

[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	第一いづみ荘	施設種別	共同生活援助
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和6年4月3日

総 評	<p>社会福祉法人いづみ福祉会は、昭和62年、加茂町・笠置町・和東町・南山城村の障がい児を持つ家族を中心とし、「相楽東部に共同作業所を作る会」を発足させたことから始まり、平成13年、京都府より社会福祉法人として認可され、平成14年に同法人のグループホームとして、第一いづみ荘が開設されました。その後、平成27年、第一いづみ荘は現在の地に移転しています。</p> <p>同法人では、生きることの素晴らしさ、生き抜くことの大切さを基本に、障害のある人たちが地域社会で普通の暮らしができるようサポートを続けています。また、地域とのかかわりを大切に、現在では南部山城地方の障がい者福祉の総合的な拠点となっています。同法人内には、第一いづみ荘のほか、同じくグループホームとして第二いづみ荘もありますが、2つのグループホームが共同して映画鑑賞会や焼き鳥・フランクフルトなどが振る舞われる屋台村イベント、カラオケイベントを実施するなど、利用者がいきいきと楽しく毎日の生活を過ごしています。また、利用者が主体となって、月1回、「みんな会議」を開催し、グループホームでの生活をよりよいものにするために、利用者同士で協議しています。</p> <p>今回の第三者評価の受診に当たっては、自己評価が十分できていなかったように感じました。評価結果を踏まえて今一度事業の内容を見直していただき、さらに良い施設となっていられることを期待します。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○充実した中長期計画の策定と見直し等のプロセス 中長期計画として、「いづみ☆みらいプロジェクトII」を策定しています。当該計画は、計画の概要、基本コンセプト、事業体制、工程表などの項目に従って策定されており、実施状況の評価を行える具体的な内容となっています。また「いづみ☆みらいプロジェクトIIの進捗状況」を毎年4月1日に定め、必要に応じて、計画の見直しも行っています。さらに、これを反映させた単年度計画も策定しており、事業所の様々な課題を適切に把握し、その改善に向けた取り組みが組織的になされています。</p> <p>○職員の目標管理について 「職務基準表」において、期待する職員像を明確化し、職務基準表確認シートに基づいて、各職員が自らに求められる能力を把握することができています。また、これをもとに目標達成シートにおいて職員が目標設定し、年3回の職員面談において目標設定、進捗状況、達成度の確認をしています。</p> <p>○個別支援の充実について 利用者一人ひとりを大切にしたいとの思いから、利用者ごとに食事や服薬などを含む個別対応について詳細に記載された支援マニュアル「おぼえがき」を作成し、利用者の個々の習慣や、ペースにあわせて、個別支援を行っています。「おぼえがき」は、変更があれば追記され、年1回、見直しを実施するなど、その都度、利用者の状況を反映するように心がけています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○マニュアルの整備と定期的な見直し マニュアルが不足しているものや、存在していても定期的な見直しが実施できていないものがありました。マニュアルを作成しておくことで、経験を問わず職員等による適切な対応が期待できることがありますし、マニュアル作成にあたって事業所の課題が浮き彫りになることもありますので、必要な範囲でマニュアル作成をご検討ください。また、事業所の実態に合わない内容とならないよう、作成したマニュアルの定期的な見直しを実施することも望まれます。</p> <p>○利用者の意向聴取について 意見箱の設置や利用者に対する満足度アンケート、匿名アンケートなどが実施されていませんでした。利用者によって意向を明らかにしやすい方法は異なりますので、様々な方法を用いて利用者の意向を把握することもご検討ください。</p> <p>○プライバシーに関する配慮について プライバシー保護に関する規程などの定めがありませんでした。プライバシー保護は、利用者との信頼関係を構築するうえで非常に重要なもので、一度でも侵害があると信頼回復が著しく困難となるが多いため、規程などを策定して各職員が遵守するようにすることが大切です。また、日報等の記録の保管場所などにも配慮し、個人のプライバシーが侵害されることのないよう、対応することが望まれます。</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	第一いづみ荘
施設種別	共同生活援助
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2024/12/14

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. 理念、基本方針が文書化されており、玄関に掲示されているほか、ホームページ上にも掲載しています。年度初めのスタッフミーティングなどで、職員間でも確認しています。					

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. 山城南自立支援協議会や社会福祉協議会に参加し、社会福祉事業全体の動向について把握しています。把握した情報を、いづみ☆みらいプロジェクト会議で分析し、中長期計画「いづみ☆みらいプロジェクトII」に反映させています。					
3. いづみ☆みらいプロジェクト会議などで把握した経営課題を、役員間で共有しており、スタッフミーティングなどで職員にも共有した上で、これを事業計画に反映し、具体的な取組みを進めています。					

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
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. 中長期計画として、「いづみ☆みらいプロジェクトII」を策定しています。この計画は、計画の概要、基本コンセプト、事業体制、年ごとの工程表などの項目に従って、実施状況の評価を行える具体的な内容となっています。「いづみ☆みらいプロジェクトIIの進捗状況」を、毎年4月1日に定め、必要に応じて、見直しも行っています。					
5. 施設長が、「いづみ☆みらいプロジェクトII」をもとに週1回の各グループホームの正規職員会議、月1回のパート職員もあわせたスタッフミーティングにおいて、次年度の課題などを把握し、「グループホームサポートセンターいづみ事業計画」を作成しています。事業計画は毎年、4月1日の辞令交付後に職員に配布し、計画内容について説明をしています。					
6. 施設長は正規職員会議、パート職員もあわせたスタッフミーティングにおいて、職員の意見を把握したうえで、事業計画を策定したり、実施状況の振り返りを行っています。事業報告には、事業計画の項目別総括、次年度の課題を明記しています。					
7. 年度はじめには利用者に対して事業計画等の資料を直接配布し、家族には郵送をしています。また利用者面談などを通じて、事業計画の内容を周知しています。					

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。	a	c
[自由記述欄]					
8. 法人事業部会議において、経営課題を総合的に分析・検討し、質の向上に向けた取り組みを行っています。ただし、年1回以上、自己評価を実施していません。					
9. これまで定期的に第三者評価を受診しておらず、評価結果に基づく課題の文書化はできていません。今後は定期的に第三者評価を受診するようにし、取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施する予定とのことです。					

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. 運営規程において、施設長の職務分掌が文書化されています。年4回の広報誌「ほーむだより」において、施設長の役割と責任について表明しています。「緊急対応」という文書において、施設長が不在時の権限委任について定めています。

11. 施設長は、京都府主催の民間社会福祉施設長研修会（「虐待と権利擁護について」等）などの法令遵守の研修に参加しています。また、遵守すべき法令をリスト化しています。

12. 施設長は、週1回の各グループホームの正規職員会議、月1回のパート職員もあわせたスタッフミーティングに参加し、福祉サービスの質に関する課題の把握に努め、これを事業計画に反映させて、改善のための取組みを実施しています。スタッフミーティングでは、「わいわいのわい」という時間を設けて、職員が気軽に現状の課題などの発言ができるよう工夫しています。

13. 法人の業務改善委員会において、経営課題や業務改善などの総合的な分析を行い、これに基づいて、人員配置や職員の労務環境整備等を検討しています。同委員会における分析結果は正規職員会議、スタッフミーティングなどで共有しています。

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	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	a

[自由記述欄]

14. 就職フェアなどを通じて、採用活動を実施しています。新人職員に対する個別の新規採用者育成計画を策定していますが、事業所として必要な福祉人材の確保に関する具体的な計画は確認できませんでした。

15. 「職務基準表確認シート」を用いて、各職員及び管理者が、職務等に応じた能力を確認できるようになっており、これに基づき、人事考課を実施しています。

16. 労務管理者の責任は、施設長が担っています。定期的に職員と施設長などとの個別面談の機会が設けられており、職員の就業状況や意向を把握し、これを労務管理に反映する仕組みがあります。

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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

17. 「職務基準表」において、期待する職員像を明確化しています。目標達成シートをもとに、職員が目標設定し、年3回の職員面談において、目標設定、進捗状況、達成度の確認をしています。

18. 法人の研修委員会において、毎年、研修内容や開催時期、カリキュラムなどの研修計画を策定し、年1回、見直しています。

19. 個別の職員の専門資格の取得状況については、法人の総務課において把握しています。新人職員に対しては「新規採用者育成計画」に基づき、研修、面談、OJTを実施しています。外部研修に関する情報提供も適切になされています。

20. 非該当

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。	b	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. ホームページにおいて、理念や基本方針、事業報告や財務状況等の情報を公開しています。また「ほーむだより」などの広報誌を活用し、活動内容を利用者や家族、地域へ発信しています。苦情対応の体制はホームページにおいて公表していますが、苦情内容や、改善・対応の状況については公表していません。
 22. 施設運営におけるルールは運営規程で定めており、職員に周知しています。必要に応じて外部の会計士や税理士に相談し確認する体制が整えられています。少なくとも年1回、内部監査を実施しています。

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	
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	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。	非該当	非該当	
	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	
		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。	c	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. 地域との関わりの考え方は、理念や基本方針などに定め、ホームページにて発信しています。地域の社会資源や、行事などを掲示しています。利用者が地域行事などに参加を希望すれば、必要に応じてガイドヘルパーの支援を受けることができるよう対応しています。事業所として地域住民との交流機会は設けていません。
 25. 地域の社会資源や、関係機関を明示したリストを作成し、職員間で共有しています。また医療機関等の関係機関の間では、必要に応じて相互に連絡を取り合えるようにしています。
 26. 行政より災害時の緊急福祉避難所の指定を受けています。地域住民への積極的な支援活動は実施していません。
 27. 法人内の相談支援センター等との連携に基づき、地域の福祉ニーズの把握に努めています。しかし、把握した福祉ニーズに対応する公益的な活動を実施していません。

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。	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。	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。	a	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]	
<p>28. 理念、基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しています。これを職員が理解し、実践するために、法人による人権擁護研修などを実施しています。</p> <p>29. 「虐待防止・虐待対応時マニュアル」を整備し、職員に対して虐待防止研修を実施しています。プライバシー保護については、規程・マニュアルが整備されていません。</p> <p>30. 施設見学の受け入れは随時行っており、利用希望者にはお試し利用を行うなど、個別に対応しています。公共施設等にパンフレット等の紹介資料は置いていません。</p> <p>31. 契約開始時は、契約書及び重要事項説明書を用いて説明を実施しています。サービス変更時に文書を用いての利用者や家族への説明が不十分です。</p> <p>32. 他事業所への移行する場合には、関係者のカンファレンスに参加し、情報共有をするなど引継ぎを行います。ただし、福祉サービスの継続性に配慮した定型の手順や引継ぎ文書は定めていません。</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
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	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	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	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	b

[自由記述欄]	
<p>33. 利用者自身が、暮らしやすいグループホーム作りについて話し合う「みんな会議」を月1回実施しています。利用者や保護者と年2回、定期的な個別面談を行っています。しかし、利用者に対して、満足度アンケートを実施したり、意見箱の設置などはしていません。</p> <p>34. 苦情解決の体制を整備し、その仕組みを施設内に掲示し、ホームページでも周知しています。ただし、苦情記入カードの配布や匿名アンケートの実施はしていません。</p> <p>35. 職員は日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく、意見を述べやすいように配慮しています。また、利用者による「みんな会議」により、利用者の意見を把握しています。ただし、相談や意見を受けた際の対応方法等が定められたマニュアルは整備していません。</p> <p>36. 利用者一人ひとりの健康状態を記入した健康管理ノートを準備し、緊急の際に利用者の状態を的確に伝えることができるようにしています。日々のヒヤリハット事例を集めて、スタッフミーティングなどで共有し、改善を図っています。事故発生時の対応のために、「緊急対応マニュアル」、「異常の発見・事故発生時の手順書」を作成していますが、定期的な評価や見直しを行っていません。</p> <p>37. 年1回、感染症の発生を想定した研修を実施し、感染症対策についての協議・改善の場を設けています。しかし、一般的な感染症対策マニュアルを整備していません。</p> <p>38. 「防災マニュアル(水害時の対応)」や「地震発生時対応マニュアル」を策定し、必要な対策を講じています。行政から、災害時福祉避難所の指定を受けています。消防署と連携して年2回、防災訓練を実施しています。食料や備品類等の備蓄に努めていますが、備蓄リストは作成していません。</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
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	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。	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	b

[自由記述欄]	
<p>39. 一定の水準を確保するための実施方法として、業務マニュアルと個別支援マニュアル「おぼえがき」が文書化されています。「おぼえがき」は、必要に応じて追記や、年1回の改訂をしています。業務マニュアルは定期的な評価や見直しを確認できませんでした。また、これらのマニュアルに、プライバシー保護に関わる姿勢が明示されていません。</p> <p>40. 個別支援計画策定の責任者は、サービス管理責任者でもある副施設長が担っています。個別支援計画は、独自のアセスメント表を活用して、利用者の状況を適切に把握したうえで、年2回、策定をしています。モニタリングで聞き取った利用者の意見や、職員の意見のほか、日々の記録などをふまえ、見直しをしています。</p> <p>41. 利用者ごとに個別支援計画の内容を踏まえて「支援実施書」を作成し、職員に周知しています。個別支援計画の内容に変更があったときは、「支援実施書」や、利用者ごとの支援マニュアルである「おぼえがき」もあわせて変更し、スタッフミーティングで、職員と情報共有しています。</p> <p>42. 利用者ごとに個別支援計画の内容をふまえたケース記録を作成し、職員が毎日記録しています。週1回の各グループホームの正規職員会議、月1回のパート職員もあわせたスタッフミーティングにおいて、個別支援計画の内容や、変更などを確認しています。</p> <p>43. 契約書において、個人情報の取扱いについて明記し、利用者・家族に説明をしています。しかし、利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄、情報の提供について定めた「文書取扱規程」等の規定について、確認できませんでした。</p>	

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	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]	
<p>44. 月1回、利用者による「みんな会議」を実施し、利用者自身の司会により、グループホームでの生活がより良くなるよう話し合っています。法人による人権擁護研修やスタッフミーティングなどを通じて、利用者の権利について職員が検討し、理解、共有する機会が設けられています。</p> <p>45. 「虐待防止・虐待対応時マニュアル」を整備し、権利侵害の防止と早期発見のための具体的な取組を行っています。虐待防止の取組については、契約時に本人・家族等に説明を行い、利用者による「みんな会議」において、利用者自身が考える機会を作っています。パニック等への対応が必要な利用者に対しては、個別支援計画に対応方法を記載し、家族・職員で共有しています。</p> <p>46. 食事や服薬などの個別対応について詳細に記載された「おぼえがき」を活用して、利用者の個々の習慣やペースにあわせて個性と尊厳を大切に支援を行っています。</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. ふりがな付きの文字が大きな説明文書を準備したり、絵カード等を活用するなど、利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションを実施しています。</p> <p>48. 利用者の居室や、セカンドリビングを活用するなど、利用者にとって相談しやすい場所で個別面談を実施しています。相談内容をもとに、サービス管理責任者と関係職員などで支援内容について検討し、個別支援計画への反映と支援全体の調整を行っています。</p> <p>49. 法人の研修委員会が実施する研修に参加し、障害に関する専門知識の取得と、支援の向上を図っています。支援マニュアル「おぼえがき」をもとに、利用者の不適応行動などの行動障害に、個別的かつ適切な対応を行っています。</p> <p>50. 独自のアセスメント表をもとに、個別支援計画において生活項目ごとに支援計画を策定したうえで、支援実施書を作成して日常的な生活支援を行っています。同法人の別のグループホーム利用者とは合同でカラオケ等に行ったり、希望に応じて休日に外出ができるよう、移動支援の調整なども行っています。</p> <p>51. 館内は明るく清潔で、毎日掃除、感染予防の消毒等を行っています。居室には、利用者が自分の好みに応じて、家具やベッドなどを置いています。感染症などで見守りが必要ときはセカンドリビングを活用しています。</p>	

評価結果対比シート(障害)

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	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	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	b

[自由記述欄]

52. 非該当
 53. 本人の希望に応じて、地域の商店に買い物に行ったり、散髪に行ったりなどしています。地域のイベント情報やポスター等を掲示し、利用者の興味のあるイベントなどへの参加を促しています。利用者や、家族と相談しながら、金銭管理等の支援をしています。
 54. 年1回、ワーキングセンターいづみで、健康診断を実施しています。入居者個人票に受診してしている医療機関や緊急時の対応について記載し、緊急時に迅速な対応ができるようにしています。
 55. 主治医と「受診ノート」を活用して連携し、受診の結果や服薬については、家族・関係機関・職員で、情報共有しています。服薬等の個別対応については、個人ごとの支援マニュアル「おぼえがき」に記載しています。医療的な支援に関する職員研修は定期的に実施されていません。

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
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。	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	非該当

[自由記述欄]

56. 利用者の希望に応じて、地域の商店に買い物に行くなど、社会生活力を高める支援をしています。基本的には、地域生活への移行や斡旋などはしていません。
 57. 年2回の個別支援計画策定のための面談や保護者説明会、連絡帳などにより、家族等と連携、交流をしています。
 58. 利用者との面談において、日中活動についての悩みや希望などの聞き取りを行い、充実した日中活動となるよう、意欲の維持、向上のための支援を行っています。
 59. 非該当

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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

60. 非該当