

[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	デイセンター ふらっと	施設種別	生活介護
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和4年5月13日

総 評	<p>西陣会は「設立の趣旨」にも明記されているとおり西陣地域でそれぞれの特色を持って実践を行っていた団体による「若者有志たちの集い」をきっかけに任意団体として結成されました。結成後は西陣地域での暮らしの中で生じる課題に向き合いながらその活動を継続され、1995年にそれまでの財団法人から社会福祉法人として認可されています。</p> <p>デイセンターふらっとは、障害のある本人の支援に特化した事業所ではなく西陣地域の地域課題を解決するための支援の一つとして1989年に自立援助事業として開設しています。時代によって異なる地域課題に焦点をあて法制度にも対応しながら、サービス内容を変化させ運営を継続しています。現在は3障害を対象とした定員23名の生活介護事業所として運営されています。ハード面の制約もあり主な対象者は知的障害のある方となっていますが、この3障害を対象とした事業を行うという事からも事業所が従前から大切にされている「地域課題の解決を軸に福祉サービスを提供する」という姿勢が見受けられました。</p> <p>日中活動は利用される方の意向や希望、障害特性に合わせて大きく3つのグループに分かれており、作業活動だけではなく日用品の配達や食事の配食など地域との繋がりを重視した活動が設定されています。グループ内では活動の動線や手順が明確に整理されるなど、個別に合わせた配慮が行き届いた支援が提供されていました。</p> <p>障害のある本人を支援する体制としては、法人の施設長会議で財務の視点も踏まえて検討されており、適切な人員配置がなされています。また施設長会議と各事業所会議とで情報共有されており、機能的な運営体制となっています。労務管理についても適切に把握されており、法人が存在する「地域課題を解決する」というミッションを達成し続けるための組織的な取組みが確認できました。</p> <p>今後も法人、事業所が担ってきた機能を維持しながらも制度や時代の変化に合わせてながら地域の中での唯一無二の存在として取り組んでいかれる事を期待します。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>Ⅱ－２－（３）職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b> 従前より整理を進めてこられたOJTの仕組みが作られ、法人内のステップアップ研修に反映するなど組織的な取組みが確認できました。 研修は内部、外部共に参加しやすいように業務上の配慮がなされており、研修受講後は報告書と研修報告を行い組織内への伝達と研修内容の業務への反映が図られています。</p> <p><b>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。</b> 一定の水準を確保するための方法は「言葉遣いやコミュニケーション等ガイドライン」として文書化されています。ガイドラインには、障害のある本人の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関する姿勢が明文化されています。 ガイドラインは、職員研修を通じて指導が行われるだけでなく「キャリアアップ確認シート」を使用して理解度や浸透度合いをチェックする機会があり仕組みとして確立していました。</p> <p><b>Ⅲ－２－（３）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> 前回の第三者評価受診時には課題となっていました。改善がなされ様式を統一して記録されていました。 生活介護とグループホームの様に他のサービスとの連携が必要な場合は同一の用紙にそれぞれの支援者が記録するといったルールが設定されました。また、グループウェアを利用し、日常的な情報共有が行われている事が確認できました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>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。</b> 日常的にはユニットごとに日々の業務や支援を毎日振り返っており、その内容は記録され全職員で共有されています。 しかし、一定の基準に沿った定期的な自己評価は実施できていませんでした。今回の第三者評価の受診に伴い明らかになった課題に対して改善計画を立て組織全体で取り組んではいかがでしょうか。</p> <p><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。</b> 必要なマニュアルが整備され、確認しやすい様に工夫がされていました。しかし、組織的なリスクマネジメント体制の構築や責任者の明確化されておらず、マニュアルの定期的な見直しも確認できませんでした。 新型コロナウイルス等の感染症のまん延や事故、災害等の様々な事業運営上のリスクを想定した時に障害のある本人の安全確保だけでなく、そこで仕事をする職員の安全を守る意味でもリスク管理の体制と管理者の役割について整理される事が望ましいと考えます。</p> <p><b>Ⅲ－２－（３）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> 記録の管理責任者が定められ必要な事項は重要事項説明書に記載され、情報管理に関する姿勢は明示されていました。 しかし、個人情報保護に関する規定が確認できませんでした。個人情報の取り扱いは福祉サービスを提供する上で障害のある本人や関係者の権利に関係する事項であると考えます。記録や情報の保存だけでなく持ち出し、廃棄、情報提供、また不適切な事案があった場合の対応方法について法人全体で整理をされてはいかがのでしょうか。</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	デイセンターふらっと
施設種別	生活介護
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク 一期一会
訪問調査日	令和3年11月22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.理念、基本方針は明文化されており、パンフレットやホームページに掲載されている。職員は年に一回、職員会議や行動計画の見直しの際に内容を確認する機会が設けられている。利用者、家族に対してパンフレットの配布等は行っているが、説明が不十分である。					

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.WAMネット等の情報をもとに、職員間での情報共有を図っている。地域の会合や祭り等に参加し、地域の情報も収集している。施設長会議にてコスト分析等をもとに、今後の法人の運営方針を決定している。法人設立50周年の際に60周年を見据えた計画を立案したが、進捗状況の確認や見直しができている。3.本部職員、事務局長、施設長、理事、理事長、監事が参加する総務委員会や理事会、評議委員会にて、施設の建て替えや人員、財務状況等について課題を分析し、対応策を検討している。また、主任会議にて、経営者ではない視点から経営課題について話し合う機会が設けられている。					

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・長期的なビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。	C	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.現状分析を踏まえた、2023年までの中長期計画が策定されている。中長期計画は現場ニーズを踏まえた、実行計画を伴うものになっているが、内容の見直しができている。5.事業計画は実行可能な内容となっている。しかし、単年度計画は、中長期計画と連動したものとなっておらず、数値化が不十分である。6.リーダー会議や、主任会議で話し合われた内容をもとに施設長が内容を集約して事業計画を策定している。策定された事業計画を職員に配布し、内容の説明を行っているが、実施状況の振り返りや計画の見直しが不十分である。7.事業計画は各活動室に掲示されている。家族会総会にて職員配置やその年の運営方針を伝えているが、事業計画を元にした話としては不十分と認識している。					

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	B
[自由記述欄]					
8.ユニットごとに日々の業務や支援を毎日振り返っており、内容は記録され、全職員が共有できる形となっている。第三者評価受診にあたっては、チームを作って自己評価を実施したが、一定の基準に沿った定期的な自己評価は実施できていない。9.前回受診時に評価結果を職員に周知している。受診結果をもとに改善策が講じられているが、改善計画の立案ができている。					

## 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。	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。	A	A

[自由記述欄]

10.管理者は自らの役割と責任を明確にし、機関誌に掲載されている。組織図は作成されているが、職務分掌が不十分である。  
 11.管理者は法令順守に関係する各種研修に参加している。虐待防止関連の研修や会議を年に一度実施するとともに、京都府・市が開催する虐待防止研修に職員を毎年参加させている。事業所に関連する法令のリスト化が不十分である。  
 12.支援計画会議やリーダー会議等、各種職員会議に管理者が参加し、サービスの質の状況把握を行っている。リーダークラスの職員の発案により、リーダークラス職員が企画する研修の実施を予定している。  
 13.職員の有給休暇の取得状況や残業の状況を毎月把握し、休暇取得の奨励や時間外業務の偏りの解消等を行っている。

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。	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
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。	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	B

[自由記述欄]

14.「キャリアパス&人材育成計画」を策定している。しかし、福祉人材確保の方針が明確になっていない。京都府人材認証制度を取得し、効果的な人材確保に向けた取組みを進めている。  
 15.法人理念に基づく基本方針に求める人材像が明文化されている。年に2回登用試験を実施し、面接、小論文等を通じて登用している。年に一度「キャリアパス&人材育成推進委員会」を中心に評価表に基づいた自己評価と評価者による評価を実施し、職務遂行能力等の評価を行うとともに、職位のアップに繋げている。  
 16.管理者が各職員の就業状況を毎月確認している。時間外業務が多い職員には産業医からの助言を得ながら対応を行っている。職員からの相談を受けるだけでなく、職員の家族からの相談にも応じている。京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入している。  
 17.「キャリアパス&人材育成推進委員会」を中心に評価表を用いた目標管理が行われている。  
 18.初任者対象のステップアップ研修、上級職員が他部署を経験することで新たな気付きを得る巡回研修など、職位に応じた法人内部研修が実施されている。また、年間研修計画を作成し法人内部研修に加えて、外部研修にも職員が参加している。初任者に手厚く職位が上がるにつれて研修の機会が少なくなる等の課題について、改善策を講じている。  
 19.個別の職員の所持資格や研修の受講履歴を把握している。OJTの仕組みが作られており、実施できなかった過去の反省を踏まえて実効性のある内容に改善を行っている。研修後は研修報告を行い、報告書を作成している。  
 20.実習指導者養成講習に対象職員が参加。実習を受け入れる際には養成校の担当教員と連携を行っている。しかし、実習生の受け入れに関する基本方針やマニュアルが整備されていない。

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
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、機関誌を通じて法人の情報を適切に公開している。しかし、苦情についての公開が不十分である。  
 22.公認会計士、社会保険労務士からの助言を得ている。経理規定等の規定に基いて、適切な事務、経理を行っている。

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上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。	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	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。	A	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.町内会に入会するとともに、行事等への参加を通じて町内会と日常的に関りを持っている。地域で行われるイベントの情報は家族やヘルパーに周知し、必要に応じて参加のための支援を行っている。利用者が買い物に行く際には、地域のお店を積極的に利用している。  
 24.ボランティアを積極的に受け入れている。地域の中学校等は生徒との合同企画でキックベース大会を20年以上開催している。ボランティアの受け入れに際しては、参加理由をしっかりと聞いたうえで受け入れの判断が行われているが、マニュアルが整備されていない。  
 25.各種団体に参加し、会議という定期的に参加している。福祉の手引きを事務所に設置している。  
 26.地域の地蔵盆や会合、少林寺、テコンドー教室に施設スペースを貸している。上京区社会福祉協議会が主催する講演会やボランティアセンター主催の講座に出講している。  
 地域の消防団にも参加している。地域の活性化を目的に実施されているマルシェに法人として参加し、地域や行政担当者との交流を図っている。  
 27.町内会や自立支援協議会の定期的な会合に参加し、民生委員をはじめとする地域の方からの福祉ニーズの把握を行っている。地域の役員を担える人が少ないということもあり、町内会長を引き受けることもある。

### 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。	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。	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。	C	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。	A	A

[自由記述欄]  
 28.行動計画で障害のある本人を尊重したサービスの実施や職員の職務姿勢について明示している。内容は管理者と職員が話し合い、毎年ブラッシュアップを図っている。行動計画を各職員が実施できているかどうかはキャリアアップシートで確認している。  
 29.利用者のプライバシーを守るような設備等の工夫を行っているが、規定・マニュアルの整備が不十分である。  
 30.利用希望があった際は、必要な情報を提供するとともに、状況に応じて見学等の受け入れを行っている。  
 31.難しい言葉の言い換えや、イラスト・写真を使用を通じて、利用者それぞれに合わせて理解しやすい配慮を行っている。しかし、サービスの開始、変更時の説明内容が記録として残されていない。  
 32.支援の継続に配慮し、相談支援事業所等と連携しながら情報共有や引継ぎを行っている。

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	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。	C	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。	C	B

[自由記述欄]

33.日ごろから電話でご家族と連絡を取るよう心がけており、送迎時などには積極的に声をかけるようにしている。モニタリングの面談等の個別相談が実施されている。しかし、定期的なニーズ充足の調査や無記名で意見を表明する機会作りについては不十分である。

34.苦情解決の体制や仕組みについて重要事項説明書に記載されている。苦情の内容は記録されており、本人や家族にフィードバックしている。しかし、匿名で苦情を申し出る機会や苦情の公表が不十分である。

35.相談スペースが設けられており、職員は日ごろから利用者の想いを傾聴するように努めている。把握した要望についてはしっかりと対応している。しかし、マニュアルが整備されていない。

36.緊急時対応マニュアルや事故対応マニュアルが整備されており、書面やグループウェアで職員が内容を確認できるようになっている。ヒヤリハット事例の収集と報告が積極的に行われている。数年に一度、消防署に依頼して救急救命研修を受講している。利用者一人一人に健康管理表を作成し、緊急の受診時に活用している。しかし、リスクマネジメント体制の構築と責任者の明確化、マニュアルの見直しが不十分である。

37.感染防止マニュアルを策定し、主任会議にて見直しを実施しているが定期的には実施できていない。職員会議にて看護師による感染症予防に関する勉強会を実施している。

38.年に2回消防、避難訓練を実施し消防署も立ち会っている。地域の自主防災会の訓練にも参加している。

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	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。	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。	B	B

[自由記述欄]

39.「言葉遣いやコミュニケーション等ガイドライン」として一定の水準を確保するための方法が文書化され、障害のある本人の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関する姿勢が明文化されている。一定の水準を確保するための実施方法は職員の入職時にマニュアルに基づいて指導が行われ入職後1年経った頃を目途に、マニュアルに基づいた支援が行えているかキャリアアップ確認シートを使用してチェックする機会が設けられている。

40.サービス管理責任者が個別支援計画策定の責任者となっている。アセスメントに基づいて支援計画を策定し、モニタリングを通じて内容の見直しを行っている。また、個別支援計画は支援計画会議で内容の検討を行っている。

41.支援計画に基づいてモニタリングを実施しており、内容についてはリーダー会議で確認を行っている。

42.様式を統一して記録を行っている。夜間サービスと日中サービスの様に他のサービスとの連携が必要な場合は同一の用紙にそれぞれの支援者が記録し、一日の支援の流れがわかる様式一枚にまとめている。グループウェアを利用し、情報共有が行われている。

43.個人情報保護規定等の規定が策定されていない。記録管理の責任者は施設長となっている。情報開示については、重要事項説明書に手続等について掲載している。

## 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]					
<p>44.事業所として注力されており、行事の参加などについて確認する事はもとより、食事メニューについては日々検討を重ねている。余暇場面で視聴するDVDを選ぶ事や、好みの物でない場合「嫌」が表現できるように経験をしてもらう事も障害のある本人とのコミュニケーションを交えて実施している。</p> <p>45.職員には虐待防止の研修、セルフチェックの実施をしている。虐待防止法に基づく対応を事業所全体で行っている。しかし、障害のある本人には権利に関する学習の機会やわかりやすく周知する事はできていない。</p> <p>46.ノーマライゼーションをテーマに学びを深めていきたいと検討されている。個別の環境造りには創意工夫を凝らし一人ひとりに合った配慮がなされている。しかし、職員への研修は検討段階となっている。</p>					

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。	B	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。	B	A
[自由記述欄]					
<p>47.絵カードや写真などを用いたコミュニケーションの工夫が個別に実施。概念の理解が難しい方には時間の視覚化（タイマーの活用）を行っている。個別に合わせてPEGS、マカトンサインを活用している。</p> <p>48.個別の相談にはプライバシーを確保された空間で適宜実施。個別支援計画のモニタリングや計画策定の段では計画に基づく相談を実施。個別の状況に応じて意思を引き出す工夫がされている。</p> <p>49.行動障害の状態にある方に対しては個別の環境や支援を提供。自閉症の方への支援が中心にはなるが、視野をより広げて取組みたいという姿勢を持って取り組んでいる。</p> <p>50.食事は個別の特性や希望に応じたメニューを提供。入浴は事業所では3~4件/月だが、自宅での入浴についての助言も行っている。排泄支援は個別の状況を配慮しながら実施。移動・移乗は身体状況や病状に合わせて対応している。日中活動は希望に沿ったグループ分けがなされており、本人の状況によって相談している。</p> <p>51.安心・安全に利用できるように清潔が維持され、個々の状況に応じた環境設定が行われている。</p>					

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。	非該当	非該当
	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
		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
	A-2- (6) 健康管理・医療的な支援	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。	A	A
[自由記述欄]					
<p>52.非該当</p> <p>53.社会参加の機会を適宜設定しているが、コロナ禍の中で実施しにくい側面もある。障害のある本人の希望よりも家族の意向が優先されていないか、事業所内で検討している。</p> <p>54.看護師は4日/週、出勤。ご家族からの連絡帳を通じた申し出に応じて対応している。年1回の健康診断を行い、嘱託医とも連携しながら健康管理に努めている。</p> <p>55.健康管理台帳が整理されており、対応の記録がされている。服薬管理はチェック表を用いて実施され、不備があった場合は看護師、嘱託医、所長に連絡をする管理体制となっている。</p>					

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。	A	A

[自由記述欄]

56.生活の変更があった場合には引継ぎ等は適宜実施している。意欲を高めるための促しや働きかけを継続して行っている。  
57.家族会が組織され、役員会、総会が開催されており情報共有や検討が行われている。母親が中心となりがちな家族の連携として「お父さん会」を企画(数回/年)し、父親が参加できる機会を設定している。緊急時の連絡は緊急連絡網を備えている。  
58.学校や企業とも連携し日中活動(作業)の組み立てを実施している。トイレトペーパーの販売やゴミ袋の販売などの活動を実施している。就労支援も視野に入れた個別の支援を実施した事例もある。  
59.障害のある本人の強みや得意に着目し作業の工程を設定している。作業の工賃は一定のルールで運用している。ボーナスの支給は障害のある本人にも理解しやすい表現で資料を作成し説明をしている。

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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

60.非該当

要検討	良いところ