

[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	ホームゆめおり	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6月24日

総 評	ホームゆめおりは、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「ホームつばき」・「ホームりあん」・「菜の花ホーム」・「ハイツゆいまーる」の4つを総称して「ホームゆめおり」とされています。 各ホーム（ホームつばき定員10名・ホームりあん定員10名・菜の花ホーム定員9名＋ショートステイ2名・ハイツゆいまーる定員10名）には、利用者毎に個室の部屋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、ホームでは一人暮らしを希望される利用者、身体障害や知的障害、重度心身障害のある利用者等、利用者それぞれの幅広いニーズに応えられるようにホーム毎に役割を棲み分け支援体制を整えられています。ホームゆめおりでは、建築段階から入居される利用者の生活を想定し、入居された利用者に落ち着いた生活を送って頂けるような生活環境づくりを念頭に事業所運営に努めてこられました。 障害があっても地域の中で他者と共に安心安全な生活ができ、本人の願いや想いに寄り添いながら、利用者一人ひとりが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。
特に良かった点（※）	○人材確保と職員定着への取り組み 法人の人材確保推進委員会、職員人材研修センターが中心となり、中・長期計画に基づいた、職員採用・職員定着に取り組んでおられます。2025年度からは「資格取得支援金支給制度」と「奨学金返済支援制度」を新たに創設し、資格取得希望者や奨学金制度を利用している職員の補助を目的とした改定を行われています。また、職員の働きやすい環境づくりのため、福利厚生では着物の着付け、音楽、温泉、カピリナ（困難なケース検討）サークル等、職員の主体的な活動を法人がサポートしています。事業所では、移乗サポートロボット等の積極的な活用や、職員の状況に応じた夜勤帯の勤務等を一人ひとりの希望に応じた勤務時間に調整し、職員の心身の負担軽減に努められています。

	○地域とのつながり 介護予防事業等で事業所の有する機能を地域に還元するだけでなく、地域で行われる祭りや防災訓練にも事業所として参加され、地域の方とのコミュニケーションを積極的に図っておられます。また、法人主催の与謝野町エリア事業所合同イベントとして、町・教育委員会・社会福祉協議会・自治会等と連携し、年1回『福祉のわミニフェスタ』を開催しています。イベントでは地域の学生や園児のステージ企画や、家族会や与謝野町エリア事業所自主製品を販売する模擬店を出店し、障害者福祉の情報発信をするだけでなく、地域住民との交流を図り障害者理解を深めること、地域の活性化や、地域の関係団体、住民との連携を図られています。 ○体験利用の積極的な受け入れと支援 事業所では希望者の施設見学や体験利用を積極的に受け入れられています。一人暮らしを希望される利用者には、「ハイツゆいまーる」での生活体験を通して、利用者が一人暮らしをしていくために必要な能力や課題を本人と一緒に確認し、課題解決に向けた支援を行っています。体験利用中に金銭管理について学べるように支援し、本人も自信をつけられ町営住宅の入居に繋がったケースもありました。利用者一人ひとりとしっかり向き合い、本人の願いや想いに寄り添った支援を日々実践されています。
特に改善が 望まれる点(※)	○事業計画の利用者等への周知 法人の中・長期計画、エリア事業計画の内容を反映した事業所における単年度の事業計画を策定されています。しかし、事業計画の主な内容は利用者や家族に周知や説明ができていませんでした。事業計画は法人や事業所が、目指している方向性や現状の課題等を知って頂くためにも重要な情報となります。年度始めの広報誌への掲載や郵送物の送付時、面会時等の機会を活用しながら、事業計画の概要を利用者や家族等に周知と理解を促し、利用者や家族等と一体となって事業所運営されることを期待致します。 ○苦情の取り扱い 事業所では日々の利用者との関わりから、要望や苦情などを確認し、各種会議などで情報共有や対応方法の検討を行い迅速に対応しておられます。しかし、直近数年間での苦情報告書は確認できませんでした。利用者からの要望や苦情などを記録に残し、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、事業所の課題の明確化や福祉サービスの質の向上に繋げることができます。利用者や家族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います。 ○マニュアルの整備 これまで事業所で実習生やボランティアを受け入れる機会がなかったとのことで、実習受け入れやボランティア受け入れに関するマニュアルは確認できませんでした。マニュアルは希望者の受け入れに際し、お互いの立場で受け入れの流れをスムーズに、そしてトラブルを未然に防ぐためにも重要と考えます。法人としては実習生やボランティアの受け入れをしておられる事業所もあるとの事でしたので、法人内で整備されているマニュアルがあれば、フォーマットを事業所に即した内容に更新する等、新たにマニュアルを整備し運用して頂けたらと思います。

※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	ホームゆめおり
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7年3月28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	a

[自由記述欄]

1. 法人設立の理念、基本方針となる「よさのうみ福祉社会のめざすもの」、「夢ビジョン」などを明文化し、法人のホームページや事業所玄関など、職員、利用者、家族が見やすいように掲載しています。資料にはルビを打つなど、資料作成の工夫がなされています。理念や基本方針は、新任研修・中堅研修の講義をしたり、年1回の職員会議などで発信し、職員に周知を図っています。

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-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	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. 管理者は月1回の管理者会議で、社会福祉事業全体の動向や法人全体の経営状況等を把握しています。福祉サービスのコストや利用率等の実績は、法人事務局から毎月データが送付され、管理者が確認し把握しています。把握した情報やデータは中長期計画において反映しています。
3. 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・改善に向けて取組みを進めています。毎月開催している常任理事会において役員間でも共有しています。

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	c

[自由記述欄]

4. 法人において①利用者に寄り添った支援の充実、②計画的で安定した、法人・事業所運営、③地域へのアプローチと障害者理解の促進を柱とした中長期計画（2024～2026年）を策定しています。前年度との経常増減差額率3%の目標を明確にし、職員にも説明しています。法人全体で経営課題を意識して取り組み、目標値を達成すれば職員の賞与等に反映しています。
5. 法人事業計画、エリア事業計画の内容を反映した単年度の事業計画を策定しています。事業計画には①利用者支援・事業所の機能分化・再編、②地域とのつながりの強化・充実、③職員の育成と確保・定着、④安定した事業の継続を重点課題とし、それぞれに実施内容や数値目標を明確に記載しています。
6. 事業計画は管理者が作成した原案を基に、職員会議で議論して作成しています。事業計画の内容は、年度始めの職員会議等で周知を図っています。しかし、事業計画の年度途中での評価や見直しはできていません。
7. 事業計画の主な内容は、利用者や家族に周知・説明ができていません。

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。	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みとして、府北部にある六つの法人が合同で実施する生活支援スタッフ研修等に職員を派遣し、事例発表の実施や研修で学んだ内容をキーパー会議で情報共有しています。ただし、年1回以上の自己評価はできておらず、第三者評価は今回が初めての受診です。
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ない。

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	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。	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。	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	a

[自由記述欄]

10. 管理者の経営・管理に関する方針や取組み、役割や責任は、「法人組織運営及び役割分担」や「めざす職員像」において文章化し、職員会議や、研修等で職員に周知しています。緊急時の管理者不在時は、主任が対応する旨を「緊急時対応マニュアル」にて明確化しています。

11. 管理者は、管理者研修や府の集団指導、経営コンサルタントが実施する研修等を受講し、遵守すべき法令や新設される制度の把握に努めています。職員会議内で虐待防止、感染症対策、ハラスメント防止等に関する研修を実施し、遵守すべき法令等を職員に周知しています。法令等のリスト化は行っていません。

12. 管理者は職員会議等に参加し、これまで蓄積した経験や知識を基に支援方法等について具体的に職員に助言したり、職員と一緒に意見を交わしながら福祉サービスの質の向上に努めています。普段から職員との向き合う時間を作ることで、困りごと等話しやすい信頼関係の構築をしています。

13. 管理者はキーパー会議に参加し職員の意見を積極的に確認することで、人員配置や職員の働きやすい環境作りに努めています。夜勤体制の見直しや、職員に応じた勤務時間の調整も行っています。法人が掲げる経営面での目標値を会議等で職員に伝え、透明性を図りながら組織内での共通の意識形成を行っています。

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
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	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	a

[自由記述欄]

14. 法人内の人材確保推進委員会・職員人材・研修センターが中心となり「第4次3カ年計画」に基づいて職員確保に向けた取り組みや育成を行っています。2025年度から新たに「資格取得支援金支給制度規程」、「奨学金返済支援制度規程」を設け、資格取得希望者や奨学金制度を利用している職員の補助を目的とした改定を行っています。法人の福利厚生として、着物着付け、音楽、温泉、カピリナ(困難なケース検討)サークル等が活動しており、組織の魅力を高めるよう取り組んでいます。

15. 期待する職員像として「めざす職員像」を掲げ、職種別表に役割と責任を明記しています。人事基準、資格手当等は「法人諸規定」に明示しており職員にも周知しています。前年までは「チャレンジシート」に目標を記載し、管理者との年2回の面談で振り返る機会を設けていましたが、2024年度からは実施しておらず、職員が自ら将来の姿を描くことができるような仕組みづくりはできていません。

16. 職員の有給休暇取得状況や時間外労働のデータは、法人事務局から管理者にデータで送られ確認しています。職員の就業状況や意向に関しては、普段から管理者に相談しやすい環境をつくるだけでなく、年1回以上の個別面談の機会を意向を確認しています。「職員みなさんのご質問・ご意見を聞かせてください。」という相談窓口の用紙を全職員に配布し、法人本部に無記名でも直接メールで意見や相談ができる仕組みも整えています。

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
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	c
		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。	b	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。	c	c

〔自由記述欄〕

17. 昨年度は「めざす職員像」に沿って職員「チャレンジシート」に目標を記入し、年2回の管理者面談にて振り返りとアドバイスを
得る機会を設けていましたが、今年度は実施していません。
18. 法人内の「職員人材・研修センター」が基本方針や年間計画を策定し、研修を実施しています。研修後には報告書を提出し、報告書
の内容を踏まえて研修の評価、見直しを行っています。
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。研修では視聴動画で学べるeラーニングを活用
し、勤務時間内において動画視聴できる機会を設けています。動画研修を視聴後は、キーパー会議で実践等を交えながら職員の習熟度の
把握を行っています。
20. グループホームで見学者の訪問はありますが、これまでに実習生を受け入れた実績はありません。法人では学校側と連携し、教員免
許取得者の実習受け入れ等を行っています。実習受け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。	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. ホームページや広報誌「郷のたより」、「福祉よさのうみ」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」を掲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。	b	a
		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。	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	b
	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	a
		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	a

〔自由記述欄〕

23. 地域の自治会に入り、回覧板で地域でのイベント情報を確認し積極的に参加しています。地域の方とは年1回の加悦谷祭りや年1～2
回の防災訓練に参加し、定期的に関わりを深めています。利用者が買い物や美容院等の外出の際、利用者一人で行く場合もありますが、
一人での外出が難しい利用者には職員が付き添っています。
24. これまでボランティアの受け入れ実績はなく、ボランティア受け入れに関するマニュアルはありません。今後、利用者の休日の余暇
支援の充実に繋がるようなボランティアへの依頼を検討しています。
25. 地域の関係機関や団体等と連携し、情報共有や課題への取り組みを行っています。今年度は地域生活活動支援部会で、療育手帳で利
用できるサービス等の障害者福祉サービスの制度を分かりやすく図示したオリジナル冊子を作成しました。個々の利用者に応じて、各関
係機関に相談したり、ケース会議を開催していますが、職員間での情報共有が不十分な事案もあります。
26. ホームの敷地内に就労支援事業所の「カフェショップ花鈴」があり、介護予防事業や事業所のスペースを活用した地域の方との交流
も行っています。各ホームにAEDや発電機を設置し、緊急時には地域の方に利用してもらえるように広報で周知を図っています。
27. 与謝野町エリア事業所合同イベントとして、町・教育委員会・社会福祉協議会・自治会等と連携し年1回『福祉のわミニフェスタ』
を開催しています。イベントではステージ企画や模擬店を出店し、障害者福祉の情報発信をするだけでなく地域の活性化や、地域の関係
団体、住民との連携を図っています。

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。	b	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	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。	b	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]

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。職員人材・研修センターより虐待防止に関わる生活支援スタッフ研修を実施し、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。

29. 権利擁護指針や虐待防止マニュアルをキーパー会議等で職員に周知し、利用者の権利を意識した支援に努めています。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積極的に受け入れ、体験入所を通して一人暮らしやグループホームでの生活の見通しや課題を理解してもらえるように働きかけています。入居前には、利用契約の内容等のサービス選択に必要な情報を積極的に提供しています。

31. 福祉サービス開始時には利用契約書、重要事項説明書に基づいて説明を行い、契約書を取り交わしています。書類については誰でも分かるように平仮名で表記する等の工夫ができておらず、新しいパンフレットを作成中です。

32. ホームから施設に移る際には、障害者生活支援事業所と連携し、スムーズに移行できるように調整しています。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いくため、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	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。	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。	b	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している。	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。意思疎通が難しい利用者に関しては、家族の想いを確認したり、職員が日頃の生活の中で気付いた事を会議で共有しています。自治会や定期的な懇談会等は行っていません。

34. 利用者等からの生活の中での細かな苦情や要望に速やかに対応し解決していますが、苦情報告書は書面でデータとして蓄積はしていません。また、公表も行っていません。

35. 職員は普段から傾聴する姿勢を大切にすることで、利用者が意見を述べやすい信頼関係の構築に努めています。自転車置き場への屋根の設置やパン食の日を増やす等、住環境や生活に対する意見・要望等があれば直ぐに対応しています。しかし、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キーパー会議で検討し、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. 事業継続計画（BCP）感染症版や緊急時対応マニュアルの中に、インフルエンザ、ノロウイルス等の発生時対応マニュアル等を整備しています。事業所に看護師の配置はありませんが、動画研修を活用し会議内で研修も実施しています。

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。災害時等の安否確認方法の用紙には、各職員の職場への移動時間や家族状況、利用者の障害特性や親族への連絡方法が一覧にまとめてあります。防災訓練を実施していますが、各関係者（消防署、警察、自治会等）との連携を図った訓練は実施できていません。

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
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	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。	b	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。	b	b
		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. 業務の流れや支援内容については、職員や利用者（家族・成年後見人等含む）からの意見をキーパー会議等で共有・検討し、業務の流れや個別支援計画に反映、更新しています。業務の実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢は明示していません。

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。個別支援計画は、相談支援事業所が作成するサービス等利用計画の内容を踏まえ、利用者と関係者でケース会議を開催し、利用者一人ひとりの意向や具体的なニーズを明記しています。

41. 個別支援計画の見直しにあたっては、「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。見直しによって変更した個別支援計画の内容はキーパー会議にて関係職員への周知を図っています。

42. 法人統一の個別支援計画書と記録表の書式があり、利用者の情報や状況等をサービス管理責任者が中心となり記録しています。日々の利用者の状況はケース記録や業務日誌に記録し、内容は法人のネットワークでホームが離れていても閲覧ができるように整備しています。記録の書き方は職員によって差異があり、記録作成要領の作成を検討しています。

43. 記録管理責任者は事務局長としています。職員には入職時に「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。	b	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。	b	a

[自由記述欄]

44. 一人暮らしを希望する利用者には、「ハイツゆいまーる」の体験部屋での生活を通して金銭管理が学べるように支援しています。職員が見守りのもと一人暮らしを経験してもらった上で、町営住宅への入居に繋げたケースがありました。また、買い物の希望が多くある中、休日に順番に買い物支援を行っています。生活に関わるルールは都度、利用者自治会などで利用者と職員が集まった時に相談し、変更・決定を行っています。

45. 法人で「障害者虐待防止に関する宣言」を掲げ、「利用者権利擁護指針」、「虐待防止対応規程」、「身体拘束等適正化のための指針」を定め、利用契約時に利用者や家族等に説明、周知しています。毎月虐待防止及び身体拘束適正化委員会を開催し、気になる支援、不適切な支援がないかを委員で意見を出し合い、出た意見は月次報告に取り上げてキーパー会議で共有し、確認・検討しています。年1回「職員セルフチェックシート」の実施や、「虐待防止に向けた早期発見チェックシート」を利用して虐待のサインがないか確認する他、年1回研修も実施しています。しかし、利用者が自身の権利擁護について学習を受ける機会は設けていません。

46. 「菜の花ホーム」を建設する際、入居が想定される利用者が生活しやすいように空間を仕切る方法や導線を考え設計しています。「ハイツゆいまーる」では車椅子を使用する利用者用に玄関をバリアフリーにする等住環境に配慮しています。地域社会に向けて障害や障害特性の理解・共有する取組として、施設誌「郷のたより」の地域回覧や、法人主催で『福祉のわミニフェスタ』を年1回開催しています。

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-(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	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。	b	a

[自由記述欄]					
47. 障害により意思表示がしにくい利用者には、コミュニケーション機器トーキングエイドの利用や筆談、利用者の動作表現を活かしたマカトンでコミュニケーションを図る等、利用者個々に応じた手段を用いて支援を行っています。自閉症の利用者には絵を使用し、視覚的に理解してもらうように取り組んでいます。 48. 日々の関わりの中で利用者からの相談に応じています。事務所に来て直接相談する利用者もあれば、通所事業所から連絡を受けることもあります。直接伝えにくい利用者には、携帯電話のメールを活用して相談ができる体制も設けています。利用者から受けた相談については、サービス管理責任者が把握し、キーパー会議等で共有・検討したり、必要に応じて相談支援員や通所事業所にも共有しています。 49. 職員は、自閉症や強度行動障害に関する研修を受講し、専門知識の習得と向上を図っています。ホーム入所前に通所事業所の昼食に出た食事を持ち帰り、夕食等として食べようとする行動があった利用者には、ホーム入所後直ぐに食事を食べる場所に案内し説明したことにより、特異な行動が消失したこともありました。利用者の行動特性に応じた支援を都度検討・見直し、支援手順書に反映しながら支援を行っています。 50. 食事に関して誤嚥の心配がある利用者には刻み食やムース食等、食事形態を工夫して提供しています。移動に課題のある利用者に対しては、電動車椅子の使用や移乗サポートロボットHUGの活用、入浴時には天井走行リフトを活用しています。日中活動としては、通所事業所の利用を支援したり、体調に応じてホームで過ごす利用者には声掛け、見守り等を行いながら、個別支援を行っています。 51. ホームは全て個室で、各々が必要な家具や安眠できる寝具を使用して過ごせる環境となっています。また、リビングや浴室、トイレ等は日々清掃を行い、清潔に維持・管理しています。					

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-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。	b	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. 一人で行動ができる利用者は自由に外出し、一人で買い物等が難しい利用者には職員が付き添い必要な支援を行っています。買い物の中で金銭管理の学習を行っています。社会参加として、選挙がある際に投票の意思がある利用者には投票場まで送迎を行う等の支援も行っています。「できることは自分でしてもらう」ことをモットーに職員は支援を行っています。 54. 毎日職員がバイタルチェックを行い、業務日誌に記録しています。必要に応じて通院の付き添いをし、医師や看護師等と連携しながら健康管理を支援しています。緊急時には「緊急時対応マニュアル」に沿って対応しています。訪問看護や訪問リハビリ等の事業所との連携を図っている利用者もあり、看護師に嚥下等について助言を得ながら支援しています。 55. 薬は主任やサービス管理責任者等でセットし、手順を定めて服薬管理をしています。服薬する場合は、利用者が薬を飲むところまで職員が確認しています。医師や看護師の指導・助言のもと体調・健康管理を行い、必要時に医療に繋ぐ体制はありますが、基本的に医療的ケアが必要な利用者の受け入れは行っていない。					

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。	a	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. ホーム退所後3ヵ月間は、毎週1回以上ホーム職員が自宅を訪問し、生活状況の確認や困りごとの相談支援、行政手続き等を行い、利用者が自立した生活が送れるよう支援しています。行政等関係機関や相談支援員等との連携・協力のもと利用者支援を行っています。 57. 家族等には「気軽に来てくださいね」と都度職員から声掛けをし、ホームに来てもらいやすい環境づくりを意識しています。体調不良時や事業所での催し等を行う際には、管理者や主任が家族へ連絡しています。連絡した際には、家族の意向や思いを尋ね確認し、家族からの相談等があればその都度対応しています。 58. 日々の関わりの中で利用者の希望や思いを聞きながら支援に繋がっています。公共交通機関を利用して出掛けたい希望があれば、一緒に時刻表を調べ、慣れるまでは一緒に付き添う等、一人で安心して外出・行動ができるように送り出しています。電動車椅子を使用することにより自由に行動ができるようになり、生活力が高まった利用者もあります。一人ひとりの力を引き出しながら、地域の関係機関や家族等と連携・協力のもと、利用者が主体的に過ごせる環境を整え支援しています。 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					