

[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	京都府立心身障害者福祉センター	施設種別	身体障害者療護施設 (旧体系：)
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会		

平成 21 年 8 月 5 日

総 評	<p>本事業所は昭和 52 年 8 月に設立され、翌年 3 月京都府立城陽心身障害者福祉センター診療所開設許可、同年 4 月京都府立城陽心身障害者福祉センター開設、昭和 59 年 4 月京都府立心身障害者福祉センターに名称変更され、平成 18 年 6 月より社会福祉法人京都府社会福祉事業団が京都府から管理者として指定されています。</p> <p>建物自体が古いため、居室も 2～4 人部屋で利用者のプライバシーの保護という観点では決して良い環境とは言えませんが建物の隅々まで行き届いた清掃など、環境衛生に対するきめ細かな配慮と工夫をしています。また、管理者も含めたスタッフの利用者に対する気づきと配慮を感じました。法令や制度についても把握や状況判断もすばやく、特に新型インフルエンザへの対応は迅速にされていました。こういった事業所のきめ細やかな配慮は、今回の第三者評価に対する受診姿勢においても見られ、このような気配り・心配り・目配りが利用者の福祉サービスの向上に繋がっているのだと実感致しました。</p> <p>なお、現在、制度の改正にともない、京都府より次期指定管理事業者指定を受けるために、現在は平成 23 年度以降の中長期計画の準備を進めています。平成 21 年度はその策定準備期間ということで法人全体としての中長期整備計画がまとめられていませんでした。福祉事業とは利用者サービス等含めて継続性のある事業でありますので、早期に策定されることを期待します。</p>
特に良かった点(※)	<p>●Ⅰ－Ⅰ 理念・基本方針 法人の理念・基本方針が利用者主体の観点から明文化され、職員への周知方法も事業団機関紙や施設機関紙への記載と施設内掲示で行われています。さらには定例管理職会議において検証され、家族には広報誌を配布し、利用者には心身の状況に応じた個別対応の説明が行われております。</p> <p>●Ⅱ－Ⅰ 経営状況の分析・改善 毎年、事業計画・予算書・事業報告・決算書が職員に配布され経営状況や改善すべき点、課題について経営改善検討会議分析等なされており、組織を挙げて経営に取り組む姿勢・意識の高さを感じました。</p> <p>●Ⅲ－Ⅰ 利用者本位の福祉サービスの向上 利用者参画のもとでの給食委員会の開催、苦情システムの確立、マニュアルの整備と合わせて要望等も含めて、迅速な対応</p>

	<p>をされております。さらには結果も連絡事項として回答されていると同時に法人事業報告書において広く公表されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Ⅱ－２ 人事管理の体制整備 人事考課制度は、給与面だけでなく個別研修計画等を含め、職員をトータルに育成すると同時に、公平性・透明性などを確保するツールでもありますので、今後、制度へのより一層の取り組みがなされることを期待します。 ●Ⅲ－２－(2) 個々のサービスの標準的な実施方法の確立 ミーティングにおいて随時に検証・見直しをされておりますが、定期的に行われているとは言えません。個別援助の観点からも組織的・定期的な検証・見直しの実施をお願いします。

※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	京都府立心身障害者福祉センター
施設種別	身体障害者療護施設
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成21年6月24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。	B	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。	C	A
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	C	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。	A	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。	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。	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】

1-1-(1)(2) 法人の理念・基本方針を広報誌等に記載されているとともに、さらには職員への周知、啓発という点で名刺ケースに挟み、携帯することで法人の福祉サービスの質の向上に向けた取り組みの意識の高さ、姿勢を感じました。利用者にも心身の状況に応じた個別の説明をされています。

1-2-(1)(2) 法人全体としては制度改正に伴う新体制への移行のために、平成23年度からの5年間の中・長期計画を策定中です。ただし、本事業所においては単年度の事業計画とともに、その先における計画も資料から確認できました。

1-3-(1) 施設長は4月着任以来、職員会議等において紙ベースで所信を述べ、職員の意見を積極的に聞いていくという姿勢があります。但し、把握・評価・見直しのための具体的な方法は十分とはいえません。

1-3-(2) 月1回法人施設長・次長会議・経営改善検討会議・職員会議が定期的・継続的に開催され、評価、分析が行われています。施設長は具体的な改善策等を発言、記載し、指導力を発揮しています。

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	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	A
		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。	A	A
		② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	B	B
	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	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。	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。	C	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。	C	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。	A	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。		A	A	
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	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	B
		② 関係機関等との連携が適切に行われている。	B	B
	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	B
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 事業報告書や決算書が職員に配布され、さらには経営改善会議、職員会議等において事業計画がボトムアップで作成されていると同時に法人においても毎月公認会計士による経営指導等が行われ、理事会においても報告されています。

II-2-(1) 人事考課制度としての取り組みはありませんが、人事異動の基準としての人事ヒアリングを毎年1月頃に全職員を対象に実施しています。人事考課の目的等については理解されており、平成21年度は試行期間として平成22年度には本格的な導入を予定しています。

II-2-(2) 職員の就業状況は把握しており、時間外勤務の減少などに取り組んでいますが、職員の個別面接は行われていません。

II-2-(3) 職員の個別研修計画等は策定されておりませんが、法人として外部講師を招いた研修会が開催され、知識・技術の導入に努めていると同時に、内・外部を問わず研修修了者は報告書を作成し、施設内研修において報告もされています。嚙下研修などは欠席職員にDVDを配布するなど、資質向上に向けた意識の高さを感じます。

II-2-(4) 社会福祉士等の実習指導者研修などにも積極的に参加し、各実習内容に応じた実習マニュアルも整備されておりますが、実習生受け入れに関する基本姿勢の明文化はされていません。

II-3-(1) 利用者の安全確保・事故防止、収集した事例などは主任以上の運営会議(月1回開催)において協議され、各寮のミーティングにて報告されるなどシステムとして構築されています。又、食支援勉強会として誤嚥と窒息についての勉強会も開催しています。さらに施設長も、文書において注意喚起しています。

II-4-(1)、(2) 積極的にボランティアの受け入れはされていますが、ボランティア講座の開催等が実施されていません。

II-4-(3) 民生委員児童委員との定期的な会議は開催されていませんが、関係機関や地域住民を通じて具体的なニーズの把握に努めています。また、把握したニーズを事業計画に反映させています。

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。	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	B	
		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	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。	A	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	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	B	
		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	C	
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。	B	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。	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。	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。		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	B	
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。	A	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。	A	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。	A	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(2) 毎月開催の給食委員会に利用者の方が1~2名参画されると同時に、嗜好調査など利用者の意見を積極的に聞き取る姿勢があり、利用者満足の向上に向けた取り組み、仕組みがあります。但し、予算の関係で改善できていないこともあります。出来ることは着実に改善されています。

Ⅲ-1-3 法人として苦情に対する苦情受付実施要綱などが整備されていましたが、定期的な見直しはできていません。苦情については苦情受付簿があり、各会議等において協議されています。

Ⅲ-2-1 第三者評価事業受診は今回初めての取り組みであるが、その取り組みの中で評価するための担当者・部署を設置することにより、職員間で課題の共有化が図られ、組織的な取り組みを行うことができています。

Ⅲ-2-2 個々のサービスの標準化について、ケアマニュアルが整備されているが、その検証と見直し等については組織的、定期的なものでなく、随時の見直しということで十分ではありませんでした。

Ⅲ-2-3 ケアプラン会議において、記録の統一化、標準化が行われている。又、情報の開示においても個人情報保護マニュアルで開示請求等の条項と職員に対し、その取り扱いについて日常的に注意喚起されており、個人情報重要性の認識、意識の高さが伺えます。

【付加基準】障害者・児施設版 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
A-1 利用者の尊重	(1)利用者の尊重	① 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
		② 利用者の主体的な活動を尊重している	A	A
		③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている	A	A
		④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある	C	B

【自由記述欄】

A-1(1)①: 支援が必要な利用者に、文字盤、トーキングエイド、PCメール、利用者特有の指サイン等を使用しコミュニケーションの確保を図っています。

A-1(1)③: 例えば車椅子を利用している利用者が排泄し易いように、トイレの間仕切りの扉が3枚に分れており、移動時にはスペースが大きく活用出来るような工夫があり、利用者の自立と、プライバシーの保持が図られるような整備がされています。

A-1(1)④: 施設外に買い物に行かれる等必要な社会資源の情報は提供していますが、エンパワメントの理念に基づくプログラムはありません。

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
A-2 日常生活支援	(1)食事	① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている	A	A
		② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている	A	A
		③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している	B	A
	(2)入浴	① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している	A	A
		② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている	B	A
		③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である	C	C
	(3)排泄	① 排泄介助は快適に行われている	A	A
		② トイレは清潔で快適である	C	C
	(4)衣服	① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している	B	A
		② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいたときの対応は適切である	B	B
	(5)理容・美容	① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している	A	A
		② 理髪店や美容院の利用について配慮している	A	A
	(6)睡眠	① 安眠できるように配慮している	A	A

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
A-2 日常生活支援	(7)健康管理	① 日常の健康管理は適切である	A	A
		② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	A	A
		③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている	A	A
	(8)余暇・レクリエーション	① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている	A	A
	(9)外出、外泊	① 外出は利用者の希望に応じて行われている	A	A
		② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている	B	A
	(10)所持金・預かり金の管理等	① 預かり金について、適切な管理体制が作られている	B	B
		② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる	A	A
		③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている	A	A

【自由記述欄】

A-2(1): 食事に関しては、利用者、栄養士、看護師、支援員参加による給食委員会を毎月開催し、利用者アンケートを実施して嗜好調査を行い、季節のメニューや鍋料理、好みの駅弁、バイク等々の献立があります。又、喫食環境では時間や場所等を利用者の自己選択となるよう工夫や配慮がなされています。

A-2(2): 入浴に関しては、利用者にゆったりと安心して入っていただけるよう、今年度より入浴日を拡大しています。また、カーテンを3段階構造で斜めに引けるように取り付け、1枚を引いた時にすぐに利用者の状況が露呈しないようプライバシー保護を確保するような工夫があります。ただし、冷暖房設備等の環境は十分ではありません。

A-2(3): 排泄に関しては、トイレの間仕切りのドアを3枚仕立てにしてスペースを確保することにより、車椅子の人が排泄し易いような工夫があります。個別支援実施書に基づき適切に行われていますが、カーテンや3枚戸だけでは十分とはいえず、採光・照明等電気系統も含め大幅な改善が必要であると考えられています。

A-2(4): 衣服に関しては、利用者の個性や好みを尊重して支援していますが、破損等が生じた場合にすぐにその場で対応できないときがあります。

A-2(5): 理容・美容に関しては、月に3回理・美容者が来訪され対応していますし、フェースエステやメイク等のサービスも導入されています。又自分で外部の理・美容室に出向かれる人もあります。

A-2(6): 睡眠に関しては、スポット照明やイヤホン等の利用により配慮されています。また、不眠等の影響を及ぼした場合には一時的に静養室を利用することもあります。

A-2(7): 健康管理に関しては、利用者一人ひとりの医療・看護の方法と留意点が、施設看護師、施設主任生活指導員、病院看護師長、病院主任看護師等で保健委員会を毎月実施し確認しています。服薬に関しては、看護師、支援員等が其々の段階で五重の確認を行うことにより投薬等の誤りが絶対に無いように工夫されていますが、マニュアルが整備されておりません。

A-2(8): 余暇・レクリエーションに関しては、利用者の希望に応じて、カラオケ、将棋、喫茶、フラワーアレンジメント、卓球/バレーや、地域の小学校の音楽発表や交流会等があります。また、地域の文化施設までコンサート等に出向かれる人もおられます。

A-2(9): 外出・外泊に関しては、利用者の希望に応じて、外出・外泊届けを提出し行われています。地域の情報や、送迎サービスやボランティアの手配等を支援されています。外泊についての利用者主体のルールは特に設けてはいません。医療的な面から医師から了解が得られない場合等は医師も交えて話しあうようにされています。

A-2(10): 所持金・預かり金の管理等に関しては適切に行われています。新聞や雑誌等自由に講読でき、飲酒に関しては健康状態や服薬等との関連から個別に対応されていますし、喫煙場所も設置されています。ただし、金銭管理能力を高めるための学習プログラムはありません。