

[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	デイサービスはあとの会	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3月30日

総 評	<p>当法人は、昭和47年9月に、「左京区障害児親の会」として結成されました。昭和59年4月に、「左京共同作業所」を開所され、左京区内で場所の移転はされていますが、これまで継続して左京区内で事業運営をされています。</p> <p>平成18年に特定非営利活動（NPO）法人格を取得され、平成20年から生活介護事業所として運営されています。他に、ショートステイ、居宅介護、相談支援、グループホームの事業を運営されています。</p> <p>法人理念に、「進め！はあとの会 だれもがしあわせに、豊かに、生きる、そして成長していく」を掲げています。この理念を叶えるために、利用者の意向を確認して、それを実現することを目的とし、各事業において利用者主体の支援を行ってまいります。</p> <p>当事業所は、定員20名の利用者を対象に運営されています。2年前に、事業所を新設され、利用者の状態に応じた環境で対応ができるように、集団で生活する部屋が4部屋あり、それらの部屋とは別に、個室対応ができるように小さな部屋も整備されています。調査での訪問した際には、大きな声で挨拶をしてくださる利用者の姿が印象的で、職員も利用者一人ひとりの個性に合わせて対応されている姿を拝見しました。</p> <p>今回初めて、第三者評価の受診をされました。今後、より一層のサービスの質の向上につなげていただくことができますように、以下の通りアドバイスさせていただきます。</p>
-----	---

特に良かった点(※)	<p>○<b>利用者の社会参加への支援</b></p> <p>当事業所の利用者は、自宅やグループホームで生活しておられますが、社会で生活を続けていくために必要な支援を、一人ひとりの利用者の意向や状態に合わせた形で行っておられます。例えば、買い物支援を行う際には、自動販売機でお金の使い方を学び、その後、実際に店舗での買い物をを行い、初めは職員がお金の支払いを行い、徐々に利用者が支払いもできるように、段階的支援をされています。「自分のためだけでなく、他の人のためにもできることがあるよっていうことを実感できるように支援している」ということでした。</p> <p>○<b>一定の水準を確保するための実施方法</b></p> <p>利用者に対して、食事介助や排せつ介助などを行う際の方法をわかりやすく明記して、職員が必要に応じて確認できるように対応されています。利用者の障害特性は一人ひとりであり、対応もここに合わせて実施する必要がありますが、基本的な実施方法を明示することで、どの職員が行っても支援の質が確保されています。より個別性が高い利用者の支援方法についても、どの職員でも理解できるように記録されているため、利用者の安心・安全につながっています。</p> <p>○<b>「課題発見のためのワークシート」の活用</b></p> <p>年度末に総括を行い、課題を明らかにして、次年度の目標や事業所としての行動、職員一人ひとりが行うことを明記されています。これを年度初めの支援会議で職員に説明をし、利用者の支援を行う上で必要なことを共有しています。内容としては、単年度の事業計画にあたる内容となっており、これに基づいて事業を実施することで、支援の質の向上につながっていると考えます。</p>
------------	--

特に改善が  
望まれる点(※)

### ○実習生・ボランティアの受け入れ体制

実習生やボランティアの受け入れは、どのように行えば良いかノウハウが無く、規定やマニュアルも含めて体制が整備されていません。地域との交流や地域への事業所機能の還元にも繋がるため、受け入れ体制の整備を進められてはいかがでしょうか。責任者や指導者の明示、事業所での対応の注意点や必要な書類、1日の実習時間や服装、昼食のことなど実習生の基本的な行動に関する事項をまとめ、プログラムや手順書などを作成することで、規程やマニュアルが整うのではないのでしょうか。

### ○中長期計画の策定

単年度の事業計画については、行事計画などを盛り込んで作成されていることは確認できましたが、中長期の事業計画については作成されていませんでした。「特に良かった点」でも取り上げていますが、単年度の事業計画だけではなく、「課題発見のためのワークシート」も作成され、単年度での課題や目標などは明確になっています。しかし、中長期（3～5年）での計画が作成されていないため、事業運営が1年単位になっており、継続したものとはなっておりません。3年先、5年先の事業運営、利用者支援を検討し、中長期の事業計画を作成し、その内容を取り込んだ単年度事業計画を作成することで、事業の継続した運営を行うことにつながると考えます。

### ○マニュアルの見直し、規定の策定

各種のマニュアルについては、作成されていることが確認できましたが、見直しが長期間されていないものが多く、実用的とは言えないものとなっていました。業務マニュアルとして「はあとの会ルール」を作成し、見直しがされていたので、感染症や緊急時対応、事故対応などのマニュアルに関しても、事故報告や苦情報告、日々の利用者支援の中で上がってきた課題などを基にして、1年に1回は見直しをしていただきたいと思います。また、見直しを行う過程もサービスの質の向上につながる話し合いができますので、見直しは多くの職員と行ってはいかがでしょうか。

また、個人情報の取り扱いについての規定が確認できませんでした。個人情報を適切に取り扱うために、文書の作成や保管、持ち出し、廃棄の方法などを定めた規定の策定をすることで、個人情報の取り扱いについて職員の意識も高まると考えます。

※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	デイサービスはあとの会
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	令和5年2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	b

[自由記述欄]

1. 職員行動規範にも記載し、今年度は新しい人事制度の説明会で伝えていきます。また、パンフレットにも記載し、契約時には保護者に説明を行っています。しかし、分かりやすく工夫された資料は準備していません。

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
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. 自立支援協議会や支援学校からの情報で利用者数の推移を把握し、利用率やコストが分析できています。しかし、それ以外は把握できていません。  
3. 毎月の運営会議で法人の全事業所の管理者が集まり、経営状況や課題について報告、検討を行っています。また、決定事項は事業所のフロア会議に下ろして職員に周知を図っています。早急な周知が必要な場合は会議を待たずに、書面等で回覧をしています。

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。	c	c
		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。	c	c
	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	b

[自由記述欄]

4・5. 単年度計画については、管理者を中心に策定していますが、中・長期計画は策定していません。  
6. 事業計画は年度末のフロア会議で振り返りを行い、「課題発見のためのワークシート」で次年度の課題と行動目標を確認しています。しかし、「課題発見のためのワークシート」は主任会議で協議、策定しており、全職員の意見を反映したものにはなっていません。  
7. 毎年3月、7月の年2回保護者会を開催し、事業計画書を配布説明を行っています。また、出席できなかった保護者には郵送をしています。しかし、事業計画書に分かりやすく理解しやすいような工夫は成されていません。

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。	b	b

[自由記述欄]

8. 支援会議やフロア会議で業務上の課題が抽出されると、運営会議で課題解決に向けた検討を行い、質の向上のためにコンサルタントに入ってもらう、学習会を実施しています。昨年度は自閉症についての対応力を向上させるための勉強会を実施しています。しかし、自己評価は実施していません。  
9. フロア会議や運営会議で検討された課題については「課題発見のためのワークシート」で課題解決に向け、職員それぞれの立場での行動目標を記載し、共有しています。しかし、課題解決に向けた検討に全職員が関わっているのではなく、また、見直しの計画は明確に示していません。

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。	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	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。	c	c

[自由記述欄]

10. 役割等級別評価基準に管理者も含め、責任や役割の期待像を明示しています。また、機関誌にも管理者の言葉を載せ、町内の方や寄付者に送付をしています。保護者会でも管理者として毎回挨拶を行っています。しかし、不在時や有事の際の権限委譲については明示していません。
11. 集団指導や人事評価制度の研修に参加し、法律の改正や事業所で取り組んでいる新しい評価制度のための勉強を行っています。しかし、幅広く把握することが不十分で、リスト化も出来ていないことで、職員に対して周知していません。
12. 年間行事アンケートを全職員対象に実施して、業務の振り返りと改善に向けた検討を行っています。その結果を受けて、「課題発見のためのワークシート」で課題の解決に向けた目標を管理しています。しかし、それを踏まえた職員の教育や研修までは実施できていません。
13. 事業所管理者レベルは労務管理のみの実施で、人事や財務はすべて法人事務局が行っており、関わっていません。

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-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

[自由記述欄]

14. 就職後の資格取得や研修には3万円の補助を出しています。勤務時間で行くことができ、教育訓練の対象のものであれば全額補助を出しています。また、残業を削減できるように取り組んでおり、年間休日でも2023年度からは増やす計画をしています。しかし、人材確保の計画は立てられていません。
15. 役割等級別の評価基準を作成し、それぞれの役割での期待する評価基準を詳細に記載しており、キャリアパスがしっかり明示されています。また、年2回の面談で職員の役割に応じた評価を実施し、運営会議で昇格や昇給の判断を行っています。
16. 労務管理は事業所の管理者が責任を負うことも明記されており、有給休暇や残業の管理を行っています。また、メンタルヘルスやハラスメントの相談窓口も職員のロッカー横に掲示しており、いつでも相談できる体制を整えています。介護休暇は今までは無給でしたが、今年度からは有給にして取得しやすい職場環境を整えています。

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。	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。	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. 職員一人ひとりが目標達成シートである「上半期の目標」を立て、管理者との年2回の面談を通して、達成状況を確認しています。役職以上の職員は「キャリアアップシート」と名前が変わり、評価項目も多くなっていますが、評価の仕組みは同じようにしています。また、役割等級別評価基準で職員一人ひとりの役割に合わせた基準を明確に示しています。
18. 役割等級別評価基準を基に年度末の運営会議で年間教育訓練計画を作成し、職員が次年度受ける研修計画を立てて明示しています。職員も受ける研修が見えるため、予定が立てやすくなっています。また、カリキュラムの見直しは運営会議で随時実施しています。
19. 職員の資格状況を把握し、年度末に次年度の研修計画を職員に明示し、研修参加を促しています。また、プリセプター制の導入のためにOJTの研修にも参加しており、新人職員に対する教育体制を整えています。新人職員にはプリセプターが付き、「はあとの会ルール」という業務手順書を渡して指導を行っており、業務に困らない配慮をしています。
20. 法人として、実習生を受け入れるための体制やプログラムを整備していません。

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。	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. NPO法人ポータルサイトにて、事業計画、事業報告、予算、決算の情報を公開しています。また、活動を載せた広報誌は事業所近隣や後援会に配布しています。しかし、事業所の存在意義や役割については、地域に明確な意思表示をしていません。苦情対応もタイトル表示だけとなっており、改善や対応の状況は分かりません。  
 22. 法人の事務局が窓口となり、外部の税理士や社会保険労務士と契約をして3ヶ月に1度は助言を受けています。また、税理士には毎月財務状況を確認してもらっています。しかし、内部監査をする仕組みはなく、法人内部でのチェック体制はありません。

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	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。	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。	c	c
			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	c

[自由記述欄]

23. 近所のお店に利用者と一緒に出かけたり、病院とは連携をしています。しかし、近隣地域との交流を広げるための取り組みは行っていません。  
 24. 法人として、ボランティアを受け入れるための体制やプログラムを整備していません。  
 25. ふれあい祭りやスポーツセンター祭りに、はあとの会の作品を出展したり、生活介護連絡協議会に参加していますが、コロナの影響もあり連携は十分ではありません。  
 26. AEDを設置し、施設の前に設置シールを貼付し、地域に向けて示していますが、施設機能の地域還元は十分ではありません。  
 27. 空き情報の提供や支援学校の学生の受入れを行っていますが、地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動は十分に行われていないといえません。

### 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	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	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	b

[自由記述欄]

28. 個々の利用者へのサービス提供のために、業務マニュアル(はあとの会ルール)を作成しています。支援会議において定期的に状況の把握・評価等、必要な対応ができています。  
 29. 業務マニュアル(はあとの会ルール)にプライバシー保護について記載があり、スタッフにも周知しています。しかし、不適切な事案が発生した場合の対応方法等の明示は不十分です。  
 30. 見学や体験利用等、申し出があれば受け入れています。しかし、パンフレットは古いままで見直しが出来ていません。  
 31. 福祉サービスの開始・変更にあたっては分かりやすく説明し、同意を得ていますが、説明資料としての工夫は不十分です。また、意思決定が困難な利用者への配慮について明確なルールはありません。  
 32. サービス等の変更や移行にあたっては相談支援事業所と連携が出来ていますが、継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書の定めはありません。

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。	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。	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	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・保護者との面談は、年2回行っています。利用者のニーズ充足に向けては支援会議で検討をしています。アンケートを毎年ではありませんが実施しています。意見箱の設置は無く、意見・苦情を出しやすい工夫は十分ではありません。  
 34. 苦情内容については、解決・結果などを保護者会で公表をしています。第三者委員の設置など、苦情解決の仕組みを整備していますが、利用者や家族にわかりやすい説明ができていません。  
 35. 利用者からの相談や意見に対し、判断できない事であれば法人に報告、相談して対応していますが、マニュアル等の見直しは出来ていません。  
 36. 安全対策委員会を設置し、事故防止・腰痛予防等の研修を年間3~4回実施しています。また、マニュアルは会議の場で周知し、事例やヒヤリハットは支援会議にて検討していますが、見直しは出来ていません。  
 37. 感染対策委員会を設置しマニュアル等を整備し研修を実施しております。しかし、マニュアルの見直しは出来ていません。  
 38. 災害時の対応体制が決められていますが、安否確認の方法は不十分です。

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
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	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。	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。	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. 業務マニュアル(はあとの会ルール)を整備し、その上で個々の利用者別にも対応して、職員に周知しています。支援会議において見直しも行っていきます。  
 40. 個別支援計画策定の責任者(管理者)を設置し、月1回のモニタリングを実施しています。計画の見直しは検討会議で年3回しています。  
 41. 毎月の支援会議にて個別支援計画の達成状況の確認をしており、利用者の最近の様子を振り返り支援状況の共有し見直しを行っています。  
 42. 毎日の利用者への支援記録はいつでも閲覧できるところに保管してあり、各自確認ができるようになっていきます。パソコン等でのデータ共有はしていませんが、計画書等に関しては、支援会議等でも随時共有を行っています。  
 43. 個人情報に関する書類は鍵付の棚に保管しています。データ等の持ち出し、個人情報の取り扱いについてスタッフには書面にて注意を促しています。また、利用者・家族には重要事項説明書にて説明をしています。しかし、個人情報保護規定は作成していません。



**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。	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	b

**[自由記述欄]**

44. 個別支援計画において利用者の意向や強みを記載し、買い物支援などの際には利用者の希望などを尊重した支援を行っています。しかし、生活していくうえでのルールについて、利用者話し合う機会は持っていません。

45. 身体拘束を行うことが必要な際に、利用者や家族に対して説明を行い、同意を得て対応しています。しかし、利用者に対して権利擁護を学ぶ機会は確保していません。

46. 利用者の個性や持っている能力に合わせた支援を行っていることは、家族との連絡帳や個別支援計画で確認しました。しかし、地域住民への障害についての理解などを進める取り組みはしていません。

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
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	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。	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. 利用者の精神の発達の遅れなどの障害特性に合わせて、写真や絵カード、マカトンサインなどを用いて、コミュニケーションを取っています。コミュニケーションを取ることが困難な場合には、利用者が考えている意向や希望を家族に確認しています。

48. 明確に意思表示ができる利用者は少なく、利用者の意志を確実に把握することは難しいですが、日頃の様子をしっかりと観察することで、対応できるように心がけています。しかし、利用者が意思決定するために必要な情報の提供や説明は不十分です。

49. 利用者の行動障害に対しては、利用者の個性に合わせて、個室で対応を行うなどの個別的な対応を行っています。利用者間での調整が必要な時には、利用者同士のフロアや送迎車を分けることで対応しています。

50. 利用者の個性に合わせて、食事や排せつなどの支援を行っています。個別対応が必要な利用者の情報は一覧にして、職員が対応するときに確認しています。年度初めに、個別支援計画を職員間で共有し、統一した対応を行っています。

51. 約2年前に事業所を新設しており、利用者の安全が確保できる設備になっています。個室が落ち着く利用者や外を眺めると落ち着く利用者があり、それぞれに合わせた場所で過ごすことができるように対応しています。

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	b

**[自由記述欄]**

52. 音楽療法士や、支援学校で機能訓練を担当していた人が、定期的に利用者の状態を確認し、機能訓練や生活訓練を行っています。また、利用者が通っている病院の理学療法士との連携も行い、指示に基づいて訓練を行っています。

53. 利用者や家族の意向を確認し、買い物支援を行っています。利用者の理解度に応じて、自動販売機での買い物から始め、コンビニでの買い物に発展させるなど、段階を踏んで支援を行っています。また、外出の意向に対して、遠足の行き先を希望を聞いて決定するなど、利用者の興味が出るよう取り組んでいます。

54. 毎日、利用時に自宅での様子や体調を確認しています。利用中に体調変化が見られた利用者に対しては、必要に応じて受診を行ったり、自宅への送迎を行い、家族に状態を伝えています。便秘の利用者に関してはかかりつけ医と情報を共有し、排泄表を記録するなど、健康管理に努めています。週1回、法人内の別の事業所の看護師が、利用者の体調確認を行っています。

55. 利用中に服薬する必要がある利用者の服薬管理を行い、確実に服用できるように支援しています。しかし、医療的な支援を行うための事業所ではないため、医療連携についての管理者の責任が明確になっておらず、個別の計画も策定していません。

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
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。	c	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。	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。	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。	—	—

[自由記述欄]

56. 利用者は自宅やグループホームで生活しているため、利用者の意向を確認して、地域生活を営むために必要な買い物支援などを行っています。しかし、地域の関係機関との連携や協力を行っていません。  
 57. 保護者会や個人面談を年2回ずつ実施し、利用者に対する支援方法や生活状況などの共有を家族と行っています。利用中の体調変化や急変時には、家族に連絡を行い、対応について相談しています。37.5℃以上の発熱の時は、家族に迎えに来てもらっています。  
 58. 利用者の意欲の向上のために、買い物支援の時には、自分だけの買い物から、徐々に皆のための買い物など発展させて、役割を自覚できるような支援を行っています。利用者が利用している他の事業所と連携し、必要に応じてカンファレンスを行い、利用者の情報共有を行い、支援につなげています。  
 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