

総合評価

受診施設名	洛西ふれあいの里 デイサービスセンター	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6年 5月 2日

総 評	<p>「洛西ふれあいの里デイサービスセンター」を運営する社会福祉法人京都総合福祉協会は、その源流を1955年に京都YMCAボランティアによって始まった肢体不自由児キャンプとされており、制度がほとんどなかった時代に親の会と連携しながら障害のある人に必要なサービスを自ら開拓してきた歴史があります。</p> <p>「洛西ふれあいの里デイサービスセンター」は1989年に開設された「洛西ふれあいの里療護園」の中の一事業として1990年に開所しました。2006年には障害者自立支援法に基づいた生活介護事業として指定認可を受けました。京都市の事業として「京都市重症心身障害児者療育事業」も展開していましたが、2012年にはその事業の利用者も合わせて生活介護事業の認可をあらためて受け、療護園という障害者支援施設とは一線を画したかたちで再スタートを切りました。「日中活動の場」を保障することを前提に、集団行動の中において一人ひとりの特性に見合った支援を心がけ、その他の社会資源の活用や地域生活支援センターとの連携も深めながら、利用者が毎日を楽しむことに努めておられます。</p> <p>元々身体障害者の通所施設という位置付けでスタートをしているものの近年は知的障害のある方の受け入れも進められており、重症心身障害、強度行動障害等の幅広い特性の方が利用されています。医療的ケアが必要な方や強度行動障害のある方への支援などの課題とともに、本人及び家族の高齢化も進んでいることも相まって、多様な課題への対応が求められています。</p> <p>そうした状況の中で2022年度に福祉サービス第三者評価を事業所として初めて受診され、評価の中で指摘された課題の改善に真摯に取り組んでこられました。今回は前回から一年後のタイミングで取り組みの成果の確認を中心に考えて受診されています。</p> <p>第三者評価の意義をよく理解され、課題に対して具体的に取り組みを進めてこられたこと、とりわけ中長期計画の策定と計画を踏まえた取り組みの推進、利用者支援の質の向上を目指した努力に対して敬意を表すところです。</p> <p>また地域における社会資源の核として、関係機関や様々な人との連携・協働を大切にされた活動を実践されておられます。</p> <p>今後ますます地域の拠点としての役割を果たすとともに、利用者一人ひとりの多様なニーズに応えられるよう、さらなる支</p>
-----	---

	<p>援の質の向上に取り組み、利用者にとってなお一層安心・快適な活動拠点となることを期待しています。</p>
<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている 前回調査時は策定中のためC評価とされていましたが、その後法人としての計画を「長期ビジョン及び中期計画」としてR5年度～5か年計画で策定されました。策定にあたりコンサルは入れず、独自で職員アンケートを取り、経営陣・事務方・事業所幹部で協議・確定されています。事業所の中長期計画は事業所としての課題や方向性が具体的にわかりやすく記載されています。</p> <p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている 法人としてメンター制度を設定して育成を行っています。メンターは職員に募集をかけ決定し、メンターとメンティーはあえて別事業所でマッチング、メンティー＝新人の面談を1年間実施をし、その後も継続の希望があれば2年目以降もメンターによる指導が受けられようになっています。 また「業務目標シート」を活用し、年に2回の職員面談を実施。別途秋頃には人事ヒアリングを実施し職員の就業への意向を聞き取るなど、きめ細かに取り組んでおられます。職員研修は法人「研修センター」が中心となり年度ごとの研修計画を立て、階層別研修の実施や外部研修受講に取り組まれています。</p> <p>A-2-(2) 日常的な生活支援及び日中活動支援 前回調査での指摘を踏まえ策定された「標準ケアマニュアル」において、障害のある本人を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢を明示し、生活場面毎の支援の基本的な内容や留意点等を定めています。 とりわけ生活の中でニーズの高い入浴支援（多い日で1日10名程度利用）について、同性介助を基本とされ、てんかん発作への対応など個別の配慮事項をマニュアル化するなどプライバシーや安全に配慮しながら実施されています。また現在は療護園の入浴設備を併用されていますが、今後デイ利用者のニーズにより対応できるよう施設の改装計画の中で専用の浴室を整備する計画も持っておられます。排泄についても利用者全員に支援のニーズがあり、送迎もご家族の高齢化により介助が困難なケースでは自宅の中に職員がお邪魔し移乗介助を行うなど、個々のニーズに対応しながら全利用者に対して実施されされています。食事の選択メニューの実施や、日中活動での写真・イラストを用いた視覚支援による選択・決定の支援、タブレットなどの自分の気持ちを相手に伝えるための代替手段の確保など、利用者の意思確認・意思決定の支援にも丁寧に取り組まれています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>I－3－(2) 事業計画が適切に策定されている 障害のある本人への周知・理解の促しについて、文章にルビを打った「年度事業計画及び年度行事予定の案内」を発行し、年度末の個別懇談会でも説明するなどの工夫を行っておられますが、利用者に重度の方が多く、意思決定支援としてご本人の思いをさらに汲み取れるよう取り組みを進めたいという問題意識は持っておられることから、今後の課題としました。</p> <p>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 意見箱を新たに設置するとともに、毎日やり取りをする連絡帳で家族からの要望を聞くなど、意見等を聴取するための工夫をしています。また、苦情解決マニュアルを策定して、規定に沿って取り組まれています。公表について法人としても検討課題として認識はされているものの、実施はされていませんでした。またマニュアルの定期的な見直しも行われていないため、今後の課題としました。</p> <p>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。 洛西ふれあいの里施設等消防互助会（ふれあいの里各施設、支援学校、介護施設）で規約を策定して、共同訓練等を実施しています。職員や利用者の連絡網は整備されていますが、利用者の安否確認の方法が確立されているとは言えず、さらなる工夫を検討して頂ければと思います。</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	洛西ふれあいの里デイサービスセンター
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	2024年1月19日（金）

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]

(通番1) ホームページに理念・基本方針が明記され、施設玄関にも掲示されている。ホームページは50周年を機に見直しもされており、「わかりづらさがある」という意見もあり議論を重ねてより分かりやすい形に変更されている。職員会議のレジュメの冒頭に掲載して常に意識できるように工夫している。年度初め職員研修で職員に説明されている。本人家族への周知では2023年度秋の「トピックス」(12月発行)にルビ打ちして掲載し、改めてお知らせをされている。

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]

(通番2) 全国的な動向や地域の情報やニーズを関係団体への参加を通して把握している。法人全体として共有の場として「所属長会議」を月1回で開催している。(ズームも活用し、理事長、全事業所長が参加。)各事業所から課題を上げて分析されている。地域の社協の繋がりや自立支援協議会へ参画され、隣接する支援学校の進路実習を毎年受け入れている。
(通番3) 法人の経営課題は理事会・評議員会で説明・協議されている。所属長会議で事業所の稼働率・給付費の状況等を報告・分析している。所属長会議での内容を抜粋して職員会議で報告し、事業所としての課題(稼働率・コスト削減等)を職員に周知・共有されていることを会議録で確認した。職員会議には常勤職員が出席している。非常勤職員は自由参加だが、不参加者には会議録を閲覧している。職員会議での意見を事業計画の検討に活用している。

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。	b	b

(通番4) 前回調査時は策定中であった法人としての計画を「長期ビジョン及び中期計画」としてR5~5か年計画で策定されたことを計画書で確認した。策定にあたり、職員アンケートを取り、経営陣、事務局、事業所管理職で協議をした。(今後の評価・見直しも法人として進めていく予定。)事業所の中期計画は事業所として課題や方向性が具体的にわかりやすく記載されている。
(通番5) 単年度の事業計画の評価は中長期計画を踏まえて年度ごとに総括・評価を行い、次年度に向けた見直しを実施している。
(通番6) 事業計画の評価・見直しについては職員会議(月1回)でR5年度計画の重点方針の評価から6年度の計画づくりに向けた協議を行っていることを会議録で確認した。計画の進捗状況の報告を9月に実施をし、冬季に年度末評価に向けた検討を行っている。
(通番7) 文章にルビを打った「年度事業計画及び年度行事予定の案内」を前年度2月に発行し、3月の個別懇談会でも説明を行っている。しかし、利用者に重度の方が多く、意思決定支援の観点から本人の思いを汲み取りたいという意識は持っておられ、次の調査に向けた課題としてB評価とした。

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]

(通番8) 前回評価後から主任・リーダーで評価結果を見直し、対策をサービス向上委員会で検討し、職員会議に報告して周知を図っている。マニュアルの未整備の指摘が多かったことを受け、特に重点的に取り組んできたことを職員会議録で確認した。満足度調査アンケート(年1回)を実施をし、その後、個別懇談会を実施している。具体的な改善例として入浴について、限られた人しか入っておられなかったが、枠が一杯でも「無理です」とは言わないよう、できるだけニーズに応えられるよう回数や職員の時間を調整して対応を行った。家庭で頑張っておられたがデイで入浴を使われてよかった…というような声が上がってきている。取り組み結果を担当職員にフィードバックして個別支援計画の見直しに反映している。
(通番9) 評価結果をサービス向上委員会で分析・検討し、職員会議で報告されていることを会議録で確認した。分析・協議された内容を事業計画の見直しにも反映されている。

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) 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]

(通番10) 管理者は「所属長目標シート」を作成するとともに年度目標(運営、組織等)を立て職員にも示している。目標の中間評価を事業計画の中間評価と合わせて実施し職員と共有している。管理者の役割と責任は組織図・事務分掌を年度職員体制の中で明示し、年度初めの職員会議で職員に周知している。また、規定集・理事長専決規定を策定、権限を明記している。大規模災害時事業継続計画(策定中)で不在時の権限委任等についても明記している。(計画は法人で共通の様式に基づいて事業所ごとの状況に応じて作成されている。)

(通番11) 所属長研修を法人「研修センター」でテーマ(今年度はインボイス、メンタルヘルス等)を決めて年3~4回実施している。研修内容を職員にも共有している。集団指導での内容は職員会議で報告周知されている。「福祉関係法令リスト」ファイルを作成して職員も閲覧できるようにしている。

(通番12) 職員会議、反省会を実施し所長も参加している。管理者はほぼ毎日現場に出ている状況でもあり、常に現場を見ながら、気付いたこと等はその都度職員に伝えるようにしている。

(通番13) 稼働率・収支状況は職員会議で共有している。経営状況を把握し、稼働率確保、収入も上げて、人員もしっかり確保できるというプラスのサイクルで回っていくよう努めている。強度行動障害の方への支援を今年度の課題としている。契約者の通所予定日以外の受け入れなどを進め、稼働率を上げることが利用者ニーズに応えることになるとの認識をもって取り組んでいる。

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]

(通番14) 法人として事業計画に人材確保・定着、働きやすい職場づくりに関する方針を明記している。職種や人数等も計画に位置付けている。法人「研修センター」で職員研修の計画を策定し、階層別研修等を実施されている。資格取得制度がある。育成についてはメンター制度があり、メンターは職員に募集をかけた決定し、(メンティー=新人面談を1年間実施。)、継続希望あれば2年目以降もメンターをつけられる。法人「イノベーションプロジェクトチーム」を若手~中堅で構成(法人職員総数560名のうち、12~13人程度)し、職場の魅力発信や交流(20代のつどい、実習担当者の交流、等)を企画実施、就職フェアへの取り組みなどを実施している。

(通番15) 「階層別研修の全体像」「キャリアの仕組み」「倫理綱領」等で「求められる職員像」が明記されている。就業規則で採用、配置、移動等について、別表で昇格昇給の基準等について明記している。職員処遇改善ハンドブックを毎年度発行している。資格取得補助やサークル活動助成、休暇取得等についてわかりやすく周知されている。理事長と新規採用職員、その他職員の意見交換会を年に1回実施されている。組織活性化プログラムによるアンケートを集約して課題を分析・検討されている。業務目標シートを年度ごとに作成し、人事ヒアリングを実施している。

(通番16) 有給休暇集計表、時間外労働集計表を確認している。(年次有給休暇は12.5日/年取得を法人の目標として、概ね達成できている。)超過勤務は日中支援の関係で記録や準備等で法人内他事業所の中でも多い傾向である。来年度事業計画に向けた改善検討をしている。男性職員育児取得は昨年度実績がある。メンタルヘルスの取り組みはカウンセリングの無料チケットを配布し、年5回まで受けられる仕組みを整備している。

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
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。	b	b

[自由記述欄]

(通番17) 業務目標シートを活用し、目標管理を行っている。業務目標シートはキャリアパス、所属長目標を踏まえて、各自の業務目標を立てて作成し、所長が確認してコメントを入れる仕組みとまっている。その中で「期待する職員像」を踏まえて確認している。また、メンター制度を整備し、進捗状況の確認を行っている。メンターとメンティーはあえて別事業所でマッチングしている。職員面談が年2回、人事ヒアリング(秋ごろ)と計3回面談の機会がある。

(通番18) 法人「職員倫理行動指針」で倫理規範と行動指針を定めている。法人「研修センター」で研修計画を策定し、階層別研修を実施している。自己申告書を人事ヒアリングに合わせて提出している。

(通番19) 研修年間計画(内部、外部研修含め)一覧表を作成し管理している。人事ヒアリングでの自己申告シートで個別の状況を把握している。1人一回は外部研修受講できるように調整している。

(通番20) 現在は介護等体験のみの受け入れとなっている。デイサービスセンターとして実習生受け入れマニュアルは策定しているが、職種の専門性に沿った実習プログラムになっているとは言えない。人材確保にもつながる今後の取り組み課題としてB評価とした。

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	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]

(通番21) ホームページを法人設立50周年に合わせてリニューアルし、法人の理念、事業内容、財務諸表等情報を公開している。

(通番22) 経理規定等で会計のルール等を定め職員に周知している。法人監事(税理士)による内部監査を実施している。顧問契約している会計士によるチェックは受け、指導、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
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
	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。	b	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]

(通番23) 事業計画に地域との関りについて基本的な考え方を明記している。地域の小学校で開催される「桂坂オータムフェスタ(以下フェスタ)」に事業所としては紙漉き製品の展示販売で参加している。「フェスタ」は従前開催されていた「ふれあいの里秋祭り」がコロナ禍で中止になり、それに代わるものとして地域の文化祭的に地域の方(自治連合会等)が主催しており、桂坂地域で活動されているサークル団体に呼び掛けてオカリナ演奏、紙芝居等を施設で発表してもらっている。保育所との合同クリスマス会はコロナで中断中だが紙漉きで作ったはがきでメッセージカードをプレゼントしたりと工夫をしながら関わりを継続している。卓球バレーの大会に施設から参加している。

(通番24) 前回調査時に指摘を受けて事業所としての受け入れマニュアルを作成している。

(通番25) 自立支援協議会への参画等、地域の関係機関等ネットワークも積極的に参加をされ連携を図っているが、社会資源を明示したリストや資料の作成はされておらず、今後の課題としてB評価とした。

(通番26) 「ふれあいの里協力会」によるイベントを実施している。フェスタやゲーム、子供のリトミック、介護講座の開催や相談支援事業も実施するなど地域の相談の窓口の役割を果たしている。

(通番27) 自治会連合会との連携(会合への参加、オータムフェスタの共同開催、マイクロバスの運用)を積極的に図るとともに地域清掃(クリーンデイ)に参加し草刈りやゴミ拾いを協同で実施している。

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
	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。	b	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。	b	a

[自由記述欄]

(通番28) ホームページで基本理念の記載を確認した。前回調査後、「標準ケアマニュアル」を作成し、冒頭に基本姿勢を明記している。マニュアルは職員会議で周知後、マニュアル集を回覧して共有している。年度初め職員研修で「強度行動障害と虐待」について取り上げた。施設のリスク会議(月1回)の中で虐待防止委員会・身体拘束的成果委員会を設置するとともに、セルフチェック(全社協版)を4か月に1回実施している。

(通番29) 前回調査の指摘を受けてマニュアル「介護におけるプライバシー保護の基本」を作成している。個室対応がなかなか難しい部分では職員の休憩室を活用する場合もある。虐待防止・虐待対応マニュアルで不適切な事案が発生した場合の対応方法についても明示している。

(通番30) 法人パンフレット、事業所パンフレット、ホームページなどを活用して情報提供を行っている。写真を多用し、具体的に内容が伝わりやすい工夫をされている。見学や体験利用の希望には随時対応している。

(通番31) 前回調査の指摘を受けて国が示している「意思決定支援のガイドライン」の活用を行っている。「本人や家族等が理解しやすいような工夫や配慮」を意識し、視覚支援等を取り入れている。

(通番32) 事例として入所への移行ケースを確認した。利用者データベースを活用して、「デイからの引き継ぎ事項」資料を作成して引き継ぎを行っている。相談支援と連携の連携もしている。

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。	b
	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	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。	b	b

[自由記述欄]

(通番33) 利用者「満足度調査」や個別懇談会を実施している。事業所内に意見箱を設置している。相談等個別に対応が必要な場合は療護園の相談室や休憩室を活用している。

(通番34) 意見箱を事業所内に設置するとともに連絡帳で家族からの要望や意見を聞いている。苦情解決マニュアルを策定している。公表について法人としても検討課題として認識されているが実施はされていないため、今後の検討課題として認識している。

(通番35) 医健・要望については苦情解決マニュアルと一体で運用されているがマニュアルの定期的な見直しは行われていないため、今後の課題として認識している。

(通番36) リスク・虐待防止委員会を設置(責任者:所長)している。事故防止対策指針、介護事故予防マニュアル、車両事故予防マニュアル、緊急時対応マニュアル等のマニュアル集のファイルを整備して職員室に設置しいつでも閲覧できるようにしている。発作時の対応等、利用者個人ごとに必要になる緊急時対応は個別にマニュアルを作成し、個人ファイルにしている。職員会議でヒヤリハット、アクシデントを報告されている。

(通番37) 「感染症等の予防及びまん延の防止のための指針」、食中毒マニュアル、コロナウィルス感染症マニュアルを策定している。マスクができない、パーテーションを嫌がられる等利用者の個別の状況に応じて工夫して対応している。

(通番38) 近隣の施設等からなる互助会(ふれあいの里各施設、支援学校、介護施設)で規約を策定して、共同訓練等運用されている。連絡網は整理されているが、安否確認の方法としてさらなる工夫について課題が残るためB評価とした。

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]

(通番39) 前回評価以降「標準ケアマニュアル」「プライバシー保護の基本」を策定し、職員に周知している。サービス向上委員会を設置して、マニュアル等の運用状況の確認や見直しについて検討している。
 (通番40・41) サービス管理責任者(所長)を中心に取り組んでいる。アセスメントを標準書式に基づいて実施している。手順として個別支援計画(前期)策定→前期評価(中期)→個別支援計画(後期)策定→後期評価(年間)のサイクルとなっている。利用者それぞれに担当職員を置き、担当職員と相談しながら進めている。
 (通番42) 記録管理システム「福祉の森」を利用し、記録の内容等について共有している。記録の内容で気になることがあれば、都度指導している。
 (通番43) 法人「情報管理規定」を確認した。守秘義務・不適切利用に対する対策は就業規則に規定、入職時に誓約書を取っている。しかし、情報開示規定を策定中である。

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。	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]

(通番44) 日中活動については本人の希望を踏まえ個別支援計画により定めているが、日々の活動内容・メニューは選択の余地を残し、本人の意思決定を尊重するようにしている。視覚的な選択肢を提示している。不必要にスキミングを好む利用者に対し、慣むように話し合いをすることがある。
 (通番45) 事業所としてはベルト類をしないという方針があるが、不随運動が激しい利用者が療護園で短期入所を利用する場合に限り、身体拘束を行う事例がある。保護者に対し、身体拘束に関する研修情報を共有している。しかし、本人・家族への権利擁護の学習機会の提供は課題であるためB評価とした。
 (通番46) 事例) 麻痺がある手を使った作業工程を工夫して設定するようにし、残存機能の維持に努めている。合理的配慮の観点で強度行動障害の支援を行っている。

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】

(通番47) 視覚的な支援は写真・イラストを用いて見通しを示している。また、視覚的な手段を用い、選択・決定を支援している。絵カードやタブレットなどの自分の気持ちを相手に伝えるための代替手段を確保し、意思疎通を深められるよう努めている。
 (通番48) 外出支援の際に、行先・プランを一緒に考え実施するようにしている。選択メニューの機会がある。好きな食べ物を栄養士に伝え、献立に盛り込んでもらう取り組みがある。サービス管理責任者が利用者情報を集約し、支援計画に反映させている。
 (通番49) 建物の構造上、行動障害のある人の対人関係の調整に苦慮するところがある。加害者・被害者を出さないように、限られた空間ではあるが、職員がマンツーマンで距離感に配慮している。
 (通番50) 標準的ケアマニュアルにおいて生活場面毎の基本的な支援を定めている。多い日で1日10名程度の入浴支援がある。同性介助を基本としている。現在療護園の入浴設備を利用しているが、今後の改装計画の中で専用の浴室を整備する計画である。利用者全員、排泄に何かしらの介助が必要である。利用者全員、送迎を利用している。保護者の高齢化により、自宅の中に職員がお邪魔し、移乗介助を行うこともある。活動プログラムの見直しは、担当職員で構成するチームの単位で定期的に行っている。
 (通番51) 利用者に安全・安心に過ごしてもらうために、個別のスペースを設け机やソファを置くなどして過ごしやすい空間になるように配慮している。入浴設備の改修に合わせて、フロアを拡張する計画がある。休憩室にビーズクッションなどを置き、スヌーズレン室としても用いている。専門的な知識は持ち合わせていないが、アロマを焚いたりして工夫をしている。

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
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】

(通番52) 療護園に理学療法士が配置されており、年1回診断を受ける機会がある。基本はかかりつけのリハビリ機関(ヨゼフや花ノ木)で作成したリハビリプラン・ストレッチ訓練を事業所でも日中活動に組み込み実施している。浴室を増設する際に天井走行式のリフトを設置する予定である。
 (通番53) 紙漉き商品の販売機会に地域の方々との交流がある。書道などの作品展示を通じて、社会参加を支援している。売り上げは茶話会の費用で還元している。外出支援でUSJやニフレル、鉄道博物館などに出かけた。金銭の自己管理をしている人が1名いて、自販機でコーヒーを買っている。200円の所持金をどう使うか、職員が助言を行っている。
 (通番54) デイに1名看護師が常駐し、日々の健康管理を担っている。診療所が館内にある。嘱託医は週1回来訪(療護園とデイ)。嘱託医に健康状態や家族の悩みを相談し、助言を得ている。体調急変やケガ時に備えて、発作時マニュアル、誤嚥発生時の対応マニュアル、緊急受診時のフローチャートを整備している。職員は発作時対応に関する内外の研修会に参加している。
 (通番55) 服薬管理マニュアルを備えている。薬は一定の数を預かる場合と毎回持ってくる人もいる。薬は職員室内のロッカーで保管している。桂病院が協力医療機関となっている。アレルギー、生活習慣病のある人への食事提供は栄養士が対応している。喀痰吸引研修(3号研修)修了者を5名を配置している(医療的ケアの対象は2名)。

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	非該当

[自由記述欄]

(通番56) 地域生活の支援については相談事業所等と連携をしている。(計画相談は20名。残り8名はセルフプランや他相談事業所。)事例)セルフプラン・デイ利用のみの方で、母の長期入院によりサービス不足がわかり、事業所から必要なサービスにつなぐ働きかけを行った。「メディカルケアステーション」を活用し、熱発された場合にヘルパー・訪問看護と情報共有し、即座の対応につなげ、以後の経過も把握できるようにしている。コロナの時に特に活用した。

(通番57) 家族会はないが、連絡帳のやり取りや送迎時のコミュニケーションで日常の連絡を密にしている。年に一度個別懇談会を実施している。体調不良・急変時(発作が多い)の連絡ルートは、個々に作成するマニュアルに基づき対応している。

(通番58) 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として股関節脱臼で歩行困難に至った方に対し理学療法士と連携し回復に努めた事例がある。また、トイレを自力で行きたい方の思いに寄り添った支援等を実施している。

(通番59) 非該当

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
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]

(通番60) 非該当