

[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		

令和8年3月5日

総 評	<p>社会福祉法人はあとの会は、昭和47年9月に、「左京区障害児親の会」として結成され、昭和59年4月に「左京共同作業所」の開所を皮切りに、これまで移転を繰り返しながら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、名称を「障がい者はあとの会」と改められ、生活介護事業所として「デイサービスはあとの会」の運営をされています。法人としては、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。令和7年からは「社会福祉法人はあとの会」を設立され、NPO法人として運営していたすべての事業を継承され、事業運営をされています。</p> <p>法人理念に、「進め！はあとの会」を掲げ、この理念を叶えるために、利用者の意向を確認し、それを実現する場を作るとともに地域福祉の向上を目的とした、利用者主体の支援を行っておられます。</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。令和2年に生活介護事業所を新築され、利用者の状態に応じた環境で対応できるように、集団で生活する部屋を合計4部屋用意し、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。また、どうしても自宅で入浴できない利用者に対しては入浴の場の提供もされています。調査で訪問した際には、こちらの姿に元気よく挨拶をしてくださる利用者の姿が印象的で、希望する利用者には外出を積極的に支援に組み込み、個性に合わせて地域で生活する能力を養うなど、職員が利用者一人ひとりの個性に合わせて支援されていることが伺えました。</p> <p>今回、社会福祉法人となって初めての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>○事業所内の空間の配置や過ごし方への個別的配慮</p> <p>利用者が自分のスタイルに合った過ごし方ができるように事業所内の空間を利用して壁に向かったり、他の利用者が見える位置に座ったりと各自が自由に過ごせるような配慮がされています。特性に合わせて自分だけの部屋に行くこともでき、負担のない時間が過ごせるように職員が一丸となって取り組まれています。</p> <p>○地域で暮らすことに対する積極的な姿勢</p> <p>支援の一環として地域に出かけることが多く、地域のイベント情報なども積極的に利用者には提供されています。外出先の道中は公共交通機関を利用するなど、社会生活に馴染めるように支援を行っています。また、事業所付近の散歩や掃除なども積極的に行い、地域住民から声をかけられることもあり、地域で共に過ごすことを意識した取り組みとなっています。</p>

	<p>○働きやすい職場環境</p> <p>有給休暇消化率はほぼ100%で、希望もほとんどそのまま通る環境と聞いています。介護休暇や育児休暇、看護休暇も有給で取得でき、職員は積極的に活用をされています。また、業務上必要な研修は勤務時間として確保され、費用も補助されています。職員の希望する研修も年間3万円の補助があり、学ぶことに対する支援が整っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○ボランティア等の受け入れマニュアルの作成</p> <p>ボランティアの受け入れやチャレンジ体験の受け入れは行っていますが、マニュアルが整備されておらず、事前の研修もありません。事前に注意すべき点やどのようなことを指示するかなど、統一したものがなければ利用者に不利益が生じることもあります。必要な事項をまとめたマニュアルの整備をお勧めします。</p> <p>○書類不備の改善</p> <p>各種規程やマニュアル、文書など拝見いたしましたが、プライバシー保護に関する規程が見当たらなかった等、書類の不備が見受けられました。また、社会福祉法人として1年目ですが、前身のNPO法人時代から見直しがされていない書類も見られました。見直しと改訂は別ものであることを改めて認識していただきたいと考えます。必要以上に知られない権利であるプライバシー権を確実に尊重できるよう、規程やマニュアルの整備は必要です。また、各種マニュアル等がいつ見直されたか分かるよう、各種マニュアル等を見直した日付を入れておくことをお勧めします。</p> <p>○わかりやすい説明資料の作成</p> <p>契約書や重要事項説明書、広報紙、事業計画など各種書類は文字ばかりで絵や読み仮名も無く、利用者本人が分かりにくいものとなっています。様々な方法で伝えることを意識してもらえれば、利用者がより主体的になっていくきっかけにもなると考えます。まずは各種書類に絵や読み仮名をいれるなどして、少しでも理解しやすい資料を作成されてみてはいかがでしょうか。</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	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	2025/11/21

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. 理念や基本方針はホームページや事業計画にも明記しており、職員にも毎月行われる「デイ会議」の場や社会福祉法人設立の説明会で説明を行っています。また、家族に対しても年度末に行われる「保護者会」で事業計画とともに伝えていきます。しかし、分かりやすく説明した資料は無く、利用者本人への説明の工夫はしていません。

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
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. 地域福祉に係る情報は、ワムネットや行政の通知は逐一確認を行い、支援学校からの情報提供やPTAからの講演依頼などにも応えています。地域の福祉ニーズを把握に努め、毎月行われる「管理職会議」で各部門に通達しています。また、それを受けて中長期計画で法人内にグループホームを新設する予定となっています。しかし、社会福祉全体の動向についての分析までは至っていません。
3. 毎月行われる「管理者会議」にて事業報告をし、事業計画の進捗や財務状況の確認を行っています。また、理事会では税理士も含めた三者で経営課題について協議をしています。経営状況の把握を迅速に行うため、理事長は内部事情が分かる法人内の人材に変更となっています。

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。	c	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。	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。	b	b

[自由記述欄]

4. 社会福祉法人となった今年度(2025年度)から5年間の中長期計画を策定しており、理念の実現に向けて地域福祉のニーズに合わせた取り組みを計画しています。また、今後5年間でのグループホーム新設を目指し、新規事業設立委員会を立ち上げ、進捗を確認しながら計画の見直しを行っています。しかし、具体的な目標数値の設定や達成できたことが容易に判断できるものとはなっていません。
5. 中長期計画を受けて単年度の事業計画を策定しており、具体的に実施する内容を記載しています。実際に、職員のスキルアップや接遇改善を図るため、毎月の「デイ会議」ごとに勉強会を企画運営しており、調査時点まで順調に行われています。
6. 毎月の「デイ会議」にて、職員には業務の進捗に対する意見の聴取を行い、現場レベルでの回答を受けて事業計画の進捗管理を行っています。具体的には「利用者数を増やすためにどうするか」等を現場から聞き取り、計画の見直しや変更へとつなげています。また、事故やヒヤリハットのケースがあると、その段階で事業計画まで遡り、事業の見直しを図っています。
7. 次年度の事業計画の内容や今年度の事業計画の報告は、年度末の「保護者会」にて資料を配布し、家族に説明、周知をしています。また、上半期の「保護者会」では事業計画の中間報告や事業状況の報告もしています。出席できなかった家族には郵送で資料が送られています。しかし、利用者本人が理解できるような分かりやすい資料の作成などの工夫はしていません。

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
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. 毎月の「デイ会議」や「管理者会議」にて、事業運営の進捗状況や職員のスキル向上に向けた取り組みも含めて職員全員で話し合っています。また、家族からの様々な相談があると「管理者会議」で対応を協議し、全職員に対応を周知しています。しかし、毎年の自己評価は行っておらず、自主点検表で事業の確認を行っているのみです。
9. 「課題発見のためのワークシート」という社内専用のツールを使い、事業所全体の課題を抽出して対応について「デイ会議」にて協議を行っています。また、対応は各等級ごとに職員が行うべき目標があり、達成状況が事業評価に繋がっています。個人面談の際に事業に対する意見の聴取を行っており、職員全員で事業の改善に向け取り組んでいます。しかし、自己評価は行われていません。

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	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。	c	a

[自由記述欄]

10. 「課題発見のためのワークシート」で管理者の責務について明記しており、管理者が行う業務が明示し、「デイ会議」で説明を行っています。また、「保護者会」の説明時にレジュメに管理者の役割について明記して、説明を行っています。しかし、不在時や有事の際の権限移譲については記載がなく明確になっていません。

11. 管理者として、職員のメンタルヘルスに対する研修や事故対応の研修などに参加しており、今年度も福祉サービス苦情解決セミナーに参加しています。職員にも日ごろから遵守すべき法律について勉強会の開催や、運転技術については教習所へ研修に行かせるなどの取り組みをしています。また、運転マナーも含め抜き打ちでチェックを行うなど福祉行政以外の法令遵守に向けた取り組みをしています。しかし、関係法令のリスト化までは行っていません。

12. 事業所の管理者としてサービスの質に関する状況は毎月の「デイ会議」にて把握し、「管理者会議」にて評価を行っています。その結果、必要と判断した内容については「課題発見のためのワークシート」の改訂や「デイ会議」後半のミニ勉強会の開催を主導するなど、積極的にサービスの質の向上に参画しています。

13. 管理者として事業所の会計責任者をしており、経営状況の把握を行っています。3か月ごとに税理士と一緒に事業運営について協議を行っており、その報告と対応について毎月の「デイ会議」で、改善や運営に向けた課題を職員と話し合っています。具体的に改善した例として、人員配置の見直しを職員と協議したり、職員の待遇改善の一環として休憩室の見直しを行っています。

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-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。	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. 年度ごとの「人材育成計画」や「新規採用者育成計画」を基に必要な人材の確保や資格取得など、職員の育成に努めています。また、職員確保については職員紹介制度を作り、インセンティブを出して確保できる方策を取っています。他にも福祉人材フェアに行ったり、大学からの調査依頼を受けたり、職員確保につながりそうな方策を打ち出しています。大学生でアルバイト勤務をしていた学生を正規職員として雇用したケースもありました。

15. 「人材育成計画」に期待する職員像を明記しており、「人事制度の概要」として職員には法人として説明を行っています。説明の中で評価の方法や評価がどのように昇進、昇格に結びつくかを説明しており、分かりやすい指標となっています。職員は自己評価表として「ステップアップシート」や役職者以上が記載する「キャリアアップシート」を作成し、自身の将来や成長を思い描くことができるようになっています。また、職場内アンケートである「気づきシート」を導入して、意見を常に聞くようにしており、処遇改善に向けた検討を「管理者会議」で行っています。

16. 育児休暇、介護休暇、看護休暇は有給で取ってもらい、有給休暇もほとんど希望通りに取得でき、消化率はほぼ100%となっています。職場内アンケートの「気づきシート」は匿名での記載ができるため、事業所に対して率直な意見が上がってくるとのことです。また、休憩室にはメンタルヘルス相談窓口のチラシを貼っており、職員がいつでも相談できる体制を取っています。

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-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。	c	b

【自由記述欄】					
17. 人事考課の一環で、自己評価表として職員全員に「ステップアップシート」と役職者には「キャリアアップシート」を年度当初に作成し、面談を実施して、職員一人ひとりの習熟度に合わせた目標を設定しています。また、個人面談を半期ごとに行っており、目標達成の進捗の管理と評価を行っています。個人の力量に合わせて高い目標をクリアできていれば加点もあり、目標水準が公平適切となるように配慮しています。					
18. 「人材育成計画」に期待する職員像を明記し、それに伴って年度ごとに「職員育成計画」を策定し、法人として研修を受けてもらいたい職員を検討しています。また、個人面談などで研修希望が出ることもあり、毎月の「管理者会議」にて研修項目を審議事項として取り上げ、研修が受けられるように計画の見直しなど検討をしています。					
19. 職員の知識や技術水準、資格取得状況は「有資格者一覧表」を作成、更新し、面談によっても把握を行っています。また、新人には6か月間の「新規採用者育成計画」を基にOJTを通して育成を行っています。OJTで指導にあたる職員は、OJT研修を受けた職員が行っています。また、職員に対して年度ごとに「職員育成計画」を策定し、年間の研修計画を法人として立てており、勤務扱いでの研修受講や費用の補助があります。他にも研修案内は逐次回覧しており、職員が自主的に学びたい研修に対して、年間3万円までの費用補助があります。					
20. 実習生の受け入れ実績はありませんが、法人として「実習受け入れマニュアル」は作成しており、実習受け入れに対する意義や基本姿勢を記載しています。しかし、受け入れ予定が無いこともあり、専門職種の特性に配慮した基本プログラムの策定は無く、指導者に対する研修もしていません。					

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。	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。	a	a

【自由記述欄】					
21. ホームページ、広報誌等で法人の理念や基本方針、実施しているサービスの内容等を公表しています。苦情や相談の体制を整備し、改善・対応の状況については保護者会等で説明を行っていますが、ホームページ・広報誌での公表はしていません。					
22. 2025年度に社会福祉法人格を取得したことに伴い、経理規定等を見直しされました。法人内の監事による内部監査の実施や、顧問税理士と連携を通じて、財務管理を適切に行っています。令和7年10月には外部監査も受け、指摘事項はありません。					

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	a	
		24	② ボランティア等の受け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。	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。	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. 法人理念や職員行動規範で利用者が地域の一員として活動に参画し自己実現ができるように支援することを示しています。地域の取り組みについて案内を利用者に配布したり、地域の高齢者施設と交流し、園芸の活動を一緒に行っています。民生・児童委員から町内の情報を集め、地域のお祭り等に定期的に参加しています。					
24. 支援学校のチャレンジ体験を受け入れています。また、ボランティアの受け入れ実績があり、受け入れに関するフローチャートやボランティア活動承諾書、受け入れに関する記録を整備しています。しかし、ボランティア受け入れに関するマニュアルは確認できませんでした。					
25. 京都市北部自立支援協議会生活介護部会に参加し、共通の課題について協議を行っています。京都市北部自立支援協議会の取り組みの内容については「管理者会議」等で職員や法人内に周知をしています。しかし、社会資源をまとめたリストの作成までは行っていません。					
26. 月1回、同法人他事業所でミニバザーを開催し、利用者と地域住民が交流できるようにしています。事業所としてAEDを設置していることや、町内会等で施設の利用できることを地域の方に伝えていますが、利用実績はまだありません。また、福祉避難所としての指定を受け、備蓄品の確保をしています。しかし、地域の方等との災害時の役割についての検討や普段からの連携は無く、専門性を生かした地域支援も行えていません。					
27. 町内会の行事への参加や、法人でのミニバザーの開催、京都市北部自立支援協議会に参画等を通じて地域の福祉ニーズの把握に努めています。しかし、民生・児童委員の定例会への参加は無く、地域の福祉ニーズに沿った活動計画も立てられていません。					

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	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. 業務マニュアルとして「はあとの会ルール」を定め、研修を通して職員に周知しています。マニュアルは現場での率直な意見の投書ができる「気づきチェックシート」を活用し、支障があると適宜見直しを実施しています。虐待防止委員会の研修を年1回実施しており、研修を通じて利用者主体の支援、権利擁護について学ぶ機会を確保しています。

29. 「虐待防止対応規程」を整備し、年1回は職員に対して研修を実施しています。また、トイレ、浴室等は、利用者のプライバシーに配慮した設備になっており、排泄介助等はプライバシーに配慮した支援を行っています。しかし、プライバシー保護に関する規程は確認できませんでした。

30. 支援学校の教員やPTA、希望者を対象にした施設見学や説明会を実施しています。見学者には資料を渡し、説明をしながら施設内の案内を行っています。体験利用も受け入れており、直接利用する前に試せるように配慮しています。しかし、写真や絵等を活用したわかりやすい資料は準備していません。

31. サービスを開始する前に、利用希望者や保護者の見学や体験利用を十分に実施した上で利用の意向を確認しています。しかし、契約時は主に保護者に向けて重要事項説明書及び契約書を説明するに留まり、利用者向けにわかりやすく工夫した説明資料については準備していません。

32. 福祉サービスの内容の変更については、送迎時の申し送り、連絡ノート、担当者会議を活用し、事業所と保護者、相談支援事業所との間で連携をしています。しかし、利用を終了されるケースがほとんどないため、引き継ぎ文書の書式を整備しているものの、スムーズな移行を行うための手順については定めていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	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
		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	c
	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。	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	a
		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	a
			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. 年度末にアンケートを実施し、行事やクラブ活動について利用者のニーズを把握しています。意見が述べやすいように普段から事業所内の様々な空間で意向を示せるように配慮を行っています。また、保護者に対しては年2回の家族会や個別支援計画に関する面談、送迎時や連絡ノート等を活用してニーズを確認しています。把握したニーズについては、「デイ会議」を通じて職員間で共有しています。

34. 社会福祉法人化に伴い、苦情対応規程、苦情受付窓口等を見直し、苦情窓口に関する案内文書を利用者、保護者に配布・説明をしています。また、利用者や保護者が意見や苦情を言いやすいように、送迎時や連絡ノート等を活用しています。苦情の解決結果については、保護者会の配布資料に記載し説明をしています。具体的には、職員の対応や態度について苦情が上がり、職員研修に接遇マナーを導入しており、迅速に対応をしています。しかし、ホームページや広報誌で広く公表まではしていません。

35. 「苦情対応解決措置マニュアル」を整備しており、日々の支援の中で利用者が意見を述べやすいように職員には研修を実施しています。また、文字の読み書きが難しい利用者が多いため、苦情記入カードは配布していませんが、年度末に保護者向けのアンケートを実施して意見聴取を行っています。

36. 安全委員会を設置し、「事故防止対応マニュアル」や「事故報告書」を整備しています。毎月の「デイ会議」で、収集した事例をもとに事故を防止するための研修を実施しています。事故発生時には「事故報告書」をその日のうちに責任者に提出して迅速に対応しています。また、社内情報共有ツールでも後日報告書を閲覧し、内容を共有する体制をとっています。

37. 感染対策委員会を設置し、「感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための指針(規程)」を整備し、マニュアル「感染症対策について」を整備して毎年9月に感染症等に関する研修を職員に行なっています。また、利用時には毎回検温を実施し、流行期には食事スペースを区切って対応をするなど対策を行っています。通院ができない利用者も居るため、インフルエンザの予防接種等は、往診で対応しています。

38. 「防災マニュアル」「自然災害発生時における事業継続計画」を定め、災害対応の体制や事業継続について整備しています。年2回の避難訓練の実施のうち、毎年1回は消防署と連携して訓練を行っています。また、福祉避難所の指定を受けており、備蓄品リストを作成しています。しかし、想定される災害時の避難や事業継続に向けた研修の機会はありません。

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。	b	b
		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。	b	b

[自由記述欄]

39. 業務マニュアルとして「はあとの会ルール」を整備し、オリエンテーションやOJTで職員への周知を行っており、習熟度は各技術項目についてチェックリストで確認をしています。また、保護者向けのアンケートの結果も踏まえ、必要に応じて個別支援計画や業務マニュアルの見直しを行っています。しかし、業務マニュアル上にプライバシーの保護に関する内容を明記していません。

40. 個別支援計画策定の責任者(サービス管理責任者)を設置し、アセスメント様式の書式を定めて支援内容を策定しています。毎日の記録を保護者と共有し、その内容を毎月「月次モニタリング」の様式にまとめ、「男女別支援会議」、「デイ会議」で確認し、支援内容について見直しや確認を行っています。また、半年ごとに保護者会にて面談を実施し、面談内容を踏まえて個別支援計画の見直しを行っています。

41. 「課題発見ワークシート」や「月次モニタリング」で毎月利用者のニーズを把握しており、個別支援計画は半年ごとに「デイ会議」にて見直しを実施しており、緊急時はサービス管理責任者が保護者と協議して個別支援計画を変更する仕組みを持っています。また、変更された個別支援計画は計画策定後に職員に周知しています。

42. 「はあとの会デイサービス連絡帳」で日々の記録を残しています。日々の記録は、利用者ごとに「月次モニタリング」に集約して毎月の「デイ会議」や「男女別支援会議」で内容を共有し、支援内容について検討を行っています。記録については記入例を作成し、職員に配布しており、記録に差異が生じないように配慮しています。また、情報共有は主に社内情報共有ツールを活用し、電子化して回覧を行っています。

43. 文書保存規程に保存、保管、廃棄について文書の管理方法の記載があります。個人情報の取り扱いについては利用者や保護者に契約書等で説明を実施しています。しかし、情報開示や情報提供についての規程はありませんでした。

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	a
		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	a
		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	a

[自由記述欄]

44. 毎月「月次モニタリング」で日々の様子を確認しています。趣味活動や興味などは毎月の「男女別支援会議」にて話し合っており、利用者本人には写真を使用したり、筆談で意思確認を行っています。聞き取った内容は個別支援の手順書にも記載をして、いつでも内容を確認できるようにしています。

45. 身体拘束適正化委員会、虐待防止委員会にて毎年研修を企画し、実施しています。また、虐待防止委員会には外部の委員として保護者にも2名入ってもらい、一緒に研修内容から企画し、研修も保護者が一緒に参加できるように保護者会の中で設定し、案内も出して参加を促しています。

46. 理念に基づいた実践を行うため、近くに買い物に徒歩で出かけたり、イベントに行く際にも公共交通機関を利用して移動する等、日常社会での生活を意識した支援を行っています。また、施設近隣のごみ拾いを行い、地域住民に利用者本人の姿を見てもらい、当たり前の日常であることの理解を促しています。その結果、近隣住民から気軽に声かけをしてもらう関係性になっています。

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-(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) 日常的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]	
<p>47. 意思表示が難しい利用者に対しては、写真や絵カード、筆談、ジェスチャー等で意向を確認しています。また、理解力を高めるために男女別支援会議で話し合っ、各場面ごとに利用者がどのように思っているかの共通認識ができるようにしています。</p> <p>48. 利用者が発する言葉に言葉の意味以外の意味があることを、送迎時や支援時の仕草や表情の変化から読み取れるように個別に配慮をしています。他にも利用者に対して送迎ボードや絵カードで自分の意思を表現できることを説明しています。また、得られた情報は「デイ会議」や担当者会議で共有をするようにしています。</p> <p>49. 強度行動障害の研修に参加し、「男女別支援会議」にて伝達研修を実施したり、「デイ会議」にて支援方法の検討を行い、「専門知識の習得を行っています。利用者同士で合わないケースもあり、フロアを区切ったり活動時間をずらしたり、送迎時間や配車を見直しタイムスケジュールが重ならないよう工夫をして対応をしています。また、以前には京都市発達障害支援センター「かがやき」のコンサルテーションを受けていた時期もありました。</p> <p>50. 個人の支援手順書に食事の形態や好き嫌い、入浴、排泄の状況について記載しており、モニタリングで状況をチェックしています。入浴が自宅で困難な利用者には施設で入浴介助を行えるように手配しています。また、午後からは利用者個人の好きなことや興味のあることができるように配慮しており、音楽コンサートやポッチャの大会、乗り物が好きな利用者に対して希望があれば同行の支援も行っています。</p> <p>51. 室内は窓も大きく明るく清潔感のあるスペースとなっています。また、集団での活動が苦手な利用者のために一人になれるスペースの確保も行っており、利用者一人ひとりに個別に対応ができるよう支援手順書を細かく記載しています。また、ヒヤリハットや事故報告から日常の安全点検を心がけ、安全面には特に配慮をしています。支援手順書の中でうまく作用していないところがあればその都度見直しを図るようにしています。</p>	

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]	
<p>52. 月2回外部から理学療法士と音楽療法士に来てもらい、希望する利用者一人ひとりに専門的な機能訓練指導ができる体制を整えています。また、理学療法士等の専門的な助言を、誰が見ても同じことができるように機能訓練内容を写真などにして分かりやすくまとめ、個別支援計画に盛り込んでいます。</p> <p>53. 利用者の意向や好みを把握し、保護者からも必要な支援について聞き取りを行っています。このような取り組みから把握した内容を踏まえ、利用者が望む外出や趣味活動ができるように支援を組み立てています。また、外出活動を行う際には、公共交通機関の利用や地域との繋がりが持てるような社会参加を意識した支援を行っています。</p> <p>54. 日々の支援でバイタルチェックや痣の有無などの確認を行っており、保護者からの情報は欠かさず把握するようにしています。また、提携先の診療所から月1回医師が来所し、また、毎週訪問看護師が来所しており、その場で健康相談をしています。日々支援を行う職員に対しては、習熟度に合わせて個別に指導をする体制も整えています。</p> <p>55. 医療的なケアを行っていないため、直接医療的なケアが必要な利用者は医療機関への受診で対応をするようにしています。アレルギーを持つ利用者に対しては内容を把握するようにしており、食事に入れないように業者に指示を出して対応を行っています。また、受診の記録は社内情報共有ツールで把握するようにしており、食後の服薬管理も記録を残しています。しかし、医療的な支援を行う手順等は策定していません。</p>	

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	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. 京都市北部自立支援協議会と連携をして、地域の社会資源の把握を行い、利用者に提供をしています。また、地域のイベント情報を利用者に提供し、興味があるものは参加できるように調整をしています。その際には地域生活に馴染んでいけるよう、外出の際には公共交通機関の利用ができるようにしています。

57. 保護者会を年2回開催し、他にも電話やメール、連絡ノート、日々の送迎時を通して保護者との情報共有や意見の聴取をしており、意見交換を積極的にしています。得られた情報は施設内で申し送りを行い、社内情報共有ツールを通して全職員が把握できる体制を整えています。また、利用者の体調に関しても、施設が気付いた情報を基に受診等の助言を行っています。

58. 利用者には毎月、予定表を渡しており、月1回は目玉となるイベントを行うようにし、楽しみを持ってもらえるように考えています。また、好きなものが買えるように、希望する利用者には買い物に同行して買い物に必要な能力が養えるように支援を行っています。外出には買い物以外にも音楽コンサート等にも出かけたりしており、様々な意向を持つ利用者のエンパワメントができるようにしています。他にも施設近隣の地域住民とは清掃や散歩等で積極的に関わり、理解が得られるように働きかけを行っています。

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