

[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	京都市桂川療護園	施設種別	障害者総合支援法による事業所事業所〔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」		

2015年2月13日

総 評	<p>京都桂川園は、障害者・高齢者の総合福祉施設として1999年に開設され、利用される方々の主体性を尊重する支援をめざし、「地域住民のひとりとして地域と共に暮らせる施設づくり」に取り組んでこられています。</p> <p>3階建てである京都桂川園の1階は「絆とふれあいのフロア」として老人デイサービスセンター・障害者デイサービスセンターが開設されるとともに、正面玄関には総合相談窓口として地域包括支援センター・居宅介護支援事業所があります。また、正面玄関のホールには、障害のある方の就労の場として、喫茶コーナー「たまかふえ」が設けられ、毎月1回、地域に向け開放されています。2階は「ぬくもりのフロア」として特別養護老人ホームが開設されています。</p> <p>桂川療護園は3階にあり、「生きがいのフロア」として、主に重度の身体障害を持ち、家庭での介護が困難な方が入居されています。施設環境は、車いす利用の方の移動にも配慮した広々とした廊下と木のぬくもりのある明るい生活空間となっています。利用される皆さん一人一人の介護の状態や自分でできることも違いますが、サークル活動や地域の方々との交流など様々な楽しい時間を通して充実した生活を送ってられます。</p> <p>施設の近隣は、学校や住宅地という立地環境に恵まれ地域交流も盛んで、ボランティアコーディネーターを設置し、ボランティアの受け入れが随時行われています。洗濯たたみや裁縫、食事介助、園芸、小学校キッズボランティア等の活動の多くは地域住民で組織され、活発に行われています。地域住民が自由に出入りすることにより風通しの良い地域と事業所の相互交流が自然と図られています。また、障害のある利用者本人による、支援学校の児童に対する放課後支援のボランティア活動(ニコニコクラブ)も継続して行われていました。</p> <p>第三者評価は、今年度が3回目の受診になり、その都度、課題の改善に向けて努めておられますが、前回受診時の課題のひとつであった利用者ニーズの充足を目指す取り組みについて、家族からの意見聴取は行われていますが、障害のある本人の自治会が組織化されたばかりで具体的な活動に至っていませんでした。利用者ニーズの把握に関して自治会が果たす役割は大きく、貴施設の利用者が生き生きと活躍される自治会活動の取り組みに期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>Ⅱ-2-(1)人事管理の体制が整備されている。</b> 職員ヒアリングを実施し、一人ひとりのキャリアビジョンを明らかにし、人材育成に反映させています。キャリアパス制度を導入して職務、責務の指標が明確にされています。</p> <p><b>Ⅲ-2-(4)サービス実施の記録が適切に行われている。</b> 記録文書の保管、保存、廃棄について規定に定めて適切に処理をしています。記録の情報開示に関して、重要事項説明書に記載し、利用契約時に障害を持つ本人及び家族に説明し同意を得ています。</p> <p><b>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。</b> 各業務に基本的なマニュアルが整備され、提供するサービスについて一定の水準を確保する手順が定められています。新採職員に対する指導体制も充実しており、職員間の支援の差をなくす工夫がなされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>I-1-(2)②理念、基本方針が周知されている。</b> 理念や基本方針の周知について、カラー写真を取り入れたり文字を大きくする等、より理解しやすいための工夫はできていますが、障害の重い利用者への周知が課題です。</p> <p><b>Ⅲ-3-(1)障害のある本人ニーズの充足に努めている。</b> 満足度調査を実施し、支援の改善に向けた取り組みを行っていますが、満足度調査の評価結果を分析、検討する場が職員のみで行われており、障害のある本人の参画が課題です。</p> <p><b>Ⅳ-2-(5)②日常生活への支援</b> 事業所の外での活動や行動に伴う安全確保や不測の事態に備えて、連絡先を明示したカード等の作成ができていません。より安心な個別の外出支援として整備されてはいかがでしょうか。</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	京都市桂川療護園
施設種別	障害者総合支援法による事業所 [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	2014年12月15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。	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。	A	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。	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。	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(1)	①法人の理念が広報誌、ホームページ等に記載されており、それらの内容は、利用者の主体性を尊重し目指す方向等を明示している。 ②法人理念、桂川園の理念に基づく基本方針が、事業計画、広報誌、パンフレット等に記載されている。
I-1-1(2)	①毎年の会議において、周知・確認を行っている。議事録に残し職員閲覧がいつでも可能である。 ②本人、家族、来園者に見やすい場所に掲示している。障害の重い方に適した方法で周知ができていないと認識している。
I-2-1(1)	①中長期計画プロジェクト委員会が発足し、中長期計画の見直し、職員全体の総意が計画に反映されるように行われている。 ②全職員が参加するスタッフ会議で年度中間評価、年度末評価を行い、評価をもとに次年度計画を策定している。 ③事業計画は前年度末の職員会議で説明・配布し、スタッフルーム内でもファイルがいつでも閲覧できる。 ④家族に配布するとともに報告をしているが、報告や本人への周知が不十分であると認識している。
I-3-1(1)	①広報誌、ホームページ等にコメントを掲載している。 ②京都府の集団指導や京都市身体障害者施設協議会等に出席し、法令や経営について学習、情報交換を行っている。スタッフ会議でフィードバック学習会を行っている。
I-3-1(2)	①リーダー会議を設置し、サービスの問題点を分析検討しスタッフ会議で効率的に意見交換、合意ができる仕組みづくりがある。 ②人事経営会議より提案された課題に対し、桂川園管理職全員の総意の上、改善を行う仕組みがある。

## 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。	A	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。	A	A
		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。	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。	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。	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	
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。	A	A	
		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 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。	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。	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。	A	A
	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。	A	A

【自由記述欄】				
II-1-(1)	①社会福祉事業の動向、地域住民の声による地域のニーズ等の情報は、部課長会議で検討され日々の連絡会で報告されている。 ②人事経営会議が毎月開催され、事業運営・経営状況・課題が検討され、部課長会議で報告、検討が行われている。節約等、コストの意識化を職員に周知している。			
II-2-(1)	①職員ヒアリングを実施し、一人ひとりのキャリアビジョンを明らかにして、人材育成に反映させている。キャリアパス制度を導入して職務、責務の指標が明確にされている。			
II-2-(2)	①有給休暇を毎月1日入れることをルール化し勤務調整を行っている。施設長、管理職による職員個別ヒアリングを実施し、職員が相談しやすい仕組みがある。 ②安全衛生委員会を設置している。希望者には、外部産業カウンセラーの紹介を行っている。			
II-2-(3)	①キャリアパス制度を導入している。組織として職員に求める基本姿勢や意識、専門資格を事業計画の中で明示している。 ②新人育成には、プリセプター制度を導入している。職員ごとの年間研修受講計画書がある。 ③研修報告書を作成し、回覧をしている。スタッフ会議でフィードバック学習会の場を設けている。			
II-2-(4)	①実習指導担当者が定められ、受け入れ指導マニュアルに沿った指導が行われている。			
II-3-(1)	①重要事項説明書に個人情報の利用目的を明示し、利用について了解を得ている。			
II-4-(1)	①緊急時対応の研修を行っているが、災害や事故にあった時の連絡方法や支援体制が策定できていない。安全確保に関する部署があり委員会を定期的に開催しているが、利用者の参画ができていない。 ②備蓄品(食料品・毛布・水)があり、定期的に点検している。外出マニュアルが作成されている。 ③リスクマネジメント委員会が毎月開催され、事故・ひやりはつと報告の検証、対策の分析が行われている。AEDを設置し職員に研修会を行っている。			
II-5-(1)	①地域住民で組織化された洗濯たみや裁縫、園芸、小学校ギブズボランティア等の活動が盛んに行われている。障害のある本人が参画する支援学校の児童に対し放課後支援のボランティア活動を行っている。 ②社会福祉協議会、地域の小学校と共催し小学生のボランティア体験の受け入れを行っている。地域ふれあい祭りで車いす体験コーナーを実施し、福祉理解への取り組みに努めている。 ③受け入れ窓口ボランティアコーディネーターを設置している。ボランティアマニュアルが定められ受け入れについての体制が整備されている。			
II-5-(2)	①有料ボランティア、車いす対応施設、宿泊施設等の情報リストが作成され、障害のある本人が自由に閲覧できる。関係機関・団体との会議に参加し定期的な情報交換を行い日頃の支援の継続に努めている。 ②夏祭り・ふれあいまつり・家族懇談会に家族を招いて、日頃の様子を知る機会を設けている。			

### 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 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	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。	A	A
	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。	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。	A	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。		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	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。	B	B
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見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。	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。	A	A
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。	A	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	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。	A	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。	A	A

#### 【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)	① 広報誌等は写真を多用し文字の大きさや文字数を工夫し、誰にでも読みやすいように編集している。玄関にも設置し来園者が自由に手に取ることができる。 ② 障害のある本人及び家族に契約書、重要事項説明書を使用しサービス内容について書面と口頭で丁寧に説明を行い、その内容に同意を得ている。
Ⅲ-1-(2)	① 地域生活の移行希望者には、家族や支援関係機関と連携しケースカンファレンスや外泊体験を実施している。アセスメントをもとに引き継ぎ文書を作成している。
Ⅲ-2-(1)	① 共通のアセスメントシートが定められており、複数の職員により定期的にアセスメントが行われている。看護師から意見聴取を行い医療的支援のニーズの把握に努めている。
Ⅲ-2-(2)	① ケア会議で計画原案をもとに障害をもつ本人、家族やサービス管理責任者、担当職員が参加し、本人の意向を把握した計画書を作成している。
Ⅲ-2-(3)	① 月に1回以上、経過記録にケアプランにかかるモニタリングを実施している。
Ⅲ-2-(4)	① 記録内容や書き方に差異が生じないように、教育担当係が経過記録の記入の指導にあたっている。 ② 障害のある本人の記録の保管、保存、廃棄については運営規定に則り適切に処理している。 ③ 障害のある本人の支援に関する周知事項や変更事項はホワイトボードを活用し、全職員が容易に周知できる仕組みがある。
Ⅲ-3-(1)	① 年度末に家族懇談会を実施し、家族からの意見聴取を行っているが障害のある本人の会等の組織化が行われていない。 ② 満足度調査の分析・検討会は、職員のみで行われているが、障害のある本人の参画がされていない。
Ⅲ-3-(2)	① 匿名での満足度調査やプライバシーが保護される相談室を用意し、相談、意見、苦情が述べやすい工夫をしている。 ② 苦情解決方法等はあるが、結果を公表する仕組みができていない。 ③ 意見や提案で改善された事案については、申し送りで情報共有を行う仕組みがありマニュアル化されている。
Ⅲ-4-(1)	① ホワイトボードを活用し、支援の変更点等を確認する仕組みがある。新採職員に対して、ベテラン職員が指導し支援の質を保つ仕組みがある。 ② 1年に1回、業務マニュアルの見直し、整備が行われている。
Ⅲ-4-(2)	① 1年に1回自己評価を行い、3年に一度、第三者評価を受診している。 ② 前回の第三者評価を職員全体で共有し事業計画に反映している。

#### 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。	B	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	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。	A	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	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常生活を送ることへの支援の取り組みを行っている。	B	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。	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。	A	A	

#### 【自由記述欄】

IV-1-(1)	①プライバシー保護に関するマニュアルが定められている。年に一度、希望を聞いて居室替えがある。 ②トーキングエイド、文字盤、パソコン等をコミュニケーションツールとして、活用している。 ③家族懇談会を開催し家族との意見交換を行っているが、障害のある本人の会等の組織化ができていない。
IV-2-(1)	①入浴マニュアルが定められている。個別支援計画に本人の希望、支援方法の内容が記載されている。ミュージック風呂、ゆず風呂、しょうぶ湯等、楽しく入浴ができる工夫がある。 ②衣類の選択について、利用者の希望を確認するため、チラシ・カタログ・新聞広告等で情報提供し相談に応じている。 ③ビューティーヘルパーが定期的に来所し、理容は、利用者の希望に応じて実施している。また、地域の理髪店、美容院の利用を希望する際は、職員が送迎・同行を行っている。
IV-2-(2)	①快適な睡眠のため、本人の希望、身体状況に応じた適切な寝具を使用している。個別マニュアルに沿った体位交換、排泄介助等を行っている。 ②排泄介助マニュアルに沿って個別の対応がなされている。排泄チェック表によって排泄の状況を確認できる仕組みがある。 ③急変時の対応マニュアルが整備されている。緊急時は同法人の病院と連絡が取れる体制があり速やかに対応できる仕組みがある。
IV-2-(3)	①昼食は2種類のメニューから希望選択できる。
IV-2-(4)	①年度当初に利用者の意見を聞いている。フラワーアレンジメント、七宝焼き、美術サークルなど複数の活動があり、利用者が選択できるようになっている。
IV-2-(5)	①障害のある本人がパソコンを管理している。 ②外出マニュアルが整備され、本人の希望に沿った外出ができています。安全確保や不測の事態に備えて、連絡先を明示した一人一人のカードを携帯できていない。
IV-2-(6)	①季節行事は、企画段階から障害のある本人が参画し意見が反映されている。