

[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 障害者支援施設 天ヶ瀬寮	施設 種別	生活介護・施設入所支援 (旧体系：)
評価機関名	きょうと介護保険にかかわる会		

令和 8 年 4 月 2 8 日

総 評	(施設概要) 障害者支援施設天ヶ瀬寮は、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行う施設で、社会福祉法人不動園によって京都府宇治市に平成12年に設立されました。法人理念「共感と信頼」のもと、障害のある本人が安心・安全に生活ができるように、本人が望む生活や社会参加の実現ができるように、一人ひとりの個性に応じた質の高い支援を提供しています。施設には、短期入所、デイサービス、相談支援事業所、診療所が併設されており、隣接して障害者日常支援入所施設(天ヶ瀬きぼうの家)、就労支援施設(天ヶ瀬ワークスあすなろ)、特別養護老人ホーム(天ヶ瀬苑)があります。 施設は2階建てで、1階には居室、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ます。2階に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、デイサービスは、2階の車寄せから直接出入りできるようになっています。施設の定員は60名で、現在障害区分5と6の53名が利用しています。利用者の年齢は、40代から60代が、男女ともに一番多い年齢層になっています。 施設ができて25年以上経過していますが、維持管理が行き届き、清潔で過ごしやすい生活環境が整えられています。
特に良かった点(※)	1. 利用者のニーズに寄り添った支援を目指しています ○事業所の中・長期計画のビジョンの一つに、「利用者満足度調査の結果をフィードバックし満足度を毎年上げていくこと」を計画目標に掲げ、利用者の意見を反映したサービスの質の向上を目指しています。 ○担当者や相談支援員が本人の生活への思いや希望を聞くなどニーズの把握に向けて、利用者が発言しやすい機会を作っています。全利用者53人に、個別面談を毎月実施しています。 ○利用者の意思や希望を理解するために、利用者の心身状況に応じたコミュニケーション手段(「50音表」、「うなずき」)を活用して、意思疎通を図っています。 ○昨年度から、ケース会議、サービス担当者会議に本人も参加し、サービス内容に関する意見・希望等を述べられるようにしています。

	○コロナ禍以降、居室内の生活が続いたことにより、機能が低下した利用者に対しては、理学療法士が、各部屋で個別に訓練を行うなどの支援を行っています。 2. 多職種間の連携がとれています ○障害のある本人が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう医師、看護師、理学療法士、管理栄養士、相談支援員が連携を取り、一人ひとりの心身状況に応じた個別支援計画を作成しています。 ○介護士から医師にいたるまで、職種間を超えて話しやすい空気感があることが、職員アンケートやヒアリングを通して確認できました。 ○職員間の日常の報告・相談・連絡が適切に行われていることが、ヒアリングから確認できました。
特に改善が望まれる点(※)	1. 苦情等の公表について 苦情対応に関する内容は、重要事項説明書に記載し、本人や家族に説明されています。また、苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した掲示物が、施設内にも掲示されています。しかしながら、苦情相談の内容や改善・対応の状況については、公表されていませんでした。また、苦情とその解決についての公表の仕組みが、マニュアルに記載されていませんでした。苦情の受付箱も設置されていませんでした。福祉サービスの質の向上と業務の透明性を図る観点からも、早急に改善に取り組まれることを期待いたします。 2. マニュアルの管理について 多くのマニュアルが作成されていますが、マニュアルの見直し時期の記載をはじめ、様式の違い等全体として統一した管理ができていませんでした。マニュアルを見直しする際の手順を統一することが必要と思われます。 マニュアルは、実施する福祉サービスの水準を保つものとして必要なものです。これを機会に、再度、整理、見直しを提案いたします。「改善し、残していくことが必要であり、整理してまとめていくことで、これからの人がマニュアルを活用していけるようにすることを心がけたい」との事業所の意見を聞くこともできましたので、今後の取組みに期待いたします。

※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	社会福祉法人 不動園 障害者支援施設 天ヶ瀬寮
施設種別	生活介護・施設入所支援
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8年2月24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. 理念、基本方針は、事業計画、ホームページ、パンフレット等に記載しています。年度始めの全体集会や毎月の研修会、会議等の中で、職員に周知しています。施設の玄関やフロア各所の理念・基本方針の掲示を利用して、機会あるごとに障害のある本人や家族への周知に、継続的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
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. 管理者は、宇治市の自立支援協議会や地域福祉会議に参画し、市域全体の動向と内容を把握し、分析しています。毎月、法人全体の管理職会議（施設長、副施設長が参加）と主任管理職会議の中で、地域の情報を集約し、課題について検討しています。把握した地域の福祉ニーズ等様々な状況は、中・長期計画や単年度の事業計画に反映しています。					
3. 経営状況について、毎月報告書を作成して、法人本部に提出し、法人本部の経営ヒアリングの中で明らかになった課題は、管理職間で共有し、全体集会で職員に周知しています。課題の分析・検討は、関係部署で行い、公認会計士など専門家の指導や指摘を基に、委員会で解決・改善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
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。	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。	A	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。	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。	A	A
[自由記述欄]					
4. 中・長期計画では、理念、基本方針を実現するためのビジョンを明確にしており、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっています。計画は、数値目標や具体的アクションプランを掲げ、実施状況の評価を行える内容になっています。管理職と主任とで、年1回計画を見直しています。計画策定に当たっては、計画策定の研修を受けた事業所の主任が中心になり、関係部署と連携して行っています。 5. 単年度事業計画は、中・長期計画のビジョンを反映したものとなっており、事業内容を具体的に示しています。毎月、事業計画の進捗状況（主任と管理職が作成）を本部に報告し、経営会議で実施状況を評価しています。 6. 事業計画は、職員アンケートで出た意見を、業務改善委員会が集約・分析し、主任が中心となって検討・策定しています。計画の実施状況は、毎月の会議のなかで振り返り、必要に応じて事業計画を見直しています。毎年度初めに、職員全員に計画内容を周知し、中途採用者や異動職員には、主任や管理職が説明しています。 7. 障害のある本人の家族に対しては、計画書を送付するなどして周知しています。利用者に対しては、これまで施設内にある自治会（利用者が設立）で説明会をしていましたが、高齢化や障害の程度や内容の変化により、自治会活動が困難になってきたため、職員が利用者ごとに説明しています。					

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
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。	A	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. 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、事業所で年4回の研修を実施しています。サービス業務を組織的に評価する仕組みとして、利用者アンケートを毎年実施しており、今年はブラッシュアップして実施しました。自己評価（定められた評価基準 第三者評価）については、事業計画の見直しの中で、第三者評価項目と照らし合わせて評価を行っています。評価結果の分析・検討は、業務改善委員会で行っています。					
9. 評価結果は、毎月の管理職会議で報告し、職員間で課題を共有しています。会議で検討した改善の取組みは計画的に行い、改善の実施状況について評価を行うとともに、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 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。	A	A
	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. 事業所の経営方針と事業目標について施設内に掲示し、管理者は毎年の全体集会で全職員に説明しています。管理者の役割と責任は、職務分掌表や組織図、キャリアパスの中で明確にされ、職員に周知しています。緊急時の管理者の責任と役割をBCPに明記し、管理者不在の時は副施設長が対応しています。（施設携帯があります。）

11. 管理者は、外部の法令研修に参加し、幅広い分野について遵守すべき法令を把握しています。法令の変更があった場合も含め、法令研修を定期的に実施しています。関係法令については、法人本部で法令全体を管理し、事業所内のPCで閲覧できるようになっています。さらなる対応として、関係法令の目次を作成し、職員誰もが検索しやすくする工夫も必要かと思えます。

12. 管理者は、福祉サービスの質の向上のため、業務改善会議の中で利用者の障害や生活全般、家族の状況について、定期的、継続的に、職員に情報提供を行っています。管理者は、職員ヒアリングを行い、仕事や人間関係の悩みを話せる機会を作っています。研修計画策定に参画し、職員が研修講師を持ち回りで担当する研修を実施するなど、職員教育・研修の充実を図っています。

13. 管理者は、経営会議に参加し、人事労務等の分析を行っています。勤怠管理システムの導入により、有給休暇取得状況や申告できていない残業、業務の偏りなどの就業状況を把握しています。管理者は、業務の実効性を高めるために、業務改善委員会の長となって、業務内容等について話し合いを行っています。

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。	A	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組んでいる。	A	A

[自由記述欄]

14. 福祉人材の確保・育成に関する方針を事業計画で明確にし、計画に基づいて法人本部が中心になって取組んでいます。法人全体として、離職率は下がっています。有資格職員の配置にあたっては、就職後の資格取得支援を行い、人材確保・育成に努めています。新規募集、随時募集に関する採用活動は、人材派遣会社やハローワークへ依頼し、職員紹介制度も活用しています。有給休暇が取りやすいよう常に職員の働き方に配慮し、希望休も最低3日は、優先的に申告できるようになっています。現場では、職員の負担を軽減できるよう「スライディングボード、センサーベッド、ストレッチャー」等を導入し、職場の環境改善に努めています。

15. 法人の理念等に基づく「期待する職員像」は、玄関や施設内各所に掲示しています。キャリアパス制度があり、職員に周知できています。振り返りシートと（自己）評価シートを基に、年2回職員の意向・意見を把握しています。毎年末に作成する目標管理としての評価シート（目標管理シート）で、職員自らの将来像を描くことができる仕組みができています。

16. 管理者は、労務管理に関する責任体制を明確にし、有給休暇や時間外労働のデータは、PC（勤怠管理ソフト）で定期的に確認しています。職員の就業状況や意向は、面談や自己申告シート等で把握しています。職員の相談窓口があり、QRコードで相談窓口メール画面にアクセスできます。産業医が配置され、ストレスチェック後の相談もしやすくなっています。ハラスメントチェックリスト（職員間、利用者との間）を利用して、ハラスメントの防止と対応の研修を行っています。福利厚生制度も整備されています。

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
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。	A	A

〔自由記述欄〕

17. 「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理の仕組みができています。個別面談を年2回実施し、振り返りシートと評価シートを作成し目標管理を行っています。目標項目や期限は、ヒアリングの中で適切に設定し、進捗状況の管理は、面談時を含め3回行い、年度末に目標達成状況の確認をしています。

18. 「期待する職員像」を計画等のなかで明示し、法人本部で策定された研修計画を基に、事業所ごとの計画を策定しています。事業所独自の取組みとして、年4回、研修を実施しています。研修計画や研修内容の見直しは、毎年、法人本部で行っています。

19. 職務経験や資格等を個々に把握し、階層別、職種別等の研修を行っています。研修の参加履歴は法人で管理し、研修受講者には、受講証を発行しています。外部研修に関する情報提供を行い、オンデマンド研修を取り入れ「受講を希望する研修」、「毎月の課題研修」等のカリキュラムを実施しています。研修への参加を奨励するとともに、受講しやすいよう勤務調整等の配慮をしています。

20. 実習生受入れに関するマニュアルがあり、基本姿勢が明示されています。実習指導者を置き、実習生受入れの体制ができていますが、事業所としての受入れは、今年度はありませんでした。法人では受入れています。

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
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. ホームページに、法人の理念や基本方針、予算・決算報告等を公開しています。施設内壁面の見やすいところに、理念や苦情相談の対応方法、第三者評価の受診歴について掲示しています。また、事業所の活動を説明した広報誌も利用者、家族に向けて、年に数回配布しています。しかしながら、苦情相談の内容や改善・対応の状況については、公表されていませんでした。

22. 事業所の事務・経理等の処理等に関する規程があり、職務分掌規程で各職務の権限と責任を明確にしています。毎月、法人管理職会議で、事業所の経営状況等の確認を行うとともに、定期的に内部監査を実施しています。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、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 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。	A	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。	A	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。	A	A

〔自由記述欄〕					
23. 法人の理念及び基本方針の中で、地域社会との連携や地域への貢献を掲げ、地域との交流に対する姿勢を明確にしています。地域の事業所に依頼し、歯科往診や散髪等の訪問は継続しています。買い物や通院等の日常的活動についても、本人のニーズを聞いて情報提供や支援を行っています。事業所は山間部にあり、日常的に地域との交流が困難ですが、可能な限り地域との交流を図っています。 24. ボランティアの受入れ体制があり、歌唱ボランティアの受入れを法人全体で行っていますが、ボランティア受入れ等に関するマニュアルは、作成されていませんでした。 25. 地域の関係機関との連絡簿を作成し、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、相談支援センターや行政、福祉関係の機関や病院と連携を図っています。 26. 事業所のホールを地域に開放しています。地域の会合等に参加する高齢者を対象に、公民館への送迎も行っています。災害時の福祉避難所として、行政と協定を結んでいます。 27. 事業所内の相談支援事業所や宇治市の自立支援協議会を通じて、地域ニーズの把握に努めています。事業計画に地域貢献の項目を明記しており、近くの小学校で障害者福祉に関する出前授業も行っています。					

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 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。	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。	A	A

〔自由記述欄〕					
28. 理念・基本方針に、障害のある本人の意向を尊重する姿勢を明記し、本人の尊重や基本的人権を主題とした学習会を、毎年開催しています。福祉サービスを一定の水準に保つためのマニュアルを作成し、職員に周知しています。「不適切ケアチェックリスト」を全職員に配布し、定期的にサービス提供内容を把握するとともに、障がいのある本人や人権への配慮について必要な対応を図っています。 29. プライバシー保護や虐待防止等の権利擁護に関するマニュアルや規程等を整備し、職員研修を毎年実施しています。身体拘束・虐待防止委員会を2か月に1回開催し、不適切な事案が発生した場合を想定した対応方法等についても検討していますが、今回の調査で実施した利用者アンケートのコメント欄に、気になる内容の記載があったので、検討をお願いいたします。 30. 利用希望者には写真、イラストを使ったパンフレットを利用して、個別に説明をしています。施設の説明は、ホームページも利用し、理念やサービスの内容等を見学者に詳しく説明しています。見学者等の希望にもその都度対応しており、提供している施設情報は適宜見直しを行っています。 31. サービスの開始・変更時には、本人、家族に書面で丁寧に説明し、同意を得ています。意思決定が困難な本人に対しては、必ず家族と本人を交えた会議を開き、本人に配慮した説明を行っています。 32. 本人が地域に戻る場合や他の施設に移る場合においては、相談支援センターや他施設などと密に連携しています。また、本施設にあるデイサービスの利用を通して、スムーズな地域での生活への移行を支援しています。					

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。	A	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。	A	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。	A	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. 利用者やその家族の高齢化により、入所者自治会や家族会の活動が困難になるなか、家族や本人と担当者が個別懇談し、書面による現状と介護に関する説明等をして、本人のニーズを引き出し、ニーズを充足する取り組みにつなげています。日常的に利用者に声掛けを行うように、職員に周知しています。 34. 苦情解決の方法についてのマニュアルがあり、苦情対応方法を利用者・家族に見えやすい場所に掲示しています。しかし、苦情内容は、個々の利用者の対応記録に保存され、まとめて見ることはできません。また、苦情とその解決について公表の仕組みが、マニュアルに記載されていませんでした。 35. 相談のための部屋を設け、個別の相談を受けやすくしています。懇談も年に1回以上、家族と本人と担当者の間で行うようにしています。苦情の受付箱が設置されていませんでした。文書による意思表示の可能な利用者もあることから、周囲の目が気にならない場所への設置が必要です。 36. ヒヤリハット事例や事故対応の事例については、イントラネット（PC）を介して職員間で共有しています。また、個別の事例について検討し、組織として対応しています。しかし、事例全体についての要因等の分析が十分ではありませんでした。 37. 感染症予防等の対応マニュアルがあり、感染症の予防対策の手順等について、コロナ禍を経て職員全体で共有しています。利用者ごとに適した対策（例：胃瘻者等）も職員全員に周知し、適切に対応しています。 38. 災害時の体制や、緊急時のサービス継続のための計画を策定しています。備蓄リストがあり、中でも備蓄食材を利用した災害時の献立表（3日分）は、サービスの継続性の評価を含め事業所内で検証されています。					

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
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。	A	A
	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。	A	A

[自由記述欄]					
39. 提供する福祉サービスのマニュアルを作成し、入職時に職員に配布しています。職員研修として、事業所の全職員を対象とした「天ヶ瀬寮研修」があります。福祉サービスの実施状況は、PCで職員が情報を共有しており、個別支援計画の見直しに活用しています。 40. サービス管理責任者を、個別支援計画策定の責任者としています。アセスメントは、介護ソフトの様式に基づいて実施しています。個別支援計画の見直しは、障害のある本人の身体状況やニーズに変化があった時に、毎月のケース会議で状況を確認し、適宜見直しを行っています。 41. 個別支援計画の見直しは、障害のある本人の身体状況やニーズに変化があった時など、必要な場合に行っています。見直しに当たっては、サービスの質の向上に関わる課題を明確にし、それに沿って変更した個別支援計画は、PCで関係職員に共有しています。 42. サービス実施状況は介護ソフトを利用して作成しており、職員間で記録内容・書き方に差異が出ないように記録しています。また、毎月のケース会議やPC内の記録を閲覧することで、情報共有が行われています。 43. 法人で定めている個人情報保護規程に従い、日常業務における障害のある本人の記録・保管等は、PCで行っています。また、データへのアクセスは、職員別のIDとパスワードを設定して管理しています。個人情報保護に関する研修は、「天ヶ瀬寮研修」の中で実施しています。					

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。	A	A
	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。	A	A

[自由記述欄]					
44. 障害のある本人の自己決定を尊重し、自律した生活と社会参加の実現を目指す基本理念は、パンフレット「天ヶ瀬寮」の表紙に明示されています。「50音表」を活用するなど、障害のある本人の意向を聞き取る工夫をしています。また「座敷トイレ（仰向きで排泄出来るトイレ）」の設置など、障害のある本人の主体的な活動を支えるための設備を整えています。 45. 障害のある本人の家族への権利擁護の説明は、資料を郵送して確認してもらい、サインをもらって回収することで説明の機会としています。権利侵害の防止と早期発見のために「不適切な支援チェックリスト」を活用することで、職員の気づきに繋がっています。 46. 「座敷トイレ」の設置など、障害のある本人が自身の持っている力を活かして生活できるよう、施設の環境を整備しています。ノーマライゼーションの研修は、「天ヶ瀬寮研修」の中で実施しています。障害についての理解や障害特性について理解をしてもらうため、近隣の小学校で出前授業を行っています。					

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 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。	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。	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. 意思表示が困難な本人の希望等を理解するために、「５０音表」の活用や「うなずき」での確認など、当事者の特性に応じたコミュニケーションの方法を工夫しています。また、コミュニケーションについての課題や問題を解決するため、サービス管理者や家族の協力を得るなど、様々な機会や方法を活用しています。 48. 相談支援員や担当職員、サービス管理責任者が行うモニタリングが、障害がある本人が職員に話したいこと・伝えたいことを受け止める機会の一つとなっています。障害のある本人の選択と決定に必要な情報は、本人の特性に応じた方法で提供できています。本人のもつニーズから支援内容の変更が必要となった場合は、個別支援計画の変更を行っています。 49. 障害のある本人の不適応行動などへの対応は、理学療法士や看護師、医師などから専門的な助言を受け、適切に対応しています。利用者の（個別的な配慮が必要な本人の具体例として）大声やパニック、不安定な行動について適切に対応するため、居室を支援室近くにしたり、支援員と一緒に作業をするなどして、多角的に支援を行っています。医療的ケアの必要な利用者には、看護師が胃ろうや喀痰吸引を行っています。 50. 日中活動支援では、入浴時に利用者の心身の状況だけではなく「入りたくない」という意思表示があった場合、本人からその理由を確認した上で支援を行っています。職員が利用者の思いを汲み取って作成した「仰向きで利用出来るトイレ」は、清潔な状態で適切に維持管理されていました。入浴における移動・移乗支援を迅速かつ適切に行えるように、シャワー浴の機器を導入しています。また、日常生活支援として、入浴後にビールを飲みたいという本人の希望にそった個別支援計画の事例がありました。 51. 障害のある本人の障害特性や希望にそって安全・安心に過ごせる配慮として、「スヌーズレンルーム」（光・音・匂い等の環境を作り出せる設備）を設置し、くつろげる工夫をしています。居室は明るく、食堂は広く、浴場設備は古くなった機器に替えて、新たにシャワー浴の機器を導入しています。（通番50参照）					

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。	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。	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	B
[自由記述欄]					
52. 居室や廊下も含めた生活動作のなかで、理学療法士が医師と連携して、障害のある本人が主体的に機能訓練・生活訓練に取り組めるように支援を行っています。特にコロナ禍以降、居室内の生活が続いたことにより機能が低下した利用者に、理学療法士が各部屋で個別に訓練を行うなど、支援の検討・見直しを行っています。					
53. 障害のある本人が社会参加する機会は、コロナ禍以前の状態には戻っていませんが、家族とともに外出・外泊される機会が増加しています。事業所は、こうした本人、家族からの希望を実現するため積極的に支援を行っています。					
54. 障害のある本人の健康状態は、PCで記録・管理しています。職員は、出勤時にケース記録を確認し、本人の健康状態の把握をしています。施設に併設の診療所があり、本人の状態に合わせて受診しています。また、医務室に個人別ファイルや頓服薬のリストを備え、本人の体調変化等に迅速に対応できるようにしています。					
55. 医療的な支援（連携）については、看護師、医師等と連携し、専門的な情報をもとに安全・安心な支援ができています。服薬等の管理についても、常駐の看護師が、医務室において適切かつ確実に行っていますが、管理者の責任や実施手順を定めたマニュアルを確認することができませんでした。					

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。	—	—
[自由記述欄]					
56. 障害のある本人の地域生活への移行は、地域の施設や相談支援事業所と連携して進めています。入所者や家族等の高齢化もあり、地域移行の内容としては在宅復帰だけではなく、家族が居住する地域の施設への移行も含め、本人の意向や家族等の具体的な生活環境に配慮した支援を行っています。 57. 家族等の連携・交流の機会として、障害のある本人や家族から外出・外泊の希望があれば、積極的に支援を行っています。家族への連絡ルールを明確にし、本人の日頃の生活状況を記載した連絡文書を、毎月の請求書に同封して家族に報告しています。 58. 障害のある本人の活動や生活する力や可能性を引き出す取り組みをしています。事例として、本人の絵を掲示する場所を提供したところ、自主的に本人が作品の入れ替えを行い、その行為が本人のストレス解消や達成感に繋がったということがありました。 59. 該当なし					

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. 該当なし					