

[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	麦の穂学園	施設種別	療養介護・医療型障害児入所施設
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

2023年12月25日

総 評	<p>麦の穂学園は、重症心身障害児施設「京都市麦の穂学園」として、昭和42年8月、京都市から受託運営（公立民営）の形で開設され、平成18年3月、指定管理者制度のもとで、社会福祉法人聖ヨゼフ会が設置者となり、「麦の穂学園」に改称されました。</p> <p>法人は、キリストの教えに従い、生命と人権を大切にすること、知識と技術の研鑽に努め、障害を持つ人々に最善の支援を行うことを基本理念とし、優しい言葉と笑顔の対応で命の希望を与えること、障害児（者）に安全な医療・療育・福祉を提供し、地域に貢献すること、人材の育成に努力し、安定したサービスの向上に努めることを基本方針に、利用者やそのご家族に寄り添った支援を継続しています。</p> <p>麦の穂学園においては、併設された聖ヨゼフ医療福祉センターにおいて、専門医による治療と継続した指導がなされ、適切な医療ケアが施されています。また、看護・療育の面では、快適な日常生活ができるよう、利用者の健康管理に努め、園外活動、行事等への参加ができるよう生活援助がなされています。さらに理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの専門職と日々連携し、リハビリテーションによる身体機能の改善、言語、摂食指導等などがなされています。</p> <p>学校教育は、隣接する京都市立北総合支援学校「紅梅分教室」において行われており、学業面での支援も継続しています。重度障害の利用者が多く、医療的ケアが常に必要な利用者もおられますが、生活の場として、利用者の思いを尊重した支援を行っています。</p>
-----	---

特に良かった点(※)	<p>○リスクマネジメント体制の構築</p> <p>リスクを5段階に分類し、レベル0を含む0～2はインシデントと整理し「ヒヤリハット報告書」で、レベル3～5をアクシデントと整理し「医療事故状況報告書」により、法人に報告するものとされています。これを、月1回、医療安全委員会において分析・検討し、その都度、各部署の責任者がミーティングで、職員に周知しています。これにより、今後同じような問題が生じないように徹底されています。</p> <p>○充実した個別支援計画の作成</p> <p>アセスメントを充実させるため、事業所で作成した独自の様式を使用し、詳細な情報収集を行っています。また、適正な個別支援計画となるように、計画作成等の手順をフローチャートに定めるなど、その作成方法も明確化しています。また年2回、主治医、医療スタッフ、療育スタッフ、学校等の利用者に関わる関係者と、利用者も参加しての個別支援会議を開催し、情報共有や目標の検討を行い、利用者の意向や、心身の状況に即した個別支援計画となるよう努めています。</p> <p>○個別的な支援に向けた取り組み</p> <p>危険認知の低い入居者についても、一律に行動制限するのではなく、状況を見守り、問題があれば、職員が付き添うなどの個別的な支援を行っています。また、医師、看護師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職が関わり、利用者の心身の状況等に応じた支援に努めています。</p>
------------	--

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○事業所に応じた事業計画の策定</p> <p>事業計画は法人全体のもので、個別の事業所に応じたものとは言えず、実施状況の評価を行うための数値目標や具体的な成果などが設定されていません。事業所の状況に即した具体的な事業計画を策定し、その上で実施状況の評価し、これを見直すことなどを繰り返していくことにより、事業所が現在有する課題を適切に解決し、今後発展していくものと考えます。今後、このような事業計画が策定されることを期待します。</p> <p>○職員の目標設定について</p> <p>職員一人ひとりが、育成に向けた目標を設定し、評価し、検証するための仕組みがありません。例えば、職員が年度初めの面談で、具体的な目標を定め、当該年度半ばの面談で達成状況の評価し、年度後半に向けて目標の見直しなどを行い、年度末に再度目標の達成状況を確認するなど、職員育成のための取り組みが実施されることを期待します。このような取り組みにより、職員の成長が促され、モチベーションも高まり、事業所全体の活性化に繋がるものと考えます。</p> <p>○マニュアルの定期的な評価・見直し</p> <p>マニュアルの定期的な評価・見直しが、確認できないものがありました。マニュアルは、事業所の状況に応じて作成することが必要ですが、日々これは変化していくものですので、定期的に評価し、見直しをする仕組みを確立することが求められます。またいつ評価し、見直しを実施したかを記録しておくことで、実施漏れをなくし、後の評価、見直しの検討がしやすくなると考えます。今後は、このようなマニュアルの定期的な評価、見直しの仕組みが確立されることを期待します。</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	麦の穂学園
施設種別	療養介護・医療型障害児入所施設
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9月7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。	a	a
[自由記述欄]					
1. 理念、基本方針は、入口に掲示しており、ホームページ、パンフレットなどにも掲載しています。利用者、家族に対しては、パンフレットなどを用いて契約時に説明しています。職員に対しては採用時のオリエンテーションで説明し、職員は勤務中、理念、基本方針を明記したカードを携帯しています。					

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。	a	a
		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. 社会福祉協議会、京都私立病院協会、日本重症心身福祉協会の会議やセミナー等に参加し、全国的な課題や地域の課題を把握しています。 3. 経理課からの財務管理の資料に基づき、管理者が開催する運営会議で、月1回、課題を共有し、改善に向けた検討しています。職場責任者会議でも、報告、検討が成されており、その議事録は、職員専用ページで職員が閲覧できます。課題となる事業については、管理者直轄のプロジェクトチームを編成し、課題解決にあたることもあります。					

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
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。	a	b
[自由記述欄]					
4. 5ヶ年の改修計画を策定し、予算を編成していますが、数値目標や具体的な成果等が設定されていません。 5. 単年度の事業計画を策定し、理事会で報告していますが、数値目標や具体的な成果等が設定されていません。 6. 運営会議において、事業計画の内容を検討しています。職員が法人に対し、事業等に関する意見を提出する「改善提案」の様式はありますが、十分に活用できていません。 7. 事業計画等はホームページに掲載して、閲覧できるようにしています。利用者等が理解しやすくするためのわかりやすく説明した資料などは、作成されていません。					

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。	a	b
[自由記述欄]					
8. 第三者評価を定期的に受診していますが、年1回以上の自己評価を実施していません。 9. 第三者評価等の結果は運営委員会で報告をし、課題を検討していますが、これに基づく改善の取り組みや、その見直しは確認できませんでした。					

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。	a	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。	a	a

[自由記述欄]

10. 管理者は毎年1月、職員に対して経営・管理に関する方針について説明しています。ただし、自らの役割と責任を含む職務の内容について文書化していません。

11. 管理者は、コンプライアンス遵守に関する経営協議会等が開催する研修などに参加しています。事業所に関連する法令のリスト化まではしていません。

12. 管理者は、各種委員会を組織して、そこに参加しています。毎年、各種委員会による提案により、医療安全、感染予防、身体拘束・虐待、個人情報保護等に関する研修を実施しています。

13. 管理者は、月1回、運営会議、職場責任会議を主催し、人事、労務、財務等に関する諸問題を検討し、経営の改善や業務の実効性の向上に向けた取り組みをしています。

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
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。	a	a
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	b	b
	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. 就職フェアに参加したり、実習生を積極的に受け入れて、採用に繋げています。資格取得支援のため、費用負担等の仕組みがあります。

15. 採用時に、法人の理念、基本方針に基づく期待する職員像などを説明しています。ただし、職員が将来の姿を描くような取り組みや、職員への人事基準等の周知は不十分です。

16. 現場の職員は、早出、遅出、夜勤の三交代制になっていますが、家庭の事情など、職員の状況に応じて勤務しやすいようにシフトを作成しています。メンタルヘルスに関しては、相談先を掲示し、産業医との面談の機会などを設けています。

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。	b	c
		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。	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。	a	a

[自由記述欄]

17. 職員一人ひとりが、育成に向けた目標を設定し、これを評価し、検証するための仕組みがありません。

18. 職員は、階層別、職種別研修を計画的に受講しています。そのほか、医療安全、感染予防、身体拘束・虐待、個人情報保護等に関する研修を、毎年実施しています。研修参加者にアンケート等をとって、研修計画の見直しをしています。

19. 職員の資格取得状況を把握しています。各職員の研修履歴を把握し、資格更新のために必要な研修の履修状況を管理しています。新入職員に対しては、マンツーマンでOJTを実施しています。

20. 地元大学の大学生、看護学生、介護、保育関連の学生など、実習生を幅広く受け入れています。実習受入れマニュアルを作成し、専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明確にしています。

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
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	a
		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. ホームページで、施設の理念や運営方針、財務の報告、第三者評価の受診内容、苦情の相談等を公開しています。苦情対策委員会で検討した苦情内容と対応状況を、施設内に掲示しています。
 22. 経理規程に基づき事務、経理、取引に関するルールを定めています。定期的に内部監査を行い、必要に応じて、外部の公認会計士に指導を受けています。

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-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	
		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. 基本方針の中で地域との関わり方について定めています。地域の社会資源などの情報を収集し、利用者・家族に提供しています。利用者が買い物、散歩、地域のお祭り等のために外出する時は、職員が同行したり、利用者が契約している重度訪問介護の事業所と連携して支援しています。
 24. 縫製、おしぼり作りなどをボランティア会に支援してもらうことがあります。ボランティアの受け入れの手順等が定められています。地域の学校教育等への協力についての基本姿勢は明文化していません。
 25. 緊急時のために転院先、他科受診先と連携しています。福祉サービスの質の向上のために、必要な社会資源を明確にし、京都市北部地域自立支援協議会、支援学校、京都私立病院協会、医療的ケア児ネットワーク、児童相談所等とも連携しています。
 26. 施設の会議室を活用し、保護者を対象とした「おいしく食べよう展」を実施したり、リハビリ科スタッフが公開講座「乳幼児のあそび」を開催したりしています。ただし、災害時の地域における役割等について定めていません。
 27. 地域福祉の向上のために、0歳から3歳くらいまでの発達に不安のある児童と保護者が無料で参加できる外来保育「チューリップクラス」、「ひよこクラス」を年42回、実施しています。民生委員、児童委員との定期的な会議はありません。

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	a
	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。	a	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. 理念や基本方針に人権の尊重を明記し、職員に周知、徹底しています。「重症心身障害児(者)にかかわる職員のためのチェックリスト」を職員に配布し、外部研修に積極的に参加するよう促すなど、職員の意識向上への取り組みを行っています。

29. プライバシー保護マニュアル、虐待防止マニュアルを整備し、プライバシー保護等に関する研修を年1回実施しています。入浴支援などの時には、同性介助を基本とし、カーテン、パーテーションを使用するなどプライバシーへの配慮をしています。

30. ホームページやパンフレットで情報提供を行い、必要に応じて内容の見直しをしています。見学や体験入所などを希望された方については、個別に対応をしています。

31. サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関しては、利用者や家族に説明し、同意を得ています。サービス等について変更があれば、説明会を開催したり、個別に文書を用いて説明を実施しています。「適切な意思決定支援に関する指針」を策定し、意思決定が困難な方への支援を行なっています。利用者が契約を締結することが困難な場合には、成年後見人に説明し、同意を得ています。

32. 緊急時の転院や他科受診施設など、医療機関と連携するときは、サマリー等で情報を共有しています。他の福祉施設等に移行するにあたっての手順や、引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	a
		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。	a
	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。	a	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。	a	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。	a	a
		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. 各フロアに意見箱を設置し、記名、無記名を問わないものとするなど、利用者、家族から意見が出しやすいように工夫しています。個別支援計画作成のために、年2回、利用者に関わる主治医、医療スタッフ、療育スタッフ、学校等と、利用者も参加する個別支援会議を開催し、支援について情報共有や、目標の検討を行っています。

34. 苦情解決責任者を管理者と定めた上で、苦情対策委員会を月1回開催し、苦情の受付・解決について協議しています。苦情は意見箱や、メール、第三者委員などを通じて受け付けます。事業所内の掲示板に、苦情の内容・対応結果を掲示しています。

35. 意見箱を設置し、苦情対策処理要綱を整備して、利用者や家族等からの意見や要望、相談を受けた時の対応について定めています。苦情対策処理要綱の定期的な見直しは確認できませんでした。

36. 管理者を委員長とする医療安全委員会を、月1回開催し、各部署から提出された医療事故状況報告書、ヒヤリハット報告書を検討し、ミーティングを通じて職員に周知しています。「医療安全管理マニュアル」を整備していますが、定期的な評価、見直しは確認できませんでした。

37. 感染症マニュアルを整備し、感染予防委員会を月1回開催して、各部署における感染症の発生状況の確認や予防策の検討を行っています。職員に対する感染症の勉強会を、毎年開催しています。

38. 災害時マニュアル、緊急時連絡網や、非常災害対策計画等に災害時の対応体制が定められています。食品や備蓄リストは栄養課の責任者が管理しています。ただし、災害時の地域における社会資源としての位置づけについての方針はありません。

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-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。	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。	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。	a	a

[自由記述欄]

39. 看護技術マニュアル、介護マニュアルを作成しています。「業務内容達成のチェックリスト」を活用し、介護や看護の技術や手順等の確認をしています。各病棟で定期的にマニュアルとチェックリストの見直しをしています。新人職員に対してプリセプターで指導者がつき、OJTを実施しています。

40. サービス管理責任者が、個別支援会議や相談支援専門員が作成するサービス等利用計画の内容を踏まえて、個別支援計画を作成しています。アセスメント表は施設で作成した独自の様式を使用しており、個別支援計画の作成等の手順はフローチャートに定めています。利用者、家族と年2回面接し、計画の見直しやモニタリングを行っています。

41. 個別支援計画は看護・療育ミーティングで情報共有しています。計画作成後6か月ごとに、モニタリング、評価を行い、計画の見直しをしています。

42. 日々の記録は紙ベースに記録し、回覧しています。職員は月1回の病棟ミーティングにより、情報共有を行い、年1回のケース会議には、主治医も参加しています。

43. 施設入所者のカルテは、入所時から現在に至るまで全て保存しています。自己情報開示等申出書を準備して、情報開示請求に対応しています。個人情報保護に関しての研修は全職員に対して行い、個人情報保護規程の理解・遵守に努めています。

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 誰もが当たり前で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. 利用者の意思や希望を確認し、個別支援計画を策定しています。同年代の人がいる場所に散歩に行ったり、電車で出かけたり、映画を見たりするなどの外出を、年1回から2回程度、実施しています。
 45. 虐待防止委員会を設置し、毎年、虐待防止に関する研修を実施しています。身体拘束防止マニュアルを策定し、職員に対し虐待を防止するためのチェックリストの活用を求めるなど、虐待防止のための体制作りをしています。入所者や家族等が権利擁護について学習する機会は設けていません。
 46. 本人の要望やできる事を生かして、音楽、スポーツなど、好みを取り入れた活動や外出の支援を行っています。職員に対し、ノーマライゼーションの推進についての研修を実施していません。

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
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。	a	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。	a	a

[自由記述欄]
 47. 利用者の心身の状況等に応じて、タブレット端末や単語カード、絵カード、マカトン法などを用いてコミュニケーションを図っています。意思疎通が困難な場合は、利用者の表情や口や手の動きなどにより、利用者の意思を理解するよう努めています。
 48. 日々の関わりの中で利用者の好きなこと、嫌いなことを理解するよう心がけ、月1回の病棟ミーティングなどで情報共有し、個別支援に生かしています。
 49. 危険認知の低い入居者については一律に行動制限をするのではなく、状況を見守り、問題があれば、職員が付き添うなどの個別的な支援を行っています。また、医師、看護師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士等の専門職が関わり、多角的な視点から支援しています。
 50. 日常生活支援では、一日に一回はベッドから離れる機会を持つようになっています。個別支援計画に基づき、音楽を聴いたり、運動したり、食事をすることなどについても、利用者個々の好みや、状況に合った個別的支援をしています。
 51. 安心した生活ができるよう、毎日、ベッドメイキング等により、ベッド周りの点検をしています。利用者の希望に応じて、居室内の花飾りや装飾等を、季節に応じて変えるなど、快適な居住環境の工夫をしています。

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
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。	a	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。	a	a

[自由記述欄]
 52. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による併設の病院でのリハビリだけでなく、専門職の助言を受けながら、日常生活においても専用の自助具を用いて食事を自力摂取したり、ずりばい・寝返り運動などの訓練を取り入れています。
 53. 利用者の希望に応じて、外出の機会を設け、地域の人と交流する機会を設けたり、買い物で自分でお金を支払ったり、市バスに乗るなどの経験をしています。
 54. 看護師が日々の体調確認を行い、併設の病院で、定期的に医師の診察も受けています。年1回のケース会議には、医師も参加し、利用者の情報を共有するなど、急変時に対応できるような体制を整えています。
 55. 併設の病院の主治医に、医療的な相談を行っています。修学旅行には、施設の看護師が同行をするなど、状況に応じた学校との連携の仕組みがあります。

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。	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。	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. 本人の希望や心身の状況、受け入れ態勢の状況等により、入所継続の必要性を検討しています。地域生活に向けた支援をする際には、保護者や学校と連携し、卒後の進路の検討をしたり、利用者に対し、地域生活への意欲を高める支援をしています。

57. 6か月ごとのモニタリング時に家族と面談を行い、意向を聞き取っています。従来は、クリスマス会・夏祭りなど保護者とともに実施していましたが、コロナ禍では、利用者と職員のみで実施し、家族に写真を送るなどの工夫をしていました。

58. 日中活動は出来るだけベッドから外に出て、マット上で過ごしたり、散歩等で少し外に出たり、気分転換も兼ねながら楽しく過ごす配慮をしています。

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