

[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	あっとハックいちもんばし	施設種別	短期入所
評価機関名	特定非営利活動法人きょうと福祉ネットワーク一期一会		

令和7年9月27日

総 評

NPO法人てくてくは、京都府長岡京市を拠点に、「誰もが住み慣れた地域で、いきいきと自分らしく暮らし続けることができる街づくり」を理念に掲げ、2002年の設立以来、グループホーム、短期入所、居宅介護、相談支援など幅広い事業を展開してきました。地域や家族と連携しながら、安心して生活できる基盤づくりに取り組んでいる点が特徴です。

短期入所事業所「あっとハックいちもんばし」は、2013年に開設され、現在13年目を迎えています。家庭や通所先とは異なる体験を通じて、本人の安心や成長につながる機会を提供し、生活リズムの調整や家族のレスパイト、将来的な地域生活への移行など、多様なニーズに応えています。事業所には和室や洋室などの居住空間が整備され、本人の希望に応じた過ごし方を選べる柔軟性があり、利用者が「また来たい」と感じられる環境が整っています。職員は法人理念を大切にしながら支援にあたり、利用者の自己実現と地域での暮らしを支える実践を積み重ねています。

今回の評価において特に印象的であったのは、理念を支援の現場に落とし込み、職員間で共通理解として浸透させている姿勢です。研修や会議を通じて繰り返し確認される理念は、日々の実践に反映され、利用者一人ひとりの意思を尊重した柔軟で丁寧な支援につながっています。

ICTの活用も進められており、kintoneやLINEを用いた情報共有は、支援の正確性と継続性を高め、職員が安心して業務に臨める環境づくりに寄与しています。

生活支援の面では、食事や入浴、排泄といった基本的なケアに加え、配膳や掃除などの日常的な活動を通じて、小さな達成感を積み重ねられるよう支援が行われています。さらに、各種交流会や「ぼたろう祭り」の準備を通じて「やりたいこと」を実現できる機会を提供している点も高く評価されます。これらの取組の根底には、理念に基づいた「本人主体」の姿勢が一貫しており、利用者が安心して新たな挑戦に取り組める場としての短期入所の意義が発揮されています。

一方で、課題としては中期的な事業計画の不在が挙げられます。かつては委員会を立ち上げた経緯があるものの、新型コロナ対応やグループホーム移転といった喫緊課題への対応に追われ、現在も計画は策定されていません。人材確保・育成や将来の事業展開を見据えるうえで、中長期計画の策定と定期的な見直しは不可欠であり、今後の重点的な取り組みとして期待されます。また、マニュアル類については一定の整備が進んでいるものの、整理や見直しが不十分な部分もあり、職員の知見を形式知として蓄積・継承する仕組みづくりが望まれます。さらに、評価や改善のプロセスについても、管理職だけでなく職員全体で共有・議論できる体制を整えることで、組織的な質の向上に一層つながることが期待されます。

	総じて、本事業所は法人理念に根差した一貫性のある実践と、職員の協働による丁寧な支援体制を強みとしています。これまで培ってきた取組を持続可能な形で次世代へ継承するためには、計画策定や仕組みの標準化といった組織的な基盤整備が求められます。今後も理念を支えに、職員が互いに学び合い、力を合わせることで、地域に根ざした短期入所事業としてさらなる発展を遂げていくことが期待されます。
特に良かった点(※)	I-1-(1) 理念・基本方針が確立・周知されている 法人および事業所の理念・基本方針は、掲示物、パンフレット、ホームページなどを通じて広く発信されており、表現も分かりやすく工夫されています。職員には新任研修や会議で繰り返し確認を行うとともに、理念をテーマにした内部研修で日々の実践を振り返り、共有する仕組みがあります。また、「メンバーニュース」や「てくてく通信」を通じて地域へも継続的に発信しており、理念が職員や利用者、地域全体に根づく取り組みが進められています。こうした点は、理念を実践につなげ、組織全体で共有している取り組みとして高く評価されます。 II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている 管理者は、福祉サービスの質向上と業務の効率化の両面でリーダーシップを発揮しています。現場での直接的なコミュニケーションを重視し、職員の不安や負担感に配慮しながら情報を集め、改善につなげています。困難事例は会議で検討し、法人全体の研修や虐待防止のためのセルフチェックシート活用など、質の向上を継続しています。また、紙ベースからkintoneへの移行による記録やヒヤリハットの蓄積、職員個々の年度ごとの目標確認と今後の定期面談強化など、人材育成にも力を入れています。さらに、外部研修派遣や情報共有を通じて学びを広げ、職員のスキル向上に寄与している点も高く評価されます。 A-2 生活支援 事業所では、本人の心身の状況や意思を丁寧に受け止め、絵カードやスケジュール提示、kintoneによる情報共有などで安心して過ごせる環境を整えています。生活の場では配膳や掃除などを通じて成功体験を積み重ねられるよう支援し、食事・入浴・排泄においても個別の要望に応じた柔軟な対応を行っています。健康面では発作対応マニュアルや服薬管理を整備し、必要に応じて医療的支援も実施しています。さらに、自治会活動や「ぽたろう祭り」を通じた社会参加の機会提供や、将来的な地域生活への移行支援にも取り組んでいます。家族との情報共有も丁寧に行い、安心して利用できる体制を築いている点も評価されます。 これらの実践の根底には、法人理念を大切にし、職員全体で共有している姿勢があります。理念に基づいた共通理解があるからこそ、日々の丁寧で柔軟な支援が実現されている点は特筆すべき良さです。
特に改善が望まれる点(※)	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている 法人ではかつて、中長期計画の策定に向けて家族や職員、登録スタッフ、外部委員を交えた委員会を立ち上げましたが、新型コロナウイルス対応やグループホーム移転といった喫緊課題に迫られ、取り組みは中断したままとなっています。そのため現時点で中長期計画は存在せず、法

	人全体の方向性を共有する枠組みが不十分な状況にあります。計画が未策定であることは、将来の事業展開や人材確保・育成の見通しを持ちにくくし、短期的な対応に偏るリスクを高めかねません。 今後は、これまでの取り組みや成果を踏まえて中長期的な方針を体系的に整理し、法人全体で共有できる計画を策定することが求められます。その際、ビジョンの明確化や数値目標の設定により進捗を可視化し、定期的な見直しを行える仕組みを整えることで、変化する社会状況や利用者ニーズに柔軟に対応できる計画となることが期待されます。 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 事業所では、「事業振り返りシート」による自己評価や虐待防止研修でのセルフチェック、外部チェックリストの活用などを通じて、サービスの質向上に取り組んでいます。職員研修や会議でのディスカッション、日々の振り返りを通じた改善の仕組みも整っており、現場の実践に生かされています。 一方で、福祉サービスを組織的に評価するための統一基準や標準化されたチェック体制は十分ではありません。第三者評価の結果は共有されていますが、課題の抽出や改善策の検討が管理職中心となり、職員全体での議論や改善の実効性を高める仕組みには課題が残っています。また、評価結果に基づく改善策を計画的に実施し、その成果を検証・見直す仕組みも確立されていません。 今後は、標準化された評価手法を導入し、評価結果を職員全体で共有・検討できる体制を強化するとともに、改善策の進捗を定期的に確認・見直すプロセスを整備することが必要です。これにより、組織的かつ計画的に質の向上を推進する体制が一層充実していくことが期待されます。 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 事業所では、短期入所の特性に応じて、個人ファイルによる基本情報の確認やkintoneを活用した利用報告・情報共有を徹底し、支援の継続性と正確性を確保しています。支援スケジュールにはプライバシー保護や権利擁護の視点も盛り込み、職員間で共通認識を持って取り組める体制を整えています。 登録スタッフに対しては、研修や個別指導を通じて支援方法を伝達するとともに、LINEでの情報共有により支援の標準化を進めています。また、利用者や家族から寄せられた情報や提案を取り入れ、実践に反映する仕組みも構築されています。 一方で、文書化された実施方法については、定期的な検証や改善の仕組みが十分に整っていません。PDCAサイクルを組織的に運用する体制を整えることで、利用者や家族の声を踏まえた計画的な見直しと改善が進み、質の高いサービスを持続的に提供できることが期待されます。
--	---

※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	あっとハックいちもんばし
施設種別	短期入所
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク 一期一会
訪問調査日	令和7年3月21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. 法人および事業所の理念・基本方針については、事業所内に掲示するとともに、総会資料やパンフレット、ホームページ等に掲載し、広く周知を図っている。また、理念を平易な言葉にし、ルビを入れるなど分かりやすい表現に工夫している。職員に対しては、新入職員研修や職員会議の場で理念を繰り返し確認し、理解を促している。利用者や地域に対しては、2か月に1回発行する「メンバーニュース」や、年2回（4月・10月）発行する「てくてく通信」に理念を掲載し、継続的に発信している。

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. 事業経営を取り巻く環境や経営状況について、管理職会議（月1回）や理事会（年4回）、さらに職員会議（月1回）を通じて確認・共有を行っている。理事会では地域の連携課題を議題に取り上げるなど、地域ニーズの把握にも努めている。また、総会においては事業計画資料を配布し、法人の経営方針を全体に周知している。外部情報の収集については、圏域の各市町村が策定する福祉計画や行政からの情報提供を確認するとともに、自立支援協議会や地域のネットワーク会議に参加し、最新の動向を把握している。さらに、グループホーム学会等に参加し、全国的な情報収集も行っている。また、社会福祉事業全体に関する情報は、ワムネットを通じて収集し、事務長から職員へ共有している。加えて、支援学校の協議会には理事長が参画しており、進路や教育現場に関する情報も得ている。これらにより、制度改正や報酬・加算、労働関係など経営に直結する事項については、事務長を中心とした確かな把握・分析がなされている。

3. 本部長・事務長・事業長による管理者会議を毎月開催し、支援の実施状況、組織体制や設備整備、職員体制、人材育成、財務状況など、具体的な経営課題を検討している。その内容は理事会にも報告され、法人運営全体の課題として協議されている。また、検討事項は職員会議でも書面を通じて報告され、質疑や議論を行うなど、課題の周知にも努めている。経営課題として最も大きいのは人材確保であり、特に正規職員の採用が難しい状況にある。そのため、正規職員に加えて「有期雇用・1年更新の常勤職員」の採用を進めており、人件費とのバランスを踏まえた体制づくりに取り組んでいる。こうした状況に対応するため、フレックスタイム制度の導入やシフト調整による超過勤務削減、DX化による事務経費の削減を進めている。あわせて、就業規則の見直しを行い、現状の課題に適合した制度への改定を進めている。

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。	B	A

[自由記述欄]

4. 中長期計画の策定に向けて、メンバー家族や職員、登録スタッフ、外部委員を交えた委員会を立ち上げ、検討を開始した。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響により活動が中断し、その後はグループホーム移転等、喫緊の課題への対応に追われたことから、計画策定の動きが止まっている。グループホームの移転が一部実現したことを踏まえ、今後は中長期的な事業展開について改めて検討する必要性を認識しているが、現時点で中長期計画は存在していない。

5. 法人としての中長期計画が未策定であるため、評価基準に基づき本項目の評価は0となる。一方で、単年度計画については、毎年度「事業報告・事業計画整理シート」を活用し、各事業所での整理内容を踏まえて本部長が原案を作成している。その後、職員会議での検討、理事会での協議を経て、総会において法人全体の単年度事業計画・重点計画として提案している。また、理事会（2か月ごとに開催）では、事業の進捗状況を確認・評価し、必要に応じて対応策を検討している。

6. 事業計画は数値化され具体的に作成されており、その過程で職員会議等による確認も行われている。ただし、すべての職員が十分に理解できる仕組みには至っていない。収支は毎月の把握や中間での確認を行っているものの、計画の評価は年度末に偏っており、年度途中での十分な見直しは行っていない。その結果、計画の実施状況を組織的にPDCAサイクルに基づいて中間評価する仕組みは確立されていない。

7. 事業計画については、総会において資料を配布し、本人や家族に周知している。さらに、ホームページに議案書を掲載し、事業計画の情報発信も行っている。一方で、本人への分かりやすい伝え方については十分とはいえず、現状では家族向けの周知が中心となっている。今後は、利用者に関係する項目を取り上げ、動画や写真などを活用して、本人に理解しやすい方法で伝える工夫が求められる。

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. 事業所では、福祉サービスの質の向上に向け、組織的な取り組みを行っている。年間を通じて「事業振り返りシート」を用いた自己評価を実施し、虐待防止研修の際にはセルフチェックを行うなど、定期的に評価を行っている。また、グループホーム学会のチェックリストを活用して支援の見直しを行うなど、外部の枠組みも取り入れている。職員研修では「支援の在り方」「グループホームの在り方」等をテーマにディスカッションを行い、現場の支援に活かしている。かつては年度ごとにテーマを設定し、外部講師を招いて半日～1日の研修とディスカッションを実施していた実績もある。さらに、職員会議や各ホーム・ヘルパーでの毎月の振り返りを通じて、日々の支援の見直しを重ねている。一方で、福祉サービスの内容を組織的に評価する統一的な基準は十分に整備されておらず、標準化されたセルフチェックやラウンドチェックの導入が今後の課題である。第三者評価については、結果を管理職会議や職員会議で共有し、組織的に分析・検討する場が位置づけられている。						
9. 毎年度の「事業振り返りシート」を職員間で作成し、その集計結果を職員会議で共有している。確認された課題についても職員会議で共有され、法人全体に関わる課題は総会でも確認・共有されている。また、第三者評価の結果についても課題を把握できている。一方で、課題の分析は十分に職員会議まで落とし込めておらず、主に管理職会議において検討が行われている。改善の取組みについても、中期計画の作成に一部反映はされているものの、評価結果に基づいた計画的な改善や、改善策の実施状況の評価・見直す仕組みは十分に整っていないのが現状である。						

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。	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。	A	A
【自由記述欄】					
10. 管理者は、自らの役割や責任について広報誌を通じて表明するとともに、職員会議等において事業の特性に応じた在り方や考え方を発信している。また、法人のキャリアパスには管理職の役割が明記されており、職責・業務内容・求められる能力・取り組み姿勢・必要な研修や資格、給与・昇格条件等が段階的に整理されている。現在は、より具体的な内容となるよう見直しを進めている。さらに、BCP（業務継続計画）には管理者の役割や責任、不在時の権限委任についても明記されており、緊急時における責任体制の明確化が図られている。一方で、専決規程の整備など、今後さらに明確化を進める余地がある。 11. 理事長や管理者は、法令遵守に関する研修等に参加し、法令や倫理の正しい理解に基づいて事業運営を行っている。また、法人として顧問社会保険労務士と契約し、労働法上の課題等について助言を得ている。福祉関係の報酬改定については、事務長がワムネットや集団指導等を通じて情報を把握し、必要に応じて職員会議やLINEワークスの掲示板を通じて職員に共有している。一方で、関連法令のリスト化や文書での整理、ファイリングといった体系的な仕組みづくりは進んでおらず、必要な情報をその都度インターネットで検索して対応しているのが現状である。今後は、関係法令を整理した一覧やハイパーリンク集を整備するなど、職員が必要なときに参照できる環境の整備が課題である。 12. 管理者は、福祉サービスの質の向上に意欲を持って取り組み、リーダーシップを発揮している。アプリやLINEワークスを活用して職員やスタッフから意見や情報を収集し、評価・分析に活かしているほか、現場での引き継ぎや直接のコミュニケーションを通じて情報共有を図り、職員の疲労感や不安感にも配慮している。困難ケースは職員会議で検討し、法人内全体研修も毎年実施するなど、サービス向上の取組を継続している。加えて、虐待防止と支援の質向上を目的として、法人全体で「職員セルフチェックシート」を活用している。業務管理においては、紙ベースから、kintoneへの移行を進め、ケース記録やヒヤリハットのデータ蓄積を行い、今後は経営分析への活用も検討している。年度末には面談シートを用いて一年の振り返りと次年度目標の確認を行っている。また、職員会議の定例化や外部研修への積極的な派遣にも取り組んでおり、研修機会は充実している。研修情報はLINEワークスのグループを通じて職員に共有し、組織全体のスキル向上につなげている。 13. 管理者は、管理職会議や職員会議を通じてサービス利用の必要性や意図を共有し、業務の実効性向上につなげている。職員の働きやすさに配慮し、希望シフトや休暇を考慮した調整を行うほか、LINEグループでの情報共有や発信を促している。また、現場で直接コミュニケーションをとり、情報や意見を収集し助言を行うことで課題解決を図っている。加えて、利用報告書等のDX化を進め、業務の効率化にも取り組んでいる。					

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。	A	B

〔自由記述欄〕

14. 副事業長を採用担当とした採用チームを組織し、若い世代への積極的なアプローチを進めている。実際に中堅職員が中心となった活動により採用実績も出ており、採用パンフレットの作成や採用フェアでの動画発信などの取組も行っている。新規採用職員に対しては育成担当者を定め、新任職員研修やOJT、定期的な研修や面談を通じて育成を図っている。また、資格取得については、業務に必要な研修費や交通費を法人が負担し、勤務調整や資格手当を支給するなど支援体制を整えている。一方で、人材確保・育成に関する基本方針や具体的な計画は明文化されておらず、人件費の分析や資格手当などの仕組みはあるものの、組織的な方針として体系化することが今後の課題である。

15. 就業規則やキャリアパスに人事基準を定め、処遇改善についてもグループ分けを行い、必要性を評価・分析している。一方で、期待する職員像を明文化した文書はなく、今後の課題となっている。また、キャリアパスと面談シートを連携させた評価の仕組みづくりを検討しており、職員が段階的に成長やキャリア形成を実感できるような仕組みの構築が求められている。

16. クラウド勤怠管理システムを導入し、職員の勤務状況や有給休暇の取得、時間外労働を事務局で把握している。勤務シフトも個別面談を通じて意向の把握に努め、職員の希望を反映して作成している。健康管理面では、毎年の健康診断（夜勤者は年2回）や予防接種の全額補助を実施している。働きやすさの観点からは、フレックスタイム制や在宅勤務の導入、育休・時短勤務制度の運用を進め、奨学金返済補助制度も設けている。福利厚生としては【ピロティ乙訓】に加入し、住宅ローン手当の支給も行っている。一方で、産業医の設置やメンタルヘルスに対する体系的な取り組みは弱く、またハラスメント防止規程は整備されているものの、職員への周知や実効性の面では課題が残っている。

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	非該当

〔自由記述欄〕

17. 面談シートを用いて職員ごとに年度目標を設定しており、個別面談を通じて組織の目標や方針を共有しながら、一人ひとりの目標設定を行っている。年度当初および年度末の面談により、目標達成度の確認も行われている。一方で、組織として「期待する職員像」を明文化できていない点、また目標設定において目標項目・水準・期限を明確にする仕組みが十分ではない点が課題となっている。さらに、中間面接による進捗確認は今後の取組として位置づけられており、定期的な運用が求められている。

18. 年度末に研修計画に対して職員自身の自己評価を提出してもらい、研修の現状把握を行っている。また、外部の階層別研修や福祉関係の研修案内を職員に伝え、参加を促進している。資格の取得状況は一覧で管理し、業務に必要な研修（サービス管理責任者、相談支援、強度行動障害支援研修等）については履歴や更新時期を把握している。さらに、面談シートの中で受講希望を記載してもらう仕組みもあり、個別のニーズを把握している。一方で、キャリアパスに基づいた体系的な研修計画は策定されていない。研修担当者や委員会を設けて情報集約や素案づくりを行うなど、組織的な研修方針と計画を策定・実施する仕組みづくりが課題となっている。

19. 年間研修計画を策定し、シフト調整の中で職員が外部研修を万遍なく受講できるようにしている。研修案内は共有LINEで発信し、OJT担当職員を配置して日常的な育成にも取り組んでいる。また、資格一覧を作成し取得状況を把握しているほか、kintoneアプリを活用して研修報告書を提出し、職員会議で伝達研修を行うなど、学んだ内容を組織全体で共有する仕組みも整えている。

20. 過去にインターン研修の受け入れ実績はあるものの、事業の特性として夜間や休日の支援が多く、また通所事業がないため、定期的な実習生の受け入れは行っていない。そのため、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢の明文化やマニュアル整備、プログラムの作成、学校との連携などの体制整備は十分に行われていない。実習指導者講習会の修了者は1名配置されている。事業の内容を踏まえ、この項目については「非該当」と評価する。

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	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や基本方針、事業報告、事業計画、予算・決算を公開しており、事業所のサービス内容も掲載している。あわせて、第三者評価の結果もホームページにて公表している。地域向けには「てくてく通信」を年2回発行し、関係事業所や市町に配布するなど、情報発信に努めている。苦情相談窓口については館内入口や重要事項説明書に明記しており、問い合わせフォームも設置している。しかし、苦情・相談の体制や実際の改善・対応状況については公表しておらず、「運営の透明性」を示す観点では課題が残っている。今後は、苦情・相談対応の状況をホームページや広報誌で公表する仕組みの整備が求められる。

22. 社会保険労務士や税理士と委託契約を結び、労務・経理に関する助言を受けるとともに、その内容を踏まえた経営改善にも取り組んでいる。また、監事による内部監査を年2回実施し、組織運営の適正化を図っている。一方で、福祉施設・事業所における事務・経理・取引等に関する規程は十分に整備されておらず、経理規程の策定と職員への周知徹底が今後の課題である。

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. 法人理念や基本方針の中で地域との関わりを明記し、地域交流の重要性を位置づけている。法人内では地域に開かれた「ぼたろう祭」を開催し、地域住民との交流や情報発信を行っている。また、自治会・町内会に加入し、回覧板などを通じて地域の情報を収集しているほか、利用者と支援者が共に地域清掃や公園清掃に参加するなど、地域住民としての関わりを大切にしている。さらに、ショートステイ利用者への継続的な支援や他法人との連携を通じて、本人の生活の広がりを支えている。

24. 法人では、行事等においてボランティアを受け入れており、「楽しんで関わる」ことを主目的としている。その際にはオリエンテーションや交流会を通じて障害特性を説明し、活動中もフォローを行っている。活動時には、利用者と地域をつなぐ橋渡しの役割を意識した関わりを大切にしている。一方で、ボランティア受入れに関する基本姿勢やマニュアル、規程、登録カード、名簿等は整備されておらず、受入れの趣旨を明確化し、体制を文書化することが今後の課題である。

25. 長岡京市のネットワーク連絡調整チーム会議や自立支援協議会、「とりこぼさない支援を考えるプラットフォーム会議」などに参画し、地域の関係機関と連携を図っている。特に重層的支援に関する会議では、ひきこもりや孤立の解消について検討し、地域課題の共有と対応に取り組んでいる。また、市が発出する【福祉の手引き】を活用して情報収集を行い、職員会議を通じて地域課題や社会資源に関する情報を共有している。さらに、今後はKintoneを活用した情報共有の仕組みも検討している。

26. 法人では、毎年秋に地域向けの「ぼたろう祭」を開催し、恒例行事として地域住民に親しまれている。また、かつては「てくてくフォーラム」を開催し、障害のある人の地域生活や支援に関する課題を発信する場を設けていたが、コロナ禍や職員負担の増加により現在は実施できていない。一方で、職員は社会福祉協議会の地域福祉推進会議や市の重層的支援体制整備のコアメンバーとして参画し、障害福祉にとどまらず地域福祉全般の推進に取り組んでいる。災害時対応については計画は定めているが、地域との協議には至っておらず、今後の課題となっている。

27. 長岡京市ネットワーク会議や乙訓障害者支援事業所連絡協議会、自立支援協議会に参加し、関係機関・団体との連携を通じて地域の福祉ニーズを把握している。民生委員・児童委員との定期的な会議を通じて具体的な課題を共有しており、地域ニーズの把握に努めている。一方で、把握した福祉ニーズに基づく具体的な活動や、法定事業にとどまらない公益的な事業・活動は十分に展開できていない。また、そうした事業・活動を計画に明示する仕組みも整っていない。

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。	B	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。	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。	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	A
[自由記述欄]						
28. 本人を尊重した福祉サービス提供について、ホームページや「てくてく通信」、スタッフ会議を通じて共通理解を図っている。理念や「大切にしていきたいこと」として平易にまとめた文書を周知し、日々の支援の中で活用している。また、生活上の留意点を示した資料を研修時に確認し、ホームに常備している。具体的な支援では、スタッフ会議で本人尊重や人権配慮について検討を重ね、kintoneを活用して支援状況を記録・補完している。さらに、毎年「虐待の芽チェックリスト」を実施し、結果を集約して傾向を把握するなど、本人尊重の視点から支援を見直す仕組みを取り入れている。 29. 利用者一人ひとりに個室を確保し、プライバシーが守られる環境を整えている。また、契約時や利用時に本人・家族へプライバシー保護に関する取り組みを説明している。さらに、就業規則に守秘義務の規定を設け、虐待防止研修やセルフチェックシートを通じて職員の意識向上を図っている。虐待防止に関しては国の手引きを準用し、定期的な研修をZoomも活用して実施している。一方で、プライバシー保護に関するマニュアルは策定されておらず、不適切事案の対応手順についても書面で明確にしたものはない。個別支援のマニュアルには利用者ごとの対応方法が記載されているが、組織的な整備としては今後の課題である。 30. ホームページや「てくてく通信」を通じて理念や基本方針を発信し、事業内容を分かりやすく紹介している。パンフレットも整理されており、利用希望者や家族にとって理解しやすい工夫がなされている。利用希望者に対しては、重要事項説明書を用いた個別説明を行い、契約に至るまで丁寧に対応している。ショートステイの見学や体験利用についても個別に対応し、電話やホームページのお問い合わせフォームを通じて随時相談を受け付けている。 31. 相談支援専門員からの情報提供をもとに初回アセスメントを行い、その後登録シートを記入してもらった上で、面談や契約説明へと進めている。必要に応じて体験利用を行い、本人や家族の意思を確認したうえで正式利用につなげている。説明にあたっては、写真やイラストを用いた資料を活用し、分かりやすく丁寧な説明を心がけている。 32. グループホームへの入居や通所先の変更などに際して、必要に応じて引継ぎ資料を作成し、会議への参加や相談支援専門員との連携を通じて、本人の生活の継続性に配慮している。現在は登録シートに情報を追記しながら活用しており、今後はkintoneへの移行を進め、情報の一元管理を図る予定にしている。						

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	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。	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. 日常的な関わりの中で本人の希望を聞き取ったり、行動や反応から意向を汲み取るよう努めている。必要に応じて家族とも連絡を取り合い、相談室を備えて対応している。また、月1回のスタッフ会議を開催し、本人ニーズの把握に向けた検討を行っている。 34. 苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、体制を整えている。苦情解決の仕組みは規程に明記され、重要事項説明書で周知するとともに、事務所にわかりやすい掲示物を掲示している。利用者からの意見についても、多様なツールを通じて受け止めている。一方で、苦情の受付や対応結果を公表する仕組みが整備されておらず、運用面での透明性や改善につなげる仕組みが課題となっている。 35. 職員が日常的に本人の意見を受け止めやすい雰囲気づくりを意識しており、肯定的な言葉かけやケース検討を通じて要望を共有し、支援に反映している。家族とも緊密に連携し、課題が生じた場合には速やかに担当者から相談する体制が整っている。また、LINEワークスや日報の共有を活用し、相談や苦情に関する情報を職員間で共有している。一方で、相談や意見の記録方法や報告手順を定めたマニュアルはなく、意見箱やアンケートなどの仕組みも未整備である。現在は第三者評価に伴うアンケートで一部代替している状況であり、今後は相談・意見対応の定義や手順を整理し、仕組みとして明文化することが課題である。 36. 安全衛生委員会を組織し、理事長を責任者として月1回開催している。委員会では月10件程度のヒヤリハットを取り上げ、再発防止策を検討している。法人全体での取組として、グループホームでは緊急時対応をフロー図のマニュアルとして明示しているが、短期入所については手順の整理に留まっており、マニュアル化が課題となっている。また、てんかん等の個別状態に関するマニュアルは策定されているものの、緊急時対応の研修は未実施である。食事・入浴・服薬・送迎・ケガなど想定されるリスクについては、安全衛生委員会で検討し、マニュアルとして体系的に整理することが望まれる。 37. 利用開始時・終了時に非接触体温計による検温を行い、利用ごとに清掃・消毒を実施するなど、感染症予防に取り組んでいる。登録スタッフに対しては、新人研修時に支援スケジュールや引き継ぎマニュアルを用いて対応を伝達している。体制面では、事業長を責任者とし、LINEを活用して感染予防や発生時対応の情報共有を行っている。また、「新型コロナウイルス発生時の業務継続計画」や「衛生・安全等に関するマニュアル」を策定し、委員会を組織して体制整備を進めている。一方で、感染症予防に関する勉強会や研修は実施しておらず、現場での実践をマニュアルの伝達に依存している。今後は、職員や登録スタッフを対象とした研修の場を設けることで、より確実な感染症対策を図ることが課題である。 38. 法人では、洪水時を想定した避難確保計画を策定し、行政へ提出している。ハザードマップを確認し、避難所やAED設置場所を把握したうえで、早めの避難指示ができる体制を整えている。消防計画やBCPも整理され、備蓄品も予算立てのもとと確保している。職員・利用者家族の安否確認はLINEを活用して実施している。また、自治会との日常的な関係づくりにも取り組んでいる。一方で、避難手順を示すフローチャートは未整備であり、法人内の他事業所や自治会との協議・連携を含め、災害時の対応をさらに具体化することが課題である。						

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	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	非該当
		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	非該当
	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。	B	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. 短期入所の特性上、利用者ごとに支援内容が異なるため、個人ファイルによる基本情報の確認を徹底し、kintoneを用いた利用報告書やアプリ内での個別情報共有を実施している。全職員にアカウントを付与し、日々の業務において情報の一元管理を進めている。また、支援スケジュールを作成し、時間軸に沿って必要な支援内容を整理するとともに、プライバシー保護と権利擁護の姿勢を明文化している。登録スタッフに対しては、新人研修で支援スケジュールや引き継ぎマニュアルを用いて伝達を行い、日々の業務では個別指導やLINEでの情報共有を通じて支援の統一を図っている。利用者や家族からの情報や提案も共有し、実践に反映する体制を整えている。一方で、文書化された実施方法の定期的な見直しや改善の仕組みは十分ではなく、PDCAサイクルを組織的に回す仕組みづくりが課題である。

40・41. 短期入所サービスについては、法令上個別支援計画の策定義務はないため、本評価項目は「非該当」とする。

42. 本人の身体状況や生活状況を個別ファイル、利用報告書、kintoneなどに記録し、情報を蓄積・共有している。パソコンのネットワークシステムや事務所内サーバー、回覧を活用するとともに、LINEやラインワークスによって重要な事項を迅速に共有できる体制を整えている。また、職員会議を通じて定期的に情報共有を行い、議事録として残している。記録内容に差異が生じないよう研修への参加や「業務スケジュール」内で書き方のポイントを示している。

43. 法人として記録管理に関する規定を定め、記録は5年間保管している。面談・契約時には、個人情報の取扱いや情報開示について本人や家族に説明している。また、職員や登録スタッフには守秘義務誓約書を取り交わし、個人情報保護に関する意識付けを行っている。一方で、法人規程の改定は十分に行えておらず、また個人情報保護規定は策定されているものの、開示に関する規程は整備されていない。情報の取り扱いに関する引き継ぎは行われているが、定期的な研修を設け、より丁寧に周知・徹底することが課題である。

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 誰もが当たり前に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. 個人ファイルの登録シートやDX化した記録を通じて本人情報を共有し、支援に反映している。月ごとの単発利用という短期入所の特性の中でも、生活場面で本人の意思や希望を可能な限り汲み取り、嗜好品やCD・DVD・ゲーム等の持ち込みを認め、リラックスできる環境を整備している。また、居室には必要以上の備品を置かず、職員とのコミュニケーションを重視した支援を行っている。具体的には、洗濯や調理など「やってみる」体験を後押ししたり、個別のリクエストに応じて朝食を炊くなど、自己決定を尊重した支援を行っている。生活場面で他利用者との調整が必要な場合には、事前に交渉・確認を行い、本人の意思を尊重しながら支援を進めている。

45. 虐待防止研修や虐待防止委員会、安全衛生委員会を定期的に開催し、職員が具体的に検討する場を設けている。虐待防止の手引きも配布して共有しており、職員の意識向上に努めている。身体拘束については「身体拘束の適正化のための指針」を整備し、やむを得ず実施した場合は利用報告書に記載するなど、適正な対応を意識している。一方で、権利擁護や権利侵害防止について、短期入所という事業の性質上、難しいところもあるが、本人や家族にわかりやすく周知する仕組みや学習の機会が整備されていない点が課題である。

46. 法人の基本理念や基本方針は新任研修で伝達している。短期入所の特性から利用者の組み合わせはその都度異なるが、個々の特性に応じた居室環境の整備や写真・時間提示による見通し支援など、安心して過ごせる工夫を行っている。支援者間ではLINE等を活用し、配慮点を共有しながら、本人の「やりたい」という思いを尊重した支援を心がけている。また、短期入所を自宅では体験しづらい活動に挑戦できる場と位置づけ、GH利用へとつながる経験の場として機能している。地域に対しては、コロナ禍で縮小しつつも「ぼたろう祭」などを開催し、交流の機会を継続している。加えて、理念の読み込みやグループワークを実施し、ノーマライゼーションの観点に対する職員の意識向上を図っている。

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	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生活支援及び日中活動の支援を行っている。	B	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. 事業所では、スケジュール提示や絵カードなど、個々に応じたコミュニケーションツールを活用し、本人の心身の状況に合わせた支援を行っている。個別支援手順書や個人ファイルの情報はkintoneに記録・共有し、職員間での共通理解を図りながら支援に活かしている。また、視覚的なスケジュールを事前に家庭へ送付することで、不安なく短期入所に来られるよう配慮している。さらに、家庭と同じように安心して表現できるよう、職員は距離感に留意し、本人が自分らしいコミュニケーションを取れる環境づくりに努めている。

48. 短期入所の環境においても、本人の「やりたい」という思いを尊重し、生活の場に可能な限り反映している。支援者は日々の関わりの中で丁寧に相談や確認を行い、必要に応じて居室を活用するなど、個別性に配慮した相談の場を確保している。また、相談内容は職員会議で検討し、LINEを活用して情報共有を行うことで、職員間の共通理解と支援への反映につなげている。

49. ショートステイ利用時の様子を共有し、職員会議でも支援方法の意図や改善点を検討しながら次の支援につなげている。職員は強度行動障害研修や医療的ケア研修を通じて専門知識を習得し、特性に応じた支援力の向上を図っている。また、不適切行動とされる言動も背景を含めて支援者間で話し合い、アプローチや環境調整の工夫につなげている。さらに、通所先や学校への聞き取りを行うことで、多角的な視点から本人に応じた支援を行っている。

50. 短期入所は制度上、個別支援計画の策定対象外であるが、利用契約前の登録シートや支援計画シートを個別にファイリングし、支援前に確認の時間を設けて支援を実施している。利用を通じて見えてくる本人の姿についても職員間で共有し、支援内容の充実を図っている。生活支援としては、食事ではとろみ対応や個別の嗜好に応じた配慮を行い、入浴では本人や保護者の要望に可能な限り応じている。また、本人が持参する日中スケジュールを活用してコミュニケーションを図るなど、日常生活の流れを踏まえた支援を行っている。さらに、他の短期入所事業所の併用や将来的なグループホーム利用を希望する利用者に対して相談に応じ、必要な情報提供を行っている。

51. 事業所では、利用者のプライバシーに配慮し、入室時には必ずノックを行うなど基本的なマナーを徹底している。環境面では、ベッドや和室、冷暖房や空気清浄機を整備し、利用の都度清掃や寝具の洗濯を行うことで清潔な空間を確保している。食事や入浴の時間についても本人に意思確認を行い、一人ひとりが快適に過ごせる環境づくりを重視している。また、最大3部屋から本人に居室を選んでもらう仕組みとし、テレビ利用などが重なる場合は環境を分ける配慮を行っている。さらに、和室を希望する利用者が多いため畳マットを設置するなど、特性に応じた柔軟な対応を行っている。

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。	非該当	非該当
	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。	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. 非該当

53. 事業所では、配膳・下膳や洗濯、自室掃除などの日常生活支援を通じて、本人が小さな成功体験を積み重ねられるよう取り組んでいる。本人からの希望があれば、食事づくりを一緒に行うなど、意向を尊重した支援を可能な範囲で実現している。また、利用料の自己管理について、以前に来所前に使ってしまう事例があったが、保護者と相談し現金持参を支援課題の一環として対応を続けることで改善が見られた。さらに、交流会や「ぼたろう祭り」の出し物を利用者同士で話し合いながら企画するなど、社会生活に参加し主体的に取り組む機会を提供している。メンバーニュースや「てくてく通信」を通じて外出先等の情報提供も行い、本人の社会参加を後押ししている。

54. 事業所では、家族に記入してもらう登録シートをもとに、かかりつけ医や発作時の対応方法を事前に把握している。利用時には入退所時の検温を行い、入浴時の皮膚状態や排泄の様子、睡眠状況などを確認し、日常的な健康チェックを実施している。体調に変化が見られた場合には、速やかに家族へ報告し、指示に基づいて対応している。発作時の様子や対応は記録に残し職員間で共有しており、薬の変更や受診結果についても保護者からの情報を受け取っている。さらに、発作対応についてはマニュアル化して共有し、迅速かつ適切な対応が図られる体制を整えている。

55. 事業所では、家族に薬へ日付を記入してもらい、塗り薬についても使用部位や使用時間を明記してもらうことで誤薬防止に努めている。利用者到着時には職員が服薬シートと現物を照合し、服薬介助の方法も共有している。薬は鍵付きの棚で保管し、服薬時のチェックはkintoneに記録している。口腔ケアについては歯科衛生士と契約し、職員研修を通じて方法や感染症予防の観点も学ぶなど、必要な医療的支援の一端を担っている。

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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

56. 短期入所の目的そのものが地域生活を支えることであり、その観点から相談支援専門員と連携しながら支援を行っている。実際にショート利用を経てグループホームへ移行した事例もある。また、法人内の「ぼたろう祭り」では事前の交流会（夢プロジェクト）を通じて利用者の意向を確認し、出し物や販売活動に参加できる機会を設けている。これにより、普段得られない体験や「やりたいこと」を実現できる場となっている。さらに、将来的にグループホームへの移行を検討する利用者には、調理や洗濯と一緒にやる機会を設け、地域生活に必要な体験を積めるよう支援している。通所先や関係機関とも日々の情報交換や訪問を通じて連携し、本人の意向を踏まえた地域生活への移行支援につなげている。

57. 事業所では、利用時の様子を利用報告書にまとめて持ち帰ってもらい、家族への報告としている。利用が月1回程度となるため、その都度変化や対応方法を確認しながら支援につなげている。家族や相談支援とのやり取りは丁寧に行い、利用希望にできる限り対応できるよう努めている。連絡手段としてLINEを活用し、利用日数の調整や利用料の受け渡し、引き継ぎなどに活用しているが、一部利用者はLINEが使えないため個別対応も行っている。また、服薬シートの更新や発作時の対応方法など、医療に関わる情報も適宜共有し、安全な支援につなげている。

58. 短期入所での生活を通して小さな成功体験を積み重ねられるよう支援している。本人の「やりたい」という希望や意欲にもできる限り応じ、活動や生活の中で自己実現につながるよう取り組んでいる。また、過ごし方の組み立てについては本人と確認しながら実施しており、関係機関への聞き取りや見学を通じて得た情報も活かし、より良い支援へとつなげている。

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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

60. 非該当