

総合評価

| | | | |
|-------|----------------|------|------|
| 受診施設名 | 同胞の家 | 施設種別 | 生活介護 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 | | |

2024年1月11日

| | |
|-----|--|
| 総 評 | <p>社会福祉法人同胞会は、1976年（昭和51年）宇治市より要望を受け、民間第1号として同胞保育園を設立したことに始まり、1990年（平成2年）に知的障害者通所授産施設「どうほうの家」を宇治市内に開設しました。2023年11月現在では、市内8か所に拠点があります。キリスト教の精神を基盤に、「人間の価値はその能力に寄らないで存在のなかにある」という基本理念のもと、「キリスト教の隣人愛の精神」を大切に、その人の立場にたった支援をモットーとしています。</p> <p>生活介護「どうほうの家」は、近鉄・JR小倉駅から徒歩約10分の場所に位置し、18歳から65歳の方を対象に、自立した日常・社会生活を営めるよう多様な日中活動をサポートする「らふ・ぱうら」と、日中活動をサポートし日中の過ごし場や地域で生活するための訓練場として利用できる「さくら」があります。ここでは、個々と特性と、やりたい気持ちを大切にしながら創作、生産活動の支援、食事、排泄の介助、就労機会の提供、知識や能力向上のための訓練などを行っています。また、個別に応じたプログラムとしての作業や活動が充実しているため、宇治市以外からも多くの利用希望があります。</p> <p>2023年4月から併設してコミュニティスペースと障害福祉サービス事業所（生活介護、共同生活援助）「クロス」を開設しました。地域に根ざした事業所として、利用者の自立支援や社会参加をサポートし、地域に必要なことを取り組み未来につなげていくことを目標とされています。</p> |
|-----|--|

| | |
|----------------------|---|
| <p>特に良かった点(※)</p> | <p>○地域に開かれた施設としての取り組み 近隣住民に広報誌を発行した際は、近隣の住宅1軒ずつ広報誌を利用者と一緒にポストイングして、事業所の事をより多くの方に理解し知ってもらうための取り組みを行っています。また、地域の自治会に加入し、コミュニティスペースを地域の方へ各種教室やサークル活動、会議の場として、開放しています。</p> <p>○情報共有の徹底 月1回、各会議や委員会を開催されており、情報共有や検討する機会を多く設けています。その内容は、各部署ミーティングで情報共有しています。トップダウンとボトムアップのバランスが良く、全職員が意見を出しやすく検討できる仕組みがあります。</p> <p>○個別対応の取り組み 他市では受け入れが困難な利用者にも対応し、障害を持って暮らしておられる利用者や家族のニーズに対応をしておられます。重度の障害等によって生きにくさを抱えておられる方への対応について、今の環境の中で何ができるかを考え、少人数や個別のスペースの確保等、個別の対応を大切にしておられます。日常の何気ない作業においても、利用者によっては少し工夫をすることで落ち着いて過ごせる環境や時間となるように配慮しておられます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>○マニュアルや規定の定期的な見直し 各種マニュアルや規定を策定し整備されていますが、対応マニュアルや感染症マニュアルについては見直しや更新が確認できない箇所がありました。今後、組織的にPDCAサイクルに基づいた定期的に見直しや更新ができるような体制作りを構築されることが望まれます。</p> <p>○メンタルヘルス窓口の明確化 メンタルヘルスなど相談窓口として、法人としての担当者を設けていますが、外部機関に相談できる窓口の設置が明確になっていません。内部に相談しにくい面もありますので、外部の相談できる窓口を設置されることが望まれます。</p> <p>○満足度調査の実施 連絡帳を活用していることで、意見聴取を図っていますが、満足度調査やアンケートの実施がなされていませんでした。より多くの意見や希望、要望を徴収するために定期的にご利用者、ご家族向けに満足度調査を実施されては如何でしょうか。</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。

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 | a |

【自由記述欄】

1. ホームページや広報誌に法人理念と基本方針を掲載しています。新年度事業開始式にて、法人理念を記した事業計画を全職員に配布し、グループウェアへの掲載や施設玄関にも掲示しています。利用者や家族には、法人理念を記した事業計画(利用者用)を配布し、面談時に説明しています。

| 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-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. 自立支援協議会の相談支援部会や医療ケア部会に参画し、社会福祉事業の動向把握に努めています。把握した情報を月1回の幹部会や経営者会議にて報告し、コスト分析や事業運営に関する検討を行っています。
3. 経営状況や改善すべき課題について、幹部会にて管理職による分析や推移の確認を行っています。その内容を月1回の理事会に報告し共有しています。また、月1回の各部署ミーティングにて、報告し職員に周知しています。参加できない職員には、議事録や引継ぎノートを用いて報告しています。

| 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 | a |
| | | 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 | a |

【自由記述欄】

4. 3か年の中・長期計画を策定しています。ニーズの動向や法制度改正、組織の課題等を踏まえ、各部署ミーティングに意見聴取し、主任会議で内容集約し、幹部会で取りまとめる体制を取っており、組織的に取り組んでいます。必要に応じて、見直しを行っています。
5. 3か年の中・長期計画には3年間の年度目標を定めています。その内容に基づき、数値目標や具体的な成果等を設定し、単年度事業計画を策定しています。
6. 月1回の各部署のミーティングで、単年度事業計画の実施状況を確認し、意見の集約・反映のもとで評価しています。
7. 単年度の事業計画書(利用者用)を利用者、家族等に配布しています。単年度事業計画にはルビをふり、図表を入れるなどして理解しやすいように工夫しています。年度初めの保護者同席の個別面談や保護者会で説明しています。

| 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-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。 | b | a |

【自由記述欄】

8・9. 3年に1回第三者評価を受診し、第三者評価委員会を設けて改善策を検討して、見直しを行っています。第三者評価結果は、ホームページにて公表しています。ただし、年に1回以上定められた評価基準に基いた評価表を用いた自己評価や点検は行っていません。第三者評価については組織的に見直しが行われています。

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 | a |
| | 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 | a |

[自由記述欄]

10. 管理者の役割や責任について、「職責(役割)と具体的業務」に記載しています。さらに、その詳細を職務分掌、組織図に落とし込み各部署ミーティングにて、説明し周知しています。
11. 管理者は、各部署ミーティングを通して遵守すべき法令や環境への配慮について確認する機会を設けています。グループウェアに関連ある法令等をリスト化し、必要時に誰でも確認できる仕組みがあります。
12. 管理者は、地域における福祉ニーズに対する情報を行政機関や自立支援協議会などで収集しています。情報収集した内容を理事会や幹部会で取り上げ、地域ニーズがあると判断した場合は、新規事業を立ち上げたケースもあります。また、福祉サービスの質の向上に必要な知識を習得するために、全職員対象に年1回以上研修を開催しています。
13. 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて改善策や分析を行い、月1回の理事会で現在の状況を報告しています。また、半年に1回、法人の主任以上が集まり人事や労務、財務等の分析を行い、課題に対しての改善策を検討しています。

| 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-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 | a |
| | | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | a | a |
| | 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組んでいる。 | a | b | |

[自由記述欄]

14. 新規採用者や中途採用者に実践力を身につけるためのプリセプター制度や研修カリキュラム制度を設けています。キャリアアップ表があり、職員個々の役職に応じた役割が明確になっています。資格取得支援として、研修費の法人負担や勤務扱いで研修に参加できる仕組みがあります。
15. 人事考課制度を採り入れ評価シートを作成し、年度目標や将来ビジョンを明確にしています。法人事務管理部に人事部門があり、採用から研修や育成、資格取得などのフォローアップできるシステムを設けています。
16. 年に1回ストレスチェックを実施し、高ストレス者には産業医との面談機会を設けています。メンタルヘルスなど相談窓口として、法人に担当者を設けていますが、外部機関に相談できる窓口の設置が明確にはなっていません。福利厚生として、全職員対象に事故やケガをした時に利用できる損害保険としてチャブ保険に加入しています。

| 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-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. 毎年4月に全職員がキャリアパスに沿った年度目標を設定し、管理者が半年ごとに面談を行い、目標の達成度を確認しています。
18. 「キャリアパス」や「組織図」を用いて、期待する職員像を明示し、研修を行っています。専門的な技術を習得するために、研修計画を策定し計画的に実施しています。また、研修の内容や形態について、毎年度末に評価や見直しを行い、次年度の研修計画に反映させています。
19. 職員一人ひとりの資格所持リストを作成し、専門資格の把握や管理を行っています。初任者、中堅、主任などの階層に分け、研修カリキュラムを実施しています。また、外部研修の参加希望がある場合には、業務調整して研修参加できるように配慮しています。
20. 学生実習の受け入れの基本姿勢を明文化し、実習受け入れマニュアルを整備しています。管理者は、実習受け入れ実績データを基に実習指導者に対して、定期的な振り返りや指導を行っています。

| 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 |
| 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 | a |

[自由記述欄]

21. 第三者評価の受診結果をホームページにて公表しています。日々の小さな苦情にはその都度対応していますが、改善や対応の状況の公表はされていません。

22. 税理士法人等による月1回の財務チェックを行っています。業務役割分担表を年度初めに策定し職務分掌を作成しています。

| 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 | 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 |
| | 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。 | a | 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。 | a | a |
| | | 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. 地域の自治会に加入しています。毎年、「同胞の家つどい(お祭り)」という祭りを開催し、地域住民と交流をしています。コミュニティスペースを地域に開放し、様々なサークル活動の場として提供しています。

24. ボランティアの受け入れは随時行っており、「同胞の家つどい」には数名のボランティアが参加しています。ボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明文化しており、ボランティアの保険にいつでも加入できる仕組みがあります。

25. 地域で開催される納涼のつどいや「同胞の家つどい」での出店を通して地域の関係機関との連携を図っています。ただし、社会資源を明示したリストは、相談支援事業所として作成中です。

26. 「同胞の家つどい」には、地域のお店にも出店を呼びかけ(出店は無料)、地域の活性化のために事業所として関わっています。また、災害時の地域福祉避難所として、宇治市より指定を受けています。

27. 後援会は、地域の民生児童委員や社会福祉協議会の役員が構成員となっており、年5回程度の打ち合わせを行っています。行政の空き家対策の事業に対して、行政の補助金を活用しながら障害のある子どものいる家庭の住まい支援に取り組んでいます。

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 | 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。 | 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。 | b | 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。 | b | a |

[自由記述欄]

28. 虐待、身体拘束防止研修を年1回実施し、虐待チェックは月1回行っています。倫理綱領は、職員共有の通信アプリで確認できる仕組みになっています。

29. プライバシー保護、権利擁護に関する規定や対応方法等を利用契約時に契約書を用いて、利用者、家族へ説明を行い同意を得ています。年1回アンケートを実施しています。職員へは、虐待等の権利擁護について就業規則に記載をし、倫理綱領にも明示しています。不適切な事案が発生した際には、その都度ミーティングで共有をして振り返りや改善に取り組んでいます。対応方法等の明示については確認できませんでした。

30. 組織図には担当者の写真を入れて分かりやすい工夫をして利用者に配布しています。希望者には、随時体験できる体制があります。

31. 意思決定が困難な障害のある利用者には、カードや写真を活用して意思決定ができるようにしています。心身の状況に応じて個別のルール化がされています。

32. 事業所の変更や移行の際には、利用者、家族と面談を行い同意を得ています。事業所が変更になる際には、本人の状態が分かる書類を作成し引継ぎを行っています。

| 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 |
| 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 | a |
| | | 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。 | b |
| | 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 | a |
| | | 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 | 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。 | a | a |

[自由記述欄]

33. 事業所玄関に苦情受付ボックスを設置しています。言葉だけでは難しい利用者には、絵カード等のコミュニケーション支援ツール(Pecs等)を用いて、個室で利用者が思いを伝えられるように工夫しています。毎日のプログラムは、利用者の意思に合わせて選択ができるように取り組んでいます。

34. 苦情や要望等は、毎日の連絡ノートに記載をされている事が多いとのことで、苦情については幹部会や各種委員会で改善の取り組みを検討しています。アンケートは無記名で実施されていますが、現在は不定期での実施であるため今後は毎年実施する予定とのことで、苦情の公表もされていません。

35. 家族との電話や連絡ノートの記載を通して、利用者の意見や要望を確認しています。内容によっては、連絡ノートの記載のコピーを取り、記録を残し情報共有や組織的に対応できるようにしています。ただし、対応マニュアルの定期的な見直しや更新が確認出来ませんでした。

36. 職員5～6名からなる事故防止委員会で検討を行い、月1回開催される衛生委員会でも周知し、リスクマネジメントに対する検討を行っています。事故の内容としては車両事故が多く、マニュアルの定期的な見直しを行っています。

37. 感染症対策は、看護師と衛生委員会が中心になり予防と対策に取り組んでいます。感染症マニュアルを作成していますが、定期的な見直しや更新が行われていませんでした。

38. メールシステムを活用して、利用者や職員の安否確認が取れるようにしています。現在のシステムは、安否確認はできるが返信はできないものとなっているため、他のツールに移行予定とのことでした。福祉避難所にもなっているため、管理責任者を定め2日分の備蓄品を確保しています。

| 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 |
| 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 | a |
| | 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 | 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。 | a | a |

[自由記述欄]

39. 提供するサービスの実施方法については文書化され、パソコンのマニュアルフォルダーに保存しています。連絡ノートに記載の内容によっては、実施方法の見直しを行い、反映させる仕組みがあります。

40. 家族の意見を踏まえながら利用者の意向を最大限尊重して、個別支援計画の策定や見直しを行っています。モニタリングは、3か月に1回実施をし、個別支援計画に反映しています。

41. 4月に個別支援計画を作成し、中間モニタリング、年度末の振り返りを実施しています、その都度、課題の達成・未達成を明確にし必要があれば支援内容の見直ししています。個別支援計画には、利用者が望む生活等を記入する欄を作って意思確認を行っています。また、定期的な評価・変更以外にも、必要があれば緊急の計画変更を行っています。

42. ネットワークシステムを利用して、ケース記録は全職員が共有可能な形で記入しています。また、グループウェアを利用して、法人間での緊急的な情報共有も行える設備環境があります。対応に話し合いが必要なケースについては、ミーティングにおいても職員間で検討しています。

43. 全職員に対して、個人情報保護の厳守を誓約書にて取り交わしています。利用者、家族に対しては、重要事項説明書にて情報開示の方法記載について説明しています。

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。 | 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。 | 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。 | a | a |
| [自由記述欄] | | | | | |
| <p>44. 言葉でのコミュニケーションが苦手な利用者のために、絵カードや写真を用いてプログラムの選択が出来るように環境設定をしています。月1回の「ハッピーデイ」というイベント企画では、お出かけイベントとして外食を行っており、事前にメニューを確認して利用者が何を食べたいか選べるように工夫をしています。</p> <p>45. 法人全体で虐待・身体拘束防止委員会を設置しており、虐待や権利擁護に関する職員研修を年1回実施しています。保護者会を通して、権利擁護に関する成年後見制度等の情報提供も行っています。</p> <p>46. 個別支援計画には、利用者の強みも記載して、活かせるように日々支援しています。チラシや広報誌を近隣の住宅等に利用者と一緒にポスティングを行い、地域への情報発信をしています。職員に対するノーマライゼーションの推進については、ダイバーシティの取り組みとしてLGBTIに対する理解を深める研修を実施しています。</p> | | | | | |

| 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 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | |
| <p>47. 口頭でのコミュニケーションが苦手な利用者に対応するため、絵カード等を使用し意思表示ができるように支援しています。また、利用者独自のサインがある場合はスタッフ間で情報共有を行い、統一された支援を実施するよう心がけています。</p> <p>48. 年3回の面談を実施して、利用者、家族の意見を聞く場を設けています。利用者の希望や相談内容について、職員間で共有し場合によっては個別支援計画の変更も行っています。</p> <p>49. 専門知識の習得と支援の向上のために、オンライン研修「サポーターズカレッジ」を活用した日頃の職員研修を実施しています。外部研修としてスーパーバイザーの話を聞く機会も設けています。</p> <p>50. 食事・排泄などの生活動作に関する個別的な対応を行っています。食事は、刻み対応やアレルギー・偏食に対応した代替食の用意しています。排泄は、介助が必要な方はチェックシートを用いて排泄パターンや内容を記録して支援しています。散歩や清掃活動など地域での日中活動も精力的に行っています。また、必要に応じてショートステイやレスパイト等の他事業所のサービスを案内しています。</p> <p>51. 一人ひとりの障害特性に合わせたレイアウトを検討しています。また、不調時には一人で落ち着いて休憩できる個室も用意しています。常時個室対応が必要な方には、専用の個室も用意しています。</p> | | | | | |

| 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。 | a | a |
| | 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 | a |
| | 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 | a |

[自由記述欄]

52. 日中活動の中にラジオ体操や散歩、マット運動を取り入れて、身体機能の維持・向上を図っています。日によって同法人の別事業所まで移動し、トランポリン運動を実施することもあります。また利用者主体で取り組めるように様々な種類のワークシステムや内職を準備しています。
53. 日帰り旅行などの行事や、お出かけ活動などの日中活動を通じて社会参加の機会を提供しています。外出先では商品注文や支払いなどの体験学習を実施しています。年1回の地域交流イベント「つどい」に参加し交流の機会も設けています。
54. 入浴、排泄などの場面でチェックシートや記録ノートを用いて状態を記録しています。また、希望者には地域の協力医療機関へ健康診断を年1回実施しています。体調不良時には対応マニュアルを基に対応できるように手順を整えています。
55. 医療的な支援に関しては嘱託医の指示書を基に支援を行っています。慢性疾患、服薬等に関しては看護師が管理し、薬剤等の情報もまとめています。日頃から嘱託医の先生や利用者の主治医と連携を図り、通院同行も場合によって実施して関係づくりを行っています。

| 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-(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。 | a | a |

[自由記述欄]

56. 地域生活に関して、相談員を中心にサービス利用について利用者、家族の意向を考慮し対応しています。長く短期入所などを使って過ごしていた等の利用者に対して、地域で生活していけるよう住居を整え、他機関とも連携を図りながら希望を実現できるよう対応しています。
57. 家族と連絡帳などを通して日々やり取りを行っている他、年に3回以上面談や懇談の機会を設けています。緊急時にはメールを使用し個別のやり取りも対応しています。
58. 個別にプログラムを決め、課題に対してそれを克服するための方法を利用者と相談しながら取り組みを行っています。日中活動の中には、利用者が集まって希望の動画や映画を見る時間も作っており、楽しみながら活動できるよう工夫しています。
59. 利用者の希望や能力を考慮し、話し合った上で仕事の内容を選んでいきます。作業時間も個々の状況に合わせて設定しています。また、工賃向上に向けて多様な内職の取引を行い支援しています。

| 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-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

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 | 同胞の家 |
| 施設種別 | 生活介護 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |
| 訪問調査日 | 令和5年11月29日 |