

[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	ホームぱれっと	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5月1日

総 評	<p>ホームぱれっとは、京都府北部の2市（宮津市・京丹後市）2町（伊根町・与謝野町）で様々な障害保健福祉事業を展開する社会福祉法人よさのうみ福祉会が運営する共同生活援助事業所（障害者グループホーム）の一つです。「障害があっても地域で暮らしたい」という利用者の願いを原点に開設された「ホームすみれ」（旧名称）の移転に伴い、2023年7月にホーム「すみれ」・「あいらす」・「こすもす」・「もくれん」の4つを総称して「ホームぱれっと」と名称変更されました。</p> <p>各ホーム（すみれ定員9名・あいらす定員6名・こすもす定員6名・もくれん定員7名）には、一人一部屋の個室と食堂等の共有スペースが設けられ、プライバシーが確保された居住空間でキーパー（世話人）と呼ばれる職員の支援（食事の提供、困りごとの相談、体調管理等）を受けて、利用者が自立した生活を送られています。また、すべてのホームはJR宮津駅近くの海に近い場所に立地し、徒歩や自転車での外出が可能な利便性の良い環境に位置しています。利用者の多くは、日中は宮津市内の障害福祉サービス事業所を利用しながらも、休みの日には買い物や旅行へ出かけたり、地域の活動に参加したり、ホームで過ごされたり、各々が自分で予定を立て思い思いに過ごされています。</p> <p>この他、ホームぱれっとでは、これから入居を検討される利用者の入居体験や、家族の都合等で急な支援が必要になられた場合のショートステイ受入れのために、ホーム「もくれん」の一室を空床活用できるように配慮されています。</p> <p>障害があっても地域の中で他者と共同生活を送りながら、主体的に生活できる環境を整えられている姿に訪問者一同感動しました。利用者の生活がますます充実すること、事業所のますますの発展を期待して、下記のアドバイスをさせていただきます。</p>
-----	--

特に良かった点(※)	<p>○利用者の主体性の尊重</p> <p>ホームぱれっとは、利用者が自分で予定を立てて、好きな時に外出や外泊ができる生活環境を整えておられます。「あいりす」、「こすもす」には車イスを使用される利用者がおられるため、一定の生活ルールを職員が決めておられますが、「すみれ」、「もくれん」は自立度の高い利用者が多く、ルールは殆ど設けておられません。生活においては、利用者同士が築かれる関係性や生活ルール（入浴順・洗濯順等）を大切にされ、利用者間で衝突が起こる場合には仲介に入る等して利用者が主体的に過ごせるように見守り、サポートされています。職員が記入されている記録からは利用者との日々の関りが見え、利用者職員との信頼関係の中で生活支援が行われていることがとてもよく伝わってきます。</p> <p>○柔軟な食生活支援</p> <p>食事は、毎日当たり前に提供されるのではなく、利用者を確認を行った上で準備をされています。利用者の中には自分で買ったものを食べられたり、外食されたりする場合もあるため、利用者の嗜好や意向を大事にしておられます。また、メニューは、職員が利用者に食べたいものを尋ねて作ったり、日中活動事業所の昼食メニューと重ならないように献立を考えたりと、柔軟に食事提供を行っておられます。</p> <p>○法人「夢ビジョン」の共有と具現化</p> <p>法人では、障害があってもなくても人としてあたり前の暮らし、人生を過ごせることを皆で共有するため「夢ビジョン」を作成し、ホームページへの掲載や事業所各所での掲示を通して、一般に広く周知されています。事業所でも管理者の語りから、また日々の利用者支援の記録からもその姿勢や一端が感じ取れました。法人の「めざすもの」の具現化に向けて職員皆で日々尽力されています。</p>
------------	---

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○苦情の取り扱い</p> <p>事業所には「苦情解決」の仕組みが整備されており、苦情受付や解決の流れを定めておられますが、前回の苦情受付は2019年度でした。毎年細かな苦情はあり、速やかに対応されていますが、相談者が苦情として取り上げられることを希望されないため、件数に挙がらないということでした。しかし、サービスを提供する側としては細かな小さな苦情であっても記録に残し、データとして蓄積していくことで苦情の傾向の把握・分析ができ、福祉サービスの質の向上に繋げることができます。また、内容によっては意見・要望として取り上げ対応する方法もあるかと思えます。利用者や家族等からの声をどのように取り扱うか、今一度ご検討頂けたらと思えます。</p> <p>○事業計画の策定とPDCAサイクルに基づく組織的な取組</p> <p>毎年度事業計画を策定しておられますが、内容はあまり変わらないとのことでした。また、福祉サービスの向上に向けた取組を日々実施されてはいるものの文書化されたものは確認できませんでした。</p> <p>事業計画には、福祉サービスの質に関する項目もありますので、例えば福祉サービスの質の向上に関する具体的な取組を事業計画に記載し、半期もしくは四半期毎に職員会議で進捗状況を確認し、見直し・更新していくことでPDCAサイクルに基づく取組を行えるのではないかと考えます。事業所内でも組織的に計画的に取組を行い、文書化することを意識されてはいかがでしょうか。</p> <p>○プライバシー保護等の規程・マニュアルの整備</p> <p>入浴に関して同性介助を基本とする旨を記載したマニュアルはありますが、プライバシー保護に関する規程・マニュアルは確認できませんでした。プライバシー保護に関する基本的な知識や社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識を十分に理解、周知するためにも事業所の特性に応じた留意点を含めた規程・マニュアルの整備をお願いします。</p> <p>また、プライバシー保護以外に、実習受入れやボランティア受入れに関するマニュアルも確認できませんでしたが、法人として整備されているものがあれば、共有されることをお勧めします。</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	ホームぱれっと
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	令和6年2月15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. 法人設立の理念、基本方針である「めざすもの」、「夢ビジョン」を法人ホームページや事業所パンフレットに掲載し、事業所入り口にも掲げています。基本方針は事業計画の柱にして策定することにより職員への周知を図っています。利用者や家族には入所当初に伝えていますが、継続的な周知の取組はしていません。

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
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。	a	a

[自由記述欄]

2. 社会福祉事業全体の動向は法人事務局(事務センター)が確認し、管理者は月1回の管理者会議で把握しています。福祉サービスのコストや利用率等は毎月事務センターからの実績にて管理者が確認し把握しています。ただし、各種福祉計画の策定動向等の把握は行えていません。
3. 毎年、前年度決算が確定した時点で管理者が事業所の実績等を分析して課題を明確にしています。法人全体の分析と合わせて職員会議で職員に周知し、解決・改善に向けて取組を進めています。常任理事会を毎月、外部理事参加の理事会は2か月に1回開催し、役員にも共有しています。

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
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。	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。	c	b

[自由記述欄]

4. 法人において①暮らし・生活支援の充実、②職員育成、③組織再編の3つの柱と財政面の内容を盛り込んだ長期計画「法人第3次3か年計画」(2021~2023年)を策定しています。実行可能な目標と数値目標を掲げ、四半期と年度毎に「行ったこと」「課題の予定」の進捗状況を確認し、必要に応じて組織的に見直しを行っています。
5. 長期計画を基に5つの重点課題を設定し、5つの重点課題を踏まえた単年度事業計画を策定しています。事業計画には利用予定数を数値目標として設定し、実行しています。
6. 事業計画は管理者が作成したものを職員会議で議論して作成しています。事業計画は、年度当初に職員会議等で要点・特徴を伝え、年度末に振り返りを行っています。職員が理解できているかを確認はしていません。
7. 事業計画の主な内容をまとめたものを広報誌「この命輝け」に記載して家族等に配布していますが、利用者等に理解しやすいような形で周知することは行っていません。

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	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。	c	c

[自由記述欄]

8. 福祉サービスの質の向上に向けた取組として「より良い支援のために」をテーマにした研修を実施していますが、PDCAサイクルに基づく評価や見直し、また年1回の自己評価は行っていません。第三者評価は、初めての受診です。
9. 自己評価等を実施していないため、事業所で評価結果や分析結果の文書化は行っていません。

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。	c	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。	b	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	b

[自由記述欄]

10. 管理者の経営・管理に関する方針や取組、役割や責任は、「法人組織運営及び役割分担」と「わたしたちは、こんな職員をめざします」に文書化し、毎年度職員に提示しています。管理者不在時には、主任が対応する旨を「利用者急変時対応マニュアル」に記載し、不在時の権限委任を明確にしています。

11. 管理者は、管理者集団の分散会等で法令に関わる研修に参加しています。遵守すべき法令等は、職員会議内でハラスメント学習会や労働関連の内容を共有することで周知を図っています。ただし、法令のリスト化は行っていません。

12. 管理者は職員会議に参加し、ケース検討の場等を通して福祉サービスの質の向上や意見等に対してアドバイスしています。2023年度は会議内で「暮らしを支える職員として大切にしたいこと」の研修を行いました。

13. 管理者は、職員の働きやすい環境整備に向けて、職員の相談に応じつつ改善策の提案や配置転換等を行っています。また、経営改善や業務の実効性向上に向けて人事、労務、財務等の分析を行っていますが、組織内に同様の意識を形成するための取組までは行っていません。

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-(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。	b	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組んでいる。	b	a

[自由記述欄]

14. 法人内に人材確保推進員を位置づけ、「法人第3次3ヵ年計画」を基に人材確保に努めています。また、人材研修センターを設置して育成計画を作成し、研修等を実施しています。資格取得においては、サービス管理責任者の受講を進め、必要な人材を確保しています。法人や事業所の魅力として、どんなに重い障害のある人でも受け入れていくという考えを継承するべく「夢ビジョン」を作成し、ホームページへの掲載や事業所での掲示により広く発信するとともに、それに共感する人の採用に繋げています。

15. 期待する職員像として「めざす職員像」を掲げ、周知しています。人事基準は「法人諸規定」就業規則に明示しています。職員が自ら将来の姿を描くことができるようキャリアパスを明確化し、毎年「チャレンジシート」に目標を記載し、年2回の面談で振り返る機会を設けています。

16. 管理者が年2回面談を行い、職員の就業状況や意向等の確認・把握を行っています。事務等基幹業務のDX化により有給休暇取得状況等はいつでも確認できます。職員の相談窓口としてハラスメント相談窓口を設置する他、必要に応じて管理者が様々な相談に乗っています。また、上司を経由せず法人事務局に直接意見を伝えることができる仕組みもあります。福利厚生としてクラブ活動等の活動費が一部支給されます。

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。	b	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。	b	b

[自由記述欄]

17. 「めざす職員像」に沿って職員は毎年「チャレンジシート」に目標を記入し、年2回振り返りを行い、管理者面談にてアドバイスを受けています。
18. 今年度から研修内容を法人で集約して管理できるように研修委員会（人材育成センター）を設置し、「職員人材・研修センター活動方針」を立てて研修を実施しています。研修後には報告書を作成し、評価をした上で内容等を見直しています。
19. 職員の専門資格の取得状況を把握し、習熟度に応じた研修やOJTを実施しています。研修では、障害者支援オンライン職員研修サポーターズカレッジを活用し、動画を見て学ぶ機会を設けています。外部研修に関しては、事務センターから管理者に案内メールが届くため、管理者が情報提供しています。
20. 法人で学校側と連携し、教員免許取得者の実習受入れ等を行っていますが、実習受入れに関するマニュアルは確認できませんでした。

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
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. ホームページ等を活用して法人や事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画や事業報告、財務諸表等を公表していますが、苦情や相談の内容に基づく改善・対応状況の公表は確認できませんでした。
22. 事業所の事務、経理、取引等に関するルールを明確にし、職務分掌と権限・責任は、毎年度職員に「法人組織運営及び役割分担」と「わたしたちは、こんな職員をめざします」を提示することにより周知を図っています。法人監査は外部委託にて行い、労務関係は社会保険労務士に相談をしています。法人事業報告と合わせて決算概要説明をホームページに掲載しています。

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	a
		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	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。	c	b
			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. 地域との関わりについて、理念や基本方針に明示しており、事業計画に運営方針を記載しています。地域資源として、支援学校教員0Bや地域住民が月2回開催する成人教室、高校生や一般の事業所も参加する青年学級、学校祭等の案内等を掲示板に掲示し情報提供しています。利用者が外出を希望された場合には、必要に応じて主任が移動支援等の調整を行っています。買い物や通院は利用者一人で行かれる場合もありますが、一人での外出が難しい利用者には職員が付き添います。
24. 障害のある人を支える後援会「宮津・伊根エリアを支える会」が年数回行う資源回収に、利用者や家族、職員が参加しています。その他のボランティア受入れは年々少なくなっています。ボランティア受入れに関するマニュアルはありません。
25. 地域の関係機関や団体等の社会資源を明示したリストを作成しています。定期的に「宮津・伊根エリアを支える会」等と連絡を取り活動しています。法人で「きょうされん」に参加し、署名活動や被災地への募金活動等に協力しています。
26. 多様な機関等との連携としてホーム「あいりす」建設時に京都府の豊かな森を育てる府民税活用事業を活用し、「木の町(まち)づくり推進事業補助全施設」を建設しました。地域住民との交流を意図した取組は行っていません。
27. 宮津市自立支援協議会に参画していますが、コロナ以降開催されていません。民生児童委員等との連携は「宮津・伊根エリアを支える会」が担っており、一緒に資源回収等の活動を行っていますが、地域の福祉ニーズに対応する活動は行っていません。

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。	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。	b	b

[自由記述欄]

28. 利用者を尊重した福祉サービスの実施について、年1回「虐待防止チェックシート」を使用して適切な対応ができているかを確認しています。毎月開催する運営委員会では、不適切な支援がなかったかどうか聴取しています。また、動画研修を通して利用者を尊重した福祉サービスについて学ぶ機会を設けています。基本姿勢は、業務マニュアルに反映し、整備しています。

29. 権利擁護指針を玄関に掲示し職員に周知しています。居室、トイレ、浴室等はプライバシーに配慮した環境整備を行っています。が、プライバシー保護に関する規程やマニュアルを整備していません。

30. 見学、体験入所、一日利用等は希望に応じて受入れています。その際に利用契約の内容を個別に説明しています。パンフレットを作成し、各事業所に配置していますが、公共施設等、多くの方が入手する場所への配置はしていません。

31. 福祉サービス開始時には説明を行い、契約書を取り交わしています。誰でも分かるようひらがなで表記する等、分かりやすいように工夫しています。利用者と直接契約を行っている場合も多のですが、状況によって家族又は成年後見人とも契約書を取り交わしています。

32. ホームから施設に移られる際には、障害者生活支援事業所と連携を行い、スムーズに移行できるよう調整しています。移行時の引継ぎは、障害者生活支援事業所が中心となって行うため、引継ぎ手順や文書は定めていません。

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
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
	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。	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。	b	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。	b	b

[自由記述欄]

33. 利用者のニーズは、半年に1回実施するモニタリング時とその都度の話から汲み取り、「個別支援計画のための記録表」に記入しています。利用者から部屋で話を聞いてほしいと要望があり、部屋で聞くことが多くあります。自治会はなく、定期的な懇談会等は行っていません。

34. 苦情解決責任者、第三者委員を設置しており、玄関に掲示しています。「苦情解決」の仕組みはあり、利用者等からの時々の細かい苦情に速やかに対応し解決していますが、公表は行っていません。

35. ご意見箱を設置していますが、投函はありません。利用者が意見等を言いやすい関係性を構築し、傾聴しています。エアコンの故障やトイレの不具合等、住環境に対する意見・要望等があれば直ぐに対応しています。相談や意見を受けた際の手順や対応策の検討等に関するマニュアルは整備していません。

36. 虐待防止、身体拘束適正化委員会にリスクマネジメントに関する責任者を設置しています。事故発生時の対応マニュアルを整備し、職員に研修を行い周知しています。事例やヒヤリハットは職員会議で検討し、事故発生時の救急法等は対応マニュアルを整備し、勉強会を行っています。緊急時には利用者のフェースシートを活用して状態確認が行えるようにしています。

37. インフルエンザ、ノロウイルス等発生時対応マニュアル、結核感染者発生時対応マニュアル、衛生管理マニュアルを整備していません。看護師の配置がない事業所のため、専門的な勉強会は行っていません。また、マニュアルの定期的な見直しは行っていません。

38. 法人で防災計画を策定し、各ホームの立地条件に合わせた避難マニュアルを整備していますが、2023年7月移転後の見直しは不十分です。年2回避難訓練を実施し、うち1回は消防署立会いのもとで実施しています。備品リストを作成し、管理者が管理を行っています。ただし、利用者及び職員の安否確認の方法は決まられていません。

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
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。	c	b
		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。	b	b
		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
		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。	b	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]

39. 業務マニュアル「職員業務内容」を整備し、ホーム毎に「業務の流れ」を作成しています。プライバシー保護に関して同性介助等を明記しています。利用者毎に対応ルールがあり、ルールに沿った支援が行われていない場合には利用者から苦情が入るため、対応ルール等を写真に撮って共有しています。利用者の意見を反映した支援の実施方法、業務の流れ等を検討・検証し、適宜変更していますが、定期的な見直しは行っていません。

40. サービス管理責任者が個別支援計画を作成しています。個別支援計画には利用者一人ひとりの具体的なニーズを明記しています。アセスメントシートの更新は年1回としていますが、内容に変更がなく更新は行えていません。

41. 個別支援計画の見直しにあたっては、複数の職員で検討会議を行っています。「個別支援計画のための記録表」を基に課題等を把握し、個別支援計画に反映しています。緊急に変更する場合の仕組みに関して、緊急の状況が殆どなく手順を定めていません。また、個別支援計画の内容を職員に周知する手順を定めていません。

42. 個別支援計画に基づき行ったサービス内容は「個別支援計画のための記録表」に記録し、利用者個人別記録ファイルに保管・管理しています。業務内容マニュアルには記録方法を記載しており、訂正が必要な場合はその都度管理者が口頭で伝えています。申し送り事項等は、毎朝主任が口頭で伝えたり、連絡帳に記載して情報共有しています。

43. 記録管理責任者は事務局長としています。職員は入職時に「個人情報守秘義務について」の誓約書を交わし、個人情報保護を遵守しています。「個人情報保護規程」、「特定個人情報保護規程」に記録の保管、保存、廃棄、情報提供に関する対応を定めていますが、持ち出しに関する規程はありません。

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
		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	b
		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。	b	b

[自由記述欄]

44. 事業所では、利用者の主体性や意思、自己決定を大切に考えて支援に携わっています。衣服や嗜好品等の購入に関しては、お小遣いの範囲内で購入できるものは利用者の希望や個性を尊重し、お小遣いの範囲を超える買い物は事前に職員と相談し購入を検討しています。生活に関わるルール等は、利用者同士の自然な話し合いの中で決まっていくことを見守っています。利用者同士だけではトラブルになりやすい洗濯機の使用や入浴順等は、職員が利用者と話しかる機会を設けて決めています。

45. 身体拘束や虐待等の権利擁護や権利侵害に関して、年1回の虐待防止研修や動画研修を用いて職員の理解を深めています。法人全体の取組として「虐待防止チェックシート」を用いた日頃の支援の自己評価を行うほか、毎月開催する虐待防止委員会や職員会議で利用者への支援について議論し、権利侵害の防止と早期発見に努めています。利用者（家族・成年後見人含む）が自分の権利擁護について学習を受ける機会を設けていません。

46. 利用者個々の習慣やペースに合わせ、一人ひとりが持っている力を活かした生活支援と環境整備を行っています。法人広報誌「福祉よさのうみ」、宮津・伊根エリア広報誌「この命輝け」を年4回発行し、地域住民に回覧することで事業所の紹介や障害特性への理解促進を図っています。職員に対して、ノーマライゼーションの推進についての研修を行うなどの取組はしていません。

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
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。	b	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]

47. 言語を発することができない、また耳が聞こえない利用者に対しては簡単な手話やジェスチャー、イラスト等を用いてコミュニケーションを図っています。利用者とコミュニケーションが図りやすい方法については、事業所職員だけでなく、家族や日中活動事業所の職員等の関係機関とも情報共有を行い、利用者とのコミュニケーションや意思疎通をできるだけ適切に理解できるように努めています。

48. 利用者から職員への相談内容等は適切に記録に残し、サービス管理責任者と管理者に報告することを徹底しています。相談内容は、日々の申し送りや職員会議で共有しています。相談内容等の検討や支援の変更が必要な場合は職員会議で検討し、個別支援計画へ反映するとともに支援全体の調整を行っています。

49. 職員の障害に関する専門知識の習得と支援の向上を図るため、法人研修や動画研修に加えて職員会議内での研修機会を設けています。頻度は年5回程度で内容は管理者と主任が相談し決定しています。今年度は支援方法の統一に向けた「チームワークの強化」をテーマに、事業所で必要とされる研修を実施しました。

50. 利用者一人ひとりの心身の状況に応じて、入浴、排泄、移動支援等を行っています。食事は、利用者の嗜好や希望を確認するとともに、利用者がそれぞれ通う日中活動事業所の昼食メニューを把握した上で、事業所での食事が楽しめるように献立作りに配慮しています。機能訓練を必要とされる利用者には、利用されている訪問看護事業所等との連携を図りながら、生活場面でも訓練の機会となるように、利用者に意識づけの声掛けや促しを行っています。日中活動は利用者の希望を尊重し、相談支援事業所や日中活動事業所等と連携した上で、事業所見学や体験を行い決定しています。

51. 事業所では4カ所のホームを管理していますが、どのホームも個室でプライバシーは守られており、利用者の個性を尊重して思い思いに過ごせる生活環境となっています。新しく移設したホーム「ばれっと」の食堂と各居室の窓は、二重サッシを採用して防音・防寒効果を高め、快適に落ち着いて生活できる環境への配慮を行っています。

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-(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-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	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。	b	b

[自由記述欄]

52. 非該当。

53. 事業所の掲示板等を活用し、法人主催のサロン、着物バザー(宮津・伊根地域の作業所を支える会)、成人教室(ボランティアによる編み物や物づくりなどの交流)、青年学級(高校生等との交流会)等の社会参加に関する学習・体験の情報を利用者に提供しています。利用者の買い物には必要に応じて付き添い、金銭管理等の学習を踏まえた支援を行っています。

54. 健康チェック(体温・血圧測定)の実施や、日々のコミュニケーションを通じて利用者の健康状態の把握に努めています。事業所には看護師の配置がないため、日中活動事業所の看護師と情報共有や連携を図っています。健康診断やワクチン接種について、日中活動事業所を利用していない利用者は、宮津市の健診等に職員が同行しています。

55. 必要に応じて訪問看護の職員と連携しながら、利用者への医療的な支援を行っています。服薬等の管理は、利用者の自己管理や訪問看護の対応もありますが、事業所預かりをしている利用者に対しては職員が管理し、服薬支援を適切に行っています。ただし、医療的な支援に関する職員研修等は定期的に行っていません。

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	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。	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。	-	-

[自由記述欄]

56. 事業所の特性上、地域移行へのニーズは殆どありませんが、過去にはグループホームを退所して自宅に戻られたケースや、アパートで一人暮らしを始められたケースがありました。その際には利用者や家族の希望や意向に沿い、相談事業所等の関係機関との連携を行いました。また、地域生活に移行するにあたって、食事づくり等の利用者の具体的な課題に対し、訓練や支援を実施しています。

57. 家族等には、緊急性がある場合や体調の変化があった場合、日用品の購入依頼等の際に電話連絡を行い、利用者が自宅に帰る時には連絡帳を活用して情報共有を行っています。面会時や衣替えで家族が事業所に来訪される時には、利用者の生活や支援について家族等と意見交換する機会を設けています。

58. 利用者の希望に応じた活動を支援できるよう、利用者からの相談に対して話し合いの機会を設けたり助言を行ったりしています。利用者が通所する事業所の変更を希望する場合は、事業所見学や体験を行い、相談支援事業所、日中活動事業所との情報共有や連携を行った上で、支援内容を決定しています。

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。	-	-

[自由記述欄]

60. 非該当