

[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	社会福祉法人松花苑 みずのき	施設種別	生活介護・施設入所支援
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構		

令和 1 年 5 月 8 日

総 評	<p>本事業所「みずのき」は、生活介護・施設入所支援事業所として、社会福祉法人松花苑により管理・運営されています。その歴史は古く、昭和34年生活保護法に定める救護施設「亀岡松花園」として開設された後、1964年に成人の知的障害者への援助を対象とした援護施設「松花園みずのき寮」へと種別替えが行われ、障害者支援施設としてスタートしました。</p> <p>1966年には授産部「松花園かしのき寮(現・かしのき)」が開設され、1979年に現在の法人を立ち上げ、その当時の運営主体であった社会福祉法人信光会より、財産・事業などの委譲を受けて経営主体となりました。</p> <p>2012年、建築家・竹原義二氏の設計による全館改築工事完成し、自然光を取り入れた、斬新な設計思想による建物が話題になりました。現在、3つの区画により分けられ日常活動が行われています。他に千代川町の「総合生活支援センターしょうかえん」や「就労継続支援B型・ワークスおーい」をはじめ、亀岡市内9ヶ所にグループホームを開設・運営するなど、事業規模を拡大されつつ現在に至ります。</p> <p>法人全体の理念には、「私達は、障害ある人が、人として、主体的に尊厳のある生活をおくり、その人らしく安心して暮らすことができるように、ライフステージにそって必要な支援を提供します」が前段に規定され、続いて社会や地域とのつながりを示す「さらに、障害のある人が、社会の一員として、当たり前のように生活することができるように、必要な社会資源を整え、地域の理解を広げることによって貢献していきます」と掲げられています。</p> <p>基本方針は、「人権意識を高める」「多様な障害特性に合わせた支援」など8項目が定められていますが、その中で「アートの視点で支援を見つめる」という方針が掲げられています。当事業所では、50数年前から絵画の取組みを始められ、障害のある人の作品を展示・収蔵する「みずのき美術館(2012年)」を開設しています。</p> <p>有名アーティストを含む多くの芸術家との交流もあり、音楽や造形・創作活動にも取り組まれるなど、古くから障害がある人の表現活動に着目し、その隠れた可能性に光を当てて生まれ、その成果を社会に対して発信している活動は高く評価できます。</p> <p>社会福祉法人制度の見直しによる「経営組織のガバナンスの強化」「事業運営の透明性の向上」「財務規律の強化」「地域における公益的な取組」をポイントとして、組織統合による管理体制の強化を図るため「総務部」が一昨年度に創設されており、法人体制整備のための改革に取り組まれています。</p> <p>また、施設長の世代交代を見据えて、各部門の連携や今後の事業展開の方向性を明確にするため、2018年度から5年間の法人中長期計画が策定され、サービスの質の向上、生活・活動空間の整備、人材確保と定着、地域貢献、内部管理体制の強化、等が重点課題として設定されています。</p> <p>これまで在宅で過ごしてこられた方が高齢化し、施設入所を選択するケースが増加していることから、高齢者への介護技術の向上や終末期に</p>
--------	--

	<p>おけるケアなど、専門性強化への要請があり、人材確保と定着が最重要課題として捉えられています。</p> <p>引き続き中長期的な視点で課題の解決むけて、更に組織体制の充実と人材の育成に成果をあげられますことを期待しています。</p>
--	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2-(1) 社会福祉法人改革に伴い、組織間の連携及び組織体の整備・強化のために、2018年度から2022年度までの5ヶ年の中期計画が策定されています。</p> <p>「サービスの質の向上」「空間整備」「人材の確保と定着・育成」「地域貢献活動」「内部管理整備」などについて統括する「総務部」を設置し、その総務部を中心として、それぞれの事業部門ごとに詳細な実施計画が定められ、取り組まれていることは高く評価できます。</p> <p>II-4-(1) 障害ある利用者のための事故・感染・安全確保に関する各種マニュアルが適切に整備されており、「行方不明(無断外出)者の検索マニュアル」を作成するなど、想定される危機対応が必要とされる事態に対しても、担当部署や担当者、役割などが明確に定められています。</p> <p>「事故発生・発見チェックシート」や「事故状況報告書」により、評価・見直しの体制が確立されているなど、組織として継続的に取り組まれている点が評価できます。</p> <p>III-3-(1) 2018年度「実施計画」において、自閉症・行動障害への取組みをはじめ、多様な障害状況の特性に合わせた支援を行う姿勢が明確に設定されています。</p> <p>また、年に2回開催される家族会や重度の利用者が多い中で、利用者自治会「れんげ会」が組織されており、個別支援計画の内容を中心に、障害のある本人の要望や意見を聞き取る仕組みが整備されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-5-(1) 地域との関係については、小学校や幼稚園との交流や近隣の公園で日課としてゴミ拾いを実施するなどで交流がありますが、ボランティアの受け入れについては事業所としてのマニュアルの整備状況は確認できませんでした。</p> <p>特定の団体との関係の中でボランティア活動がルーティーン的に行われている状況を聞き取ることができるものの、一般からのボランティア受け入れ体制やマニュアル整備はなされていないため、今後は、多様に想定されるボランティア活動の必要性を検討いただき、策定にむけて取り組まれますことを期待します。</p> <p>III-3-(2) 苦情解決の仕組みについては、「苦情対策規程」や重要事項説明書に明記され、受付から解決までの流れが事業所内に掲示され、相談する空間が2ヶ所に設けられているなど環境整備はなされていますが、苦情内容や解決の方法、結果などの周知および公表方法について課題が見受けられます。可能な限りにおいての施設内での掲示やホームページその他広報媒体での公表の仕方を含め、検討し取り組まれますことを期待しています。</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。

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	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(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-1(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	B	A
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	C	B
I-2 計画の策定	I-2-1(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	B	B
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	C	C
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	A	A
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B	B
	I-3-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A

自由記述欄

I-1-1(1)社会福祉法人松花苑の理念は明文化されており、法人パンフレットやウェブサイトなどに掲載されていることを確認した。パンフレットには、理念に加えて、その背景となる法人のルーツや事業体系、大切にしている考え方の説明が記述されており、法人が実施する福祉サービスの内容や特性、法人の使命や方向性、考え方を読み取ることができる。また、理念に基づく基本方針は法人の事業計画にも明文化されており、事業の重点項目についても3年ごとに見直されている状況聞き取りと資料から確認できた。

I-1-1(2)理念は「重要書類ファイル」にまとめられ全職員に配布されている。全職員が集まった職員会議での共有は行っていないが、チーフ会議で事業計画がチーフに共有・説明され、チーフから各職員に説明・伝達されていることが聞き取りから確認できた。利用者(家族・成年後見人等含む)には、入所時の説明で説明を行っているほか、理念などにルビをふって掲示することに留まっており、今後の課題としていることを聞き取った。

I-2-1(1)中長期計画は「法人拡大運営会議」で必要に応じて見直され、現在、2018年～2022年の中長期計画が策定されていることを確認した。事業計画については、部署ごとにチーフが事業計画案を策定し、「A/B/C」の三段階評価を行いながら把握・評価を行っていることを聞き取れた。事業計画は理事会承認後、チーフ会議での説明を経て、チーフから担当職員に周知されている。会議体が、理事会、運営会議、チーフ会議、部会、行事に関する会議、人権を考える委員会、世話人会議などあり、周知や研修などが事業計画に沿ってなされているが、工夫という点では説明するにとどまっていることや、本人や家族への周知については保護者会で説明するにとどまっており、今後の課題としていることを聞き取った。

I-3-1(1)「キャリアパスと育成計画」に管理職の役割が明記されており、遵守すべき法令等は拡大運営会議で変更のあった法令等を共有し、チーフ会議で伝達していること、研修や勉強会にも参加していることが聞き取りから確認できた。なお、遵守すべき法令等について把握し、リスト化する等の取り組みは未整備であり、今後の課題として認識されている。

I-3-1(2)現施設長の着任時に「施設長就任にあたって」の文章が作成され、朝の連絡会議で読み上げられ、全職員に配布されていることが聞き取りと書類から確認できた。チーフ会議及び各部署担当者会議、各部会においても現状の把握・確認や助言・方向性を示していること、全職員に対して面談を実施し、福祉サービスの質の現状把握・評価・分析や質の向上に向けて職員の意見を聞き取り組みを行っており、結果、立候補による各種委員会や担当の編成が行われ、意欲の向上につながっていることが聞き取れたため自己評価BをAとした。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B	A
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	A	A
II-2 人材の確保・養成	II-2-1(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	A	A
		II-2-1(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	A
	② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		A	A
	II-2-1(3) 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	A	A

	職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	B	B
		③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	C	B
	Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	①	社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	B	B
Ⅱ-3 個人情報の保護	Ⅱ-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	①	障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	A	A
Ⅱ-4 安全管理	Ⅱ-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	①	緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	A	A
		②	災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	B	A
		③	障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	B	A
Ⅱ-5 地域や家族との交流と連携	Ⅱ-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	①	障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	B	A
		②	地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	C	B
		③	ボランティア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。	C	B
	Ⅱ-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	①	障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	B	A
		②	家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

【自由記述欄】

Ⅱ-1-(1) 法人内で圏域の相談センターを運営し情報蓄積を行っており、市町村・圏域の支援学校や相談支援センターとの連携の中で地域状況や中長期的なニーズ把握に努めている。社会福祉事業全体の動向については、管理者が多様な場面において把握していることが確認できた。また、法人内において、法人運営会議や主任以上が集まる法人拡大運営会議において、財務状況や経営状況など改善すべき課題について共有され、必要に応じて組織的に検討や改善に取り組んでいることが、法人運営会議の議事録や資料から確認できたため自己評価BをAとした。

Ⅱ-2-(1) 法人運営会議で人材確保・人材育成についての課題を検討しており、育成方針や役割・責任を明記していることが「キャリアパスと育成計画」の資料から確認できた。有資格者には資格手当があり、取得には年間2万円の費用援助もあることを聞き取った。

Ⅱ-2-(2) 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを運営会議で定期的にチェックしている。法人の総務部が人事労務管理を行っており、社会保険労務士とも顧問契約がなされていることが聞き取りから確認できた。また、全職員に対する個別面談が年度末に実施され、意向調査や振り返りシートを使って相談しやすい工夫がなされていた。職員の福利厚生や健康維持については、府の共済会への加入や職員親睦会、健康診断及び予防接種、ストレスチェック制度受検などの取り組みがなされている。

Ⅱ-2-(3) 組織として職員に求める基本的姿勢や意識について「中長期計画の『人権意識を高める』や『人材育成と定着』の項目」と「キャリアパス・育成計画表」に記載されていることを資料から確認した。教育・研修については、OJTや個別面談、キャリアパスの作成、外部講師を依頼しての内部研修ほかを実施している。職員一人ひとりの教育・研修計画は策定しておらず、今後の課題としている。なお、「施設内研修ファイル」に研修報告と研修資料、感想文が綴られており、職員の間で回覧されていることや、研修を修了した職員が会議等で報告する機会があることを資料から確認した。虐待防止についての問題意識の高い取り組みがある一方で、研修成果の評価分析と次の計画への反映については今後の課題との認識がある。

Ⅱ-2-(4) 京都府社会福祉協議会を通じて「京都府介護等体験」を通年で受託、5人を5日間の日程で受け入れている。実習要項で実習の心得やスケジュールを提示し、オリエンテーションでレジュメを配布し説明していることが聞き取りで確認できた。なお、社会福祉士の資格保持者がいないため、社会福祉士の実習は受入を行っていないなど、受入可能なプログラムには限りがある。

Ⅱ-3-(1) 個人情報の保護に関する規定が「個人情報取り扱いマニュアル」として策定されている。「利用者の記録や情報の管理・開示について」に規定され、契約時に包括的に利用者から了解を得ていることが資料から確認できた。

Ⅱ-4-(1) 安全確保の担当者が決められ、各種マニュアルとして「マニュアル大全」ファイルに「緊急マニュアル」や「行方不明(無断外出)者の搜索マニュアル」のほか、「『みずのき』における非常災害対策計画」「災害時対応マニュアル」「防火管理関係ファイル」の存在を資料で確認した。定期的に避難訓練を行い、福祉避難所に指定されていることが聞き取りから確認できた。また、一人ひとりの「個別ファイル」「フェイスシート」「医療データ」「アセスメント/個別支援計画/モニタリング」の資料が適切に作成されていることを確認した。リスク管理については、「事故発生・発見チェックシート」や「事故状況報告書」が整備されており、チェックシートに基づいて対策などを記入し、要因分析と対応策を検討し担当会議で共有している。チーフ会議での衛生会議、セーフティドライブ講習の受講の取組みについても聞き取れた。

Ⅱ-5-(1) 日課として地域の公園などでごみ拾い活動を行っており、近隣の牛舎や鶏舎で日中活動を行い、堆肥をもらうなどの地域住民との交流がある。自治会に加入し、近隣の小中一貫の学園との交流があることが聞き取れた。また、障害のある利用者が地域の行事に参加し、イベント時には「みずのき美術館」を開館していることも確認できた。しかし、重度の利用者の場合には外出が難しいケースもあり、取組みは十分とはいえないとの認識がある。ボランティア受け入れについては、協力を得ている団体がおり、ルーティン化しているがゆえに、一般向けの受入マニュアルの作成には至っていない。

Ⅱ-5-(2) 地域の社会資源や関係機関について、「マニュアル大全ファイル」にリスト化され、散髪やレストランなどで利用可能なところがまとめられていた。また、市町村や福祉事務所などの関係機関とは必要に応じて情報交換がなされており、病院にはカンファレンスを打診し、健康状態についての状況把握に努め、個別に意見交換を行っていることが資料等から確認できた。利用者の家族との連携・交流については、年2回の保護者会を開催し、個別支援計画などに対する意見を求めている。その他、随時希望するご家族との面談を実施し、様々な相談を受け付けている。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	B	A
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	B	A
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	B	B
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	A	A
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	A	A
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	B	
③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。		A	A	
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	A	A
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	C	A
	Ⅲ-3-(2) 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。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	A
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	B	B
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	C	B
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	B	A
		② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	C	A
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	B	A
		② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	B	A

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1) サービス選択に必要な情報は、パンフレット、ホームページで写真を多く用い、わかりやすく提供している。サービス利用希望者に対しては、パンフレットを配布するほか、要望に応じて本人と家族の見学や事前面談を行っている。理念や実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を公共施設等の多数の人が手にすることができる場所には置かれていなかった。重要事項説明書に基づき、写真等により本人や家族にも分かりやすく記載されたパンフレット「みずのき要覧」を用いて利用契約を締結しているため自己評価BをAとした。

Ⅲ-1-(2) 関係機関と連携し継ぎが行われており、本人や家族などが職員またはチーフに相談できる窓口が設けられている。ただし、他の事業所等への移行の手順については文書に定められていなかった。

Ⅲ-2-(1) 個別のアセスメントの状況は、統一したシステムのフェースシートにより確認できたほか、必要に応じて職員の承認を得るなど複数の職員の意見がアセスメントに反映していることが確認できた。

Ⅲ-2-(2)年に2回以上「みずのき個別支援計画書」が策定され、職員内において誰でも閲覧できることが確認できた。

Ⅲ-2-(3)モニタリングは年に2回以上行われ、評価に基づき個別支援計画の変更を行っていること、本人の状況などに変化があった場合は、随時モニタリングが行われていることを文書により確認した。

Ⅲ-2-(4)事業所用ソフト「福祉の森」により、日々の記録や個別支援計画の記録が管理されており、業務日誌の作成方法のマニュアルも整備されていることを確認した。また、文章の書き方について随時指導していること、業務日誌を部門横断で閲覧できることを聞き取った。本人や家族などから情報の開示を求められた場合の「個人情報の開示規程」が整備されていることは確認できたが、個人情報の保存、廃棄に関する規程が整備されていなかったため自己評価AをBとした。

Ⅲ-3-(1)多様な障害特性に合わせた支援を行う姿勢について、理念及び2018年の「事業計画」に明示されていることを確認した。また、不定期に開催される利用者の自治会においてイベントなどの要望の聴取が行われていること、支援計画作成時に本人から要望の聴取が行われていることを聞き取った。また、嗜好調査をもとに「給食会議」で検討され、献立に反映させていることや、写真等を用いて本人の要望を聴取しこれを基に「担当会議」で検討し、イベントの開催を決定しているなど、具体的な改善が行われていることを聞き取ることができたため自己評価CをAとした。

Ⅲ-3-(2)事業所内には相談用として使用できるスペースがデイルームなど2ヶ所設けられているほか、障害のある本人や家族が相談や意見を述べやすいよう、常に職員と利用者の関係づくりに注力している様子を聞き取ることができたため自己評価BをAとした。また、苦情の手順等が「重要事項説明書」や事業所内に掲示されている「みずのきの苦情受付について」の掲示版に記載されており、「苦情解決に関する規程」が整備されていることを確認した。また、「苦情受付者」及び「第三者委員」(2名)が設置されていることを確認した。ただし、苦情内容、解決方法、結果等の公表はホームページも含めて行われていない。「苦情対策規程」には意見や提案を受けた際の手順や、開示請求を受けた場合の対応策等について規定されているが、日常生活の中で示される本人の希望などを記録することを定めた規定や、本人への状況報告、定期的な見直しへの取り組みは認められなかったが、「苦情対策規程」については作成・整備されていたため自己評価CをBとした。

Ⅲ-4-(1)就業規則の服務規律にサービスの一定の水準を確保するために必要な規定が明記されている。担当会議で活用する「振り返りチェックシート」に本人のプライバシーの配慮に関する項目が設けられていることを確認した。また、標準的なサービス内容について、「業務の振り返りチェックシート」を活用して、チーム会議、各担当ホーム会議において個別支援計画の見直しを行っていることが確認できた。本人や家族から聞き取った意見を、個別支援計画作成時に反映する仕組みとなっていることや、本人の状態に応じて個別のアセスメントを実施していることが確認できたため自己評価CをAとした。

Ⅲ-4-(2)年に1回の法人内部監査を受けているほか、過去に第三者評価を受けている(今回で2回目)。また、年に10回支援検討委員会等の部会において、自己評価を行っていること、外部講師を年に1回招き評価結果の分析をしていることが聞き取れた。職員の参画により評価の分析が行われ

IV 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	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	B	A
		② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	A	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	B	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	B	A
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	B	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	A	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	B	A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	B	A
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	B
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	B	A
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	A
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	B
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	B	A
IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	B	A	

【自由記述欄】

IV-1-(1)就業規則の服務規律にプライバシーの配慮等について規定されているほか、「業務の振り返りチェックシート」に、プライバシー保護についての倫理綱領及び利用者支援に関する項目が設けられている。また、自閉症の本人の個室に、視覚的に分かりやすい1日のスケジュールが貼られている状況を確認した。また、本人の主体性や人権の尊重への配慮について、「人権を考える委員会」で月一回話し合いが実施されていることやトイレ介助は100%同性介助であること、利用者自治会や年に2回の保護者会で利用者や事業所との協議の場が設置されていることを聞き取ることができた。ただ、他事業所との情報交換は実施されているが、自治会や家族会等との交流はなかった。居室は約60%が一人部屋であり、残りも2人部屋であること、1人になりたい時は、デイルームの利用や散歩ができることを聞き取ることができたため自己評価BをAとした。

IV-2-(1) パソコンにより入浴状況が管理され、「個別介助マニュアル」に、プライバシーの保護も含めて入浴介助や支援・助言方法が網羅されていることが確認できた。基本的に毎日入浴が実施されるが本人の年齢や希望により入浴しない日もあるなど、状況や希望等により対応していることを聞き取ることができたため自己評価BをAとした。理美容については、理髪店の利用のほか出張理容業者によるサービスを受けている。衣服について十分に本人の希望を尊重したサービスが提供されていることが確認できたため自己評価BをAとした。

IV-2-(2) 夜勤職員用に、写真付きの個別マニュアルが各部屋に設置されていることが確認できた。本人がベッドの就寝を望まない場合は床の上に布団を敷くなど、本人の希望や特性に配慮している状況が確認できたため自己評価BをAとした。「排泄介助マニュアル」は整備されていないが、個々人に対応した写真付きの個別トイレ介助マニュアルは確認することができた。プライバシーに配慮したトイレ構造になっていることを確認できたため自己評価BをAとした。一方、「感染症マニュアル」は整備されているが、これ以外の健康面の変調に対応する手順マニュアルが整備されていないため自己評価AをBとした。

IV-2-(3) 楽しい食事ができるよう、身体の状態に応じて食事の提供方法を工夫し、状況に応じて席を変えるなど、利用者に合わせて個別に対応していることが聞き取れた。なお、食事サービスを検討する「給食委員会」には利用者の状況から出席は困難と思われることが聞き取れた。また、11時～13時の時間帯に自由に食事が摂れることを聞き取ることができたため自己評価BをAとした。

IV-2-(4) 利用者のニーズに合わせた日中の活動の取組みは、個別プログラム・集団プログラムなどのサービスにおいて、本人の希望や特性等を把握し行われていることが確認できたため自己評価BをAとした。

IV-2-(5) 日常生活への支援については、本人の要望があれば、担当職員が共有し検討、対応している状況を聞き取ることができた。また、重度の利用者が多いことから、自治会との話し合いによる本人主体のルールは設けられていない。テレビや新聞等の共同利用を本人間で話し合い、酒やたばこの害について利用者全員に情報提供を行うことは難しいと説明されている。事業所外の活動について本人及び家族の届があれば、担当者がその調整を行っていること、外泊・面会なども家族の希望に応じている状況を聞き取ることができたため自己評価BをAとした。

IV-2(6) 余暇・レクリエーションは、利用者の希望を尊重して実施していることを確認した。また、情報の本人への提供についても、旅行雑誌を見てもらい行先を本人が選択していることを聞き取ることができたため自己評価BをAとした。