

[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	施設 種別	障害者支援施設
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成26年5月30日

総 評	障害者支援施設こひつじの苑は、開設43年目を迎えた施設です。入居者は高齢となり、重度の方が増えてきましたが、「最も援助を必要とする最後の一人を大切にする」という理念の元に、一人ひとりに安心、安全、快適な生活が送れるように支援しています。 施設の建物は、開設当時のままですが、館内は広々としており、廊下は寝台ベッドが離合できる幅があります。居室は4人部屋ですが、個々の個性でしつらえられており、生活しやすく工夫されています。又、一人ひとりの希望に応じた活動（パソコン、制作）ができる場所があり、一人では外出が困難な入居者が多いことに配慮し、様々な外出レクリエーションや買い物、個別の希望に応じた外出を企画する等、ニーズに応じた援助を実施しています。
特に良かった点(※)	○職員の能力向上に関する希望の把握 年一回、職員全員が「職務についての目標（希望）調書」を記載して、施設長と面談し、日々の業務の振り返りや資格取得に向けた目標を相談し、自己評価・行動評価を行っています。 ○本人を尊重する取り組み 個別処遇計画以外に「生活支援実施書」を作成し、食事・排泄・整容・着脱等具体的な日常生活の支援内容を記載し、個別の援助を常に提供できるように取り組んでいます。 ○質の向上に向けた取り組み 業務改善の取り組みでQCサークル活動（品質管理活動）を行っています。年間を通して取り組み、年1回発表の機会を設けています。

特に改善が望まれる点(※)	○中長期計画の策定 年度ごとの計画は策定されていますが、中長期計画は策定されていませんでした。事業所として今後の方向性を見据えた中長期計画を立ててはいかがでしょう。中長期計画達成に向けて単年度ごとの計画を立てていくことで、到達目標や年度ごとに達成すべき目標が、より明確になると思います。 ○定期的なモニタリングの実施 個別処遇計画を作成し、必要に応じて見直しをしています。モニタリング評価が行われていません。援助目標の達成状況を確認し、個別処遇計画に活かしていけるようなモニタリングの仕組みを作られてはいかがでしょう。 ○マニュアルの定期的な見直し 介護部マニュアル・看護部マニュアルを作成していますが、見直しは行っていません。マニュアルは日々の仕事の指針であり、統一した援助を行う手本となる物です。職員間で内容を確認しながら、実情に沿った内容となるように年に1度は見直しの機会を作り、いつどこを見直したかを明確にしておくことをお勧めします。 ○研修の実施と研修計画の策定 年度初めに新人職員の研修を実施しています。外部研修参加時は、終了後に職員会で発表を行い、他の職員に周知していますが、一人ひとりの研修計画は策定されていません。計画に基づいた研修を受講していくことで、職員教育を継続して行えるようになり、また、一人ひとりの職員が意欲的に取り組むことが出来る材料ともなります。職員一人ひとりの経験年数に応じた段階別の研修計画を策定し、計画に沿った研修を実施されることをお勧めします。
----------------------	--

※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	社会福祉法人京都太陽の国 障害者支援施設こひつじの苑
施設種別	障害者支援施設
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26年3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	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(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-1-1(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。	A	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。	A	A
I-2 計画の策定	I-2-1(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	B
		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	B
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(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	A
		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。	A	A
	I-3-1(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。	A	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。	A	A

【自由記述欄】

I-1-1(1)①事業計画書・ホームページ・パンフレットに法人理念を掲載しています。
 I-1-1(1)②事業計画書・ホームページに事業所基本方針を掲載しています
 I-1-1(2)①年度初めの「年度方針及び事業計画説明会」で、理念・基本方針を全職員に説明しています。
 I-1-1(2)②4月の家族連絡会総会で、理念・基本方針を記載した資料を配布して説明しています。欠席者には資料を郵送しています。
 I-2-1(1)①年度ごとの事業計画を策定していますが、中長期の計画は策定していません。現状の課題分析も確認できませんでした。
 I-2-1(1)②法人の年度計画に基づき各部署ごとの意見を反映して事業計画を策定していますが、計画の評価、見直しは行っていません。
 I-2-1(1)③年度方針説明および事業計画説明会で事業計画について資料を配布し、説明しています。
 I-2-1(1)④年度当初に利用者全員に説明会を開き、家族には家族連絡会で説明しています。事業計画の周知状況の確認や継続的な取り組みは行っていません。
 I-3-1(1)①「年度方針説明および事業計画説明会」や朝礼、及び職員が必ず目を通すパソコンの掲示板に管理者が役割を表明しています。
 I-3-1(1)②管理者が施設長研修会、経営者協議会等に参加し、法令に関する情報を得て、主任会議で報告しています。法令に関する書籍、資料を揃えて職員が見ることが出来るようにしています。
 I-3-1(2)①管理者が班長会議、主任会議に参加し、職員からの意見を聞いています。課題改善のために職員への助言や指導を行い、リーダーシップを発揮しています。
 I-3-1(2)②職員の人員配置について状況を把握し、法人内施設長会議で人件費比率一覧に基づき分析を行い、職員の採用を行っています。

Ⅱ 組織の運営管理

I-1-1(1)

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。	A	A
		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。	A	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。	A	A
		② 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	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	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。	A	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。	A	A
		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-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	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。	B	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	B
		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。	A	A
		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	B
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

【自由記述欄】

Ⅱ－１－（１）①南丹市の障害者地域ネットワーク会議への参加や、法人内の障害者相談支援センターとの連携等で、福祉の動向や地域ニーズの把握に努めており、事業計画等に反映しています。

Ⅱ－１－（１）②主任会議等において経営状況、改善課題等の検討と把握をし、職員に周知しています。又、２ヶ月に１回公認会計士によるアドバイスを受けることで経営改善等に努めています。

Ⅱ－２－（１）①求人は法人採用と事業所採用で、具体的な人材確保計画があります。年１回、職員個別希望調査や個別面談を実施しています。

Ⅱ－２－（２）①有休休暇、時間外労働のデータを把握し、主任会において分析・検討・改善に向けての取り組みがあります。又、年１回職員個別希望調査の実施するなど、職員が相談、意見が述べやすい体制があります。

Ⅱ－２－（２）②福利厚生センターへの加入や職員個別希望調査や面談等で職員の意見、相談する職員が意見、相談できる仕組みがありますが、第三者による相談体制や紹介等ありません。

Ⅱ－２－（３）①組織として職員に求める基本姿勢や意識等が法人理念、事業計画から読み取れます。又、職員の資格取得に向けては公休の調整を行い、勤務の配慮をしています。

Ⅱ－２－（３）②法人に「職員研修規定」を整備し、さらには福祉QC活動の実践等を通じて職員教育・研修を行っています。しかし、職員一人ひとりの研修計画は策定していません。

Ⅱ－２－（３）③研修参加職員は職員会議において研修報告会を行っています。しかし、研修成果に対する評価・分析や見直しを次回の研修計画に反映していません。

Ⅱ－２－（４）①実習受け入れに対する責任者を定め、事前オリエンテーション（介護上の注意事項により）マニュアルも整備していますが、実習指導者に対する研修を行っていません。

Ⅱ－３－（１）①個人情報管理規定を整備し、個人情報開示においても契約時に重要事項説明書で説明しています。又、他機関との情報共有の為に同意書を作成しています。

Ⅱ－４－（１）①「看護部マニュアル」や緊急連絡網を整備し、年１回の救急法の研修を行い、利用者の安全管理に向けた取り組みをしています。利用者が参加する安全管理に向けた定期的な会議は開催していません。

Ⅱ－４－（１）②消防計画や緊急連絡網を整備し、南丹市とは福祉避難所として委託契約を交わしています。６日分の備蓄品の保管もあり、災害時における体制はありますが、自治会などと連携した避難訓練を実施していません。

Ⅱ－４－（１）③安全確保・事故防止にかかる医療研修に開催、事故報告書、ヒヤリハット報告などは整備していますが、その未然防止策の検討会等を定期的に評価・見直しする体制を構築していません。

Ⅱ－５－（１）①京都運転ボランティア協会などと連携することで利用者個々の外出に対応する支援や地域行事参加していますが、利用者が地域の行事に企画の段階から参加しているということはありません。

Ⅱ－５－（１）②社会福祉協議会主催の車いす講習会への講師を派遣しています。施設の夏祭りは職員と地元婦人会や地区代表者が企画から一緒に行い、地域の住民が共に参加できる行事となっています。

Ⅱ－５－（１）③サークル活動においてボランティアの受け入れについて検討しています。しかしボランティア研修、ボランティア受け入れマニュアルは整備していません。

Ⅱ－５－（２）①南丹市ガイドマップ等において利用者に社会資源を明示していますが、社会資源・関係機関等について職員間で情報の共有が確実に行われているとは言えません。

Ⅱ－５－（２）②年１回の家族連絡会や事業所行事開催時には家族に参加の呼びかけをしています。家族との相談には担当者と直接相談できる体制があります。

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。	A	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	A
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。	C	C
	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。	A	A
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	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	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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	A
		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。	A	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。	B	A
		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	B

【自由記述欄】

Ⅲ－１－（１）①ホームページやパンフレットで情報提供しています。

Ⅲ－１－（１）②施設入所については「契約書」「重要事項説明書」で分かりやすく説明し、同意を得ています。

Ⅲ－１－（２）①他施設や病院への移行がほとんどで、「ADL調査票」「情報提供書」を引継ぎ文書と定め、相談員が窓口となって情報提供を行っています。

Ⅲ－２－（１）①生活の中で本人の希望や目標を聞き、アセスメントをしていますが、複数の職員の意見をアセスメントに反映出来ていません。

Ⅲ－２－（２）①班会議で個別処遇計画の内容を検討し、作成していますが、計画は毎年５月に一斉に作成しており、見直しを行う手順・仕組みが不十分です。

Ⅲ－２－（３）①ミーティング等で計画の内容について話し合っていますが、モニタリング（評価）は行っていません。

Ⅲ－２－（４）①記録は全てパソコンデータで整備しており、統一した内容で入力出来るように職員への指導を行っています。

Ⅲ－２－（４）②副施設長が責任者となり、「文書取扱規程」に記録管理について定めています。情報開示についての文言も確認できましたが、職員に対しては入社時の誓約書のみで、教育面は十分ではありません。

Ⅲ－２－（４）③月１回の棟会議で情報共有を図っています。又、パソコンの個人記録を通して情報を共有しています。

Ⅲ－３－（１）①ニーズ充足を目指す姿勢は理念で確認できました。毎月の「入園者の会総会」には施設長が出席し、ニーズや要望を把握しています。個人面談は主任・相談員が担当しています。又、家族懇談会や日々の面会時など、家族等への聞き取りの機会を多く持っていることが確認できました。

Ⅲ－３－（１）②栄養マネジメントのための嗜好調査を実施していますが、分析、検討改善等の取り組みは行っていません。

Ⅲ－３－（２）①第三者を含む相談窓口を掲示しています。又、食堂に意見箱を設置しています。

Ⅲ－３－（２）②第三者委員を含む苦情解決の体制があり、掲示物や法人の合同苦情会議の記録も確認できましたが、結果の公表を行っていません。

Ⅲ－３－（２）③マニュアルを策定していますが、定期的な見直しは行っていません。

Ⅲ－４－（１）①マニュアルを各部署に設置し職員に熟読を啓発しています。プライバシー保護の文言も確認できました。詳細な項目を明示した「新入職員チェックリスト」があり、上司が個々の職員のレベルを確認する仕組みがあります。

Ⅲ－４－（１）②マニュアルの見直しに関する記録や書面の確認ができませんでした。

Ⅲ－４－（２）①QCサークル活動に取り組んでいます。６サークルに分かれ、それぞれのテーマで年間を通して取り組み、毎年２月に発表を行っています。分析・検討の結果は主任会議を通して全職員に周知しています。

Ⅲ－４－（２）②評価結果の分析を主任会議で行っていますが、課題に対する改善策の検討や計画の見直しまでは行っていません。

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。	B	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。	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。	B	B
	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	B

【自由記述欄】

IV-1-(1)①「介護部マニュアル」にプライバシーに関する留意事項を記載し「不適切ケア」の研修会を行っています。同性介護への配慮や自由に過ごせるスペースを確保しています。「介護部マニュアル」にプライバシー保護に関して明文化していますが、規程はありません。又、本人や家族への周知も行っていません。

IV-1-(1)②意思伝達の機器や用具を使い、個別のコミュニケーション手段を用いて本人の意思や希望を聞き取るように努力しています。

IV-1-(1)③「入園者の会」「家族連絡会」に職員も参加しています。開園記念行事、盆踊り、運動会に他施設の入居者、家族も参加し交流を図っています。

IV-2-(1)①「介護部マニュアル」を策定し、個別に合わせた介助を行っています。浴室にカーテンを設ける等、プライバシーに配慮しています。

IV-2-(1)②出張販売や買い物外出時に本人が希望した衣類を購入できるように配慮しています。

IV-2-(1)③出張美容やカットボランティアを利用し、本人の希望に応じています。希望があれば、地域の美容室に送迎を行う等の対応もできます。

IV-2-(2)①寝具はレンタルの物を使用していますが、本人の希望に応じた寝具を使用することも可能です。同室者への配慮として静養室を設けて就寝出来るようにしています。

IV-2-(2)②「介護部マニュアル」を策定し、生活支援実施書に個別の介護方法を記載しています。トイレの清掃を毎日行っているかの確認方法がありません。

IV-2-(2)③年1回健康診断を行い、「看護部マニュアル」を策定して、個人別に薬の内容について管理しています。歯科医師が週1回歯磨き指導を行っています。

IV-2-(3)①定期的に嗜好調査を行い、栄養マネジメントの会議を開催していますが、利用者は参加していません。

IV-2-(4)①余暇サークル等の活動のメニューを用意しています。個別の希望(制作やパソコン使用)に応じた場所や手段を提供しています。

IV-2-(5)①利用者預り金管理規定に基づき金銭管理を行い、自己管理が出来るような配慮をしています。学習プログラム等は用意していません。

IV-2-(5)②外出行事以外に、個別の希望があれば職員や外出ボランティアを調整して対応しています。利用者安全確保のための連絡先を記載した物は作成していません。

IV-2-(6)①本人の希望に合わせたレクリエーションを実施し、「入園者の会」からの意見を取り入れています。地域のイベント等への情報提供や参加はありません。