

[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	丹波桜梅園	施設種別	生活介護、施設入所支援
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

2020年2月26日

総 評	<p>丹波桜梅園は京丹波市山合の自然豊かな場所に位置し、広大な敷地の中にゆったりとしたスペースの中、生活の場を3つに分け、家庭環境に近い「ルームづくり」でわかりやすい生活スタイルにしています。また、生産活動は利用者の希望や状態に合わせて5つの作業班に分かれています。その中でもモグラ除けが好評で、新聞にも取り上げられるほどです。訪問調査当日に利用者の様子を見せて頂き、生きがい、やりがいを持って作業に取り組んでおられる事が伺えました。</p> <p>また、年一回開催される地域交流イベント「ふれあい開放デー（夏祭り）」では地域の方に広く呼びかけ、利用者の方とゲーム等を通じて交流を図っておられます。</p> <p>平成25年度より「丹波桜梅園 中長期事業・支援計画」をたて、「地域に開かれた、地域に愛され、地域から応援して頂ける施設づくりを目指し、職員自らが行動を起こし計画を達成させて行く」という目標をたて、作業環境を検討したり「ふれあい開放デー」の開催等具体的に取り組んでおられます。聞き取りをさせて頂く中で、職員の方一人ひとり熱い思いで利用者や家族への支援に取り組んでいる事を感じました。また、単年度の事業計画は各部門が方針、目標、具体的取組を立て、その達成に向け施設長を中心に取り組んでおられる事が分かりました。</p>
-----	--

特に良かった点(※)	<p>○<b>地域貢献</b></p> <p>地域の方と協力して、町内道路や神社境内、墓地等清掃活動を行ったり、地域のイベント（黒豆ロック・ロードレース）等に施設職員がボランティアとして参加し、駐車場係や受付係を担当されたり、ブースを設けて自主製品を販売されることもあるとお聞きしました。施設も地域住民の一員として、京丹波町の町おこしの一端を担われ、地域になくてはならない施設となっています。</p> <p>○<b>日中活動、社会参加への支援</b></p> <p>日中活動として全ての利用者が生産活動に携われるよう、利用者の希望や要望、個々の特性に応じて、内職班や園芸班、装飾班、農耕班、リサイクル班に分かれて作業されています。必要に応じて作業を細分化し、利用者ができる作業を支援されたり、利用者と1日の目標を決めた「頑張りカード」を作成したり、達成すれば○印を付けたりする等、頑張りが利用者自身に分かるように工夫され、達成が多ければ楽しみとして飲み物や食べ物が得られるという取組をされています。また、作業等の依頼があった際には、担当職員が利用者の取組める作業内容や期日とその都度交渉し、利用者が無理なく、楽しく日中活動が行え、社会参加できるように取組みを行ってられます。</p> <p>○<b>個別支援</b></p> <p>障害のある本人を尊重した福祉サービスを提供する為に、生活日課動線職員ベースマニュアル（支援マニュアル）にて一定水準の実施方法を定めるだけでなく、利用者一人ひとりに必要な支援内容をルーム毎にまとめた生活日課動線マニュアルを作成、活用し利用者1人ひとりに必要な支援を職員で行っています。</p>
------------	--

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○マニュアルの更新</p> <p>個別支援に関わるマニュアルは作成されていますが、業務に関するマニュアルの更新が出来ていません。マニュアルは提供するサービスの指標となり、適切にサービスが提供出来たかをはかる判断基準にもなります。また、マニュアルを整備する事で、業務の標準化や効率化に繋がると考えます。更に業務内容や手順の変更に応じて、修正・更新する事で、実際の業務との違いが出るというリスクが減ります。よって、定期的にマニュアルの内容を確認し、更新していくことが望まれます。また、マニュアル整備の担当者をおく事で、修正・更新漏れを防ぐ事が出来ると思います。</p> <p>○質の向上に向けた取り組み</p> <p>中長期計画・単年度の事業計画は策定されていますが、継続的な見直し、修正が行えていません。定期的に見直し、修正を行い、常に現状に合った計画になるようにされることを期待します。また、更なるサービスの質の向上に向けて、日々の取り組みと共に自己評価や第三者評価の受診等を継続的に実施していただき、組織的にPDCAサイクルに基づく福祉サービスの質向上に向け、体制を整備されることをお勧めします。</p> <p>○生活環境の快適性</p> <p>利用者の特性上、危険のないように不要な物を置かないようにする等、安全面への配慮はされていますが、居室は2人部屋や4人部屋に間仕切り等が無い造りの為、同室者の様子が互いに分かる状況にありました。利用者のプライバシーを守ることができるような家具や間仕切り設置等、設備の工夫・充実が必要と考えます。</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	丹波桜梅園
施設種別	障害者支援施設（生活介護・施設入所）
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2019年12月3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。	b	b
[自由記述欄]					
1. 基本理念、基本方針を明確にしパンフレットやホームページに記載し、更に毎日の引継ぎの際には職員で唱和し周知しています。利用者やその家族等には分かりやすい内容で周知しているとは言えません。					

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。	b	b
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	a
[自由記述欄]					
2. 事務局長が人権推進協議会や自立支援協議会に参画し、施設長は地域の人権擁護委員会に参画しています。また、民生委員を担っている職員もあり、広く情報を収集し、事業を取り巻く環境を把握していますが、福祉サービスのニーズや利用者に関するデータを中長期計画に反映していません。 3. 経営環境、経営状況については理事会、評議員会に各部門長が出席し課題を明らかにし、改善に向けて事業計画で具体的な取り組みを進めています。全職員に対しては職員会議で決算の説明、コスト削減への取り組み等の課題を周知し共有し、平成31年度基本方針に反映させています。					

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。	b	b
		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・見直しが行われ、職員が理解している。	b	b
		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
[自由記述欄]					
4. 中長期にわたる事業計画・支援計画を立て必要に応じて見直しも行っていますが、収支計画は策定していません。 5. 中長期計画を基に単年度の事業計画・支援計画を策定し、具体的な数値目標も設定しています。 6. 各部門長が担当者と話し合った上で策定をしていますが、実施状況をPDCAサイクルに基づいた評価までには至っていません。 7. 事業計画は利用者家族に保護者会を通じて周知していますが、理解しやすいような工夫までは出来ていません。					

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。	c	c
		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。	c	c
[自由記述欄]					
8. 福祉サービスの質向上に向けた自己評価や第三者評価等の取り組みを行っていません。 9. 京都府の指導監査等で指摘を受けた点は職員会議で共有していますが計画的な改善に繋がっていません。					

**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	b
	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	b

[自由記述欄]

10. 施設長は自らの役割と責任を明確にし、職務権限を文章化し職員がいつでも見る事が出来るようにしています。また、職員会議等でも表明し、周知を図っています。事故や感染症等の緊急時には、必要に応じて対策会議等招集をかけた対応にあたっています。  
 11. 施設長、事務局長等が法律セミナーや安全運転管理者講習等に参加し情報を得て、職員に対し、引継ぎ時や掲示板等で周知を図っていますが、関連のある法令等をリスト化までには至っていません。  
 12. 施設長は運営委員会、事故防止委員会等に参画し職員からの意見を集約し、サービスの質の向上に向けて取り組んでいます。単にトップダウンではなく職員一人ひとりに役割を持たせ、考える力を養える様取り組んでいます。  
 13. 施設長は経営の改善や業務の実効性を高めるために運営委員会や職員会議に参加し、施設の置かれている状況を説明していますが、具体的な体制を取るまでには至っていません。

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。	b	b
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	b	b
	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。	b	b

[自由記述欄]

14. 専門職として求められる資格については、就職後資格を取れるようにしています。具体的な対応として、社会福祉主事については勤務時間内に取得出来るようにしています。しかし、福祉人材の確保と育成に関する方針や具体的な計画は策定していません。  
 15. 就業規則に「期待する職員像等」を明示し「標職務表」にて人事基準を明確に定め職員に周知していますが、処遇改善に向けての職員面談や人事考課は行っていません。  
 16. 職員の有給休暇取得状況や時間外勤務のデータを確認し、有給休暇が取得出来ない職員に対しては取得を促しています。職員の心身の健康と安全の確保に向けても精神的・身体的に勤務が困難な場合には、勤務変更を行い継続出来るよう配慮しています。しかし、職員との定期的な面談や悩み相談窓口の設置は行っていません。

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。	c	c
		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。	c	b
		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]

17. 職員一人ひとりの育成に向けた目標や方針は策定していません。  
 18. 就業規則に「期待する職員像」を明示し、業務上必要な専門技術や知識を習得する為に、研修会へ担当職員を派遣していますが、職員の研修計画は策定していません。また、研修内容やカリキュラムの評価、見直しも行っていません。  
 19. 新任研修、中堅職員研修、主任職員研修等の階層別研修の参加や資格取得に向けた研修に、積極的に公平に参加させています。また、新任職員に対してはプリセプターを行い、業務の習熟度を高めるような取り組みを行っています。  
 20. 実習生の受け入れは専門職種の特性に配慮したプログラムを学校と共同で作成しています。実習生に対しては担当職員が出来るだけマンツーマンで対応するようにしていますが、研修についての基本姿勢やマニュアルはありません。指導者に対する研修も受けていません。

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	b
		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広報誌、地域のケーブルテレビの取材等で、法人や事業所の運営、活動等の情報公開を行っていますが、前回の第三者評価の受診後の改善内容は公表していません。  
22. 事務、経理等に関して、外部の専門家（社会保険労務士、会計士等）への相談しており、得られた助言を基に経営改善に努めています。

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。	b	b
		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。	b	b
	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。	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	b
		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。	b	b

[自由記述欄]

23. 桜梅園秋祭り等の事業所行事に地域の人々を招き、地域の祭りやイベントに利用者が参加できるような機会を作っています。ただし、活用できる社会資源や情報を利用者には提供できていません。  
24. 事業所イベント等でのボランティアや、学生の職場体験を受入れています。ボランティア受入れに関するマニュアルは整備していません。  
25. 今年度、新たに起ち上げた市内の社会福祉法人連絡会（5法人）に参加し、地域でのネットワーク化に取り組んでいます。ただ、現時点では、地域の関係機関・団体の共通の問題に対して協働はできておらず、解決に向けた具体的な取組みは行えていません。  
26. 桜梅園秋祭りやオープンデイ等のイベント時には、地域の人々を招き、利用者や家族、職員との交流の機会を作っています。また、地域主催のイベント時には、事業所職員がボランティアとして参加し、地域の活性化やまちづくりに貢献しています。事業所は福祉避難所の指定となっていますが、災害時の対応方法が事業所内、京丹波町との関係でも明確な形ができていません。  
27. 事務局長が地域の各協議会（人権推進協議会、自立支援協議会等）に出席し、関係機関・団体と連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めています。把握した福祉ニーズに伴う、具体的な事業・活動はできていません。

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。	b	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。	b	b
	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。	b	b
		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	b
		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	b

[自由記述欄]

28. 利用者を尊重した福祉サービスを提供する為に、生活日課動線職員ベースマニュアル(支援マニュアル)で一定水準の実施方法を定めるだけでなく、利用者一人ひとりに必要な支援内容を各ルーム毎にまとめた生活日課動線マニュアルを作成、活用し支援を実施しています。管理職が職員の支援状況の把握、評価する機会を持ち、必要に応じ助言や指導を行っています。

29. 利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護についての規程・マニュアルを整備しています。毎月開催している職員会議の際に、職員の虐待防止に関する決意表明や想いを語る時間を設け、組織として利用者の権利擁護に関する意識を高めています。利用者の居室では2人部屋・4人部屋もありましたが、間仕切りやカーテン等プライバシーに配慮した環境の整備は出来ていません。

30. 事業所の利用、見学、体験入所等の希望者に対しては、サービス提供責任者が個別に対応しています。事業所のサービス内容等が分かる印刷物や資料は、施設には配置していますが、公共施設等には配置していません。

31. サービスの開始・変更時にあたっては、重要事項説明書・個別支援計画書等の定められた様式を用いて、家族等に説明し、同意を得ています。意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化していません。

32. 利用するサービスが変わる場合、法人内の相談支援事業所や利用者の行政担当者、他事業所等の関係機関と連携を図っています。他福祉施設・事業所等への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書を定めていません。

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。	b	b
		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	b
	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。	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
		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。	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。	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。	b	b
		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]

33. 利用者(家族・成年後見人等含む)に対して、生活の場に関するルーム懇談、作業内容に関する作業懇談等で相談・意見・苦情を出しやすい機会を持ち、収集した意見等はルーム会議、作業班会議、ケース会議等で検討しています。利用者のニーズの充足についての調査は定期的に行っていません。

34. 苦情解決の体制を整備し、苦情内容及び解決結果等は苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で公表していますが、アンケート(匿名)を実施する等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫は行っていません。

35. 職員は日々の福祉サービスの提供において、利用者からの適切な相談対応と意見の傾聴に努めています。アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組は行っていません。

36. 「事故防止及び発生時対応の指針」で対応方法を明確にしています。収集した事例等を毎月開催の事故防止委員会で発生要因の分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組を行っています。マニュアル等の定期的な評価・見直しは行っていません。

37. 感染症対策マニュアルを整備していますが、定期的な見直しは行っていません。また、感染症の予防と発生時等の対応方法が職員に周知徹底出来ていません。

38. 「災害時初動対応マニュアル」を整備し、災害時の対応体制や備蓄リスト(食料、備品類等)を作成しています。災害時の福祉サービス提供を継続するための必要な対策や、利用者及び職員の安否確認の方法は定めていません。

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。	b	b
	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	b
	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。	b	a

[自由記述欄]

39. 標準的な1日の生活の流れと時間軸で支援内容を記載した「生活日課動線職員ベースマニュアル」があり、このマニュアルを基にグループ毎の「動線マニュアル」を作成しています。「動線マニュアル」には、利用者一人ひとりの支援における留意事項やプライバシーの配慮に関する内容を記載し、1カ月毎にケース会議にて見直しています。修正があれば朱色修正し、変更箇所が分かりやすいようにしています。但し、動線マニュアルに基づいて支援を実施しているかを確認する仕組みはありません。

40. サービス管理責任者が、普段の関わりによって汲み取れるニーズや意向、各担当者等からの情報を基にアセスメントを行います。また、利用者が嫌々取り組むのではなく、日々楽しみながら過ごせることを目標にした個別支援計画を策定しています。

41. 個別支援計画は、年度当初に策定し、以降は3カ月ごとに担当者等がまとめた情報等を参照し、半年毎にサービス管理責任者がモニタリングを行い、評価をしています。その際、必要に応じて、支援の方向性や取組方法を職員にアドバイスしています。但し、緊急に変更する場合の仕組みはありません。

42. 事業所内どこからでもアクセスできるネットワークがあり、夜勤日誌や医務日誌、日常の様子等の記録は、介護記録ソフトを使用しています。また、個別支援計画の支援項目を独自で作成した「個別プログラム」に記載し、日々の記録を残しています。利用者の状況等は毎日のミーティングやケース会議で情報共有しています。

43. 「個人情報管理規定」や「文書取扱規程」により記録の保管、保存、持ち出し、廃棄、情報の提供、対策等に関する規定を定めています。記録管理責任者は各部門長としています。事業所職員以外にも事業所に関わる人には、個人情報保護に関わる誓約書を取り交わしています。

**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。	b	b
	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	a
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前で暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。	b	a

[自由記述欄]

44. 趣味活動や食事については、選択肢を作り利用者が選択できるよう支援をしています。旅行の行き先等は、写真を各ルームに貼って紹介する等の工夫をしています。次年度のクラブ活動（家庭科・運動・ドライブ・絵画・音楽）を選択する際にも、意思表示できる方には利用者に確認し、意思表示が難しい方は利用者が好まれるようなものを各ルーム会議で相談し、決定しています。ただし、生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会はありません。

45. 権利擁護に関して、今年度は保護者会において成年後見制度に関する研修を行っています。職員の取組として、毎月の職員会議で虐待防止に対する決意表明を統括部長が指名する職員が行い、意識を高めています。やむを得ず身体拘束を実施する必要がある場合には、家族に説明後「緊急やむを得ない身体拘束・行動制限に関する説明書」に同意を得てから実施し、早期解除できるようケース会議やその都度引継ぎ等で検討する仕組みがあります。

46. 散髪の際には地域にある理美容院へ出掛け、個別に配慮が必要な利用者については店員に留意点を説明し配慮を依頼したり、オープンデーを開催して地域の方に施設へ来てもらい、施設のことを知ってもらう機会を設けたりする等、障害や障害特性の理解・共有をする取組を行っています。

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。	b	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。	b	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	b

[自由記述欄]

47. 意思表示や伝達が困難な利用者には、個人の特性に合わせて、思うことを筆記してもらったり、絵カードや「あいうえおボード」を用いる等してコミュニケーションの支援を行っています。日中活動に来られるグループホームの利用者については、世話人に話を聞く等して利用者の思いの把握に努めています。

48. 日々の関わりにおいて、意識して言葉掛けを行い、利用者の思いを受け止められるように努めています。不安な気持ちや知りたいこと、相談がある場合は、納得できるように説明を行い、安心して穏やかに過ごしてもらえるような支援を心掛けています。利用者の希望は、可能な範囲で個別支援計画の目標に反映しています。

49. 普段に比べて変化が見られる場合には、看護師や他グループの職員等と情報共有し、対応方法を相談しています。こだわり行為がある場合は、他利用者とのトラブルや物品破損等に発展しないよう対応方法をケース会議等で検討し、職員間で共有しています。

50. 食事は、利用者の状態に応じて食べやすい形態で提供し、偏食等があれば代替メニューを提供しています。毎週各ルームで食べたいメニューの聞き取りを行い、可能な範囲で献立に反映しています。入浴、排泄、移動については、各ルームの「動線マニュアル」に個別の留意点を記載し、「動線マニュアル」に沿って支援を行っています。

51. 利用者個々の特性上、怪我のないように居室や廊下、共用の洗面台等には極力物を置かないようにしています。各ルームには、ゆっくり過ごせるようテレビやソファ、畳スペースを設けています。また、音楽を流すことで穏やかに過ごせる雰囲気作りをしていますが、二人部屋や四人部屋には間仕切りが無く、個人のプライバシーが守られていません。

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。	b	b
	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。	b	b
	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。	b	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。	b	a

[自由記述欄]

52. 身体機能の衰えにより筋力低下が生じている利用者に対しては、意図的に棟内の散歩や手先を動かす機会を持ち、身体機能の維持に努めていますが、機能訓練・生活訓練の専門職からの助言を個別支援計画へ反映できていません。

53. 日中の作業活動の一環として、自主制作物の納品時に利用者も一緒に出掛け、物を運ぶ等の役割を担ってもらう等、地域社会と関わる機会を持てるように意識して支援を行っていますが、学習のための支援は行えていません。

54. 月1回の血圧・体重測定、年2回の健康診断と日々の様子観察にて健康管理を行っています。状態に変化がある場合は、看護師と相談し、必要に応じて医療機関に受診する等、臨機応変に対応しています。疾患による食事管理等が必要な場合には、個別に対応しています。

55. 服薬管理においては、マニュアルを作成し、適切な管理と服薬支援に努めています。服薬調整が必要な場合には、状態観察を行い、変化があれば看護師と共有し、様子を看護師から担当医へ伝えてもらう等して医療的な支援の連携を図っています。年2回看護師が職員に向けて研修する機会を設け、AED使用方法や感染症等について学んでいます。

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	b
	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。	b	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。	b	b

[自由記述欄]

56. 現時点で地域生活への移行が見込まれる利用者はいませんが、利用者によっては自身で洗濯をして洗濯物を干し、湿っていないか確認した後に洗濯物を取り込むことができるよう、また掃除機掛けが行えるよう声掛けと見守り支援を行っています。同法人内グループホームで生活している利用者の中活動の支援を行っていますが、地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援までには至っていません。

57. 利用者の生活状況等は、適宜の電話連絡やほぼ毎月開催される保護者会で行事の画像等を用いながら近況報告をしている他、年2回開催しているフルオープン懇談会やルーム別・作業班別懇談会にて家族等からの意見等を聴く機会を設け、家族等と関わる機会を大切にしています。外泊する場合には、事業所での様子を記載した「帰省報告書」を家族等に手渡し、帰省中の様子も記入してもらうようにしています。

58. 無理な促しはしないことを基本姿勢とし、利用者個々が楽しい作業、取り組みたいこと等を把握して活動支援を行っています。作業の合間には好きな本を見たりゆっくりできる時間を設けたりして、作業が苦にならないように配慮しています。また、利用者と相談して1日の目標を決め、目標達成時には「頑張りカード」に「○」を付け、一月後「○」が多ければ褒賞（飴やコーヒー等の飲食物）がもらえる取組を行っています。これにより活動意欲の促進を図っています。企業や関係機関とは、利用者ができる作業内容や期間での請け負いができるよう、担当者が交渉しています。

59. 作業内容や時間は、利用者の特性や様子、作業状況を把握した上で利用者と相談したり関係職員で相談して決定しています。どの利用者にも生産活動に携わってもらえるよう作業工程を細分化し、行える作業を見つけて支援しています。労働安全衛生に関しては扉を開けた際に危険がある箇所には貼り紙をする等、安全に配慮した対策を行っていますが、工賃を引き上げる為の取り組みや工夫は出来ていません。

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-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。	—	—

[自由記述欄]

60. 非該当