

[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	障害者支援施設京都太陽の園	施設種別	生活介護、就労継続支援B型 施設入所支援、短期入所
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和2年4月24日

総 評	<p>京都太陽の園は、昭和55年に開設され、法人理念の「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」、「限りなき可能性の追求」、「共に生きる社会づくり」に基づき、障害者の生活介護、就労支援B型、施設入所支援、短期入所の事業を展開し、多様化するニーズに対応しています。</p> <p>利用者一人ひとりの希望・要望やニーズを確認し、利用者に応じた日中活動や就労環境等の生活環境づくりに努められています。また、職員との個別面談の機会や、普段からの職員同士、上司との相談しやすい環境をつくることで職員の働きやすい環境づくりにも努められています。</p> <p>前回の受診評価結果において、各種マニュアル作成の策定をお勧めしておりましたが、今回も策定されていませんでした。今回の受診を機に改善をご検討ください。</p>
特に良かった点(※)	<p>○利用者の就労環境</p> <p>日中活動や就労環境においては、印刷部門、独自生産部門、下請け部門等、多種多様な作業を準備し、利用者の適性や嗜好に応じた作業を選択できるように支援を行い、利用者の活動意欲の促進を図っています。さらに、受注業者とも良好な関係を築かれており、利用者の補助具や作業内容を業者と共に検討することで、利用者の就労機会の拡大に繋がられています。</p> <p>○QC活動によるサービスの質の向上</p> <p>法人でQC活動の発表会を実施されており、事業所でも、地域と連携しペットボトルのキャップやコンタクトレンズケースを回収する活動等の3サークルに分かれ、それぞれのテーマで実践が行われています。業務改善や効率化を図り、サービスの質の向上に繋がられているだけでなく、法人で代表となったQCサークルは全国大会に参加される等、職員のモチベーションを高める為にも有効となっています。</p> <p>○地域との交流と地域貢献</p> <p>事業計画に「共に生きる社会づくり」を掲げ、地域交流を目的としたイベントを年2回(春・秋)開催する事で、利用者と地域との交流の機会を大切にされています。地域の小学生の福祉現場体験も積極的に受け入れています。また、エコキャップ活動を通じて地域のイベントにも参加し、利用者だけでなく職員も地域との繋がりを深めておられます。</p>

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○マニュアル整備 利用者一人ひとりの「介護マニュアル」は整備されていますが、ボランティアや実習生の受入れに関するマニュアル等が整備されていませんでした。利用者の安心・安全を確保するだけでなく、対応職員や利用者を守る観点からも各種マニュアルを整備されることを期待します。</p> <p>○第三者評価結果の課題分析と改善策 定期的に第三者評価の受診をされていますが、その結果に対して、分析の機会や改善策を立案する検討の場がありません。評価結果を基に、改善策を立て、課題を解決し、サービスの質の向上に繋がられる事を期待します。</p> <p>○介護ソフト活用による業務効率化 事業所として介護ソフトを導入されていますが、部署を横断しての情報共有に活用されていませんでした。介護ソフトの機能を事業所の全職員で共有・活用することで、ケアの記録や業務の効率化、情報共有システムを構築されることをご検討ください。</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	障害者支援施設 京都太陽の園
施設種別	生活介護・就労継続支援B型 施設入所施設・短期入所
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2020年2月27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. 法人理念、基本方針は広報誌や事業計画に記載し、年度方針説明会（年度初め）にて職員や障害のある本人（以下、利用者）、家族へ周知しています。ただし、理念や基本方針の周知状況を確認する等、継続的な取組みは行っていません。					

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-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。	c	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	b
[自由記述欄]					
2. 管理者は各種ネットワーク会議に参画し、社会福祉事業の動向や地域の福祉サービスのニーズ等の把握や情報収集に努めています。ただし、収集した情報のデータ分析が十分でなく、各年度の事業計画に十分な反映ができていません。 3. 管理者が実際に現場を確認する機会を持ち、福祉サービスの内容把握や課題を明らかにしています。ただし、データ分析が十分に行えておらず、経営課題の解決・改善に向けての具体的な取組みまでには至っていません。					

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-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	b
		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	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。	c	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. 中・長期計画の作成は法人の事業検討委員会に施設長、副施設長が参画し、組織的に行っています。収支計画の策定や具体的な数値目標は設定していません。 5. 中・長期ビジョンを踏まえた単年度計画を策定していますが、数値目標や具体的な成果等の設定はできていません。 6. 事業計画は、各主任が職員からの意見を収集、反映した上で策定し、年度初めに職員に周知しています。しかし、事業計画は年度途中に評価、見直しを行っていません。 7. 事業計画の内容は、年度初めに利用者向けの年度方針説明会にて、口頭で説明、周知を行っています。分かりやすく文章化等した資料の配布や掲示は行っていません。					

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。	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。	c	c
[自由記述欄]					
8. 法人全体として、QCサークル活動に取組まれています。事業所内でも地域と連携した資源回収等の3つのサークルに分かれ、それぞれのテーマで日常的な福祉サービスの質の向上に努めています。定期的に第三者評価を受診していますが、自己評価は行っていません。 9. 前回の第三者評価での結果や課題は文書化していません。また、改善の取組みを計画的に実施していません。					

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。	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。	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	b
		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. 管理者は自らの役割と責任を組織規程や業務分掌で文書化するとともに、職員朝礼で表明しています。しかし、職員への周知や理解は十分ではありません。
 11. 管理者は法令遵守の観点での経営に関する研修等に参加し、必要な内容は職員朝礼や主任会議で伝達しています。遵守すべき法令等のリスト化はできていません。
 12. 管理者は福祉サービスの質の向上について、定期的に現場に入る機会を作ったり、組織としてQC活動に取組み、自らも積極的に参画しています。職員に外部研修の情報を提供し、職員の希望を確認していますが、研修記録は確認できませんでした。
 13. 管理者は、職員が不要な残業をしない、年休が取得できる、子育て等の個々のライフスタイルに応じた勤務形態の提案等で、職員の働きやすい環境整備に努めています。人事、労務、財務等を踏まえたデータ分析はできていません。

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
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. 職員の就職後の資格取得支援として、介護職員初任者研修等の法人で定めた資格取得希望者に関しては、研修を公務として扱ったり受講料を支弁しています。法人内の人材育成委員会で人材育成について検討していますが、福祉人材確保に関する具体的な計画はありません。
 15. 年に2回は各部署の主任により職員の面談を実施し、職員の意見や業務に対する想いの把握に努めています。人事基準は法人の人事考課規程で明確にしていますが、職員全体への周知はできていません。
 16. 職員の有給休暇の取得状況はデータで管理し、部署ごとにも偏りが出ないようにお互いにサポート体制を取っています。福利厚生として職員の希望を確認した上で、法人内他事業所の職員とも交流できる日帰り旅行を実施しています。職員の悩み相談は副施設長等が担当していますが、職員への周知はできていません。

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
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。	b	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	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. 人事考課の面接や、「人材育成個別面談シート」を用いた上司との個別面談を年2回ずつ実施し、職員一人ひとりの想いや今後の目標設定、目標達成度を確認しています。
 18. 法人の研修部会において、主任者や一般職員等の階層別研修等の年間計画は定めてありますが、事業所独自の具体的な研修計画は立てていません。
 19. 外部研修の研修案内を職員に情報提供し、外部研修を推奨しています。また、法人で階層別研修等を計画的に実施し、職員の職務や必要とする知識に応じた教育・研修を実施しています。ただし、研修受講後の報告レポート等がなく、研修成果の評価・分析は行われていません。
 20. 過去10年において実習生の受け入れはなく、実習生の受け入れに関するマニュアルも整備していません。

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。	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。	b	b

[自由記述欄]

21. ホームページ等により理念や基本方針、事業計画等を公開していますが、第三者評価の受診、苦情・相談の体制については公表していません。
 22. 職務分掌と権限・責任を「京都太陽の園業務分掌（2019年度）」で明確にし、内部監査や会計監査は実施していますが、外部監査を活用し専門家のチェックを受け、経営改善に繋げるまでには至っていません。

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。	b	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。	c	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	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. 事業計画に「共に生きる社会づくり」を掲げ、地域交流を目的としたイベントを年2回（春・秋）開催し、屋台や地域の中学生によるチアダンスや吹奏楽等の発表を行っています。地域の小学生の福祉現場体験も積極的に受け入れたり、エコキャップ活動を通じて地域のイベントにも参加しています。また、利用者の個別的な要望についても状況に応じて支援しています。
 24. 地域の小学生の福祉現場体験や交流イベントで地域の専門学校生等がボランティアとして活動してもらっていますが、受入れ体制やマニュアルの整備、研修等は行っていません。
 25. 南丹市内社会福祉法人懇談会や南丹市内地域計画推進委員会等と連携を図り、支援の統一化が図れるようネットワークを築いていますが、利用者に対して利用できる社会資源の明示や職員間で情報の共有ができていません。
 26. 年2回の地域交流イベントや南丹市社協主催の初任者講習会で出前講座を行ったり、地域の小学生の福祉現場体験で車いすやリフト等を体験できる機会をつくっています。また、災害時には福祉避難所としての機能も有ります。しかし、事業所の専門性を活かした相談事業や地域住民が参加出来る多様な支援活動はできていません。
 27. 地域との関わりを多く持っていますが民生委員との関わりは薄く、地域の福祉ニーズを把握し地域貢献に関わる事業や活動の実施までには至っていません。

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。	b	b
		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。	c	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。	c	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。	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. 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、年度初めの職員会議で共有しています。業務マニュアルを策定していますが、定期的な状況の把握・評価は確認できませんでした。また、倫理綱領等も確認できませんでした。
 29. 利用者の虐待防止、権利擁護についてのマニュアルは整備しています。居室については個室と二人部屋があり、二人部屋については家具で間仕切り、できるだけプライバシーが守れるよう工夫をしています。しかし、利用者のプライバシー保護に関する規程等は無く、職員間での理解も図れていません。
 30. 南丹市役所にパンフレットを設置し、多くの人が施設の情報入手できるようにしています。また、見学者希望者には個別に対応しています。施設を紹介する資料が多くの人に分かるような工夫はできていません。
 31. 福祉サービスに関する説明と同意は利用者の自己決定を尊重しています。説明は利用者に分かりやすいように工夫して説明しています。分かりやすい資料や利用者への配慮のルール化はできていません。
 32. 利用するサービスを変更する際には、引継ぎ文書や医療サマリーを作成しサービスの継続性に配慮しています。しかし、福祉サービスの継続性に配慮した手順や引き継ぎ文書の様式は定めていません。

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
		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
	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。	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。	c	b
		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	c
	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。	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。	c	b

[自由記述欄]

33. 年1回嗜好調査や施設行事の旅行の行先等、利用者のニーズ充足に向けた調査を行っています。また、個別面談以外にも日常的に職員から積極的に声掛けを行い、苦情や意見を出しやすい工夫を行っていますが、その内容を組織として検討する場はありません。
 34. 苦情解決に関しては年2回第三者委員と会議を持ち、対応策を検討しています。苦情内容に関する検討内容や対応策についてフィードバックしています。利用者への苦情記入カードの配布やアンケートの実施は行っていません。
 35. 日頃より利用者への声掛けを積極的に行い、個別に対応が必要な場合も場所を変え、意見が出しやすいよう配慮しています。しかし、利用者から意見が出しやすいように意見箱の設置や相談、意見に対応するマニュアルは整備していません。
 36. リスクマネジメントに関するマニュアルを策定しています。また、職員に対しても嘱託医による医療研修を行っていますが、リスクマネジメントに関する責任者の明確化や委員会の設置は無く、収集した事例を分析、検討、改善に向けた取り組みはありません。
 37. 嘱託医、看護職を中心に感染症対策を行っています。感染症マニュアルを作成し、職員に周知しています。また、片麻痺の方に対して消毒機器を自動噴霧器に変更する等、利用者の特性に応じた取り組みを行っていますが、感染症対策について責任と役割を明確にした管理体制は整備出来ていません。また、感染症の予防や発生時の対応について定期的に見直しが行えていません。
 38. 消防計画を策定し避難訓練等を行っています。食料、水分等の備蓄リストを作成していますが、災害に関する計画や体制を整備した上での防災訓練は行っていません。

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
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。	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。	c	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。	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。	b	b

[自由記述欄]

39. 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として、利用者一人ひとりの支援方法を記載した「介護マニュアル」を作成し、どの職員も同じ支援ができるようにしています。利用者個々に状態変化があれば、随時見直しをしています。ただし、「介護マニュアル」には利用者の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初回アセスメントの情報を基に個別支援計画を策定しています。見直しの際には担当支援員や他職種からの情報、利用者の意向を基に個別支援計画を作成しています。収集したアセスメント情報を記載するアセスメント様式は整備していません。

41. 福祉サービスは個別支援計画に基づいて実施し、半年に1回モニタリングを行い、年1回見直していますが、検討会議の開催や緊急に変更する場合の仕組みはありません。

42. 利用者の身体状況や生活状況等は、介護記録ソフトを活用して記録し、毎朝の職員朝礼や支援員会議、主任会議で情報共有するよう努めています。しかし、個別支援計画等に基づくサービスの実施記録は少なく、情報を共有する仕組みが整備できていません。

43. 「個人情報保護規程」等に基づいて利用者の記録を管理し、取扱いについて日常的に職員へ注意喚起を行っています。情報提供に関する方法等は重要事項説明書に明示していますが、記録管理の責任者は設置していません。

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	b
	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。	c	b
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前前に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. 法人理念である「限りなき可能性の追求」に沿って、利用者の「こんな作業をしたい」という希望を大切に、作業がしやすくなるよう補助具を作成する等、利用者の意思を尊重した支援に努めています。趣味活動では、手芸で玉暖簾を作ったり、プラモデル作成希望者には部品が無くなるように工夫したり、カラオケに自由参加できるように声掛けする等の支援を行っています。生活に関わるルールについては、「友愛会の18の約束事」を定めていますが、最近は利用者間で話し合う機会は持っていません。

45. 入所時に重要事項説明書を基に利用者や家族等に「人権擁護及び虐待防止の措置について」の説明を行っています。車いすからの転落防止の為、必要な場合には説明の上、「安全ベルト及びベッド柵使用に係る同意書」にて同意を得ています。利用者の権利擁護に関する学習の機会や、権利侵害防止と早期発見のための取組は行っていません。

46. 補助具作成にて作業がしやすいよう配慮したり、電車で通所する利用者については、家族に了解の下、駅員に障害特性を説明し、困っている時には声を掛けてもらえるよう依頼する等、利用者や家族等が地域で安心して生活できるよう周囲の理解促進を図っています。ノーマライゼーションの推進に関する職員研修は行っていません。

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
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。	b	b
		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。	b	b
		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	b
	A-2-(2) 日常的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。	c	b

[自由記述欄]

47. 施設には言語にてコミュニケーションが図れる利用者が多いですが、言語によるコミュニケーションが難しい場合は、手話や筆談をしたり、絵カードを用いてコミュニケーションを図っています。ただし、精神疾患のある利用者の意思や希望を適切に理解することの取組みは、不十分であるとのことです。

48. 施設行事の小ハイク(外出支援)や作業内容等は、選択肢を設けて情報提供し、利用者が意思決定できるよう支援しています。日々利用者に関わる中で、利用者が話したいことや伝えたいことを傾聴していますが、相談内容を関係職員等で検討し理解・共有する機会はありません。

49. 利用者の不適応行動などの行動障害に対しては、多床室から個室に移動して過ごしてもらう等、必要に応じて対応しています。しかし、個別的な配慮が必要な利用者の支援記録は確認できませんでした。

50. 偏食やアレルギーがある利用者に対しては代替品を提供しています。毎週金曜日は飲酒可としています。利用者に必要な物は月2回支援員が買い物へ行き購入しています。排泄用品が必要な場合は、状態に応じて適切なアイテムを提案し、購入しています。日中活動は、カラオケやクッキングクラブ、ボーリングや卓球バレー等、希望やニーズにより選択できるようになっていますが、個別支援計画へは反映していません。

51. 居室や食堂、浴室、トイレ等は、担当の清掃員が掃除しており、清潔を保持しています。居室前廊下には天窗があり、食堂は天井が高く明るい雰囲気となっていますが、作業場の共用トイレに窓がなく、臭気がこもっています。

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。	b	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	b
	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	b
		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. 利用者の残存機能を活かした支援を行うため、2019年度より中部総合医療センターのリハビリ専門職による指導を受け、利用者個々の機能訓練を行っています。必要に応じて個別支援計画に追記し、半年に1回はモニタリングを行い、支援の検討・見直しを行っています。

53. 外出・外泊に関して制限はなく、利用者の意思を尊重しています。自力での帰省が難しい利用者へは、家族との調整や福祉タクシーの手配等の支援をしています。社会参加に資する情報や学習・体験の機会の提供、支援までは行っていません。

54. 年2回の検診と、血圧測定、体重測定にて体調管理を支援しています。体調変化時は、嘱託医の指示の下、近医の医療機関と連携して受診しています。職員への指導は嘱託医が医療研修を行っていますが、職員への指導は十分とは言えません。

55. 医療的ケア(吸引及び経管栄養等)の対象となる利用者はいません。気管カニューレの交換が必要な利用者は、定期的に医療機関を受診しています。看護師が服薬管理をしていますが、自己管理が可能な利用者は自身で管理しています。委員会等の有事の場合に協議する会議体がなく安全管理体制の整備が不十分です。

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
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。	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。	a	b

[自由記述欄]

56. 地域生活への移行や高齢者施設への入所等、利用者の意向把握は行っていますが、移行に繋がる具体的な支援は行っていません。
 57. 家族会があり、年1回総会を開催している他、施設行事に家族を招待し、交流する機会を持っています。家族等への連絡や相談は副施設長が、医療面に関しては看護師が連絡・対応しています。利用者の体調不良や急変時の家族等への報告や連絡ルールは明確ではありません。
 58. 活動や生活の意欲の維持・向上のために、利用者の特性に応じた自助具を作成・活用する等の工夫をしています。作業内容決定の際は、利用者の希望を聞き取り、利用者の特性を踏まえ職員からの能力評価等の意見を確認した上で決定しています。また、日常的に作業内容に対する利用者の意向を確認しながら活動を進めています。請負いの作業内容や納期等は、受注先と相談しながら調整し、対応しています。
 59. 障害特性や作業の時間、作業内容をいくつか提示した上で利用者を選択するよう努めています。紙入れ作業ではマスク着用を、油物に触れる作業は手袋使用と作業後の専用石鹸での手洗いを徹底する等、労働安全衛生にも配慮しています。賃金(工賃)等は「作業工賃支給基準ならびに工賃支払計算の一部変更について」等規定を整備していますが、賃金(工賃)等に関して利用者から質問があれば、その都度説明し対応しています。口頭で利用者や家族等から同意を得てはいますが、書面を用いての同意は得ていません。

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-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。	c	b

[自由記述欄]

60. 受注先の業者に作業現場を見てもらい、利用者ができる作業の相談と開拓を行っています。業者が利用者に必要な補助具の提案をもらう事もあり、利用者の仕事の機会拡大に繋がっています。利用者の施設種別が施設入所支援等事業所である為、就職等の希望者が無く、就職活動や定着支援は行っていません。