

[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 京都太陽の園	施設 種別	身体障害者授産施設 (旧体系：)
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会		

平成20年2月27日

総 評	<p>京都太陽の園が位置する園部は、京都のベットタウンとして閑静な、山に囲まれた、自然の多い空気がおいしいと思える地形で、調査日は、少し雪が残っていました。このような環境のなかで利用者の方々は社会経済活動のため、通所または、入所による作業活動、印刷作業やパソコンオペレート、値札加工、七宝焼き、工業製品の加工など広い作業場で熱心に行っておられました。</p> <p>一方、障害者自立支援法に移行され、職員や利用者と共に、大変厳しいところに立たされている中で、利用者に寄り添ったより良いサービス向上につなげていくために、今回受診されたということは「具体的な取り組み」として評価できるものでした。</p> <p>法人全体としては、京都太陽の園は、1980年4月に開設され、身体障害者授産施設として、地域との関連は密接であり、人気のヤクルトエステや出張美容室や理容室などは、心豊かな日々を送ることのできる利用者の癒しとして、取り組みや工夫がなされていました。また、地域の様々な人々と障害者の地域への参画は、持てる能力を活かし自立意欲を高めることとして、高く評価いたします。</p> <p>今回の「第三者評価」の自己評価はたいへん謙虚なものでした。この受診は多くの「気づき」があり大事にしたいということでした。職員一人ひとりが法人の示される理念や、利用者の尊重と権利を重視されつつ、暖かな気持ちで施設の発展やサービス向上のために取り組まれることを希望いたします。</p>
特に良かった点(※)	<p>I-1-(2)①② 理念や基本方針が利用者や利用者自治会・家族会・職員や職員自治会などに具体的な話や法人の機関紙により積極的に配布されています。それぞれの自治組織や家族会があることは独自の活動があるとして評価できます。</p> <p>II-2-(3)①② 法人・施設内外でのQCの研究発表が行われその結果や内容が職員に広く周知されています。</p> <p>III-2-(2)(3) 独自の個別支援マニュアルがあり、一日に数回の見直しや確認が行われ、利用者のニーズ把握が十分にされ職員に周知されています。</p>
特に改善が望まれる点(※)	<p>I-1-(1)① 理念や基本方針が明文化されていますが、利用者、職員の見やすい箇所に理念を掲示されることを望みます。</p> <p>II-2-(3)② 職員の研修計画は積極的に行われていますが、個別の研修計画が策定されることを望みます。</p> <p>II-2-(4)② 実習生受け入れ体制は整備されていますが、実習生が来ないという、地形的な困難がありました。</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]

【共通評価基準】

評価結果対比シート

受診施設名	京都太陽の園
施設種別	身体障害者授産施設
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会
訪問調査日	平成20年2月27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。	B	A
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。	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-(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) 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 法人として理念や基本方針が明文化されており、利用者や職員にもきちんと周知されるように、年度初めに常務理事の話などで具体的に取組まれています。また、家族会や、利用者の自治会に法人の機関紙(たいよう・陽光)を年3・4回配布し周知をされています。地域への配布もされています。

I-2 年間計画は、職員への周知・利用者にも、利用者の自治会を通して周知されるように話をされ、作業場・廊下・各居室にも掲示されています。

I-3 管理者の役割と責任は運営規定に明示されています。管理者のリーダーシップも法人内のQCのリーダーとして質の向上の取り組みが具体的にされています。また、業務・経営に関して公認会計士の指導を受け、コンサルティングにより適切な運営アドバイスも受け、結果を全職員に回覧し周知されるような仕組みができています。

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	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。	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	B
		② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	B	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。	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	A
	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。		C	C	
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	B
		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	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	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。	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。		B	A	

【自由記述欄】

- II-1 地域のニーズの把握は個人情報保護法に関わり、難しいが社会福祉協議会からのデータ-WAMネットや南丹の福祉事務所からの情報により把握されています。地域のニーズに即した中長期計画として、グループホームや敷地内のアパート経営などの構想があります。
- II-2 人事考課に関しては、規定が準備され、外部研修もアンケートによる自己評価も実施され、職員の個人面接も実施されていますがフィードバックは次年度の予定ということです。
- QCの法人内外での研究発表が行われ、結果や内容に関して、職員に広く周知され、サービスの質の向上と、職員の資質の向上に反映するような積極的な取り組みが行われています。
- II-4 地域のニーズを大切にし、ネットワーク拠点として総合相談支援南丹圏域(ユニ)の取りまとめがされています。芸術家と障害者が協働して南丹ブランドの構築(陶芸とその販売)が実現しようとしています。この取り組みの具体的な実践を高く評価いたします。

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。	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。	B	A	
	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	A	
	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	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	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	A	
	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。	C	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。	C	A
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。	C	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。	C	A	
Ⅲ-2-3 サービス実施の記録が適切に行われている。		① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	C	A	
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	B	A	
		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。	C	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。	B	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。		B	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。	C	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。	C	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。	C	A	

【自由記述欄】

- Ⅲ-1 利用者に対する福祉サービスの提供が充実するように、利用者の自治活動や意見・要望などがサービスに反映されるように努力されています。
- また、QOL委員会が身体拘束や虐待防止の自己チェックや評価を行い、具体的取り組みが利用者によりフィードバックされ、職員にも周知されています。
- Ⅲ-2 独自の個別支援マニュアルがあり、朝の申し送りで見直しが行われています。又介護部での再度確認ミーティングが行われるなど利用者のニーズ把握が職員に周知されています。
- Ⅲ-3 サービスの開始時は十分な説明と、手つくりのパンフレットによるわかりやすいものを工夫され、入所に関しては一度体験してから入所されるなど、利用者が納得のいく方法が用いられています。又、地域移行や転所については地域での相談センターや医師・看護師のケース記録の文書等添付しサービスが継続されるように図られています。
- Ⅲ-4 個別ケース記録は、ニーズ、課題、見直しが記載され、職員に周知されておりわかりやすいものとなっています。