

総合評価

受診施設名	生活介護事業所やましなの里	施設種別	生活介護
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

2023年2月20日

<p style="text-align: center;">総 評</p>	<p>やましなの里は1992年に療育共同作業所としてスタートした小規模な事業所です。事業所は、住宅街の中に位置しており、近隣にグループホームやショートステイも運営しておられます。家庭的な雰囲気大切にされて、2階建ての一軒家の作りで、一部屋ごとに分けて使用されており、利用者が過ごしやすい環境となるように配慮がなされています。</p> <p>現在、少人数の班ごとの活動やビーズや紙漉きで作成した自主製品の制作、空き缶つぶし等の各作業に分かれての活動で、一日のプログラムを組んでおられ、利用者の障害特性や個人ごとの希望に沿った活動を支援されている様子うかがえました。また、行事やイベント等も定期的開催されており、地域の方にも参加を呼び掛けて「ふれあいミニフェスタ」を開催しておられます。昨今は新型コロナウイルスの影響で、毎年開催されていたイベントが出来なくなったということでしたが、販売会等の工夫をした取り組みをしておられます。今後さらにサービスの質の向上を目指して事業運営に取り組まれることを期待いたします。</p>
<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○人材育成の取り組み</p> <p>事業計画に人材育成の取り組みを明記し、キャリアパスを定めて、昇給条件、「役割と責任」「求められる能力」を明確にしています。「職員育成・評価シート」を用いて目標を設定して職員の個別面談を行い、2段階で上司による評価を行って、人材育成に取り組まれています。勤続年数や階層別で個別に研修計画を策定しておられ、新人職員には「新人職員OJTプログラム」に基づき、1年間のOJTを行っておられます。</p> <p>○個別援助計画の策定</p> <p>一年に一度アセスメントの見直しを行い、ニーズに基づいて個別援助計画を策定しておられます。個別支援計画を担当者が副担当と話し合い策定しておられ主任、所長（サービス管理責任者）が確認を行っておられます。半年に1度のモニタリングで評価を行い、個別援助計画の見直しをしておられます。利用者の状況は月次支援経過記録に記載し、職員会議でグループごとの課題を共有しています。</p>

	<p>○利用者に応じたプログラム</p> <p>行事やグループ活動は利用者に合わせて取り組みとなるようにプログラムを組んでおり、ビーズや紙漉きでの作品作り、空き缶つぶしの作業等少人数ごとに分かれて、作業に取り組まれています。必要に応じて動作法を取り入れ、ストレッチや散歩等の体力づくりも利用者に応じて実施されています。個別支援手順書を作成して一人ひとりに応じた支援を行っておられます。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の見直し</p> <p>中長期計画、事業計画を策定し、職員会議で職員に説明するとともに、利用者、家族に事業計画を配布しておられます。しかし、中長期計画、事業計画は進捗状況、評価見直しまで至っていません。事業計画は具体的な成果を設定し、実施状況の評価が行えるようにすることで、必要に応じた見直しや次年度に向けた計画に繋げることが出来ます。また、単年度事業計画と合わせて中長期計画を確認することで、進捗状況が把握でき、今後の方向性が明確になって、次年度の単年度計画に反映することが出来ますので、定期的に計画の見直しを行われることを期待します。</p> <p>○自己評価の実施</p> <p>サービス評価委員会を設け、定期的に第三者評価を受診していますが、サービスの質に応じた自己評価は実施しておられません。第三者評価を参考に、評価の基準を定めて定期的に自己評価を行われてはいかがでしょうか。日々の会議に上がる課題だけでなく必要な課題が明確になり、改善策を計画的に立てることが出来るのではなると考えます。</p> <p>○マニュアル、規程の策定</p> <p>作業の工程や緊急時の対応等、一部マニュアルを作成しておられますが、個人情報保護、プライバシー保護や文章取り扱いに関する規定、相談対応マニュアル等策定されていないものがありました。事業所としての決まりを定めて規定を設ける事やサービスの水準を保つためにマニュアルを設けることは事業所の質を担保するために必要であると思います。策定されたマニュアルも定期的に見直していくことで、質を上げていくことが出来ると思いますので、是非、必要な規定やマニュアルの策定と見直しに取り組んでください。</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	生活介護事業所やましの里
施設種別	生活介護
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2022年12月23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. 理念や基本方針は事業所の方向性や職員の行動を規定するものになっており、玄関やホームページに掲示し、職員会議のレジュメに毎回掲載するなどして意識付けを図っています。保護者懇談会の場で資料を配布した上で説明しています。

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-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。	b	b

[自由記述欄]
2. きょうされんの会議や手をつなぐ育成会からのお知らせ、福祉新聞などから情報を入手しています。管理者が自立支援協議会東部の役員として参画することで、地域の動向やニーズについても把握し、中長期計画に反映していますが、コスト分析や利用率分析等は不十分です。
3. 経営状況については理事会で役員と管理者が共有しています。人材確保・人材育成が喫緊の課題と認識しており、きょうと人材育成認証制度への取組を通じて、解決・改善に取り組んでいるものの、職員への周知と共有が不十分とのことです。

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
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。	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. 2018年から2022年までの中長期計画を策定しています。その内容は、事業を取り巻く課題に対応するとともに、家族の願いを集約したものになっています。ただし、具体性に乏しく、達成・未達成の評価がしづらい項目が多くあり、見直しや中間評価が実施出来ていません。
5. 単年度計画は、中長期計画の内容を踏まえたものになっていますが、スローガンの記述にとどまっており、具体的とは言い難く、実施状況の評価を行える内容にはなっていません。
6. 事業計画の策定は、職員の意見を集約した上で管理職が中心となり、職員会議を通じて全職員に周知しています。年1回振り返りを行い、報告書にまとめていますが、中間評価や計画の見直しなどは行っていません。
7. 事業計画は利用者・家族に配布し、保護者懇談会の場で説明を行っています。利用者が理解しやすいように、年間の行事などは写真付きで見やすいものとしていますが、周知や説明の工夫を行う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-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	c
		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	c

[自由記述欄]
8. 福祉サービスの質を組織的に評価するという意味での自己評価は実施できていません。
9. 第三者評価は定期的に受診していますが、評価結果を踏まえて改善計画を立てたり、改善への取り組みを組織的に行っているとは言えません。

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. 管理者の役割はキャリアパスに明記し、広報誌を通じて、運営方針や所信について表明しています。職務分掌や緊急時における権限委譲の取り決めが確認できませんでした。
 11. 管理者は京都市やきょうされん等の研修や会議に出席し、遵守すべき法令を把握しています。必要な資料は回覧し、周知を図っていますが、法令のリスト化は行っていません。
 12. 管理者はサービス管理責任者として月次報告を確認し、課題があれば直接指導するなどして、リーダーシップを発揮しています。職員会議でサービスの質の向上について話し合い、研修計画は個別に策定して外部研修の案内を行い、適切に参加させています。
 13. 管理者は、月1回の事業運営管理者会議に出席し、有給取得実績を事務所の壁に張り出すなどの工夫により可視化するとともに、適宜声掛けを行い休暇取得を促しています。超過勤務時間は目安を設け、調整しています。職員向けの意見箱を設置し、投函された意見については改善に向けて動いています。

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。	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. 就職フェアに参加し、PR動画や採用パンフレットを作成しています。また、資格取得支援のための特別休暇や専門職手当などの制度があります。しかし、求める人材像は、組織として明文化されたものではありません。
 15. 就職フェアの冊子から他事業所との待遇を比較し、適宜改善に取り組んでいます。キャリアパスに、各階層に応じた「役割と責任」や「求められる能力」を明記しています。昇進・昇格に関する基準は明確に定めていますが、職員育成・評価シートへのフィードバックがないため、職員自身が評価の理由を知ることが出来ません。
 16. 有給休暇や超過勤務の状況は適宜把握し、声掛け等を行っています。福利厚生としては、インフルエンザのワクチン接種を事業所負担としています。コロナ禍以前は職員と家族を交えた焼肉パーティや花火大会などを実施していました。ノー残業デーを設けたり、メンタルヘルス研修を実施するなどの取り組みを行っています。外部の相談窓口を設置しており、職員会議で周知していますが、職員への浸透度が低いことが課題とのことです。

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。	b	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。	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. 「期待する職員像」はキャリアパスで明確にしています。「職員育成・評価シート」を用いて職員個々の目標を管理していますが、年1回の評価にとどまっており、中間面接は行っていません。
 18. キャリアパスの中で、経験や階層によって必要な能力や資格を示し、職員個々の習熟度などに応じて個別の研修計画を立てていますが、計画やカリキュラムの見直しは行っていません。
 19. 辞令の一覧表やキャリアパスの表などで、職員個別の能力や資格の状況を把握しています。「新人職員0JTプログラム」を用いて1年間かけて指導を行っています。職員個々の能力に応じて個別の研修計画を立てており、外部研修の案内はその都度供覧し、希望すれば参加できるよう配慮しています。
 20. 積極的に実習生を受け入れておらず、マニュアル等も整備していません。希望があればその都度学校側と協議し、そのときどきに応じプログラムでの対応となっています。

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-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. ホームページに法人の理念や基本方針、事業内容、決算状況等の情報を公開しています。広報誌「やましの里」を関係先や地域に配布して事業所の活動を伝えています。第三者評価の受診内容や苦情、相談内容の公表は行っていません。
 22. 経理に関するルールは職員に周知しており、税理士である監事が監査を行っていますが、外部監査は実施していません。

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-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
	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。	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。	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。	c	b

[自由記述欄]

23. 年1回ふれあいミニフェスタを開催し、地域住民との交流の機会としていましたが、コロナ禍で規模を縮小して販売会を実施しています。また、以前は地域の店舗に買い物に出かけたり、地域の催しや区民運動会、職員が同行しています。
 24. ボランティアの受け入れ規程「ボランティアにお願いしたいこと」を作成し、利用者のかかわり方等の留意事項を説明しており、ボランティアの受け入れ体制を整えています。学校教育の協力についての基本姿勢を明文化まではしていません。
 25. 地域の障害事業所、医療機関、居宅支援事業所を利用者ごとに関係機関の一覧を作成しています。管理者が自立支援協議会の災害部会への参加やきょうされん東部ブロックの運営委員として活動する等、関係機関と連携しています。職員に必要な情報を回覧し共有しています。
 26. AEDや印刷機を自治会、町内会、近隣住民が利用出来るように提供しています。また、地域住民からの要望で防犯カメラを設置し、地域の安全なまちづくりに貢献しています。事業所の専門性を活かした講演会や研修会の開催は実施出来ていません。
 27. きょうされんの会議や自立支援協議会の会議に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。しかし、福祉ニーズに基づく具体的な事業を計画することや公益的な活動までは行っていません。

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。	a	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。	b	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	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	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。	b	b

[自由記述欄]

28. 倫理綱領を定め、年1回虐待防止チェックを行い、集計結果を職員会議で配布して、虐待防止に関する研修を実施しています。しかし、利用者尊重の取り組みをマニュアル等に明記出来ていません。

29. 虐待防止委員会を設け、虐待防止規定を策定し、不適切事案が発生した時の対応をフローチャートで定めています。同性介助を行い、排泄介助時はカーテンを引くなど、プライバシーに配慮していますが、規程やマニュアルは作成していません。

30. 利用希望者には個別に説明を行い、体験実習を受け入れています。自立支援協議会主催の事業所フェアに参加して支援学校の生徒や保護者に事業所を紹介しています。事業所パンフレットはカラーで、写真を使用してわかりやすいように工夫していますが、公共の場に設置する等の取り組みは行えていません。

31. 契約書、重要事項説明書を使用して家族に説明を行い、同意を得ています。利用者や家族が理解しやすい様にサービス利用時に必要な書類一覧を作成し、契約書等の利用開始時の書類やサービス内容の書類をファイルに綴じて家族に渡しています。

32. 事業所の変更の際は利用者や家族と相談を行い、生活に支障が出ない様に進めています。相談支援事業所と連携し、スムーズに移行できるように配慮しています。必要な書類を移行先の事業所に提示していますが、手順や引き継ぎ文書等は定めていません。

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
	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
		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、家族同席で6か月ごとに個別に面談をしていましたが、コロナ禍の現在は電話等の聞き取りになっています。把握したニーズはグループごとに検討し、職員会議で共有しています。活動内容の意向を聞き取るアンケートを行っていますが、苦情や意見を聞き取る機会とまではなっていません。

34. 「苦情解決委員会規程」を作成し、利用者や保護者に提示しています。苦情・要望受付シートで利用者からの苦情や要望を把握し、対応経過を記録して閲覧し、職員会議で共有しています。解決結果や改善内容の公表は行えていません。

35. 個別懇談の機会や連絡ノートを活用し、利用者や保護者からの意見を聞き取っています。苦情要望シートに対応経過も記載して、報告や記録の手順は定めていますが、対応マニュアルは作成していません。

36. 事故発生時対応マニュアルを作成し、職員が携帯しています。ヒヤリハットや事故は事故報告書に記録して、毎日、反省会で共有し、2か月ごとに集計して改善策や対応方法を職員会議で検討しています。リスクマネジメント委員会は設置していません。

37. 管理者が新型コロナウイルス感染症の外部研修を受講し、報告書を閲覧して職員に周知しています。また、「ノロウイルス処理の仕方」をトイレ等に設置して対応できるように工夫していますが、対応マニュアルの定期的な見直しとはなっていません。また、感染症対策の責任と役割を明確にした管理体制の整備までは至っていません。

38. 年2回の避難訓練を実施し、火災時の役割分担表を作成しています。備蓄品や避難用品は担当者を決めて管理しています。利用者及び家族と職員は共有アプリを使用し、災害時の安否確認に利用しています。以前は地域の避難訓練に参加していましたが、現在は実施出来ていません。

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。	c	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	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. 各作業の流れ、物品販売の作業方法、送迎対応等のマニュアルを策定していますが、マニュアル通りに実施されているかの検証や見直しの方法は定められていません。また、検証や見直しにあたり、利用者や保護者の意見を反映する仕組みとはなっていません。

40. 年1回アセスメントを実施し、具体的なニーズを明示して個別支援計画を策定しています。担当と副担当が作成し、副所長とサービス管理責任者がチェックしています。

41. 月次支援記録をもとに6ヶ月毎モニタリングを行っています。見直しにあたっては、時期や担当者を定めて、家族と懇談し意向を聞き取り、緊急に変更する場合の仕組みも整えています。しかし、評価や見直しの際にサービスの質の向上に関わる課題を明確にするまでは至っていません。

42. 利用者の利用状況については毎回記録を行い、月次支援記録に反映しています。また、職員会議でグループごとの個別課題を報告しています。また、利用者一人ひとりに個別支援手順書を作成して、情報を共有しています。

43. 「個人情報保護に関する基本方針」を定めて、保護者に個人情報の取り扱いについて説明し「個人情報使用同意書」、職員に「個人情報に関する誓約書」を交わしています。しかし、文書規程や個人情報保護規定は策定していません。

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	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せる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. 写真等を活用し、日中に行う作業や活動の内容、注文するお弁当等を利用者に選択してもらっています。マナーやルール等については、利用者の理解・ペースに合わせて活動の中で練習し、身につくように働きかけています。

45. 「虐待防止規定」や成年後見に関する記事などを利用者・家族等に配布しています。職員向けの虐待防止に関するチェックリストや研修を毎年実施しています。ただし、利用者が自分の権利侵害について学習する機会は設けていません。

46. 作業に使うビーズなどを利用者が自分で選んだり、片付けたりできるように写真等を使い、置き場所をわかりやすくしています。利用者のペースに合わせて、個室で過ごせるように配慮しています。ミニフェスタや販売会などを通じて、地域住民に向けて障害の理解につながる取り組みを行い、社会参加につなげています。

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。	b	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。	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。	b	a

[自由記述欄]

47. 自分の気持ちを表すことが難しい利用者には、視線や表情等から推察したり、写真やカード等を用いて気持ちや思いを聞くようにする等、利用者に合わせて、コミュニケーション手段の工夫をしています。

48. 利用者や家族からの相談には個別に対応しています。利用者からの聞き取りが難しい場合は、家族等からの聞き取りや、日頃の利用者の様子から思いをくみ取り、個別支援計画やモニタリング等に反映しています。

49. 強度行動障害の研修に職員が全員参加できるようにしています。利用者の送迎後に職員が毎日反省会を行い、利用者の状況や対応について共有しています。利用者同士でトラブルになったときは、別室でクールダウンして個別に話を聞き、どうしたいか話をするなどの対応を行っています。

50. 家族等と連絡帳で利用者の体調等について共有しています。利用者に合わせて、食器や食事の形態(ミキサー食等)の工夫をしています。入浴の支援は現在実施していませんが、汗をかいたときなどに清拭を行っています。また、利用者が楽しめそうなイベントや他法人のお祭りなどの情報を提供しています。利用者に必要なお出かけや通院、買い物などについては移動支援事業所等につないでいます。

51. 日中活動を行う部屋は4つのグループに分けています。窓の外の景色を眺めやすい場所にソファを置き、クールダウンで寝転ぶスペースを設けたりと、環境に配慮しています。

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。	b	b
	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	a

[自由記述欄]

52. 聖ヨゼフ医療福祉センターの理学療法士による訪問指導を受けており、希望する利用者とストレッチに取り組んでいます。支援学校の教員に臨床動作法の指導を受けており、対象の利用者の様子を見てもらっています。利用者の体力づくりのため、散歩等に取り組んでいます。

53. 販売会や区民運動会等への参加を通じ利用者が地域の方と関わり、社会参加の支援を行っています。作業の売り上げや、工賃について利用者に説明し、意欲的に作業等に取り組めように働きかけています。利用者が自分でお財布からお金を出して買い物をし、残金の計算等は職員が行っています。

54. 協力医療機関の医師(月1回)と看護師(月1回~)による訪問の時に、利用者の体調の把握や相談をしています。協力医療機関で受診した健康診断の結果を看護師が利用者ごとにまとめ、利用者・職員・家族等で共有し、健康状態の把握に努めています。通院の結果については、家族等に確認しています。

55. 慢性疾患やアレルギー、服薬等については個人健康管理表を家族が毎年度確認し、更新しています。京都市地域リハビリテーション推進センターが開催している口腔ケアや嚥下についての研修を職員が受けるようにしています。

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-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。	b	a

[自由記述欄]

56. 利用者・家族の高齢化に伴い相談が増えているとの事で、ショートステイやヘルパー事業所、グループホーム等の情報提供や利用の支援を行っています。

57. 以前は保護者懇談会を実施していましたが、コロナ禍においては事業報告書にアンケートを同封し、ニーズ等を把握に努めています。家族等との日々の連絡は連絡帳を活用し、利用者の体調不良時の連絡についてはマニュアルがあり、SNSや電話で家族に管理者や担当者から連絡しています。

58. 利用者の表情や体調を確認しながら、作業や活動を提供しています。利用者のペースで取り組める自主製品の作成・販売を主な活動とし、行事やグループ活動は、利用者に合わせて工夫しています。送迎後の反省会で利用者の1日の活動を振り返り、次の日の活動に繋がっています。

59. 紙漉きを行いポチ袋等に加工、他にビーズ、缶潰し、ウエスづくりなどの作業があり、職員が作業内容を写真等で伝え、利用者にもその日に何の作業や活動を選択しています。休憩は利用者の体調等に配慮して設定しています。作業工賃支給規定を利用者・家族に配布しており、工賃は「給料袋」に入れて渡しています。

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-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	

[自由記述欄]

60. 生活介護事業所であり、非該当。