

[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	グループホーム支援室	施設種別	共同生活援助 (介護サービス包括型)
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6年3月22日

総 評	<p>社会福祉法人南山城学園は、昭和40年の法人設立以来、京都府南部を中心に、障害者の入所施設の運営を中心に事業展開されてきました。</p> <p>利用者の自分らしい地域生活を実現するため、昭和59年から利用者や地域のニーズに応える形で複数のグループホームを入所施設の近隣に開設し、施設との連携の元、支援の充実を図られてきました。</p> <p>その後、各グループホームの老朽化や一層の支援の充実を目指し、複数のグループホーム（樋尻・寺田・長池・今池・古川ホーム）を統合し、城陽市長池にグループホームを新設されました。事業所としては「グループホーム支援室」との名称でグループホーム長池、観音堂、鷺坂を統括する形で運営されています。</p> <p>これまでのグループホーム運営で培われた経験をベースに、利用者個々人が自分のペースで就労や日々の生活、地域との交流が出来るよう支援されており、利用者は近隣の商店での買い物や公共交通機関を利用しての就労先への通勤等、それぞれが望む生活を実現されています。また、地域移行の取り組みとして一人暮らし体験や支援を行うことも含めたサテライト居宅介護を実施されています。</p> <p>あわせて、グループホーム長池で特筆すべき点としては建物1階に企業主導型保育園の「すずの詩保育園」が併設されており、子育て中の法人職員が働き続けられる条件整備の一つとして有効な取組となっています。加えて、この保育所は法人職員以外の地域の方も利用可能であり、地域の福祉ニーズに応え、地域との交流の一つの形にもなっています。</p> <p>施設内は建設間もないこともあり、清潔に保たれ、障害のある利用者が安全に気持ちよく過ごせるよう、細かな配慮が見られました。</p> <p>長年、法人として培われてきた福祉分野での先駆性と信頼をベースに、今後も福祉分野でのリーダーとして事業展開されることを期待します。</p>
-----	--

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。”

運営母体の社会福祉法人南山城学園では法人経営を中・長期的な展望のもと、計画的に遂行していく必要があると考え、長期ビジョンを見据えながら、5年毎に中期経営計画を策定されています。また、中長期計画や中期経営計画を元に単年度の計画が策定されています。

具体的には、2015年2月に法人創立50周年を迎えたことを機に「ネクストビジョン2025」を定められ、その実行計画として5年間の「中期経営計画2020」を策定・実施されてきました。グループホームの再編・新築もこの計画に基づいて整備されたものです。

その後、5年間の成果を踏まえ、より広い観点から「地域共生社会の実現」に向け、「中期経営計画2025」においては、SDGs（持続可能な開発目標）を視野に入れ、「経営の持続性」と「地域共生社会の実現」を両立するため、既存の事業の経営基盤を更に強固なものとするとともに、新たな地域課題に積極的に取り組むこととされています。

中長期、また各年度の事業計画を明確にされ、職員、利用者、家族等関係者にわかりやすく示されていることは、特に大規模な法人にとって、とかく見えにくくなる法人の目指す理想と日々の支援内容が具体的に結びつき、イメージしやすいものとなっていると考えられ、大きく評価されます。

特に良かった点(※)

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。”

毎月1回、サービス向上委員会を開催し、利用者の意見を聞く機会としています。この委員会には世話人も参加し、意見を出せるようにしています。委員会では生活全般に関わることについて話がされ、実施できることは速やかに実施されています。

利用者自治会が組織されていますが、自治会での説明用資料はパワーポイントを活用してわかりやすく説明されています。さらに、各フロアでも利用者の意見の聞き取りを実施されています。

利用者の声を聞き、ニーズを把握する取組が支援の質向上に繋がっていることが確認できました。

利用者と接する機会が多い世話人からも利用者の日中の過ごし方や運動不足等意見が上がってくることから、支援室会議で対応が検討されています。さらに利用者アンケートを取り、結果を分析、サービス会議で分析結果を見て対応を考える等の取組が組織的に行われています。

その他、個別支援計画の他に「課題→具体的支援→振り返り→改善」のPDCAサイクルをシートに落とし込み、改善を進める工夫が確認できました。

	<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> <p>事業所として地域の自治会に加入しており、利用者は自治会費も負担し地域の一員として位置づけられています。</p> <p>具体的に利用者が地域と交流する機会として、近くの神社や施設周辺の清掃に定期的に参加されています。また、地域のイベント情報は掲示板に掲示されており、利用者から行きたいという希望がある場合は職員が同行する等の配慮がされています。新型コロナ前は和太鼓サークルの体験を長池地域の老人会と一緒にするというような取組もあり、再開が待たれます。</p> <p>散髪、買い物などは利用者各自が選択し、近隣のお店を利用されています。</p> <p>その他にも、法人全体での取組や職員の知識等を地域に還元する取組なども見られました。今後とも、地域社会の一員として法人、事業所、利用者それぞれが活動に参加される事を期待します。</p> <p>A-1-(3) ノーマライゼーションの推進</p> <p>写真やチャートで示した視覚支援ツールがあり、グループホーム内で利用されていますが、生活の中の行動の見通しを持てるような配慮が確認できました。(例：トランジションカード、行き先の選択支援、スケジュール支援 など)</p> <p>また、施設内のみならず利用者の就労先においても合理的配慮についての理解と取組が進むよう連携されています。</p> <p>その他、小学校での障害への理解促進にむけた講演会開催(資料「ちがいについて」を活用)など、ノーマライゼーション推進についての積極的な取組が確認できました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特になし ・ 法人として取り組まれているため、全ての項目を「a」評価としていますが、ボランティアや実習生の受け入れなど、新型コロナの状況を踏まえ、ホームとしての取組が今後一層進むことを期待します。

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	南山城学園 グループホーム支援室
施設種別	共同生活援助
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	令和4年1月25日

	A	B	C	D	E	F	G
1	I 福祉サービスの基本方針と組織						
2							
3	評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果		
4					自己評価	第三者評価	
5	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	
6	[自由記述欄]						
7	(通番1) 理念及び基本方針は法人パンフレット、ホームページ等に記載されている。写真やイラストを利用してわかりやすいよう配慮されている。職員への周知は年度初めに全員出席の支援員会議を実施し、その場で読み合わせをしている。(議事録で確認) 世話人には各ホーム会議で確認をしている。また、利用者や保護者には各ホームに掲示することで周知を図るとともに理念は入所時に伝えている。利用者には利用者自治会を月1回開催しており、その場でも周知している。城陽エリアの局長から年度初めの会議で基本方針等を伝えている。						
8							
9	評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果		
10					自己評価	第三者評価	
11	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	
12			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	
13	[自由記述欄]						
14	(通番2) 経営協、知福協等に加え、会議等に参加し各種情報を入手するとともに、施設長会議で本部から情報提供される仕組みとなっている。地域の情報は相談支援事業所や行政から入手している。本人のニーズは相談事業所から入ることで把握している。入退所委員会が月1回あり、施設入所や外部からの入所希望情報など把握・共有している。 (通番3) 経営課題としては、GHのニーズ把握が低いと思っており、情報発信を意識している。宇治、城陽、久御山、伏見の行政や相談事業所に情報提供している。(年間1~2枠平均) 経営戦略会議で各事業所情報を本部財務で集約し全施設で共有している。また、「強化月間項目」として毎月テーマを定めて取り組んでいる。(マナー、虐待等 本部で設定)						
15							
16	評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果		
17					自己評価	第三者評価	
18	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	
19			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	
20		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	
21			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	
22	[自由記述欄]						
23	(通番4) 法人として、中長期計画を「2025ネクストビジョン」として策定されており、それを踏まえて単年度計画が作成している。数値目標も設定されている。 (通番5) 単年度計画は基本方針にしたがったものであり、実行計画書も策定され、スケジュールや担当者を明確にしている。計画はコロナ等がない限り実行可能な計画になっており、また単なる行事計画ではない。 (通番6) 計画策定にあたっては、職員から聞き取りを行っている。(様式を作り、取組や評価を聞き取り。それを集約して計画にする) 支援技術の向上のため、支援シートを作り、各職員が作成提出している。フードロス等、他機関との関係があり進まなかったりすることもあるが、その場合は途中で計画を見直しをしている。また、年度末に評価を集約されている。 (通番7) 利用者や家族への周知はグループホーム通信(1回/3ヶ月)にて行っている。イラスト、ルビ等配慮されている。利用者も一緒に取組むものは自治会で説明をし理解を得るようにしている。家族への周知は疎遠な方には郵送している。						
24							
25	評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果		
26					自己評価	第三者評価	
27	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	a	
28			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	a	
29	[自由記述欄]						
30	(通番8) 毎月1回、サービス向上委員会を開催し、利用者の意見や世話人の意見を聞き運営に反映して可能な限り実施をしている。(具体例として、朝食で食パンを食べたいという意見があり、取り入れて喜んでいただいた。) 利用者自治会でパワポを活用して説明している。さらに、フロアでも聞き取り実施している。(特別食の希望等 焼肉とかお鍋とか、ラーメンとか) 評価結果も委員会で確認している。 (通番9) 日中の過ごし方、運動不足等について支援室会議で対応を検討している。アンケートを実施し、サービス会議で結果を見て対応を検討している。具(体例として、皆と一緒にテレビを見たい、という声があり、食堂にテレビを設置した。また、物干し場が狭いという声があり、場所を確保した。) 個別支援計画の他にシートに落とし込み、PDCAサイクルにて回す工夫をしている。(課題→具体的支援→振り返り→改善)						
31							

A		B		C	D	E		F	G
32	II 組織の運営管理								
33									
34	評価分類	評価項目	通番	評価細目				評価結果	
35								自己評価	第三者評価
36	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
37			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
38		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
39			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
40	[自由記述欄]								
41	<p>(通番 10) 管理者の役割は役割担当表や職務分掌に明文化している。また、緊急時マニュアル(服薬事故発生等それぞれのマニュアル)に記載している。不在時は副室長が代行することとなっている。休日は支援職員から携帯で管理者に連絡が入ることとなっている。(業務用携帯でグループLINEを利用)</p> <p>(通番 11) 経営協、青年会などの研修に参加しており、全国のGH研修会にも参加している。法令のリスト化は法人総務が主体で実施しており、法令変更等あれば法人総務から情報提供の連絡がある。</p> <p>(通番 12) 「サービス担当者会議」「現場会議」「支援検討会議」などを実施しており、室長も参加している。「管主会議」でも情報共有し改善の取組を進めている。職員の研修教育の充実は法人でも行っているが、事業所においても研修実施している。</p> <p>(通番 13) 月2回の施設長会議で本部の各部門と連携している。人員配置や働きやすい環境については、上位認証を受けており実行している。以前は各ホームは担当が一人だめ、担当の考え方で支援が行われがちだったが、今年度からは2~3人が担当する形に変更した。その結果、これまで見てこなかった部分が見えてきた。職員勤務表は職員の希望を聞き、施設長が策定している。夜勤職員の加配を検討している。(利用者の重度化等への対応)</p>								
42									
43	評価分類	評価項目	通番	評価細目				評価結果	
44								自己評価	第三者評価
45	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
46			15	②	総合的な人事管理が行われている。			a	a
47		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	a
48	[自由記述欄]								
49	<p>(通番 14) 福祉人材確保・育成については、職員の行動基準「7つの誓い」、「キャリアアップシート」、それに基づく研修体系によって人材確保・育成に関する方針が確立されている。人材確保については法人本部の企画広報課が採用活動の窓口となり、法人で「GKN魅力発信チーム」を組織し、学校等に講師派遣するなど計画的に進めている。また、職員向けの「学園だより」で初任者研修や介護支援員他各種研修の情報提供を実施している。</p> <p>(通番 15) 法人理念を具現化する職員の行動基準として「7つの誓い」を制定し、期待する職員像を明確化している。7つの誓いを軸に研修体系や目標設定が行われている。キャリアパスを明確にするとともに、スーパーバイザー制度を導入し、自らの将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりを構築している。エキスパート階層への昇進・昇格のシステムが明確化されている。採用職員の希望や能力等を勘案し、採用から4年間は1年毎に他部門へ異動することで人材の早期育成を図る「スーパーローテーション制度」を導入する等、人材育成の方法も工夫をしている。</p> <p>(通番 16) 職員の就業状況はICカード利用認証制度で確認している。労務管理は法人の本部総務課で把握し、メールツールで勤怠に何かあれば所属に連絡が入るようになっている。メンタルヘルスの取組については、ストレスチェックを実施して産業医や相談窓口(事務局)に繋げる仕組みや外部の相談窓口を案内している。総合的な福祉厚生として民間社会福祉施設職員共済会に加入するとともに法人独自の互助会があり、職員交流イベントも毎年開催している。(教員、自営業、パート、都庁関係)</p>								
50									
51	評価分類	評価項目	通番	評価細目				評価結果	
52								自己評価	第三者評価
53	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
54			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
55			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
56		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	a
57	[自由記述欄]								
58	<p>(通番 17) 「7つの誓い」の項目ごとにキャリアアップシートを作成し、シートを用いて目標設定を行っている。育成対象者には育成担当者につき、目標設定シートを育成担当者と上長がシートの確認し、対象職員と育成担当者との面談を半期に1回実施して、目標設定や進捗管理、評価等を行っている。新規採用職員が配属される際は育成担当者を事業所内で設定している。</p> <p>(通番 18) 法人としてキャリアパスが整備され、新規採用研修、フォローアップ研修(2年目~5年目)、準職・パート研修、階層別研修、育成担当者研修等を実施している。研修内容は法人のマスタープラン委員会で検討し、内容の精査や必要な改善を行っている。研修委員が中心となり、施設内研修や新規採用職員の研修を実施し、毎月の研修委員会議にて計画の評価や見直しを実施している。</p> <p>(通番 19) 一人一人の教育機会の確保に配慮している。回数は決めていないが、新人職員は毎月組み込まれるようにしている。GH世話人研修も年間予定を立て、情報提供している。個々人の資格は法人で把握しており一覧がある。</p> <p>(通番 20) 実習生の受け入れについて、基本姿勢は明文化されており、マニュアルも整備されている。職員は実習指導者研修も受講している。グループホームの特性として日中に利用者がいないため実習生の受け入れは行っていない。</p>								
59									
60	評価分類	評価項目	通番	評価細目				評価結果	

	A	B	C	D	E	F	G
61	計画分類	計画項目	題名			自己評価	第三者評価
62	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。	b	a
63			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
64	[自由記述欄]						
65	(通番21)法人の情報(理念や事業報告等)はホームページやワムネットにて公開している。毎年、事業報告書は各関係機関に配布している。パンフレットもわかりやすいものを作成している。第三者評価、苦情解決のしくみ等は通信やワムネットに公表している。 (通番22)事務・経理・取引に関するルールについては経理規程を定めるとともに、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員にも周知されている。法人内に内部監査室を設けて定期的に内部監査を行っている。顧問契約を結んでいる公認会計士や税理士から定期的なチェックをしてもらい、必要な助言や指導を得ている。会計監査法人による定期的な監査を受けている。						
66							

67 68	A	B	C	D	E	F		G
	評価分類	評価項目	通番		評価細目	自己評価	第三者評価	
69	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	
70			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。	b	a	
71		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	a	
72		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	
73			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	
74	[自由記述欄]							
75	<p>(通番23) 本人と地域との交流として、近くの神社や施設周辺の清掃に参加している。地域のイベント情報は掲示板に掲示しており、行きたいという希望がある場合は職員が同行する等配慮もある。コロナ禍前は和太鼓サークルの体験を長池地域の老人会と一緒に行っていった。散髪、買い物などは近隣のお店を利用している。</p> <p>(通番24) ボランティアの受け入れはコロナ禍前はイベント等開催時に受け入れていたが、直近では受け入れを行っていない。受け入れガイドライン及びマニュアル等は整備している。また、オリエンテーションや研修の場もある。希望者には「ボランティア登録カード」に記入していただいている。</p> <p>(通番25) 関係機関一覧を整備している(行政ほか社協、医療機関等 受給者票一覧がある)。相談支援事業所や福祉事務所とは日常常に連携している。ケース会議は課題があれば都度開催するようにしている。(他事業所に通所変更など。)</p> <p>(通番26) 施設機能の地域への還元について、法人としての施設開放や災害時の避難所指定、大規模災害時の取組がある。GHとしてはガイドヘルパー講座の実施や地域の「ふれあいまつり」の実行委員会への参画がある。</p> <p>(通番27) 広域的、公益的な取組は法人全体で取り組みを行っている。(こども食堂、学習支援など。) GHではフードロスの取組を初めており、セカンドハーベストとの連携や災害備蓄品を活用し、利用者と一緒に取り組んでいる。</p>							
76								
77	III 適切な福祉サービスの実施							
78								
79								
80	評価分類	評価項目	通番		評価細目	評価結果		
81	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	
82			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	a	
83		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	
84			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	
85			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	a	
86	[自由記述欄]							
87	<p>(通番28) 基本理念等に本人尊重を明記している。GHとして職員行動規範を作成している。基本姿勢、虐待防止マニュアル等も整備している。権利擁護研修も実施している。虐待の芽チェックリストは年2回実施している(法人のものGH独自のものを実施している)。</p> <p>(通番29) プライバシー保護は行動規範に記載している。具体的には個室提供、トイレ、鍵、各種表示、イニシャル表記、手紙の開封禁止等々が名視されている。研修は強化月間を定めて実施している。取組の周知については虐待・権利擁護についてのポスターを作成している。同性介助を基本としており、利用者にも入浴時等開けてはダメなど注意事項を掲示している。「グループホームルールブック」を作成し利用者にとって欲しいことを明記して周知している。</p> <p>(通番30) ホームページや各行政機関へ情報提供を行っている。写真を多用したわかりやすい紹介資料を作成し配布している。空床型のショートで体験利用を受け入れて、事業についての理解を得るようにしている。</p> <p>(通番31) 契約書、重要事項説明で説明している。説明にあたってはイラストや写真を使ってわかりやすく説明している。(どういう事でサービスを使うか理解できるように説明) 本人の同意については、最終的な確認を行っている。成年後見の利用者は現在7名入所している。(月1回は面談にえられる。その際は本人、管理職、担当が同席)</p> <p>(通番32) GHからの変更は法人内の施設、または「煌」(老健)に移ることが多い。入院後GHに戻るのがしんどい時は本人の同意を得て入所調整している。情報提供のルールについては本人の理解を考慮し、規定等の書類を作成している。書式は、個別支援内容シートを活用(服薬の留意点、休日の過ごし方、小遣い、散髪、事故予測 ガイヘル利用等)している。</p>							

	A	B	C	D	E	F	G	
88								
89	評価分類	評価項目	通番		評価細目	評価結果		
90						自己評価	第三者評価	
91	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	
92		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	a	
93			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	a	
94		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
95				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
96				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
97	[自由記述欄]							
98	<p>(通番33)利用者からの意見を聞き取るしくみについては、意見箱の設置、個別面談、アンケートを実施している。アンケートはサービス向上委員会(食事等)で年2回とっており、サービス検討委員会(月1回)で検討している。利用者の話を聞くときは、意見を述べやすいスペースで行うなど配慮している。</p> <p>(通番34)苦情解決についてはGH内に掲示するとともに重要事項説明書にも記載している。保護者からの要望は年に何回かあるが内容はフィードバックしている。その場で回答せず、後日回答するようにしている。家族への報告は広報紙を活用している。要望内容は記録している。</p> <p>(通番35)意見要望は個別面談で日常の事を聞き取っている。内容は個人毎に記録している。(個別面談記録表)第三者委員までいかない内容は意見要望としている。検討はサービス検討委員会で行っている。</p> <p>(通番36)事業所のリスク委員会でマニュアル類の作成、見直しをしている。(誤嚥、誤与薬、服薬、緊急通報、地震、無断外出等々)作成日、更新日の記載あり。マニュアル類をまとめたものを各ホームに配置し、職員が閲覧できるようにしている。リスクマネジメント責任者は室長であり役割分担表に記載されている。ヒヤリハットはパソコン上に報告の入力フォームがあり(ヒヤリ、事故)、早急に対応が必要な場合は共有メールで共有して対応している。リスク委員会で内容・対応を検討しており危険予知トレーニングなどの研修を行っている。健康カードは「医務ファイル」として、各自の健康に関する基本情報ファイリングをしている。★マニュアル類の目次(一覧)を作成しておくが良い。</p> <p>(通番37)感染症対応マニュアルを整備している。ノロウイルス、食中毒、インフルエンザ他スタンダードプリコーション(法人としての基本的な対応)が定められている。研修を実施し、会議でも周知している。BCPマニュアルも整備している。</p> <p>(通番38)消防計画、火災マニュアル、地震マニュアル、BCPマニュアルを作成している。管理職(室長、副室長)が責任者と明記している。防災委員を定め、訓練は合同で年2回(地震と火事)実施している。夜間想定のほか消防署に立ち合いをお願いしている。発災時は利用者には携帯やメールで連絡し、通所先とも連携(電話でやりとり)することとしている。法人は福祉避難所の指定を受けており、備蓄物資は綾雲館で管理(三日分確保)している。</p>							
99								

100	A	B	C	D	E	F		G
	評価分類	評価項目	通番		評価細目	自己評価	第三者評価	
102	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	
103			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	
104			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	
105			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	
106			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	
107	[自由記述欄]							
108	<p>(通所39) 支援マニュアルを整備している。共通事項と個人毎の業務マニュアルを作成しており、新しい世話人はやり忘れていないか業務マニュアルを見て確認している。マニュアルの見直しは、年度末には見直しをして職員全体に周知をしている。また、必要に応じ随時見直しを行っている。個人毎の業務マニュアルは個別支援計画と連動している。(例：部屋の掃除を綺麗にしたいー本人と相談して、マニュアルに入れ込み(この時間に掃除する) イラスト入りの資料を作り、本人も理解できるようにしている。)</p> <p>(通番40) 個別支援計画はサービス等利用計画と連動しており、多職種(他事業所や行政)との連携・協議の場がある。利用者の通所先は城陽市内が多いが、JRや近鉄を利用して伏見、久御山、木津まで行かれている方もある。</p> <p>(通番41) アセスメントは半期に1回実施しており、個別支援計画が変更した場合はPDCAサイクルシートを活用して世話人に情報共有している。個別支援計画策定に伴うマニュアルとしては途中変更の留意点(個別支援計画手順書)としてまとめてある。</p> <p>(通番42) 日々の記録はシステム(福祉見聞録)で記入している。離れているホームの分は手書き記録がファックスで来るため、それをまとめている。また、サイボウズを利用して情報共有している。ホーム会議は月1開催しておりパート職員も参加している。ケース会議は支援室会議、現場会議として個別会議を実施している。</p> <p>(通番43) 個人情報に関する文書管理規定を整備し、保管・保存、廃棄、第三者提供、持ち出し禁止(提供してはならない)等を規定している。保存文書の管理責任者は各事業所に置くこととなっている(施設長)。開示請求対応についても定めている。</p>							
109								
110	A 障害のある本人を尊重した日常生活支援							
111								
112	評価分類	評価項目	通番		評価細目	評価結果		
113						自己評価	第三者評価	
114	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	
115		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	a	
116		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せる社会の実現に向けた取組を行っている。	a	a	
117	[自由記述欄]							
118	<p>(通番44) イベントの参加不参加は意向含めて聞き取り実施している。散髪や外出、嗜好品の買い物等については外部福祉サービス利用のもと、個人の希望で実施している。(ルールを変更した例として、こづかいを毎週渡していたものを、自立をめざし1か月ごとに渡すようにした。) 権利擁護の研修を開催して職員の意識向上をめざしている。(世話人・非正規職員含めて対象)</p> <p>(通番45) 身体拘束にかかるガイドラインや指針の制定などは法人全体で整備している。本人へはイラスト・ルビ入り文字での啓発ポスターを作成して掲示している。本人への学習機会は改めてはないが、日頃の生活場面で随時啓発している。「GH通信」で発信している。セルフチェックやアンケートで定期的に支援について確認している。権利擁護月間時には職員への周知徹底を行っている。発生時対応マニュアルも整備されている</p> <p>(通番46) 写真やチャートで示した視覚支援ツールを整備している。生活の中の行動の見通しを持てるよう配慮している。(トランジションカード、行き先の選択支援など)(スケジュール支援)。施設内のみならず就労先においても合理的配慮について、連携して推進するようにしている。小学校へ障害への理解促進にむけた講演会を実施した。(資料「ちがいのについて」を確認)</p>							
119								

120	A	B	C	D	E	F		G
	評価分類	評価項目	通番		評価細目	自己評価	第三者評価	
122	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	
123			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	
124			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	
125		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	
126		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	
127	[自由記述欄]							
128	<p>(通番47) コミュニケーションの方法として、「交換ノート」を利用している。伝えられない思いがたまる前等に記載してもらっている。また、「要求カード」(自身の希望を伝える内容)を活用して職員へ伝えるなども行っている。コミュニケーションを高めるための支援としては、法人のスーパーバイザーによる定例訪問、PEP検査、世話人研修等でスーパーバイズを受けている。</p> <p>(通番48) 自治会やアンケート、個別面談等を活用し、聞き取りの機会を設けている。利用者自身で選択・決定を行えるよう意思決定を支援している。サービス調整会議で個別支援計画の検討を実施している。</p> <p>(通番49) 支援検討チームでの検討、スーパーバイザーからの助言、強度行動障害研修への参加(R3受講実績あり)など専門的かつ多角的な視点での支援を行っている。ADL低下予防のため、介護保険による訪問リハビリの活用をうながすこともある。専門性を学ぶ研修は非正規職員・世話人にも参加機会を確保している。また、法人内の他事業所職員からのアドバイスもある。不応行動などの行動障害に適切な対応が出来るよう、行動記録や、トラブル前後の状況をもとに分析してアプローチを検討するなどの取組も行っている。(例: トイレトペーパーが詰まらないよう棚におとし紙をセットする等改善策を検討)</p> <p>(通番50) 食事は朝夕分を外部から配送してもらっている。入浴したくない利用者へは、誘導するよう働きかける。直接支援なくても、生活行動の異変には、気にかけて、確認をしている。排泄支援は、便秘がちな方への支援としてチェック表を個別作成するなど工夫している。</p> <p>(通番51) 居室は完全個室であり、テレビや家具など個々の関心に合わせたものを配置している。共有空間は毎日職員が掃除をし衛生面に配慮している。</p>							
129	[自由記述欄]							
130	[自由記述欄]							
131	評価分類	評価項目	通番		評価細目	評価結果		
132	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。			
133		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	
134		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	
135			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	
136	[自由記述欄]							
137	<p>(通番52) 非該当</p> <p>(通番53) 一人ひとりに合わせた支援を行っている。(例として市民マラソンや文化活動に参加された事例がある。)一人暮らしを希望される方には自立に向け段階的な取り組みを行っている。少数ではあるが、外出や旅行(泊付き)。帰宅される場合もある。ホーム間の交流も少ないがある。門限は設けていない。(夕飯時間が目安)</p> <p>(通番54) グループウェアにて、医療関連情報をテーマに共有できるよう仕組みを整備して活用している。受診予定表を作成してスケジューリングし、ご本人へも共有する。定期通院時に、検査数値をもとに生活上の留意点などを確認・改善を推進する。受診マニュアルを作成し、体調の異変時等の対応も整理している。職員研修でマニュアル確認を推進している。</p> <p>(通番55) 法人内に診療所が設置されている。GHにおいては、医務担当を設け、中心的に動いている。特に与薬に関する手順についてはマニュアル化している。服薬の在庫把握等も実施している。</p>							

	A	B	C	D	E	F	G
138							
139	評価分類	評価項目	通番		評価細目	評価結果	
140						自己評価	第三者評価
141	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
142		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
143		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
144			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。		
145	[自由記述欄]						
146	(通番56)開所以来、一人暮らしの段階に進まれた事例はないが、一人暮らし体験や支援を行うことも含めたサテライト居宅介護を実施している。引き続き、支援を継続。関係機関とも連携して情報共有を行っている。 (通番57)家族との交流については、担当職員を中心に定期的な面談や電話連絡を行い日常の様子等を伝えている。また、GH通信で家族への情報を発信している。あまり来訪されない家族には定期的に電話連絡をしている。 ※成人施設で「保護者」という呼称を使うよりは「ご家族」が適当ではないか。 (通番58)健康面や体調面に配慮して作業所の継続などについて関係機関（就業・生活支援センター等）と連携をして継続できるように努めている。一般就労の方についても、精神的に通所が困難になってしまった場合にも、事業所その他関係機関との連携に努めている。 (通番59) 非該当						
147							
148	評価分類	評価項目	通番		評価細目	評価結果	
149						自己評価	第三者評価
150	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。		
151	[自由記述欄]						
152	(通番60) 非該当						