

[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	社会福祉法人南山城学園 障害者支援施設 和	施設 種別	生活介護・施設入所支援
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

2008年12月27日

総 評	<p>『利用者の尊厳を守り幸福を追求する』『地域のニーズにパイオニア精神で取り組み「共生・共助」の地域づくりに貢献する』『いつでも誰もが安心して利用できる福祉サービスを創造する』等、法人としての理念は、法人事業計画書や年報、ホームページ、パンフレット等、対外的には広報媒体に明記されているだけではなく、貴施設・職員一人ひとりの行動規範として周知・反映されている様子が事業計画書・施設内掲出・職員ヒアリング等からも伺うことができました。</p> <p>利用者に対する福祉サービスの質の向上に関する取り組みも積極的に行われている状況が、嗜好調査やガイドヘルパーを利用した外出支援等の活動事例からも見受けられます。利用者自身が地域で行われているイベントの企画会議に参加して意見を発信する等、地域社会と共に活動の場づくりを広げられていることは、法人理念に基づいた貴施設の具現的事例として高く評価できます。利用者の高齢化が進む中で、施設内においても書道教室やガーデニングなどの取り組みが行われ、利用者の豊かな生活につながっている様子もうかがえました。</p> <p>人事、人材育成、組織マネジメント、運営基盤整備、社会的ネットワークも法人全体としてのスケールメリットが有効に機能する中で、施設として新事業体制に円滑に移行し、運営体制が構築されている状況が伺えます。法人の理念どおり、まさに組織力のある多機能法人として京都府南部地域での福祉のパイオニア的役割、牽引役を果たされています。</p> <p>特に、人材育成に関する内部研修の体制と質の高さは特筆的であり、新人採用研修から5年目研修までの研修プログラムは貴法人ならではの有効な取り組みであるといえます。</p> <p>また、今回の第三者評価の取り組みに関しては、職員全体を巻き込んで有意義に進められた事を確認できました。評価結果の如何に関わらず、今回のように組織的に真摯に取り組まれた姿勢が、今後より一層福祉サービスの質の向上に反映されますことを期待しています。</p> <p>前述のとおり、法人全体としての組織基盤・組織力を大変強く感じる反面、貴施設としての存在、より洗練された専門性、独自性、発信性が逆に弱く感じます。これは、貴施設職員一人ひとりに向けられた専門性、個別性に対する期待や研修的視点、施設独自で必要となるマニュアルの不整備さ等からも見受けられます。法人としてではなく、施設・施設長自身が対外的ネットワークをより広げ紡いでいくということも施設としての輪郭を明確にしていくものと考えます。法人としてのスケールメリットを有効に活用しながらも、貴施設としての独自性を意識しながらバランスの取れた施設運営を推進ください。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2 計画の策定 中長期計画・事業計画は、法人・施設としての専門性、障害のある人の個別性を踏まえ、障害者自立支援法の施行に伴う新事業体系に基づき適切に策定されている。職員には事業計画書・事業報告（評価）書を配布、説明等で周知が図られている。</p> <p>II-3 安全管理 「危機管理委員会」を管理者・現場の職員で構成し、月1回の定期開催を必須としている。衛生面、感染症マニュアルは、専門職の意見も取り入れ随時見直しが図られている。 「事故報告書」の提出を義務化し、集約を行っている。事故要因の分析が危機管理委員会で行われ、情報の共有化と防止策の検討が行われている。必要に応じてマニュアルを整備し、所定の場所で保管、いつでも閲覧可能になっている。</p> <p>III-1-(2) 利用者満足の上 嗜好調査や外出支援の取り組み等で定期的に利用者面談を行い、意見・意向を尊重した支援がなされている。利用者ヒアリングでも、書道・生け花等充実した生活の様子を伺うことができた。</p> <p>III-1-(3) 利用者が意見を述べやすい環境を整備 苦情解決の仕組みは法人で整備されている。掲示物は、苦情解決担当者が顔写真で表示され、利用者に分かりやすく、誰に相談をすればよいのか一目で分かる工夫をされている点が評価できる。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制の確立 年間の研修計画を策定し、新規採用職員研修をはじめ5年目までの研修は法人内でも適切に行われている。専門技術・資格については職員に取得を促してはいるものの、資格取得の為の勤務上の希望は、勤務表作成段階で配慮している程度に留まっている。また、組織が職員に求める専門技術・資格までは明記されておらず、職員一人ひとりについて具体的な研修計画は策定されていない。研修を終了した職員の研修内容を発表する機会の提供も課題となる。</p> <p>III-1-(3) 利用者からの意見等に対する仕組み 苦情解決の仕組みは法人で整備されているが、利用者の意見等に対しては、そのつどケース担当者が対応し、寮日誌に書き込み法人内へメールで送るという対応になっている。意見や提案を受けた際の記録として受付、相談、対応結果、解決の公表を行うまでの流れをマニュアル等で整備されることが望まれる。</p> <p>III-2-(3) 利用者の記録に関する管理体制の確立 利用者に関する記録の管理については規程が定められ、情報開示についても重要事項説明書で明示されているが、情報開示規程・廃棄等に関する運用規程が整備されていない。5年、10年と期限を設け、いつ・だれが・どのような文書を破棄したのか等一目で分かる書面の整備が必要である。</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]

【共通評価基準】

評価結果対比シート

受診施設名	社会福祉法人南山城学園 障害者支援施設 和
施設種別	生活介護・施設入所支援
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク 一期一会
訪問調査日	2008年11月26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 理念や基本方針が職員に周知されている。	A	A
		② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	C	B
I-2 計画の策定	I-2-1(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期計画が策定されている。	A	A
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	A	A
	I-2-1(2) 計画が適切に策定されている。	① 計画の策定が組織的に行われている。	B	B
		② 計画が職員や利用者等に周知されている。	B	A
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(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。	C	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。	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指導力を発揮している。	C	B
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	B	A

【自由記述欄】

I-1-1(1)	法人の理念および理念に基づいた基本方針は、事業計画・年報・ホームページ・パンフレット等対外的な広報物に記載されていることを確認した。
I-1-1(2)	理念や基本方針の周知に関しては、法人研修・施設会議等で発表、全スタッフに書面にて周知が図られている。また、施設内に職員の行動規範・禁止事項が明記・掲出されている。利用者への周知に関しては、自己評価はCであるが、基本方針・事業計画・施設目標について施設広報誌「なごみだより」に掲載して広報している他、第3日曜日に行われている保護者会でも説明がなされていることが一定確認できた。さらに利用者への周知の工夫や配慮が望まれる。
I-2	中長期計画・事業計画は、法人・施設としての専門性、障害のある人の個性を踏まえ、障害者自立支援法の施行に伴う新事業体系に基づき適切に策定されている。職員には事業計画書・事業報告（評価）書を配布、説明等で周知が図られている。法人理念等と同様で、利用者に対する周知の工夫や配慮が望まれる。
I-3-1(1)	管理者への提出・報告実務等管理体制の業務資料を配布し、説明している。マニュアル等を整備し、管理者への連絡体制を明確化・指示系統の明確化が図られている。さらに、管理者自らの役割と責任を法人・施設広報誌に表明するなどのアプローチが求められる。
I-3-1(2)	施設長就任期間がまだ1年未満と短いことから、「管理者としてのリーダーシップ」という視点において少し低めに自己評価がなされているが、意欲的に質の向上に向けた取り組みに着手し、経営や業務の効率化・改善に向けた取り組みに関しても法人本部の各担当者と協働し情報の把握に努める等、積極的に指導力が発揮されている。

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。	A	A
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	A	A
		③ 外部監査が実施されている。	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ている。	A	A
		② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C	※C
	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。	A	A
		② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	A	A
	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。	B	B
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	B	B
	II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	C	A
② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		C	A	
II-3 安全管理	II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A	A
		② 利用者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。	A	A
II-4 地域との交流と連携	II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	A	A
		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	B	A
		③ ボランティア受け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	A
	II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	B	A
		② 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り組みを行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。	B	A
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		A	A	

【自由記述欄】

II-2-(1)②	人事考課は行われていないので、※Cと表記しているが、非該当が適切である。
II-2-(3)	年間の研修計画を策定し、新規採用職員研修をはじめ5年目までの研修は法人内でも適切におこなわれている。専門技術・資格については職員に取得を促してはいるものの、資格取得の為に勤務上の希望は、勤務表作成段階で配慮している程度に留まっている。また、組織が職員に求める専門技術・資格までは明記されておらず、職員一人ひとりについて具体的な研修計画は策定されていない。研修を終了した職員の研修内容を発表する機会の提供も課題となる。
II-2-(4)	実習生の受け入れ体制および取り組みについて、施設としての自己評価はCとされているが、マニュアルの整備・取り組み等に関しては法人として一括して行われている。
II-3-(1)	「危機管理委員会」を管理者・現場の職員で構成し、月1回の定期開催を必須としている。衛生面、感染症マニュアルは、専門職の意見も取り入れ随時見直しが行われている。 「事故報告書」の提出を義務化し、集約を行っている。事故要因の分析が危機管理委員会で行われ、情報の共有化と防止策の検討が行われている。必要に応じてマニュアルを整備し、所定の場所で保管、いつでも閲覧可能になっている。

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 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者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。	A	A	
		② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	C	B	
	Ⅲ-1-1(2) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上に意図した仕組みを整備している。	C	A	
		② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	C	A	
	Ⅲ-1-1(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 利用者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。	A	A	
		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	C	B	
	Ⅲ-2 サービスの質の確保	Ⅲ-2-1(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。	① サービス内容について定期的に評価を行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ている。	C	C
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			B	C	
Ⅲ-2-1(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	A	A	
		② 標準的な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	A	
Ⅲ-2-1(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	A	A	
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	B	B	
		③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	B	A	
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		Ⅲ-3-1(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	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 サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。		A	A	
	Ⅲ-3-1(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	B	B	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-1(1) 利用者のアセスメントが行われている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	B	A	
		② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	A	A	
	Ⅲ-4-1(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	B	A	
		② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	B	A	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1(1)	プライバシーの保護について、規程・マニュアル整備等の確認ができた。食堂など利用者が集う共有スペースには職員の行動規範が分かりやすく掲示され、日々の利用者支援の中でも職員の利用者尊重の実践が見受けられた。施設側としては、十分に職員に周知できていないことを現状の課題として捉えている。
Ⅲ-1-1(2)	嗜好調査や外出支援の取り組み等で定期的に利用者面談を行い、意見・意向を尊重した支援がなされている。利用者ヒアリングでも、書道・生け花等充実した生活の様子を伺うことができた。
Ⅲ-1-1(3)	苦情解決の仕組みは法人で整備されている。掲示物は、苦情解決担当者が顔写真で表示さ、利用者に分かりやすく、誰に相談をすればよいのか一目で分かる工夫をされている点が評価できる。しかし、利用者の意見等に対しては、その都度ケース担当者が対応し、寮日誌に書き込み法人内へメールで送るといった対応になっている。意見や提案を受けた際の記録として受付、相談、対応結果、解決の公表を行うまでの流れをマニュアル等で整備されることが望まれる。
Ⅲ-2-1(1)	質の向上に向けた取り組みについて、今回、初めての第三者評価の受診であり、組織として取り組むべき課題がまだ明確になっていない。今回の評価を踏まえて、改善策や改善計画を策定する仕組みを整えていただきたい。
Ⅲ-2-1(3)	利用者に関する記録の管理については規程が定められ、情報開示についても重要事項説明書で明示されているが、情報開示・廃棄等に関する運用規程が整備されていない。5年、10年と期限を設け、いつ・だれが・どのような文書を破棄したのか等、一目で分かる書面の整備が必要である。
Ⅲ-4	サービス実施計画の策定では、利用者のアセスメントについて利用者が高齢のため著しい変化があまりなく、見直しの時期を2年とされているが、具体的な課題やニーズは日々変化するものであり、必要性に応じてより定期的な見直しが求められる。個別支援計画の策定は、サービス管理責任者を設置し、年2回の評価会議を開き適正に策定されている。今年度より、利用者ご本人の同意を得られる取り組みを始められたことは評価できる。