［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		

2023年6月19日

総　　評	社会福祉法人京都太陽の園は、１９５６年に結成されたカトリック障害者の会「子羊会」を前身に持ち、１９７９年、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援すること目的に、社会福祉法人として設立されました。その後も、舞鶴市、宮津市、南丹市などの障害者福祉の拠点として、障害者支援施設、身体障害者センター、障害者生活支援センターなどを運営しています。 本施設は、施設入所支援、生活介護、就労支援Ｂ型を一体化して運営しており、利用者にとっても、利便性が高く、職員との関係も密接で、まさに、利用者一人ひとりが安心して生活ができる空間となっています。また印刷部門、独自生産部門、下請け部門等、多種多様な作業を準備しており、日中活動も充実しています。作業内容の決定の際には、可能な限り利用者の希望を尊重するため、場合によっては、自助具などの作成を検討したうえで、これを決定するなど、できる限り利用者の意思や可能性を尊重した支援に努めています。
特に良かった点（※）	**○利用者の意向を重視した支援** 利用者からの要望を受けて、月１回のコンビニエンスストアによる出張販売、月２回の駄菓子屋による出張販売を実施しています。そのほか、利用者の趣味も大切にし、例えば、フィッシングクラブの活動として、年２回、舞鶴と小浜に釣りに出かけています。このような活動は、利用者の日々の楽しみの一つとなっています。 **○人材育成について** 人材育成計画を毎年定めており、これに基づき、年間研修計画が定められています。また人事考課においては、具体的な評価項目に基づき、職員の役職に応じた専門性や、職務遂行能力、職務に関する成果などが評価されています。このような人事考課の基準は職員にも配布されており、「あるべき職員像」が職員に周知されています。そのほか、毎年２回、職員との面談が実施されており、個人面談シートに基づき、目標の達成度が確認されています。 **○前回の第三者評価をふまえた取り組み** 前回の第三者評価において、マニュアルが整備されていないことが指摘されたことから、マニュアル化推進委員会を立ち上げ、マニュアルの作成を進めています。このように第三者評価の結果をふまえて、施設の改善を進めている点は、評価すべき点と言えます。

特に改善が 望まれる点（※）	○アセスメント 　アセスメント様式があり、個別支援計画策定時に、初回アセスメントは実施しているものの、書面で残されていないものもあるほか、計画変更時におけるアセスメントも不十分です。アセスメントは、利用者支援の基本となるものですので、丁寧に実施をするとともに、適切に書面化して職場内でしっかりと共有していくことが必要です。 ○記録化の徹底と記録管理 　利用者に関する日々の記録など、個人記録が十分に作成されていません。また作成された記録の管理も、電子化しているもの、書面化しているものがあり、記録の分散により、利用者に関する大切な情報が抜け落ちてしまうことが危惧されます。まずは職員に対し、記録化の意識を高めるための研修を実施するなどして、個人記録を充実させることが必要と考えます。また記録管理も、データか、書面に統一された方が良いと考えます。 ○苦情記入カードの配布や匿名アンケートの実施 　外出行事に関するアンケートや、食事に関する嗜好調査を実施していますが、苦情記入カードの配布や匿名アンケートなどが実施されていません。最近、苦情がないとのことですが、福祉サービスの質の向上を図るためには、利用者が苦情・要望などの申し出をしやすくすることが重要です。多くの要望や苦情を、福祉サービスの改善に繋げることがサービスの質の向上に大切と考えます。

※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	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
訪問調査日	2023年3月14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、広報紙、事業計画などに記載しています。職員に対しては年度当初の職員会議、利用者に対しては月1回開催される利用者による自治会（「友愛会」／4月）で説明をしています。ただし、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫はできてきません。

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。	b	b

［自由記述欄］

2. 南丹市社会福祉協議会法人後見運営委員会、南丹市地域福祉計画推進委員会、南丹市園部地区障害者ネットワーク会議などに参加し、社会福祉事業全体の動向や地域における福祉サービスのニーズなどの把握に努めています。これを法人管理者会議などで情報共有していますが、収集した情報の分析までには至っていません。
3. 管理者が、地域のネットワーク会議などに参加し、地域の福祉ニーズの把握したり、現場を管理して具体的な経営課題の把握に努めていますが、現状においては、収集したデータの分析や、経営課題改善に向けた取組みが不十分です。

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
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	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。	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・長期計画は策定されていますが、必要に応じた見直しは行われていません。
5. 単年度における事業内容が示された単年度計画を策定しています。中・長期計画の内容を反映したもので、具体的な数値目標も設定しています。
6. 事業計画は、年度初めの職員会議で職員に周知しています。ただし、事業計画の策定に職員の意見を反映させる仕組みはありません。
7. 利用者の自治会において、年度初めに事業計画の主な内容を説明しています。事業計画をわかりやすく説明する資料は作成していません。

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－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. 年間研修計画に基づき職員研修を実施し、その振り返りをしたり、職員面談を定期的に実施するなどして、職員による福祉サービスの質の向上への取組みを確認し、これを評価するなど、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みをしています。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. 前回の第三者評価において、マニュアルの不足を指摘されたことから、マニュアル化推進委員会を作って、マニュアルの改善を実施しています。ただし、第三者評価結果を分析した結果や、それに基づく課題は文書化できていません。

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	評価結果 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	c
	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。	c	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.　「京都太陽の園業務分掌」において管理者の役割と責任について明確にしており、年1回職員に配布し、周知しています。管理者の役割と責任について、組織内の広報誌に掲載し表明していません。
11.　管理者として研修や勉強会に参加するなど、遵守するための法令等を正しく理解するための取組が不十分です。
12.　職員に対し法人の職員研修、外部研修の情報を提供し、研修後にアンケートや振り返りなどを実施するなどして、職員の教育、研修の充実を図っています。福祉サービスの質に関する現状分析と具体的な取組は十分ではありません。
13.　管理者は経営改善や業務の実効性を高めるために、主任会議や職員会議などに積極的に参加しています。ただし、人事、労務、財務等をふ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	評価結果 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	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組んでいる。	b	b

［自由記述欄］

14.　「社会福祉法人京都太陽の園人材育成計画」を策定し、これに基づき法人内の人材育成委員会において、年間研修計画を定めています。介護福祉士試験の試験料を負担するなど、資格取得支援を実施しています。
15.　人事考課の具体的な評価項目に基づき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度などを評価しています。業務管理職職能資格格付基準等、人事評価の基準を示したものを職員に配布し、周知しています。年2回、職員との面談を実施していますが、把握した職員の意向に基づく改善策の実施が不十分です。
16.　有給休暇の取得状況、時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握しています。職員の心身の健康と安全の確保のための取組が不十分です。

評価分類	評価項目	通番	評　価　細　目		評価結果 自己評価	評価結果 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	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	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.　年2回、職員面談を実施し、人材育成個人面談シートをもとに目標達成度の確認などをしていますが、職員が設定する目標に目標水準や、目標期限が定められていません。
18.　法人の人材育成委員会において、人材育成計画を策定し、年1回、見直しをしています。　法人の研修部会において階層別研修などを計画、実施しています。人事考課などにより、役職等に応じて必要とされる専門技術などが明らかになっています。
19.　法人が実施する研修や外部研修なども活用し、職員の職務や必要とされる知識、技術水準に応じた教育、研修を実施しています。ただし、職員一人ひとりの研修計画までは策定していません。
20.　実習生の受け入れはありません。また実習生の受け入れに関するマニュアルもありません。

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-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. ホームページ上で、理念、基本方針、事業報告、予算、決算情報を公表しています。広報誌「ひなたぼっこ」を年2～3回発行し、家族に配布するとともに、地域活動支援センターに配架しています。しかし、苦情や相談の内容や改善状況は公表していません。
22. 事務や経理に関するルールを、業務分掌や経理規定などで明確に定め、定期的に法人の会計士に相談しています。法人の監事による内部監査は実施していますが、外部監査は行っていません。

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
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。	c	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。	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. 利用者のニーズを把握して、地域のスーパーへの買い物の際には介護タクシーを紹介するなどの支援を行っています。コロナ禍前は、地域住民が参加できる「オープンハウス」や秋祭りを施設の駐車場で行っていましたが、この3年間は実施していません。また、地域の行事に参加することもできていません。
24. 理美容のボランティアに来てもらい利用者の散髪を行っていますが、ボランティアの受け入れに関する基本姿勢やマニュアルなどがなく、受け入れ体制も整備していません。
25. 南丹市園部地区障害者ネットワークなどに参加してネットワークを構築し、他の事業所などとの意見交換を行っています。保健所を交えたほっとはあとセンターに加盟し、販売拡充のための企画などに取り組んでいます。しかし、それらの取り組みについて職員に周知しておらず、利用者に対しても、社会資源を明示したリストの作成をしていません。
26. 毎年、南丹市と福祉避難所の契約を行い、意見交換をしています。実際に、台風被害が予想された際には、ペットを含めた高齢者夫婦を受け入れたことがあります。法人内に相談支援事業所があり、地域のニーズは把握していますが、地域の活性化に貢献する活動はしていません。
27. 法人として南丹市基幹相談を担当しており、地域の福祉ニーズの把握を行っています。この地域には、相談支援事業所が少ないという現状がありますが、法人内の相談支援事業所が、これを担っています。ただし、地域ニーズに対する具体的な事業を計画に明示していません。

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	評価結果 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。	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。	b	b

[自由記述欄]

28. 業務マニュアルとして、「介護部マニュアル」「介護マニュアル」を策定し、利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢を反映しています。しかし、倫理綱領を策定していません。
29. 利用者の居室は個室と二人部屋があり、二人部屋も家具で間仕切りをしてプライバシーに配慮しています。虐待防止に関するマニュアルを策定し、年1回研修を行っています。介護部マニュアルはプライバシーや利用者の羞恥心に配慮した内容となっていますが、プライバシー保護に関するマニュアルは策定していません。
30. 見学や一日体験の希望があれば、個別に対応しています。「南丹圏域障害児総合支援ネットワーク2022 ほっとネット」が作成する福祉サービス相談会の冊子の中に、施設概要を掲載しています。事業所独自のパンフレットは写真などを用いてわかりやすく作成していますが、見直しができていません。
31. 利用開始時には利用者や家族などに対して、重要事項説明書を用いてサービス内容等を説明しています。サービス内容を変更する際は館内放送や掲示板にて利用者に周知していますが、わかりやすく工夫した資料の作成、配慮のルール化はしていません。
32. 利用する事業所を変更する際にはADL票や看護サマリーを作成し、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	評価結果 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	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. 利用者のニーズを把握するために、外出行事に関するアンケートや食事に関する嗜好調査を年1回ずつ実施しています。月1回利用者自治会（友愛会）を行っています。しかし、利用者が他の利用者の目を気にすることなく意見を述べやすいスペースがなく、匿名アンケートの実施もしていません。
34. 「苦情解決の仕組みについて」「苦情対応規程」を策定し、苦情解決のための体制を整備し、苦情受付の体制について廊下に掲示して利用者に周知しています。最近は、苦情として対応してケースはありませんが、苦情を受け付けた際には書面にして適切に保管し、利用者などにフィードバックしています。苦情内容については、廊下に掲示し利用者に公表しています。しかし、苦情記入カード・匿名アンケートがなく、苦情を申し出やすい工夫は行っていません。
35. 職員は把握した相談や意見について、速やかに対応をしています。居室変更を希望する意見に対しては、他利用者との調整を行い、希望に沿った対応をしています。しかし、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順を定めたマニュアルは策定していません。
36. 「事件事故発生時の緊急対応マニュアル」「救急対応マニュアル」を策定しています。緊急時にすぐに対応できるように、利用者一人ひとりの状態をファイルで保管しています。法人内にはヒヤリハット検討委員会を設置していますが、各事業所で発生した事故やヒヤリハットの検討や分析はできていません。
37. 新型コロナウイルスの陽性者発生時におけるゾーニングやガウンの着脱の方法について研修を行っています。感染症予防マニュアルを策定し、職員に周知していますが、マニュアルに基づく対応は十分ではありません。
38. 福祉避難所として災害時の物品を備蓄しています。「災害発生時の緊急対応マニュアル」を整備し、事業所内の対応体制は定めていますが、地域との連携を意識したものにはなっていません。また、消防訓練は行っていますが、災害発生時を想定した訓練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	評価結果 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。	c	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. 「介護部マニュアル」を作成し、一定の水準を確保するための実施方法を明示し、採用時に職員に配布しています。更衣介助の項目には、利用者のプライバシーに配慮することを記載しています。また、個別支援計画の内容を考慮した「介護マニュアル」も作成しています。しかし、マニュアルに基づいて実施しているかを確認する仕組みはありません。
40. 個別支援計画は管理者がサービス管理責任者を兼務し、作成にあたっての責任者となっています。相談支援専門員作成の利用計画を基にして、個別支援計画を作成しています。アセスメント様式を定め利用開始時にアセスメントを行っていると聞き取りましたが、書面として確認できないものもありました。また、個別支援計画の見直しの際にアセスメントを実施する必要がありますが、実施している記録が確認できませんでした。
41. 個別支援計画に基づきサービスを実施し、半年に1回、見直しをしています。見直しにより変更した個別支援計画を職員に周知する手順や、緊急に変更する場合の仕組みの整備はありません。
42. 利用者の状況やサービス実施状況の記録は介護記録ソフトや申し送りノートを活用して記録し、閲覧できる仕組みがありますが、実施記録の内容は乏しいとのことです。組織における情報の流れは明確になっていません。
43. 「個人情報保護規程」を定めて利用者の記録を管理しており、新規採用時には規程の説明をしています。職員に対しての教育や研修は継続的に実施できていません。

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	評価結果 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. 趣味活動や衣類の出張販売、出張理美容、買い物支援等、利用者の意思と希望や個性を尊重しています。生活に関わるルールについては、利用者の自治会である友愛会で決めることがあります。エンパワメントに基づいた個別支援を行っている記録は確認できませんでした。
45. 入所契約時に重要事項説明書や運営規程を用いて、権利擁護について利用者や家族に説明しています。ベッドからの転落防止のため、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みは行っていません。
46. 自助具や食器の工夫による食事の自立、全自動洗濯機設置による洗濯の自立など、環境や道具を整え生活を支援しています。電車で通所する利用者について、駅員に障害特性を説明して連携するなど、利用者や家族等が地域で安心して生活できるよう図っています。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	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。	b	b
	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	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. 言語によるコミュニケーションが難しい利用者については個別に時間を設けるようにしたり、筆談やスマートフォン、タブレット機器等を用いてコミュニケーションを図ったりしています。
48. 相談の希望があれば、都度対応しているほか、年1回の個別計画の見直しの際には、利用者と個別の面談機会を設けています。生活にかかわる自己決定や自己選択を図る支援として、選択肢を示して情報提供し、利用者が意思決定できるよう工夫しています。相談内容を関係職員等で検討し理解・共有する機会は十分ではありません。
49. 利用者の不適応行動などの行動障害に対しては、必要に応じて多床室から個室に移るなど対応しています。精神障害に対する専門知識の習得と支援の向上が課題とのことです。
50. 食生活については利用者の心身の状態に応じて食形態やアレルギー対応をし、誕生日メニューの希望を聴き取って提供しています。毎週金曜日は飲酒可としています。入浴については当日のバイタル等を確認し看護師が可否を判断しています。日中活動ははたらくことが主の作業となっているため、他のプログラムを取り入れるなど選択できるよう多様化を図りたいとのことです。
51. 個室はトイレを完備、広さもあり、共用トイレも車いす使用を考慮した作りになっています。2人部屋は家具で仕切り、プライバシーを確保していますが、換気扇がないため換気に課題があり、感染予防や臭気対策が不十分です。作業場の共用トイレに窓がなく、こちらも換気に課題があります。

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	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. 非該当
53. ボッチャや卓球バレーなど大会参加をめざせるスポーツを活動として取り入れたり、地域住民の協力を得ながらペットボトルキャップやコンタクトレンズケースの回収などのエコ活動を支援したりしています。算数や漢字、ひらがなの勉強がしたいという利用者の意向に沿って日中活動に取り入れ意欲を高める工夫をしていますが、金銭管理等を含めた学習のための支援は十分でないとのことです。
54. 年1回の健診と週2回の診察機会を設けています。日常的には看護師を中心として利用者の健康状態を把握し、看護師不在の夜間・休日等は申し送りノート等を活用して医務と介護の連携を図っています。医師や看護師による健康面での説明機会は設けていません。
55. 医療的ケアを必要とする利用者は少ないですが、留置カテーテルの交換が必要な利用者は嘱託医の来診日に交換をしています。服薬が必要な利用者については、能力に応じて自己管理および医務管理を行っています。医療的な支援（連携）に関する職員研修の定期的な実施や、安全管理体制の構築については十分ではありません。

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
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。	b	b

[自由記述欄]

56. 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望を確認していますが、希望者は少ないのが現状です。昨年、グループホームへの移行事例があり、計画相談事業所の相談員と連携し支援しました。地域生活の意欲を高める支援や工夫は行っていません。
57. 年1回実施していた家族会の総会はコロナ禍により実施できておらず、家族等からの相談や家族等への報告、連携は必要時に個別対応しています。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. 仕事（作業）内容の決定においては、利用者の希望や自助具作成による工夫、能力評価の上で決定し、利用者の意思や可能性を尊重した支援に努めています。企業から仕事の依頼があった場合には、利用者の能力や可能性を考慮して請負の判断をしているほか、企業と連携を図り作業内容の充実を図っています。
59. 蛍光灯や粉塵対応マスクの着用、手荒れや油汚れ防止の手袋着用など、労働安全衛生に関する配慮を行っています。また、単価の高い仕事の受注や生産の効率化・迅速化を図るための自助具の使用等、賃金（工賃）を引き上げるための取り組みや工夫をしています。利用者の障害の特性や程度等により、いくつかの作業内容から選択できるよう、多様な仕事の内容・工程等を提供するための工夫を行っていますが、その計画については必ずしも利用者とともに作成できていません。

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
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. 就労ネットワーク会議の参加により、企業との新たな取り引きが発生することがあり、受注の拡大につながっています。施設入所支援と就労継続B型との多機能事業所であるため、他への就労希望者はほとんどいないのが現状であり、就職支援や定着支援は行っていません。