

[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	陽だまりの里さんさん上石	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7年3月13日

総 評	陽だまりの里さんさん上石（あげし）は、2000年12月に任意団体として発足し、自主事業の期間を経て2002年3月に法人格を取得し運営されてきたNPO法人わいわいネットなかまの指定事業の一つのグループホームです。現在事業所には、障害程度区分2～5の認定を受けられた利用者4名と、サテライト機能を活かして近所のアパートに利用者1名が生活をされています。 事業所職員と利用者は、NPO法人わいわいネットなかまの会員であり、法人の定期総会には参加できる職員や利用者が皆参加され、事業運営について確認されています。 職員には長年聴覚言語障害者支援に尽力してこられた職員が多くおられ、知見を活かしながら「生まれ育った綾部の街で 障害があっても高齢になっても 安心して暮らしたい!」という思いを具現化すべく、障害のある方々が地域社会で明るく健康的な暮らしをしていけるように、日々利用者の自立や社会参加を支援されています。また、綾部市の「手話言語の確立及び多様なコミュニケーション手段の促進に関する条例」（手話コミ条例）の具体化のために「耳のことあれこれ講座」等の開催を通してヒアリングフレイルの周知・啓発活動にも積極的に取り組んでおられます。 今回、事業所職員の高齢化を踏まえ、継続的で安定した事業運営を行うための一つとして「きょうと福祉人材育成認証」の取得に向けて第三者評価を受診されました。当事業所が地域に根差した障害者支援の拠点として今後も持続可能な事業運営をしていかれることを期待しています。
特に良かった点(※)	○利用者の主体性を意識した支援 事業所では利用者が自ら意見を述べられるように都度の声掛けや促しを行い、利用者の主体的な思いを引き出すための丁寧なコミュニケーションを意識されています。その環境のおかげで、利用者は薬を服用するときに水が必要であれば職員に声を掛けて水を貰ったり、小遣いの範囲で欲しいものを購入したり、食事時間になればサテライト型のアパートから食事をしに事業所に来たりする等、自分のペースで自分のできることをしながら過ごすことができています。 ○活発な職員間のコミュニケーション 職員は、長く同じ職場で働いてこられた経験と共通理解を活かしながら、日々の連絡や各会議等で相談・検討の場を持ち、利用者支援のための密な連携を取っておられます。例えば、利用者の支援において、職員の声掛けの仕方について利用者の人権を損っていないか等と率直な意見や相談もできる環境があります。

	○地域貢献の取組や活動 事業所では、毎月1回聞こえに悩みを持つ方への相談支援や仲間同士の交流の場である「きこえのサロン」の開催や「耳の応援団養成講座」の開講、4年連続して「耳のことあれこれ講座」を開催し、耳の仕組みや働き、ヒアリングフレイルを地域住民に知ってもらうための啓蒙活動を行われています。また、綾部市内の関連機関で構成される「あやベネットワーク」に参加して“聴覚障害者の豊かな暮らしの実現”ための活動に熱心に取り組まれています。さらに、聴力測定器を地域の方も使用できるよう開放されています。
特に改善が 望まれる点(※)	○中・長期計画の策定 NPO法人として事業計画を策定されていますが、グループホームに関する計画は指定事業の定員数の記載のみとなっています。また、今後の事業運営の方向性として、グループホーム第2棟開設に向けて職員や利用者に情報共有を行い取り組まれています。中・長期計画は策定されていません。法人や事業所がどのように事業運営を行っていくのか、ビジョンや具体的な目標を文書化した中・長期計画を策定されてはいかがでしょうか。 ○苦情解決の体制整備 事業所では、苦情解決責任者と苦情受付担当者を設置されていますが、第三者委員の設置はありません。苦情解決においては社会性・客観性の確保のため、事業所関係者以外の立場・視点からの意見を求めることも必要です。第三者委員の設置が求められていますので、事業所規模を考慮した形で設置されてはいかがでしょうか。 ○各種マニュアルの整備 事業所職員は、聴覚言語障害者支援をされてきた経験豊富な職員で構成されていることや、利用者の自立度の高さから、その都度の確認・検討で運営が行えている部分があります。ただ、新しい職員が入職した際に統一した利用者支援が行える環境を整えることも必要です。業務に関するマニュアルや利用者の共同生活において気を付けたい感染症への予防対応策等、各種マニュアルを整備されることをお勧めします。

※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	陽だまりの里さんさん上石
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12月11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。	a	a

[自由記述欄]

1. 法人設立の思いや目指す方向性を示した理念をパンフレットやホームページに記載し、法人事務所や事業所玄関に掲げています。基本方針は「信条」に示し、事業所玄関に掲示しています。理念や基本方針は、会議の中で触れたり、年1回開催されるNP0法人の定期総会資料に記載し、職員に周知しています。NP0法人の会員でもある利用者にも総会を通じて周知しています。

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-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。	c	a

[自由記述欄]

2. 管理者は綾部市障害福祉施策推進会議に参画しており、会議を通じて福祉計画策定の動向や内容を把握し、分析しています。毎月、法人会計担当者からの報告により福祉サービスのコストや利用に関する分析を行い、理事会資料や事業計画等に反映していますが、中・長期計画には反映していません。
3. 経営状況は、職員皆が参加する年1回の定期総会で周知を図るほか、月1回開催する運営会議でも必要に応じて共有・検討し、共通認識を持ってもらえるよう働きかけを行っています。

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
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。	b	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. グループホーム第2棟(定員4名)の開設に向けた中長期の目標を掲げ、職員や利用者にも周知して建設を進めていますが、文書にまとめた中・長期計画はありません。
5. 単年度の事業計画を策定していますが、定期総会資料としてNP0法人全体の計画の一部として示しているため、グループホームにおける利用者支援に関する具体的な計画までは明示していません。
6. 事業計画について、9月に中間総括を行い、年2回(前半期と後半期)に運営会議や宿直者会議で職員と意見交換や検討を行っています。事業計画は職員の参画や意見反映のもと策定していますが、評価や見直しができる具体的な内容や評価基準の明示はしていません。
7. 事業計画について、主に第2棟開設に向けた動きは適宜利用者に説明し、周知しています。利用者の家族等には高齢者施設入所されている方等もあり、十分な周知ができていません。

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
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。	b	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	b

[自由記述欄]

8. 福祉サービスの質の向上に向けた取組の一つとして、グループホーム内の掃除が不十分な場所があるという課題に対し、「掃除実施記録」を作成して記録することにより意識的に掃除を行うように改善を図りました。第三者評価は今回が初めての受診です。
9. 福祉サービスの質に関する課題は、都度SNSのグループ連絡で共有し、運営会議にて検討する仕組みはあります。評価結果を文書化したもの等はありません。

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。	b	b
		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. 管理者は理念や運営方針を明確にし、責任と役割について会議等で表明しています。リーダーシップを発揮し、事業所の運営と職員間の連携に務めています。職務分掌は文書化していません。

11. 管理者は、法令遵守、虐待防止、身体拘束廃止に関する研修等にオンラインで参加し、研修後、資料等を職員に共有し説明しています。また、合理的配慮、差別解消法、福祉避難サポートリーダー等研修に対し前向きに取り組んでいます。法令等のリスト化はしていません。

12. 管理者は、年2回面談を行う中で管理者と職員間での意見交換を密に図り、福祉サービスの質の向上に努めています。また、面談では職員が学びたいことや研修参加等の意向も確認しています。

13. 管理者は、経営改善や労務管理の適正化に向けて収益性の低下等の把握や職員の昇給、人事等を分析しています。人員配置等今後の展望に向けて経営会議で検討しながら、実践に向けて取り組んでいます。

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. 職員の高齢化を踏まえ、今後の人材確保のために、きょうと福祉人材育成認証制度にチャレンジしています。「職員の資格取得支援」としてサービス管理責任者、防災士の研修受講費を法人が1/2負担し、勤務扱いとすることを定めています。ただし、人材確保と併せた人材育成計画までは作成していません。

15. 「期待する職員像等」についてまとめたものではありませんが、運営会議等でもものの見方、捉え方について職員に伝え、法人理念や「信条」を提示しています。人事基準やキャリアパス表の整備についてNPO法人わいわいネットなかまの会員である職員には周知しています。職員の高齢化や体調面等の都合で将来のビジョンと向き合うことは難しい現状があります。

16. 労務管理は管理者が行っています。職員の健康診断やインフルエンザワクチン接種の申請等は、「職員の健康に関する取り組み」に記載しています。職員向けの悩み相談窓口は設けていませんが、職員がストレス過多にならないように理事長と管理者が積極的に声を掛けています。残業がないように工夫する等ワークライフバランスに配慮しています。福利厚生を考えていますが、現時点では経済的に難しい状況です。

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
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	b
		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	b
		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。	b	b
	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。	c	c

〔自由記述欄〕

17. 管理者以外は非常勤職員が配置されています。中でも職員一人ひとりと向き合い、年2回面談を行い、目標などの方向性を確認しています。また、研修計画でも面談を通じて必要な研修等を提示して受講するよう努めています。しかし、「期待する職員像」は明確にできていません。

18. 毎年度「年度研修予定」を作成し、研修一覧をもとに研修を実施しています。研修報告等から研修内容の評価・見直しを行っています。2024年度は福祉職場におけるケース記録の書き方研修を受講し、有効な研修であったため全職員に伝達研修を行いました。ただし、研修計画の定期的な評価と見直しはできていません。

19. 職員の資格取得状況等は管理者が把握しています。面談を通じて、必要な研修等を提示し、受講を勧めています。研修には大変力を入れており、管理職、中堅職員、新人職員に分けて階層別研修を実施しています。また、防火管理者講習をもう一人受講する予定になっています。現在、新任職員はおらずOJTの仕組みはありません。

20. 実習生の受入れは行っておらず、マニュアルや基本姿勢等を明文化していません。

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。	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。	b	b

〔自由記述欄〕

21. 事業所ホームページに福祉サービスの内容を掲載し、NPO法人の事業報告や決算状況が分かるリンクを提示して公開しています。また事業所パンフレット等をボランティア総合センターや市役所等に設置しています。苦情や相談体制等の公表は行っていません。

22. 事務及び経理等に関することは、公認会計士の指導のもと会計ソフトを使用して事務職員が確認・管理しています。監査2名の確認後、理事会、総会で報告を行っています。会計事務所や経理講座受講等を通して相談や助言を得ていますが、定期的な内部監査は行っていません。

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-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。	c	c
	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
	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. 事業所のある地域の自治会に加入しています。自治会長と密に相談等を行い、連携を図っています。「信条」に地域との繋がりについて文章化しています。事業所掲示板に行事案内等を掲示し、利用者に地域の情報を知らせています。公民館で利用者が会員ボランティアと卓球やポッチャをする等、地域の人々との交流機会をつくっています。

24. NPO法人で活動している会員にはボランティア保険に加入してもらっていますが、事業所でのボランティア受入れに関する基本姿勢の明文化やマニュアル作成は行っていません。

25. 利用者一人ひとりに「利用者様緊急連絡先一覧」を作成し、個別の社会資源リストを整備しています。リストや社会資源等の情報共有は職員間で密に行っています。関係機関や団体として障害者支援事業所いこいの村やあやべ作業所と協力体制がある他、聴覚障害に係る「あやべネットワーク」（聴覚障害者協会・難聴者協会・要約筆記サークル・手話サークルで構成されている）には協力団体として参画しています。聴力測定機器を地域に開放しており、聴力測定や補聴器等の相談に応じ、必要に応じて関係機関に繋いでいます。

26. 地域との関わりをもとに活動「きこえのサロン」を開催しています。あやべネットワークの“聴覚障害者の豊かな暮らしの実現”のための取組として、パンダナを作成し、有事に聴覚障害者であることが分かるようにする活動を赤い羽根募金の補助金を活用して行っていくところです。ヒアリングフレイルについての啓発活動や「耳の応援団養成講座」を開講し、綾部市手話コミ条例の具体化に向けて市民目線での取組も行っています。自治会との共催で災害想定避難訓練を相談していますが、具体化には至っていません。

27. 綾部市社会福祉協議会が行う「ひとつなぎ事業」にNPO法人として参加し、地域で孤立しがちな住民等を戸別訪問し、見守りを行う活動を行っています。事業所としてできることがあれば協力する姿勢を自治会に伝えていますが、実際の取組や活動には繋がっていません。地域の高齢者や障害者、子どもたちが気軽に交流できる場所の提供や居場所作りができればと考えていますが、計画は立てられていません。

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。	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。	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。	a	b

[自由記述欄]

28. 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関しては、理念や「信条」に明示し、人権尊重や人としての復権をテーマにした研修や活動を行っています。業務マニュアルにも反映し、運営会議や宿直者会議内で支援状況の確認や把握、検討を行い、その都度必要な対応を行っています。

29. 「障害者権利擁護・虐待防止対応規定」「虐待防止のための指針」を整備し、職員に人権研修を行っています。管理者が「管理者向け虐待防止・権利擁護研修」に参加した際には、事業所内で伝達研修を行いました。プライバシーへの配慮について職員に口頭で周知していますが、プライバシー保護に関する規程・マニュアル等は作成していません。

30. 事業所パンフレットは、社会福祉協議会やボランティア総合センターに設置し、多くの人が入手できるようにしています。パンフレットには写真を使用し、分かりやすい言葉で説明を載せています。利用希望者に対する情報について、適宜SNS等を活用して発信しています。

31. サービス開始には契約書と重要事項説明書を用いて利用者に説明を行い、書面でも取り交わしサービスを開始しています。成年後見制度を利用する利用者はいませんが、意思決定が困難な場合には制度の利用に繋げることを考えています。

32. 自主事業として3年、認可を受けてから8年が経過しますが、その間自宅へ移行された利用者が1人ありました。その他では、病院と事業所を行き来される利用者がある際に、関係機関や相談支援事業所とのケース会議等を通して連携し、移行がスムーズに行えるよう配慮しています。しかし、必要な情報はその都度共有・提供していますが、引継ぎ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。	c	c
		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	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。	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. 利用者のニーズ把握は、年2回行う個別支援計画策定のための面談時や、「生活を考える会（利用者自治会）」等で確認しています。利用者が自ら意見を述べられるように日常的に職員が声を掛け、働きかけています。利用者自ら伝えてきたり、言いにくい場合は紙に書いて渡してくる場合もありますが、意見箱や匿名アンケート等は行っていません。

34. 苦情対応の相談窓口担当者に副理事長、解決責任者に管理者を配置し、苦情対応の流れをフロー図にて示しています。事業所で対処できない場合には綾部市障害者支援課に直接相談しています。苦情解決の第三者委員の設置はしていません。

35. 利用者からの相談や意見を受けた場合は、運営会議で検討し、福祉サービスの質の向上に向けて対応しています。事業所内で解決できない相談については、相談支援事業所や綾部市担当課に相談し、解決に向けて取り組んでいます。相談や意見に対して随時対応していますが、手順等を定めたマニュアルはありません。

36. 職員は「救急救命」の研修を受講しています。事故対応時の流れをフロー図で明示していますが、手順等の対応マニュアルはありません。日報に「ニヤリホット・ヒヤリハット」欄を設けて記録し、職員間で共有しています。この2年間に作成した「事故報告書」は確認できませんでした。

37. 「コロナ感染症発生時における業務継続計画」を整備し、責任と役割を明確にしています。保健所職員に講師派遣を依頼して防護服着用やマスク装備等の手技を具体的に学んでいます。しかし、コロナ以外の感染症の予防と発生時等の対応マニュアルは整備していません。

38. 災害対応マニュアルを整備し、利用者や職員の安否確認の方法として連絡網を作成し、利用者と職員に周知しています。年2～3回避難訓練を実施し、避難経路の確認や避難時の支援体制、消防署職員による講評を受けています。毎月3日には、備蓄や福祉避難所の場所を利用者と一緒に確認しています。事業所は、地震等の災害時には避難を要する立地にあるため、災害時の地域における社会資源としての位置づけはありません。

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。	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	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
	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。	b	b

[自由記述欄]					
39. 提供する福祉サービスについて、一定水準を確保するために必要な項目を個別支援計画書に記載し、「心身の健康チェック一覧表」等を作成し、随時検証・見直しを行っています。ただし、業務マニュアルは作成していません。 40. 個別支援計画はサービス管理責任者が作成しています。「課題（ニーズ）の整理表」にアセスメント情報を記載し、運営会議にて職員間で確認しています。個別支援計画には、把握した利用者のニーズを明記し、内容に関して利用者の同意を得ています。アセスメント等の情報は資料を日報に挟んで職員に共有していますが、一連の手順等は定めていません。 41. 個別支援計画に基づいてサービス提供を実施するために、毎月「サービス提供実績報告書」を作成し、利用者と共に確認しながら振り返り、同意を得ています。必要に応じて見直しを行っていますが、一連の実施手順等は定めていません。 42. 利用者支援に関する記録は「わいわいデイ実施記録」と日報に記録しています。運営会議や宿直者会議で必要な情報共有を行う他、SNSのグループ連絡で写真等を用いて共有する等、言葉以外での手段を活用しながら情報共有を行っています。職員が記録の研修に参加し、職員へ伝達しています。 43. 個人情報の取扱いについて利用者等には説明していますが、個人情報保護規程等は整備していません。利用者の記録の保管方法等も今後ルール化していく予定です。					

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	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]					
44. 食事に関して、毎月第1日曜日をファーストフード店への外食やお弁当購入の日として、利用者が食べたい物を選ぶ楽しみの日としています。誕生会では食べたいケーキの種類を聞く等もしています。また、利用者の小遣いの範囲で購入できるのであれば、疾患等に留意した範囲で自由に購入できるように支援しています。生活に関わるルール等は「生活を考える会」で話題を出し合いながら相談をしています。 45. 「身体拘束適正化委員会規定・身体拘束適正化の指針」や虐待防止に関する規程を整備しています。水の多飲により体調不良を起こす利用者には、水分制限のためコップや水筒を預かることを説明し、事前同意を得て必要時の対応を行っています。運営会議にて利用者の権利等を職員間で話し、検討していますが、利用者自身が権利擁護について学習する機会は設けていません。 46. アパート暮らしをしたいという利用者の希望に応じて事業所近くのアパート一室を借り、サテライト機能で福祉サービスを提供しています。朝食は自分で準備してもらい、昼食は自転車で事業所に来て食べてもらい、夕食は弁当を配達してもらおう等事業所と利用者の無理のないスケジュールでの生活へと移行ができました。地域に向けては「耳の応援団養成講座」を開催し、ヒアリングフレイル等の啓発活動を行っています。					

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。	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。	b	b
	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. 聴覚障害のある利用者が2人おり、1人は手話、もう1人は筆談でコミュニケーションを図っています。各自が選択したコミュニケーション手段での対話を行っています。また、イラストを描く中で理解を深められることもある為、コミュニケーション手段の多様性を大切にしながら工夫した支援を行っています。

48. 利用者の意思を尊重する支援として、1対1でのコミュニケーションが図れるように日々関わり、必要時は個別に相談できる機会を設けています。例えば、利用者から体調不良の訴えがある際は、話をする中で原因と一緒に考え、医療機関を受診するかどうか相談する中で痛み等に向き合う時間を設けて判断を見極め、利用者の意思決定を支援しています。

49. 年6回程度開催する「絵本を楽しむ会」を通して、絵本に対する利用者の解釈や感想等を聞く中で思考や価値観を知り、利用者への理解を深めています。最近では、個別的配慮が必要な利用者の精神状況について、訪問看護と連携を図りながら宿直者会議等で状況を共有し、服薬調整等の支援方法を検討・見直しました。職員は高次脳機能障害等の研修を受講し、専門知識の習得と支援の向上を図っています。

50. 利用者の生活状況によって食事の提供方法を検討したり、便秘傾向で服薬がある利用者には訪問看護と連携を図ったり、適宜利用者の心身状況に応じた支援を行っています。しかし、個別支援計画の見直し等とあわせた日中活動の検討や、利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動の多様化を図るまでは行えていません。

51. 利用者一人ひとりに部屋がありますが、自室やリビング以外でも過ごせるように、玄関や玄関前にイスを置いてほっとできる場所を確保しています。隣家にある事務所に利用者が訪れた際には事務所で話を聴く等、安心・安全に過ごせる環境づくりに取り組んでいますが、利用者の個々の意向等を把握する取組の実施までは行えていません。

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。	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。	b	b

〔自由記述欄〕

52. 脳梗塞後、介護保険制度の訪問リハビリを週1回利用する利用者がおられますが、理学療法士の訪問以外にもセルフケアとして体操や歩行訓練が行えるよう宿直職員が声を掛け、促しています。パーキンソン病のある利用者には理学療法士の指導のもと自室からトイレまでの床に歩幅に合わせて等間隔にシールを貼り、移動しやすいように工夫しています。

53. 高齢の母親に会うために利用者が帰省する際には、母親の担当ケアマネジャーと相談しながら支援しています。月1回聴覚障害者の情報提供学習や要約筆記のスクリーン、文字情報があるサロン活動等の案内を行い、希望される利用者には参加を支援し、社会参加できる環境を整えています。

54. 事業所に看護師配置がないため、利用者が利用する訪問看護事業所の看護師や、かかりつけ医と連携し利用者の体調管理を行っています。必要な利用者には「健康管理表」を作成し、自己チェックが行えるよう支援しています。また、“食事は薬”という考えのもと野菜嫌いの利用者には保健師による栄養面に関する話や「絵本を楽しむ会」で食育の本を話題にすること、カードゲームを通して楽しみながら健康について考える機会を設ける等して、健康への意識が高まるよう働きかけています。

55. 薬に関して、自己管理ができる利用者にはカレンダーに自分で貼ってもらい飲み忘れがないように見える化し、服薬管理ができない利用者には職員が預かり、その都度手渡しで服用できるよう支援しています。皮膚疾患に対する外用薬について使用状況を確認するとともに受診状況の把握や、適切な治療に繋がるよう支援しています。現在、医療的ケアが必要な利用者はなく、職員研修や各種実施手順等を定めたものではありません。

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。	b	b
	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。	—	—

〔自由記述欄〕

56. アパート暮らしを希望した利用者には相談支援事業所との相談を経て、サテライト支援の説明を行い、了解された後、アパートの見学から住居の住み替えの移行支援を行いました。聴覚障害があっても緊急時に自身で対処ができるよう「NET119」の仕組みを定期的に学ぶ機会を設けています。利用者がグループホームで暮らしながら地域生活を意欲的に送れるように、利用者の意欲を引き出す工夫を行っています。課題等があれば、相談支援事業所や関係機関等と連携し、支援を行っています。

57. 利用者の家族は高齢であることが多く、連絡や報告が行いにくい状況にあります。以前、利用者の父親逝去時に、高齢者施設に入所する母親との連絡を事業所同士で取り合い、家族の繋がりに配慮しました。その後もケース会議を開催し、事業所同士で連絡を取った上で面会日を決め、交流の機会をもてるように支援を行っています。年齢や背景から家族等と意見交換する機会を十分に設けることができていません。

58. 運動したいという利用者ニーズに対して、卓球台がある地区公民館に出向いて職員も一緒に卓球をする等具体的な活動支援を行っています。その他、地域の関係機関等との連携・協力のもとに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。	—	—
【自由記述欄】					
60. 非該当					