

総合評価

受診施設名	身体障害者デイサービスセンター すいんぐ	施設 種別	障害者支援施設（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」		

2012年1月25日

総 評	<p>社会福祉法人南山城学園は、昭和40年2月に設立され「利用者の尊厳を守り、幸福を追求する」「共生・共助の地域づくりに貢献する」「いつでも誰もが安心して利用できる福祉サービスを創造する」の理念のもと、知的障害のある方に対して障害者支援施設・デイサービス・グループホーム等を設置し総合的な支援を展開されています。また、身体障害のある方に対しては、平成14年3月に地域福祉支援センター開設と同時に身体障害者デイサービスセンター「すいんぐ」が運営されています。</p> <p>利用者の日中活動は、機能訓練、パソコンや軽作業による社会適応訓練の実施や生産活動、さをり織り・絵画等の創作的活動の場が提供されています。日中活動を利用者が選択し、たとえば、囲碁将棋をするために一週間に1日のレクリエーション利用の方がいるなど、ひとりひとりのニーズに合わせた利用日設定は、利用者の満足度も高く、非常にシンプルで分かりやすいものになっています。</p> <p>また、事業所での昼食は、嗜好調査を行い、月に2度の選択メニューを用意するなど、管理栄養士の指導の元に、季節感を取り入れ、食事を美味しくいただく配慮がなされていました。</p> <p>苦情の受付については、マニュアルが整備されていました。苦情解決の体制や解決の仕組みを「苦情解決」と表現せず「意見・相談受付」とやさしい言葉で表した掲示物がありましたが、利用者や家族にも相談しやすい雰囲気や環境が整って入るように見受けられました。</p> <p>今回の訪問調査では、事前の自己評価がそれほど高いものではありませんでした。ヒアリング時にはすでに気付いた事柄に対しては改善に向けた取り組みがされていました。</p> <p>その一方で、規程やマニュアル等の整備が不十分なものや、十分に活用できていないものが見受けられました。福祉サービスの質の向上と一定の水準を確保していくためには、今後、全般的なマニュアル整備とその活用を課題とし、事業所の職員集団全員で取り組んでいかれてははいかがでしょうか。</p> <p>今後も引き続き、障害のある方が地域で生き生きと生活されるデイサービスセンターとしての取り組みに期待します。</p>
--------	---

<p>特に良かった点()</p>	<p>- 1 - (1) 理念、基本方針の確立 理念、基本方針は、ホームページや年報等に明示されていました。法人の理念は「利用者の尊厳を守り、いつでも誰もが安心して利用できる福祉サービスを創造する」と利用者本位のものになっています。</p> <p>- 4 - (1) 安全管理 緊急時の対応マニュアルが整備されており、避難訓練の終了後には、障害のある利用者の意見を聞く場が設けられ、改善に向けた取り組みがなされていました。</p> <p>- 1 サービスの開始・継続 特にサービス選択に必要な情報提供が、パンフレットやホームページで分かりやすく公開されています。</p> <p>- 2 - (5) 日常生活への支援 年度当初に外出についてのアンケートを取り、希望者には職員付き添いによる小グループでの外出の機会を保障していました。併設する相談センターとの連携を図り、日中生活支援を行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点()</p>	<p>- 2 - (1) 事業計画の策定について 中・長期計画の策定、文書化が確認できませんでした。また、利用者に対して事業計画の周知がされていませんでした。</p> <p>- 2 - (4) サービス実施の記録が適切に行われている ケース記録は記入されていますが、記入の仕方に統一性がなく、記録管理責任者の設置もされていません。ケース会議やサービス担当者会議について、現在は定例化されていませんが、定期的な開催が望まれます。</p> <p>- 1 - (1) 障害のある本人を尊重した日常生活支援 プライバシー保護に関して、同姓介助等を基本に、支援の面での取り組みはできていますが、規定やマニュアルの整備、研修会等の実施は確認できませんでした。早期の対応が望まれます。</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	身体障害者デイサービスセンター すいんぐ
施設種別	障害者支援施設（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	2011年11月30日

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
- 1 理念・基本方針	- 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。	理念が明文化されている。	B	A
		理念に基づく基本方針が明文化されている。	C	A
	- 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。	理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	B	B
		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
- 2 計画の策定	- 2 - (1) 事業計画の策定について	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	C
		事業計画の策定が組織的に行われている。	B	A
		事業計画が職員に周知されている。	B	A
		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。	C	C
- 3 管理者の責任とリーダーシップ	- 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。	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
		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	A
	- 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	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。	B	B
		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。	B	A

【自由記述欄】

- 1 - (1)	理念、基本方針は、ホームページ・年報に明示されている。
- 1 - (2)	理念や基本方針の周知はできていない。
	契約時、重要事項説明書で一定の説明をしているが、一人一人に合わせた周知が十分ではない。
- 2 - (1)	中・長期計画は、策定されていない。
	事業計画は、年度当初に全体会議、すいんぐ会議の場で協議し策定されている。事業計画は、半期で見直すことが定められている。
	事業計画は事務所に掲示し、職員に周知されている。
	利用者に対して、事業計画の周知はされていない。
- 3 - (1)	組織規定、職務分掌で管理職の位置づけが明確になっている。
	管理者研修会に参加している。
- 3 - (2)	主任・管理職会議を月一回行い、福祉サービスの質の現状について評価・分析を行っている。
	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みを行っている。

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
- 1 経営状況の把握	- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B	A
		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。	B	A
- 2 人材の確保・養成	- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。	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。	B	A
		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 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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。	B	A
		職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B	A
		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
	- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	B	A
- 2 - (4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。		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。	B	B
- 3 個人情報の保護	- 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。	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。	B	A
- 4 安全管理	- 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。	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	A
		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
		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。	B	A
- 5 地域や家族との交流と連携	- 5 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。	障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	C	B
		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。	C	B
		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。	B	B
	- 5 - (2) 関係機関との連携が確保されている。	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。	C	B
		家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	B	A

【自由記述欄】

- 1 - (1)	経営環境は法人で把握している。自立支援協議会を含め地域のニーズに応えられる社会資源を考えている。
	経営状況について、法人として課題改善のシステムがある。
- 2 - (1)	ホームページで必要な人材について基本的な考えが示されている。
- 2 - (2)	有給の取得率は、法人本部で管理している。育児休暇・介護休暇については、派遣や異動で適切に対応している。
	法人内にある診療所は、利用者だけでなく希望があれば職員も利用できる。
- 2 - (3)	介護福祉士資格受験の為に研修会が法人企画で行われている。
	新規採用から各階層別のフォローアップ研修まで、組織としての基本姿勢が明示されているが、一人ひとりの研修目標が確認できなかった。
	伝達研修の機会を設けている。研修報告に管理職の意見を記入し、評価をしている。
- 2 - (4)	実習生の受け入れに関して、実習指導者に対する研修が実施されていなかった。
- 3 - (1)	利用契約時に個人情報の保護について説明し、開示請求に対する方法も明示している。
- 4 - (1)	緊急時の対応マニュアルが整備されていた。避難訓練の後、利用者の意見を聞く場が設けられていた。
	建物管理は、年度当初に点検が行われている。安否確認のマニュアルは、整備されていた。
	ヒヤリ・ハット報告や事故報告を元に利用者の安全確保について検討がされていた。
- 5 - (1)	地域の自治会には法人として加入している。地域の役員より地元小学校のイベントについて声かけがあるが、触れあう機会が少ない。
	複合施設の特長を生かし、地域ニーズに合わせた支援活動を行っている。
	ボランティア受け入れについて職員で検討する場を持っているが、募集ができていない。
- 5 - (2)	障害者生活支援センターが同一建物内にあり、お互いに連携を持った支援を行っているが、定期的な情報交換・協議が行えていない。
	送迎時や連絡帳を通して、家族への情報提供を行っている。内容により、生活相談センターと連携しサービス調整を行っている。

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
- 1 サービス開始・継続	- 1 - (1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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
		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。	B	A
	- 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。	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
- 2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	- 2 - (1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	アセスメントとニーズの把握を行っている。	B	A
	- 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。	個別支援計画を適正に作成している。	B	B
	- 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。	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。	B	A
	- 2 - (4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	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。	B	B
		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。	B	B
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。	B	B		
- 3 障害のある本人本位の福祉サービス	- 3 - (1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	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。	C	B
		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
	- 3 - (2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	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。	B	B
		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
		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。	B	B
- 4 サービスの確保	- 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。	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。	B	A
		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。	B	B
	- 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。	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。	C	C
		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。	C	C

[自由記述欄]

- 1 - (1)	ホームページやパンフレットは写真を多用して、事業所の概要をわかりやすく利用希望者に提供している。利用希望者には、自宅に向き、サービス内容をていねい説明している。
- 1 - (2)	生活支援センターが併設されており、連携しやすい環境にある。
- 2 - (1)	比較的コミュニケーションのとれる利用者が多く、本人との確認のもとアセスメントを行っている。
- 2 - (2)	個別支援計画は作成しているが、フォームが定められていない。
- 2 - (3)	最低半年に一度の見直しを行っている。必要に応じて1ヶ月で見直す場合もある。夕方に行う職員会議にて検討している。
- 2 - (4)	ケース記録は記入されているが、記入の仕方に統一性がない。記録管理責任者が設置されていない。ケース会議、サービス担当者会議が定例化されていない。
- 3 - (1)	事業計画書にサービスの質の向上を明示している。自治会、家族会はない。ケース会議は実施しているが、利用者本人を交えた会議は行っていない。
- 3 - (2)	日常的な声かけは行っている。アンケート調査は実施していない。苦情解決のシステムは設置されている。利用者個人の意見・要望への対応についてのマニュアルは確認できなかった。
- 4 - (1)	提供するサービスについてのマニュアルが整備されている。サービス内容は事業計画に反映させている。サービス実施方法の見直しは、計画的に行われていない。
- 4 - (2)	改善策・改善計画は明文化されていない。

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
- 1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	- 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。	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)	B	B
		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
		障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	C	非
- 2 日常生活支援	- 2 - (1) 清潔・みだしなみ	[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。	B	A
		[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。	B	A
		[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。	B	A
	- 2 - (2) 健康	[睡眠]安眠できるように配慮している。	B	A
		[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。	B	A
		[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。	B	A
	- 2 - (3) 食事	[食事]楽しい食事ができるような支援を行っている。	B	B
	- 2 - (4) 日中活動・はたらくことの支援	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	B
	- 2 - (5) 日常生活への支援	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
		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	A
- 2 - (6) 余暇・レクリエーション	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。	B	A	

[自由記述欄]

- 1 - (1)	倫理綱領は整備され、同性介助を基本にプライバシーに配慮した支援が行われているが、プライバシー保護についてのマニュアルや研修会の実施が確認できなかった。 聴覚障害者に対しては、職員が手話の勉強をし、簡単な手話でのコミュニケーションが取れるよう努めている。その他相談センターに常駐している聴言センター職員による通訳を取り入れている。意思伝達に制限がある人へのコミュニケーション手段として、まばたきや目の位置等で意思確認をする工夫がされている。 事業所としては、本人の行動の制限をしないことが主体性の尊重につながるという考えから、自治会や家族会の必要性を感じていないため作っていない。チェック項目がないので自己評価はC評価とされたが、当評価機関では非該当であると考える。
- 2 - (1)	入浴、衣服、理美容については、日常の中で気かけながら、個別の相談にも応じ、必要があればケアマネや相談センターを通じて外部資源等につないでいる。
- 2 - (2)	睡眠の課題がある利用者に対しては、睡眠場所の確保や声かけ等、個別支援計画に応じて対応している。 トイレは1日2回職員によって清掃・消毒が行われており、定期的な換気や消臭剤の使用により施設内には臭いが確認できなかった。トイレには4つの個室があり、個々の障害の状態によって使いやすい所が利用できる状態となっている。 来所時は検温・血圧測定等健康状態をチェックする体制があり、身体状態の維持・向上のために運動メニューを取り入れることを今後の目標としている。
- 2 - (3)	本部で随時給食委員会あり、嗜好調査を行い、食事内容に反映しているが、利用者を含めた定期的な検討会議の開催が確認できなかった。
- 2 - (4)	日中活動は、賃金よりもやりがいやリハビリの内容を重視している。「利用者のより快適な日常生活のために、生活に根付いたりハビリティに取り組みたい」という事業所としての高い目標がある。
- 2 - (5)	年度初めにアンケートを取り、希望者には1年に2回、職員の付き添いによる小グループでの外出の機会を保障している。買い物外出は職員と1対1で配慮しながら行われている。また、必要に応じて相談センターとの連携も図られていた。
- 2 - (6)	余暇・レクリエーションについて、個々の希望を尊重しながら取り組む姿勢が見受けられた。