

[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	丹波桜梅園	施設種別	生活介護、施設入所支援
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

2024年2月16日

総 評	<p>丹波桜梅園は京丹波町山合の自然豊かな場所に位置し、「地域に開かれた」「地域に愛され」「地域から応援して頂ける」施設づくりを目指して運営されています。事業所は平成3年（1991年）3月に開園され、京丹波町唯一の入所施設として地域と共に歩んでこられています。そして、2023年4月には法人本部を立ち上げられ、組織体制の改編をされました。</p> <p>事業所は広大な敷地のゆったりとしたスペースの中、生活の場を3つグループに分け家庭環境に近い「ルームづくり」で過ごしやすい生活スタイルにされています。日中活動では5つの作業班に分かれ、利用者の希望や心身面の状態、障がいの程度等に合わせ、きめ細やかなサービスが提供できるように取り組まれています。また、家族や地域との関わりを大切に考えられており、毎月の家族会やルーム別・作業班別懇談会の実施、地域住民を事業所のイベント（オープンデイ）等にお招きする、利用者と職員が地域の催しやボランティアに参加するなど、丁寧なコミュニケーションを図ることで、家族や地域と一体になって利用者の生活の支援に繋げておられます。そして、「利用者、職員の笑顔が多く見られる施設作り」を目指し、全職員が参加の下、「一人一役・全員主役」をモットーに、一人ひとりが知恵を出し合い創意工夫を行うことで、課題解決に日々努められています。</p> <p>現在、利用者へのサービス提供の更なる充実と、職員が働き続けられる環境を整えることを法人の大きな課題として位置づけられており、外部コンサルタントと連携しながら、新たな人事考課制度や研修制度の構築、業務のICT化の推進に重点的に取り組んでおられます。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○個々に合わせた日中活動</p> <p>日中活動としては、全ての利用者が生産活動に携われるよう、利用者の希望や要望、個々の特性に応じて、5つの班（内職・園芸・装飾・農耕・リサイクル）に分かれて作業されています。作業内容を細分化することで、利用者一人ひとりが活動に携わることができるように配慮しています。1日の目標を決めたカードを作成して、利用者が達成感を感じられるように工夫し、慰労会等でお互いを労う機会を設ける等、利用者が意欲的に日中活動を行えるように取り組んでおられます。</p> <p>○家族等との連携</p> <p>全体保護者会を毎月実施するだけでなく、ルーム別・作業班別懇談会、旅行の報告会等、様々な場を設定し家族と密にコミュニケーションを図っています。全体保護者会では、虐待防止や成年後見制度について職員と合同研修をする機会も設け、職員だけでなく家族も一緒に学びを深めることで、職員と家族が一体となってご利用者の支援に携わられています。</p> <p>○個別支援</p> <p>ご利用者を尊重した福祉サービスを提供する為に、1日の生活の流れと支援内容を記載した「生活日課導線職員ベースマニュアル」（支援マニュアル）にて一定水準の実施方法を定めています。さらには、ルーム毎に「導線表」マニュアルを作成し、毎月のケース会議で見直すことで、利用者一人ひとりの現状に合った支援を日々提供しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○中・長期計画の策定</p> <p>単年度計画や予算組みはされていますが、中・長期計画の策定はできていません。福祉事業を取り巻く情勢や人材確保など見通しが難しい面もありますが、中・長期計画は法人が目指す方向性やビジョンを職員だけでなく、利用者や社会に示すものとなります。法人が中・長期的に考えておられることや方向性を明文化し計画として策定されることをお勧めします。</p> <p>○マニュアルの整備（実習生・ボランティア等受け入れ）</p> <p>実習生やボランティアは受け入れられていますが、対応手順等を明記したマニュアルはありませんでした。マニュアルを整備することにより担当者を変更された場合でも対応ができ、また事故やトラブルを防止することにもつながります。これまでに受け入れをされてきた対応手順を反映したマニュアルを作成されることをお勧めします。</p> <p>○プライバシーへの配慮</p> <p>利用者の特性上、危険のないように不要な物を置かないようにする等、安全面への配慮はされていますが、居室は2人部屋や4人部屋に間仕切り等がない造りの為、同室者の様子が互いに分かる状況にありました。利用者のプライバシーを守ることができるような家具や間仕切りの設置等、設備の工夫・充実が必要と考えます。</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	丹波桜梅園
施設種別	障害者支援施設（生活介護・施設入所支援）
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2023年11月17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。	b	b

[自由記述欄]
1. 基本理念、基本方針を明確にし、ホームページやパンフレットに記載しています。毎月の職員会議での確認や、毎日の引継ぎ時に唱和を行うことで職員へ周知を図っています。ただし、理念や基本方針について、利用者や家族等には分かりやすい資料を作成しての周知は図れていません。

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

[自由記述欄]
2. 2023年4月に法人本部を立ち上げ、組織体制の再編を行っています。事務局長が京丹波町人権教育・啓発推進協議会に、施設長が京丹波町地域自立支援協議会に参画し、地域から広く情報を収集し、事業を取り巻く環境を把握しています。しかし、把握された情報やデータは、中・長期計画に反映していません。
3. 経営環境や経営状況については理事会、評議員会に各部門長が出席し、具体的な課題や問題点を明らかにしています。職員に対しては職員会議で、経営の現状説明や物価高騰等による支出増の課題に対してコスト削減への取り組み等を周知しています。経営課題の解決に向け、ICTの活用による記録や決裁の効率化や、夜間の看護師のオンコール体制を外部委託することにより、職員の業務負担軽減を図っています。

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
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	c
		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	c
	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。	b	b
		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。	b	b

[自由記述欄]
4. 単年度計画の策定や予算組みはされていますが、中・長期にわたる事業計画および収支計画は策定していません。
5. 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定し策定されていますが、中・長期計画を反映したものになっていません。
6. 事業計画は施設長が作成した原案を基に、各部門及び生活班のグループ担当者等の意見を集約・反映した上で策定しています。半期毎にPDCAサイクルに基づいて評価しています。ただし、事業計画の実施状況について、すべての職員への周知や理解を促す取り組みは行えていません。
7. 事業計画の主な内容は、全体の保護者会やグループ・作業班毎の懇談会にて、利用者や家族等に説明しています。保護者会は毎月実施することでコミュニケーションを図っていますが、利用者等がより理解しやすいような説明資料を作る等の工夫はできていません。

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。	c	c
		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。	c	c

[自由記述欄]
8. 組織的にPDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に関する取り組みと自己評価は行えていません。
9. 京都府の集団指導や監査等で指摘された内容については職員会議で共有していますが、計画的な改善策は実施できていません。今後、きょうと福祉人材育成認証制度の宣言を行い、組織的な改善の取り組みを検討しています。

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。	b	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	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。	b	a

[自由記述欄]

10. 施設長の職務権限は「事務委任規程」にて明記し、事務所で職員がいつでも確認できるようにしています。有事における管理者不在時の権限委任等については「事故防止及び発生時対応の指針」および「園外緊急時対応マニュアル」において明確にしています。
 11. 施設長は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加し、職員に対しては職員会議での情報共有や、資料をファイリングし閲覧できるようにすることで、遵守すべき法令等の周知を図っています。ただし、関連のある法令等のリスト化はできていません。
 12. 施設長は、運営委員会や事故防止委員会等の様々な会議に参加し、組織内の課題を把握するとともに、方向性や意見を述べることで、サービスの質・職員の質の向上に向けてリーダーシップを発揮しています。
 13. 施設長は、組織の経営課題の改善に取り組んでします。例えば、夜間オンコールを外部に委託することで看護師の負担軽減を図ったり、利用者の散髪や買い物を外部から施設に訪問してもらったりすることで、職員の業務の効率化に努めています。ICTの活用を促すためにICT推進委員会を新設し、施設長も積極的に参画しています。

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。	b	b
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	b	b
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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。	b	b

[自由記述欄]

14. 専門職（有資格の職員）の配置にあたっては、入職後に全職員が社会福祉主事任用資格を取得できるように勤務時間の調整と研修費の補助で対応しています。新任研修・中堅職員研修・虐待防止研修等で、職員の質が向上するように努めていますが、福祉人材確保や人員体制に関する具体的な計画は確立していません。
 15. 「標準職務表」に人事基準を明確に定め、職員に周知しています。人事考課に関する制度については、外部コンサルタントとともに作成途中です。
 16. 職員の勤怠については法人事務局で管理し、各部門管理者と連携しながら就業状況を把握しています。働きやすい職場づくりに向け、職員の希望をもとに、ゴルフや釣り、寄せ植え等のサークル活動や、年1回互助会で食事会等を開催する等して、職員の親睦を深める機会をつくっています。しかし、定期的に職員と個別面談の機会を設けることはできていません。

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。	c	c
		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。	c	c
		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。	b	b

[自由記述欄]

17. 研修計画の策定や職員の個別目標を設定・評価する仕組みはありません。現在、外部コンサルタントと意見交換をしながら、人事考課制度作成に取り組んでいます。
 18. 業務上必要な知識や技術を習得するために、職員に応じた研修会への派遣を行っていますが、職員の教育・研修計画は策定していません。
 19. 法人として、新任職員研修・中堅職員研修・主任職員研修などの階層別研修や、資格取得（サービス管理責任者・相談支援従事者）研修への参加の機会を確保しています。また、全職員が社会福祉主事任用資格を取得できるように配慮しています。
 20. 実習受け入れに関しては、学校と連携しながら専門職種の特性に配慮したプログラムを作成し、担当職員が勤務上可能な範囲でマンツーマン対応をしています。しかし、実習生受け入れに関するマニュアルや指導者に対する研修は実施していません。

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	a
		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。	b	a
[自由記述欄]					
21. 法人ホームページや広報誌「たんば桜梅園だより」により、法人・事業所の理念や基本方針、サービス内容、事業運営、活動等の情報公開を行っています。また、事業所のイベントや生産活動等は地元のケーブルテレビ、新聞社の取材を受け、事業所の活動等を地域に向けて積極的に発信しています。 22. 事務・経理等に関して、「経理規程」においてルールを明確化しており、必要に応じて外部の専門家（社会保険労務士・会計士等）に相談し、助言を得ています。					

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	b
		24	② ボランティア等の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-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。	b	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。	b	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。	b	b
[自由記述欄]					
23. 地域の祭りや運動会等のイベントに利用者が参加したり、地域住民を事業所に招待して作業班の利用者と交流を図るなど、地域と事業所が相互に交流できる機会を持っています。また、事業所で作成したコサージュを地域の学校の卒業式で使ってもらうなど、事業所の理解を深めてもらうための取り組みも行っています。ただし、利用者のニーズに応じて、地域における社会資源の紹介までは行っていません 24. ボランティアの受け入れに関する基本姿勢は基本方針にも明記していますが、ボランティア受け入れに関するマニュアルは整備していません。 25. 南丹圏域の障害福祉サービス関係機関と年3回の連絡会を実施し、情報を共有しています。地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、協働・具体的な取り組みはできていません。 26. コロナ禍となる前にはオープンデイとして施設を開放し、利用者の生活や作業の時間を活用して地域住民との交流を図ってきました。地域主催のイベント時には職員がボランティアとして参加をしたり、町内の道路や神社境内の清掃活動を地域の方と一緒に行う等、地域の活性化やまちづくりにも積極的に貢献しています。事業所は地域において福祉避難所の指定となっていますが、災害時の対応方法が京丹波町との間、また事業所内で明確にできていません。 27. 事務局長、施設長が地域の各協議会（人権推進協議会、自立支援協議会等）に出席し、関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めています。把握した福祉ニーズに伴う具体的な事業・活動を計画等に明記しては行えていません。					

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。	b	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。	b	b
		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	b
		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	b

[自由記述欄]

28. 利用者を尊重した福祉サービスの提供が行えるよう、入職時には自閉症等の資料をもとに障がいの理解が深まるように説明を行っています。また、定期的にケース会議を開催して利用者個々の行動に触れて支援の在り方を職員間で協議し、支援実施マニュアル「導線表」を毎月見直しています。

29. 「虐待防止対応規程」を整備し、保護者会開催時に虐待防止や成年後見制度について職員との合同研修を開催し、権利擁護に対する理解促進を図っています。利用者のプライバシー保護に関しては支援実施マニュアル「導線表」に注意事項を記載し、職員への注意喚起を行っています。ハード面では利用者の居室は2人部屋・4人部屋があり、間仕切りやカーテン等でプライバシーに配慮するなど設備の工夫までは行っていません。

30. パンフレットや広報誌、重要事項説明書等のホームページへの掲載や施設玄関への設置により、多くの人が施設情報を入手できるようにしています。年1回開催される南丹圏域での事業説明会には必ず参加して広報を行っています。見学や利用希望があれば随時対応していますが、利用希望者に対する情報提供について適宜の見直しまでは行っていません。

31. サービス利用開始・変更時には、重要事項説明書や契約書、個別支援計画書を利用者や家族等に説明し、同意を得ています。家族が高齢化等で対応が難しくなられた場合には、成年後見制度の利用へ繋げ、成年後見人からの同意も得ています。利用者がわかりやすいように工夫した資料作成は行っていません。

32. 利用者がグループホーム等の他事業所に入居される場合には、福祉サービスの継続性に配慮して「利用者の基本情報」や「アセスメント表」による情報提供と電話での対応を行っていますが、手順は定めていません。サービス終了後の相談方法や担当者は決まっておらず、都度対応できる職員で対応しています。

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-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。	b	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。	b	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。	b	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。	b	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。	b	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。	b	b

[自由記述欄]

33. 日頃から担当職員が声を掛けるようにし、日常会話を通して利用者の希望や要望を聞き取り、ケース会議等にてニーズ充足に向けた検討を行っています。おやつに関しては、適宜宅配用のチラシを利用者に見てもらい希望のものを注文する等の支援は行っていますが、利用者のニーズを把握するための定期的な調査や匿名アンケートは行っていません。

34. 苦情解決の体制「苦情相談窓口について」を整備し、施設玄関での掲示や重要事項説明書にて利用者や家族等に説明し、周知しています。苦情を受け付けた場合は「苦情申出書」、「苦情受付書」に記録し、対応に関する検討を行い、利用者や家族等に配慮した上でホームページで公表しています。ただし、匿名アンケート等、利用者や家族等が苦情を申し出やすい工夫は行っていません。

35. 利用者の相談や意見は、日頃のサービス提供の中で傾聴し、拾い上げ、適宜対応していますが、その記録方法や報告手順、対応策の検討等について定めたマニュアルは整備していません。

36. 収集した事故・ヒヤリハット事例等を毎月の事故防止委員会で検討し、職員会議で事例と予防策等を共有しています。緊急の際には「利用者基本情報」をすぐに持ち出し対応できるよう整備しています。

37. 「感染症対応マニュアル」を整備し、特にコロナ禍では修正しながら活用しました。職員会議後に汚物の処理やエプロンの外し方等感染症対応に関する研修を実施し、手順の確認等を行っています。障害特性に配慮して、外出時の装着に向けて施設内でもマスク着用の練習を行ったり、手指や口腔内消毒が習慣になるよう繰り返し行うことにより意識づけを行っています。

38. 「災害時初動対応マニュアル」を整備し、災害時の対応体制を定めています。障害特性に配慮して、月1回避難訓練（火災避難・消火・地震・土砂災害・機器取扱及び備蓄確認・通報等）を実施することにより、有事に備えています。また、年1回防災計画を見直し、消防署立会いのもと検証訓練を行っています。災害時の業務継続計画（BCP）は作成中です。災害時の職員の安否確認の方法は試行中です。

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。	b	b
	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。	b	b
	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. 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として、1日の生活の流れと支援内容を記載した「生活日課導線職員ベースマニュアル」を整備し、更にグループ毎の「導線表」マニュアルを作成しています。マニュアルには、利用者の尊重やプライバシー保護、支援の留意点等を明示しています。「導線表」は毎月検証・見直しを行い、決裁を通していますが、導線表にもとづいて実施されているかどうか確認する仕組みはありません。

40. サービス管理責任者は、利用者が所属する生活グループや活動班の担当者、主任・部長等からの意見や情報をもとにアセスメントし、年1回「アセスメント表」を見直し・更新しています。利用者から汲み取ったニーズを反映した個別支援計画は、年1回見直ししています。

41. 個別支援計画に基づいて実施された記録を取り、毎月の考察、半年に1回のモニタリングを行い、ケース会議で支援内容の評価・見直しを行っています。ただし、個別支援計画を緊急に変更する仕組みは整備していません。

42. 個別支援計画に基づくサービスの実施状況は、独自の様式「利用者個別プログラム」に利用者個々の計画に合わせた項目を設けて記録しています。記録方法は、記入方法が統一されるよう主任以上の職員が確認・指導を行っています。申し送り事項は業務日誌に記載して昼・夕の引継ぎで伝達し、内容に応じてケース会議、月1回の職員会議で情報共有しています。

43. 利用者に関する記録は、「個人情報管理規定」や「文書取扱規程」に保管、保存、持ち出し、廃棄、情報提供の方法を定めて管理しています。個人情報の取扱いは、利用者や家族等に同意を得ている他、事業所に関わる人には個人情報保護に関わる誓約書を取り交わしています。記録等は施錠ができる場所に保管し、必要に応じて職員へ情報漏洩等の注意喚起を行っています。

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。	b	b
	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 誰もが当たり前で暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。	b	a

[自由記述欄]

44. 5つの班に分かれて行う生産活動や、5つのグループに分かれて行う月1回のクラブ活動は、利用者の希望も確認しながら所属を決定しています。利用者と話し合う機会として年1回、作業班、生活班ごとに懇談会実施しています。行事では、旅行の行先やイベントの食事場面等、利用者が選択し意思決定できるように支援しています。保護者会開催時に虐待防止や成年後見制度について職員との合同研修を開催し、権利擁護に対する理解促進を図っています。しかし、生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会は設けていません。

45. 利用者の活動場所に、虐待にあたる内容を分かりやすく示したポスターを掲示しています。保護者会開催時に虐待防止や成年後見制度について職員との合同研修を開催し、権利擁護に対する理解促進を図るとともに、毎月の職員会議では輪番で虐待防止に関する決意表明を行うことで事業としての意識向上に努めています。身体拘束・抑制に関する説明書、同意書を整備した上で家族等から同意は得られていますが、拘束・抑制期間等の明記はありません。

46. 利用者の希望等を確認した上で、クラブ活動や生産活動班の所属を決定する等、利用者が持っている力を活かして生活や活動ができる環境を整えています。地域の催しに利用者が参加し販売活動を行ったり、施設での秋祭り等のイベントに地域の方に参加していただき、施設のことを知ってもらう機会を設けたりする等、障害や障害特性の理解・共有する取り組みを行っています。

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-(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。	b	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。	b	b

[自由記述欄]

47. 意思表示や伝達が困難な利用者には絵カードや筆記など利用者にあった手段を用い、利用者に応じて伝わりやすい、また利用者からも意思表示してもらいやすいように言語以外のコミュニケーションでも支援しています。また利用者が生活の見通しを持てるように(1日・1週間等)のスケジュールを、個々に応じた形で伝わるよう掲示し、混乱や不安に繋がらないように配慮しています。

48. 日々の関わりにおいて、意識して言葉掛けを行い、利用者の思いを受け止められるように努めています。利用者から不安な気持ちや知りたいこと、相談があった際には利用者が納得できるように説明を行う等、利用者が安心して過ごせるような関わりを心掛けています。利用者が個別支援計画に基づいて実施された記録を取り、毎月の考察、半年に1回のモニタリングを行い、ケース会議で支援内容の評価・見直しを行っています。

49. 専門知識の習得として強度行動障害の研修を必須とし、行動障害のある利用者との関りの多い職員を優先して研修受講しています。1日の生活の流れと支援内容を記載した「生活日課導線職員ベースマニュアル」を整備し、更にグループ毎の「導線表」マニュアルを作成し、毎月の見直しを行っています。他者とのトラブルや破損行為等に発展するような内容については、対応方法をケース会議等で検討し、全職員に情報共有しています。

50. 日中活動として5班に分かれた生産活動や、5グループに分かれたクラブ活動を行っています。日中の活動グループや取り組み内容は、利用者の希望を確認し、無理なく取り組める内容を提供したり、新たにチャレンジしてもらう場面を設ける事で、取り組み内容の幅が広がるように支援しています。

51. 居室や廊下、共用の洗面台等、利用者個々の特性上、怪我のないように必要と判断した部分は手すりを設置したり、危険が伴うと判断した部分には物を置かない等、部所毎や事故防止委員会等で検討、見直しを行っています。各ルームには、ゆっくり過ごせるようテレビやソファ、畳スペースを設けています。また、音楽を流すことで穏やかに過ごせる雰囲気作りをしていますが、2人部屋や4人部屋には間仕切りがなく、個人のプライバシーや生活環境の配慮ができていません。

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。	b	b
	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。	b	b
	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。	b	b
		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。	b	a

[自由記述欄]

52. 日常生活の中でラジオ体操や散歩、手先を動かす機会等を持ち、利用者の身体機能の向上や現状維持に努めていますが、機能訓練・生活訓練の専門職からの指導・助言のもとで取り組みはできていません。

53. 日中の作業活動の一環として、自主制作物の納品時には利用者も一緒に出掛け、物を運ぶ役割を担ってもらう等、地域社会と関わる機会を持てるように意識して支援を行っています。しかし、学習のための支援は行えていません。

54. 月1回の血圧・体重測定、年2回の健康診断と日々の様子観察にて健康管理を行っています。状態に変化がある場合は、看護師と連携し、必要に応じて医療機関を受診する等の対応をしています。口腔ケアは特に大切にしており、毎食後の歯磨きの実施や、定期的な検診や往診、受診の支援を行っています。利用者の健康管理等についての職員研修や職員の個別指導等は行えていません。

55. 服薬管理においては、マニュアルを作成し、適切な管理と服薬支援に努めています。服薬調整が必要な場合には、看護師から担当医へ利用者の様子を伝えてもらう等して医療的な支援の連携を図っています。看護師が職員に向けて、AEDの使用方法や感染症等に関する研修も実施しています。

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-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。	b	b
	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。	b	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。	b	a

[自由記述欄]

56. イベントや作業活動を通して、利用者が地域との関わりが持てる機会を設けることで、利用者が地域に関する意識を持ってもらえるように努めていますが、地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援までには至っていません。

57. 利用者の生活の様子等は適宜の電話連絡、毎月実施している全体の保護者会、ルーム別・作業班別懇談会、旅行の報告会等で一方向で伝えるだけでなく、家族等からの意見を聴き、交流できる機会としています。保護者と職員の合同研修会も実施し、利用者を職員だけでなく家族等も一緒に支援できるように努めています。

58. 利用者の作業や活動において、無理な促しはしないということを基本姿勢として、利用者の日々の様子や希望等を確認しながら活動支援を行っています。活動で作った自主製品を近隣の保育所や学校等に納品する、利用者の目標達成を本人が分かるようにしたカードを使った取り組み、慰労会などの飲食の機会を設ける等して、活動意欲の促進を図っています。

59. 作業内容や時間は、利用者の特性や様子、作業状況を把握した上で利用者や担当職員で相談して決定しています。作業工程を細分化し、どの利用者にも生産活動に携わってもらうように工夫をしています。担当者は企業や関係機関と、利用者ができる作業内容や期間での請負ができるように交渉し、利用者の活動の選択肢を増やせるよう、また工賃が引き上げられるように努めています。

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					