

[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	H O L Y L A N D	施設種別	就労継続支援 B 型（非雇用型） （旧体系：）
評価機関名	一般社団法人 京都社会福祉士会		

平成 28 年 5 月 9 日

総 評	<p>H O L Y L A N D は、社会福祉法人修光学園を母体とする事業所で、1994年に修光学園専用店舗として開設され、2004年に現在の左京区山端に移転しました。2009年からは就労継続支援 B 型事業所となり「働く場」「生きる場」として、製菓作業、クラフト作業・企業提携作業に取り組んでいます。建物の1階に業務用の製菓設備を備え、職員でもあるプロのパティシエの指導のもとで、高度な技術を要する菓子製造に取り組んでいます。他に、紅茶袋詰め・クラフト商品（さしこふきん他）・企業提携（ポストイング・箱折り他）等、利用者の特技を生かした作業に取り組み、委託先で販売しています。商品製造という緊張感のある作業場では、仲間と“働く”ことの喜びを味わっておられる利用者の様子が伺えます。また、陶芸教室や製菓等の活動では地域の高齢者といっしょに取り組まれています。</p> <p>事業所は法人の運営理念や基本方針に沿って、利用者や家族等、地域住民が希望する支援のあり方を明確にし、「利用者の会」「家族会」の自治活動を支持し、法人本部やグループの他事業所、地域との連携を密に図っています。年1回開催している修光学園まつりやH O L Y L A N D まつり等を通して、地域社会との絆を強め、連携を図る中で地域住民の施設への理解を深めています。今後もさらに理念に掲げた共生社会の実現を目指す事業所として発展されることが期待されます。尚、今回の調査ではいくつかの課題があることも判りました。少しでも役に立てばと考え、以下に記載いたします。</p> <p>○職員の意識の向上や事業所の取り組み状況を明らかにするために、苦情・要望等の案件については、苦情と要望を分けて整理し、苦情については申し出た利用者や家族等に配慮した上で苦情内容・解決方法・結果等をホームページや広報誌等で公表されると良いと考えます。</p> <p>○各種のマニュアルを基に、リスクマネジメント委員会が地域の公共機関や自治体等に安全確保に関する協働を働きかけてはいかがでしょうか。また、障害の種類やリスクの種類別にマニュアルを作成するに当たって、健康に関する項目と緊急連絡先を記載した「利用者ライフデータ」を活用し、追加項目に個人が持つリスクをあげる方法はいかがでしょうか。</p> <p>○利用者や家族等も利用者のQOLの向上を目指すために、利用者・家族等にも職員同様に、法人の倫理綱領やプライバシー保護規程等に明記している利用者の尊重や基本的人権に関する学習会を開催されることを望みます。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○理念、基本方針          法人の運営理念と基本方針を法人のホームページ、リーフレット、マスタープラン（法人の中長期計画）、運営規程、利用契約重要説明書、サービスガイド、事業所の年度毎の事業計画、事業報告（運営理念のみ）に記載し、事務所内に掲示する等、職員だけでなく、利用者・家族等、地域の人々にも理解が深まるように努めています。また、法人の理念や基本方針が事業所の活動の基盤になっていることが事業計画書や事業報告書等から読み取ることができます。</p> <p>○地域や家族とのかかわり          法人リーフレットの事業所紹介欄に「地域に根差した地域に開かれる」と掲げ、地域社会とのつながりを大切にした活動を行っています。地元の町内会に加入し、参加者200人の「HOLY LANDまつり」、500人を超す「修光まつり」を開催し、地元「山端まつり」等の地域の行事にも参加しています。また、地域団体との共同による講演会を開催し、「子ども110番の家」として地域の子どもたちの相談にも応じています。</p> <p>○個別支援計画          利用者の個別支援計画を「利用希望調査票」や「利用者個別面談記録」「モニタリング記録」「アセスメント票」をもとに策定しています。支援計画の更新や変更には「支援計画会議」で検討する仕組みとなっています。利用者に対して個別面談や「利用者満足度聴き取り調査」を実施し、また「利用者の会」「家族の会」等の自治組織を支援し、利用者や家族等のニーズを支援計画に反映させています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○苦情解決の取り組み          苦情と要望の仕分けが十分にできているとは言えません。また、苦情の件数は事業報告書に記載していますが、苦情内容や解決方法、結果等の苦情解決のプロセスが公表されていません。</p> <p>○利用者の安全確保          利用者の安全を確保する為に各種のマニュアルを整備していますが、地域の公共機関や自治体等との協働で取り組む体制にはなっていません。また、障害の種類やリスクの種類別に作成したマニュアルが整備されていません。</p> <p>○利用者のプライバシー保護          利用者のプライバシー保護について、研修等で職員に周知していますが、利用者や家族等への周知が十分とは言えません。</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	HOLYLAND
施設種別	就労継続支援B型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成28年3月11日

## 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) 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-(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。	a	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。	a	a
I-2 計画の策定	I-2-(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。	a	a
		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。	a	a
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(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。	a	a
	I-3-(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。	a	a

### [自由記述欄]

I-1-(1)①	法人の運営理念はホームページ、事業所を紹介するリーフレットをはじめ、運営規程、事業計画書、HOLY LAND利用契約重要事項説明書等にも明示しています。
I-1-(1)②	4項目から成る法人の基本方針は、運営理念と同様にホームページ、リーフレット等で明示しています。
I-1-(2)①	運営理念、基本方針は月2回開催される「HOLYスタッフミーティング」で毎回読み合わせ、年2回の法人職員全体会議で資料をもとに説明しています。新任職員に対しては研修会でも周知を図っています。
I-1-(2)②	障害のある本人(以下の表記は、「本人」又は「利用者」とする)には、「利用者の会」で資料をもとに説明し、「HOLY LANDサービスガイド」等で周知を図っています。「サービスガイド」は大きい文字にルビを打ち分かりやすくしています。家族には「事業利用説明会」で事業報告書、事業計画書を配布し、説明しています。
I-2-(1)①	2010年度に法人で中期的ビジョンをもった「社会福祉法人修光学園マスタープラン」を策定し、毎年見直し、修正を行っています。
I-2-(1)②	事業計画は各職員、作業班(製菓・クラフト)の意見や提案を聴取し、作成しています。また、リーダー会議で進捗状況の確認、見直しについても定期的に実施しています。
I-2-(1)③	事業計画については、年度末の法人職員の全体会議で報告等を行っています。職員には事業計画書を配布するとともに、各種会議等で共有を図っています。
I-2-(1)④	本人には、年度末の「利用者の会」で事業計画書の資料をもとに、ホワイトボードに書き出し説明しています。家族等には「事業利用説明会」で説明し、欠席者には資料を配布しています。
I-3-(1)①	「法人修光学園組織規程」及び組織規程別表職務権限一覧表等で、管理者の役割を明確にしています。広報誌や事業計画等に、管理者の役割や事業への想い等を掲載しています。
I-3-(1)②	管理者は行政機関や事業所が所属する協議会等が行う研修会に参加し、必要な事項を中心に会議等で職員に伝達しています。関連する法令等はパソコン内にリスト化し、職員がいつでも閲覧出来るようにしています。
I-3-(2)①	「利用者満足度聴き取り調査」を行い、改善課題の明確化に努めています。サービス向上委員会主催でサービス向上を目的とした研修会を定期的に開催しています。
I-3-(2)②	管理者が定期的に職員に対して業務内容やキャリアアップに関する「ヒアリング」を行い、課題の共有や助言・提案をしています。管理者は法人の「運営会議」に出席し、経営や業務の効率化と改善について検討しています。

## 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) 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。	a	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) 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-(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	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-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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
		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。	a	a
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。		a	a	
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。	a	a	
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。	b	b
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。	b	b
		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	b
		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。	a	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。	a	a
		③ ボランティア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-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。	a	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)①	法人が役員などに就任している市や地域の協議会等や、事業所が所属する団体や協議会等から、障害者全体の動向や地域の状況等の情報を収集し、職員にも情報伝達しています。また、法人全体で情報の共有を図り、中・長期計画や各年度の事業計画に反映しています。
II-1-(1)②	法人が公認会計士事務所と契約をし、月1回、経営状況の分析と検討を行っています。職員にはミーティング等の会議の場等で収支及び利用率等を報告しています。経営状況の分析の結果、事業の多機能化・機能分化することを今後の方針にあげています。
II-2-(1)①	「マスタープラン」に必要な人材確保に関する取り組みを明記し、計画的な人材確保と育成に努めています。常勤職員については、ヒアリングとキャリアアップに必要な達成度を示す指標「キャリアアップレベル指標」を用いて評価を行っています。全職員有資格化を目指し「在職者資格取得・スキルアップ支援制度」を導入し、職員のやる気向上に繋げています。
II-2-(2)①	有給休暇の残日数は職員個別の勤務表で管理し、個人で確認できる仕組みとなっています。人材や人員体制に関する具体的なプランは事業計画・マスタープラン・職員配置体制図などに明示しています。
II-2-(2)②	メンタルヘルスは、職員に法人のヘルスケア・トータルサポートシステムと共済会の外部カウンセラーの活用を勧めています。インフルエンザの予防接種を事業所が負担しています。他に、OJT指導者制度を導入し、新任職員が相談しやすい職場のつくりに取り組んでいます。またセンター長は年に1回「ヒアリング調査票」を用いて職員と面談を行っています。

II-2-(3)①	「マスタープラン」に職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示しています。全職員を対象とした「在職者資格取得・スキルアップ支援事業」の取り組みで、知的障害援助専門員等の資格取得に研修補助等で支援する仕組みがあります。
II-2-(3)②	法人の研修委員会を中心に内・外部研修を計画し、実施しています。職員個別の「研修受講資格・資格取得履歴」を作成し、定期的な見直しを行うことで、今後必要な研修が分かる仕組みとなっています。研修計画に新規採用をはじめ、階層別に研修の基本姿勢を明記し、全職員に公表しています。職員個別の「研修受講資格履歴」「キャリアアップレベル指標」を作成し、技術水準・知識・必要とする専門資格等の周知に努めています。各委員会が研修委員会と連携して外部講師を招聘する研修を行っています。
II-2-(3)③	研修に参加した職員が作成した研修報告書をもとに、管理者がその有効性について振り返り、研修委員会が様式等の見直しを行っています。伝達研修を行っています。
II-2-(4)①	事業計画にも実習生の受け入れを明示し、「実習生受け入れ担当者会議」で実施し、福祉人材の育成に努めています。実習担当者は指導者講習会を受講しており、実習生の受け入れマニュアルも整備しています。
II-3-(1)①	個人情報管理規程やマニュアルに基づき個人情報の管理を行っていますが、実習生には受け入れの際に誓約書の提出を求めています。ボランティアの受け入れでは、個人情報保護法やプライバシー保護の理解につながる研修等の取り組みは行っていません。
II-4-(1)①	「緊急事態対応マニュアル」「行方不明者捜索マニュアル」「利用者ライフデータ」「災害時対応マニュアル」等を作成していますが、障害の種類やリスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制やマニュアルを整備していません。
II-4-(1)②	火災発生時の避難訓練は年2回消防署の協力を得て実施していますが、地震や水害などの自然災害に対して、災害の影響を把握し、建物・設備類の対策や、「災害時対応マニュアル」に基づく利用者の外出・外泊・帰宅時の連絡方法や支援体制等は十分とはいえません。また、地域自治会や団体等との協力体制も不十分です。京都市と福祉避難所の契約を締結しています。
II-4-(1)③	「ひやりはっと」や事故の事例については、日々の申し送りで報告があり、原因の分析等を行っています。パソコン内の「リスクマネジメント表」に記載し、再発防止に努めています。法人全体の事例をリスクマネジメント委員会が集計し、定期的に公表・見直しを行っています。利用者の安全確保についての研修を行っています。
II-5-(1)①	地域の町内会に加入しています。毎年開催の「HOLYLANDまつり」には約200人の参加があります。日常的に実施している菓子製造直販や市町村指定有料ゴミ袋の販売等が地域住民と触れ合う機会となっています。
II-5-(1)②	法人や地域の関係団体などと連携をし、講演会等を開催する等により、事業所が有する機能を地域に還元しています。相談支援については法人内の事業所が担当し、適宜連携を取っています。「地域福祉推進セミナー」「子ども110番の家」に登録しています。
II-5-(1)③	ボランティアの受け入れマニュアルを整備し、積極的にボランティアの受け入れをしていますが、個人情報保護、守秘義務の遵守に関する説明は行っていますが、誓約書などは交わしていません。また、ボランティア育成の取り組みも行っていません。
II-5-(2)①	本人の支援に必要な個人情報を関係機関名等も含めて「利用者ライフデータ」にまとめて記載し、情報を職員間で共有しています。法人内の事業所や地域の諸機関と連携して、個別支援の実現に取り組んでいます。
II-5-(2)②	毎月「HOLYLAND通信」を発行し、家族との交流を図り、相談等については、連絡帳や電話で対応しています。また、年に1度、「利用希望調査票」を配布し、本人及び家族等からの相談希望を受け付け、面接の中で、本人の日常の様子(作業面・生活面・健康面等)や事業所の現況を家族に伝えています。

### 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。	a	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。	a	a
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われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	b	a
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	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	a
		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。	b	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。	a	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。	a	a
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。	a	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。	a	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。	a	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	b

**【自由記述欄】**

Ⅲ-1-(1)①	事業所情報はホームページ・リーフレット・パンフレット等で紹介しています。また、紹介資料を左京担当の相談事業所等に送付、常備してもらっています。「サービスガイド」は利用希望者に分かりやすいように、活動内容・サービス料金・苦情解決の仕組み等がカラーの写真やイラスト入りで説明文にルビを振る等の工夫しています。広報誌等は公共の施設等には置いていないが、京都新聞の「メディア2014」に紹介記事を掲載しています。見学・体験実習を受け入れています。
Ⅲ-1-(1)②	サービス提供開始時には重要事項説明書で説明し、契約を結んでいます。本人、家族に分かりやすいように施設独自に「サービスガイド」を作成し、活用しています。利用者によっては事前に作業を体験してもらっています。
Ⅲ-1-(2)①	生活の継続を前提とした他事業所への引き継ぎは「利用者支援サービス引継ぎの実施方法についてマニュアル」に基づいて、法人内の相談支援事業所「ディアコニアセンター」と連携を取り、他の事業所のサービス利用や地域生活ができるように支援しています。
Ⅲ-2-(1)①	アセスメントは独自の様式「利用者支援アセスメント」に利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題を明記しています。アセスメントには「利用希望調査票」「利用者個別面談記録」「健康診断表」「ケース記録」「モニタリング記録表」等で把握した利用者の意向やニーズを反映しています。
Ⅲ-2-(2)①	個別支援計画の作成と見直しの時期を定めたマニュアルを作成しています。個別支援計画をモニタリングとアセスメントシートを基に作成し、定期的に見直しています。日常生活の留意点もアセスメントシートやモニタリングに記録し、個別支援計画に反映しています。
Ⅲ-2-(3)①	個別支援計画のモニタリングは支援計画会議で行い、個別面談記録・利用希望調査表・アセスメント票等の記録を反映しています。
Ⅲ-2-(4)①	利用者のケース記録は記録ソフトを使用し、パソコンに入力しています。記録は「記録の書き方マニュアル」に基づいて作成し、表現内容にバラツキが生じない様になっています。新任職員には先輩がマニュアルに沿って指導しています。
Ⅲ-2-(4)②	「個人情報保護マニュアル」や「個人情報管理規程」を整備し、記録の管理体制を確立しています。新規採用研修時に個人情報保護と開示について説明しています。
Ⅲ-2-(4)③	パソコンネットワークシステムを利用して、事業所内で情報の共有化を図り、毎日、朝夕2回の申し送りタイムリーな情報伝達を行っています。月1回、法人の他の事業所との合同スタッフミーティングで、法人の全利用者のケース報告・検討、事業所の活動報告等を行い、法人職員全体で様々な情報を共有しています。

Ⅲ-3-(1)①	法人の取り組みを紹介したリーフレットに本人のニーズの充足を目指す姿勢を記載しています。年2回以上、利用者・家族等との個人面談を行いニーズ把握に努めています。「利用者の会」を組織し、利用者の意向を把握する機会を設けています。「ご利用者満足度聞き取り調査」を年1回実施して、ニーズの把握に努めています。
Ⅲ-3-(1)②	サービス向上委員会で「ご利用者満足度聞き取り調査」を実施し、結果を評価・分析し、サービスの改善に反映しています。「みらい・きぼう」箱を1階・2階に設置し、「苦情記入カード」で利用者の声を収集しています。
Ⅲ-3-(2)①	本人や家族等が相談しやすい環境づくりに努めています。利用事業説明会、相談支援事業の実施等で利用者と家族等の相談・意見・苦情を聴き取る機会を設けています。相談スペースとして、相談室や和室を使用しています。
Ⅲ-3-(2)②	苦情解決の仕組みを整え、重要事項説明書やサービスガイドに明示しています。苦情対応は「苦情解決マニュアル」に沿って対応し、経過毎に「要望・苦情相談解決(改善)結果報告書」に記載しています。事業報告書に苦情件数は公表していますが、苦情内容や結果までは公表しません。
Ⅲ-3-(2)③	「利用者からの意見、要望等に対する対応マニュアル」とフロー図を整備し、「苦情解決マニュアル」に基づいて、利用者からの意見に対してしています。マニュアルの見直しも行っています。
Ⅲ-4-(1)①	「業務遂行基準」や「利用者支援サービスの基本的な実施方法についてのマニュアル」を策定しています。また、本人の状態に応じた支援を行うことを、マニュアルの「目的」に記載しています。マニュアルの確認と見直しをスタッフミーティングで行っています。
Ⅲ-4-(1)②	毎月のスタッフミーティングで各種マニュアルの読み合わせを行い、必要に応じて見直しを行っています。見直しに当たり、様々な方法で収集した利用者や家族等の意見や提案がマニュアルの見直しに反映できる仕組みとなっています。
Ⅲ-4-(2)①	第三者評価のチェックシートを基に年1回自己評価を行い、サービス向上委員会で検討して改善方法について話し合っています。第三者評価は3年ごとに受診しています。今回は3回目の受診です。
Ⅲ-4-(2)②	評価結果はサービス向上委員会で分析し、全体ミーティングで報告、検討し、年度末の活動報告・次年度の活動計画策定や法人のマスタープランに反映していますが、改善実施計画の策定は一時的で十分には出来ていません。

#### 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	b
		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。	a	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。	a	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。	a	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。	a	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。	a	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	a
	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	b
	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。	a	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。	a	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。	a	a	

**【自由記述欄】**

- IV-1-(1)① 倫理綱領を定め、基本方針や法人行動基準に人権尊重を掲げ、「HOLYLANDプライバシー保護マニュアル」や規程を策定し、新人職員に「虐待について」や「接遇について」等の研修で周知していますが、利用者や家族等には周知していません。
- IV-1-(1)② 筆談や絵、写真、文字カード等を用いて、個々の利用者の特性に合わせて視覚に働きかけながら説明しています。また、利用者は「自己評価表」を用いてどのように過ごせたかを職員と確認することもコミュニケーションの手法としています。精神科の嘱託医が来所時に利用者の話を聞く機会を持っています。
- IV-1-(2)③ 「利用者の会」を組織し、センター長や職員と意見交換をする機会を設けています。また、アンケートや面談を行い利用者の意向を汲み取る様に努めています。また、法人の2つの事業所の「家族会」が定期的に交流を図っています。また、法人内の家族会全員を対象とした研修会を開催しています。
- IV-2-(1)① 入浴サービスは提供していませんが、利用者の入浴状況は把握し気をつけています。入浴状況に課題のある利用者には、家族と連絡を取り合い、個別にシャワー等で対応しています。
- IV-2-(1)② みだしなみに課題のある利用者には家族と連携したり、ガイドヘルパーを利用して新しい衣服の購入に努める等、個別に対応しています。
- IV-2-(1)③ 日常的に利用者の整容を気にかけて、課題のある利用者には必要に応じて声をかけています。就労前にメイクの仕方についての講座を紹介したり、格安な理髪店を紹介しています。
- IV-2-(2)① 睡眠状況について利用者に確認や相談、支援を行っています。不眠を訴える利用者には、医師と相談の上、睡眠導入剤などの処方薬の適切な利用方法を説明しています。
- IV-2-(2)② 排泄にこだわりのある利用者には個別に対応しています。トイレの環境を快適にする為、清掃を毎日行い営繕係が設備の点検を行い、「営繕記録」に記録しています。
- IV-2-(2)③ 家族とタイムリーな情報交換を行い、利用者の健康状態の把握に努めています。「利用者ライフデータ」に健康に関する項目と緊急時の連絡先を明記しています。利用者の相談にはいつでも応じています。
- IV-2-(3)① 昼食は、休憩時間内であれば、時間・場所を自由に選ぶことが出来るように配慮しています。給食は希望者のみ法人内事業所の配食サービスを利用しています。嗜好調査は行っていません。食事サービス検討会議を開催していますが、利用者の参画はありません。
- IV-2-(4)① 「従業員給与支給規程」「給与支給評価基準」を設け、作業能力を評価し、個別面談時に「職能給評価同意書」について説明しています。一般就労を目指す利用者には障害者就業・生活支援センター等と連携し、取り組みを支援しています。利用者の状況や希望に合わせて、レクリエーションや日帰り旅行の行き先、料理教室のメニューを決めています。
- IV-2-(5)① お金の使い方に課題のある利用者には小遣い帳をつけ、アドバイスをする等、個々に対応しています。しかし、作業に必要な材料の買い物に行くなどの取り組みがなくなり、学習プログラムとしては行っていません。
- IV-2-(5)② 事業所外の活動に支援が必要な場合は、同法人の支援事業所と連携してガイドヘルパーをつけ、安全確保に努めています。利用者に交通安全の講習を行い、戸外での安全について学習をしています。連絡先を明示した「お願いカード」を準備しています。
- IV-2-(6)① 余暇活動では「利用者の会」の意見を踏まえ、レクリエーションや料理教室等の活動を行っています。個別には趣味活動の相談に応じ、法人内の相談支援事業所「まあるく」で支援しています。