

[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	障害者支援施設八木寮	施設種別	生活介護・施設入所支援・短期入所
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27日

総 評	障害者支援施設八木寮は、昭和57年4月1日に養護学校（特別支援学校）を卒業した人たちの働く場、生活する場として地域の人たちの協力・支援によって建てられた施設です。開設から入所されている利用者は複数名おられ、地域において大切な生活・活動の拠点となっています。 施設では、法人理念「和顔愛語～人にはやさしい笑顔で・心は豊かに・言葉は和やかに～」をモットーに、利用者一人ひとりの特性に応じた支援を、施設長を含む職員で一丸となって行われています。日中活動は、動かれることが少ない利用者向けに散歩やドライブ、軽作業をゆったりと行える「生活班」、畑作業や園芸、ペーパーログ作成や木工等内職、器具を用いた筋力トレーニングを行える「作業班」、自閉症やてんかんのある利用者に配慮した活動が楽しめる「基礎班」の3つがあり、利用者の体力や健康面、障害特性に配慮しながら持てる力を発揮できるよう支援がなされています。また、夕方や週末の余暇支援、ミュージック・ケア（音楽や楽器に触れて心身に快い刺激を与える）を通して、利用者が心地よく楽しい時間を過せるよう、利用者を中心とした支援が行われていることが随所感じられます。そして、利用者のみならず、職員の働きやすさに目を向けた取組も整備されており、支援する人への支援も意識されています。 利用者の重度化や高齢化が進むなかでも、施設が利用者や家族等にとって安心して過ごせる地域の生活拠点として今後も充実した支援を展開されることを期待して、下記のことをお伝えさせていただきます。
特に良かった点(※)	○利用者の自主性を大切にした生活・活動支援 施設では利用者自治会「さくらんぼ会」を月1回開催されています。「さくらんぼ会」では、利用者同士がそれぞれの思いや要望を伝え合われており、その過程を通して利用者が互いを尊重しながら生活できるよう支援が行われています。また利用者の自主的な活動となるように、地域の清掃活動や朝市での物品販売等、様々な地域行事や活動への参加を通して社会経験を積める機会を職員がサポートされています。 ○利用者の生活環境整備 利用者が過ごしやすい生活空間となるよう施設環境を検討し、整えられています。例えば、前回の受診以降、2023年度には仕切りのなかった二人部屋にプライバシー確保のための仕切りカーテンを設置し、2024年度には空調設備が整っていなかった居住棟廊下や洗面所にエアコン設置と除菌・脱臭機の設置、また管理が大変になっていた中庭のブロッキングを行って行事で使用しやすいようにする等の環境整備が行われていました。

	○職員が働きやすい職場環境 利用者支援において必須とされる研修が多々ある中で、職員が業務中に研修受講がしやすいようにオンライン研修の導入や、子育て世代に限らず必要な休みを取りやすいよう配慮した「柔軟な働き方をするための措置」の整備、福利厚生として2年に1回被服費を支給する制度を設ける等、職員が働きやすい環境を整えておられます。職員からも働きやすいとの声を伺いました。
特に改善が 望まれる点(※)	○中・長期計画の策定 前回の調査以降、様々な環境整備が進められ、施設環境を改善されていますが、その計画がどのように検討・実施されたのか分かりにくい点がありました。施設長のお話から施設運営において今後目指される方向性やビジョンをもって日々の業務に臨まれていることが分かりましたが、文書化されたものはないとのことでした。地域の中で施設が担う役割や目指す方向性を明確に示し、地域社会から施設運営に関して理解を得るためにも、是非、施設が目指す方向性やビジョンを明文化した中・長期計画を策定してください。 ○事業計画の利用者と家族等への周知 法人理念や年度方針等は施設広報誌「やぎりょうだより」に明記して周知されていますが、事業計画はホームページに掲載するのみで利用者や家族等に説明し、周知する機会はないとのことでした。福祉サービスの提供や施設・設備等の整備は利用者の生活と密接にかかわる事柄であるため、施設が毎年度どのように事業運営を行うのかを利用者や家族等に伝えることは大切なことです。障害特性により理解が難しい場合もあるかと思いますが、現在行われている利用者自治会等でのかみ砕いた説明や広報誌に記載する等して、利用者や家族等に周知する機会を設けられてはいかがでしょうか。 ○事業所の自己評価を行う仕組みの構築 2022年度の受診に続けて2025年度第三者評価を受診されました。3年に1度の受診を継続されていますが、毎年度の自己評価は監査基準で示されている自主点検以外は行われていません。今評価基準を参考にされるなどして、利用者支援における職員個々の支援を振り返る「振り返りチェックシート」以外にも事業運営に関する福祉サービスの質の向上に向けた定期的な自己評価を行われてみてはいかがでしょうか。

※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	障害者支援施設八木寮
施設種別	生活介護・施設入所支援・短期入所
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年12月25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。	b	b

[自由記述欄]

1. 理念、基本方針は、パンフレットやホームページ、事業計画に記載しています。理念は、玄関及び職員室に掲示し、利用者支援を考える担当者会議等で使命や目指す方向性に触れています。また、職員へ貸与しているTシャツ背面にも「和顔愛語」を印刷することで、職員が理念や基本方針を意識する機会としています。障害特性や高齢化する家族状況等により利用者や家族への周知は行えていません。

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。	b	a

[自由記述欄]

2. 施設長は、都道府県経営セミナーや八木地区障がい者支援ネットワーク会議に参加し、社会福祉事業全体の動向や福祉計画等について把握しています。ただし、把握した情報やデータは、事業計画へは反映できていません。
3. 法人の管理者が参加する合同部長会議や、施設の主任会議にて経営状況や福祉サービス、組織体制等を分析し課題や問題点を明らかにしています。年4回開催される法人理事会で経営状況や課題を共有し、会議議事録を職員室に掲示することにより職員に周知しています。また、保健所や八木地区障がい者支援ネットワーク会議で部屋の空き状況等を共有し、稼働率の改善に向けて取り組んでいます。

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
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。	b	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	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	c

[自由記述欄]

4. 理念や基本方針の実現に向け主任会議で5年後、10年後の計画を討議していますが、明確なビジョンを示す中・長期計画の策定には至っていません。
5. 単年度の事業計画は策定していますが、中・長期計画を策定しておらず、中長期のビジョンを反映したものではありません。
6. 事業計画は、各委員会や活動班ごとに内容を協議し、最終的に主任会議で確認・検討して策定しています。また、各委員会や活動班ごとに事業計画の進捗状況を把握しながら計画を見直しています。事業計画は、毎年4月の各会議・委員会で計画内容を確認し、職員に周知しています。また、職員室に掲示する他、パソコン内にデータをアップし、職員がいつでも閲覧できるようにしています。
7. 事業計画は、ホームページに掲載していますが、利用者や家族等への説明や周知は行っていません。

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。	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. 第三者評価は2022年度に受診し、評価結果の分析や検討は主任会議で行っています。福祉サービスの質の向上に向けて、職員が自身の支援について振り返って確認する「振り返りチェックシート」を3か月ごとに実施し、管理職がコメントを記入して返却する取組を行っています。ただし、運営面について自主点検以外に自己評価する仕組みはありません。
9. 主任会議で分析した結果や課題は、各会議を通して職員に共有して改善に繋がっていますが、文書化しておらず記録として残っていません。

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	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。	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. あけぼの学園諸規則「管理規則」に施設長等の役割と責任を含む職務分掌を定めています。施設長は、主任会議等に参加し、自らの役割や責任を表明し、施設広報誌「やぎりょうだより」にも掲載しています。平時のみならず有事における体制は「緊急時・事故発生時・土砂災害対応マニュアル」で権限・責任を明確化しています。

11. 施設長は経営セミナーに参加し、カスタマーハラスメント等最新の情報把握に努めています。育児休業改正への対応等体制整備、アルコールチェックや自動車保険加入の有無確認等法令遵守のための具体的な取組を行っています。しかし、事業所に関連のある法令等のリスト化は行っていません。

12. 施設長は、福祉サービスの質の現状を分析し、改善策を検討しています。職員教育においては、「歴代外部研修リスト表及び予定表」を作成し、計画的に研修受講を進めています。また、2025度からオンライン研修を導入し、業務の空き時間に受講するように促す等、職員の教育・研修の充実を図っています。オンライン研修は、管理者のもとに受講有無がメールで届くため、受講状況を把握・管理しています。これまでの取組「自己評価シート」が形骸化していたため、「振り返りチェックシート」に内容を変更し、提出されたシートを施設長や主任が確認し、コメントを返しています。

13. 経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、施設長（支援部長兼務）と総務部長で人事、労務、財務等を踏まえ分析しています。新規採用時や支援班の人員配置及び役割分担は管理職が検討し、主任会議に図り決定しています。施設長は、「振り返りチェックシート」へのコメントや面談を行い、組織内の体制整備に努めています。

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	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組んでいる。	b	b

〔自由記述欄〕

14. 有給休暇を取得しやすい環境を整えており、取得率は93%です。また、利用者の高齢化に対応するために介護福祉士の資格取得を推奨し、スクーリング費用の一部を補助しています。職員定着率が良く職員は充足しているため、現在新規採用等の募集は行っていません。そのため、人材確保に関する方針は確立していません。

15. 倫理綱領及び職員行動規範を作成し、期待する職員像等を明確にしています。人事基準としてキャリアパスを整備し、入職時に人材育成計画について説明をしています。ただし、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価する人事考課制度は導入していません。

16. 施設長は支援部長を兼務しており、有給休暇の取得状況を把握し、夜勤・早出・遅出の勤務回数をデータ化、平均化し、連勤や夜勤明けの勤務に配慮する等して勤務表を作成し、職員の心身の健康と安全の確保に努めています。ワークライフバランスに配慮した取り組みとして、2025年度「柔軟な働き方をするための措置」として、職員が年間10日間で80時間の休暇を柔軟に取得できる独自の内規を整備しました。また、福利厚生として2年1回被服費を支給し、各自で仕事着を購入できるようにしています。職員の悩み相談窓口の一つとして共有パソコンに「目安箱」ファイルを設置し、無記名で意見を入力できるようにしていますが、個別の面談の機会が設けられていません。

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
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	b

〔自由記述欄〕

17. 倫理綱領及び職員行動規範を作成し期待する職員像等を明確にしていますが、一人ひとりの目標管理のために行っていた「自己改善シート」が形骸化していたため、2025年度から虐待防止の芽を摘む目的の「振り返りチェックシート」へ変更しました。自らの支援について3か月毎に自己チェックを行い、管理者が確認し、コメントをしています。しかし、シート内容の変更により、職員が自ら目標を設定する機会がなくなっています。

18. 外部研修は施設長が管理し、内部研修は研修係を5名専任し実施しています。事業計画にて研修計画を立て、実施・評価し、年度末に見直しを行っています。2025年度からはオンライン研修を導入しており、研修係から「オンライン研修導入について」の案内を発信しました。

19. 施設長が研修状況を把握しています。法人にて「新任職員サポート年間計画表」「人材育成表」を作成し、プリセプター制度により新任職員一人ひとりにOJTを行っています。OJT中は「業務チェックシート」（新任職員サポート）を使って自己評価を行い、評価表に基づいて、総主任、プリセプター、新任職員でカンファレンスを行い、状況を確認・評価しています。また、キャリアアップ（初任者・中堅職員・チームリーダー・管理者）研修は順次実施し、福祉職のマナー研修は全職員が受講しています。外部研修は職員室掲示にて案内し、希望があれば業務として受講調整しています。

20. 保育士養成課程の実習を受け入れています。受け入れにあたって、福祉職場・保育実習実施要項、注意事項として受け入れ先に合わせてマニュアル、個別プログラムを整備しています。また、学校との懇談会にも参加しています。しかし、社会福祉士、介護福祉士の実習指導者養成研修等は受講しておらず、実習生受け入れに関する基本姿勢の明文化もしていません。

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。	b	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. 施設広報誌「やぎりょうだより」を発行し、家族や法人関係者に配布しています。地域へ向けて、過去には八木町の協力のもと全戸配布していましたが、現在は市役所での設置のみとなっています。

22. 内部監査は法人監事により年1回行っています。また、外部の専門化によるチェックとして、税理士による会計監査を年1回実施しています。

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-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。	c	b

〔自由記述欄〕

23. 事業計画に地域社会との交流を目指すことを明文化しています。地元小学校との交流を長く続けてきましたが、コロナ禍以降は交流しづらくなり、学校のカリキュラム変更により、交流機会の確保が難しくなっています。利用者には月1回の利用者自治会「さくらんぼ会」や、個別に地域行事等の案内を行っています。選挙の投票所での投票、地域主催の案山子コンクールへの出展、文化祭への作品出品等、積極的に地域と利用者が交流する機会を設けています。

24. 「さくらんぼ会」での年2回の演劇等披露、秋まつり等行事において積極的にボランティアを受け入れています。事業計画にはボランティアを積極的に受け入れることを明記していますが、受け入れにあたってのマニュアル等は整備していません。

25. 職員室に社会資源を明示したリストを掲示し、活用可能な資料を職員室の棚に整備しています。南丹市主催の八木地区障がい者支援ネットワーク会議に施設長が参加し、関係機関・団体と定期的な情報交換を行っています。利用者の高齢化、車いすでの生活に移行する場合に備えて病院や高齢者施設との連携を強化していますが、共通の問題に対し解決に向けた具体的な取組は行っていません。

26. 地域の清掃活動に「さくらんぼ会」から参加しています。6月と11月に施設の日中活動で作成した木工作品やアクセサリ、野菜等を青空市「めえめえマーケット」にて販売し、地域の活性化やまちづくりに参画しています。施設の取組として継続しているミュージック・ケア（音楽や楽器に触れて心身に快い刺激を与える）が8年目になるため、希望があれば外部にノウハウを提供したい考えがありますが、現時点で地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等は開催していません。

27. 八木地区障がい者支援ネットワーク会議に参加し、関係機関・団体との連携に基づき、福祉ニーズの把握に努めています。施設の機能還元として、施設の所有物を貸し出し（テント、焼き芋機等）できるようにしていますが、貸出実績はほとんどありません。

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。	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。	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。	b	a

[自由記述欄]

28. 倫理綱領、行動規範を定めており、施設内でスピーチロックや虐待防止についての研修を実施しています。「振り返りチェックシート」で利用者の尊厳について、職員の対応を自己チェックしており、上司が確認して分析を行い気づいたことを利用者担当者会議等で共有しています。

29. 虐待防止委員会を開催し、虐待防止マニュアルを策定して職員に配布しています。権利擁護に関する研修をオンラインで全職員が受講できるようにしています。二人部屋ではカーテンで仕切りを設け、浴室やトイレの出入り口にカーテンや仕切りを設けてプライバシーが守れるように工夫しています。しかし、プライバシー保護についての規定やマニュアルは策定していません。また、利用者や家族に権利擁護やプライバシー保護に関する取り組みの周知は行っていません。

30. ホームページや広報誌「やぎりょうだより」を市役所に配布して事業所の紹介を行っています。施設見学时には個別に事業所の説明を行い、入居前にショートステイを利用して体験入居を行う仕組みがあります。施設のパンフレットは半年から1年ごとに内容を見直しています。

31. 利用開始時には、利用者の自己決定を尊重しており、契約書や重要事項説明書で家族に説明しています。しかし、利用者がわかりやすいための工夫や配慮までは行えていません。

32. 高齢者施設への移行や他の施設への移行時には、プロフィールシートやフェイスシートを活用して引継ぎをしています。サービス終了時には利用者や家族に今後の相談方法や担当者について説明しています。

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
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。	b	c
		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. 月1回の「さくらんぼ会」の場や3か月ごとのモニタリング時に利用者のニーズを聞き取り把握しています。言葉で伝えにくい利用者のニーズも担当職員が日頃の様子を把握してニーズの充足に努めています。ニーズについては、利用者担当者会議で職員間で共有しています。

34. 苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置して苦情解決の体制を定めています。また、苦情申し立てについての案内はルビを振り娛樂室に掲示しています。苦情については職員間で話し合い対応策についてフィードバックしていますが、公表までは行っていません。

35. 意見箱の設置や「さくらんぼ会」の話し合いで利用者からの意見や要望を聞き取っています。家族からの意見に基づき理美容のカットを月1回に増やす等のサービスの改善に取り組んでいます。「苦情・相談の受付について」の中に手順や対応方法を定めています。対応マニュアルの定期的な見直しは行っていません。

36. 過去の事故やヒヤリハットの事例を収集し6か月ごとに事故の検証を行い、事故事例やヒヤリハットの統計をグラフ化して検証しています。職員には年1回は緊急時対応の訓練を実施しています。事故発生時・緊急時対応マニュアルを作成していますが、マニュアルの評価・見直しは行っていません。また、リスクマネジメント委員会等の設置はしていません。

37. 感染対策委員会を設置し、職員の研修を年1回以上実施しています。また、利用者に向けて紙芝居を利用してわかりやすく勉強会をしています。指針「感染症の発生及び蔓延防止」「感染対策マニュアル」を策定し、保健衛生会議でマニュアルの見直しを実施しています。

38. 年2回土砂災害訓練、避難訓練、通報訓練、初期消火訓練等実施し、そのうち1回は消防署立ち合いで行っています。地域における福祉避難所として位置づけられており防災担当職員(栄養士)が備蓄リストを作成し、食料や防災グッズ等の備品も備蓄しています。

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-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	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	a

[自由記述欄]					
39. 業務マニュアルである「八木寮マニュアル」を策定し、トイレ介助や入浴介助時のプライバシー保護に配慮した対応を明記してい ます。マニュアルの見直しは職員の意見を反映していますが、定期的な見直しは行っていません。 40. アセスメントシートを使用して担当職員、総主任がアセスメントを実施しサービス管理責任者が確認しています。利用者担当者会 議を開催して意見を出し合い、個別支援計画、日中活動個別支援計画を作成しています。 41. 3か月ごとにモニタリング、再アセスメントを行い、個別支援計画の評価をしています。「支援計画作成まとめマニュアル」に個別 支援計画作成、見直しの手順を定めています。 42. ケース会議に全職員が参加し情報の共有を行っており、パソコンのネットワークシステムを活用して記録を共有しています。ま た、タブレットを活用し、こまめに記録できるようにしています。入職時にプリセプターが記録の書き方の指導を行い、書き方に差異 が生じないようにしています。 43. 文書規程に文書の保存、保管、廃棄について定めています。入職時のオリエンテーションで個人情報保護について説明しており、 家族にも入所時に個人情報の取り扱いや開示請求について説明しています。					

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。	b	b
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前暮らしの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. 月1回以上、利用者の趣味や嗜好、希望に応じた買い物や外食等を支援しています。毎月開催する「さくらんぼ会」では利用者がそ れぞれの思いを伝える場として、生活上で困っていることや、他利用者への要望等を伝える機会も設ける等、利用者の意思を尊重しな がら生活してもらえるよう支援を行っています。利用者の権利について、職員は利用者担当者会議で検討し、理解・共有する機会とし ています。 45. やむを得ず身体拘束が必要な場合は、利用者や家族等に同意を得て、指針に基づいて対応しています。また、身体拘束適正化委員 会にて毎月検討・検証しています。職員は、3か月ごとに「振り返りチェックシート」で自己チェックを行い、利用者の権利侵害防止 に努めています。「身体拘束等の適正化のための指針」を定めていますが、利用者が自分の権利擁護について学習を受ける機会は設け ていません。 46. 居室は、障害特性や趣味に合わせてレイアウトする等、利用者が過ごしやすように工夫し環境を整えています。日中の活動は、 利用者個々の障害特性に合わせて班を振り分け、利用者が地域活動へ参加することを通して地域の方に障害について知ってもらう機会 としています。					

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-(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。	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。	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. 絵カードや写真、ジェスチャー等、利用者個々に合わせた方法を用いて意思や希望を確認しながらコミュニケーションを図っています。利用者担当者会議では、利用者それぞれのジェスチャーや特有の表現方法があることを確認、共有しています。

48. 月1回開催する「さくらんぼ会」で利用者それぞれの思いや要望を汲み上げています。また、担当職員が適宜の個別相談や3か月ごとのモニタリングを通して利用者の話を聞き、受け止めています。夕食メニュー選択の際には、写真や文字を用いる等利用者が選択・決定しやすいように配慮しています。利用者からの相談は、利用者担当者会議等で共有し、関係職員にて検討しています。

49. 職員は、順番に強度行動障害支援者養成研修を受講しています。高齢化により認知症の症状が見られる利用者がありますが、施設内で認知症に関する研修も行って、職員は専門知識の習得と支援の向上を図っています。個別対応では、例えば、未確認外出の可能性のある利用者に対しては、複数の職員配置により見守りを強化し、喫茶等の外出で楽しみの機会を創出する等、工夫して支援を行っています。支援方法は利用者担当者会議でその都度検討し、見直しをしています。

50. 食事は、利用者の嚥下機能や障害特性に応じて小分け、トロミを付けたり、刻む等して提供しています。疾患に応じた特別食にも対応しています。車椅子移動や自力歩行が困難な利用者へは、定期的に声掛けを行い、トイレ誘導しています。転倒の危険性が高い利用者には補装具の装着やヘッドキャップ使用にて安全面に配慮しています。一般浴槽での入浴が困難な場合には2024年度に導入した機械浴で入浴対応しています。日中活動は利用者の障害特性に応じて3つ（生活班・作業班・基礎班）に班分けし、活動を支援しています。

51. 日々職員が行う清掃以外に週1回、就労継続支援B型事業所に清掃に来てもらい、清潔な施設環境を整えています。転倒の危険性のある利用者の居室には緩衝材の設置や低床ベッド、離床センサーを活用し安全面に配慮しています。利用者の好みに合わせた寝具や家具等を購入し、過ごしやすい環境を整えています。病気や怪我の状況に応じて静養室を活用しています。

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-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。	a	a

〔自由記述欄〕

52. 非該当

53. 全利用者が必ず月1回は買い物や外食で外出できるようローテーションを組み、外出機会を通して社会経験や社会参加を支援しています。施設の日帰り旅行では動物園に行ったり、茶菓子体験やコンサート鑑賞を行っています。また、地域行事への参加では、区内の地域清掃や販売活動等を行っています。利用者の希望に応じて家族との外出や自宅への外泊等にも柔軟に対応しています。学習の機会として、紙芝居による熱中症やノロウイルス等、季節ごとに気を付けたい病気等を知ってもらう機会を設けています。

54. 毎日の検温や排泄・入浴・食事状況確認、定期通院、健康診断、成人病検診、身体測定等を行い、利用者の健康状態を把握しています。月1回、全利用者が歯科医院による口腔クリーニングとフッ素塗布を行っています。体調不良時は看護師が直ぐに対応し、嘱託医と連絡が取れる体制を整え、必要に応じて地域の医療機関へ受診しています。歯科受診では、障害者向け歯科医院への通院を支援しています。職員は、感染症やてんかん等の理解について看護師による研修を受けています。

55. 嘱託医や地域の医療機関、薬局と連携を図り、医療的な支援を行っています。医療的ケアが必要な場合は、医師の指示のもと看護師により実施しています。薬の管理は看護師が行い、服薬時は職員がダブルチェックで確実に服用できるよう支援しています。看護師と支援員を含む保健衛生委員会を月1回開催し、利用者の健康管理や服薬管理、感染症対策等について確認しています。

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-(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。	b	b
	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. 高齢者施設に入所される利用者がありますが、地域生活へ移行される利用者は限られます。2025年度にグループホームへの移行があった際は、地域の関係機関等と連携し支援を行いました。他利用者の地域移行に関するニーズ把握は行えていません。

57. 月1回程度、施設行事等で撮影した写真を掲載した施設情報誌「園JOY」を家族へ発送しています。また、担当職員が家族に支援状況や近況報告を行っています。怪我や事故等が発生した場合は、主任等管理職が家族等へ連絡・報告しています。家族等が参加できる行事を計画したり、ゴールデンウィークやお盆、年末年始には希望に応じた帰宅期間も設け、利用者と家族等の交流ができるように支援しています。

58. ねじ回し等手先を使った作業を繰り返し訓練できるように考えた手作りの自立課題ツールの活用や、手芸等の創作活動を行い、利用者の活動・生活する力や可能性を引き出す支援を行っています。また、「ミュージック・ケア」も継続して行っており、利用者の対人関係の質の向上や、情緒の回復・安定を図っています。納期の関係から収入を得られる外部受託の仕事（作業）は増えていませんが、地域の関係機関や家族等との連携・協力のもとに、利用者の活動や生活する力を引き出す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					