

## 総合評価

受診施設名	乙訓ひまわり園 地域生活支援センター	施設 種別	居宅介護・短期入所 行動支援等
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

乙訓ひまわり園地域生活支援センターは、「共生」を法人の理念とし「必要な人に、必要な時に、必要なだけの支援を」を実践方針とし、障害のある人や家族が地域の中で生活を送るための多様なニーズに応えることを目指し、平成12年11月に開設されました。日常生活の支援のみならず、ケアホームの運営サポートも行っていますが、それは「利用者である障がい者本人の自立支援の資源になります」「利用者である障がい者本人と家族の地域生活を支援します」という目標の実践であり、地域の中で障害のある人の生活全体を捉えて、支える取り組みが行われています。

利用者支援に関しては、多岐にわたる支援内容から多くの人の協力が不可欠と思われませんが、支援者（ヘルパー・サポーター）やボランティアのほとんどは地域の方々が登録されているという現状からも、地域との関わりを大切にしておられる様子がうかがえます。また「サポーターのしおり」を作成し、利用者尊重や支援上の配慮についての研修を随時行っており、多様な障害に対応する上で必要になってくる支援者への配慮（フォロー）も行われています。その一方で、多様な事業を展開されているため、各種マニュアル等の文書整備は不可欠であり、整備が望まれます。

職員の育成に関しては、職員が自身の業務を見直し、新たな課題を見出すための人事考課制度を取り入れており、公正に運用されています。また、職員の意向や適性によって法人内での異動が行われており、働きやすさの点でも評価できます。

今後の法人としての事業展開で、第二乙訓ひまわり園・第二支援センター開設の構想が挙がっています。その中で、将来を見据え継続した支援を行っていくためにも、中・長期計画の早急な策定が望まれます。将来構想を内外に示していくことは、利用者や家族のより充実した安心できる地域生活に繋がっていくものと考えます。

これからも、一人ひとりの願いに合わせたサービスを提供されるとともに、乙訓地域で生活を営む障害のある方や家族の拠点となる地域生活支援センターとしての機能が発揮されますことを期待します。

<p>特に良かった点 (※)</p>	<p><b>Ⅱ-2-(1) 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている</b> 業務改善のためのチェックシート(Do-Capシート)を用いて、業務の自己評価と課題設定を行っている。チェックする事で新たな課題と目標ができ、サービスの質の向上に繋がっている。</p> <p><b>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている</b> 短期入所やケアホームの運営、また、独自の私費サービスを含め、地域の福祉ニーズを把握した事業を行っている。</p> <p><b>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている</b> 利用者満足の上昇のために、利用者や家族が望まれるサービスをアンケート調査や懇談会時に聞き取り、きめ細かく対応されている。</p>
<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p><b>I-2-(1) 中・長期的なビジョンが明確にされている</b> 単年度の事業計画は職員の意見を集約して策定されているが、中・長期計画の策定が行われていない。法人の事業拡大に伴う第二乙訓ひまわり園、第二支援センター開設の構想を含め、中・長期計画の策定が求められる。</p> <p><b>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立している</b> 様々な利用者に対応するための研修は随時行われているが、研修計画として具体的なものはない。個別の研修計画も含め、組織的な教育・研修計画の策定が望まれる。</p> <p><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</b> 苦情解決の体制は法人で整備されているが、具体的なマニュアルはない。利用者や家族からの意見相談を受けた際の記録方法、対応結果の報告の手順にいたる流れに関するマニュアル整備が望まれる。</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 地域生活支援センター
施設種別	居宅介護・短期入所・行動支援等
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 16日（金）

## 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	B
		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	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	B

## 【自由記述欄】

I-1	(1) 法人の理念および基本方針は目標、実践方針としてホームページ、パンフレット等の広報誌に記載されていることが確認できた。また、「必要な人に、必要な時に、必要なだけの支援を」という実践方針の文言等により、地域生活支援センターの支援の目標や方向性が確認できた。
	(2) パンフレット等は写真や図表を使い、わかりやすいものになっている。障害のある利用者への周知には工夫や配慮が望まれる。
I-2	(2) 月1回の職員会議で職員の意見を集約して計画が立てられている。勤務体制から会議に全職員が参加ができないため計画の周知に工夫が求められる。
I-3	(1) 管理者は職員とのコミュニケーションに努め現状を把握しているが、管理者としての責任の表明や職務分掌表等の整備も必要である。夜間等の支援には細心の注意が必要であるため支援に伴う法令に関する整理およびリスト化が求められる。

## 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。	B	B
		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。	B	B
		② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	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	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。	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。	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。	B	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。	B	A
		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。	B	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	B
		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。	A	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) 公認会計士による外部監査を行っている。
II-2	(1) 人事管理に関して基本方針は確立されており、人件費の検討はされているが具体的な人事体制のプランは立っていない。人事考課制度を取り入れ、管理者との面談を行なっている。
	(2) 労働環境の検討、職員の意向、意見等を把握するために衛生委員会を設置し管理者会議において検討する仕組みがある。
	(3) 法人内の研修委員会が内部研修を計画しているが、個々の具体的な研修計画が不十分なため整備が必要である。
	(4) 実習生の受け入れについてはマニュアル等の文書作成が課題である。
II-3	(1) 隣接の乙訓ひまわり園健康増進室に看護師3名を配置している。危機管理マニュアルが作成されリスクマネジメント委員会を設置し、定期的にヒヤリハット事例を検証している。
II-4	(1) 法人として「ひまわりフェスタ」等、地域と交流をしている。また、支援センター独自のレクレーションを開催し地域にボランティアを募っている。
	(2) 相談支援事業会議、ケア会議に参画して関係機関との連携を行っている。
	(3) 乙訓圏域障害者自立支援協議会や行政福祉施策委員会に参画し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

【共通評価基準 評価結果対比シート】

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	
	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	A	
		② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	B	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。	B	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	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。	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。			B	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。	B	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。	B	B	
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。	C	C	
		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。	A	A	
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。	A	A
	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-(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	B	
	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	B	

#### 【自由記述欄】

Ⅲ-1	(1) 理念や基本方針に利用者尊重の姿勢が読み取れ、プライバシー保護に関するマニュアルは整備されている。しかし、職員への周知徹底に課題がある。
	(2) パンフレットの「365日、24時間必要ときに、必要な支援を」の文言等から利用者満足の向上を目指す姿勢が確認できる。アンケートや家族懇談会において、利用者満足に関する調査、把握を行っている。
	(3) 苦情解決の体制は法人で整備されているが、利用者や家族からの意見や相談を受けた際の一連の流れをマニュアル等で整備することが望まれる。
Ⅲ-2	(1) サービス評価委員会を設置し、年1回以上の自己評価を行っている。
	(2) ヘルパー(直接支援に携わる者)に「サポーターのしおり」を活用して支援に対する姿勢や配慮について、随時、研修を行っている。
	(3) サービス実施記録は適切に記録され、記録内容をチェックする仕組みがある。記録管理に関する規程作成が課題である。
Ⅲ-3	(1) ホームページで事業、サービス内容を詳細に紹介している。サービス種類の多い中、サービス内容を利用者、家族に丁寧に説明し理解を得られるよう努めている。
Ⅲ-4	(2) 実施計画の変更や見直しは利用者や家族の意向により状況に応じて対応されている。