

[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	障害者支援施設 こひつじの苑舞鶴	施設 種別	障害者支援施設 (旧体系： )
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成28年1月22日

総 評	<p>昭和62年に身体障害者療護施設として開所し、人権を護るを基本として法人の基本理念実践に向けて、声なき声もひとつひとつ拾い上げ、障害を抱えていても伸びる可能性を信じて追及し、本人や地域に必要とされる施設を目指しています。</p> <p>その実践事例の一つとして、利用者の昼食・夕食時間の変更に向けての取り組みを本人や職員の意見を聴取しながら事業所全体で利用者サービスの改善に向けて取り組んでいます。また、生活向上委員会・リスクマネジメント委員会等については各委員会の目的、実践課題を明確にすることで、職員にとっても分かりやすいものとしています。さらに非正規職員も含めて全職員が喀痰吸引の研修を修了する等、医療的ケアが必要な利用者へ配慮をしています。</p> <p>今回の第三者評価受審において、前回の受審結果を踏まえた継続的な取り組みが確認できませんでした。今後は受審結果を基に検討委員会を設置するなどして更なる福祉サービスの向上に努めていかれることをお勧めします。同じく平成22年9月に中長期計画も策定もされていましたが、検証・見直しを確認できませんでした。次期中長期計画策定に向けて、検証と見直しをお勧めします。人事異動など担当者が変更になる場合は事業継続の為に引き継ぎ書、申し送り事項とするなど検討願います。</p> <p>またプライバシー保護に関するマニュアルの策定をお勧めします。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○職員への事業計画の周知 事業計画の周知に向けては年度初めの職員連絡会において年度方針説明会資料を全職員に配布し、その年度における事業所のあるべき姿や目標とその実践に向けた取り組みを丁寧に説明し、事業所の進むべき方向性が理解できるようにしています。</p> <p>○管理者の責任とリーダーシップの発揮 管理者は地域で必要とされる施設でありたいと考えており、地域社会の中での施設の役割や理解など常に福祉サービスの課題を把握しながら積極的な事業運営に努めています。 また主任会・職員連絡会へ自ら積極的に参画することで職員の意見を取り込める体制が構築され、サービスの質の改善に向けた取り組み姿勢が評価できます。</p> <p>○職員の就労状況への配慮 職員の有給休暇の消化率や時間外労働など総務課において就業状況をチェックしています。その結果は毎月開催の主任会において課題分析等を行うことで職員が働きやすい労働環境の改善に向けた取り組みを行っています。 職員には人事考課や職務希望調査（年1回）を実施するとともに職員との個別面接の機会をもち、職員が相談しやすい体制が構築しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○経営状況の把握 社会福祉事業や地域における福祉ニーズ、地域の特徴や動向は事業所加盟の全国組織、研修会、相談支援センター、支援学校との懇談会等で把握、情報収集していますがそのは把握した情報やデータを中・長期計画や各年度の事業計画に具体的に反映する思いはありましたが現段階ではできていません。今後計画等に反映されることを期待します。</p> <p>○職員の資質向上に向けた取り組み 内部研修の開催や外部研修への参加など職員の資質向上に向けた取り組みは確認できましたが、職員一人ひとりの研修計画（職員別研修履歴等）はありませんでした。人材育成の為にも個別研修計画の策定をされてはいかがでしょうか。</p> <p>○地域との連携 年間多くのボランティアの受入れをおこなっておりますが、その受入れにともなう基本姿勢の明文化であったり、ボランティアに向けた研修がありません。さらには受入れに関するマニュアルも整備されていません。ボランティアに関する基本姿勢の明示、マニュアルの作成等に速やかに着手されることを期待します。</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	障害者支援施設こひつじの苑舞鶴
施設種別	障害者支援施設
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成27年11月16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(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-1-1(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	B	B
		② 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。	A	A
I-2 計画の策定	I-2-1(1) 事業計画の策定について	① 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
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	B	B
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		④ 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。	A	B
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(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	A
	I-3-1(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リーダーシップを発揮している。	A	A
		② 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。	A	A

### [自由記述欄]

1-1-1(1)①法人理念は利用者の主体性を尊重した支援を明文化し、パンフレット等に記載しています。  
 1-1-1(1)②基本方針は当該年度事業計画等で明文化し、利用者処遇実践における行動規範となるようにしています。  
 1-1-1(2)①理念や基本方針は新規採用職員研修や年度当初に説明していますが、会議等で実践テーマを設定するなどの周知に向けた取り組みはありません。  
 1-1-1(2)②障害のある本人(以下「本人」)や家族に向けての理念・基本方針等の周知は、「年度方針説明会」や「連絡会」で実施しています。  
 1-2-1(1)①平成23年度に「中長期策定委員会」を設置し、中長期計画を策定しましたが、検証と見直しをした記録がありません。  
 1-2-1(1)②事業計画は福祉サービスを取り巻く課題等を把握し、全職員参画で策定していますが、評価や見直しは全職員で行っていません。  
 1-2-1(1)③「年度方針説明会資料」を全職員に配布し、実践に向けた取り組み内容を説明するなど周知に向けた取り組みを行っています。  
 1-2-1(1)④事業計画は本人より希望があった際には、資料の配布や口頭での説明を行っていますが、継続的な取り組みはありません。  
 1-3-1(1)①管理者の役割と責任は法人規則にて明文化していますが、広報誌等にはその役割と責任を表明していません。  
 1-3-1(1)②管理者は研修会への参加や人権研修会の開催など法令遵守に向けて積極的に取り組んでいます。また、職員がいつでも法令等が閲覧できるようリスト化しています。  
 1-3-1(2)①管理者は「地域や利用者から必要とされる施設になりたい」との信念のもと、常に福祉サービスの質の向上に向けた強い思いがあります。その思いを実践するために、「主任会」や「職員会議」には自ら参加しています。  
 1-3-1(2)②管理者は経営改善や業務の効率化に向けて、施設のLED化による経費削減、非正規職員の賃金改定、職員配置の在り方など、労務、財務等面での分析や労働環境改善に向けて積極的に取り組んでいます。

## 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(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。	A	B
		② 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。	A	B
II-2 人材の確保・養成	II-2-1(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、職員のやる気向上に取り組んでいる。	A	B
		II-2-1(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
	② 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	B
	II-2-1(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	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。	A	B
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	B	B

	II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	①	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。	A	A
II-3	II-3-(1) 個人情報の保護 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。	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。	A	A
II-4 安全管理	II-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。	①	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
		②	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	B
		③	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。	A	B
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	①	障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	B	B
		②	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。	B	B
		③	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
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	①	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。	B	A
		②	家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

**【自由記述欄】**

II-1-(1)①経営環境や福祉の動向、さらには地域の福祉ニーズ等は研修会や加盟組織等から情報を得ていますが、中長期計画や事業計画に具体的に反映する仕組みにはなっていません。

II-1-(1)②月1回公認会計士が法人に出向して財務分析等を行っています。その結果等は主任会や職員連絡会で検討していますが、中長期計画などに反映していません。

II-2-(1)①人材・人員体制等の考え方や人事管理の方針があり、人事考課を年2回、職務希望調査を年1回実施するなど職員一人ひとりの能力向上に向けて取り組んでいます。しかし、具体的な人材確保計画はありません。

II-2-(2)①年休取得率や時間外労働等、職員の就業状況は毎月チェックしています。また「主任会」において就業状況の改善状況を検討しています。

II-2-(2)②人事考課や職員希望調査時に施設長が面談する等の相談体制はありますが、外部カウンセラーへの紹介等は行っていません。

II-2-(3)①福祉サービス実践のために法人研修会や事業所内研修を実施していますが、組織として求める専門技術や専門資格を明示していません。

II-2-(3)②職員の経験年数等に応じての外部研修参加・福祉QC活動への職員全員参加など職員の資質の向上に向けた取り組みがあります。職員一人ひとりについての教育・研修計画は策定していません。

II-2-(3)③研修報告レポートの提出と職員連絡会議での伝達研修は行っていますが、その後の研修成果に関する評価・分析は行っていません。

II-2-(4)①実習受け入れ担当者の配置や資格に応じた研修プログラムの作成など、実習生が計画的に学べる環境が整っています。

II-3-(1)①個人情報保護に関する規程を設け、採用時には規定順守の誓約書をとっています。また、利用者の広報誌写真掲載には同意を得ています。

II-4-(1)①リスクマネジメント委員会の設置や感染症に関するマニュアル、各関係機関との連絡体制の構築等本人の安全確保に向けた体制を整備しています。

II-4-(1)②火災を想定した訓練や原子力発電所災害による空気清浄器の設置等本人の安全確保の取り組みをしていますが、災害時における応援体制が有効に機能するかなどの緊急連絡網の検証が行われていません。

II-4-(1)③不定期に開催されるリスクマネジメント委員会が事故報告等を検討していますが、事故の原因、要因、解決方法等を分析・評価し、フィードバックするまで至っていません。

II-5-(1)①ボランティアによる外出支援、他事業所との交流や近隣住民を施設行事に招待する等、地域との交流を大切にしていますが、自治会への加入、地域行事等に企画の段階から参画する体制はありません。

II-5-(1)②地域の福祉ニーズは法人内の相談支援事業所等と連携しながら把握に努めていますが、研修会・講演会の開催等事業所機能を地域に還元できていません。

II-5-(1)③「ボランティア連絡会」や「ボランティア受入れ委員会」の設置等積極的にボランティアを受入れる体制はありますが、基本姿勢の明文化やマニュアルを整備していません。

II-5-(2)①社会資源のリスト化や自立支援協議会、舞鶴市障害者相談支援センターとの連携や情報交換を行う等、利用者支援に努めています。

II-5-(2)②季刊誌を発行し、年1回開催の家族連絡会を開催しています。日常的には相談員を通じて家族と連携を密にし、本人の生活における変化がある時等は、迅速に対応しています。

### 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 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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	B
	Ⅲ-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。	① 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。	A	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	B
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	A	A
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。	① 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	B
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 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
		② 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。	A	A
③ 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。	A	A		
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 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。	B	A
		② 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
	Ⅲ-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。	① 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。	A	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。	A	A
		③ 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
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-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。	① 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。	A	A
		② 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。	A	A
	Ⅲ-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。	① 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。	A	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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	B	C

**【自由記述欄】**

Ⅲ-1-(1)①事業所情報はホームページやパンフレットにおいて紹介しています。また事業所見学、体験入所の受入れ体制もあります。

Ⅲ-1-(1)②利用開始時には本人、家族等に対して、重要事項説明書にて口頭で分かりやすく説明できるよう心掛けていますが、ルビを打つなど本人に分かりやすくするような工夫はありません。

Ⅲ-1-(2)①サービスの継続に向けて関係機関との連携を密にし、本人や家族が気軽に相談できるように担当者を設置しています。

Ⅲ-2-(1)①アセスメントは本人や家族、多職種の職員を交えて会議を行い、作成しています。しかし、その会議録が確認できませんでした。

Ⅲ-2-(2)①個別支援計画はアセスメントに基づき、本人視点で作成しています。

Ⅲ-2-(3)①全体会議にて定期的にモニタリングを行っていますが、本人の日々の変化への随時のモニタリングは十分にはできていません。

Ⅲ-2-(4)①日々の記録は状況の変化など具体的に書かれていますが、記録する職員によって記録内容、書き方に差異が生じないような工夫はありません。

Ⅲ-2-(4)②記録管理者、書類の保管、廃棄等は法人の規程で定めています。個人情報保護の観点も踏まえた情報管理の体制を構築しています。

Ⅲ-2-(4)③本人の情報の共有はサービス担当者会議や毎月開催の「班会議」で行うとともに、日々の変更については「連絡ノート」を活用しています。

Ⅲ-3-(1)①日々の生活の中で本人のニーズ把握に努めるとともに、毎月開催の「利用者の話を聞く会」、家族会にも出席して話を聞いています。

Ⅲ-3-(1)②「利用者の話を聞く会」等を通じてた要望等を「班会議」において検討や改善する仕組みはありますが、利用者が参画する検討会議は行っていません。

Ⅲ-3-(2)①意見箱の設置や職員OBによる「ざっくばらん」という傾聴ボランティアがあり、本人が相談や意見を述べやすい環境を作っています。

Ⅲ-3-(2)②苦情解決システムを基に本人や家族にフィードバックを行っています。また、公表については本人等が了承した場合には公表しています。今年度第三者委員の任命はできていません。

Ⅲ-3-(2)③苦情や意見は対応マニュアルに基づいてサービスの改善に向けた取り組みを行っていますが、対応マニュアルの定期的な見直しはできていません。

Ⅲ-4-(1)①本人尊重、プライバシー保護の姿勢が明示し、生活支援実施書を作成して個別的なサービスを実施しています。また職員への周知という点においても体制を整備しています。

Ⅲ-4-(1)②サービスの一定水準確保のために生活支援実施書に基づいて個別支援の実践しています。本人、家族からの意見、要望が反映できるように「生活向上員会」を設置する等の体制があります。

Ⅲ-4-(2)①年2回自己評価を実施していますが、前回の第三者評価受診評価結果を分析・検討する仕組みを組織として定めていません。

Ⅲ-4-(2)②調査時点では前回の第三者評価受審結果を踏まえた分析等が組織として行えていません。継続的なサービスの質の向上や「中・長期計画」や「事業計画」に結果が反映できていません。

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

**【自由記述欄】**

IV-1-(1)①利用者尊重は法人理念等で確認でき、プライバシー保護に関する規程や倫理綱領も整備しています。排泄介助の時にはカーテンを閉めるなどの配慮をしていますがプライバシー保護に関するマニュアルは確認できませんでした。

IV-1-(1)②利用者とのコミュニケーションは個別支援計画に基づき、文字盤、イラストカードを使用する等、利用者一人ひとりの状況に合わせた方法で行っています。さらには日常生活の関わりを大切にすることで、意思疎通が図れるよう努めています。

IV-1-(1)③「利用者の話を聞く会」や「家族会」を開催し、本人の主体性を尊重した取り組みに努めています。但し、「他事業所の自治会」や「家族会」との交流はありません。

IV-2-(1)①入浴介助等の支援は本人の心身の状況を踏まえ、個別に対応しています。浴室や脱衣場のプライバシー保護に関する設備・構造については今後検討していくとことです。

IV-2-(1)②年2回の訪問販売や随時対応の外出支援等で本人の意思を尊重したサービス提供をしています。

IV-2-(1)③月2回の理美容訪問や家族、ボランティアによる個人外出での理美容院の利用等本人の意向を尊重した支援を行っています。

IV-2-(2)①体位交換やおむつ交換等個別マニュアルに基づいて本人に合った介助をしています。寝具等も本人の希望により購入しています。

IV-2-(2)②トイレで排泄を基本とし、排泄介助のマニュアルを整備しています。トイレにはカーテンを設置するなどプライバシー保護の取り組みはありますが、プライバシー保護のマニュアルはありません。清掃は週2回他事業所に委託しています。

IV-2-(2)③月1回の歯科検診と歯科衛生士による週2回の口腔ケア指導を行っています。また夜間緊急時対応のマニュアルを整備し、利用者の健康維持を支援をしています。

IV-2-(3)①2ヶ月1回の嗜好調査や選択食の実施、月2回の「厨房会議」の開催等で利用者本位のサービス提供に努めていますが、その「厨房会議」に利用者の参画はありません。現在、試行期間ではありますが食事時間の変更に向けた取り組みを行っています。

IV-2-(4)①利用者一人ひとりのニーズに応じた選択肢のある活動にはなっていません。今後は利用者の働く意欲促進に繋がるような取り組みを行いたいとのことです。

IV-2-(5)①新聞、雑誌等は本人の希望で購入することが可能です。預かり金も取扱い規程に基づき管理しています。日常生活での決まり事は利用者の会等の意見を参考に決めていきます。

IV-2-(5)②事業所外活動は家族・ボランティア、職員等の介助者と共に基本原則となっています。外出、外泊届の提出は必要ですが本人の意思を最優先としています。

IV-2-(6)①介護タクシー、移送タクシーなどの地域の社会資源を利用したり、地域の情報を掲示したりする等で本人に情報提供しています。但し、利用者自身が企画・立案できるような体制にはなっていません。