

## 総合評価

受診施設名	ベテル事業所	施設種別	短期入所、共同生活援助
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和6年3月29日

総 評	<p>社会福祉法人同胞会は、1976年（昭和51年）民間第1号として同胞保育園を設立したことに始まり、1990年（平成2年）に知的障害者通所授産施設「どうほうの家」を宇治市内に開設しました。2024年11月現在では、市内8か所に拠点があります。キリスト教の愛の精神（隣人愛の精神）を基盤に、「人間の価値はその能力に寄らないで存在のなかにある」という基本理念としています。</p> <p>「ベテル事業所」は、2016年に開設され、近鉄・JR小倉駅から徒歩約15分の場所に位置しています。施設内には、共同生活援助「たいじゅ」、短期入所「くるね」、居宅介護行動援助・同行援護・移動支援・訪問介護「すまいる・ほーぷ」、日中一時支援「ほーむ」、居宅介護支援「りふれ」が併設されています。</p> <p>共同生活援助「たいじゅ」は、18歳から65歳の方を対象に定員10名で、楽しみの一つとして、外出や体操、おやつ作り、折り紙、ゲームなどのレクリエーションの機会を多く設け、一人ひとりの家となれるような繋がりを大切に安心して生活できる場を提供されています。</p> <p>短期入所「くるね」は小学生から65歳の方を対象に定員12名で、地域にある社会資源の一つとしてそれぞれのニーズに答えられる様に気軽に宿泊できる24時間体制で運営しています。定員は12名ですが、緊急時など一時的に2名まで増員して利用することもできます。また、居室は心身共に落ち着けるように、好きな物を置いたり壁に張ったりするなど意向に合わせたパーソナルスペースとしての部屋作りを行っておられます。</p> <p>組織としての情報共有や職員間の情報の伝達を漏れなく確認する体制があり、意見の出しやすく風通しの良い職場環境であると見受けられました。</p>
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○福祉人材の確保・育成 職員が目標や将来ビジョンを明確にできるように、職員個々に目標設定シートを毎年度作成しています。年度始まりに、施設長、主任と3者面談にて目標を一緒に考え、半期ごとに主任と面談を行い進捗状況の確認や振り返りを行う仕組みがあります。</p> <p>○職員間の連携体制 職員間の情報の共有として、記録ソフトやグループウェアの記録の共有だけでなく、夜勤者から日勤者の引き継ぎ手段として、夜勤業務チェック表を毎日作成しています。記録の手間はかかりますが、記録の漏れがなく情報を伝達できる仕組みがあります。</p> <p>○情報共有の取り組み 月1回、各種会議や委員会を開催することで、施設や事業所の現状や課題などの情報が共有され、課題について検討する機会を多く設けられています。検討された内容は、段階的に職員ミーティングや社内グループウェアにて、情報を共有できる仕組みがあります。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○苦情の公表 事業所玄関に、前年度の苦情内容や対応方法についての一覧を掲示して公表していますが、前年度の一覧であり直近のものはありませんでした。直近の苦情内容や対応方法を掲示やホームページで公表されることが望まれます。</p> <p>○満足度調査の実施 相談・意見・苦情を出しやすい工夫としての満足度調査やアンケートの実施がなされていませんでした。より多くの意見や希望、要望を引き出すためにも、定期的に利用者や家族等に満足度調査を実施されては如何でしょうか。</p> <p>○マニュアルの策定や定期的な見直し マニュアルと呼ぶには記述が不十分なものや、定期的な評価、見直しが確認できていないマニュアルが見受けられました。今一度、業務を点検され、必要なマニュアルの策定、マニュアルの体系的な評価、見直しができるように検討される必要があると思われます。</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	ベテル事業所
施設種別	短期入所、共同生活介護
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6年1月26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. ホームページや広報誌に法人理念と基本方針を掲載しています。新年度事業開始式にて、法人理念を記した事業計画を全職員に配布し、社内グループウェアにて、理念や基本方針を周知しています。利用者や家族には、法人理念が掲載されているパンフレットを入居面談時や配布し説明しています。

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。	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. 宇治市自立支援協議会や市役所、保健所より、地域ニーズや情勢、社会福祉事業の動向把握に努めています。把握した情報を月1回の幹部会や経営者会議にて報告し、コスト分析や事業運営に関する検討を行っています。  
3. 経営状況や改善すべき課題について、幹部会にて管理職による分析や推移の確認を行っています。その内容を月1回の理事会に報告し共有しています。また、月1回の職員ミーティングにて報告し、職員に周知しています。参加できない職員には議事録で確認してもらっています。

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
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。	a	a
		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。	a	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。	b	a
		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. 3か年の中・長期計画を策定しています。ニーズの動向や法制度改正、組織の課題等を踏まえ、職員ミーティングに意見聴取し、主任会議で内容集約し、幹部会で取りまとめる体制を取っています。組織的に取り組み、必要に応じて見直しを行っています。  
5. 3か年の中・長期計画には3年間の年度目標を定めています。その内容に基づき、数値目標や具体的な成果等を設定し、単年度事業計画を策定しています。  
6. 月1回の職員ミーティングで、単年度事業計画の実施状況を確認し、意見の集約・反映のもとで評価や見直しを行っています。  
7. 単年度事業計画にはルビをふり、図表を入れるなどして理解しやすいように工夫して作成しています。ただし、利用者、家族等に対して、内容を周知する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。	a	a
		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	a

### [自由記述欄]

8. 3年に1回第三者評価を受診し、第三者評価委員会を設けて改善策を検討して、見直しを行っています。第三者評価結果はホームページにて公表しています。毎日、業務が確実に遂行できているかをチェックシートを用いて確認しています。苦情や事故報告を、社内グループウェアにて速やかに回覧し周知しています。  
9. 年1回、各自が自己評価チェック表を行い、主任や副主任が内容の確認を含めた面談を行っています。面談後に課題があった際は評価シートに記載しています。共有しなければならない場合は職員ミーティングで報告しています。

## 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。	a	a
		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	a
	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. 管理者の役割や責任について、「職責(役割)と具体的業務」に記載しています。その詳細を職務分掌、組織図に落とし込み職員ミーティングにて、説明し周知しています。
11. 管理者は、職員ミーティングを通して遵守すべき法令や環境への配慮について確認する機会を設けています。グループウェアに関連する法令等をリスト化し、必要時には誰でも確認できる仕組みがあります。
12. 管理者は、地域における福祉ニーズに対する情報を、行政機関や宇治市自立支援協議会などで収集し、その内容を理事会や幹部会で報告しています。福祉サービスの質の向上に必要な知識を習得するために、全職員対象に年1回以上の研修会を開催しています。
13. 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて改善策や分析を行い、月1回の理事会で現在の状況を報告しています。また、半年に1回、法人の主任以上が集まり、人事や労務、財務等の分析を行い、課題に対しての改善策を検討しています。

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。	a	a
	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。	a	a	

### [自由記述欄]

14. 新規採用者や中途採用者に実践力を身に付けるためのプリセプター制度や研修カリキュラム制度を設けています。キャリアアップ表があり、職員個々の役職に応じた役割が明確になっています。働きやすい環境整備として、多様な働き方ができる様に時間年休やフレックス勤務などを就業規則を定めています。
15. 人事考課制度を採り入れ評価シートを作成し、年度目標や将来ビジョンを明確にしています。法人事務管理部に人事部門があり、採用から研修や育成、資格取得などのフォローアップできるシステムを設けています。
16. 年に1回ストレスチェックを実施し、高ストレス者には産業医との面談機会を設けています。メンタルヘルスなど相談窓口として、法人に担当者を設けています。衛生委員会での時間外労働管理や、各主任によるシフト管理等で職員の勤怠や有休利用が適切であるかを組織的に管理しています。

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-(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。	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. 毎年4月に全職員がキャリアパスに沿った年度目標を設定しています。半年ごとに管理者が面談を行い、目標の達成度を確認しています。
18. 「キャリアパス」や「組織図」を用いて、期待する職員像を明示し、研修を行っています。専門的な技術を習得するために、研修計画を策定し計画的に実施しています。また、月1回の研修委員会にて、研修計画の進捗状況の確認や内容の見直しを行っています。
19. 職員ごとの資格所持リストを作成し、専門資格の把握や管理を行っています。初任者、中堅、主任などの階層に分け、研修カリキュラムを実施しています。また、外部研修の参加希望がある場合には、勤務扱いで受講できるように業務調整しています。
20. 学生実習の受け入れの基本姿勢を明文化し、実習受け入れマニュアルを整備しています。管理者は、実習受け入れの実績データを基に、実習指導者に対して定期的な振り返りや指導を行っています。

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。	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. ホームページや年3回発行の法人機関紙「マカリオン」等で法人理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画と報告、予算・決済等の情報公開しています。機関紙「マカリオン」は、利用者・家族等のみならず、地域住民や関係機関にも配布しています。  
22. 毎年、業務役割分担を策定し職務分掌と権限、責任を明確にして周知しています。事業経営、運営の適正化確保の仕組みとして、毎月、税理士法人等の外部機関による財務チェックや法人理事による内部監査を行っています。

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-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	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。	a	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	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。	a	a

[自由記述欄]

23. 運営規定の中で、地域との関係について明示し、年1回の「同胞の家つどい」という祭りの開催や「西小倉納涼のつどい」への出店を通じて地域住民との交流をしています。また、法人運営の「カフェRigoletto」では、一般の方が利用できる店があり、地域の憩いの場として提供しています。社会資源についてリスト化するとともに、近隣の薬局や店舗等、利用者のニーズに応じて日常的に活用しながら地域との関わりを深めています。自治会へも加入し、地域全体の行事や課題にも関わっています。  
24. ボランティア登録カードを基にオリエンテーションを実施して随時受け入れをしており、基本姿勢について文章にて明示しています。ただし、ボランティアの受け入れマニュアルは、内容が不十分でした。  
25. 社会資源を明示したリストを整備し、地域拠点会議や自立支援協議会、小地域ケア会議などへ参加しています。「同胞の家つどい」や「西小倉納涼のつどい」等の祭り等を通して、地域のネットワーク作りに取り組んでいます。  
26. 「同胞の家つどい」等の祭りの開催や地域への出店で、住民との交流を図っています。宇治市自立支援協議会からの依頼により、出前講座で地域向けの講演会や研修を行っています。法人運営の「カフェRigoletto」に加え、2023年4月ニオープンしたコミュニティ施設「クロス」では、図書スペースやサークル活動等ができる設備を備えており、地域住民のための支援活動を行っています。福祉避難所としても、地域に周知しています。  
27. 宇治市自立支援協議会の相談部会や地域拠点事業会議等に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。個別の小地域ケア会議では民生委員など地域の参加者と意見交換を行うことで関係性を深めています。

### 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。	a	a

[自由記述欄]

28. 基本理念や方針については、事業計画やパンフレットに明記し、社内グループウェアに掲載し周知しています。利用者の尊重や人権については、定期的に虐待・権利擁護の自己チェックを行い、周知徹底しています。
29. プライバシー保護や虐待防止、権利擁護のマニュアルを整備し、研修を実施しています。不適切事例の検討会で対応方法を検討し、職員ミーティングで周知しています。職員は、毎月1回虐待・権利擁護の自己チェックにて振り返りを行っています。
30. 絵や写真、図を入れることで分かりやすく工夫したパンフレットを作成しています。また、ホームページにも掲載し、情報の更新や見直しを行っています。見学、体験入所等も希望に応じ、随時行っています。
31. 重要事項説明書や契約書、個別支援計画書にはルビをふり、読みやすくしています。カードを用いたり、筆談で対応する等、利用者へ配慮した説明ができるように努めています。
32. サービスの継続性に配慮した引継ぎがスムーズ行えるように個人引継ぎ書や利用者情報シート情報を作成し、関係機関に移行ができるようにしています。

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
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。	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。	a	a

[自由記述欄]

33. 個別性に配慮し、カード等を用いながら利用者と思慮疎通を図り、コミュニケーションを取っています。アクシデント報告等は、定期的な職員ミーティングで検討を行っています。苦情受付BOXを設置していますが、筆記用具や用紙が置かれていませんでした。相談・意見・苦情を出しやすい工夫としての定期的なアンケート等も実施していませんでした。

34. 苦情解決の体制については、契約書や重要事項説明書に明記され、ホームページにも苦情解決の方法についての記載はあり職員にも対策についてグループウェアにて周知していますが、内容や対策についての公表には至っていません。事業所玄関に、前年度の苦情内容や対応方法についての一覧を掲示して公表していますが、前年度の一覧であり、直近のものはありませんでした。

35. 利用者からの相談や要望、提案等があれば、その都度対応してグループウェアで共有しています。ただし、苦情対応マニュアル等のような仕組みとして明記されたものではありませんでした。

36. 各利用者の情報シートを整備し、緊急時でも疾患などを的確に把握できるようにしています。衛生委員会、事故防止委員会、職員ミーティングと階層的にヒヤリハットやアクシデント、リスクマネジメントの検討を行っています。事故対応マニュアルを整備していますが、定期的な評価や見直しは確認できませんでした。

37. 感染症対応マニュアルを作成し、感染症対策委員会や看護師が中心となって障害特性に応じた対策を講じています。マニュアルは随時見直しを行っており、定期的な勉強会も実施しています。

38. 災害時マニュアルを策定し、年2回防災訓練を実施しています。防災対策委員会や管理職を中心に安全対策のための取り組みがなされ備蓄リストもあります。Eメールを利用して利用者や職員に安否確認を送信するシステムがあります。

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	
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	
		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	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。	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. 業務チェック表を活用してサービスの実施状況を確認でき、一定の水準を確保する仕組みを構築しています。業務チェック表は、業務マニュアルとともに毎年見直しを行っています。

40. サービス管理責任者を配置し、アセスメントシートを使用し、ミーティングにより関係職員の意見を反映して個別支援計画を策定しています。半年に1回、モニタリングを行い、利用者や家族の意向を確認しながら見直しを行っています。

41. 4月に支援計画書を作成し、年度途中の中間と年度末にモニタリングを行い次年度に向けての見直しを実施しています。支援計画書には、利用者や家族が望む生活等を記入する欄を作り意思確認を行っています。

42. 社内グループウェアを活用し、提供サービスが個別支援計画に基づいて適切に実施されているかを確認する仕組みがあります。また、社内グループウェアで、法人内での緊急を要する情報を共有しています。

43. 個人情報保護規程により、記録の保管・保存・持ち出し、廃棄、情報の提供等について記載されています。持ち出しに際しては、管理表を作成し最終確認を管理者が行っています。個人情報の取り扱いについて、利用契約の際に利用者・家族に説明しています。

## 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。	a	a
	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しをさ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. 利用者の意向は個別支援計画に反映し、グループウェアにて職員間で共有しています。障害特性のため上手く行事に参加出来なかった場合も、次回へ繋がるように利用者を交えての振り返りを行い、利用者の意向を実現するための支援を行っています。

45. 契約書に身体拘束や虐待等権利擁護や権利侵害について明示し、契約の際、利用者や家族に説明をしています。法人全体で虐待・身体拘束防止委員会を設置しており、虐待や権利擁護に関する職員研修を年1回実施しています。

46. 近隣の店舗に買い物に行くことで、地域住民と交流を深め、障害についての理解を得られる様に取り組んでいます。ノーマライゼーションの推進として、オンライン研修「サポーターズカレッジ」を用いて、研修の機会を設けています。

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
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. 利用者情報シートに基づき、言葉、ジェスチャー、絵カード等にてコミュニケーションを図っています。利用者情報シートは、職員間で共有し、必要に応じて追記しています。

48. 利用者の希望や相談は随時聞き取りを行っています。利用者や家族が希望する場合は、個別で面談を行っています。支援内容の変更や追加がある時は、支援記録を職員間で共有し、個別支援計画書に反映しています。

49. 管理者は、障害支援提供に必要な資格をリストアップして取得を支援しています。専門知識の習得と支援の向上のために、オンライン研修「サポーターズカレッジ」を活用した職員研修を実施しています。

50. 日中活動は、利用者の希望やニーズに対応するために、いくつかのプログラムを用意しています。食事は、嚥下機能や咀嚼機能が低い方には刻み食を提供し、アレルギー・偏食に対応した代替食にて内容変更できるように厨房と連携して用意しています。

51. 居室は利用者の意向に合わせてレイアウトし、心身共に落ち着けるパーソナルスペースとしての部屋作りを行っています。また、男女分けを目的として、扉を設置し部屋割りに配慮しています。

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	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. 機能訓練・生活訓練は、個別支援計画・利用者情報シートを基に実施しています。利用者の障害の状況に応じて、訪問看護事業所と連携してリハビリ支援を導入しています。

53. 利用者の希望や意向を把握し、社会生活を営む力をつけるための支援をしています。利用者の強みを職員間で共有し、生活の中で多くの体験が出来る環境を用意しています。利用者の意向を聞き取りながら、買い物や日帰りイベントに参加することで社会参加の機会を設けています。

54. 年に1回、健康診断を実施しています。体調不良時には、対応マニュアルを基に迅速に対応できるように手順を整えています。地域の医療機関と契約をしておき、利用者の体調変化に対応できるよう努めています。

55. 協力医療機関と連携し、医療的な支援について適切に提供する仕組みがあります。服薬等の管理は看護師がチェック表を作成し、間違いの無いよう管理をしています。医療的なケアに関しては、医師の指示書を基に支援を行っています。



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
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。	—	—

[自由記述欄]

56. 地域支援に関して、相談員を中心に利用者・家族の家庭環境・意向を考慮し、必要な場合は他機関と連携を図りながら希望を実現できるよう対応しています。  
57. 家族から相談などがあった場合は、助言や参考になる本を紹介したりしています。希望があれば面談を行い家族支援を行っています。機関紙を郵送する際に、レクリエーションの写真などを一緒に送付しています。  
58. 相談支援センターや日中活動の事業所や家族と連携し、自身で活動・生活できる意欲を高められるよう支援をしています。地域の店舗を常に利用する事で、関係を構築し利用者の活動や生活する力を引出せる支援を行っています。  
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