

[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 輝	施設種別	生活介護 施設入所支援
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5年 5月10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」をもとに南山城学園の職員のめざすべき行動基準として「7つに誓い」を掲げて、社会福祉事業を行ってきました。法人設立50周年を機に地域住民や関係機関からのアンケートを実施し、そのニーズを基に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）も視野に入れた「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。</p> <p>平成22年6月に開設された「障害者支援施設 輝（かがやき）」は、高齢の方、準高齢の方、医療的な配慮が必要な方を主な対象にした入所定員58名の全室個室の施設です。ショートステイ7床も併設されています。居住生活の場としての施設生活支援事業では、整容、排泄、入浴等の日常生活全般にわたる支援サービスが提供されると共に、健康管理、食事・栄養管理、衛生管理等のサービスが専門職と連携のもとで提供されています。生活介護事業での日中の活動の場としては、箱折り作業やリラグゼーション、清掃活動等を実施されています。30代～70代以上の幅広い年齢層のご利用者を対象に受け入れている中で、出来る限り現在の生活が継続できるように、健康管理をしっかり行い、趣味や余暇活動の充実を図るように支援されています。入所施設として閉鎖的にならないようにと、近隣の保育所や小学校をはじめとする地域との交流も積極的に実施しておられます。小学生向けに理解しやすい動画を作成し、施設のことを理解してもらえる工夫もされています。</p> <p>重度な方々が多く入所されている施設ですが、絵や写真、パワーポイント資料等で利用者に伝える工夫や、PECS等の活用で利用者の思いをくみ取る努力をされています。また、コロナ禍においても以前から毎月実施していた保護者会を令和4年5月から再開される等、保護者への情報提供にも力を入れています。</p> <p>法人全体の組織のあり方としては、法人本部と各事業所が役割分担と連携が適切に行われ、現場での支援の充実と管理や事務処理が効率良く行える仕組みが構築されています。また、法人として「きょうと福祉人材育成認証制度」の上位認証を取得しており、各事業所が3年毎に第三者評価を受診され、その度に指摘事項で項目を真摯に改善されています。</p> <p>今回の調査でも前回指摘事項である苦情や要望等の公表等の項目を改善し、大きな改善事項はありませんでした。今回の評価に満足することなく、支援内容の再点検を行い、利用者・家族にとってより良い支援を追求してサービスの質の向上に取り組むことを期待します。</p>
-----	---

特に良かった点(※)	<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。 福祉サービスの質の向上に向けた取組として、年2回の職員面談やキャリアアップシートを用いた育成担当者面談を全職員対象に実施しています。業務改善については毎月のサービス検討委員会で話し合っています。定期的（3年毎）に第三者評価を受診し、指摘事項の課題解決に取り組んでいます。法人の「サービス向上プロジェクト」として、施設間ラウンドチェックを実施しています。合同フロア会議やサービス検討委員会で、事故報告書や業務改善提案書等での課題を検証し、改善策を話合って現場職員に周知しています。前回の第三者評価受診時の結果で指摘された事項について合同フロア会議やサービス検討委員会等を通じて検討を行い、具体的な改善を行っています。（具体例：掲示など利用者にわかりやすくする工夫）</p> <p>II-4-(3)地域の福祉向上のための取組を行っている。 カフェ「ぷらんたん」に地域の方々が出入りし、交流機会を設けています。敷地内の多目的ホールを、地域のサークル活動や地元自治会等に開放しています。京都市と災害時の福祉避難所として締結をしています。事業所前の横断歩道で職員が旗振り活動をしています。地元の社協、民生児童委員、小学校の協力を得て、子ども食堂「ダイニングあんさんぶるわこう」を月1回実施していました。（現在、コロナ禍で休止中）。地域の民生委員児童委員や区の自治会関係者と時々情報交換しています。地元の春日野小学校児童に福祉教育を実施しています。</p> <p>A-1-(1)自立支援 意思伝達に支援が必要な利用者には、「絵・写真・文字・ジェスチャー」等を活用して、外出の行先や身だしなみ・嗜好品の選択等の利用者の思いを聞き取っています。毎月1回の自治会では、プロジェクトに写真や動画を映して、多くの利用者に理解してもらえるよう支援しています。「利用者の意思決定支援について」と題して、施設会議の中でグループワーク形式の討議を実施する等して人権についての理解を深めています。</p>
特に改善が望まれる点(※)	特になし

※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	社会福祉法人 南山城学園 障害者支援施設 輝
施設種別	障害者支援施設（生活介護 短期入所支援）
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5年2月14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. 基本理念が明文化され、ホームページや「ANNUALREPORT(事業報告書)」に記載されている。毎年、「事業報告書」を家族や後見人に配布して周知している。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。利用者には法人理念と「7つの誓い」をルビ打ちしたものを掲示板に掲示して伝えている。					

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. 社会福祉全体の動向は、毎月の施設長会議で、全国経営者協会からのニュースや外部の会議や研修報告等を通じて把握している。地域ニーズの把握については、京都市休日夜間相談受付センター等を通じて把握している。毎月、法人全体で経営戦略会議を開催し、法人内の各事業所の経営状況や収支状況、人事に関する報告を共有し、法人全体で対策を検討している。 3. 概ね3か月ごとに理事会を開催し、経営状況や課題の確認を行っている。毎月の経営戦略会議や施設長会議等で財務状況や経営課題、事業計画の進捗状況等を共有し、課題の解決策等を話し合っている。毎月の施設会議やサービス検討委員会等で放課後等デイサービスの運営状況やショートステイの稼働率等の課題についても職員間で共有し、改善への取組を実施している。					

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
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. 地域の関連機関や地域住民等、行政等にアンケートを行い長期計画である「ネクストビジョン2025」を策定している。2025年までの「中期経営計画2020」を策定し、5年に見直しを実施している。計画は施設長会議で意見聴取した課題やSDGsとも関連付けした内容を踏まえたものとなっており、施設長会議や理事会等で評価を行っている。 5. 長期計画である「ネクストビジョン2025」の4つの柱(①事業基盤の強化、②地域への貢献、③サービスの質の向上、④職員の資質の向上)から、毎年の法人事業計画や各事業所の事業計画が策定されている。単年度の事業計画は、中期計画における重点項目を踏まえた、数値目標や実施時期等も記載されて内容となっており、毎月の施設長会議で進捗状況を確認し、必要に応じて評価・見直しを実施している。 6. 施設会議や副施設長、主任を通じて現場の意見を吸い上げるとともに、職員に行う年2回の面談等で各職員から聞き取り、その内容を取りまとめて事業計画に反映している。また、施設会議(2月に1回)で事業計画の工程表に基づき進捗状況の確認を行うとともに、サービス検討委員会にて必要に応じて見直しを行っている。 7. 「事業計画書」は、家族や成年後見人に送付して周知するとともに、年度初めの5月の保護者会でも説明をしている。利用者には、「事業計画」をイラスト等を用いてわかりやすくしたパワーポイント資料で、自治会等で説明して周知している。					

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. 福祉サービスの質の向上に向けた取組として、年2回の職員面談やキャリアアップシートを用いた育成担当者面談を全職員対象に実施している。業務改善については毎月のサービス検討委員会でも話し合っている。全職員を対象に権利擁護セルフチェックを年に1回を行っている。定期的(3年毎)に第三者評価を受診し、指摘事項の課題解決に取り組んでいる。法人の「サービス向上プロジェクト」として、施設間ラウンドチェックを実施している。 9. 合同フロア会議やサービス検討委員会で、事故報告書や業務改善提案書等での課題を検証し、改善策を話し合っ現場職員に周知している。前回の第三者評価受診時の結果で指摘された事項について合同フロア会議やサービス検討委員会等を通じて検討を行い、具体的な改善を行っている。(具体例: 掲示など利用者によりわかりやすくする工夫)					

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. 管理職の役割と責任は、新年度ごとに作成する「役割分担表」に記載し、職員に説明及び周知している。また組織規程に「職位別・職員職務分掌」にも管理者の役割が明記されている。利用者、保護者には毎月開催する保護者会や広報誌「輝だより」の中で、管理者の役割や責任を表明している。有事については緊急時の連絡先一覧を掲示し優先順位を明確にしている。

11. 管理者は施設長会議や法人本部から提供される情報や、全国経営者協会の研修や集団指導への参加する等して、関係法令も含めた法令を把握している。関係法令も含めた法令のリスト化を行い、職員に対しても遵守すべき法令等を周知している。虐待防止研修や個人情報保護、身体拘束廃止、権利擁護等の研修を実施している。

12. 自施設独自の「業務セルフチェック」を用いて、年2回全職員対象として面談を実施し、業務上の課題や目標や日頃の悩みなども聞いてフォローアップに努めている。管理責任者として各会議に参加するとともに施設内研修において講師として研修を実施している。

13. 経営状況や経営課題について毎月の法人経営戦略会議で話し合い、対応策を検討している。施設長会議に出席し、法人本部の人事・労務・財務の各担当者や経営について話し合っている。施設内においては多様な働き方を推進したり、センサーの導入による夜勤業務の負担軽減等の業務改善を実施している。IT化を活用したペーパーレス化の推進等で経費削減を行ったり、施設内の整理整頓や備品の買い替え等で、職場環境の整備を推進している。

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. 職員の行動基準「7つの誓い」、「キャリアアップシート」、それに基づく研修体系によって人材確保・育成に関する方針が確立されている。人材確保については法人本部の企画広報課が採用活動の窓口となり、法人で「GKN魅力発信チーム」を組織し、施設現場の職員と連携して積極的な採用活動を実施している。1～5年目の職員に対してはフォローアップ研修を実施している。法人主催で介護職員初任者研修や実務者研修、社会福祉士受験対策講座を開催し、資格取得に向けてバックアップしている。京都人材育成認証にかかる上位認証を取得している。

15. 法人理念を具現化する職員の行動基準として「7つの誓い」を制定し、期待する職員像を明確化している。7つの誓いを軸に研修体系や目標設定が行われている。キャリアパスを明確にするとともに、スーパーバイザー制度を導入し、自らの将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりを構築している。エキスパート階層への昇進・昇格のシステムが明確化されている。採用職員の希望や能力等を勘案し、採用から4年間は1年毎に他部門へ異動することで人材の早期育成を図る「スーパーローテーション制度」を導入する等、人材育成の方法も工夫をしている。

16. 有給休暇や時間外労働等はWEB勤怠データにて法人事務局、管理者が確認して職員の就労状況を把握している。年2回の面談を実施し、就業についての意向等を確認している。メンタルヘルスの取組については、ストレスチェックを実施して産業医や相談窓口（事務局）に繋げる仕組みや外部の相談窓口を案内している。ハラスメント防止にかかる規程を定め、対応手順等整備している。京都府民間社会福祉施設職員共済会への加入や、法人独伊の互助会を組織して、総合的な福利厚生を実施している。

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-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. 法人理念を具現化するための職員行動指針として「7つの誓い」を制定し、「7つの誓い」の項目ごとにキャリアアップシートを作成し、シートを用いて目標設定を行っている。育成対象者には育成担当者がつき、目標設定シートを育成担当者と上長がシートの確認し、対象職員と育成担当者との面談を半期に1回実施して、目標設定や進捗管理、評価等を行っている。

18. 法人としてキャリアパスが整備され、新規採用研修、フォローアップ研修（2年目～5年目）、準職・パート研修、階層別研修、育成担当者研修等を実施している。研修内容は法人のマスタープラン委員会で検討し、内容の精査や必要な改善を行っている。研修委員が中心となり、施設内研修や新規採用職員の研修を実施し、毎月の研修委員会にて計画の評価や見直しを実施している。コロナ渦の中においてはオンライン研修や録画したものを視聴してもらうなど工夫をしている。

19. 法人で各職員の資格取得研修履修状況等を把握し、年度単位で必要な研修について計画を立て実施している。法人共通のキャリアアップシートを用いて各職員の目標設定や習熟度に応じたOJTの実施を行っている。法人として階層別研修や職種別研修、エキスパート研修、強度行動障害者支援者養成研修、研修等様々な研修等を企画し、個々の職員の希望も踏まえて研修に参加できるように配慮している。拠点別研修や事業所独自で外部講師を招いた研修も開催している。

20. 実習生は法人の企画広報課が窓口となり、法人内にある事業所の機能や実習生の希望に合わせて実習場所を決定している。事業所で実習生受け入れマニュアルを整理し、社会福祉士実習、保育士実習等を受け入れている。社会福祉士取得者には指導者講習会の受講を奨励している。学校側と連携をしてプログラム作成や面談実施などを等を行い、障害福祉を体系的に学べるように工夫している。

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. 法人のホームページや対外広報紙「サムシングニュー」において、法人の理念や事業内容、新しい取り組み、決算報告などを公開し、情報開示に取り組んでいる。毎年作成されている「事業報告書（ANNUAL REPORT）」の中で中期経営計画、地域貢献活動や取組み、各事業所の運営状況等をわかりやすく公表し、家族や関係機関等に配布している。利用者満足度アンケートを実施し、その中での苦情・要望等の内容を事業所広報紙「輝だより」に掲載したり、事業所内に掲示して公表している。

22. 事務・経理・取引に関するルールについては経理規程を定めるとともに、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員にも周知されている。法人内に内部監査室を設けて定期的に内部監査を行っている。顧問契約を結んでいる公認会計士や税理士から定期的なチェックをもらい、必要な助言や指導を得ている。会計監査法人による定期的な監査を受けている。

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
	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. 法人理念や事業計画等において地域との関りについて基本的な考え方を明文化している。敷地内にあるカフェ「ぶらんたん」には地域の方々がランチや喫茶に来られ、日常的に交流機会がある。敷地内の多目的ホールを地元自治会やサークル活動等に貸出している。事業所の敷地内を支援学校の通学バスターミナルとして解放している。毎月1回の地域の一斉清掃活動に参加している。習字の展示会、年2回、近隣の小学校と交流を行っている。

24. 「ボランティア受け入れに関するガイドライン」に受け入れの基本姿勢を明文化し、担当職員が希望者に登録手続きや事前説明を実施している。ボランティアには、利用者の特性についての留意点や個人情報管理等の説明を行っている。

25. 地域の関係団体や利用者本人の状況に対応できる社会資源については、京都市「障害保健のしおり」のURLを社内メールで共有して、いつでも連携できるようにしている。個人に関する機関や団体の情報は利個人ファイルの中に記載されている。ショートステイの利用者の関係機関とはケース会議に参加する等して連携している。東部自立支援協議会や東部児童専門部会に出席し、必要な意見交換や情報収集をしている。

26. カフェ「ぶらんたん」に地域の方々が出入りし、交流機会を設けている。敷地内の多目的ホールを、地域のサークル活動や地元自治会等に開放している。京都市と災害時の福祉避難所として締結をしている。春の季節は地域に向けて、敷地内にある桜木のライトアップとカフェの夜間営業を行っている。事業所前の横断歩道で職員が旗振り活動をしている。

27. 地元の社協、民生児童委員、小学校の協力を得て、地域を巻き込んだ中で多世代型の子ども食堂「ダイニングあんさんぶるわこう」を月1回実施していた（現在はコロナ禍で一時休止中）。地域の防災に関する取り組みにかかわっている。地域の民生委員児童委員や区の自治会関係者時々情報交換している。地元の春日野小学校児童に福祉教育を実施している。

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. 「職員の行動規範」「倫理綱領」に本人尊重の基本姿勢が定められ、職員室に掲示している。年1回セルフチェックシートを用いて、管理職が面談を行うことで、利用者に適切な支援が行えているのかを確認している。階層別研修や外部講師を招いた倫理研修を実施している。視覚整理を行うことで利用者が落ち着いて生活できる空間を作るように配慮したり、発語のない方へのコミュニケーション手段としてPECSを活用する等して一定の水準を確保している。

29. 「個人情報に関するガイドライン」や「虐待防止・虐待対応マニュアル」が整備されており、発生時の対応方法が明示されている。醍醐和光全体での権利擁護研修を実施、また、施設内研修でも外部講師を招いて虐待防止についての研修を実施している。法人規定の虐待防止・虐待対応マニュアルの中に発生時の対応方法が明示され、職員も周知している。利用者の居室は一人部屋としてプライバシーを確保できる空間を設けており、基本的に同性介助を実施している。

30. 実施する福祉サービスについてはホームページに掲載するとともに、ホームページから広報誌や事業報告書等もダウンロードできるようにしている。サービス内容や取り組み内容、決算報告等が掲載される広報誌や事業報告書を外部機関にも送付している。見学、体験については、随時対応しており、施設の説明にもイラストや写真・図等を使用してわかりやすく伝える配慮をしている。

31. サービス開始・変更時の説明については、特性に応じてスケジュールやイラストカードを準備したり、ルビ打ちした利用契約書や重要事項説明書に基づき、理解しやすい言葉を使用しながら説明している。利用者のニーズに応じて、光（自閉症対応施設）やデイサービスセンターわこう（カフェぶらんたん）の利用を調整している。

32. 利用者の事業所移動に際しては、基本情報やADL表・薬情報・現在実施している支援内容をまとめた書類を引継ぎ資料として定めて提供する等、丁寧な引継ぎを行っている。法人全体で事業所移動する場合の手順書を定めて行政、意向先事業所、家族、本人等にどのように対応するかを記載している。移行先の相談支援員と連携し、移行実施の前には、移行先の施設見学を実施して頂き、必要に応じてカンファレンスを開催する等、スムーズな移行に努めている。

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
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	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。	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。	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】					
<p>33. 意見箱の設置、満足度調査の実施、自治会の開催等、利用者からの意見を聞き取るしくみを色々工夫している。自治会委員会を中心に、利用者アンケートを作成し、アンケート結果を集計して公表している。重度な利用者も多いので、担当職員が個別に意見を聞き取る働きかけをして、意見を聞き取れるように配慮している。</p> <p>34. 苦情解決の体制が整備され、苦情担当者・責任者・第三者委員を設置して事業所内に掲示している。苦情等があった場合は迅速に対応し、本人や家族にフィードバックしている。利用者自治会で満足度調査を実施し、苦情・意見や要望等も含めた調査結果を事業所の内に掲示したり、結果の一部を広報誌「輝だより」に掲載し保護者に公表している。</p> <p>35. 利用者から出た意見・要望・苦情内容に基づき、サービス検討委員会等で検討を行い速やかに対応している。具体的には、「入浴が楽しくない」との声には、入浴剤を導入して香りや色で気分転換を図ってもらう対応や、行事内容等の意見には内容を充実させる等、具体的な改善に取り組まれている。利用者の意見や要望等は記録に残して職員間で共有し、毎月の会議で対応策を話し合い必要な改善を行っている。苦情の受付から解決までの内容を記録し、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。</p> <p>36. 夜間・休日対応マニュアル、離設時の対応マニュアル等の事故発生時対応マニュアルを整備し、定期的に見直ししている。記録ソフトを活用し、事故の内容や件数等を集約し、フロア会議やサービス検討委員会で対策を話し合う等し、職員間で情報共有している。リスクマネジメント研修や安全運転講習、救急救命講習等を実施している。利用者ごとに医療サマリーを作成し、緊急時に持ち出しできるようにファイリングして準備している。</p> <p>37. 「インフルエンザ対応」、「ノロウイルス対応」「夜間・休日発熱時対応」等の各種感染症の発生時対応マニュアルを整備し、定期的に見直し・更新している。感染症対応マニュアルに役割や責任を明記し、年に1回の施設内研修を実施している。コロナ禍であることもあり、法人として感染症に関するBCP（事業継続計画）も策定している。</p> <p>38. 災害時の基本対応マニュアルを整備し、対応体制を明記している。火災訓練は夜間想定も含めて年2回実施し、毎年1回は消防署と連携した訓練を行っている。地元自治会等による防災訓練にも職員が参加している。防災計画に基づく職員参集訓練や福祉避難所設置訓練を実施している。ALSOKの安否確認サービスに全職員が登録し、定期的に大規模災害に備えた訓練を実施している。京都市と福祉避難所協定を結び、ダンボールベッド等の備品も準備している。食料品や日用品の備蓄リストを作成し、栄養士を中心に管理している。</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
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
	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]

39. 「介護技術～基本的な介助について～」の資料を持ち合いて、入職時や異動時に介護技術の注意ポイントを周知している。サービス検討委員会を開催し、利用者へのサービス内容を検討している。「業務マニュアル」や「利用者個別の支援マニュアル」を作成して、支援の統一化を図っている。プライバシーや権利擁護に関わる姿勢もマニュアル内に明示している。

40. 副施設長を個別支援計画策定のサービス管理責任者としている。支援ソフトの所定の様式（アセスメントシート）を活用して情報収集、分析を行っている。アセスメントは基本年1回の見直しとし、担当職員が多職種（看護師や栄養士等）の意見を聞きながら状態の変化に応じて、必要時に見直ししている。PEP-3検査（自閉症・発達障害児教育診断検査）を導入し、専門のスーパーバイザーから月2回助言を受けて支援を行っている。個別支援計画に関する施設内研修を年1回実施し、考え方や手順を確認している。

41. 個別援助計画のモニタリング（中間・最終評価）は所定の様式で各担当者を中心に年2回（9月、3月）実施し、サービス管理責任者が集約している。栄養支援計画のモニタリングも年1回（3月）に実施している。モニタリング様式の「書き方」を作成して、全職員が統一した記載ができるようにしている。モニタリング実施の中で計画の見直しが必要な場合は、再アセスメントを行い、計画の見直し・作成を行って本人・保護者から同意を得ている。変更した計画書の支援内容はパソコンのネットワークシステムで職員間で共有している。

42. 利用者の記録はパソコンソフト「福祉見聞録」を使用して記録している。記録のガイドラインを作成すると共に、「記録について」の施設内研修を実施して、職員間で記録の差異がようにしている。毎日の「朝礼ケース引き継ぎ事項」で、職員間の業務の引継ぎを行っている。毎月の施設会議やサービス検討委員会等で利用者の情報共有している。パソコンのネットワークシステムや支援ソフトを活用して、職員間の情報共有を行っている。

43. 記録管理については「個人情報管理規定」「情報公開・開示規程」に基づき、管理体制を確立している。「文書等管理規程」に保存期間、「個人情報の適正管理に関する基本事項」には書類の持ち出しや廃棄についてのルールが定められている。個人情報保護に関する研修を新採研修時に行っている。個人情報強化月間の中で毎週注意する内容（誤送信防止や撮影の取り扱い注意等）を変えながら、職員に気を付けるよう周知している。情報の開示請求については、重要事項説明書に明示し、契約時に説明している。

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]

44. 意思伝達に支援が必要な利用者には、「絵・写真・文字・ジェスチャー」等を活用して、外出の行先や身だしなみ・嗜好品の選択等の利用者の思いを聞き取っている。毎月1回の自治会では、プロジェクターに写真や動画を映して、多くの利用者に理解してもらえるよう支援している。衣類や嗜好品については利用者本人の居室で管理し、本人が自由に使用できるようにしている。散髪時の髪型は事前に本人や家族に聞き取っている。「利用者の意思決定支援について」と題して、施設会議の中でグループワーク形式で討議を実施する等して人権についての理解を深めている。

45. 法人として身体拘束に関するガイドラインを作成し、職員に周知している。身体拘束防止や権利擁護などについて利用者に理解してもらうことを目的に、自治会開催時にスライドや職員による寸劇等を使って説明をしている。権利擁護に関する外部研修に毎年職員を派遣したり、施設内研修を実施している。管理職が全職員へ半年ごとにセルフチェック面談を実施し、職員自身が権利擁護や行動規範を見直す機会を設けている。

46. 言語でのコミュニケーションが難しい利用者にはPEGSやスケジュール、絵カードを使用する等して、意思伝達を工夫している。近隣の公園清掃、館内の食堂やトイレ・活動棟の清掃等を職員付添いのもとでご利用者が実施して頂く等、利用者の持っている力を活かした役割を担当してもらうよう支援している。年に数回、近隣の保育園や小学校との交流会を実施し、施設を理解してもらう取り組みや福祉教育を行っている。

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-(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. 意思伝達に制限のある利用者には、日常的な関わりの場で「絵・写真・文字・ジェスチャー」を使用して、その人固有のコミュニケーション手段で支援している。カレンダーの予定表に写真や絵等も活用して、理解を促す工夫している。PECSカードを作成し、本人が日常的に使用して意思伝達できるように支援している。

48. 選択メニューやグループ外出、個別外出等の希望を、写真や絵等の本人に応じたコミュニケーション方法で担当職員が聞き取っている。個別援助計画作成時には、担当職員が本人の要望を聞き取る機会を設け、半年に一度モニタリングを実施し、サービス管理責任者と検討・共有している。サービス利用時に複数の相談方法や相談相手があることを説明している。

49. PEP-3学習委員を設置しており、月2回のPEP-3学習会を実施し、適切なアセスメントができるようにしている。PECSのの外部コンサルに来てもらい、行動障害等の支援方法のスーパーバイズを受ける等して、支援の専門性を高める努力をしている。本人の障害や行動に応じて、診療所とも連携し、本人にあった医療機関を調整している。

50. 食事について個別の状況に配慮し、食事形態、使用食器の選定、小分けして少しずつ提供、エプロン着用の有無等の工夫をしながら支援している。入浴は、利用者の状態に応じて大浴場、個浴、リフト浴等を使用し、希望に応じて毎日入る方や2日に1回入る方などを決めて支援している。オムツのサイズや種類等は外部ケアアドバイザーに相談したりしながら、利用者の個別状況に応じた選定を実施している。日中活動は一人ひとりの利用者の特性や状態に応じて、担当職員が利用者と一緒に内容を考えている。

51. 居室は完全個室で同性介助を基本としている。本人の状態に応じて、畳で寝る、ベッドで寝る、電動ベッドで寝るなど寝る環境を配慮している。利用者の状態に応じて、車椅子やセンサーを活用して安全に過ごしてもらえるように支援している。本人の過ごす環境をモニタリング等で聞き取り、過ごしたい場所で過ごせるように支援している。

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. 法人内の作業療法士と連携したり、京都市のリハビリ職員派遣事業を活用してリハビリの専門職から助言をもらい、利用者の心身の状態に応じて立位訓練や歩行練習等必要なメニューを考えた訓練を実施している。利用者の心身状況に応じて、訪問リハビリとして言語療法士や作業療法士に来てもらい、日中のリハビリ、食事や臥床時の姿勢の助言をもらっている。

53. 利用者が創作活動で作成した作品を京都市の芸術祭に出展したり、春日野学区の運動会に希望する利用者が参加できるようにする等、利用者の社会活動参加を支援している。選挙の時は、希望者が期日前投票できるように支援している。施設内での役割(仕事)場面でトークンシステムを導入して、視覚情報を取り入れながら金銭管理ができるように支援している。

54. 敷地内診療所があり、月1回内科、精神科、歯科等必要な診療科を受診できるようにし、医師、看護師から健康や疾病に対する助言を得ている。体調に異変がある場合、診療所常駐の看護師に確認をしている。夜間緊急時や喉つめ対応、救急搬送等の対応マニュアルを作成して、迅速に対応できるように準備している。京都市のリハビリ職員派遣事業を活用する等して専門職と連携しながら、利用者の健康の維持・増進に努めている。

55. 敷地内に併設された診療所に受診した情報、外部受診に付き添った情報等を、医師・看護師等も含む多職種間で共有している。慢性疾患患者については、合同フロア会議やケース会議、サービス検討委員会で検討し、医師の指示に基づいた対応ができるようにしている。誤与薬、誤忘薬があった場合には統一して対応できるようにマニュアルを作成している。食事のアレルギーに関しては管理栄養士とも連携している。新規採用職員を対象に医療面での研修を実施している。

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
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	

[自由記述欄]

56. 地域貢献委員会を設置して地域と施設のニーズを橋渡しする取り組みを実施している。近隣保育所と施設利用者が畑の作業や収穫等で交流している。近隣の小学生に施設での生活や利用者の暮らしについての説明する機会を作っている。敷地内のカフェでの配膳作業をしてもらう等、就業経験の機会を作ったり、法人が実施する子ども食堂に参加する等、利用者が地域住民と繋がりを持てる機会をつくっている。

57. 毎月1回保護者懇談会を開催し、施設の近況や事業活動の進捗状況、利用者の様子を報告すると共に、担当職員との面談機会を設けている。全保護者に月1回発行の広報誌を送付し、施設での様子をお伝えしている。家族からの相談希望があれば、職員が必要な助言を行っている。本人の体調不良時は家族に報告・連絡する等のルールが明確にされている。

58. 個別活動やグループ活動等の参加者リストや活動マニュアルに従い、一人ひとりの活動を支援できるようにしている。本人の状況に変化があった場合は、本人の意向を確認しながら活動担当や利用者担当で検討して活動内容を変更している。地域の会社と連携し、利用者が活動で行った、牛乳パックやペットボトルを納品している。

59. 非該当

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