

[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 | 身体障害者デイサービスセンター すいんぐ         | 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」 |      |      |

2024年5月24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。また、法人として「きょうと福祉人材認育成認証上位認証」を取得されており、研修体系やキャリアパス制度も構築され、資格取得支援や産休・育休取得支援などにも力を入れておられます。</p> <p>平成14年4月に開所した身体障害者デイサービスセンターすいんぐは、近鉄富野荘駅から徒歩で約5分の場所にあり、城陽市立今池小学校に隣接しています。建物内には高齢者デイも併設しており、連携も図っています。主に身体に障害のある方を対象にした、定員20名の通所事業所で、年齢層は幅広く多世代の方と交流が持てるようになっています。食事、整容、排泄等の生活支援や機能訓練等を実施して、安心して日中活動ができる場となっています。</p> <p>数年前から、施設の存在意義や目的を職員間で話し合い、機能訓練特化型のデイサービスを目指し、職員をレッドコード訓練指導者の研修に参加させて、職員間で訓練方法や声かけ方法等を統一してきました。実際のサービス提供時には、日常生活動作に合わせた、ADL体操や個々の利用者にあわせたレッドコード等による動作訓練、理学療法士による機能訓練を充実させ、余暇活動ではパソコン活動やドリル、絵画等の制作、テレビやマッサージ機でくつろげる場所等を提供し、一人ひとりの目的に沿った取組みを選択して頂きながらサービス提供をしています。</p> <p>また、利用者のモチベーションをあげるために「体力測定フィードバックシート」を作成し、動作レベルを年2回の体力測定で評価しながら、支援計画に反映させ、訓練を実施して記録していくという一連の流れを基本にしたサービス提供が行われていました。</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、福祉サービスの質の向上や経営課題の改善に向けてリーダーシップを発揮しています。事業所として特色を持つことを目的に機能訓練・運動プログラムの提供体制を構築したり、経営課題についても毎月の経営戦略会議で話し合い、対応策を検討しています。人事・労務等については、すいんぐ会議や幹主会議の中で、必要な職員配置と予算配分を提案したり、必要に応じて法人本部と話し合いをもち、職員の労務環境について業務改善を図っています。

働きやすい環境に向けては、超過勤務の削減にノー残業デイの設定や勤務時間内の記録等の時間の確保や記録が簡素に書ける仕組みづくりなど具体的に取り組んでいます。

**Ⅲ-2-(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。**

「すいんぐ業務マニュアル（R2年度版/全体）」・「南山城学園自宅でできるADL体操」など、必要な業務のマニュアルを整備しています。マニュアルに沿った支援ができていない場合にも主任に集まる情報をふまえて面談や指導を行うようにされています。管主会議でも共有し、必要があればさらなるサポートを行うようにもしています。主任の手元には「新職員育成計画スケジュール」を作成し、それに沿った指導を行うようにしています。マニュアルの見直しは年1回実施することとしており、個別支援計画に沿った見直しも行っています。（例えばトイレのシーティングが必要な方がいらっしゃる際にはその旨マニュアルに盛り込むなど状況に応じた対応に努めています。）

特に良かった点(※)

**A-1-(1) ① 自立支援**

自己決定を尊重するエンパワメントの理念に基づく個別支援ということについては、機能訓練における個別メニューを設けるとともに、あらかじめ「体力測定フィードバックシート」を作成することで個々の体力と要望とをふまえながらメニューを策定するようにしています。

また、定期的に給食のメニューを選択する機会を設け、選択の際には写真付きの用紙を使い聴き取りを行っています。視力障害の利用者へは食事の際に、食器等の位置がわかるような工夫をする等合理的配慮も行うようにしています。

生活に関わるルールについては、毎日の夕礼にて直接話を聞く時間を設けたり、別日で個別に話をする場を作るようにしています。

**A-2-(4) 機能訓練・生活訓練**

レッドコードやADL体操による機能訓練が事業所としての特色です。主体的に取り組んでもらえるように自主トレメニューも用意しており、法人のPTに監修してもらって個別に取り組んでもらっています。これらの訓練は個別支援計画に反映し、モニタリングで状況に応じて見直しをしています。機能訓練の他、折り紙や問題集、PCを使った作業なども行えるように整えています。

訓練についてのモチベーションを高めるためにも「体力測定フィードバックシート」へは、訓練メニューにポジティブな記載に心がけて意欲の醸成につなげています。

|                   |      |
|-------------------|------|
| 特に改善が<br>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 | 身体障害者デイサービスセンター すいんぐ            |
| 施設種別  | 生活介護                            |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人<br>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6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<br>理念、基本方針 | I-1-(1)<br>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、ホームページや事業報告書に記載されている。法人の理念に沿った基本方針が明文化され、事業計画が、毎年策定されている。年度初めの施設内の会議、新人研修で、基本方針や事業計画を職員に周知している。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。家族や後見人には、法人理念、基本方針、事業計画書を作成して周知している。

| 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-2<br>経営状況の把握 | I-2-(1)<br>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     |

**[自由記述欄]**  
 2. 全国的な動向は全国経営者協会や知的障害者福祉協会、ワムネットを通じて情報を得ている。地域の動向については自立支援協議会に参画し情報を得ている。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等に関する報告を共有するとともに事業計画において数値目標を立て、法人全体で対策を検討している。  
 3. 理事長、法人本部職員、各事業所の管理者で構成される毎月の経営戦略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、法人本部の財源化と連携し課題の解決策等を話し合っている。定例理事会（年8回）にも経営情報の報告がなされている。

| 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-3<br>事業計画の策定 | I-3-(1)<br>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・長期的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     |
|                | I-3-(2)<br>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     |

**[自由記述欄]**  
 4. 地域の関連機関や地域住民等にアンケートを行い2015年に長期計画である「ネクストビジョン2025」を策定している。施設長会議で意見聴取した内容やSDGsとも関連付けした内容を踏まえた「中期経営計画2025」を2020年に策定し、5年後に具体化する行動目標を明示している。  
 5. 中期計画における重点項目を踏まえた単年度の基本方針が策定され、解決すべき課題について盛り込んだ事業計画が策定されている。4つの重点項目（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）を法人共通の項目とし、事業所内で可能な限り数値目標を盛り込んだ単年度の事業計画を策定している。  
 6. 毎年1月から、今年度の事業計画の評価と次年度の事業計画の内容を各職員から聞き取り、その内容を取りまとめて事業計画を作成している。計画の実施状況をすいんぐ会議（月1回）で協議するとともに管主会議（月1回）で必要に応じて修正及び見直しを行っている。  
 7. 「事業計画書」を家族や成年後見人に配布して周知している。保護者に事業活動や運営への理解を深めてもらうように、写真を交え、保護者向け広報誌「すいんぐ通信」を年2回発行して送付している。年2回、家族会も開催している。

| 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<br>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)<br>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     |

**[自由記述欄]**  
 8. 3年毎に第三者評価を受診し、改善点を事業計画に落とし込みPDCAサイクルで指摘事項の課題解決に取り組んでいる。利用者満足度アンケートを実施し、改善点をすいんぐ会議、管主会議で検討して改善に向け取り組んでいる。セルフチェックを年1回全職員対象として実施している。  
 9. 前回の第三者評価受診時の結果で指摘された事項の改善に取り組んでいる。（保護者会の開催や利用者満足度アンケートの実施、苦情の公表など）また、利用者満足度アンケートの実施の中で出た要望については事業計画に記載し、改善を図っている。

**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<br>管理者の責任とリーダーシップ | II-1-(1)<br>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)<br>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. 管理者の役割や責任は、運営規定や事業所の職務分掌に記載し周知している。法人のキャリアパスの中でも管理者の役割を明示している。また消防計画に不在時の権限含め有事の役割や責任が明記されている。利用者等には広報誌「すいんぐ通信」の中で、管理者の役割や責任を表明している。

11. 管理者は、集団指導や全国経営者協会、ワムネット等からの情報提供や法令遵守のための研修会に参加する等して、法令を把握している。法人として法令順守責任者を配置している。関係法令も含めた「順守すべき法令リスト」を作成し、必要な時はネットで確認できるようにしている。個人情報保護や権利擁護研修を開催するなど職員に対しても遵守すべき法令等を周知している。

12. 特色を持つことを目的に機能訓練・運動プログラムの提供体制を構築した。毎月のすいんぐ会議や幹主会議で利用者状況や運営上の課題等、改善する点があれば話し合っている。経営課題や質の向上に向けた課題を職員に説明して会議等で話し合い、課題解決にむけリーダーシップを発揮している。

13. 経営状況や経営課題について毎月の経営戦略会議で話し合い、対応策を検討している。人事・労務等については、副センター長や主任と検討を行い法人本部と話し合っている。すいんぐ会議や幹主会議の中で、必要な職員配置と予算配分の提案したり、職員の労務環境について業務改善を図っている。働きやすい環境に向けては、超過勤務の削減にノー残業デイの設定や勤務時間内の記録等の時間の確保、記録が簡素に書ける仕組みづくりなど具体的に取り組んでいる。

| 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<br>福祉人材の確保・養成 | II-2-(1)<br>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)<br>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. 法人本部の企画広報課が採用活動が窓口となり、法人全体で「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。正規職員は国家資格100%保有を目標として資格取得支援に積極的に取り組んでいる。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。事業所内保育園や育休取得・育児時短の推進など働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

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して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が出来ている。採用のためのパンフレットを作成している。人事基準については就業規則、給与規定等に定めている。職員の処遇等については社会情勢等も踏まえ分析をし、賞与等の見直しもしている。2020年からは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している。

16. 法人事務局にて勤怠管理ソフトで労務管理を行い、有給休暇や時間外労働等のデータを定期的に管理職が確認して職員の就業状況を把握している。ストレスチェックを実施して外部の相談窓口や産業医につなげる仕組みがある。毎年1月頃に人事ヒアリングを実施し、配属先の希望や就業意向を確認している。京都府民間社会福祉施設職員共済会への加入や、法人として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<br>福祉人材の確保・養成 | II-2-(3)<br>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     |
|                    | 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」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。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。管理ソフトを導入して一人ひとりの把握を行っている。

18. 法人としてキャリアパスが整備され、1年目～5年目までのフォローアップ研修や課題別研修、エキスパート研修等を実施し、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を図っている。研修委員が中心となり施設内研修や新規採用職員の介護講習会を実施し、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。

19. 法人で職員の資格取得研修履修状況を把握し、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、テーマ別研修等を企画し、個々の職員の希望も踏まえて研修に参加できるようにしている。また、法人内の開催する研修に横断的に参加することができる機会も作っている。

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、指導者講習会も受講している。近年では、保育実習やインターンシップ、介護等体験等を受け入れている。

| 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 |
| II-3<br>運営の透明性の確保 | II-3-(1)<br>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で法人の理念や事業内容、決算報告などが公開し、情報開示に取り組んでいる。毎年度作成されている「活動報告(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。施設広報紙で満足度アンケートや自治会、家族会の意見などは広報誌で公表している。苦情相談体制等の内容も施設所内に掲示している。

22. 事務・経理・取引に関するルールの明確化(経理規程)と職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員にも周知している。外部の公認会計士が定期的に訪問して、監査や助言を行っている。監査法人による会計監査を受け、定期的なチェックや指導を受けている。

| 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<br>地域との交流、地域貢献 | II-4-(1)<br>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。 | 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. 地域とのかかわりについては法人理念、基本方針に明記している。地域の情報について、利用者向けに施設内に配架している。地域の自治会活動である校区運動会に実行委員会として参加している。駅前清掃活動も実施している。保育園の子供たちとの交流に取り組んでいる。法人として綾雲祭を行っている。

24. 「ボランティア受け入れガイドライン」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、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。法人「中期計画2025」や法人ホームページに地域の学校教育について明示して地域の学校に福祉教育の授業を行っている。当事業所で受け入れているボランティアは、将棋囲碁ボランティアの活動のみ。

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、サービス事業所一覧に連絡先なども記載してリスト化を行い、いつでも連携できるようにしている。自立支援協議会に参加するとともにセンター内の相談部門と連携をしてサービス提供を行っている。

26. 城陽市から「彩雲館」が災害時の福祉避難所として指定されている。地域との交流を目的として彩雲祭の開催や、障害の理解等を促すセミナーや講演会の開催等を実施している。法人として清掃活動や町の緑化活動等のまちづくりに協力したり、3店舗のカフェを運営している。工業と福祉の連携を基盤とした、工福連携プロジェクトの取り組みを始動している。

27. 富野校区自治会に所属し、総会に定期的に出席してニーズの把握に努めている。法人の各部署から選出された職員で子ども食堂の開催や学習支援を実施している。子ども食堂を月2回開催している。(コロナ渦で中断して学習支援を行っている。)法人の多目的ホールを地域の方に貸し出しをしている。

**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<br>本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(1)<br>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)<br>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. 「7つの誓い」に本人尊重の基本姿勢が定められている。法人で職業倫理と支援の基本姿勢「職業倫理とエンパワメント」及びすいんぐ行動規範を定め、タ札等にて読み合わせを行っている。また法人の研修の中で「利用者様の権利擁護」について研修実践に繋げている。年1回、「権利擁護のための職員セルフチェックリスト」を全職員に実施している。

29. 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。身体拘束にかかるガイドラインを定めている。プライバシー保護についての強化月間を設けて職員への周知徹底を図ると共に、入浴手順、対応マニュアルで留意事項を明示して職員間で徹底することや、浴室での仕切りを設ける等、設備面でも工夫をしている。不適切な事案が生じた場合の対応についても、「虐待防止・虐待対応マニュアル」に規定されている。

30. 「ANNUAL REPORT 事業報告」や「Something New」という広報誌を発行して図や写真で、取り組んでいる事業等を紹介しており、幅広い方々に見ていただけるように積極的に発信されている。見学、体験については、事業所のメニューをまとめたリーフレットを用意しており、利用希望者やご家族、関係機関の方々に提示して対応している。(年1回は内容を更新している)

31. サービス開始・変更時の説明については、時間を十分にとってご検討いただくようにしており、対応時の様子も記録し、レッドコードなど実際に体験していただいて決めていただけるようにしている。意思決定が困難な利用者への配慮については、必ずご本人だけではなくご家族や後見人の方に対して説明するようにし、こうした一連の対応については、歴代主任間で継承してきている。

32. 法人内での事業所間の変更時には、サイボウズを活用して情報共有している。外部の事業所への変更時には、「利用者基本情報」という様式にて情報をまとめて渡すようにしている。

| 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<br>本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(3)<br>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)<br>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)<br>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. 個別支援計画作成時にご本人の希望を、ご家族からは日々の連絡帳・電話にて伺っている。その他、家族会や「満足度調査アンケート」、建物内の「ご意見箱」でも意見を伺い、すいんぐ会議にて職員間で共有し、改善が必要な案件については速やかに改善・実行に努めている。「すいんぐ新聞」では結果をフィードバックしている。

34. 苦情解決の体制が整備され、施設内にも「ご意見・ご相談(苦情)お申し出窓口のご案内」と「苦情/意見対応フローチャート」を掲示している。苦情は0件だが、「満足度調査アンケート」の中でトイレの汚れやエアコンの温度設定等の声はあがるので、随時対応している。

35. 「苦情/意見対応フローチャート」で対応手順を定め、声や要望については記録されている。毎朝の「朝の会」で、声があがる場合もある。利用者同士のトラブルや不満の声等が生じることもあり、職員で検討の上、対応策を利用者様に提案されている。法人が定めるマニュアル見直し強化月間時には対応フローチャートの見直しも実施している。

36. 各施設のリスク委員会に加えて、法人にもリスク委員会があり(事故対策・感染症等)、他施設で発生した事象なども情報共有して相互に対策を講じることができる。現在は、車両事故の発生が課題。事故発生時には、「事故報告・業務改善報告書」の様式にて発生の経過と要因の考察をまとめた報告書を作成して、管理職がすぐさま検討し対策を講じている。「利用者基本情報(サマリー)」を作成しており、救急搬送時などでも速やかに対応できるようにしている。「センター城陽「リスクマネジメント委員会」2022運営方針」にて体制や活動内容を規定している。

37. 「新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画(BCP)」を定め、対策本部の態勢や具体的な対応方法が備えている。その他の感染症(インフルエンザ、肝炎、ノロウイルス等)についても各種マニュアルを整備している。職員への周知についてはサイボウズを活用している。マニュアルの見直しは年1回、リスクマネジメント委員会で行っている。

38. 災害時における対応として「防災マニュアル」を策定しており、各種訓練を実施。特に水害の可能性の高い地域でもあるため、昨年度は水害避難誘導訓練も城陽市と連携のもと実施している。備蓄も法人全体で整備している(3日分)。



| 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<br>福祉サービスの<br>質の確保 | Ⅲ-2-(1)<br>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     |
|                        | Ⅲ-2-(2)<br>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。      | 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     |
|                        |   | 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     |

**【自由記述欄】**

39. 「すいんぐ業務マニュアル (R2年度版/全体)」・「南山城学園自宅でできるADL体操」など、必要な業務のマニュアルを整備している。マニュアルに沿った支援ができていない場合にも主任に集まる情報をふまえて面談や指導を行うようにされている。管主会議でも共有し、必要があればさらなるサポートを行うようにもしている。主任の手元には「新職員育成計画スケジュール」を作成し、それに沿った指導を行うようにしている。マニュアルの見直しは年1回実施している。個別支援計画に沿った見直しも行っており、例えばトイレのシーティングが必要な方がいらっしゃる際にはその旨マニュアルに盛り込むなど状況に応じた対応に努めている。

40. 個別支援計画策定責任者は主任であり、「個別支援計画の考え方と書き方」により作成の考え方や方法を整理している。月1回の個別支援計画会議を開催して、新規作成やモニタリングなどを行うこととしている。システムの操作方法や作成の留意点もマニュアルにまとめておられる。

41. 評価を作成し、利用者に確認し、年2回モニタリングを実施。その後個別支援計画会議で検討・確定する流れ。緊急に変更が必要となった場合には相談員と相談の上、変更するようにしている。できるだけ、複数の視点がはいって策定するような流れとされている。

42. PCソフト「福祉見聞録」を用いて日常生活の記録をし、個別支援計画の月次評価を実施している。システムの操作が苦手なパート職員もいることから、「ケース記録マニュアル」を提示してサポートしている。加えて、定型文化してすばやく入力できるよう整備。個別支援計画に沿った記録ができるシステム機能を活用しながら、連動させた記録に努めている。夕礼にて気づいた点などを職員間で共有している。

43. 記録については「個人情報管理規定」と「個人情報に関する文書等の管理規程」に基づき、管理体制を確立している。管理責任者は施設長。利用者等への開示については「重要事項説明書」や「情報公開・開示規程」にて手順を示している。

**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<br>支援の基本理念 | A-1-(1)<br>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)<br>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)<br>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。 | A    | A     |

**【自由記述欄】**

44. 自己決定を尊重するエンパワメントの理念に基づく個別支援ということについては、訓練における個別メニューを設けておられる。あらかじめ「体力測定フィードバックシート」を作成することで体力と要望とをふまえながらメニューを策定するようにしている。また、定期的給食のメニューを選択する機会を設けている。選択の際には写真付きの用紙を使い聴き取りを行っている。生活に関わるルールについては、毎日の夕礼にて直接話を聞く時間を設けたり、別日で個別に話をする場を作るようにしている。

45. 家族会にて「困ったときに活用できる制度」をテーマに成年後見人に関する講義を行い、本人へ権利擁護に関する学習の場を設けておられる。「身体拘束ガイドライン」があることや「権利擁護に係るセルフチェック」も実施して、セルフチェックリスト集計結果を分析した資料も作成の上、現状分析に努めている。虐待発生時の対応マニュアルもフローチャートで示している。

46. 機能訓練を主体とした活動を行うこととしたこと自体が、ノーマライゼーションにつながるという、加えて、個人の自主トレスペースを設けて、ご本人様のペースや意欲に応じてトレーニングできるように整備している。自主トレを行った際には、状況もれなく記録されている。視力障害の利用者様へは食事の際に、食器等の位置がわかるような工夫をする等合理的配慮も行うようにしている。地域社会に対しても車いす体験や彩雲祭というイベント（発達障害に関する講義など）等積極的に行っている。

| 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<br>生活支援 | A-2-(1)<br>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)<br>日常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生活支援及び日中活動の支援を行っている。                     | A    | A     |
|             | A-2-(3)<br>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. 視覚障害の方へは声掛け誘導を行い、聴覚障害の方へは職員がマスクではなくフェイスシールドに変えて口の動きで話を読み取ってもらうようにしている。言語障害の方へは文字盤を活用して意思を示していただけるようにそれぞれケースに応じて工夫している。他にもSTによるあいうえお作文をメニューに取り入れ、能力を高める支援を行っている。

48. 話したいこと、相談したいことがある場合には相談室にて個別対応するとともに、先に開催した家族会のセミナーもテーマが後見人に関する内容でもあったので開催情報を提供したところ。相談内容に関する職員間での共有について適宜行っておられる。

49. 法人が開催する強度行動障害支援者養成研修へ参加することや、自閉症、高次脳機能障害等へのかかわり方についても研修の案内等行うようにされている。障害特性をふまえた支援については、会議で検討・理解を深めるように努めている。突発的な行動があった際にはクールダウンできるような対応やご家族との連携を行うなどしている。

50. 食事については、セントラルキッチン式で対応していることもあり、個々の状況に応じた細やかな形態での提供ができるようにしている。また、入浴については、「入浴時、介助個人マニュアル」を作成して衣類脱時の介助方法や入浴動作の順番等個々のこだわりにも応じて支援するように取り組んでいる。また、すべて介助するのではなく個々の能力を引き出すためにも見守りの支援を行うようにもしている。排泄・移動・移乗は必要に応じて対応。選択肢を多く用意していることもあり、個々の自由度の高さや意思を尊重する過ごし方ができていると思われる。

51. 広い静養室に4つのベッドが完備されていて、具合が悪くなった際にも利用いただけるようにしており、窓も大きく光も多くは入り、明るい雰囲気。トイレが汚いと声をふまえて、定期的な清掃や介助への補助などを行う等で清潔な空間を保ち、空間の温度や湿度管理も利用者の声を聞きながら適宜行っておられる。椅子の高さを2種類設けたり、杖を置く器具の設置、足置きを置いたり快適に過ごしてもらえる工夫している。

| 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 |
| A-2<br>生活支援 | A-2-(4)<br>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)<br>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)<br>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. レッドコードやADL体操による機能訓練が事業所としての特色。主体的に取り組んでもらえるように自主トレメニューも用意しており、法人のPTに監修してもらって個別に取り組んでもらっている。これらの訓練は個別支援計画に反映し、モニタリングで状況に応じて見直している。機能訓練の他、折り紙や問題集、PCを使った作業なども行えるように整えている。

53. 通所施設のため、すでに社会参加されている方が利用する事業所であるが、スポーツ大会開催の情報提供や参加手続き支援を行っている。訓練についてのモチベーションを高めるためにも「体力測定フィードバックシート」へは、訓練メニューにポジティブな記載に心がけて意欲の醸成につなげている。

54. 訓練時に転倒された際等体調変化時には、状況をすぐさまご家族へ連絡するようにされている。食事前には嚥下体操を行い、のど詰め防止等につなげるようにしている。緊急時には看護師による応援体制がある。すいんぐとしてのかかりつけ医はないが、個人ごとにかかりつけ病院の情報は把握している。健康管理に関する職員研修としては、誤嚥時対応について学んだり、食事介助に不安のある職員について栄養士からサポートを受けたりして必要に応じた対応をしている。

55. 周囲の病院との連携もあるが、医療サポートが必要な場面は少ない。（対応しているのは褥瘡対応程度。服薬に関するサポートが必要な方もない。）アレルギーへの対応は利用開始時に情報を把握して別メニューによる食事提供を行っている。

| 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<br>生活支援 | A-2-(7)<br>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)<br>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)<br>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. 在宅で生活が継続できるようレッドコードやADL体操等機能訓練を行っている。法人内のPTとも連携している。年2回体力測定を行いフィードバックシートを作成して本人にも説明をしている。歩行器から杖歩行になった方もいる。  
 57. 送迎時や連絡帳を活用して家族と連携・交流を図っている。年に2回、家族交流会を開催し、状況報告や必要に応じて法人内のPTとも連携して支援についての説明をしている。体調不良時の家族への連絡ルールや体制が明確に定められている。  
 58. 個別支援計画をもとに日中活動の中でレッドコードやADL体操等機能訓練を行うとともに法人内のPTとも連携して個々に合わせたメニューを作成して在宅での生活がより豊かになるように取り組んでいる。その他にパソコンを使ったメニューや折り紙など個々の趣味や嗜好に合わせたメニューも用意している。  
 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<br>就労支援 | A-3-(1)<br>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