

[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	グループホーム賀陽	施設種別	共同生活援助事業
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」		

2022年11月22日

総 評	<p>社会福祉法人京都光彩の会は、平成9年4月に京都市内の精神に障害のある人たちの家族会が中心となり授産施設（旧）を立ち上げるために設立されました。法人認可を受けて以降、基本理念である「利用者と向き合い、寄り添い、共に考え、共に歩むそして誰もが人生の主役に」を掲げ、精神障害のある人たちのニーズに応え、生活支援や働く場、居住の場など事業拡大をしながら発展して来ました。</p> <p>法人ではグループホームを3か所立ち上げており、その一つである「グループホーム賀陽」は、京都市中京区壬生の市街地にあり、平成11年4月に開設されました。民家の形態で入居者は全員が個室をもち、世話人や生活支援員から食事の提供や日常生活全般の援助を受けながら共同で生活しています。また、買い物や通院同行、地域の防災訓練への参加など日常的に社会参加や個人の自立に向けた取り組みを行っています。変則勤務のため、職員間ではスタッフミーティングやWowTalk（ワウトーク）」アプリを活用して共有されています。</p> <p>利用者は、日中は、就労継続支援事業所や職場、デイケアなどそれぞれの活動場所に出掛けています。アットホームな雰囲気や団気を大事にしており、夕方になると、帰宅した利用者がリビングに集い、その日の楽しかったことや困ったことなどを気兼ねなく話されたり、定期的に入居者が主体となってミーティングを開き、皆が快適に共同生活を行なうためのルールや日頃気になっていることなどを話し合っていると伺いました。</p> <p>一方で今回の調査では、マニュアル類の整備や明文化などが課題として見受けられました。今後、ますます京都市の精神障害者福祉の拠点として役割を果たし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>Ⅱ-2-(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 目標管理シートに基づく育成面談を実施し、職員個々に応じた育成支援に取り組んでいます。パート・アルバイトにはシート作成を求めています。定期的な面談機会があります。</p> <p>研修に関しては、階層別研修、全体研修、外部研修を組み合わせ、研修年間計画を作成して個々の職員の希望も踏まえて研修に参加できるようにしています。また、研修プログラムの見直し・評価は研修委員会で検討しています。研修履歴はサイボウズ（グループウェア）の機能を使って管理しています。</p> <p>Ⅱ-4-(3)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。 2カ月に1回開催するグループホーム運営委員会に民生委員や保健福祉センターに委員として入ってもらっており、福祉ニーズの把握に努めています。また、自立支援協議会に参画して、地域ニーズを把握しています。法人の取り組みとして、統合失調症カフェを開き、利用者に対して社会資源の情報提供等を行っています。ホームでは長期入院されている方や虐待ケースの受け入れについて積極的に取り組んでいます。</p> <p>A-1-(1)自立支援 入居者ミーティングを定期的で開催して、ホーム内のルールの見直しや当番を決定するなど利用者の主体性を大切にしています。理美容や衣服について同行して自分で決められることができるよう側面的に支援をしています。本人の希望を共有し、職員間でその実現方法についても協議しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>3-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。 支援の基本姿勢を職員倫理綱領、行動指針に規定し、全体研修や階層別研修のプログラムにもその内容を組み入れていきます。虐待防止については、利用者へ説明の上、ホーム内にも掲示しています。また、法人全体研修で虐待防止をテーマにした研修を実施しています。しかし、プライバシー保護の規程・マニュアルが明文化されていませんでした。マニュアルの整備とともにプライバシーにかかる職員研修について検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>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。 職員の業務手順書は策定していますが、支援全般にかかるマニュアルは整備されておらず、そのため見直しができいていませんでした。業務手順書とあわせ、支援に係るマニュアルの整備をされてはいかがでしょうか。</p>

Ⅲ-2-(1) 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。

個人情報保護規程及び細則は整備されていますが、保存年限等を定めた規程は確認できませんでした。（開示規程は別途作成予定）また、個人情報の取り扱い等にかかる研修は、管理職対象には開催していますが全体研修は未実施でした。

リスクマネジメントの観点からも規定の整備及び研修の実施の検討ください。

※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	グループホーム賀陽
施設種別	共同生活援助事業
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	令和3年10月13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。	A	B

[自由記述欄]

1. 理念が明文化されており、ホームページ、パンフレット、広報誌等に掲載されている。京都市地域リハビリテーション推進センター1Fのロビーにも掲示してある。職員に対しては職員研修で理念の説明をし浸透を図っているが、利用者や対外的には、周知が弱いと認識している。グループホームに理念の掲示はなかった。※1期初に事業計画を説明する際に理念を改めて周知することや名札や名刺に理念を記載し、常に目に触れるような工夫をしてはどうか。※2施設だよりの定型フォームに理念が入っているが、文章だけだとそれが一見して理念だと判断がつかない。理念とタイトルを明示した方がよい。

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。	A	A
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	A	A

[自由記述欄]

2. 社会福祉事業の動向は行政からのメーリングリストや圏域の自立支援協議会、セルフ協、精神保健福祉士会、あるいは、ワムネット等を通じて得ている。そうした情報は管理職会議（すべての事業所の管理者が出席・月1回）で共有し、具体的な取り組みを検討している。現在、R3報酬改定で示された虐待防止委員会の義務化に備えて、体制整備に取り組んでいる。収支改善や人員配置の見直しなどの経営に直結する課題を検討する場としては、経営戦略会議（通所系の管理者と事務長が出席・上半期と下半期で最低年2回開催）がある。
3. 管理職会議、経営戦略会議で課題を明確にして取り組みを進めている。職員にはミーティング等で周知を図っている。稼働率が低下していた西山工作所では潜在的なニーズに送迎サービスがあることに着目し、送迎サービスを導入したところ、稼働率が改善した。また、就労系事業所では従前より在宅訓練を実施していたが、このコロナ禍において通所しづらい方に対してサービスの拡充を図った。

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。	A	A
		5	② 中・長期的な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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	A	A
		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。	A	B

[自由記述欄]

4. 中長期計画（2019年4月～2025年3月の6年間）を策定している。計画の進捗状況確認及びモニタリングは必要に応じて行っている。
※数値化、具体化という点でやや弱い。客観的な達成基準・目標があるとなお良い。
5. 法人中長期計画を踏まえグループホームの事業計画を策定している。
6. 期末に各事業所で作成した半期報告及び事業報告を役職者会議（法人内の主任以上・年3回）でチェックし、理事会で報告している。事業所毎に職員ミーティング（月2回）をして課題を抽出し、法人の方針に基づき、それを次年度の事業計画書の素案に反映させている。法人内の定例会議として役職者会議、管理職会議（各事業所の管理者、統括施設長と事務長・毎月）、経営戦略会議（就労系の事業所の管理者、統括施設長と事務長・年4回程度）、ミーティング（職員全員・月2回）、経営会議（理事長と理事長補佐、監事、統括施設長、事務長）、委員会（常勤職員がいずれかの委員会に参画）、プロジェクト（各事業所から1名参加）があり、仮想ごとに職員の意見を反映する仕組みがある。
7. 事業計画の概要を広報誌に掲載し、利用者や家族等へ配布している。メンバーミーティングを月1回開催しているが、利用者には配布するだけで説明までは行えておらず、事業所として十分でないと感じている。※年度初めにミーティングの場で事業計画を説明してはどうか。

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。	A	B
		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。	A	B

[自由記述欄]

8. 法人内の4つの委員会が中心となり、サービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。しかし、第三者評価は今回が初めての受診であり、提供するサービスを評価する基準に基づく自己評価及びPDCAサイクルに基づく改善活動が行われていない。
9. 通番8からつながる項目。評価結果に基づく改善に取り組まれているかが問われる。今回が初めての第三者評価の受診であり自己評価が行われていないため、計画的な改善策を実施できていない。

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	B
		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	B
		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	A

[自由記述欄]

10. 管理者の役割や権限を定めたものとして「組織体制図」「職員体制」「就業規則の別表／職務の級と役職、職務並びに昇任基準」を整備している。各事業所の年間目標が期初の広報誌「光彩だより」に掲載されているが、管理者名が記されていない。不在時の権限委任等についてはBCP計画を作成中で、管理者の役割と責任、不在時の権限移譲を明記する予定としている。
 11. 管理者は法人内の研修会に参加する等して、関係法令も含めた法令を把握している。職員の座談会を設定し、働き方改革をテーマとした話し合いをしたり、働き方改革関連法のポイントを社内メール（サイボウズ）で周知するといった取り組みはしている。しかし、福祉関係以外の関係法令も含めた法令のリスト化が行えていない。
 12. 管理者は職員ミーティング（2週間に1回）でサービスの質に関する話し合いはしているが、書面には残せていない。サービスの質の向上に向けた具体的な取り組みとして精神疾患や高次脳機能障害の理解を深めるための書籍の提供や研修機会の確保を行っている。
 13. 管理者は光熱費など経費削減に取り組んでいる。また、法人内の働きやすさ推進委員会（月1回）に参画し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。経営戦略会議に参加し、経営努力に尽くしている。

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

[自由記述欄]

14. 京都福祉情報サイト福祉の星、法人ホームページ等で人材確保等に関するPRを行っている。入職後の資格取得支援としてシフト上の配慮を行っている。資格手当を一律5000円支給している。しかし、人材確保に関する方針、計画がない。また、研修計画がキャリアパスと連動していない。
 15. 求める職員像は法人「行動指針」として明記している。昇給は給与規定に定められている。「就業規則の別表／職務の級と役職、職務並びに昇任基準」がある。前期後期で「目標達成シート」「職務基準表」を作成し、それをもとに職員面談を実施している。職員面談で異動等の意向も聞き取っている。
 16. 有給取得、超過勤務等労務管理は管理者が把握をして法人に報告をしている。メンタルヘルスをテーマとした取り組みの一環として、ストレスマネジメントやアンガーマネジメント研修を開催し、セルフチェックも実施している。日常的に職員と面談する機会を設けている。京都市民間社会福祉施設職員共済会に加入している。ハラスメントにかかる規程、仕組みを現在検討中。

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。	A	A
		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。	A	A
		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。	A	A

[自由記述欄]

17. 目標管理シートに基づく育成面談を実施し、職員個々に応じた育成支援に取り組んでいる。パート・アルバイトにはシート作成を求めているが定期的な面談機会がある。
 18. 階層別研修、全体研修、外部研修を組み合わせて研修年間計画を作成している。研修履歴はサイボウズ（グループウェア）の機能を使って管理している。研修プログラムの見直し・評価は研修委員会で検討している。
 19. 法人として階層別研修やテーマ別研修等を企画し、個々の職員の希望も踏まえて研修に参加できるようにしている。外部研修にかかる情報提供を行い、参加を勧奨している。研修レポートはサイボウズの報告書フォームを使って提出してもらっている。研修委員会で内容を精査し、全体研修に相応しいテーマがあれば取り上げるようにしている。
 20. 「実習生受入要綱」を整備し、法人としての仕組みが築かれている。法人内の各事業所に精神保健福祉士の実習指導者研修を修了した職員を配置し、実習生を積極的に受け入れている。法人全体では年間5名程度の実習生を受け入れている。精神保健福祉士の他、看護学生の実習も受け入れている。

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。	A	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	B

[自由記述欄]

21. 法人のホームページ、広報誌で法人の理念や事業内容、決算報告などが公開し、情報開示に取り組んでいる。広報誌は病院やハビリテーション推進センターのロビーに設置したり、GH運営委員会(2ヵ月に1回)で民生委員や市担当者に配布している。地域の民生委員を招いてGHの見学会を開催した。今後、グループホームとして情報発信を強めていきたい。今回が初めての第三者評価の受診である。
22. 経理規程を整備し、経理・取引に関するルールの明確化と職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員にも周知している。辞令を交付し、会計責任者、出納職員、小口取扱者等を任命している。顧問契約をしている社会保険労務士の助言を得て、経営改善に活かしている。公認会計士等による外部監査の仕組みはない。

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。	A	A
		24	② ボランティア等の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。	A	A
	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。	A	A	
	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。	A	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。	A	A	

[自由記述欄]

23. 事業計画の中に、地域交流・地域貢献に関する項目の記述がある。地域交流については、見学会の開催や防災訓練への参加、ライオンズクラブと一緒に地域清掃などの取り組みがある。GH運営委員会に地域の民生委員に入ってもらっている。
24. 法人としてはボランティアの受け入れを行っており、マニュアル(受入要項、誓約書、登録書、日誌等の様式あり)を整備している。中期計画に「教育分野との関わり」の方針が明記されている。ホーム単体としては事業所特性からボランティアの募集は考えていない。
25. 自立支援協議会等関係機関・団体の定期的な連絡会に参加している。中京こころ・愛・ふれあいネットワークに加入している。社会資源の情報をファイルにまとめ、職員がいつでも閲覧できるようにしている。
※中京こころ・愛・ふれあいネットワークとは：こころの病気や障害がある人もない人も地域の中で安心して自立した生活を送ることができるよう、地域の人々と行政機関・医療機関・福祉施設などの関係機関が協力して支えあうことを目的として作られた市民参加型のネットワーク。
26. グループホーム運営委員会、見学会を開催し、民生委員や地域住人の受入を行った。山ノ内学区の福祉部会の招きでメンバーと一緒に講演をしたことがある。商店街で体操教室を開くなど、法人レベルでは多様な取り組みがある。災害時の役割の確認は課題と認識している。
27. 2ヵ月に1回開催するグループホーム運営委員会に民生委員や保健福祉センターに委員として入ってもらっており、福祉ニーズの把握に努めている。また、自立支援協議会に参画しているので、地域ニーズを把握している。法人の取り組みとして、統合失調症カフェを開き、社会資源の情報提供を行っている。ホームでは長期入院されている方や虐待ケースの受け入れに積極的に取り組んでいる。

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。	A	B
		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。	A	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。	A	A
		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。	A	A
		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。	A	B

[自由記述欄]

28. 支援の基本姿勢を職員倫理綱領、行動指針に規定し、全体研修や階層別研修のプログラムにもその内容を組み入れている。支援マニュアル(一定の水準の実施方法)が作成できていない。
 29. 苦情の受付、虐待防止については、利用者へ説明の上、ホーム内にも掲示している。法人全体研修で虐待防止をテーマにした研修を実施している。しかし、プライバシー保護の規程・マニュアルがない。
 30. 実施する福祉サービスについてはホームページ上で公開したり、グループのパンフレットを用意し、定期的な見直しもしている。見学は随時対応している。パンフレットや見取り図を配布するとともに、入居されてる方から話を聞くなどイメージが付きやすいように工夫をしている。
 31. サービス開始・変更時の説明については、利用契約書や重要事項説明書に基づき、利用者がわかるよう詳しく説明している。支援計画についてはルビを振り、それを利用者に配布している。成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用している利用者がある。
 32. 事業所の変更の際には、相談支援専門員や他の関係機関とも連携をはかりながら不利益が生じないように配慮をしている。しかし、サービスの継続性に配慮した引継ぎ文書を確認することができなかった。

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。	A	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。	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。	A
	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。	A	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。	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。	A	B
		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。	A	A
			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。	A

[自由記述欄]

33. ニーズは個別支援計画にかかるアセスメントやモニタリング時に聞き取りを行っている。また、利用者ミーティングで把握し、その対応を職員ミーティングで検討している。意見は直接伺うことが多く、ニーズ充足のための統一した様式を用いた定期的な調査は行われていない。
 34. 苦情解決の体制が整備され、ホーム内にも掲示している。苦情解決の規程はあるが、苦情受付シートは現在見直しを行っている。しかし、記録の適切な管理及びフィードバックが十分でない。また、苦情内容及び解決結果の公表はできていない。
 35. 利用者からの相談や意見を把握する仕組みとしては意見箱の設置やホーム内でのミーティングなど日常的に相談や意見を述べやすいように努めている。しかし、相談・意見を受け付けた際の記録方法や報告手順、対応策の検討等に関するマニュアルが整備されていない。
 36. 緊急連絡網、危機管理マニュアル(事故対応、食中毒・感染症、行方不明事故対応、交通事故対応、トラブル等対応)を整備しているが、責任者の明記がない。また、定期的なマニュアルの見直しが行われてない。ヒヤリハットの収集と分析はリスクマネジメント委員会で対応している。利用者個々の健康管理票を整備している。安全確保・事故防止に関する研修(救急法等)が未実施である。
 37. 感染対応マニュアルを作成している。コロナウイルス感染症の予防対策に関する研修を実施している。コロナ禍において、空気清浄機の導入及び緊急時の際の居室の確保・整備を行っている。衛生面には注意を払っており、メンバーと掃除に注力している。メンバーミーティングで、掃除場所の範囲や掃除具合を確認し、必要に応じて手順の見直しを図っている。
 38. 非常災害対策計画が整備され、責任者、役割が明記されている。消防署等とも連携し定期的に訓練を実施している。食料等の備蓄はあり、リスト化もされている。令和3年度中にBCP計画の策定予定。しかし、地域に対し災害時の方針や取り決めは課題として認識している。

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。	A	C
	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。	A	A
	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	B
		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。	A	B

[自由記述欄]

39. 職員の業務手順書は策定しているが、個別の支援にかかるマニュアルは整備されておらず、そのため見直しができていない。
40. 個別支援計画の策定にあたっては、責任者を定めるとともにサービス担当者会議で、本人、関係者からの聴き取りにより、計画が作成されている。他の職員や他の支援機関より情報収集をしてアセスメント、計画策定を実施している。
41. 個別支援計画に基づいてサービスを実施して、見直し時期（半年に1回）を定めて見直すとともに区分変更があった場合は支援計画書を変更している。
42. 支援記録はエクセルで作成し、共有フォルダーに保存している。勤務の特性上交代勤務が多いため、引継ぎは「WowTalk（ワウトーク）」アプリを活用して職員間で共有している。しかし、記録する職員で記録の内容や差があることを課題と認識している。※サイボウズで個別スレッドを作成して、支援目標を日頃から目につきやすい場所に置くことや、留意事項をタイムリーに確認できるような工夫もある。
43. 個人情報保護規程及び細則は整備されているが、保存年限等を定めた規程は確認できなかった。（開示規程は別途作成予定）個人情報の取り扱い等にかかる研修は、管理職対象には開催しているが全体には今後実施予定である。職員に対する個人情報保護に関するセルフチェックを実施している。

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。	A	A
	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。	A	B
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前暮らしの社会の実現に向けた取組を行っている。	A	A

[自由記述欄]
 44. 入居者ミーティングを定期的に開催して、ホーム内のルールの見直しや当番を決定するなど主体性を大切にしている。理美容や衣服について同行して自分で決めることができるよう側面的に支援をしている。本人の希望を共有し、職員間でその実現方法について協議している。
 45. 虐待防止にかかる文書を事業所内に掲示している。職員に対して虐待防止研修を実施しているが、利用者本人が権利擁護について学習を受ける機会を設けられていない。また、身体拘束にかかるガイドラインの作成が確認できなかった。
 46. 買い物や通院同行、地域の防災訓練への参加など日常的に社会参加や個人の自立に向けた取り組みを行っている。実務者会議への参加を通じて地域向けの講演会の開催を行っている。

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。	A	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。	A	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) 日常的な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な生活支援及び日中活動の支援を行っている。	A	B
	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	A

[自由記述欄]
 47. 利用者の障害特性に応じたコミュニケーション支援を行っている。視覚優位な利用者には、文字を書いてコミュニケーションをはかったり、交換日記を活用している等してコミュニケーションの円滑化を図っている。
 48. 週末に外出を予定する際は、想定されるいくつかの行き先を選択肢として提示し、自己選択・決定を尊重している。そうした情報は、スタッフミーティングや「WowTalk(ワウトーク)」アプリを活用して職員間で共有している。
 49. 法人内で他事業所との情報交換をし、様々な視点から支援方法を工夫している。また、てんかんの方への対応を医師から教わり、それを職員で共有し適切な対応を行うなどの事例もある。
 50. 個々の利用者の個別支援計画を策定し、利用者それぞれの心身状況に応じて、食・入浴・排泄・移動等の支援を実施している。しかし、標準的な実施方法を文書化したもの(マニュアル、手順書等)が確認できなかった。※新人職員がわかるような内容で、身辺面の支援に関する基本事項を文書にまとめておいた方がよい。
 51. 定期的に入居者ミーティングを開催する中で利用者の声を聴き取り、快適性と安心・安全に配慮した環境を整えておられる。共有スペースは入居者による大掃除や当番制で掃除を行っている。必要に応じて職員が一緒になって取り組んでいる。

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。	非該当	
	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。		
	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。	A	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。	A	B

[自由記述欄]
 52. 非該当
 53. 社会生活を営むための支援として生活における本人の課題についての認識を促しつつ、より豊かな生活の実現を求めて関わっておられることを確認した。具体的には金銭管理に課題のある方の買い物に同行して、地域の中で具体的に学んでもらう関わりをされている。
 54. 利用者の体調を日々管理し、健康状態の把握に努めている。通院等で意思疎通に困難がある利用者に対しては、職員が同席し、医師からの説明を本人に伝えなおすという関わりをしている。「施設でのトラブル等対応マニュアル」等で、迅速な対応が必要な際の手順を定めている。
 55. 服薬管理や塗り薬が必要な方については、職員も病院へ同行して内容を把握するようにしている。しかし、医療的な支援について世話人に伝えるためのマニュアル等が十分でない。医療的な支援に関する多職種と連携する仕組みについては、もう少し充実させることが必要ではないか。

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	A
	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。	A	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。	非該当	

[自由記述欄]

56. 精神科病院に長期入院している方が地域での生活が可能となるよう家事や買い物など一緒に取り組み生活環境への配慮や支援を行っている。また、入所されている方が地域で一人暮らしができるように一緒に考えたり物件の見学に同行している。
 57. 家族等との連携・交流にあたっては必要に応じ連絡をするとともに本人の意向を尊重しつつ、職員が話し合いの場に同席したり、助言等家族支援も行っている。成年後見人との面談にも同席をしている。
 58. 利用者の可能性を尊重した支援として、調理が苦手という利用者が頑張って調理された際にそのことを意識的に評価したことで、後日、自発的に他の利用者の副菜まで調理してくれたことがあったとのエピソードを伺った。通所の意欲が低下している状況や入浴に否定的な方には、丁寧に支援を行うとともに関係機関との調整も行っている。
 59. 非該当

評価分類	評価項目	通番	非該当	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。	非該当	

[自由記述欄]

60. 非該当