

[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 | 社会福祉法人不動園<br>障害者支援施設 天ヶ瀬寮 | 施設<br>種別 | 生活介護・施設入所<br>(旧体系： ) |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会  |          |                      |

令和 5 年 3 月 3 日

|     |  |
|-----|--|
| 総 評 | <p>(施設について)</p> <p>身体障害者支援施設 天ヶ瀬寮は、世界遺産の宇治平等院にほど近い、静かで緑豊かな自然環境の中にあり、常時の介護を必要とする身体に障害を持つ方のニーズに沿った支援をおこなう施設です。平成12年に設立された身体に重い障害のある方の週書支援施設（定員60名）で、障害程度区分5（9名）、区分6（46名）が入所されている施設です。平均年齢は約57歳で30代から50代の利用者が27名、60代以上の利用者が28名です。短期入所、デイサービスセンター、相談支援事業、診療所が併設されています。また、隣接して障害者日常生活支援入所施設、就労支援施設、特別養護老人ホーム、地域包括支援センター等があります。</p> <p>施設は2階建てで、1階は入所施設、浴室、食堂兼デイルーム、相談支援室、医務室、不動園診療所があり、2階はデイサービスセンター、機能訓練室、スヌーズレンルーム、ホール等があり、デイサービスの入口は2階の車寄せから出入りするようになっています。</p> <p>施設内はロビーや廊下が広くゆったりとして清掃管理が行届き、快適な生活環境が作られていると思われました。</p> <p>(新しい基本方針に基づく取組み)</p> <p>令和3年度から新たな方針を基に、職員全員が一丸となって目標の実現に向かって取り組んでいます。</p> <p>障害のある本人の一人ひとりの個性に応じた、質の高い支援の提供と本人が望む生活や社会参加の実現ができるよう、本人の自己決定権を尊重しエンパワメントの理念に基づく個別支援を行っており、介護、看護、機能訓練、栄養管理、相談支援と他職種の連携により本人のニーズを把握し本人のニーズに応じた取組み工夫を行っています。</p> <p>職員間では、互いに尊重し、チームワークを育み、相互研鑽を行っています。OJT、Off-JT、SDS（自己啓発）を効果的に組み合わせ、きょうと福祉人材育成認証制度に則り人材育成に取り組んでいます。また、職員が働きがいのある職場であるように、職員が互いに話を傾聴し、情報を共有し、開かれた職場を目指しています。</p> |
|-----|--|

### 1. サービスの質の向上に向けた職員の取組み

○事業所が独自で作成した介護技術マニュアルがあり、介護技術の方法が具体的に分かるよう写真を付けて解説し、自己チェックリストを各章ごとに付けて、習得度を自分で確認できるようにしています。入職時に全職員に渡し介護技術が一定水準になるようOJT研修を行っています。

○看護師は独自の利用者ファイル(メディカル用の)を作成し、緊急時にすぐに対応できるように整備しています。服薬については誤薬を無くすべく複数の看護師でチェックしています。

○毎週土曜の夕食は希望メニューの日として、栄養士は個別に利用者からメニューを聞き対応しています。機能訓練室での訓練が嫌な利用者には、個別に居室に出向き日常の雰囲気の中でリハビリ指導を実施しています。

### 2. 障害のある本人の希望に寄り添ったサービスの提供

○併設のデイサービスセンターの利用者家族さんとの協働で作られた「座敷トイレ」を参考に、PT(理学療法士)も協力して専門的知識を取り入れ「仰向けになったままで排便ができるトイレ」を造り、利用者にとって利用しやすいものとなっています。「食べる」から「排泄」の生活活動の中で、本人の能力を可能な限り発揮出来る環境を作られています。

○職員が他の施設を参考に独自で作られたスノーズレンルームが設置されていて、障害のある本人の精神的ケアやセラピーとして、利用者が好む光・音・匂い等で感覚を優しく刺激し、本人の特別な空間が過ごせるようになっています。

○入所前に利用者・家族を対象に開催している重要事項説明会では、内容をできる限りの確に伝えられるように、職員が一人ずつ側についてページを示したり、言葉の中身を伝えたりして利用者・家族に分かりやすいよう工夫しています。

### 3. 職員が働きがいがあると感じている職場

○OJTが新人育成プログラムに基づき実施されており、職員への適切なアドバイスや相談できる雰囲気等コミュニケーションが良く取れていて、職場の雰囲気が明るく仕事の進め方・やり方に職員が満足しています。

○職員アンケートから働きがいがある職場であり、仕事の進め方・やり方に満足しているとの回答がありました。

○研修を受けたスーパーバイザーが配置され、悩みごとや仕事に対するやる気を丁寧に聞き取り、労働環境の改善にも取り組んでいます。

○計画管理にコンサルティングをいれ、事業計画の進捗状況をPDCAサイクルの中で確実に管理することで、職員全員に計画内容が浸透し、仕事の目標が明確になることで仕事のやりがいを感じられる職場になっています。

特に良かった点(※)

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が<br/>望まれる点(※)</p> | <p><b>1. 法令に関するリスト及び文書管理規定(倫理規定含む)等の整備について</b><br/>法令に関しては、現場で必要になる法令のリストを作成することは、事業所として大変重要なことです。職員に関する労働法や法人の各種規程、ハラスメント規程や倫理規程等に関しても、現場で必要な時に直ぐに参照できる仕組みの整備が望まれます。</p> <p><b>2. マニュアルの統一した管理について</b><br/>各種マニュアルを整備されていますが、統一した管理ができていないように思われます。また、服薬、虐待、個人情報保護、意見要望等に関してのマニュアルが明確になっていません。ぜひこの機会に必要なマニュアルについて見直しをされ、統一した管理体制を作られてはどうでしょうか。</p> <p><b>3. 定期的ニーズの調査と公表について</b><br/>本位の福祉サービスは一方的に判断できるものではなく、本人のニーズとの双方向性の観点が重要なことから、本人のニーズを組織的に調査・把握することでサービスの質の向上の取組みに結びつけるためにも調査を実施されることを期待します。また、調査結果の公表についても、苦情等の公表と併せて検討されてはどうでしょうか</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 | 社会福祉法人 不動園 天ヶ瀬寮 |
| 施設種別  | 生活介護・施設入所       |
| 評価機関名 | きょうと介護保険にかかわる会  |
| 訪問調査日 | 令和5年2月17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<br>理念、基本方針 | I-1-(1)<br>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     |

A

1. 法人理念・基本方針はホームページやパンフレット等に記載しています。玄関や事務所を始め施設内各所の利用者の目に止まりやすいところにも掲示し、利用者からの問い掛けにいつでも答えられるようにしています。配布している職員カードに理念が印刷され、職員ヒアリング時にも施設長が毎年継続して確認しています。仕事に対する姿勢は理念が基にあり、介護の質が問われる職員の対応はそれに基づいていることを職員の意識の中で培われています。

| 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<br>経営状況の把握 | I-2-(1)<br>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. 毎月の自主点検、自己評価の確認をする中で地域福祉事業全体の動向を把握し、福祉サービスのコスト分析や利用者の推移、利用率等の分析も行っています。また、宇治市の地域福祉計画会議や自立支援協議会の会議に参画し、それぞれの策定内容を把握しています。併せて地域福祉サービスのニーズの把握や潜在的な障害のある本人に関するデータを収集するなど、地域での経営環境や課題を把握し検討しています。それらを中期計画や単年度事業計画に反映しています。

3. 法人本部が経営ヒアリングを行い、事業所の収支状況やコスト分析、利用者の推移等を見直す機会を設けています。その際に明らかになった課題を関係部署で分析するとともに、公認会計士等の専門家による指導や指導事項を受け、経営改善に活かしています。経営状態は理事会等で報告され、職員にも共有されています。

| 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<br>事業計画の策定 | I-3-(1)<br>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)<br>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。 | A    | 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    | A     |

[自由記述欄]

4. 中・長期計画は、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にし、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっています。評価指標や1年目、5年目の目標値を設定し進捗状況を把握しています。計画は必要に応じて見直しを行い、計画策定は各事業所ごとに法人全体で取り組んでいます。

5. 単年度計画は中長期計画の4つの大項目を基に策定され、具体的な事業項目が記載されています。項目ごとに目標値や具体的目標が設定されており、取り組むべき内容が明示され、毎月の進捗状況の評価を行えるようになっています。

6. 事業計画は主任管理職を中心に各部署が協力して策定し、4月の全体職員会議で全職員には周知しています。計画の実施状況は毎月の会議で振り返るなどPDCAサイクルに基づいて評価し、必要に応じて見直しを行っています。

7. 毎年重要事項説明会を開催し、障害のある本人や家族等に事業計画の主な内容を説明しています。説明会では利用者の横に個別に職員が付き説明に合わせてページをめくったり、補足説明をするなどして、本人等がより理解しやすいよう工夫しています。

| 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-4<br>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)<br>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    | 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. 事業計画の策定を始め組織的にPDCAサイクルに基づくサービスの質の向上に関する取組みを進めています。毎月自主点検、自己評価を行っており、定期的に第三者評価を受診しています。評価結果を分析・検討するための各種委員会・会議等が事業計画の中で位置づけられています。

9. 評価結果等については、委員会・会議等で課題の共有化が図られ、改善策や改善計画の策定に繋げています。改善の取組みは毎月計画的に行われ、PDCAサイクルを構築する中で実施状況の評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行っています。

**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<br>管理者の責任とリーダーシップ | II-1-(1)<br>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    | B     |
|                        | II-1-(2)<br>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. 管理者は毎年の職員全体報告会で事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にし、併せて管理職の役割と責任について説明をしています。管理者の役割と責任を含む職務分掌等についての規程があり職員に周知されています。災害時の管理者等の役割についてもBCP（事業継続計画）を策定し明確にしています。

11. 管理者は法令遵守に関する外部研修や法人の内部研修、法人管理職会議に参加し、幅広い分野について法令等の把握を心掛けています。法令の改訂に伴い変更や取組が必要な事案についてはプロジェクトチームを立ち上げ、コンプライアンスの徹底に努めていますが、法令遵守に関する研修や事業所に関連のある法令等のリスト化について検討されることを期待します。

12. 管理者は各種会議等で福祉サービスの質の現状について、定期的・継続的に評価・分析を行うと共に、課題改善のための取組み等について職員の意見を聞くなどリーダーシップを発揮しています。また、事業計画において福祉サービスの質の向上について職員の教育・研修等の充実を図っています。

13. 管理者は、人事、労務、財務等を踏まえた経営・業務の分析内容や次年度に向けた職員体制、業務改善等について、毎年の職員全体報告会で説明し、効果的業務運営を目指すための職員の意識形成と体制の構築に取り組んでいます。働きやすい環境を作るために、残業時間の管理や職員の負担軽減（移乗回数やオムツ交換の回数減少のための工夫、部屋食への変更）に取り組んでいます。

| 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<br>福祉人材の確保・養成 | II-2-(1)<br>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     |
|                    | II-2-(2)<br>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. 「きょうと福祉人材育成認証制度」を活用し、法人全体で人材育成に取り組んでいます。人材確保のため職員紹介制度を活用し採用に繋げています。また、就職後の資格取得を支援し、資格取得と基本給アップを運動させています。人材確保と定着の観点から働きやすい職場づくりに取り組み、人間関係や職場環境の改善により離職する職員はほとんどありません。

15. 法人の期待する職員像は、人事基準を定めた規定があり、職員全員に配布しています。振り返りシートと評価シートでの面談を年2回実施し、人事評価を行っています。

16. 職員の就業状況や意向を把握する体制があり、年末に異動希望等を自己申告シートで提出して面談を受けられます。ワークライフバランスに配慮し、有給休暇の取得状況や時間外労働のデータは管理者・主任等が勤怠管理ソフトで行っています。衛生委員会を中心に職員の健康管理やメンタル管理を行っており、必要があれば産業医と相談できる体制ができています。健康診断は毎年全職員対象に行っています。腰痛健診や予防接種も行っており、希望した職員は無料で受けることが出来ます。福利厚生制度もあります。

| 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 |
| II-2<br>福祉人材の確保・養成 | II-2-(3)<br>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     |
|                    | 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. 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が適切に行われています。職員は目標や期限、達成度を明確にした自己の振り返りを記録した評価シートを提出し、それを基にフィードバック面談を年2回行っています。

18. 「期待する職員像」を基本方針のなかに明示し、人材育成認証制度に則り職員教育や研修を進めています。中長期及び単年度事業計画の中に計画的な内部研修実施の項目があり、PDCAサイクルにより事業計画を見直す中で、カリキュラムの評価と見直しが行われています。

19. 職員の研修参加履歴は、法人人材育成委員会が管理し、受講者には受講証を発行しています。新人育成プログラムがあり、習熟度を考慮した個別的なOJTが実施されています。人材育成認証制度に基づき階層別・職種別研修を実施し、外部研修についてもPC等で情報提供を行い、職員が参加できるように配慮しています。

20. 実習生受入れに関する基本姿勢を明文化しています。実習受け入れに関するマニュアルがあり、実習プログラムに基づいて実施しています。実習指導者は社会福祉士実習指導者研修を受講しています。学校とも協力し、学校主催の実習報告会等にも参加しています。

| 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<br>運営の透明性の確保 | II-3-(1)<br>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. ホームページには法人概要、基本理念、目指す法人像、望ましい職員像、決算報告等を公開しています。第三者評価の受診、重要事項説明書の苦情・相談体制等について施設内に掲示しています。広報誌は利用者・家族に向けて年3、4回発行し、見学時にも配布しています。

22. 事業所の事務・経理等の処理は規則に従っており、職務分掌規程等で権限と責任が明確にされています。また、必要に応じて外部の専門家による助言やチェックを受けると共に、内部監査を定期的実施し適正な運営に取り組んでいます。

| 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<br>地域との交流、地域貢献 | Ⅱ-4-(1)<br>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。           | B                               | B     |   |
|                    | Ⅱ-4-(2)<br>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)<br>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。 | B     | A |

[自由記述欄]

23. 法人の理念、基本方針の中で地域社会との連携と地域への貢献を掲げており、地域との交流に対する基本的考えを明示しています。コロナ渦で取り組みが難しい状況であり、喫茶等のボランティア活動が実施できていませんが、地域からマッサージや歯科往診、散髪の訪問はありました。買い物や病院受診は本人のニーズに応じた店や病院の紹介をしています。地域住民の移動の足を確保するためのバスの運行を市から受託しています。
24. 大学の実習や支援学校の生徒の体験見学を受け入れています。ボランティア受入れに関するマニュアル等は確認できませんでした。
25. 地域の関係団体等のリストがあり、職員間で情報の共有ができています。宇治市の自立支援協議会の医療的ケア部会や相談支援部会に参加しており、その他に関係機関や病院等とも必要に応じ連絡を取り合っています。
26. 事業所が山間部にあつて交通の便が悪く、近くに民家が無いこともあり地域との交流が困難な状況のなか、コロナ前はホールを開放して卓球バレー等のイベントを通じて地域貢献ができていました。白川地区の住民向けにバスを運行し、地域の集会所で開かれるサロン活動への送迎も行っています。福祉避難所に指定されており、災害時の備蓄を行っています。専門性を生かして相談支援事業を実施し地域ニーズに貢献しています。
27. 災害時は要配慮者の避難所として活用することを宇治市と確認しています。障がい者等の相談支援事業を行っており、地域相談の受け入れや宇治市地域自立支援協議会に参加しする中で地域ニーズの把握に努めています。

### 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<br>本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(1)<br>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。        | A    | A     |
|                    | Ⅲ-1-(2)<br>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    | 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. 本人尊重の姿勢が法人理念、基本方針に明示されています。倫理綱領があり職員会議やOJTの中で理解に努めています。福祉サービスのレベルを一定の水準に保つためのマニュアルが策定されています。状況の把握・評価等は振り返りシートや事業計画のPDCAサイクルの中で点検・見直し等を行っています。
29. 障がいのある本人のプライバシー保護と虐待防止に関するマニュアルや規程等が整備され、職員研修を行っています。虐待防止のためにチェックリストを作成し活用しています。4人部屋でのプライバシー保護では、話の内容やオムツ交換での配慮を行っています。不適切事案が生じた場合の対応方法を明確にし、計画の中で取り組んでいます。
30. 見学者には、写真や絵を取り入れた事業所パンフレットやホームページで施設の内容を紹介すると共に、丁寧に説明をしています。病院や相談支援事業所、市役所等を訪問時にパンフレットを配布し誰もが情報を入手できるようにしています。
31. サービス開始時やモニタリング時の本人または後見人等への説明と同意にあたっては、本人の自己決定を尊重しています。また、本人等にサービス内容等を説明する時には一人ひとりの障がいの状態に応じた工夫と配慮を行い、意向を尊重した対応をしています。
32. 他施設や事業所または家庭に移行する利用者には、相談員が主導しサービス継続性に配慮した手順書に基づき引継ぎ書を作成して、相談支援事業所とも連携し、不利益のないように、また、スムーズに移行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<br>本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(3)<br>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)<br>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)<br>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    | A     |

[自由記述欄]

33. 本人や家族のニーズ把握のため日常的に職員から声掛けを行い傾聴に努めています。また、「ご意見箱」や「ご意見カード」も設置していますが、組織的な定期的調査は実施できていませんでした。新型コロナの発生以来、施設自治会活動が休止しており定期的な懇談会等も実施できていない状況です。職員会議等で利用者ニーズを検討しており、相談や意見を言いやすいよう相談室を設け、言語でコミュニケーションが難しい方も様々な方法で聞き取る努力をしています。

34. 苦情解決の仕組みがあり第三者委員も委嘱されています。苦情申し立ての方法については重要事項説明書や施設内掲示物で案内をしています。意見カードを配布して苦情を申し出しやすくし、苦情に対する対応内容は本人・家族に報告していますが、結果の公表はできていませんでした。

35. 意見・相談等の対応マニュアルがありますが、定期的な見直しができていませんでした。意見箱の設置や日頃から声掛けに努めて利用者の話を聞くようにしており、その内容はPCと利用者ノート等に記録しています。

36. リスクマネジメント委員会を設置しており、事故発生時の対応マニュアルは職員に周知されています。ヒヤリハットは虐待防止委員会で報告・検討が行われていますが、要因分析まではできていませんでした。服薬の管理は看護師がダブルチェックを行い事故が起こらないようにしていますが、安全確保に関するマニュアル等がなくKYT（危険予知訓練）の取組みもありませんでした。リスクマネジメントに関する広報新聞の復活を期待します。

37. 感染症対応マニュアルがあり感染症発生時のBCP（事業継続計画）を策定していますが、新型コロナ感染者の発生に伴い再度BCPの内容を見直しています。感染症が発生した場合はマニュアルに基づき本人の安全確保策を実施してきましたが、障害の特性に応じた取り組みまで行っているかどうかは検討が必要です。

38. 市の監修を受けて防災計画等を策定しており災害時の訓練等も行っています。宇治市も含め周辺地域と共同での訓練は現在構築中です。食料や備品等の備蓄をしています。福祉避難所にもなっていて現在BCPを見直し中であり、本人及び職員の安否確認方法や福祉関係団体との連携にも取り組んでいます。

| 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-2<br>福祉サービスの質<br>の確保 | Ⅲ-2-(1)<br>提供する福祉サービスの一定の水<br>準を確保するための実施方法が確<br>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<br>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<br>直しをする仕組みが確立している。 | B    | A     |
|                        | Ⅲ-2-(2)<br>適切なアセスメントにより福祉<br>サービス実施計画が策定されてい<br>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<br>る。   | B    | 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。  | B    | A     |
|                        | Ⅲ-2-(3)<br>福祉サービス実施の記録が適切に<br>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<br>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. 提供する福祉サービスの一定の水準を確保するため、マニュアルには人権の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関する基本姿勢が明示され、職員に周知するため研修や個別指導等の方法を講じています。実施方法の検証・見直しは、個別支援計画に従って定期的及び必要に応じてモニタリング時に行われています。

40. サービス管理責任者が設置されており、アセスメントは介護ソフトの様式を利用して実施し、必要に応じて関係する各職員の意見も反映しています。個別支援計画には本人のニーズが明示されており、毎月のケース会議で状況を確認し必要な場合は見直しを行っています。

41. 個別支援計画の見直し等は定期的を実施しており、見直しに当たってはサービスの質の向上に関わる課題等が明確にされています。変更した個別支援計画の内容を関係職員に周知する手順を定めて実施しています。

42. 統一した記録様式にサービス実施状況が記録され、個別支援計画に基づいたサービスが実施されていることが確認できました。職員間で記録内容・書き方に差異が出ないよう指導等を行い確認しています。職員会議等を定期的に開催し、PCファイルの記録を閲覧するなど、事業所内での情報共有ができています。

43. 個人情報保護規定や記録管理責任者が明確にされていませんでした。また、個人情報保護に関する研修が実施されていませんでした。

**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<br>支援の基本理念 | A-1-(1)<br>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     |
|                | A-1-(2)<br>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    | A     |
|                | A-1-(3)<br>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. 本人の自己決定を尊重しエンパワメントの理念に基づく個別支援を行っています。趣味活動や嗜好品等も本人の意思と希望を尊重しています。「リハビリテーションをする、しない」や「土曜の夕食の選択制」等ではまず本人の意志や希望を確認した上で必要な支援を行っています。生活に関するルール等については、本人と十分に話し合い、最大限本人の希望に沿って決定しています。
45. 重要事項説明会は、障がいのある本人（家族・成年後見人等含む）が自分の権利擁護について理解してもらうための学習機会と捉え、職員が個別に付いて説明をしています。権利侵害の防止と早期発見については、マニュアルの中で具体例を示しており、職員が身につけて、実践されています。身体拘束や虐待についての研修を実施し、再発防止策等を検討する委員会も、設置されています。
46. 重度障がいのある本人が、リモコンを足で使えたり、ブレスコールや声でのPC活用など、居室の中で自立して生活（活動）ができるように工夫している支援内容が記録で確認できました。地域社会に向けて障がいについての理解を深める活動をしています。職員に向けては、ノーマライゼーションについての研修を行っています。

| 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<br>生活支援 | A-2-(1)<br>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    | 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。              | B    | A     |
|             | A-2-(2)<br>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    | A     |
|             | A-2-(3)<br>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。                    | B    | A     |

[自由記述欄]

47. 障がいのある本人の状況に応じて50音表を使用するなどの方法により意思疎通を図っています。コミュニケーション手段が十分でない本人には個別的配慮を行い、必要に応じてコミュニケーション機器の活用などの支援や工夫も行っていきます。
48. サービス管理責任者が主になって、本人が職員に話したいこと・伝えたいことを受け止める場を作っています。相談内容についてはサービス管理責任者と関係職員が検討を行い、必要なものは個別支援計画に反映しています。
49. 障がいに関する理解と専門性の向上に努め、事業所独自で開発した介護技術の具体的方法は、写真を付けた説明書を作成しています。さらに、自己チェックリストも作成して支援内容の向上をはかっています。マニュアルを入職時に全員に渡し、その内容に従って研修を実施しています。また、入所者間の関係の調整については、生活支援員・主任・施設長が、段階的にその時の状況や必要に応じて行っています。
50. 職員は障がいのある本人のその日の心身状況に応じて、日常生活全般について一人ひとりのニーズに合わせた支援を心がけています。コロナ禍で日中活動や支援が十分に提供できていないところもありますが、日中活動の情報提供と希望やニーズにより選択できる日中活動の多様化も図っています。また、排泄支援のケースでは職員が工夫した仰向けになってできる畳部屋にトイレを設置した事例もありました。
51. 居室や日中活動の場所等は、安心安全に配慮し、居室、食堂、浴室、トイレ等は清潔で明るい雰囲気になっています。本人がリラックスできるようスヌーズルーム（光・音・匂い等の中で気持ちを整える部屋）を設置し、個別の状態に合わせて寛げるような配慮をした部屋も設けています。

| 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<br>生活支援 | A-2-(4)<br>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)<br>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)<br>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]

52. 本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練が行えるよう声掛けや粘り強く説明を繰り返し、さらに必要に応じて医師から必要性の説明を行っています。機能訓練・生活訓練は、2名のPTの助言・指導のもとに実施しています。アセスメントに基づいた支援計画にそって、生活支援員とPTが連携して機能訓練・生活訓練が実施されています。機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しは、リハビリ実施計画にそって行われ、リハビリ日誌とケース記録をカンファレンスの資料として活用しています。リハビリ室を利用し計画に沿った機能訓練や生活訓練を行っています。

53. コロナウイルス感染症拡大前には、社会福祉協議会の行うサークル活動や中学校に向いて、障害のある本人が、自らの人生を語る「語ろう会」に、職員がサポートして参加してもらい、社会参加に資する学習・体験の機会を提供していました。コロナ渦の為、利用者が、出来ることをやれる機会が、少なくなっています。

54. 常にPC内のケース記録を閲覧し、関係職種間で情報が共有できています。施設内に医務室があり5名の看護師と嘱託医師がいます。健康の維持・増進のために、本人の意向と希望を尊重した機能訓練・生活訓練を実施しています。食事の提供と支援では栄養士がまず障害のある本人ひとりづつの希望を聞き取り、心身の状況に応じたメニューを作っています。体調変化等に迅速に対応できるように、医務室に全入所者の個人別ファイルを設置し、救急隊員ははじめ搬送先の医療機関に情報が速やかに提供できるようにしています。また、医務室には個人別の頓服薬リストがあり、看護師が不在時にも対応できるようにしています。職員研修や職員の個別指導は、事業所独自で作成した自己チェックリスト付きのマニュアルを使用し、全職員が連携して日常的な健康状態を把握しています。

55. 医療的な支援や緊急搬送時や入院時に連携が出来るように看護サマリーを作成していますが、医療的支援方針や管理者の責任を明確にしたマニュアルは策定されていませんでした。服薬等のマニュアルはありませんが、薬は一括して医務室で管理し、看護サマリーにアレルギーや禁忌薬を記載しており、医師や看護師の指導による安全管理体制ができています。

| 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<br>生活支援 | A-2-(7)<br>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)<br>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)<br>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. 「地域生活への移行」の支援として、相談員が障害のある本人の住みたい場所の希望と意向を聴き取り、一人暮らしのためのヘルパーの調整や生活費など生活資源の環境整備を行い、「元気で楽しい一人暮らし」の地域生活への移行や地域生活のための支援を行っています。地域の関係機関等の連携・協力先として、障害のある本人の希望する住みたい市町村のケースワーカーやケアマネジャーに繋げています。本人の希望があれば地域生活への意向や支援について相談に応じ、見学や支援事業所と連携して地域移行を進めています。昨年は1名地域移行されました。

57. 家族等との連携・交流にあたっては、本人の意向を尊重するようにしています。生活状況等の家族等への報告は、本人の様子を請求書に文書を同封しています。体調不良や急変時の家族等への報告・連絡体制は、明確に定められ「非常時持ち出しファイル」の中に、整備されています。

58. 本人の自己決定権を尊重しエンパワーメントの理念に基づく個別支援を行っており、本人のニーズを把握しニーズに応じた取組みや工夫ができています。就労に関しては、地域への移行も頭頭に、本人が自立して活動・生活する力を支援するため地域の関係機関や家族等との連携を心掛けています。

| 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-3<br>就労支援 | A-3-(1)<br>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]