

[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	障害者支援施設京都太陽の園	施設種別	施設入所支援、短期入所、生活介護、就労継続支援B型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和8年4月21日

総 評	障害者支援施設京都太陽の園は、1980年にカトリック障害者の会「子羊会」の重度身体障害者授産施設として設立されました。その後、法人の移譲や障害者自立支援法に基づく事業体系へ移行し、現在は施設入所支援、生活介護、就労継続支援B型、短期入所事業を運営されています。 施設は、もともとある授産施設の機能や特性を維持し、利用者が就労の機会を得られるように印刷部門（企画・版下・オンデマンド印刷等）、独自生産部門（七宝焼き・各種製造販売）、下請け部門（値札加工・各種工業製品の加工・パッケージング等）等の多様な作業を準備し、利用者一人ひとりの意向や特性に応じて楽しく意欲的に取り組める作業を支援されています。印刷部門では法人パンフレット等の作製もされています。生産部門では、七宝焼きを施したスプーンやフォークを嵐山のお土産店に卸しておられ、外国人観光客に人気とのことでした。 毎月開催される利用者・職員連絡会では、利用者が共に生活する中で気になることや要望を伝え合っておられ、利用者が互いを尊重しながら協調して生活を送れるように配慮された生活の場になっています。 今後も、施設が地域の中で利用者の活動・生活拠点として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(※)	○利用者の自主性を尊重した支援 職員は、利用者が自ら生活する力を伸ばせるように寄り添い、利用者の力を信頼して日々支援されています。例えば、就労の一環で他施設に掃除に行かれる利用者は、初めのうちは掃除終了を施設職員に伝えられず帰宅していましたが、職員からの促しや励ましにより、利用者は勇気を出して終了を伝えて帰宅できるようになりました。また、通所する利用者には、自ら駅員に利用日や休みの日を伝えることができるようになり、自分の力で電車の乗降協力が得られるようになられた方もあります。

	○利用者が働くことや活動する意欲の維持・向上への支援 職員は、利用者の特性に応じて取り組める作業内容を工夫したり、自助具を作成したり、利用者が意欲的に取り組める環境づくりに努めておられます。また、利用者の意欲向上に向けてできるだけ報酬単価の高い作業を受注できるよう企業や発注元等へ相談・交渉する等、尽力されています。 ○専門的知識や技術の向上 利用者の高齢化、重度化が進む中、入浴時の移乗には天井走行リフトを使用する等して職員の介護負担軽減を図っておられます。加えて、緊急時等リフト使用ができないこと等も見据えて、トランスファー研修を実施する等、障害特性等に関する知識や技術以外に介護技術の習得にも望まれています。
特に改善が望まれる点(※)	○各種マニュアルの更新・見直し及び整備 施設では、各種マニュアルを整備されていますが、職員に十分周知されておらず、報告書様式が分からない、様式が複数ある等の状況が見られました。また、プライバシー保護に関する留意事項が記載されたものは介護マニュアルの更衣の箇所のみでした。各種マニュアル・様式の作成や見直しを行った上で、職員に周知徹底されることが望まれます。 ○苦情や意見等への対応の公表について 日々の支援にあたる職員が、利用者や家族等からの苦情や意見等を聴き、適宜必要な対応をされていますが、利用者や家族等の意向により公表はしてられません。公表する場合は施設内に掲示される仕組みです。 苦情や意見等には個別の内容も多くあるとのことですが、聴きとられた意見等に対して施設がどのような方針で対応されたのか、どのように福祉サービスの改善につなげられたのかを施設外に広く公表することは、施設の取組への理解を周囲へ促す機会になります。また、施設入所を考えておられる利用者の参考になる場合もあります。利用者や家族等から聴きとり対応・改善された内容を広く公表する仕組みをぜひご検討下さい。 ○アセスメント表の見直し・更新 入所時に利用者のアセスメントを行い「アセスメント表」を作成されていますが、初回作成以降「アセスメント表」は作成されていません。個別支援計画の見直し前に居室担当者を中心にアセスメントを行う仕組みはあるため、利用者の全体像を客観的に把握するためにも個別支援計画見直しの際に、「アセスメント表」の情報を見直し、更新する機会を設けていただきたいと思います。

	○事業所の自己評価を行う仕組みの構築 施設では、3年に1度定期的に第三者評価を受診されていますが、人事異動等によりその内容が十分に共有されないまま新たに担当者が役割を担っておられる状況にあります。自己評価の計画的な実施、結果の分析、分析内容についての検討までの仕組みを法人等で組織的に定め、組織的にPDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に向けた取組を継続できるよう、毎年度複数職員による自己評価を行う仕組みを構築され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	障害者支援施設京都太陽の園
施設種別	施設入所支援、短期入所、生活介護、 就労継続支援B型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2026年2月10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. 法人理念や基本方針は、事業計画や広報誌に明記しています。また、毎年4月に開催する年度方針説明会で職員と利用者それぞれに説明を行い、周知しています。職員が理念を意識できるように説明会資料の表紙に理念を大きく記載しています。ただし、利用者には口頭で説明しており、わかりやすく説明した資料は作成していません。家族連絡会が未開催のため家族等へは周知していません。					

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。	b	a
【自由記述欄】					
2. 管理者は園部障害者ネットワーク会議等での情報交換や、法人内相談支援事業所からの情報により地域ニーズの把握に努めています。毎月、福祉サービスのコストや利用率を確認し、経営状況や課題を分析していますが、各種福祉計画策定の動向と内容把握までは行っていません。					
3. 毎月「事業月例報告」により福祉サービスの実施状況や設備、職員体制、財務状況等を分析し、具体的な課題や問題点を明らかにしています。経営状況は法人の管理者会議で報告し、3か月に1回開催する理事会にて経営状況や課題を報告・共有しています。理事会で諮られた検討事項等の結果はメールにて管理者に知らされ、必要な内容は毎朝の申し送り職員に周知し、解決・改善に向けた取組を進めています。					

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
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。	b	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	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	b
[自由記述欄]					
4. 法人が掲げる4つの経営理念を長期計画とし、長期計画を基に法人で中期計画を策定しています。ただし、中期計画は経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容を策定していますが、数値目標や収支計画は策定していません。現在、2024年度～2026年度を期間とする中期計画の実行中ですが、期間内での評価や見直しは行っていません。 5. 中・長期計画を基に施設で取り組む項目を検討して単年度事業計画を策定しています。事業計画は実行可能な具体的な内容で作成し、評価が行えるよう数値目標や具体的な成果を設定しています。 6. 事業計画の策定においては、職員が無理なく楽しく取り組める内容となるように管理者が介護部班長に課題を聞き取りしながら策定しています。事業計画は、毎年4月の年度方針説明会で職員に説明し周知していますが、期間内の評価は行っていません。 7. 事業計画の主な内容は、4月に開催する利用者向けの年度方針説明会で周知していますが、わかりやすく説明した資料作成や掲示等はしていません。また、家族等への周知もしていません。					

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
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	c
[自由記述欄]					
8. 福祉サービスの質の向上に向けて部門ごとに自由に取組を行い、法人内で発表する機会があります。2025年度は利用者の排泄面に関する取組を行っており、日々利用者の個別支援に関する取組・改善を棟会議を通して行っています。第三者評価は定期的に受診していますが、自主点検以外の自己評価は行っていません。					
9. サービス上の課題等があれば朝の申し送りでの伝達や主任会議等で共有・検討する仕組みはありますが、評価結果や課題の文書化は行っていません。					

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	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。	c	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	b
		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。	b	b

〔自由記述欄〕

10. 管理者の役割は業務分掌で定め、全職員に年度方針とともに配布しています。また、災害発生時や事故事件発生時の権限移譲については、マニュアルに明記しています。しかし、役割や責任について、広報誌等で表明していません。

11. 法人が行っている管理者対象の研修に参加し、マネジメントや法人の方向性等を把握しています。現在は、遵守すべき法令等をリスト化する等を職員に周知できていませんが、今後はパソコン内の共有フォルダを活用して行う予定にしています。

12. 管理者はケース会議や職員会議に参加し、利用者の状況把握を行い、サービスの質の向上に積極的に関与しています。また、介護技術向上等の研修を行い、質の向上につなげています。しかし、サービスの質の向上に向けた継続的な分析はしていません。

13. 管理者は毎月管理職会議に提出するために、利用者数や職員体制、収支等を月例報告としてまとめ、把握分析しています。育児休暇等を取得しやすくするように、支え合う環境をつくることを職員に促す等して職員体制を維持しています。しかし、経営の改善や業務の実効性を高めるための体制が取れていません。

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-(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。	b	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。	b	a

〔自由記述欄〕

14. 法人が策定している人材育成計画に、福祉人材の育成や確保について明記しています。また、福祉系の国家資格（介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士）の取得支援制度を整備しています。人材確保のための紹介制度があり、職員が紹介した際には紹介金を支給しています。

15. 人事考課制度を確立しています。職能資格・格付け基準や標準職務等級表を定め、等級ごとに職員に求める資格や業務内容を明記しています。また、職務希望・意見提案書を用いて職員の意向などを面談で確認しています。人事考課のばらつきが出ないように、考課者に対する指導も行っています。

16. 管理者は職員の有給休暇取得数や時間外勤務を把握し、有給休暇の取得を促しています。また、主任が職員の悩みや相談を受ける窓口となっています。福利厚生として、職員の執務室にティサーバーを設置し無料で利用することができます。

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。	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	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。	b	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	c

〔自由記述欄〕

17. 管理者は、職員との面談を年2回（8月、2月）行い、職員の目標等を確認しています。目標とする内容を記載し、年度末に達成できたかどうかわかるようにしています。しかし、中間面接は行うことができていないため、進捗状況は確認していません。

18. 法人の人材育成委員会で階層別、職種別の研修計画を策定し、各事業所において計画に沿って実施しています。策定した研修計画は管理職会議で意見を集約し、評価や見直しを行っています。

19. 管理者は職員の資格や業務可能な内容を把握しています。新人職員が配置された時や他部署からの異動があった時には、職員が指導役として付いて指導しています。指導はチェックシートに基づいて実施しています。また、外部研修への参加も業務として参加できるように配慮しています。

20. 実習生の受け入れは行っていません。また、受け入れるためのマニュアル等も作成していません。

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。	b	a
[自由記述欄]						
21. 法人理念やサービス内容等について、ホームページで公開しています。第三者評価は3年に1回定期的に受診し、公表しています。利用者や家族には広報誌を配布していますが、地域住民には配布していません。また、法人のビジョン等を地域に対して説明する機会は持っていません。						
22. 経理については経理規程を定め、業務分掌で権限や責任について明記しています。事業所では管理者が経理を担当し、法人が契約している公認会計士にアドバイスをもらっています。内部監査は、法人の局長、事業管理者等が、北部と南部にエリアを分けて実施しています。						

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	b
		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。	c	c
	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	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. 事業所が把握した社会資源や地域の情報は、必要に応じて利用者に伝えています。また、地域の中学校と協力し、中学生の職業体験の受け入れを行っています。コロナ禍前は、年1回、地域住民と協働して祭りを行っていましたが、コロナ後再開していません。 24. 散髪やアロマセラピー等の有償ボランティアの受け入れは継続して行っています。しかし、受け入れにあたっての基本姿勢やマニュアル等は整備していません。また、ボランティアに対して、障害に関する研修も行っていない。 25. 南丹市障害就労支援ネットワーク会議に参画しています。ネットワーク会議では、利用者の工賃を上げるための取り組みを共同で行っています。また、事業所で受けることができない作業依頼があった場合は、対応できる他の事業所を紹介する等の協力を行っています。その際、南丹市が作成している事業所一覧が書かれた冊子を活用しています。就労支援等の話をする際には利用者にも見てもらい、利用者の支援に活用しています。 26. 事業所は福祉避難所として指定されています。これまでに高齢者夫婦と飼っておられるペットを受け入れた実績があります。また、地域の小学校に、車いす体験や施設紹介を福祉授業の一環として行っています。しかし、地域住民に対して、事業所のスペースの活用や研修会は実施していません。 27. 相談支援事業所を併設しているため、相談支援事業所を通して地域ニーズの把握をしています。年2回、地域連携推進会議を行い、地域の区長や南丹市社会福祉協議会、民生委員等に参加してもらい、ニーズの把握や事業所の理解を進めています。しかし、把握したニーズに基づく福祉事業以外の地域貢献は検討していません。						

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。	b	b
		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。	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。	b	b

〔自由記述欄〕

28. 年1回、一般職員向けに利用者理解の内容を含む研修を行い、利用者を尊重した福祉サービスの実施について確認しています。また、「介護マニュアル」の策定により、一定水準のサービス提供が行えるようにしています。利用者の尊重や人権への配慮については、個別支援計画を作成する前に行う意思決定支援会議を通して利用者とざっくばらんに話して支援等の評価を行い、個別支援計画へ反映しています。しかし、「倫理綱領」や規程等は策定していません。

29. 施設には個室と二人部屋があり、二人部屋は家具等で間仕切りをしてプライバシーを確保しています。また、介護マニュアルの「更衣」にプライバシーへの配慮を記載しています。虐待防止マニュアルは策定していますが、プライバシー保護の規程やマニュアルは策定していません。

30. 施設見学や体験希望があれば随時対応しています。障害支援区分の認定を受けていない利用希望者でも、その都度相談に乗り、基本料金から割り引いた金額を設定して受け入れています。ただし、利用者への情報提供資料の見直しや、多くの人が入手できる公共施設等へ資料の設置は行っていません。

31. 福祉サービスの利用にあたり、利用者には施設見学をしてから入所を決めて頂くよう声掛けしています。福祉サービスの利用開始時には、利用契約書や重要事項説明書にて利用者や家族等に説明を行い、同意を得ています。利用者は口頭説明で理解し自己決定できる方が多く、わかりやすく説明した資料等は準備していません。

32. 2025年度4月のグループホーム新規開設にあたり、利用者から入居希望者を募りました。希望者には改めて意思確認を行った上で家族に連絡し、話し合いを重ね、1名が入居されました。今回は法人内施設への転居・移行のため、システム上で必要な情報共有を行いました。サービス終了後の相談窓口として担当者を置いて対応していますが、他施設や地域・家庭への移行に対応する引継ぎ手順や引継ぎ文書は定めていません。

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。	b	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	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。	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. 月1回利用者・職員連絡会を開催し、管理者から施設運営のことやお知らせを、主任から毎月の報告を伝え、利用者の話や意見を聞いています。利用者のニーズ充足に向けては、作業棟会議や主任会議で情報共有し、検討しています。コミュニケーションが図れる利用者が多く、日頃から職員が声掛けを行う他、利用者自ら困ったこと等を話して来る場合も多くあるため、匿名アンケート等の実施は行っていません。

34. 苦情解決の仕組みを整備し、福祉サービス利用開始時に利用者や家族等に説明を行っています。苦情解決に関するポスターを棟内に掲示しています。苦情内容及び解決結果は記録に残していますが、様式の活用が不十分です。苦情内容は利用者の希望により公表していません。

35. 利用者からの相談や意見に対し、職員は日頃から傾聴に努め対応していますが、記録方法や報告手順、対応策の検討等対応マニュアルは策定していません。直接職員に話をする利用者が多く、意見箱等の設置はしていません。

36. 事故発生時の対応マニュアルを整備していますが、リスクマネジメントに関する責任者は明確化していません。利用者の緊急時には病歴等が分かるファイルを持ち出し対応しています。事故発生時には事故報告書を作成していますが、様式が複数あります。今後、事故発生時の対応マニュアル見直しと合わせて事故の要因分析や対応策等を記載できる様式を整備する予定です。

37. 年1回医療研修を行っており、2025年度は保健所から保健師を招いて「感染症対策の基本知識」の研修を行いました。毎月の利用者・職員連絡会で流行期の感染症への注意喚起を行っていますが、感染症予防と対応マニュアルの定期的な見直しは行っていません。

38. 「防災マニュアル」、「災害発生時の緊急対応マニュアル」を整備しています。施設は福祉避難所として位置づけられており、これまでに避難者を受け入れたことがあります。毛布類は管理者、食料は栄養士を担当者として備蓄を管理しています。火災の避難訓練を定期的に行っていますが、地域や関係機関と連携した訓練は未実施です。

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。	b	c
		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	b
	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	b
		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. 「介護マニュアル」を作成し、職員が統一した支援が行えるようにしています。変更が生じれば、その都度マニュアルの見直しを行っています。定められた実施方法に基づいて支援が実施されているかどうかを確認する仕組みはありません。

40. 個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者を兼務する管理者としています。個別支援計画は居室担当者を中心にアセスメントし、意思決定支援会議にて利用者の意向を聞き取り、第二サービス管理責任者（主任）が集約し、第一サービス管理責任者が最終確認を行い策定しています。アセスメントは随時行っていますが、「アセスメント表」は入所時に作成して以来、作成していません。

41. 個別支援計画ファイルの保管場所を変更し、職員が確認できる環境を整えています。居室担当者が個別支援計画に基づいてサービスが実施されているかどうかモニタリングを行い、個別支援計画に反映できるよう記録しています。個別支援計画の見直しにあたっては意思決定支援会議にて複数の職員で検討し、見直す仕組みはありますが、手順を定めたものや緊急に変更する場合の仕組みは整備していません。

42. 利用者の身体状況や生活状況は、記録ソフトを使用して記録に残しています。職員は法人のネットワークシステムにより、システム上で必要な情報を確認・共有することができます。記録は記録システムに沿って記載する内容が多く、記録要領の作成や職員への指導は行っていません。

43. 「個人情報保護規程」により利用者の記録の保管や保存方法を定めています。個人情報の取扱いは、入所時に利用者や家族等に説明し同意を得ています。職員は個人情報の取扱いについて入職時に誓約書を交わしています。しかし、記録の持ち出しや廃棄方法等は定めていません。

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	b
	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. 職員は利用者の権利について、棟会議や主任会議で必要に応じて検討しています。嗜好品に関するアンケート調査や選択食には写真を使用して聞き取りし、買い物には本人希望のものをネット購入する等、自己決定を尊重した支援を行っているとのことですが、記録は確認できませんでした。

45. 利用契約時にベッド柵等の使用についての同意書を取り交わしています。権利侵害の防止と早期発見のための具体的な取り組みとして、年1回人権研修・虐待研修を実施しています。しかし、利用者が自分の権利について学習する機会は設けていません。

46. 生活や作業の場面では特殊皿や回転いすの活用、自助具などを作成し、利用者が持っている力を活かして生活できるよう工夫しています。意思疎通の難しい通所利用者には駅でスロープを出してもらえるように事前に駅員に協力依頼をし、最終的には利用者自ら連絡できるように促し、自立をサポートしています。ノーマライゼーションの推進についての研修を一般職員研修として実施しています。

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
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	b
		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	b
		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	b
	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。	b	b
	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。	b	b

〔自由記述欄〕

47. 耳が聞こえにくい利用者には、館内放送だけでなく直接伝えに行ったり、買い物場面では絵や写真を使ったりしています。職員が利用者を理解した上でコミュニケーションを図っており、機器の活用や代弁者の協力は得ていません。

48. 担当職員が対応できない場合等は他の職員がフォローに入り、利用者の相談時間の機会確保に努めています。利用者の選択・決定のための情報提供や説明は随時行っていますが、インターネット等を使って自分で調べられる利用者も多いため、必要時のみの対応としています。

49. 年1回の意思決定支援会議を活用し、不適応行動の理解に努めています。また、利用者の高齢化、重度化が進む中、職員は障害特性に対する研修以外にもトランスファー等、介護技術の習得にも取り組んでいます。配慮が必要な利用者があれば希望により食席を変更する等、支援方法の検討・見直しを行っているとのことですが、記録は確認できませんでした。

50. 棟会議や介護員会議で意見を収集し、日常的な生活支援等を行っています。本人の希望やニーズにより選択できる日中活動の多様化について、利用者の様々な要望を聞いています。現状ではコロナ禍後に料理クラブを再開しましたが、他は十分に行えていません。

51. 居室は個室と二人部屋があり、二人部屋は家具で間仕切り、プライベート空間は保たれています。また、作業室は通路を広くして移動導線を十分に確保するなど安全に配慮しています。しかし、ハード面や障害特性に応じた配慮から、個室希望のある利用者全員の意向を汲みきれてはいません。

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
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	b
	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	b
		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. 非該当						
53. 利用者の自主性を尊重しているため外出・外泊の制限は特になく、自力で帰省が難しい利用者には家族との連絡調整や福祉タクシーの予約等の支援を行っています。また、エコ活動の一環として、ペットボトルキャップや使い捨てコンタクトレンズケースの回収を地域住民の協力を得て行っており、事業所内での作業には利用者も参加しています。しかし、利用者の社会参加や学習意欲を高めるための支援や工夫は行っていますが、金銭管理等を含む学習のための支援は行っていません。						
54. 看護師不在の夜間や日曜日はオンコール体制をとり、隣接施設の看護師との協力体制をとっています。利用者の体調管理について看護師から職員へ協力体制を求める際に、朝の申し送りや医務看護連絡ノートを活用しています。年1回健康診断を行っています。医師や看護師による健康面での説明の機会は設けていないため、必要に応じて管理者や主任が説明・対応しています。						
55. 服薬等の管理は看護師が行い、看護師との連携のもと支援員が服薬を支援しています。医療的ケアが必要な利用者は少ないですが、糖尿病の血糖測定や注射の管理は看護師が行っています。しかし、医療的な支援の実施についての管理者責任を明確に記載したものは作成していません。						

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
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。	b	b
	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。	b	b
[自由記述欄]					
56. グループホーム開設の際、利用者1名がグループホームでの生活を希望した際には、計画相談事業所の相談員と連携を図り支援しました。しかし、現在は施設にいたいと希望する利用者が多く、地域生活への移行や地域生活の意欲を高める取組は行っていません。 57. 家族からの相談は随時、来園時、電話等で受け付けています。利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールはありませんが、後見人がついていない身寄りのない利用者については、緊急時の対応に苦慮しています。 58. 利用者本人の作業能力に基づき、自助具を作成する等して生産活動の支援を行っています。コロナ禍の影響で作業が少ない時期は、利用者の意向を汲んだ作業に取り組んでももらえない時もありましたが、現在は作業が豊富にあり、利用者の意向を汲みながらはたらく力を引き出す支援を行えるようになりました。 59. 利用者個々の障害程度、種別により作業内容をいくつか提示し、説明の上、選択してもらっています。賃金(工賃)等は、作業工賃規定で利用者に説明しています。また、賃金(工賃)等を引き上げるための取り組みとして、受注する作業内容や報酬額が増えるように担当職員が営業活動や交渉を行っています。高い報酬を得られる作業は利用者の取り組む意欲の向上に繋がっています。しかし、仕事の内容・工賃等の計画作成は利用者とは行っていません。					

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
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。	b	b
[自由記述欄]					
60. 職員が繋がりのある業者に声をかける等し、受注先の開拓、仕事の機会の拡大に努めています。就職を希望する利用者がほとんどいないため、生活支援センターやハローワークとの連携、企業とのマッチング等の就職支援は行っていません。					