

[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	福知山学園第二翠光園	施設種別	入所施設支援・生活介護事業・短期入所事業
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」		

2013年5月9日

総評

社会福祉法人福知山学園は、1959(昭和34)に法人を設立し、児童福祉施設としてスタート以降、福知山市域にとどまらず、京都市及び近隣市における知的障害児・者を受け入れる総合福祉施設として、さまざまな福祉ニーズに応える事業を展開されてきました。経営理念として、～いのちいきいき。福知山学園～『ご利用者の皆さんが、笑顔で生き生きと喜びのある日々を過ごして頂くことが私たちの喜びです』を掲げ、わくわく支援計画(個別支援計画)に基づいたオンリーワン支援を基本方針と位置づけ、利用者一人ひとりの状態に合わせたきめ細やかな生活のための支援に日々取り組まれています。

福知山学園第二翠光園は、平成21年までに当初100名だった施設定員を段階的80名に変更し、それに伴い関連事業所として福知山市内で4ヶ所のケアホームや多機能事業所「JUMP」の運営を開始されています。現在ケアホームでは約30名の方が生活しており、日中は「JUMP」で就労に向けた訓練や充実した余暇活動に取り組みながら地域で働き暮らしておられます。また、第二翠光園は、自閉症及び強度行動障害、最重度の知的障害や身体障害のある方を受け入れられる施設としての期待も大きく、特徴のある生活施設としての事業運営がなされています。

日常の支援においては、サービスの一定の水準を確保するための基準やマニュアル等は適切に整備されています。その一方で、利用者の人数が80名と多く、それに伴い職員の配置人数も多いことから、職員集団が組織として一体的に取り組む場が確保にくく、情報共有が目的の個別のケース会議設定も不十分であるなど、組織としての課題も見受けられました。

利用者・家族との関係は良好で、園遊会～風薫る五月の集い～を通じて、理念に基づいた年間事業計画や利用者に対する活動支援計画の説明がされています。また、支援担当者が毎月、手書きの手紙「わだち」をご家庭に送付し、利用者の成長や日々の様子を伝える事で相互理解を深めています。

今後も重い行動障害のある利用者の対応、最重度の知的障害や身体障害者の受け入れが期待される生活施設としての特徴を活かし、継続した取り組みに期待します。

	<p>I－1 理念・基本方針 法人理念・基本方針は、副主任以上が加わった法人会議で課題が話し合われ、「望ましい法人の姿」「望ましい支援・サービスの方向性」が集約されたものになっています。「行動信条」とともに主要な箇所に掲示がされていました。</p> <p>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。 リスクマネジメント指針に基づき、リスクマネジメント委員会・部会を設置し、生活・活動場面全体に係る安全管理に努めています。委員会・部会が連携する中で、法人全体での情報共有が密になされていました。</p> <p>III－1－(1)サービス提供の開始が適切に行なわれている。 福祉サービスの内容を紹介した資料を職員が病院やレストラン、企業等に出向いて説明し、設置していました。利用希望者には、短期入所を積極的に体験する事で支援内容を「実感」「納得」してもらえるようにし、今後の施設利用につなげていました。</p> <p>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。 職員行動指針を定め、利用者的人権・プライバシー保護へ配慮されています。視覚化・構造化によるコミュニケーション手法を工夫して導入しています。家族等から聞き取るアセスメントを重視し、本人の意思を正しく理解するための工夫をしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点 (※)</p>	<p>II－5－(1)地域との関係が適切に確保されている。 ボランティアに対して、個人情報の取り扱いについての説明はできていますが、事業所として求める活動内容や注意点などを具体的に明示する事はできませんでした。</p> <p>III－2－(4)サービス実施の記録が適切に行なわれている。 障害のある本人に関するサービスの実施状況の記録が、職員によって具体的な記録内容（個別支援計画に沿ったものになっているか、どのようなサービスが提供されたのか 等）に差がありました。サービス担当者会議、個別ケース会議の設定が不十分でした。</p> <p>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。 苦情解決の仕組みは説明し、受付担当者等を表示した掲示物も掲示されていますが、本人・家族への十分な周知がはかられていません。また、ご意見・要望対応マニュアルの定期的な見直しがされていませんでした。</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	福知山学園第二翠光園
施設種別	施設入所支援・生活介護事業・短期入所事業
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	2013年3月8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	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。		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。		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	A
		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。		A	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。		A	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-(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)	<p>①「いのちいきいき福知山学園」ご利用者の皆さんのが笑顔で生き生きと喜びのある日々を過ごしていただくことが私たちの喜びですという法人理念を策定している。</p> <p>②「オンライン支援」「福知山学園ファン」「活力あるチーム」という3つの基本方針を掲げている。法人理念と基本方針はともに、広報誌やホームページ等に掲載されており、事業所内の主なエリアに掲示している。</p>
I-1-(2)	<p>①事業所内の主要な箇所に法人理念、基本方針、行動信条を掲示している。首にかける携帯用の名札入れの裏面に法人理念、基本方針を印刷したもの入れ、常に確認できるようにしている。</p> <p>②家族に対しては、年度事業計画説明会で理念や基本方針を伝えている。利用者周知については不十分である。</p>
I-2-(1)	<p>①平成24年度経営計画書、第二翠光園事業計画書に中長期の計画が具体的な数値目標を含めて記載されている。法人では、長期計画「NEXT50」が策定され、法人の方針と事業所の事業計画は整合性がとられたものとなっている。</p> <p>②事業計画は、半期ごとに見直しを実施し、月例法人財務会議において具体的な進捗状況を確認している。会議録には「問題整理」とし記載され、次年度の計画策定につなげている。</p> <p>③事業計画は年度初めの職員会議で全職員に配布し、説明を行っている。重点目標を数値化することによりそれぞれの目標が職員に意識化されやすいものになっている。</p> <p>④利用者・家族へは、家族交流会(園遊会)を通じて周知している。交流会資料では、基本方針の実践方法や食堂改修など利用者目線での報告がなされている。</p>
	<p>①業務構成表に管理者の役割と責任が記載されている。</p> <p>②法人財務会議事録にて、把握すべき法令について議論がされていることを確認した。法律のコピーも添付するなど、積極的な法令理解に取り組んでいる。</p>
	<p>①目標管理制度に基づいた年2回の職員ヒアリングに管理者が同席し、基本方針についての取り組み内容や、個人の資質向上について助言・アドバイスを行っている。</p>
	<p>②財務会議を通じて事業体制や経営状況について、各事業における稼動状況の点検、職員配置状況の確認と対応、事業収支状況のチェック等もを行い、各事業の達成度や効果・状況等の把握に努めている。</p>

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	B
		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。	A	A
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 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	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	B	B
		②	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
		③	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	A
	II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	①	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。	A	A
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	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。	A	B
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	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
		②	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。	A	A
		③	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なっている。	A	A
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。 II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	①	障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	A	A
		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	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
		①	家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A
		②	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。	A	A

【自由記述欄】

II-1-(1)	<p>①法人一体的な取り組みとして、事業所を取り巻く環境の変化や地域のニーズ等の把握に努めている。アンケート調査を実施し、結果を検証する場がある。法人中期実行計画トータル改革プランに反映されている。</p> <p>②月例財務会議を中心に経営状況の分析・把握に努めている。財務管理・人事管理として税理士など外部コンサルタントの参画を得て、月次、半期、年度ごとの分析を行う中で経営改善に結びついている。</p>
II-2-(1)	<p>①法人本部が一括して人員確保を担当している。職員採用及び補充人員確認表を毎月作成し、法人本部と相談し人員確保を行なっているが採用時に求める人物像などが明確にされていない。</p>
II-2-(2)	<p>①シフト作成を行うフロア副主任が各職員の有給休暇取得率を管理し、可能な限り計画的かつ公平に取得できるようにしている。年2回のヒアリングにおいて個人の意向を確認している。</p> <p>②年2回のヒアリングやその都度相談体制が確立されている。産業医登録の嘱託病院との協力体制も備わっている。外部カウンセラーについての周知が不十分である。</p>
II-2-(3)	<p>①法人ビジョン、法人理念、行動信条の中で職員として保有すべき資質・姿勢を示し、事業計画の中でも職員教育の基本姿勢を提示している。</p> <p>②目標管理制度を導入し、施設内研修や外部研修の機会を計画している。研修委員会による年間研修計画を中心に個別の研修体系を備えている。</p> <p>③事業計画の進捗状況では、職員全体の取り組み状況を確認している。事業所の部会で月1回の伝達研修を実施している。外部研修の報告は、具体的に事業所で取り組むべき課題が記載されたものになっている。</p>
II-2-(4)	<p>①実習生受け入れマニュアル・実習要領が策定されている。保育実習等を受け入れているが、実習担当者に対する研修体制が整備されていない。</p>
II-3-(1)	<p>①個人情報保護規程を設けている。重要事項説明書に個人情報保護に関する記載があり、利用者・家族の同意を得ている。実習生に対しても説明し、指導を行なっている。</p>
II-4-(1)	<p>①リスクマネジメント指針に基づき、リスクマネジメント委員会・部会を設置し、生活・活動場面全般に係る安全管理に努めている。フローチャートを用いて対応方法を周知している。リスクマネジメント委員会・部会が連動する事で法人全体での情報共有が密になされている。</p> <p>②地域と合同で避難訓練を実施する際には、事業所からも参加し、地域へ事業所の情報を周知している。福知山市とのホットラインを整備することで災害時には地元消防団の協力も得られる体制を整えている。</p> <p>③カード式のひやり・ハットシートを使用し、事例の収集をおこなっている。事故発生の場合は、要因分析(SHEL分析)を行い法人内事業所が横断的に要因・背景を共有し、再発防止に努めている。</p>

II-5-(1)	<p>①地元小学校の運動会には職員が実行委員として参加し、利用者の意見を踏まえて参加しやすい種目の提案をしている。事業所行事にはボランティアを積極的に活用し、相互理解の機会となっている。</p> <p>②法人内の相談支援事業所と連携し、地域住民に必要な情報を提供している。重度の自閉症利用者が多いという特性から京都府内関係機関で組織された「強度行動障害をめぐる研究会」に加わり、自閉症の方への理解と対応が深まるように取り組んでいる。</p> <p>③ボランティアに対して個人情報の取り扱いについて説明はできているが、事業所として求める活動内容や注意点などを具体的に明示する事はできていない。</p>
II-5-(2)	<p>①精神科病院など地域の社会資源を利用者・家族に伝えている。関係機関とは、広報誌の設置情報等を通じて連携を取っている。</p> <p>②利用者家族とは、施設だよりの送付のみならず毎月支援担当者からの便り「わだち」を送付し、相互理解に努めている。また、定期的な家族会で交流を図っている。</p>

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	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。 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	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。	A	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) 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。	A	A	A	
	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	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	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	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。	A	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。	A	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。 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。	B	A	B	
	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	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。	B	B	B	
		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	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。 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。	B	B	A
		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。 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	B

[自由記述欄]

III-1-(1)	① 福祉サービスの内容を紹介した資料を病院やレストラン、企業等に出向いて設置している。短期入所利用を体験的に利用する事で、双方の共通認識・目的を共有し、以後の施設利用につなげている。 ② 施設利用希望に際しては、事前見学の受け入れや短期入所を積極的に体験することで、支援内容を「実感」「納得」してもらえるようにしている。
III-1-(2)	① 法人内事業所サービスへの変更等の場合には、事業所間の連携、個別支援目標に関する情報の共有につとめている。地域移行サービス変更時は、体験利用の機会を設定するなど、生活の継続性に配慮している。
III-2-(1)	① 所定の手順に沿い計画的にアセスメントを行っている。可能な限り、家族との個別面談の機会を工夫し意見の聞き取りをしている。
III-2-(2)	① フロア別の話し合いの機会はあるが、個別支援計画作成のための「検討会議」の設定がおこなわれていない。
III-2-(3)	① 個別支援計画の作成、その計画を元にモニタリングを年2回実施している。
III-2-(4)	① 個別記録はフロア別・日中活動グループ別に分けてそれぞれの対応職員で記録しているが、職員によって文書構成や具体的な表現に差がある。 ② 個人記録の開示に関しては、個人情報保護規程に基づき行われている。 ③ 利用者サマリーは年2回更新を基本とし、職員間でパソコンネットワークを利用して共有している。サービス担当者会議、個別ケース会議の設定が不十分である。
	① 家族交流会を実施し、個別面談にて本人のニーズを確認する機会を設けている。利用者自治会が開かれ、生活の楽しみ、外出希望、昼食の選択メニューについての希望も取り入れる仕組みがある。
	② 障害のある本人から聞き取りをしてアセスメント、個別支援計画、モニタリング、再アセスメントの流れはできているが、重度の障害のある利用者が多く、職員が利用者の視点に立ってニーズのくみ取りを行う仕組みが不十分である。

III-3-(2)	①相談室は設置されているが、十分活用がされていない。
	②苦情解決の仕組みは説明し、受付担当者等の掲示物を掲示している。受け付け箱も事務所前に設置しているが、本人・家族に十分な周知がはかられていない。
	③ご意見・要望対応マニュアルの定期的な見直しがなされていない。
III-4-(1)	①一定の水準を確保する基準・マニュアルは整備しているが、個別支援計画や個別の課題に対しての「基準」とはなり得ていない。
	②マニュアル等の見直しにあたり、障害のある本人や家族等からの意見や提案が反映される仕組みが策定されていない。
III-4-(2)	①他の事業所の評価基準を用いて自己評価を行っている。
	②職員の参画により評価は行っているが、改善に向けた取り組みが十分でない。

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)	A	A
		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	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。	B	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。	A	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。	A	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	A
	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	B
	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。	A	A
		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。	B	B

【自由記述欄】

IV-1-(1)	①職員行動指針を定め、利用者的人権・プライバシー保護への配慮を明示している。居室は、4人部屋を2人部屋にする等、現状の中で考えられる範囲で個室化に向けた取り組みを行っている。
	②視覚化・構造化によるコミュニケーション手法を工夫して導入している。家族等から聞き取るアセスメントを重視し、本人の意思を正しく理解するための工夫をしている。
	③障害の重い利用者が多い中でも自治会活動を模索し実施している。家族会が法人全体で組織されている。
IV-2-(1)	①より快適で安全な入浴環境づくりとして浴室等の改修を実施している。本人の希望により、夏場は本人の状況に合わせてシャワーや入浴回数を増やしている。
	②衣服の選択について家族の方からの意見も参考にして対応している。
	③利用者の個別的な外出の機会のひとつとして地域の理美容店で散髪を行い、利用者と地域との交流を促進している。
IV-2-(2)	①利用者の特性を考慮し、こだわりや行動障害等の見られる利用者については、基本的には個室対応を行っている。不眠者の対応は、個別支援マニュアルに沿って対応している。
	②日に数回のトイレ清掃を行い、清潔維持に努めている。
	③日々の健康記録、通院の記録、保健日誌にて、健康管理についてはきめ細かな健康観察を心がけ、各職員で健康状態の共有に努めている。
IV-2-(3)	①給食委員会、給食部会により、利用者への食事提供の現状と課題を確認し改善につなげている。
IV-2-(4)	①本人の障害特性や興味・希望を考慮してグループ編成し日中活動を提供しているが、よりその人らしさが發揮できる活動にはなりえていない。
IV-2-(5)	①利用者の小遣い管理は規定に基づき、適切に管理している。個別支援計画により、コンビニなどの買い物の取り組みが行われている。
	②外出届をルール化している。個別支援計画により個別外出の機会設定を少しづつ増やす努力をしている。
IV-2-(6)	①土日を中心に個々の利用者に合わせた活動をプログラム化し行っているが、利用者は少数であり全体のものとなり得ていない。