

[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	社会福祉法人京都太陽の園 障害者支援施設京都太陽の園	施設 種別	生活介護、就労継続支援（B型） 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		

平成25年5月14日

総 評	<p>昭和55年に設立され、平成19年10月に障害者支援施設（生活介護、就労継続支援B型、施設入所支援、短期入所）に移行した本事業所は、法人の基本理念である「最も援助を必要とする最後の一人への尊重」、「限りない可能性の追求」、「共に生きる社会づくり」のもと、施設福祉、地域福祉の拠点として地域になくてはならない事業所となっています。</p> <p>平成24年度には、利用者の安全と安心の確保の為に建物の耐震化工事が行われ、同時に事業所の課題の一つでもあった利用者の重度化に対応する為の一般浴室の改修や特殊浴槽及び天吊りリフト浴の導入、さらには18居室の個室化を行い、利用者の生活空間の改善を図りました。</p> <p>平成25年度4月より自立支援を目指している利用者の地域移行の第一歩となるように職員寮を利用した自立訓練棟（5人）を整備する予定です。また、今後3～5年の間に地域移行に向けて法人としてグループホーム、ケアホームの整備を行い、施設定員を30名程度に減員することにより、さらに個室化を進める構想もあります。</p> <p>このように利用者を取り巻く環境が大きく変化をしていく中で、引き続き利用者の個別性を尊重した支援に取り組まれることを期待します。+</p>
特に良かった点(※)	<p>○理念・基本方針 法人理念・基本方針から利用者の尊厳と尊重を第一義とする利用者本位の姿勢が感じられます。理念・基本方針は年度当初の職員会議等において全職員に周知するとともに、年度途中の採用職員にも同様の説明を行い、組織全体として実践に取り組んでいます。</p> <p>○職員の就業状況 年1回（12月）異動希望調査や個別面接等で職員の就業に対する意向や意見を聞いています。主任会では、職員の要望や就業状況の検討、新任職員の離職の原因分析を行っています。これらの結果を踏まえて職員教育研修会を開催し、職員の離職防止につなげています。</p> <p>○本人ニーズの充足 理念・基本方針だけでなく、事業計画にも利用者主体の姿勢を明示しています。利用者自治会（友愛会）があり、毎月1回自主的に開催しています。職員も出席し、利用者の希望・要望を汲み取っています。また、年2回開催の給食部会に自治会の代表者が参加することで、利用者ニーズを把握しサービスの改善に活かしています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○事業計画の策定について 定員の削減による個室化、3～5年後にグループホーム・ケアホームを整備すること等、課題解決に向けた取り組みや今後の構想はありますが、実現に向けたタイムスケジュールや文書化した計画はありません。これらを実現するためにも具体的な中長期計画の策定をお勧めします。</li><li>○職員の質の向上 1年間の福祉QC活動を通して業務課題の解決や改善に向けた取り組みは評価できます。しかし、職員個別の教育・研修計画がありません。また、研修修了者は研修報告書を作成していますが、研修報告会や評価・分析は行われていません。人材の育成という点から、職員個別の研修計画の作成や研修の効果的な発展に関心寄せてください。</li><li>○実習生の受け入れ 組織として実習生受け入れの姿勢はありますが近年は実習生の受け入れはありません。実習生受け入れに関する基本姿勢は明文化はしておらずマニュアルもありません。今後は実習生受け入れに関する事業所の姿勢を文書化し公表するとともにマニュアルの作成をお願いします。</li></ul>
---------------------------	---

※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	社会福祉法人京都太陽の園 障害者支援施設 京都太陽の園
施設種別	生活介護、就労継続支援（B型）、 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	平成25年3月6日

## I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	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、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	B	A
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	A
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	C	C
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	B	B
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	A
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	B	B
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B	A
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A

### [自由記述欄]

I-1-(1)①法人基本理念は事業計画書に明示しており、利用者本位・尊重の姿勢が伺えます。

I-1-(1)②法人理念に基づき、事業計画書を作成し、職員の行動規範となる具体的な内容となっています。

I-1-(2)①基本理念は年度当初に職員会議において説明・確認をしています。中途採用職員の採用時にも説明しています。

I-1-(2)②識字できない利用者には口頭で分かりやすい説明を心がけています。利用者の自治会(友愛会)活動時に理念等の周知に向けた取り組みを行っています。

I-2-(1)①現在、定員50名から30名に減員し、個室化を図っています。また、3～5年後を目途にグループホームやケアホームの整備等、地域移行に向けた取り組みを検討しています。ただし、それらを文書化したものが確認できませんでした。

I-2-(1)②主任会議において事業計画を策定し、事業報告書作成時に評価・見直しを行っています。計画の実施状況等は個々の会議において検討していますが、全体の取り組みはありません。又、年度途中での状況の把握や評価を行う時期、手順は定めていません。

I-2-(1)③事業計画も年度当初の職員会議で説明しています。

I-2-(1)④利用者自治会において、事業計画の周知に向けた取り組みがあります。

I-3-(1)①管理者の役割と責任は運営規定等に記載していますが、ホームページや広報誌には記載がありません。

I-3-(1)②管理者は積極的に自ら研修会等に参加し、必要な法令等は法人規定にリスト化しています。朝礼、介護接遇研修時に法令遵守の取り組みをしています。

I-3-(2)①管理者はサービスの質の向上に向けて、主任会議、職員会議において継続的に検討し、平成24年度は耐震化、個室化を図り、合わせて特浴槽等の改修・設置などに取り組みました。

I-3-(2)②管理者は新規採用職員の定着率向上、人材育成・確保等の課題の分析を行っています。主任会議、職員会議に参画することで法人理念や事業計画の実践に向けて取り組んでいます。

## II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B	B
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	B	A
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	B	A
		II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	B
	② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	B	B	
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B	B
		② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	C	B
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	B	B	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	A	A
		II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。
② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	B	A		
③ 障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	B	B		
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	B	B
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		③ ボランティア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	B
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	B	B
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	B	A

### 【自由記述欄】

II-1-(1)①研修会等に参加することで社会福祉事業の動向や地域の福祉ニーズ等の把握に努めています。法人内の障害者生活支援センター等と連携しながら、把握したデータを事業計画には反映していますが、中長期計画には反映されていません。

II-1-(1)②毎月の試算表を作成し運営状況を把握するとともに、2ヶ月に1回、会計士による指導を受けて経営改善等に活かしています。

II-2-(1)①職員配置基準遵守や介護福祉士等の有資格者の配置と採用に向けた体制があります。又、自己研修希望や年1回の異動希望調査をもとに個別面接を行うことで職員一人ひとりの能力向上に努めています。業務分掌は法人規定に明記しています。

II-2-(2)① 総務で職員の就業状況を把握し、分析・検討は主任会議で行っています。さらに検討した課題を職員研修会等を通じて改善に取り組んでいます。

II-2-(2)②職員の福利厚生センターへの加入等職員処遇の充実を図っています。しかし、外部カウンセラーとの契約、紹介はありません。

II-2-(3)①事業計画において職員に求める基本姿勢が明示しています。又、資格取得に向けては勤務時間等を配慮し、資格取得に向けた支援があります。

II-2-(3)②法人主催で新規採用職員、職種別研修を開催しています。又、福祉QC活動として1年間のグループでの取り組みがあります。ただし、職員一人ひとりの教育・研修計画は整備できていません。

II-2-(3)③研修参加者は研修終了後に報告書の提出をしていますが、発表の機会や評価、分析がなく次の研修計画に反映できていません。

II-2-(4)①事業所として実習生を受け入れる姿勢はありますが、10年近く実習生の受け入れがありません。実習生受け入れに関する基本姿勢の明文化やマニュアルは整備していません。

II-3-(1)①個人情報保護に関する規定を整備するとともに、全職員に個人情報に関する誓約書をとっています。

II-4-(1)①ノロウイルス、災害時緊急マニュアル、緊急連絡網等は整備され、主任会において検討していますが、利用者の参加する定期的な検討会議にはなっていません。

Ⅱ-4-(1)②平成24年度耐震化工事に合わせて、作業棟にスプリンクラーを設置し、地元の自衛消防隊連絡協議会にも参加しています。さらに、栄養士が管理する3日間の災害備蓄品の保管など利用者の安心・安全の確保に向けた取り組みがあります。

Ⅱ-4-(1)③事故報告書、ヒヤリハット報告書の提出を義務付けていますが、評価や分析は行っていません。又、リスク管理の外部研修には職員を派遣していますが、内部研修の開催や伝達研修がありません。

Ⅱ-5-(1)①以前は行事等を開催する際には、利用者が地域の人たちと企画から参加するような体制はありましたが、現在は地域の委員会が夜間開催の為に参加できていません。自治会加入はしていませんが、夏祭り開催に向けては地元婦人会、地区区長が実行委員会に参加しています。

Ⅱ-5-(1)②法人事業における相談支援との連携等福祉ニーズの把握に努めています。地域住民等に向けた専門性を活かした講習会や研修会は開催していません。

Ⅱ-5-(1)③行事等開催時に実行委員会でボランティア受け入れの協議が行われるなど、ボランティアを受け入れる姿勢はあります。現在、理容、美容、家族清掃等を受け入れています。ボランティア受け入れ基本姿勢の明文化や育成に向けての講座等の開催といった取り組みはありません。

Ⅱ-5-(2)①南丹市自立支援協議会に参加し、他団体と情報の共有化を図っています。ただし、利用者本人の支援の改善に繋がるような具体的な取り組みはありません。

Ⅱ-5-(2)②利用者の日常生活の様子を電話で家族に伝え、行事等への参加の呼びかけや改修工事のお知らせ等も行っています。また相談においては主任を窓口とする体制を整備しています。

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-1(1) サービスの提供の開始が適切に行なわれている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	B	B
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	A	A
	Ⅲ-1-1(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	A	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-1(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	B	A
	Ⅲ-2-1(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	B	B
	Ⅲ-2-1(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	B	A
	Ⅲ-2-1(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	B	A
		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
③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	B	B		
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-1(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	B	A
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	C	A
	Ⅲ-3-1(2) 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。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	A	A
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	B	B
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-1(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	B	B
		② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	C	B
	Ⅲ-4-1(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	B	B
		② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	B	A

#### 【自由記述欄】

Ⅲ-1-1(1)①以前は広報誌を作成していましたが現在はホームページでの情報提供となっています。ただし、ホームページの更新は確認できません。通所希望の施設見学等が多く見学者には事業所の情報提供が行われています。

Ⅲ-1-1(2)②利用契約にあたり、本人、家族には契約にかかる書類を一つひとつ丁寧に読み上げる等理解をしてもらうための工夫をしています。又、他事業所サービスの利用が望ましい時は、サービス内容や特徴を説明するとともに相談機関と連携が図れるよう努めています。

Ⅲ-1-1(2)①サービス管理者が相談窓口となり、地域移行支援プログラムによりサービスの継続性に努めています。

Ⅲ-2-1(2)①アセスメントはサービス利用開始前とその後3ヶ月でおこなっています。それ以降は年1回定期的の実施し、利用者の意向を汲み取るものとなっています。

Ⅲ-2-1(2)②個別支援計画は利用者本位の視点で作成していますが、作成はサービス管理者と担当者によって行われており、具体的な手順書がありません。

Ⅲ-2-(3)①モニタリングは原則6ヶ月に1回行っています。利用者の環境や状況の変化があった場合は、随時のモニタリングと再アセスメントが行われています。

Ⅲ-2-(4)①利用者の状況を日々記録し、介護職員会議で適切な記録の作成について検討しています。

Ⅲ-2-(4)②記録管理責任者、記録の保管、保存等に関することは文書取扱い規定において定めています。また、記録管理等の研修会も開催しています。

Ⅲ-2-(4)③パソコン等ネットワークを活用した事業内情報を共有する体制はありますが、平成24年度は改修工事等でケア会議の定期的な開催がありません。

Ⅲ-3-(1)①事業計画が利用者主体での基本計画となっています。又、利用者自治会には職員も出席する等利用者個々のニーズの把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)②利用者自治会主催の「納涼の夕べ」では利用者の意向、行事反省、職員の対応のあり方など改善に向けた取り組みをしています。利用者参加の検討会議としては年2回の給食部会があります。

Ⅲ-3-(2)①日頃より利用者への声掛けなど利用者とのコミュニケーションを図り、個別相談なども行なっています。苦情にかかる窓口の掲示はしていますが、意見箱の設置等意見を出しやすい工夫はしていません。

Ⅲ-3-(2)②苦情解決体制を整備し、第三者委員に地域代表者を迎え、苦情受付担当者、解決責任者、第三者委員との合同会議を年2回開催しています。ただし、結果の公表をする仕組みはありません。

Ⅲ-3-(2)③苦情や意見を受けての設備やサービス改善に努めていますが、苦情対応マニュアルは整備していません。

Ⅲ-4-(1)①特殊浴槽を導入したことを契機に個別支援の介護マニュアルを整備し、本人尊重やプライバシー保護等に取り組んでいます。しかし、その実施状況を確認する仕組みがありません。

Ⅲ-4-(1)②利用者サービスの一定水準確保の為に、平成24年10月に個別支援マニュアルを整備しましたが、その見直し時期や方法が定められていません。今後は6ヶ月後の見直しをすることです。

Ⅲ-4-(2)①福祉QC活動を通じての問題解決やサービス改善に向けた取り組みがあります。今回の受診にあたり各部署で評価を実施しました。その結果を分析・検討する委員会などの設置がありません。

Ⅲ-4-(2)②評価結果で明らかになった課題は職員全員参加の福祉QC活動を通じて課題改善や改善実施計画に繋げています。

#### IV 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	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	B	B
		② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	B	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	A	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	B	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	A	A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	B	A
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	B	A
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	B	B
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	A
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	B
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	B	A
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	B	A

#### 【自由記述欄】

IV-1-(1)①利用者尊重や人権配慮への研修会の開催、プライバシー保護等に関する規定等は整備していますが、利用者、家族に周知していません。

IV-1-(1)②文字盤やトーキングエイドを使用する等、利用者とコミュニケーションを図る為の工夫があります。又、担当職員を中心にフェイスシートから利用者の意思や希望をくみ上げて理解しようと努めています。

IV-1-(1)③利用者自治会には副施設長、主任(サービス管理者)が出席して、自治会と事業所とが課題等についての協議をしています。

IV-2-(1)①特殊等の導入を機に個別入浴マニュアルが作成しています。又、入浴状況の課題は介護員会議で検討を行い、改善に向けて取り組んでいます。

IV-2-(1)②衣類は買い物外出や出張販売、月2回の介護員の買い物代行等様々な方法で購入できる仕組みがあります。

IV-2-(1)③施設への出張サービスに月2回のカットボランティア、年2回のエステがあります。利用者が地域の理髪店、美容院を利用する場合は職員が送迎や同伴する仕組みがあります。

IV-2-(2)①夜勤対応マニュアルを整備し、利用者の個性に合わせた個別の支援を行っています。又、寝具等はリースを利用することができます。

IV-2-(2)②個別支援マニュアルにて利用者の個性に合わせた支援を行っています。又、排泄用具の清潔保持においては「尿器洗浄マニュアル」があります。トイレ改修時には利用者の意見を採用しています。

IV-2-(2)③緊急対応時には嘱託医に状況報告をして指示を仰いだり、緊急連絡網を活用して対応しています。投薬管理業務は看護師が行い、「看護師連絡ノート」で情報の共有を図り、確実な服薬管理ができるようにしています。

IV-2-(3)①本人が希望すれば食事の時間帯についての配慮をしていますが食事の内容に関する検討は定期的開催の主任会や介護員会議において行っていますが、食事環境については行っていません。

IV-2-(4)①アンケートを実施し、複数作業職種の中から自分のやりたい仕事を選択できるようにしています。これにより利用者の働く意欲を促進しています。又、作業工賃については作業評価シートに基づき算出し、本人と面談を通じて合意の上で支給決定しています。

IV-2-(5)①利用者自治会が「友愛会18の約束事」として生活の基本ルールを作成しています。「利用者預り金規定」を定めていますが金銭管理等に関する学習プログラムがありません。

IV-2-(5)②外出、外泊は3日前までに届け出をすれば自由にできます。その際には携帯電話、療育手帳、身体障害者手帳等を携帯することで緊急時の対応をしています。

IV-2-(6)①利用者自治会主催の「納涼の夕べ」や映画鑑賞会等においては職員が支援を行い、また、地域情報の提供も行っていきます。利用者の意思を尊重し、充実した日常生活が送れるよう配慮しています。