

[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	社会福祉法人向陵会 乙訓ひまわり園デイセンター	施設 種別	指定生活介護
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」		

2009年2月12日

総 評	<p>乙訓ひまわり園デイセンターは、障害者自立支援法による生活介護事業所であり、地域において重い障害のある人たちが利用できる日中活動支援の拠点として平成12年11月に開設されました。</p> <p>ワークセンター、地域生活支援センターと連携して、乙訓地域における障害者総合支援センターとしての役割を担うことを目指して、広範囲にわたる福祉サービスを提供しておられます。</p> <p>法人理念である「共生」というノーマライゼーションの理念が事業運営に浸透し、デイセンターでは「一人一人が活動の中で主人公に」という目標を掲げて、障害の種別や程度に関わらず、日中活動を通じて自己実現を保障しようとする姿勢があり、また、医療的ケアが必要な利用者にも対応されています。</p> <p>通所者の重度化に対応し、医療面での支援の充実を図るため平成17年に健康支援室を開設、現在は看護師3名が常駐して医療的ケアや個々にあった訓練ができる運営体系を整備されています。このことは、どんなに障害が重くとも「一人一人の個性を尊重し、思いや希望を受けとめ、実現に向け支援を行います」という実践方針にかなう取り組みとして、高く評価できます。</p> <p>通所者の重度化、多様な障害特性、という課題の中で、一人ひとりに焦点をあてた個人支援プログラムが策定されています。職員のひたむきな姿勢や丁寧な関わりからも、利用者本位の個別な支援の実践が伺えました。</p> <p>職員の育成に関しては、内部研修を積極的に行い新しい知識や技術の導入に努めておられます。また、人事考課制度を導入し、職員の意欲向上・公正な職員処遇に努めておられることは特筆すべき点です。職員にとっては、業務改善のためのチェックシートが自分の業務を客観的に振り返ることができる明確な目標設定を定める機会となっています。そのことは業務に対する意欲の喚起となり、サービスの質の向上に繋がっています。</p> <p>法人の組織と機構のなかで各種委員会が設置されているので、将来の事業拡大に向けて課題の整理を行い、テーマ別、年次別の中・長期計画の整備が急がれます。</p> <p>今後も引き続き、障害のある人たちが地域で安心して生活できるよう、開かれた相談機関・専門機関としての役割を大切にし、地域の障害者福祉の拠点としてさらに専門性を発揮されますよう期待しています。</p>
--------	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅱ－２－(1)② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている 人事考課制度を導入して職員の意欲向上、公正な職員処遇に努めている。職員は業務改善のためのチェックシート（Do-Cap シート）を用いて業務の振り返りと新たな目標設定を行い、管理者との面接も年２回実施されている。考課基準も明確で結果も反映されている。</p> <p>Ⅱ－４－(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている ひまわりフェスタ等、地域との関わりを主体にした催しがある。また、手作り品販売所を地域に設け、住民との交流を図っている。何より住民との挨拶の徹底をはじめ、地域との日常の関わりを大切に考えた実践は相互交流の促進に意味を持っている。 地域ニーズに応えた相談支援事業の展開は、地域の一員としての専門機関の役割を果たしている。</p> <p>Ⅲ－４－(1) 利用者のアセスメントが行われている 個人支援プログラムを立てる際には、利用者、家族、担当職員で三者懇談を行い、利用者の身体的状況の変化を踏まえたアセスメントに基づきサービス計画を策定している。また、障害の重度化に対応すべく、医療的ケア委員会で医療的ケアに関するマニュアルを詳細まで整備し、一人ひとりの医療的な課題や留意点を明確にしている。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>Ⅰ－２－(1) 中・長期的なビジョンが明確にされている 今後の事業展開として第二乙訓ひまわり園開設の構想があり、施設整備についての展望もある。しかし、デイセンター事業計画は単年度計画に終始している。施設整備を進める上で現在実施している事業との関連は大きく、事業所内の委員会を活用して経営・人事面の更なる検討進め、中・長期計画の策定が急がれる。</p> <p>Ⅱ－２－(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている 人事管理の方針は確立しており人件費についての検討はしているが、具体的な人材政策が不十分である。 研修委員会を設置して内部研修を実施しているが、職員一人ひとりについての研修計画には至っていない。業務改善のためのチェックシート（Do-Capシート）を用いて明確にした職員個々の将来の意向等を踏まえ、個別の研修計画を策定し、総合的な人事・組織管理体制のもとで職員の質の向上に向けた整備が望まれる。</p> <p>Ⅲ－２－(3)② 利用者に関する記録の管理体制が確立している サービス実施の記録は適切に行われているが、記録に関して保管・保存、廃棄に関する運用規定・情報開示規程が確立されていない。それらの整備が求められるとともに、職員への意識付けも必要である。</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	乙訓ひまわり園デイセンター
施設種別	指定生活介護
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	2009年 1月 14日（水）

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 理念や基本方針が職員に周知されている。	B	B
		② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B	B
I-2 計画の策定	I-2-(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。	C	C
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	C	C
	I-2-(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	A
		② 計画が職員や利用者等に周知されている。	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	B
	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指導力を発揮している。	B	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	B	A

【自由記述欄】

I-1	(1) 重い障害があっても地域の中で共に暮らすという「共生」の理念、および、その理念に基づいた基本方針が策定され、ホームページやパンフレット等に詳細まで記載されている。また、内容も支援の方向性を位置づけるものとして確認できた。
	(2) 理念や基本方針は会議等で職員に配布されているが、日々の活動や取り組みにおける反映が不十分であった。また、利用者への説明については、重度障害のある利用者が多いので障害特性を考慮し、写真を使い視覚に訴える等の工夫を期待したい。
I-2	(1) 今後の事業展開として、第二乙訓ひまわり園開設の構想があり、施設整備についての展望もある。しかし、デイセンター事業計画は単年度計画に終始している。施設整備を進める上で現在実施している事業との関連は大きく、法人全体として有機的な連携のもと中・長期計画の策定が急がれる。
I-3	(1) 法人に職務分掌等の規程は整備されているが、職員への周知をより明確にする必要がある。また、把握すべき関連法令について、さらに幅広い法令等のリスト化が求められる。
	(2) 毎月、利用率と収支の状況など経営状況を分析して、業務の効率化や改善を意識している。その状況は施設長から主任など事業所の幹部職員へ説明され、会議の効率化や無駄な費用の節約など業務改善に取り組んでいる。

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。	B	B
		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。	C	B
		③ 外部監査が実施されている。	B	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。	C	B
		② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	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。	C	B
		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。	B	B
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。		B	B	
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。	B	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。	B	B
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。	B	B
		② 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。	C	B
	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。	A	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-1	(1) 施設で独自に検討会「新生活介護事業検討会」を整備して、家族会と共に経営についてワーキングチームで把握・分析を行っている。地域の養護(特別支援)学校卒業予定者数からサービス利用者を見込むなど、地域のニーズ把握に努めている。公認会計士による外部監査を実施している。
II-2	(1) 人事考課制度を導入して職員の意欲向上、公正な職員処遇に努めている。職員は業務改善のためのチェックシート(Do-Capシート)を用いて目標設定し、管理者との面接も実施している。考課基準も明確で結果の反映も行われていることは高く評価すべき点である。
	(3) 研修委員会を設置して内部研修を実施しているが、職員一人ひとりについての研修計画には至っていない。業務改善シート(Do-Capシート)を用いて明確にした職員個々の将来の意向等を踏まえ、個別の研修計画の策定が必要である。
II-3	(4) 重度の障害のある利用者が多く医療的ケアが必要なため、実習生の受け入れについては配慮が必要だが、法人でのスケールメリットを利用して、実習生受け入れマニュアルの作成をはじめ積極的な取り組みが期待される。
	(1) リスクマネジメント委員会を設置して危機管理マニュアルを作成し、実効的な内容であるか検証をしている。また、医療的ケアの充実のため、看護師を常時3名配置していることは特筆すべき点である。
II-4	(1) 「ひまわりフェスタ」等、地域との関わりを主体にした催しがある。また、手作り品販売所を地域に設け住民との交流を図っている。催しのみならず日々の地域との関わりを何より大切に考え、地域住民との挨拶を徹底する姿勢を施設で共有している。
	(2)(3) 地域における障害者福祉ニーズを提案していく使命を達成すべく、乙訓圏域障害者自立支援協議会に参画する等、関係機関と積極的に連携して、具体的な地域ニーズ把握に努めている。

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) 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。	B	B
		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。	B	B
		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-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。	B	B
		② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	C	B
		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-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。	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
		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) 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	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ている。	B	B
		③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C	B
	Ⅲ-2-(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
		③ 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
	Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	C	B
		② 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
		③ 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	C	B
Ⅲ-3 サービスの開始・継続	Ⅲ-3-(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。	B	B
	Ⅲ-3-(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	A
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-(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。	B	A
	Ⅲ-4-(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) プライバシー保護に関するマニュアルは整備しているが、職員への徹底や利用者への周知が不十分である。また、ハード面では、「一人でくつろげるスペースが欲しい」との要望が利用者アンケートに挙がっていた。
	(2) 個人支援プログラムを立てる際には、利用者、家族、担当職員による三者懇談を行いニーズの把握に努めている。ニーズを具体的なサービスに繋げる取り組みに関しては担当職員が検討、改善に努めているが、担当者に任せる傾向がある。組織としてアシストできる検討会の設置を思案中で今後の取り組みが期待される。
	(3) 苦情や意見に対しては迅速に対応されているが、記録や報告手順、対応策の検討等についてマニュアルの整備が求めら
Ⅲ-2	(1) サービス評価委員会を設置して年に1回以上の自己評価が行われている。今後、サービスの質に関して調査・分析を進めてその課題を職員と共有する仕組みが求められる。
	(2) 標準的なサービス実施方法については、マニュアルを整備して利用者尊重の姿勢も明示されている。また、利用者の重度化に伴う個別配慮の必要性を重視して、医療的マニュアルを詳細まで整備し医療的ケアについては留意点を明確にして事故防止に努めている。
	(3) サービス実施記録は適切に記録されているが、記録に関して保管、開示等の規程が無く、個人情報の管理の面からも整備が求められる。情報の共有化については、グループ会議、センター会議の実施や、パソコンの利用等、様々な方法での取り組みが確認できた。
Ⅲ-3	(1) 事業所情報はパンフレットやホームページに詳細まで記載されている。医療的ケアに関して、施設独自に医療的ケア実施指示書、および、医療的ケア実施同意書を作成し説明している。
Ⅲ-4	(1)(2) 個人支援プログラムにより一人ひとりに適切なアセスメントを実施し、身体的な状況の変化を踏まえたサービス計画を策定し、日常的に見直しも行われている。