主軸に置きながら「表現活動」を導入し、個人が持っている可能性を引き出せるように希望を聞きながら取り組んでいます。個別支援の記録は、支援計画とリンクさせた4領域（働く、くらす、たのしむ、学ぶ）で整理しています。また、利用者一人ひとりの意思決定を尊重し、写真やカードを用いて自身がしたい事を選択できるような働きかけを行ったり、自治会で意見交換や事業所内でのルールを設定、食事メニューの検討をする機会があり、実際のメニューに反映された事例もあります。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>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。 サービス向上委員会（1回／2か月）を立ち上げ、マニュアルの見直し、ヒヤリハット、事故予防（以前はリスク委員で取り扱う）などに取り組んでいます。また、「サービス向上セルフチェックシート」を策定し、9月の職員全体会議前に実施をし、全体会議で結果を周知しています。（googleフォームを使って回答と集計を行い、自由記述欄は○の場合もどのような工</p>

夫をしているかをコメントしてもらうようにし全体での共有をしています。また、サービス調整会議、リーダー会議などでも質の向上に向けて取り組んでいます。しかし、「サービス向上セルフチェックシート」から得られた課題を明文化されてませんでした。第三者評価についても定期的に受診はできていませんでした。

Ⅱ－２－（３）①職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。

キャリアアップレベル指標を用いて個々人の目標設定を行い、個別面談で状況を把握していますが、一人ひとりの育成、目標達成度の確認が不十分と認識されています。目標設定に対して、水準や目標期限の設定など事業所としてより具体的なシステムの構築及び運用を図ることが望まれます。

Ⅲ－１－（４）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。

「利用者・家族からの意見・要望等に対する対応マニュアル」を整備して、記録の方法や手順、検討など組織的な対応が行われています。しかし、対応マニュアル等の定期的な見直しについてはサービス向上委員会で検討しており、課題と認識されています。

※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	修光学園
施設種別	生活介護
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4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	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. 基本理念は明文化され、マスタープラン、修光学園事業計画書、パンフレットに記載されている。玄関に掲示をしている。職員への周知はケースミーティング(1回/月)にかかる次第の中に常に理念を記載し読み合わせを実施している。新規採用時には新人研修のプログラムに沿って理念の講義を設けている。家族には広報誌「Heart&Hand」を配布するとともに、10月1日の設立記念式で創設者の意志を確認する日として職員利用者家族の代表者が出席し、理念を振り返る機会としている。					

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
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. 全国的な動向は社会福祉法人経営者協議会、知的障害者福祉協会、SELP等を通じて情報収集に努めている。地域動向は京都市北部障害者地域自立支援協議会や左京区の地域福祉推進委員を担っており、地域ニーズの把握を行っている。法人運営会議(理事長、各事業所の管理者、副施設長が出席)でコスト分析や人事等の把握を行い、法人全体で対策を検討している。法人機能の再編の際に各事業所から職員が集まり「ドリームプロジェクト」を策定した。 3. 経営課題としては毎日利用の方が減少、コロナに伴う利用控え、身体的な体調が安定しないなど利用形態の変化に伴い、利用率が安定しない事が課題としてとらえている。土曜日の開所や送迎を行う事で利用を促している。設備面は優先順位をつけて取り組んでいるが積み立てができる状態ではない。職員にはリーダー会議、職員会議等で共有している。					

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. 中長期計画として「アクションプラン2020」を策定し、進捗状況確認は「マスタープラン(単年度)」で把握している。策定にあたってはセンター長会議(センター長、事務長、理事長)、運営会議で必要に応じて見直しを行っている。また、計画を実行する部門としてプロジェクトチームを組織している。 5. 中長期計画「アクションプラン2020」で掲げている項目と連動させた「マスタープラン(単年度)」を策定している。事業計画の見直しについては、事業計画進捗状況把握表(9月、3月に策定)で重点項目を中心に振り返りを行っている。事業所ごとのスタッフミーティング(1回/月)で毎月の進捗確認をしておりPDCAの仕組みが確立し機能している。 6. 事業計画の策定の流れとして2月のスタッフミーティングで各担当に素案提出の依頼をし、常務理事が最終調整を行い年度末会議で各事業所の計画案の提示している。半期で見直しをし、進捗状況の把握に基づき、継続、見直しの判断をする。スタッフミーティングでは部門の活動の進捗や課題を月ごとに記入するワンシートを用いて行っている。職員全員にパソコンが用意されており、担当職員が記入する事で会議の次第、記録作成の簡略化に繋がっている。 7. 利用者自治会で職員から内容をかみ砕いて説明している。家族には家族総会で説明(事業報告は配布、計画書は抜粋版の配布)をしている。「修光だより」を毎月発行し事業計画で掲げている内容も含んだ活動内容を掲載している。					

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。	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. 9. サービス向上委員会(1回/2か月)を立ち上げマニュアルの見直し、ヒヤリハット、事故予防(以前はリスク委員で取り扱う)などに取り組んでいる。「サービス向上セルフチェックシート」を策定し、9月の職員全体会議前に実施、全体会議で結果を周知している。また、サービス調整会議、リーダー会議などでも質の向上に向けて取り組んでいる。しかし、「サービス向上セルフチェックシート」から得られた課題を明文化していない。第三者評価について定期的に受診はできていない。					

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]

10. 管理者の役割は「社会福祉法人修光学園 組織規程」に記載され、職務分掌、権限が明記されている。組織図は年度ごとに職員の名前を明記している。規定はサーバー上に保存されており、職員も閲覧できるようになっている。利用者、保護者には広報誌「修光だより」で管理者の意思表明を行うとともに、事業計画の概要はセンター長名で発行している。非常時は「災害時対応マニュアル」にて権限の委譲が明記されている。

11. 社会福祉法人経営者協議会、知的障害者福祉協会、SELPの会員施設であり情報収集に努めている。福祉関係の法令だけでなく、労働関係等の情報把握には努めている。また、公認会計士（毎月）との情報の共有を行い把握している。収集した情報は9月3月の全体会議で事務局から職員に周知され、法律に対応した研修等の対応がされている。虐待防止はサービス向上である視点で取組み、KJ法を用いた研修とするなど工夫をしている。法令はリンクを貼った資料を作成し、サーバー上に保管、職員が閲覧できる状態となっている。

12. サービス向上委員会を立ち上げ、委員長としてセンター長が参画している。会議の運営だけではなく「サービス向上セルフチェックシート」を実施し、集約したものを全体会議で周知している。職員が課題と感じている事や意向は職員ヒアリングで把握している。法人で研修委員会を組織（各事業より委員を選出）し、研修内容の情報共有と受講の促進を図っている。

13. センター長会議、法人運営会議、事業所リーダー会議を組織し機能している。「働きやすい職場づくり検討会議」を組織し「組織活性化プログラム」の実施、「産休・育休ハンドブック」の作成等に取り組んでいる。ペーパーレス化について法人全体で取り組んでいる。毎月のシフトはリーダーが作成し、事前に勤務希望を受け休暇には配慮をしている。経営改善の課題としては開所日や送迎の設定をする事など取り組んでいる。

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
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. 法人内で「人材採用・育成特命チーム」を組織し採用活動を行っている。マスタープランに採用の方針については明記されている。「在職者資格取得・スキルアップ支援事業」を法人で設定（要綱あり）し、勤務上の配慮を行い、国家資格手当を支給している。採用については就職フェア以外にも、社会福祉士、保育士の養成過程における実習に積極的に取り組み、一定の効果が出ている。大学へのゲストスピーカに職員、利用者が出向く事もある。法人ホームページに採用ページを作成、紹介動画の掲載など積極的に取り組んでいる。

15. 期待する職員像はマスタープラン内に記載されている倫理綱領に明示している。「キャリアアップレベル指標」を用いて取り組んでいる。目標の設定を行っているが目標に対する評価に関する仕組みは検討中となっている。職員処遇については、取得できる加算は取得し手当に反映させている。対象外の職員への支給も行っている。

16. 就業状況は事務局で把握しており、シフト作成の段階で休日の取得を勧めている。修光学園「ヘルスケアトータルサポートシステム」を作成し、マスタープランにも明記し職員に周知している。法人で加入する保険サービスで相談窓口にも対応している。法人で「ハラスメント防止に関する方針」を策定し相談窓口（各事業所の副センター長、事務局、第三者委員）を設定している。産休・育休ハンドブックの策定などワークライフバランスの取組みを実施している。京都市民間社会福祉施設職員共済会に加入し福利厚生充実の充実に努めている。

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
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。	B	B
		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. キャリアアップレベル指標を用いて個々人の目標設定を行い、個別面談で状況を把握している。目標設定に対して、水準や目標期限の設定など事業所としてより具体的なシステムの構築及び運用を図ることが望まれる。
 18. 期待する職員像はマスタープランに明記している。キャリアアップレベル指標に達成基準が明記されている。研修計画（内部研修・外部研修）は研修委員会で毎年作成し、事業所単位で履修状況を把握している。受講者は研修報告を作成し、スタッフミーティングで全体に周知している。報告書に考察の振り返り日を受講者が設定し振り返りコメントを提出している。
 19. 「個人別研修・資格履歴」を策定し履修状況を把握できるようになっている。OJTは法人内部で指導者研修を実施し、OJT記録表を用いて着任者が目標設定を行い指導者からフィードバックを行っている。時期や頻度は職員個々の状況に応じて設定している。外部研修は研修計画が策定されており、履歴は事業報告にも記載されている。
 20. 法人の行動基準（マスタープラン内に明記）と実習生受け入れマニュアルに目的や受け入れの意義が明記されており、職員にも周知が図られている。マニュアルの中にも学校からのプログラムだけではなく、事業所でのような内容が体験できるかを明記している。法人で「実習等受け入れ担当者会議」を置いて検討をしている。各事業所の実習指導者にはマニュアルの目的やねらいを用いて共有をしている。配慮が必要な実習生には教員との連携でフォローアップをするなど個別に応じた対応をしている。

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. 法人の理念や事業内容、決算報告などはホームページ、事業報告書、Heart&Hand（広報誌）にて適切に公開されている。苦情の体制は「苦情解決体制及び運用規定」に定めるとともに、苦情内容の報告は事業報告（ホームページにアップ）に明記している。ホームページ以外にHeart&Hand（1500部中1000部は外部に発送、見学者に渡すなど）の媒体で広報をしている。
 22. 事務・経理・取引に関するルールについては、経理規定、経理規定職務分掌表を備えて整理されている。公認会計士による月次訪問があり、助言等を受けている。また、公認会計士による定期監査を実施している。

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-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. 基本方針の中に、地域にかかる基本的な考え方が明記されている。個別状況に配慮しつつ、地域の夏祭り等の行事や活動に参加している。「地域発展」係が中心となり、地域の学校や社会福祉協議会と連携している。
 24. ボランティアの受け入れについては、「ボランティア受け入れマニュアル」に基本姿勢、及び地域の学校教育の協力について明文化している。障害のある本人との交流を図る視点での研修や支援を行っている。
 25. 地域の社会資源リストを整備して、全職員に周知も図っている。個別の事例では民生委員との連携や困難事例等では地域の関係機関・団体と連携をして解決に向けて取り組んでいる。
 26. スペースを利用して「修光まつり」などを開催していたが、コロナ禍で代替イベントとして「修光学園オープンデイ」として陶芸教室などを地域の一般市民対象に開催している。大規模災害の際の福祉避難所として京都市と協定を結んでいる。災害時の役割等についてはローカルな活動・支援を積極的に取組んでいる。
 27. 「京都市北部障害者地域自立支援協議会」に参画している。具体的な取り組みとして、ひきこもりのある方が事業所で体験するという事例もある。毎年、障害福祉の見学と研修を受け入れている。

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. 本人尊重の基本姿勢については、マスタープランに記載されている「倫理綱領」に明記している。また、「利用者支援サービスの基本的な実施方法についてのマニュアル」にサービス提供にかかる基本姿勢が明記されている。日常的な業務の振り返りとして、毎年「サービス向上セルフチェックシート」を用いてスタッフ個々の支援を確認している。

29. プライバシー保護については「プライバシー保護マニュアル」が整備され、職員の理解が図られている。虐待防止等の権利擁護については「虐待事案発生時対応マニュアル」を整備し、新人研修等の中で研修している。その中に不適切な事案が発生した場合の対応方法も明示されている。個人が落ち着く部屋も設けられ、個別や状況により落ち着ける環境を提供するなどの工夫も行っている。

30. 実施する福祉サービスについてはホームページで公開するとともに、施設の内容を広報誌「Heart&Hand」を外部機関に発送している。組織を紹介する資料でよりわかりやすい工夫をされたグループ案内の小冊子がある。利用希望者には見学・体験等随時応じている。情報提供については適宜見直しを実施している。

31. サービスの開始・変更時には、障がいのある本人の自己決定を尊重する姿勢で説明をし、同意をもらうようにしている。本人や家族の意向はアセスメントに記載している。「希望希望調査票」以外に半期ごとに面談を実施している。意思決定の困難な利用者には「利用者支援サービスの実施方法について」にルール化され、適正な説明をして運用されている。

32. 病院・入所施設への移行や住所のより近い事業所に変更されるケースもある。「利用者支援サービス引き継ぎの実施方法についてのマニュアル」に手順等定めている。移行がスムーズに進むように配慮した引継ぎ資料を渡している。

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。	A
	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. 本人には事業所に来ている時に直接聞き取る。日常的には連絡帳を活用し、希望者には個別面談を実施して希望や思いを聞く機会も設けている。検討内容はスタッフミーティングで話し合う。家族には、毎年7月に事業報告書と計画の説明の場を設けるとともに「ご利用者満足度きき取り調査」も実施している。

34. 苦情解決の仕組みとして「苦情解決体制及び運用規定」を整備し、手順や体制・チャート等を定めている。苦情等の公開については事業報告書にて公表をし、ホームページに掲載している。「

35. 「利用者・家族からの意見・要望等に対する対応マニュアル」が整備されており、記録の方法や手順、検討など組織的な対応がされている。対応マニュアル等の定期的な見直しについてはサービス向上委員会で検討課題としている。

36. 「事故・災害発生時対応マニュアル」を整備し、リスクマネジメントに関する責任者や手順を明確化し、スタッフや障害のある本人及び家族に周知し、安心・安全なサービス提供の体制が構築されている。ヒヤリハット「にこりほっと」、意見や要望は朝礼や夕礼で日々、情報共有している。緊急時対応のために利用者ごとの「ライフデータ」を作成し、毎年更新している。救急救命講習を全職員が概ね2年ごとに受講している。

37. 「感染症対応マニュアル」に対策本部を明記し、管理体制を整備している。予防と発生時の対策も営繕衛生委員会が中心となって取り組んでいる。コロナ感染症も含めた「事業継続に関するマニュアル」を整備している。事業所にノロウイルス対策キットと、新型コロナウイルス感染症抗体抗原検査キットを備え活用している。

38. 「災害時対応マニュアル」を作成し、災害時の対応体制等が定められている。事業所の場所は地理的には土砂など危険区域ではないが、利用者の居所を地図上に示したハザードマップを作成し備えている。発電機やAEDを事業所に設置し、地域に周知を図っている。

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
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]

39. 一定の水準を確保するための実施方法として「業務遂行基準」を作成している。プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢を明示して、新人研修や個人別にOJT指導など周知徹底を図っている。マニュアルの見直し(改定)は2か月に1回、委員会で検証している。

40. 「支援計画等作成マニュアル」を整備して、モニタリング・アセスメント・支援計画策定の一連のプロセスについて手法を定めている。計画の作成に当たっては、障害のある本人の意向の把握に努めている。行動障害など必要に応じて、複数の職員の意見もアセスメントに反映させている。

41. 個別支援計画に基づいてサービスを実施し、状況に応じて見直しをしている。緊急に個別支援計画を変更する場合は、複数の職員で検討をしている。

42. 身体状況や生活状況等を事業所独自の様式で記録している。記録は個別支援計画に意識したものになっている。4領域(働く・暮らす・楽しむ・学ぶ)と職員の役割分担と連動させた記録にしていく予定でもあり進行中である。部門横断的に情報共有をするための法人内のネットワークシステムも整備されている。

43. 利用者の記録管理は「個人情報管理規定」に規定している。持ち出しについては「個人情報保護に関するマニュアル」に定めている。新任職員研修で教育の徹底を図っている。情報開示を求められた際の対応は、「記録の開示」の項目により、基本姿勢・情報開示の範囲・本人への配慮・手順が示されている。個人情報の取り扱いは「個人情報の取得・利用に関する同意書」をもとに利用契約時に説明を行い同意を得ている。

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しの社会の実現に向けた取組を行っている。	A	A

[自由記述欄]

44. 個別支援の記録は支援計画とリンクさせた4領域(働く、くらす、たのしむ、学ぶ)で整理している。働く事を主軸に置きながら「表現活動」を導入し、個人が持っている可能性を引き出せるように希望を聞きながら取り組んでいる。自治会で意見交換や事業所内でのルールを設定、食事メニューの検討をする機会があり、実際のメニューに反映された事例もある。権利擁護についてはスタッフミーティング、全体会議で確認している。写真やカードを用いて自身がしたい事を選択できるような働きかけをしている。

45. 権利侵害の予防には重点的に取り組んでおり、セルフチェックシートの実施及び研修を開催している。また、新人研修の中に「虐待防止」があり学習の機会を設定している。虐待防止に係るマニュアル、身体拘束を整備して発生時の対応手順を定めている。身体拘束については類する対応が必要な事例にはマニュアルに沿って対応。

46. 個々に合わせた環境整備がなされており、個人の特性に合わせた活動が設定されている。利用者個人の相性も考慮された活動環境となっている。(支援の記録も確認できる。)個別のプログラムや特別な支援を継続するために既存のハードではなく、個別のブースを作成するなどの配慮、調整がなされている。視覚優位の方には絵カードを用いた情報のやり取りをしている。法人としておまつりやオープンデイを開催し、取組みは機関誌、SNSの活用(FB、インスタ)で公開している。採用時研修、9月の全体研修で職員には指導の機会を設定している。

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-(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. 情報の視覚化、個別に応じた「スケジュール」「ワークシステム」「PEGS」を活用するために研修を繰り返し、職員の質を向上させる事に取り組んでいる。ご本人の状態に応じて手話や週間カレンダーを作成するなどの取組みを実施している。名前と年齢を気にされる方には文字で示すなどの取組みも確認できた。絵カードを用いたコミュニケーション手段を確立するために導入時に丁寧な説明を行っている。コミュニケーションの機会としてトイレに行く時にスタッフにトイレのカードを職員に提示して伝える事などに取り組んでいる。家族との情報共有を行いながら障害のある本人に合った方法を検討している。

48. 朝の会、終わりの会で日直が中心に意見の聞き取りをしている。連絡ノートなどを通じてコミュニケーションを取り、相談の機会を設けている。意思決定の支援としてカードなどを用いてできるだけわかりやすく伝え合う事に取り組んでいる。相談内容は日々の申し送りでも共有し、スタッフミーティングに繋がり、支援に反映させている。

49. 職員の資質向上に向けて研修の機会を設定している。個々の状況に応じてハード、ソフト共に配慮された支援が行われ必要に応じて検討をしている。行動障害がある方へは支援手順シートを策定し行動の把握と支援の見直しに取り組んでいる。

50. 個別支援計画に基づき支援を継続している。食事の提供は個々の状況に応じた量や刻みなどの個別に対応している。「ライフデータ」に基づきアレルギーへの対応も実施している。入浴支援はないが必要な時にはシャワー浴の対応は可能としている。日々整容には気にかけており相談支援事業所と連携し入浴支援が可能な事業所に繋げる事や短期入所のスペースを使い入浴を促す事に取り組むなどしている。排泄に関して支援が必要な場合には定期誘導や介助に取り組んでいる。視力の弱ってきている方には個別に手添えで誘導の支援を行う事やエレベーターの使用を促すなどに取り組んでいる。日中活動は利用者ニーズに合わせて変更に取り組んでおり、運動不足に対して外部講師を招いたストレッチや散歩などの取組みを実施するなど選択肢を増やす取組みを実施。修光まつりなど地域との連携を図っている。

51. 個別の空間が必要な方には集団から離れて過ごせる場所を設定し、ご本人の希望に沿って選択ができるようにしている。施設内の整理整頓清掃は丁寧に実施されており安全・安心な生活な空間となっている。

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-(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。	非該当	非該当
	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. 非該当
 53. 外出プログラムを設定し納品などを外出の機会と捉え利用者の方が同行し、事業所外との接点を持つようにしている。買い物(金銭感覚)や交通ルールなどの社会生活に必要なスキル獲得に向けて取り組んでいる。挨拶、お礼などを他者と交わせる機会を意図的に設定するなどの取り組みがなされている。
 54. 「ライフデータ」に基づき対応している。健康状態は家庭との情報共有を行い、日常と違う様子に気にかけている。家族の高齢化による身体面の変化にも個別に対応をしている。コロナ禍に伴い検温等の対応を実施し「健康観察シート」を作成し家族と共有をしている。健康診断は集団検診を1回/年実施していたがコロナ禍にともない受け入れ不可になっている。通院が必要な事例には個別に支援をする事や相談支援事業所と連携し通院の支援に繋げるなどしている。嘱託医、看護師と連携し医療的な対応にも可能な限り対応している。歯科医師会、歯科サービスセンターと連携し訪問の歯科検診を実施している。職員に向けてはOJTを中心に個別指導を行っている。
 55. 服薬される方もおられるため「薬物の服用・管理マニュアル」を作成し「服薬管理確認表」を活用している。日直者を設定しており日直者の動きと合わせて服薬のチェックをしている。法人内で各事業所の見直しを行った事もあり医療対応は少なくなっているが、家族との連携によりフォローしている。口腔ケアやてんかんの対応などの研修を実施している。

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
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。	A	A

[自由記述欄]

56. アセスメントや「将来のくらしやショートステイについての利用調査」を行い、ショートステイ、グループホームの体験利用に繋がった事例もある。支援員も介入し関係機関との連携を図っている。生活の維持向上のために居宅介護事業所とのカンファレンスを実施するなどしている。
 57. 家族との情報交換は、日々の連絡帳、送迎時のやり取りで情報共有を図っている。連絡帳以外に電話でのやり取りもある。家族会が組織され意見を挙げてもらう、交流の機会となっている。必要に応じて支援の内容を家族と共有や対応方法について検討する事などの取り組みを実施している。
 利用希望調査票(2回/年)と面談の機会を設定している。緊急時はセンター長に報告しセンター長から家族への連絡の流れが定められている。
 58. はたらく事は事業所として重点的に取り組んでおり、できるかぎり多くの選択肢を用意し選択と決定をしてもらえるように取り組んでいる。個別に応じた手法ではたらく力を引き出す取り組みを実施している。個人の好みやできる事(イラストや陶芸など)を商品化する事で意欲が高まる事につながっている。支援の内容は個別に応じた方法で確認をしている。ネジの袋入れ、箱折の作業など下請け作業や、商品化する時には外部のデザイナーに委託する事や一般企業の活動に取り組む。art space co-jinと連携し企業とのコラボレーションに繋がっている。
 59. 行程の整理がなされており、できるだけ多くのメニューから選択してもらえるようにしている。日々の確認を行い本人の意向や希望に沿って取り組んでいる。工賃は「修光学園利用者工賃支給規定」に沿って支払われている。工賃向上の意識はあるが、仕事と個別支援の充実のバランスも検討しながら取り組んでいる。「労働安全衛生マニュアル」が策定され、刃物の管理などは作業班単位で定めている。

評価分類	評価項目	通番	非該当	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	

[自由記述欄]

60. 非該当