

[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 | サポートセンターめぐみ | 施設種別 | 居宅介護、同行援護、行動援護、移動支援、重度訪問介護 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 | | |

平成4年8月24日

| | |
|-----|---|
| 総 評 | <p>「株式会社サポートセンター恵み」は、創立より18年間、居宅介護、移動支援、共同生活援護（グループホーム）の運営を通して、障害者の生活を支えてきました。開設当初は、児童を中心とした居宅サービス、移動サービスを提供されていましたが、現在は18歳以上の知的障害、身体障害をお持ちの方を中心に事業展開をされています。今回は、居宅介護（身体・行動・同行）、移動支援、重度訪問介護について、受診していただきましたが、会社としては、共同生活援護（グループホーム）も運営されています。</p> <p>今回で3回目の受診となりますが、前回よりマニュアルの整理、年間計画、短期計画の作成、従業員に対する研修計画、キャリアパスの設定と実施、利用者への対応の様々な箇所で改善が見られました。しかし、第三者評価の最初に提出していただくチェックシートの記入に関してはチェック方法の不統一が見られ、今後の改善は必要だと思えますが、聞き取りによる調査と、根拠となる書類を確認しながら進めることができました。その中で利用者とその家族への心のこもった支援、そして職員に対してスキルアップを図る様々な取り組みを確認することができました。</p> <p>今後も不十分な部分について一つひとつ改善を行いながら、サービスの質の向上と、目標の実現に向けて努力を続けていただきたいと思います。</p> |
|-----|---|

| | |
|------------|---|
| 特に良かった点(※) | <p>○働きやすい環境と、キャリアアップを目指した研修体制</p> <p>スタッフが17名と決して多くない体制で業務に当たっておられますが、少人数での良さを活かして、毎日の夕礼を中心とした情報交換を行ったり、短時間集まって打ち合わせをしたり、直接連絡を取ったりして、スタッフ同士で自由に情報を交換できる体制があります。また、キャリアパスを明確にされ、年初に一人ひとりの要望を聞き、それを反映させる形として、毎月の研修会を実施しています。ただ仕事をするだけではなく、スタッフの資質の向上、キャリアアップを意識した体制になっています。</p> <p>○実際の仕事に活かすマニュアルの整備</p> <p>前回の受診時に比べて、規定集やマニュアルの整備ができています。リストや表記方法も分かりやすく作成されており、実際の仕事に活かしていることが見て取れました。また、現行の仕事をするために改善が必要な部分、状況の変化に適合させる工夫などを出しあって、速やかに改善をされています。更新記録や更新履歴の書き方に統一性をもたせれば、更に質の良いマニュアルになると考えます。</p> <p>○利用者を主役にした運営</p> <p>2020年からのコロナ禍の中、利用者とどのようにかわるかを常に考えておられています。土日のデイサービスなどが無い日には利用者の要望を多く取り入れ、支援をされていました。防災訓練などにも利用者とともに参加され、社会参加の機会を提供しています。また、支援計画などの策定の際、丁寧に対応をされており、利用者の自己決定を重視しています。</p> |
|------------|---|

| | |
|----------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>○中長期計画から短期計画への連動 年度毎に事業計画を作成されていますが、「新事業計画」3か年計画との連動性が不明確と感じられます。毎年度、中長期計画の評価を行い、その結果をできるだけ数値化し、達成したこと、課題となっていること等を明確にして、次年度の短期計画に反映されると、中長期と連動した事業計画になると考えます。</p> <p>○地域への発信のさらなる取り組み 地域への取り組みの必要性は理解されておりますが、法人としての基本的な考え方や、その文章化が少し不十分と思えます。グループホームにおいては町内会との交流を通じて情報の交換が進められていますが、更に民生委員・児童委員などの定期的な打ち合わせ、情報交流をされますと、地域への貢献の機会も増えていくと考えます。</p> <p>○苦情解決の仕組みの改善 マニュアルを整備し、苦情改善の仕組みを構築されていますが、苦情の情報収集、情報把握が一部不十分です。表面的にほとんど苦情が無い場合でも、潜在する苦情を含めた要望等を収集する取り組みを検討していただきたいと思えます。また、第三者委員の設置、苦情の適切な方法での公開等も今後の検討課題と考えます。</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 | サポートセンターめぐみ |
| 施設種別 | 居宅介護、同行援護、行動援護、移動支援、重度訪問介護 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |
| 訪問調査日 | 平成4年5月26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. 法人理念、基本方針はホームページやパンフレットに掲載し、事業所玄関に掲示しています。また、家族には契約時に説明し、利用者には利用中の関わりの中で分かりやすく伝えています。スタッフには夕礼で唱和したり全体職員会議で伝えています。 | | | | | |

| 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. 地域の動向について、自立支援協議会や障害者ネットワーク連絡調整チーム等に参加して情報収集をしています。また、定期的に利用率や支援学校の卒業生の状況を把握して事業計画に反映しています。 | | | | | |
| 3. 経営状況について、月1回の管理職会議で確認し、本部会議で報告しています。また、全体職員会議でスタッフに伝え周知しています。 | | | | | |

| 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-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 | B |
| | 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. 「新事業計画」3か年計画を策定しています。法人の現状と課題について明記し、検証委員会で進捗状況を確認して必要に応じて修正しています。スタッフには全体職員会議で説明しています。 | | | | | |
| 5. 「新事業計画」3か年計画をふまえて、事業計画を策定しています。グループごとの方針や課題を明記して、年度末に事業報告としてまとめて報告していますが、数値目標や具体的な成果を評価できる内容までには至っていません。 | | | | | |
| 6. グループごとに出た課題や方針をセンター長が事業報告にまとめて、年度初めの全体職員会議で周知しています。家族には資料を配布しています。 | | | | | |
| 7. 毎年、年度初めの家族会で事業計画について説明し、欠席した家族には郵送しています。利用者には、毎日の朝礼時や大きな行事の前にはスライドや写真を使って分かりやすく説明しています。 | | | | | |

| 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 | B |
| [自由記述欄] | | | | | |
| 8. グループごとに課題について話し合い、月1回の主任会議で報告をしています。第三者評価は受診していますが、定期的にサービスの質の向上に向けた自己評価は実施していません。 | | | | | |
| 9. 第三者評価受診後の課題についてはスタッフに周知していますが、改善策の策定や計画的改善の取り組みは不十分です。 | | | | | |

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. 職務分掌を整備しています。管理者は組織内の広報誌に表明を行っており、職員会議、夕礼等で徹底しています。また、有事(災害、事故等)における体制、権限委譲も明確にしています。
 11. 就業ルールブック、法令順守マニュアルをリスト化して分かりやすく整備し、職員会議、ミーティング、夕礼で徹底しています。また、電話や通信ツール(メール等)を使用し、細かな情報の共有を行っています。
 12. 管理者は外部研修などに参加し、常に福祉サービスの動向を注視し、質の向上に関する課題を把握しています。毎日、理念の唱和を行い、定期的にスタッフの研修を行っています。
 13. コロナ禍の中、経営状況を悪化させる要因は多くありましたが、利用者が快適に過ごせるよう、スタッフと様々な意見交換を行い、業務改善に努めています。スタッフが働きやすい環境を実現するため、有休取得を推進したり、利用者がコロナ禍により昼間のスケジュールが大きく変化中、スタッフもそれに合わせて利用者との交流の機会を増やしています。

| 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 | A |
| | | 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. 必要な人員体制の確保と適切な配置を行う体制を構築しています。また、就職後の資格取得支援は、内部研修だけでなく外部研修への支援等を行い、資格手当等も充実しています。
 15. 人事基準などを職員に徹底し、管理者も含めて社内研修の体制を敷いています。スタッフの就業ルールブックを製作して、職務を明確化しています。また、キャリアパスを作成し、スタッフが自らの将来像を描けるよう支援を実施しています。
 16. 年3回(期初、中間、期末)の個人面談を行うとともに、日頃からお互いに情報交換、状況の報告する機会を持っています。スタッフの就業状況を把握し、無理ない勤務ができるよう配慮し、有休取得が少ないスタッフには有休取得を推進しています。コロナ禍以前は、意見交換の目的で懇親会等を行っていましたが、現在はスタッフの希望を聞き、家庭でゆっくりしてもらう時間を増やしています。

| 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-(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。 | B | B |

[自由記述欄]
 17. 新人研修と、月1回テーマを決めて社内研修を行っています。月間個人目標は面談シートを使用して作成し、管理者も現場に入って目標実現に向けて支援をしています。
 18. キャリアパスと連動した研修計画を作成しています。毎月の研修はテーマを決めて実施しており、新しいテーマも取り入れながら全員のレベルアップを図っています。研修後は内容の振り返りと見直し作業を行っています。
 19. 個別のスタッフの知識、レベルに合わせた研修の機会を設けています。毎月の研修以外の外部研修は受講料を負担し、資格取得に力を入れています。研修会や講習会終了後は、研修会受講報告書を作成し、報告書の回覧、また報告会等を用いて、他のスタッフへの情報共有を行っています。
 20. 実習生の受入れに対するマニュアルや書式を作成しています。ただし、作成は数年前で実際に受け入れた経験がないため、内容の改善や変更を行っていません。また模擬的に実施したことがありません。

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 |
| 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。 | A | A |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 21. ホームページ等によって、法人の理念や事業所の基本方針、事業計画を公開しています。また、『めぐみだより』（広報誌）を発行し、利用者、家族、地域に対して事業所情報の発信を行い、事業所への理解が深まるよう努めています。第三者評価の受診についても公表しています。 | | | | | | |
| 22. 毎月法人が委託した税理士が会計帳簿をチェックし、税理士から助言を得ています。必要に応じて税理士等に様々な意見を聞き、それを法人運営に活かしています。 | | | | | | |

| 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。 | B | B |
| | 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 | B | |
| | 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。 | A | B | |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 23. 新型コロナウイルスの影響はあるものの、『めぐみだより』を活用して、グループホームが地域に溶け込み、入居者が地域の住民の一人として生活できるように努めています。また、入居者が地域にある老人デイサービスセンター主催の行事に参加し、互いに地域共生社会の社会資源として交流を図っています。ただし、地域との関わり方についての基本的考え方を文章化していません。 | | | | | | |
| 24. ボランティア受入れに関してホームページで表明をし、受入れマニュアルも整備はしていますが、入居者の障害特性から受入れが困難なことが多く、法人として今後の課題としています。 | | | | | | |
| 25. 利用者が関係する事業所と利用者情報を共有し、関係機関等と連携を図っています。利用者の現況から利用者支援に必要な情報は、その都度、行政や関係する機関などから得ていますが、リスト化までには至っていません。 | | | | | | |
| 26. 利用者の社会参加や地域との交流を図るため、施設の開放や場所の提供の必要性を感じてはいますが、実施はできていません。災害時の地域における役割についても対応できていません。 | | | | | | |
| 27. 地域の町内会に加入し、町内会回覧などから町内の出来事や行事を把握するように努めています。町内で定期的に行われている清掃活動に利用者が参加して、地域貢献・地域交流を行っていますが、民生委員、児童委員と定期的に会合を行うことはできていません。 | | | | | | |

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 | A |
| | 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 | A |

[自由記述欄]

28. 法令順守マニュアル、個人情報保護マニュアル、倫理綱領を策定し、職員定例会議で共通の理解を図り、サービスを行っています。新入スタッフには研修を行っています。また、個別支援経過から利用者の状況の把握し、不適切な事案が無いかの確認を行っています。

29. 職員就労ハンドブックを作成し、これをもとに支援を行っています。不適切な事案が発生した場合は、マニュアルを策定して支援を行っています。重要事項説明書の中に個人情報保護について記載し、入所に当たっては利用者(家族、後見人)に説明して了承を得ています。

30. 法人でホームページや事業所パンフレットを作成し、利用希望者に対しては面談時にこれらを使用して概要を説明しています。体験利用や見学希望者等の受入れが行っています。

31. サービス開始時に体験実習を行うことがあります。継続の利用者についてはモニタリングを行い、スタッフ間で検討し、これを基に介護計画表を作成して利用者や家族に分かりやすく説明しています。意思決定が困難な利用者には、家族や成年後見人に説明しています。また、サービス内容の変更時は施設内の他の利用者とのバランスを考慮して行っています。

32. サービスの移行にあたっては利用者、家族の意志を尊重し、了解を得てから相談支援事業所と連携を取りながらアセスメントシートや病歴シート等を活用し、情報提供を行っています。

| 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 |
| 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 |
| | | 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。 | A | A |
| | 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。 | A | 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。 | A | A |

[自由記述欄]

33. 毎日の支援の中で利用者が言いたいことを表出できなかつたり、意思疎通が難しい場合は、職員が日々の変化の様子などからモニタリングを行い、利用者ニーズを把握するように努めています。利用者の希望や関心、興味を引き出すようなフォーマットを作成し、活用をしています。

34. 苦情対応マニュアルを整備し、苦情解決の体制を構築しています。現在は苦情は無いとしています。利用者情報の把握が不十分です。また、第三者委員は設置していません。

35. 利用者と接する中で、利用者の体調を日々把握し、利用者や家族の相談、意見、要望を聞き、必要に応じて対処しています。これまで利用者の障害の程度から、風呂場やトイレに手すりを設置する等、環境の整備を図り、利用者の安全と事故予防につなげています。また、相談や意見に対する対応のマニュアルを策定し、これに基づく対応を行っています。

36. 事故発生時の対応マニュアルを整備し、ヒヤリハット、事故報告書を作成し、記録に残しています。事故などの事例は少ないながらも、その情報は定例職員会議にてスタッフ間で情報共有しています。

37. 衛生管理・感染症対策マニュアルを策定しています。また、新型コロナウイルス対応のマニュアルを策定しています。施設内で新型コロナウイルス陽性となった人がいましたが、保健所の指示と併せてマニュアルにそって対処して、クラスター発生を抑えています。現在、手洗い、うがいの徹底を図って利用者、スタッフ共に感染症予防に努めています。

38. 防災マニュアルを作成し、避難訓練は消防署指導のもと年に2回行っています。備蓄については少なくとも利用者が数日間乗り切ることができる物を揃えています。賞味期限等の管理を行い、入れ替え作業など実行しています。

| 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-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 |
| | 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]

39. サービスの水準を確保するために「サポートセンターヘルパーマニュアル」を策定し、個人台帳に記録をする体制を整え、誰が見てもサービス内容が分かるようにしています。

40. 利用者のアセスメントを行って個別支援計画を立て、サービスを実施しています。サービスの達成状況を利用者や家族に確認しています。また、更新時期や変更時には個別支援計画の見直しを行っています。その際、利用者、家族や成年後見人に説明し、同意を得ています。

41. 個別支援計画書を作成し、サービスを実施しています。半年に1回、個別支援計画の見直しをしています。状態に変化が見られた時は、状況に応じて速やかに変更しています。個別支援計画は、担当者から社長まで事務権限規定に基づく決裁を経て実施し、小規模事業所の強みを発揮して、スタッフの誰もがサービス内容を把握できる体制を構築しています。

42. 日々の状況や身体状態などを個別に記録しています。状態の変化などがあれば夕礼時に報告をして、情報共有を図っています。また、サービスについての評価や提案を行うなど、利用者を支える体制を整えています。

43. 個人情報保護規程や文書管理規程を策定し、記録の保存方法や廃棄方法を定めています。重要事項説明書に個人情報の取り扱いについて記載し、利用開始時に利用者や家族に説明し、スタッフには会議で確認して理解に努めています。ただし、データ持ち出しに關しての規定はありません。

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 |
| | 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 誰もが当たり前に暮らせる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. 個別支援計画に基づいて取り組んでいます。利用者スタッフとの話し合いを持ち、最低月に1回サービスの検討を行っており、それを機会に情報共有を行っています。

45. 虐待防止についてスタッフに対して研修を行っており、新人スタッフには入社時に研修を行っています。虐待が発生した場合、報告する体制を取っています。しかし、身体拘束時の手順や方法が、一部明確でない部分があります。

46. デイサービスが休みの週末には、利用者の方の希望にそった支援を行っています。レジャーや買い物に同行したり、外出先や自宅にも同行しています。スタッフに対してはノーマライゼーションやバリアフリーの研修を行っています。

| 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。 | 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]

47. 利用者の表情や行動を見ながら、利用者に確認を行って、希望にそった支援につなげています。また、利用者の障害特性に合わせたコミュニケーションを取るよう心がけて、支援しています。
 48. 利用者の意思を尊重し、周りのスタッフで相談しながら支援しています。また、新しい情報はスタッフ間で共有し、支援計画に反映しています。
 49. 障害についての研修支援方法等の検討を行い、支援方法を支援計画の中に組み込んで、利用者にとっての最適の支援をしています。障害の特性に合わせた支援をスタッフ全員で考え、支援に展開しています。
 50. 個別支援計画に基づいて支援を行っています。日中に活動・休日の活動も支援の中に取り入れています。地域の行事などの情報がある時は、できる限りスタッフと共に参加しています。
 51. 利用者の居室や共有の場所は、安全面を最優先に気を配り、整理整頓し、清潔に保ち、利用者の思いにそうように工夫しています。

| 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-(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。 | 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 | A |

[自由記述欄]

52. 機能訓練にかかわる各種情報を得るために、デイサービスから利用者の支援計画をもらったり、通院時にスタッフが同行し、専門職からのアドバイスを受け、それを職員に伝達しています。居室や廊下では、クッションなどを利用して気分よく生活訓練、生活リハビリが快適にできるよう工夫しています。
 53. 外出先は利用者の希望を尊重し、家族の了解を得て、実施します。外出は学びの場と考えて、近所の散歩や花見等、多くの機会を作るようにしています。
 54. 健康診断や予防注射など、家族と相談の上、同行支援をし通院記録として保管しています。体温や排泄の状況などは常にチェックしています。また、緊急時マニュアルを作成しています。
 55. 通院時の情報などスタッフで共有しています。また、服薬の変更などデイサービスと情報交換を行っています。

| 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-(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. 利用者や家族の希望をしっかりと聞いています。利用者の希望をくみ取りにくい時もありますが、以前の事例を確認したりして、希望にそうように対応しています。また、他の福祉施設・事業所と連携しています。
 57. 家族に連絡、報告を常に行っています。定期的なモニタリング時に、利用者や家族の希望を聞き、個別支援計画に反映させています。『めぐみだより』等で、施設の状況、利用者の普段の様子等の伝えています。
 58. 受診に同行し専門職にアドバイスを受たり、デイサービスから情報をもらったりする等、常に連携しています。利用者の活動はできる限り希望にそうように支援しています。
 59. 非該当

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-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 | | | | | |