

[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 障害者支援施設こひつじの苑舞鶴	施設 種別	障害者支援施設 (旧体系：)
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会		

平成24年6月6日

総 評	<p>こひつじの苑舞鶴は、法人の基本理念に「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」を掲げ、利用者本位の福祉サービスの提供の実践に努めています。</p> <p>現在、法人では事業所間のネットワーク化を推進し、広報活動を通して理念に基づいた実践を地域社会に発信しています。ホームページやパンフレット等は分かりやすいものとなるように工夫をし、また、ボランティアの受け入れを積極的に行う等、利用者と地域との交流を図り、利用者の生きがいにつながるような取り組みを行っています。さらには近年希薄化しつつある家族とのつながりを保つことにも力を注いでおり、利用者を取り巻く環境をより良いものにしようと努めています。</p> <p>今回は平成19年に引き続き2回目の福祉サービス等第三者評価受審となります。前回の受診より、少し間が空きましたが、自らが提供する福祉サービスの評価を問う姿勢の表れと受け止めています。管理者・職員とも、まだまだ課題があり、それらを克服していくことが、サービスの質の向上につながるとの意識をもっておられますので、今回の受診を有効に活用していただき、今後のサービス提供等に役立てていただければと考えています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○事業計画の策定</p> <p>理念から利用者尊重、利用者主体の姿勢を感じることができ、同時に法人の使命・目指す方向・考え方を読み取ることができます。前回の受診時の改善項目であった中長期計画の策定については、平成23年度事業計画においては全職員が参画して作成されたとのことで、職員の意見を取り入れたものとなっています。</p> <p>○家族との連携</p> <p>家族との関係が希薄化し、事業所からの呼びかけにもなかなか応じてもらえないケースがある中で、事業所の現況や利用者の日常生活の様子を積極的に家族に知らせています。家族からの相談体制の整備、必要に応じたさまざまな情報の提供など、家族支援にも力を注いでいる点が評価できます。</p>

	<p>○管理者の責任とリーダーシップの発揮</p> <p>管理者は月1回の職員連絡会、法人主催の所属長会議においては自らが提供するサービスの質の評価・分析を行っており、事業所内の各種会議に積極的に参画することでサービスの実態把握に努めています。また、職員全員が其々の業務を把握して日々の実践に取り組むことが出来るように個人名を入れた業務分担表を作成し、職員の業務に対する意識付けとサービスの向上に役立てています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○各種マニュアルの作成</p> <p>マニュアルの整備が出来ていない部分が多く見受けられました。例えば、本人尊重やプライバシー保護に関する姿勢は法人理念や事業計画に明示されていますが、マニュアルが整備されていません。また、平成22年度には660名のボランティアを受入れています。ボランティア受入れマニュアルが整備されていません。実際の活動の場面ではしっかりとした取り組みが為されている部分も多くありますが、標準的なサービス提供方法を明示したマニュアルを整備することで、一定の福祉サービスの質の確保ができるものと思います。また、整備後は少なくとも年1回検証と見直しをされることをお勧めします。</p> <p>○障害のある本人のニーズの充足</p> <p>日々の生活の中で、さらには月1回開催の「入用者の話を聞く会」において利用者の要望、希望等を汲取る機会がありますが、把握した希望や要望を利用者が参画される会議等で検討されていません。利用者自らが参画されることで、利用者や職員のニーズに対する意識の向上と、利用者サービス改善に向けての問題意識の共有化が進むことと思いますので、利用者参画のもとでの検討会開催をお勧めします。</p> <p>○食事</p> <p>利用者の食事に関して、「入所者の話を聞く会」や、個別に意見・要望を聞くことで食事に関する内容の改善に努めていますが、利用者が参画する検討会議は開催されていません。また、夕食の時間が16:50と早く、朝食(7:40)までの時間が長いように思います。今後の検討課題としておられることでもありましたので、改善されることを期待しております。</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	社会福祉法人京都太陽の園 障害者支援施設こひつじの苑舞鶴
施設種別	障害者支援施設
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成24年3月13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。	B	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	B	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	B
		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	B
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。	A	A
		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。	B	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	B
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 法人理念は年度当初の4月の会議において説明しています。又、理念からは法人の目指す福祉サービスの使命、方向性が読み取れます。

I-1-(1)② 法人理念「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」に基づいて基本方針が明文化されています。

I-1-(2)① 基本方針は4月の会議において配布し、施設長が説明していますが、年度途中で周知状況を確認し、継続的な取り組みはありません。

I-1-(2)② 理念・基本方針・事業報告は7月の家族会において説明し、利用者の資料には文字を拡大し、ルビを打つなど、周知の工夫をしていますが、理解を促すための取組みは課題となっています。

I-2-(1)① 平成23年度に中長期策定委員会を立ち上げ、全職員から中長期計画を意見聴取し、多方面に渡る計画が立案されています。

I-2-(1)② 事業計画策定においては主任クラスが計画作成・評価、見直し等を行っていますが、全職員が参画しての体制はありません。

I-2-(1)③ 4月の職員会議において資料配布しています。

I-2-(1)④ 事業計画は本人には「入所者の話を聞く会」、家族には7月の家族会で法人理念、事業方針同様、事業計画も説明していますが、年度当初の年1回の説明であり、年度途中での実施はなく、継続的な取り組みとしては確認できません。

I-3-(1)① 管理者を含め、役割分担、業務分担表が全職員に配布されていますが、広報誌等にはその役割と責任が表明されていませんでした。しかし、今後の検討課題として次年度に向けての取り組み姿勢がありました。

I-3-(1)② 管理者は積極的に法令遵守等の研修会に参加しています。又、福祉関連法以外においてもいつでも職員が閲覧できるように整備されています。

I-3-(1)② 管理者は積極的に法令遵守等の研修会に参加しています。又、福祉関連法以外においてもいつでも職員が閲覧できるように整備されています。

I-3-(2)① 管理者は月1回の職員連絡会、法人主催の所属長会議において自らが提供するサービスの質の評価・分析を行っています。事業所内体勢として班会議・班長会議・週1回のサービス担当者会議・月2回の主任会議などに積極的に参画することで業務改善に繋がっています。

I-3-(2)② 管理者は月1回の所属長会議において経営・運営分析をおこない、事業実現に向けて積極的な姿勢があります。

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	B
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
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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
		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	A
		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。	B	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。	B	B
		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。	B	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	A
		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 事業経営を取り巻く環境の把握に努めていますが、現場の個々の職員レベルでは十分とはいえません。
 II-1-(1)② 年に数回公認会計士の指導のもと、経営改善を実施していますが、これらについて職員全体の周知するところにはいたっていません。
 II-2-(1)① 年に1回職員の希望を聞き、やる気や資格取得の意欲向上をはかっています。
 II-2-(1)① 年に1回職員の希望を聞き、やる気や資格取得の意欲向上をはかっています
 II-2-(2)① 年末に提出する人事希望調査票をもとに対応に取り組んでいますが、人員不足のため公休消化がやっとの状態です。
 II-2-(2)② 福利厚生事業を適切に実施していますが、外部のカウンセラーの紹介は行っていません。
 II-2-(3)① 組織として職員に求める基本の姿勢を明示し、研修・資格取得という2本の柱を立て、職員の質の向上を目指しています。
 II-2-(3)② 法人研修、新人研修、施設内研修などを行っていますが、職員個々の教育・研修計画は作成されていません。
 II-2-(3)③ 研修終了後の報告レポートは提出していますが、これらをより発展的に活用する機会等があまりありません。
 II-2-(4)① 事前学習や実習プログラムはありますが、実習生の受け入れマニュアルは未整備であり、現在作成にむけて検討中です。
 II-3-(1)① 個人情報保護に関する規定を策定し、実習生やボランティアにも理解及び遵守を求めています。
 II-4-(1)① 『こひつじの苑舞鶴 苑内感染対策指針』などを策定していますが、マニュアルは整備されていません。
 II-4-(1)② 年に2回の避難訓練のマンネリ化を予防し、実効性の高い仕組みや法人内の施設との合同訓練に取り組んでいます。
 II-4-(1)③ リスクを把握し、安全性の確保に努めています。平成24年度はこれを拡大して重点的に研修課題に取り上げるそうです。

Ⅱ-5-(1)① 元職員のボランティアも含め、ボランティアとのふれあいを大切にしていますが、施設の環境上地域住民との日常的な関係が乏しいのは否めません。

Ⅱ-5-(1)② 社協の呼びかけによる介護講習、小中高校での車椅子学習、法人としては喫茶ルーム「ぼーれぼーれ」などを行なっていますが、今後はより主体的な地域還元を力をつけたいとのことです。

Ⅱ-5-(1)③ ボランティア受け入れ時の面談、ボランティア連絡会(年1回)を開催するなど、受け入れ体制は整っていますが、マニュアルは作成されていません。

Ⅱ-5-(2)① 福祉タクシー、生活介護、訓練など障害のある本人を支援するための資源の確保を図っています。

Ⅱ-5-(2)② 家族に呼びかけても連絡が取れないこともあるようですが、定期的に、また必要に応じて家族に情報提供や支援を行なっています。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	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) サービス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	A
		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-(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。	B	B
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(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	B
	Ⅲ-2-(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-(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-(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	B
		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
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) 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	B
		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	C
	Ⅲ-3-(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。	A	A
		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。	C	C
		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。	C	B
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(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。	C	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	C
	Ⅲ-4-(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。	C	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。	C	B

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)① ホームページで自由に閲覧できるとともに、法人の理念、活動内容が写真とともにコンパクトにまとめたパンフレットが常時市役所等に置かれています。

Ⅲ-1-(1)② 利用者、家族、後見人に十分に説明をしています。

Ⅲ-1-(2)① 相談支援員によるプラン作成の体制が整っていますが、手順や、引継ぎ文書が定められていません。

Ⅲ-2-(1)① 利用者と家族の意向が異なる場合等の、利用者の意向実現については課題があります。

Ⅲ-2-(2)① 個別支援計画の定期的なプランの作成、見直しをしていますが、その手順の関係職員への周知は十分とはいえません。又、急に変更する場合に、早急な個別計画を立案する仕組みが整備されていません。

Ⅲ-2-(3)① 6ヶ月後、3ヶ月後に中間評価がされたり、緊急に変更する必要がある場合は、利用者に応じたモニタリングを実施しています。

Ⅲ-2-(4)① サービス実施状況の記録に関して職員の観察の視点、理解等において差異があり記録の書き方等の研修、指導が今後の課題です。

Ⅲ-2-(4)② 個人情報の保護に関して啓発ポスターを掲示するなど、意識付けが行われていますが研修等は実施していません。

Ⅲ-2-(4)③ 個別支援計画の作成において、サービス担当者会議等で利用者の生活全般の情報を職員間で共有するように心がけていますが、部門横断的な取り組みとは言えません。

Ⅲ-3-(1)① 利用者の自治会に代わるものとして月1回開催の「入所者の話を聞く会」においてニーズ把握に努めていますが、利用者主体の会としての機能としては十分ではありません。

Ⅲ-3-(1)② 日々生活の中、「入所者の話を聞く会」等において利用者の意向を把握するようにしていますが、利用者参画での検討会議は整備されていません。

Ⅲ-3-(2)① 利用者が相談や意見が出やすい環境への配慮があります。又、相談支援体制があることも掲示板で周知しています。

Ⅲ-3-(2)② 苦情解決の体制を整備し、苦情の記録もありますが、公表という点において本人が望まないで公表をしていません。また、苦情受付の掲示はありますが、第三者委員の記載がありません。

Ⅲ-3-(2)③ 苦情・要望などに対するサービスの改善には努めています。苦情・要望等に対する規定はありますが、マニュアルはありません。

Ⅲ-4-(1)① 利用者へのサービス水準を確保する実施方法は、主に口頭で伝えられており、文書化するまでには至っていません。

Ⅲ-4-(1)② 実施方法については、問題があればその都度見直しをしています。組織として見直しの時期、方法は定めていません。

Ⅲ-4-(2)① サービス内容等に課題がある場合には会議等で検討していますが、年1回以上の自己評価ができていません。

Ⅲ-4-(2)① サービス内容等に課題がある場合には会議等で検討していますが、年1回以上の自己評価ができていません。

Ⅲ-4-(2)② 前回受診時における評価結果をもとに、中長計画の策定と改善に向けた取り組みがあります。

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。	A	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	A	B
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	B
		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。	A	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	B	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	B
		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。	A	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。	A	A

【自由記述欄】

IV-1-(1)① 理念・事業計画においても利用者尊重・人権尊重の方針が定められています。又、年1回外部講師を招いて人権研修会を開催するなど積極的な姿勢がありますが、プライバシー保護等に関するマニュアルがありません。

IV-1-(1)② 利用者とのコミュニケーション手段として文字盤、ボイスレコーダー等を使用するなど、利用者の思い・意思を汲み取る方法と工夫があります。

IV-1-(1)③ 月1回「入所者の話を聞く会」において利用者の要望や意見を聞く機会があり、サービスの向上に努めていますが、利用者主体による自治会活動や他事業所自治会等との交流はありません。

IV-2-(1)① 日々利用者の入浴状況の把握や要望等には迅速に対応していますが、プライバシー保護に関するマニュアルはありません。

IV-2-(1)② 必要な時にはヘルパーを活用する等、利用者の意思を尊重した支援に努めています。

IV-2-(1)③ 月2回業者による訪問理美容や、ヘルパー同行による本人希望の理美容室利用など、本人が選択できるような配慮をしています。

IV-2-(2)① 4人部屋での夜間の体位交換時には電気の明かりを小さくする等、注意事項を定め、介助への配慮をしています。

IV-2-(2)② 排泄チェック表により、利用者の排泄状況を把握しています。またマニュアルを定め、利用者に安心・安全な排泄介助の提供に努めています。ただし、プライバシーに配慮したトイレ改修は平成24年度の課題となっています。

IV-2-(2)③ 月2～3回歯科医師・歯科衛生士により口腔衛生・ケアへの指導等を実施しています。又、服薬者へは薬に関する情報提供をしたり、夜間緊急連絡網を策定したり等、利用者の健康管理体制を整備しています。

IV-2-(3)① 食事検討会議に利用者の参画はありませんが、週1回利用者から栄養士などが希望、要望を聞き取り、献立に反映されています。しかし、食事開始時間が昼食11:30、夕食16:50となっているため、今後は食事時間の見直しは必要であるとのこと。

IV-2-(4)① 週3回の日中活動において習字、ヨガ、風船バレー、外部講師による音楽療法など利用者が選択できるように配慮しています。

IV-2-(5)① テレビ、新聞等は同室者への配慮を含め、利用者個人の責任で居室において管理しています。金銭管理など経済的対応能力を高める為の学習プログラムはありません。

IV-2-(5)② 外出・外泊等は事業所の都合でなく利用者、家族の意思を尊重した体制となっています。

IV-2-(6)① 地域におけるあらゆる情報は掲示し、社会資源を活用できるような利用者支援を行っています。