

総合評価

受診施設名	天ヶ瀬きぼうの家	施設種別	生活介護 施設入所支援 短期入所 (旧体系：)
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和元年6月24日

総 評	<p>社会福祉法人不動園は、昭和48年に法人認可を受け、その後、平成19年に主たる事務所を現在地に構え、今日に至っています。また、法人理念「共感と信頼」のもと「求める法人像」、「望まれる職員像」を掲げ、地域のニーズにこたえ事業を拡大されてきています。</p> <p>天ヶ瀬ダム南方の自然環境に恵まれた立地で、周辺には同法人の系列施設があります。そのひとつである天ヶ瀬きぼうの家は、入所定員60名の知的障がい者の入所支援施設です。</p> <p>また、家庭で一時的に支援が受けられなくなったり、入所体験利用ができる短期入所事業所も併設しています。施設は平屋で広々とし、2棟が向かい合わせに有り、利用者の性別や障害の内容に応じた配慮がなされており、日中活動支援と日常生活支援を行っています。</p> <p>日中活動支援については、利用者の声を様々な形で聴き、音楽療法やアート活動、就労活動、外出など創意工夫して取り組まれています。日常生活支援にあたっては、個別支援員会を月1回行い、個別支援計画に基づいた支援が適切に行われるように情報共有を徹底していました。また、評価項目Ⅳの障害のある本人を尊重した日常生活支援はB評価が多くありますが、いずれも施設として不十分であると認識しているという結果であり、質の向上に向けた姿勢が伺えました。</p> <p>人材育成面においては、キャリアパスを構築するとともに研修委員会による研修体系が高い水準で整備されていました。</p> <p>一方で、「文書化」、「見える化」などにかかる項目についていくつか課題が見受けられました。改善が望まれる点及びB・C評価となった項目について確認いただき、法人で検討することと事業所で検討することを整理して、優先順位をつけて取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>今後、ますます地域の障害者福祉の拠点として役割を果たされることとあわせて、京都府における福祉サービスの創造の推進役としても発展していかれることを期待します。</p>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2-(1)②事業計画の策定が組織的に行われている。 事業計画作成委員会を立ち上げ、事業所としてメンバーを募り、事業計画を策定しています。基本方針は施設長が立案し、策定の過程で職員に意見を求めるとともに周知しています。また、業務担当（日中活動、ショートステイ、外出、自治会、就労等）や各委員会（リスクマネジメント、給食、業務改善、虐待防止等）を月1回開催し、進捗状況を確認しています。策定過程において職員の参画がなされており組織的に行われています。</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。 基本姿勢は「望ましい職員像」に明記され、それに基づいてキャリアパスを策定しています。また、各等級別に必要な研修内容を明記しています。専門資格の取得にあたっては勤務時間の配慮（公休＋年休取得で対応する等）がなされています。</p> <p>研修の実施については研修委員会で年間研修計画を検討して、階層別研修や、外部の研修受講計画（研修内容・実施日・受講者等）や事業所内部研修の実施計画を立てています。また、個人ごとの研修受講実績は個々にファイル化して整理・把握しています。</p> <p>職員会議後、受講した研修の報告を行うとともに実績を基に研修委員会で内容を検討し、見直しも行っていきます。職員の質の向上に向けた体制が整備され、PDCAサイクルに基づいた実施がされています。</p> <p>II-4-(1)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。 「救命処置・症状別対応」、「事故対応マニュアル」、「無断外出対策マニュアル」等きめ細かくマニュアルが整備されています。また、発熱時等個々の利用者毎に想定される状況にも職員が一定の対応ができるように、フローチャート化した資料も作成しています。</p> <p>組織としてはリスクマネジメント委員会を設置して情報を収集するとともに分析・検討しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-5-(1)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。 散髪ボランティアの受入を長年受け入れていますが、ボランティア受入のための基本姿勢の明文化、担当職員の配置等体制が整備されていませんでした。新たなボランティアの受け入れもふまえ整備されてはいかがでしょうか。</p> <p>III-2-(4)②障害のある本人に関する記録の管理体制が確立されている。 記録管理の責任者は施設長となっているが、記録の保管・保存・廃棄に関する規定及び情報の開示にかかる規定はありませんでした。</p> <p>また、個人情報と情報開示の観点からの職員への教育や研修の確認ができませんでした。組織としてのリスクマネジメントの観点からも整備されることを望みます。</p> <p>III-4-(2)①②質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。 必要に応じて第三者の意見を聞いていますが、定められた評価基準に基づいた自己評価が行われていませんでした。また、自己評価が行われていないため、課題の明確化、改善実施計画の策定まで至っていませんでした。質の向上に向けて自己評価基準を作成し、定期的にサービス内容の点検をされることを期待します。</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	天ヶ瀬きぼうの家
施設種別	生活介護 施設入所支援 短期入所
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	2019年1月16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(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。	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。	B	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。	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。	B	B
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。	B	B
		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。	B	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)	①理念「共感と信頼」は明文化され、パンフレットや、ホームページ及びご利用のしおり等に掲載されている。事業所の玄関や、廊下等に掲示もされている。 ②基本方針及び目指す法人像・望ましい職員像が明文化され、理念とともにパンフレットやホームページに掲載されている。事業所の玄関や、廊下等にも掲示されている。			
I-1-1(2)	①法人管理職会議(月1回)で目指す法人像、事業所職員会議(月1回・第2土曜日)で望ましい職員像を唱和している。職員は名札サイズで配布をし携帯している。また虐待防止委員会で計画的に研修を実施するなど理念や基本方針の周知を図っている。 ②保護者会(月1回)で資料を配布するとともに説明をしている。また、欠席者には送付している。自治会はあるが、利用者へは言葉でのコミュニケーションが難しい方も多く、その人に合わせた方法で周知することができていない。			
I-2-1(1)	①年度事業計画の中に「短期目標」「中期目標」「長期目標」として掲げられている。また、人材確保、異様者の高齢化等具体的に課題が明記されている。 ②事業計画作成委員会を立ち上げ、事業所としてメンバーを募り、事業計画を策定している。基本方針は施設長が立案し、策定の過程で職員に意見を求めるとともに周知している。また、業務担当(日中活動、ショートステイ、外出、自治会、就労等)や各委員会(リスクマネジメント、給食、業務改善、虐待防止等)を月1回開催し、進捗状況を確認している。 ③3月末の臨時職員会議を開催し、職員に事業計画の冊子を配布して説明をしている。 ④年度初めの保護者会で事業計画を説明している。利用者には自治会(月1回)においてその都度具体的な希望を聞いたり具体的な内容を伝えることが中心になっている。本人にわかりやすい説明や資料の作成等の工夫は十分ではない。			
I-3-1(1)	①事業所でキャリアパスの仕組みを策定し、階層毎に求められる役割等は策定している。広報(きぼうの家だより・月1回)で年度初め等に文章を掲載している。具体的な職務や権限、責任等を会議等では表明しているが、職務分掌等の明記したものは策定されていない。 ②管理者は集団指導や経営セミナー等へ参加して得た情報を、職員会議で説明するとともに資料等を配布している。幅広い分野についての関係法令(食品衛生法、防災等)について学習の機会は設けているが、関係法令のリスト化はできていない。			
I-3-1(2)	①管理者は職員会議に出席するとともに各委員会にも要請があれば参加している。事業計画の「今年度の取り組み」に支援の質の向上に向けた重点課題を掲げている。職員へのヒアリングは年2回実施している。 ②報酬や加算等制度上の対応についての職員研修を行っている。法人管理職会議で毎月、各事業所の経営状況のチェックを行っている。			

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。	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(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。	B	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。	B
	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。	B	A	
	II-2-1(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。	C	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。	C	A		
II-2-1(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	A	
II-3 個人情報の保護	II-3-1(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	B
II-4 安全管理	II-4-1(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。	A	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	B
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-1(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	B
		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。	B	B
		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。	C	C
	II-5-1(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(1)	①知的障害者福祉施設協議会等に加わり、全国的な動向や情報を職員会議で職員にも伝達している。宇治市自立支援協議会への参画(医療的ケア部長)、宇治市施設連絡会にも加入し、地域の状況把握にも努めている。支援学校とも連携し、毎年の卒業生等の把握を行っている。事業計画にも反映している。			
	②法人管理者会議でコスト分析や稼働率の把握を行っている。法人として前年度からコンサルティング会社と契約をし、法改正に基づく指導を受けるとともに、各事業所としても月次監査を受けている。			
II-2-1(1)	①「望ましい職員像」を明確にしている。資格取得に関する支援としては、勤務上、資格取得による昇給がある。強度行動障害従事者研修は12名が受講をしている。「望ましい職員像」をふまえてキャリアパスを策定し、運用している。			
II-2-1(2)	①有給取得や超過勤務はファイルで集約し、事務部門で確認・管理している。職員面談は施設長と主任が全職員対象に定期的に実施している。育児休業の取得や時短勤務の実績がある。			
	②民間社会福祉施設退職金共済会に加入している。健康診断に合わせてセルフチェックを実施している。民間社会福祉施設退職金共済会でメンタル面等の相談できる仕組みがあること案内をしている。職員向けの情報掲示板もある。			
II-2-1(3)	①基本姿勢は「望ましい職員像」に明記され、それに基づいてキャリアパスを策定している。各等級別に必要な研修内容を明記している。専門資格取得にかかる勤務時間の配慮(公休+年休取得で対応する等)を実施している。			
	②研修委員会で年間研修計画を作成している。階層別研修、外部の研修受講計画(研修内容・実施日・受講者等)や事業所内部研修の実施計画を立てている。			
	③個人ごとの研修受講実績は個々にファイル化して整理・把握している。職員会議後、受講した研修の報告を実施している。実績を基に研修委員会で内容を検討し、見直しもしている。			

II-2-(4)	①実習受入については保育実習を受けている。実習に関する責任体制、基本姿勢等は実習規定に明記されている。プログラムに沿って実習生との面談を行うとともに学校とも実習期間中の連携を行っている。
II-3-(1)	①法人で「個人情報等管理規定」を策定している。ボランティア、実習生にもオリエンテーション時に説明をしている。しかし、開示手続きに関する対応方法を明文化したものは策定されていない。
II-4-(1)	<p>①「救命処置・症状別対応」、「事故対応マニュアル」、「無断外出対策マニュアル」等整備されている。発熱時等個々の利用者毎に想定される状況にも職員が一定の対応ができるように、フローチャート化した資料を作成している。リスクマネジメント委員会を設置して分析している。救命救急研修を年に1回実施している。</p> <p>②防災マニュアルを作成している。土砂災害に関する避難計画をハザードマップに基づき宇治市とも協議しながら策定している。避難訓練は夜間と日中想定で2回/年で実施している。防災委員会を地域の近隣施設で設立して、対策の検討を行っている。</p> <p>③ヒヤリハット報告は日誌に項目を作って取り組み、リスクマネジメント委員会でまとめ分析・対応をしている。しかし、マニュアルの定期的な見直しを確認できなかった。</p>
II-5-(1)	<p>①散髪ボランティアやアート教室、音楽療法の有償ボランティアを受け入れている。また、地域のコーラスサークルに職員が送迎をして参加している。法人で祭りなどのイベントを以前はしていたが、立地的なことから地域に開放するようなイベントは現在は実施していない。地域の人たちと企画段階から参加するような取り組みが行われていない。</p> <p>②相談支援事業所を併設し、地域の障害者や家族の相談を受けている。中学校の福祉講義に施設長が講師として出向いたり、自立支援協議会で市民向けの啓発講座を実施している。法人として、子ども食堂の取り組みを始めているが事業所として地域住民とのコミュニケーションを通じた具体的な福祉ニーズの把握としては不十分と認識している。</p> <p>③散髪ボランティアの受入を長年受け入れているが、ボランティア受入のための基本姿勢の明文化、担当職員の配置等整備されていない。</p>
II-5-(2)	<p>①宇治市事業所連絡協議会から事業所のリストの入手を行い、職員間で情報を共有している。また、自立支援協議会等に参加して連携や情報交換を行っている。</p> <p>②保護者会（月1回）や面会時を通じて家族とのやり取りがある。来られない方への連絡は、担当者が個々に行っている。広報（きぼうの家だより・月1回）、モニタリング確認表を送付して日頃の様子を伝えている。</p>

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。	B	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。	B	A
		① 個別支援計画を適正に作成している。	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 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-(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 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。		B	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。	B	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	B
	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	A
		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	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。	B	B
		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	C
	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	B
		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。	C	C

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)	①事業所の情報は「パンフレット」「ご利用のしおり」やホームページに写真を多用して掲載している。見学も随時受付をし、短期入所の利用等、利用体験ができるようにしている。パンフレットは大学や支援学校に置いてもっている。また、就職フェア等で積極的に配布している。 ②利用にあたっては重要事項説明書で説明をし、同意を得ている。本人からのサイン・押印が難しい場合は家族には代筆してもらっている。成年後見制度を活用しており12名ほどの利用がある。
Ⅲ-1-(2)	①併設する相談支援事業所と連携して継続性に配慮した対応を行う準備はあるが、地域生活へ移行したり、他施設へ移ったケースはない。
Ⅲ-2-(1)	①所定のアセスメントシートを用いて身体状況や生活状況について把握し記録している。必要に応じて複数の職員の意見を反映している。
Ⅲ-2-(2)	①個別支援計画は、サービス管理責任者が素案を作成し、個別支援委員会で検討し職員に周知が図られている。緊急の変更の仕組みも整備している。
Ⅲ-2-(3)	①定期的にモニタリングを実施している。モニタリングには複数の職員の意見が反映されている。
Ⅲ-2-(4)	①システム「ほのぼの」システムを活用して記録をしている。記録の書き方について内部研修を実施するとともに外部研修にも参加して記入に差異がないよう努めている。
	②記録管理の責任者は施設長となっているが、記録の保管・保存・廃棄に関する規定及び情報の開示にかかる規定はない。また、個人情報と情報開示の観点からの職員への教育や研修の確認ができなかった。
	③組織における情報伝達についてはパソコンネットワークを活用している。必要に応じて職員がアクセスできる。日々の情報共有については朝夕のミーティングで行っている。
Ⅲ-3-(1)	①利用者自治会の取り組みを通じて利用者のニーズ充足に努めている。「望ましい職員像」の中で利用者本位の姿勢を明記している。また、利用者自治会や担当職員による利用者への個別の聞き取り等を行っている。
	②担当職員が把握したニーズをチーム会議(月1回)で共有し、改善に向けた検討を行っている。しかし、具体的な改善が不十分である。

Ⅲ-3-(2)	<p>①「苦情ご意見受付カード」を複数の場所におくとともに、自治会での取り組みなど常に受付できる体制は取っている。相談スペースも会議室や居室など意見が言いやすいように配慮している。</p> <p>②苦情解決の体制を整備し、第三者委員を設置している。事業所内に掲示している。受け付けた苦情は記録し、保護者会及び第三者委員に報告している。</p> <p>③苦情対応マニュアルを整備している。意見や苦情については記録に残すとともに迅速かつ適切に対応している。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①（新人向け）勤務時間ごとの手順マニュアルを作成している。また、入浴等業務に関するマニュアルを作成している。しかし、個別的なサービスの実施方法に対する基準が明確となっていない。</p> <p>②見直す時期やその方法等の仕組みが構築されていない。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①必要に応じて第三者の意見を聞いているが、組織として定められた評価基準に基づいた自己評価が行われていない。</p> <p>②自己評価が行われていないため課題の明確化、改善実施計画の策定まで至っていない。</p>

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。	C	B
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	B	B
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	B
		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	B
		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。	B	B
	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	B
		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。	B	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。	C	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。	B	B
	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常生活を送ることへの支援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	B
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	B	

【自由記述欄】

IV-1-(1)	① プライバシー保護にかかる規定等明文化がされていない。一部個室化を実施しているが、2～3人部屋についてはおむつ交換などが必要な重度の方でカーテン設置ができる部屋は対応しているが、外してしまう人の部屋などには未実施になっている。 ② 自治会等において図や写真を多様化して説明を行っているが、日常生活の中では言葉での支援に頼っている部分が多く不十分と認識している。 ③ 自治会での話し合いによってイベントや外出の内容を考えて実施している。しかし、他事業所との交流などは行われていない。
IV-2-(1)	① 個別の希望や配慮の必要な人について気にかけているが、パーテーションやカーテンは壊してしまう方もおられ、個別対応も職員体制上困難など、プライバシー確保に関しては配慮ができていない。 ② 選択できる人には着る服を選んでもらったり、外出時の服装への配慮などは行っている。一方でズボンが下がっていたり、下着が見えていても直さないことや暑さ寒さに配慮した服装の選択などに課題があると認識している。 ③ 散髪専用のスペースがあり、ボランティアで理容師が来られ散髪をしてもらっている。担当する職員によって、うまく説明ができない場合もあり、十分な希望には添えているかどうか課題があると認識している。
IV-2-(2)	① 一部個室化するなど、改善に向けて取り組んでいる。服薬について病院と相談して家族に説明している。 ② 必要に応じてトイレ誘導する等気にかけているが、居室で排泄されてしまう方もおられ、におい対策は課題となっている。 ③ 看護師を複数人配置するとともに、天ヶ瀬寮にある診療所の嘱託医への相談体制も整備されている。てんかんに関しては醍醐病院で受診している。
IV-2-(3)	① 給食委員会の嗜好調査などの活動や調理実習などの取り組みを行っている。しかし、給食会社と契約ができ、取り組みが始まったばかりである。業者にお任せではなく職員が「たのしく食事ができる」ための基本的な支援がまだまだできていないと認識している。
IV-2-(4)	① 日中活動委員会がレクリエーション等の検討して提案している。5名ほどは清掃作業を実施して工賃を支払っている。しかし、「職住分離」という意味で施設としての工夫が必要と認識している。
IV-2-(5)	① 喫煙される方は一人おられる。火の始末等課題があるので、職員が管理して申し出により所定の場所で吸ってもらっている。日常生活の決まりごとについては、本人の意見を参考にして見直しをしているとはいえない。 ② 地域のスポーツ大会への参加などする場合もあるが、希望があっても全員が行ける状況にはなく、外出に関するルール化や体制整備が不十分な部分がある。
IV-2-(6)	① 水・土・日は日中活動がなく、余暇活動が無い日で、余暇の過ごし方については職員の力量に負うところが多く不十分である。