

[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	地域の家	施設種別	共同生活援助
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」		

令和 2 年 2 月 2 5 日

総 評	<p>地域の家は、法人の理念「障がい者の地域社会での当たり前の暮らしを実現する」を掲げ、2002年に開設されました。その理念を具現化するために、バイスティックの7原則、ノーマライゼーションの8つの原則、平成29年に厚生労働省より発出された意思決定ガイドラインの内容などを確認しながら、利用者の自己選択・自己決定を大切に一人ひとりに合った暮らしの支援に丁寧に取り組んでおられます。</p> <p>京都市北区の住宅街の一角で共同生活援助の事業を運営されており、隣接する住宅とも馴染んだ外観でその様子からも地域の中での普通の暮らしを目指して取り組んでおられる事が感じられました。</p> <p>事業所の利用定員は10名で、建物は二棟に分かれ7名と3名で生活をされています。7名が生活されている建物は元社員寮を改修されており全室個室の作りとなっています。個人のプライバシーは確保され個々の好みに応じた暮らしの場を提供されています。また他法人の障害福祉サービス事業者や医療機関と密に連携を取り、それぞれの利用者に合った暮らしのあり方を模索し続けていました。</p> <p>暮らしの中での大きな楽しみである食事については、調理専属の職員を雇用し、利用者の希望を聞き取った上で毎日買い物へ出かけ購入した新鮮な食材を毎日の献立に用いるといった様に徹底して家庭に近い食事場面作りに取り組んでおられました。</p> <p>今後も引き続き、地域の中で障害のある人たちの自立と社会参加を支援する拠点として、さらに充実・発展していかれることを期待します。</p>
特に良かった点(※)	<p>I - 1 理念・基本方針</p> <p>理念、基本方針の周知徹底については、正規、非常勤職員、会員が参画し、法人のビジョンづくりのための会議を年間5回開催されています。ワークショップ形式で開催される会議では様々な視点からの意見が出され、それが法人の方針への反映されていました。</p>

	<p>I-3-(1) ①管理者自らの八紘ありと責任を職員に対して表明している。 管理者は福祉分野のみならず幅広い専門知識を収集し、自施設の進む方向を明確に打ち出しておられました。実際の支援現場でも管理者の大切にされている「地域社会での当たり前の暮らし」を実現するために様々な機関と連携しながら支援に取り組んでいました。支援事例としてグループホームで最期の時間を過ごしたいと希望があった利用者の看取りをされるなど、徹底して利用者本人の望む暮らしの実現に取り組んでおられます。</p> <p>IV-1-(1) 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。 障害の状況によって自身からの意思表示が困難な方であっても視覚的に情報を取り扱うツールを活用しながらできる限り選択や決定ができるように支援されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-2-(1) 事業計画の策定について 法人の年度計画の基盤となる中長期計画が確認できませんでした。現在実施されている事業の継続性とそれを担う人材を確保するためにも、法人が中長期的に目指す姿とそれに向けた取り組み方を具体的に整理されてはいかがでしょうか。</p> <p>II-4-(1) 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。 利用者の安全確保にむけた取り組みとしては日々のケース記録に危険につながりそうな気付きや改善策の報告などがされていました。より視点を広げていく事や客観的に状況を確認していくためにヒヤリハット報告や事故報告・業務改善書の導入、活用を検討される一つの方法だと考えられます。</p> <p>III-3-(2) 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。 苦情解決の仕組みは整備されており、重要事項説明書で説明されていました。しかし、これまで苦情として受付してないため、その対応や公表の仕組みがありませんでした。対応するためのマニュアル等の整備が望まれます。</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	地域の家
施設種別	共同生活援助
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3月22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。	B	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。	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	C
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。	C	C
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	B	B
		③ 事業計画が職員に周知されている。	B	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。	C	C
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。	B	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-(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	B

【自由記述欄】

I-1-(1)	理念「障がい者の住み慣れた地域社会での暮らしを実現する」を掲げ、ホームページ、パンフレットに理念を明記している。
	理念に基づく基本方針として「私たちの信条」を定め、パンフレット等に明記している。
I-1-(2)	1年をかけて5回に分けて全職員を対象にした会議を行い理念及び基本方針を周知し、併せて「私たちの信条」の見直しをしている。
	理念及び基本方針について本人に周知されていない。利用者の自治会及び家族会組織はないため、周知する機会が持ていない。会員向けに「地域の家だより」を不定期に発行しているが、利用者や家族等へは送付していない。
I-2-(1)	中長期計画を策定していない。
	職員会議等での職員からの提案を踏まえ、職員が参画して単年度の事業計画を策定している。しかし、年度途中の見直しができている。
	職員には年度当初の職員会議で事業計画を配布をし、周知している。
	理念と同様に事業計画等を本人に周知していない。利用者の自治会はなく、家族会組織もないため、周知する機会が持ていない。会員向けに「地域の家だより」を不定期に発行しているが、利用者や家族等へは送付していない。
I-3-(1)	組織図やキャリアパス制度において、管理者の役割を明らかにし、職員に対しても周知している。ホームページにも掲示して公表している。
	管理者は、「障害者差別解消法」「働き方改革」等に関する外部研修に参加し、情報収集しているものの、伝達研修等による職員への周知ができていない。また、関係法令等遵守すべき法令に関するリスト化ができていない。
I-3-(2)	管理者は、様々な特性を有する利用者への支援を、医療との連携も含めて実施できるよう質の向上に意欲を持っている。サービスの質の向上のため、事業計画の策定時等に職員の声を聴いている。職員の提案を踏まえ、具体的な改善として夕食時間帯の職員配置について会議で検討し、人員配置を見直した。
	管理者は、税理士と毎月面談し、助言を受けている。また、社会保険労務士と随時面談をし、財務、人事、労務の分析を行っている。しかし、分析の結果についての対応が十分できていない。

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。	B	B
		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。	B	B
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。	B	B
		② 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	B
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 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	B
		② 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B	B
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 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	
	② 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	
	③ 定期的な個別の教育・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。	C	B	
	② 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。	C	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。	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。	C	C
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。	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-(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。	B	A

【自由記述欄】

II-1-(1)	グループホーム学会や「知的障害者福祉施設協議会」に加入し、事業経営をとりまく全国的な環境の把握に努めている。地域の状況は、行政が公表している情報を収集し把握に努めている。しかし、これらの情報について、中長期計画に反映していない。 管理者は、税理士と毎月面談し、利用率等財務の分析を行い、経営改善に活かしている。しかし、これらの情報について、中長期計画に反映していない。また、職員への周知ができていない。
II-2-(1)	キャリアパス制度があり、年に2回の面談により人事考課を行っている。人材育成の方針や、職員に求めている役割・指標等を明文化していない。また、必要な人材や人員体制に関する考え方は持っているが、明文化していない。
II-2-(2)	有休休暇や時間外労働の状況把握を行っているが、人員体制上、対応が十分でないと感じている。育児・介護休業規程の整備をしている。 正規職員のみだが「中退共」に加入しているが、その他の福利厚生制度はない。産業保健センターのメンタルヘルス相談窓口を職員に紹介している。
II-2-(3)	職階別に受講すべき研修項目を定めているが、年間の研修計画を策定していない。外部研修受講時の受講費を事業所が負担している。資格取得者には「手当」を支給している。 高齢者施設で勤務経験のある職員を講師に「認知症ケア」研修を実施したり、「認知症」「終末期医療」をテーマに外部講師を招いた研修を実施している。しかし、職員一人ひとりに対する研修計画は定めていない。 研修を受講した職員は、レポートを作成し、伝達研修を行っている。受講した研修について評価・分析した結果について、次の計画に反映できていない。

II-2-(4)	実習生受け入れは行っていない。実習指導者研修は受講しているが、実習生受入の基本姿勢は明文化及びマニュアルは整備されていない。
II-3-(1)	重要事項説明書に「個人情報保護利用」について定め、同意を得ている。個人情報保護の規定および開示請求があった際の対応について明文化したものがない。
II-4-(1)	安全確保に関する担当は管理者が担っている。体調異常時の対応フローや、事故発生後の利用者家族への対応マニュアル等が作成されている。必要な救急法の研修を受講している。在宅療養支援診療所との契約し、日常的に医療との連携を図っている。
	火災時対応マニュアルがあり、地域の避難場所等を職員で確認している。台風の対応マニュアルを作成している。消防署と連携して、避難訓練、消火訓練をしている。食料や備品類の備蓄はしていない。
	「リスクマネジメント（生活支援上の事故防止）活動の基本的な考え方」を明文化し、職員に周知しているが、安全確保のためのリスクの把握は十分でない。ヒヤリハット、事故報告の専用の様式はない。
II-5-(1)	地域の自治会に加入している。地元の学区の運動会や地蔵盆に参加して交流を図っている。また、個々の利用者のニーズに応じた社会資源を利用するよう勧めている。
	「障害者の高齢化」について専門的な視点から、理事長が学習会の講師として講演をしている。
	以前は食事づくりボランティアを受け入れていたが、現在は受け入れていない。ボランティア受入に関する基本姿勢及びマニュアルが整備されていない。
II-5-(2)	医療関係をはじめ、日中活動先、就労先、居宅介護事業所や行政、成年後見人との連携を図っている。「猫カフェ」「遊園地」等の社会資源をリスト化し、利用者の土日の外出希望を聴いている。「福祉のてびき」を事業所に置いている。
	金銭管理の状況について、家族や後見人に毎月報告し、連携を図っている。成年後見人に利用記録等を見てもらっている。

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	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	
		② 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。	B	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
			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
			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
Ⅲ-2	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	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	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	
		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	B	
		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。	B	B	
		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	
Ⅲ-3	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。	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	C	
		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	C	
		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	C	
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。	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。	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	B	
Ⅲ-4	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	B	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)	ホームページやパンフレットで情報提供をしている。パンフレットは、行政窓口等に置いている。パンフレットは、写真や図等を用い、誰にでもわかるように工夫している。グループホームの制度に則して、随時体験利用を受け入れている。 利用開始に当たり、重要事項説明書等を用い、本人や後見人等に説明している。契約書の内容は、分かりやすいように工夫している。
Ⅲ-1-(2)	一人暮らしを始める者がいた際に、相談支援事業所に本人のケース記録の引継ぎを行った。しかし、引継ぎに関して、様式を定めているわけではない。
Ⅲ-2-(1)	定められたアセスメントシートを用いて、ニーズ把握を行い、毎年ニーズの確認、整理している。複数の職員の意見がアセスメントに反映されている。
Ⅲ-2-(2)	個別支援計画作成の責任者を設置している。計画策定に当たっては複数の職員が意見交換しながら、日常生活を支援する留意点が具体的に記載されている。
Ⅲ-2-(3)	本人の環境や状況に変化があった際には、随時モニタリングを行っている。モニタリングは、ケース記録を反映している。
Ⅲ-2-(4)	事業所独自の書式で、必要な記録が記載されている。記録要領を作成し、職員に周知している。
	記録の保管、保存、廃棄に関する規程はない。
Ⅲ-2-(4)	職員間の情報共有は、ケース記録、日誌を使って行っている。また、日誌を使って、部門を超えて情報共有している。

Ⅲ-3-(1)	<p>「私たちの信条」でニーズの充足を目指す姿勢を明文化している。複数の職員で、利用者から個別のニーズの聞き取りをしているものの、利用者共通の課題を吸い上げる仕組みはない。後見人とは必要に応じて情報交換を行っている。</p> <p>利用者のニーズ充足に向けて、本人と職員の相談・協議を随時行っている。利用者の体調変化に応じて、食事の変更をするなど、必要に応じて具体的な改善を行っている。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>「利用者アンケート」は実施していない。個別の相談がしやすいように、利用者の部屋で相談を行っている。</p> <p>重要事項説明書で、苦情解決の仕組みを説明している。これまで「苦情」はなく、「苦情」があった場合の対応や公表の仕組みはない。</p> <p>本人等の意見等に対応するマニュアルが整備されていない。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>サービス水準確保のための「勤務シフト毎の業務手順書」を作成し、必要に応じて個別の手順書を作成しているものの、支援に当たった基本姿勢が明文化されていない。</p> <p>利用者の状況変化に応じて適宜「手順書」を見直している。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>サービス内容について、職員会議等を通じて複数の職員で評価をしている。しかし、定められた基準に基づく自己評価が定期的に行えていない。</p> <p>評価の結果に基づき、組織として課題を明確にし改善に取り組んでいる。職員会議等で課題の共有化を図っているものの、明文化できておらず、また、改善策の見直し等は行っていない。</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(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。	C	B
IV-2 日常生活支援	IV-2-1(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。	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-2-1(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。	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。	A	A
	IV-2-1(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-2-1(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。	—	
	IV-2-1(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。	A	A
IV-2-1(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(1)	倫理に関する定めが「就業規則」に規定されている。基本的人権の尊重に関して、職員が講師となり非正規職員への研修を実施している。しかし、プライバシー保護に関する明文化した規程等はない。 利用者の特性に合わせ意思伝達を図る工夫をしている。土日の外出希望を行う際、自己決定を行う「構造化」を行っている。 他事業所との交流が図れる仕組みがある。しかし、事業所内の利用者自治会や家族会はない。
IV-2-1(1)	利用者の希望に応じて入浴ができる。しかし、安全やプライバシーの保護にかかる明記がマニュアルにない。 要望を聞いて余暇の時間にヘルパーにも伝えて買ってきてもらえるようにしている。必要に応じ職員も同行している。季節に応じた衣替えをマニュアルにも明記している。 行きたい理美容室がある人には同行している。歯磨きなどにも気にかけている。
IV-2-1(2)	嗣明についての状況や支援の希望を取っている。夜間体制加算を取って巡回の中で夜間の確認をしている。 褥瘡が出やすい人について手動シャワーを製作して防止に取り組んでいる。トイレには手すりをつけている。個人記録で細かく状況把握を行っている。しかし、支援マニュアルがない。 利用者の体調変化に配慮し、食事の変更をするなど、必要に応じて具体的な改善を行っている。在宅療養支援診療所との契約し、日常的に医療との連携を図っている。
IV-2-1(3)	個別に応じて、きざみ食等の提供なども行っている。定期的な嗜好調査はおこなわれていない。
IV-2-1(4)	非該当
IV-2-1(5)	金銭管理は重要事項説明書に明記している。利用者によっては成年後見制度を活用している。しかし、利用者自治会等との話し合いは行っていない。 外出先を自己選択・自己決定できるように支援ツールを使用している。必要に応じて他事業所と連携する中で対応している。
	IV-2-1(6)