

[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	社会福祉法人乙訓福祉会 ハイツまんてん	施設 種別	共同生活介護 (旧体系： )
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会		

平成 24 年 5 月 2 日

総 評	<p>平成 16 年 4 月に開設された本事業所は長岡京市内の閑静な住宅街の中に位置しており、法人運営理念「地域のまんなかで、障害のある方々と共に」を実践している事業所です。</p> <p>この先 10 年先を見通した法人運営を行う為に、平成 23 年度に乙訓福祉会「将来構想プロジェクトチーム」を設置し、平成 33 年度までの「将来構想計画」に利用者・家族・職員・コンサルタント等の意見を集約しながら取り組んでいます。この計画は地域の福祉及び法人の現状を捉え、今後の地域や法人の将来像を見据えたものとなっており、今後着実に実現されることが期待されます。</p> <p>利用者本位の福祉サービスの提供という点においては、民家改修であるにもかかわらず、重度障害者にも利用していただけるホームとして、エレベーターや災害時における避難器具を設置しています。さらには定員 7 名で 1 階が女性、2 階には男性の利用者が居住されていますが、夜勤者 1 名配置基準のところを男女 1 名ずつの 2 名体制にすることで、同性介助への対応を行うなど、利用者の安心・安全への細やかな配慮を感じることができました。</p> <p>今回の訪問調査において、各種マニュアルを確認することができませんでした。今後はサービスの標準化という点からも、これまでの取り組み反映したマニュアルを順次整備されることをお勧めします。</p>
特に良かった点(※)	<p>○理念・基本方針</p> <p>法人運営理念は法人創立 20 周年記念誌、広報誌、ホームページ、求人情報誌等に幅広く掲載されています。その運営理念からは利用者尊重、利用者本位、利用者の主体性を重んじる姿勢や、法人の使命、目指す方向や考え方、さらには職員の行動規範などが確認できました。</p> <p>○職員の質の向上に向けた体制の確立</p> <p>法人運営理念、家族連絡会総会資料に職員に求める基本姿勢等が明示されています。又、法人として研修担当者が配置され、研修案内には研修目的が示されています。研修会開催時には送迎バスを配車し、さらには職員が資格取得を目指す場合には勤務配慮をするなど、職員の資質向上に向けた取り組みを行っています。</p>

	<p>○利用者の健康管理</p> <p>利用者の健康管理・維持においては、月2回歯科衛生士による相談指導があり、その結果は歯科衛生士との連絡ノートにより詳細に把握することができます。口腔ケアは利用者が日々の生活を送る上で、非常に重要な事柄の一つです。このことを踏まえ、今後も更なる口腔ケアの充実に向けて取り組まれることを期待します。</p>
<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○理念・基本方針の周知</p> <p>理念・基本方針は年度当初に職員会議、家族連絡会では資料を配布し、説明を行っていますが、利用者には事業所からではなく、法人内の日中活動事業所に任せています。事業所として責任をもって継続的に周知への取組みをされることをお勧めします。</p> <p>○地域との関係</p> <p>事業所は住宅街に位置していますが、自治会には未加入であり、協働事業を行っていませんので、地域との関係が希薄のように感じます。今後は理念に掲げている「地域のまんなかで」を実践していく為にも、自治会の活動に参加したり、協働事業を行うなど、利用者が地域の一員として生活をしているという実感が沸くように努めてください。</p> <p>○利用者が意見を述べやすい環境</p> <p>苦情に関する意見箱、苦情受付担当者等を示す掲示物がありませんでした。日々の生活の中で相談などは受けていますが、苦情・要望は直接言いにくいものです。しかし、苦情・要望はサービスの質を高める為にも必要なものです。意見箱等の設置やアンケート等を実施する等、利用者・家族の意見が出しやすい環境をさらに整備されることをお勧めします。</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	社会福祉法人乙訓福祉会 ハイツまんてん
施設種別	共同生活介護
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成24年3月5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。	B	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。	B	B
I-2 計画の策定	I-2-(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。	C	A
		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。	B	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。	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	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リーダーシップを発揮している。	B	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	C	A

**[自由記述欄]**

I-1-(1)① 法人理念は『乙訓福祉会だより』、パンフレット等に記載しており、利用者尊重を第一義とした姿勢が見られます。

I-1-(1)② 基本方針は法人理念に基づき、職員の行動規範となるよう定められています。

I-1-(2)① 年度当初に理念・基本方針は職員に配布し、説明をしていますが、事業所として年度を通じての継続的な取り組みが不十分でした。

I-1-(2)② 理念・基本方針は年度初めの家族連絡会総会において説明され、その後は毎月開催の家族会において継続的な取り組みがありますが、利用者への継続的な取り組みは確認できません。

I-2-(1)① 平成24年6月実施を目的に、平成23年度～33年度における「将来構想計画」を利用者・家族・職員等のパブリックコメントを検討しながら作成中です。

I-2-(1)② 事業計画作成についてはボトムアップ形式での課題の把握、目標設定を行う体制がありますが、評価、見直しなど、共同生活介護事業所という観点から全職員で行うという体制はありません。

I-2-(1)③ 事業計画は世話人会議等で資料を配布するなど、職員周知への取り組みがあります。

I-2-(1)④ 家族には年度初めの家族連絡会において周知しています。利用者は、同法人内の日中活動事業所の利用者であるので、事業計画等の説明はその事業所に委ねており、本事業所としては継続的な取り組みはありません。また、周知方法への工夫や配慮は今後の課題となっています。

I-3-(1)① 管理者の責任と役割等は就業規則等に記載されていますが、広報誌等への記載はありません。

I-3-(1)② 管理者は積極的に研修会等に参加するとともに、職員がいつでも法令等が閲覧できるように整備しています。また、虐待防止に関する研修会の開催などの取り組みがあります。

I-3-(2)① 管理者は毎月開催の常勤職員会議に参加することで、職員の意見を反映しながら、サービスの質の向上等に関する評価・分析を行っています。

I-3-(2)② 管理者は法人運営事務局会議に参画し、経営や業務の改善に向けた分析等を行っています。又、夜勤者を7名定員の中で2名配置することで、同性介助や重度利用者への配慮など、法人理念にある利用者主体のサービスの提供が実践されています。

## 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し、改善を行っている。	B	B
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、職員のやる気向上に取り組んでいる。	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。	B
	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-(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	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・見直しを行なっている。	B	A		
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。	B	B	
II-3 個人情報の保護	II-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。	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。	B	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	B
		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。	C	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。	C	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。	C	C
	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	B
		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 平成24年6月に完成予定の「将来構想計画」作成もあり、乙訓圏域中心に福祉ニーズ等のデータを収集しています。

II-1-(1)② 事務局会議での経営分析結果は、懇談会、職場会等を通じて共有されていますが、専門家による指導はありません。

II-2-(1)① 運営事務局で今後の人材確保・育成を検討していますが、職種・役職に求められている役割・責任を明確にして、職員に周知することに課題があります。

II-2-(2)① 有給休暇や時間外労働等の就業状況は、定期的に事務局会議や居宅部会で分析・検討しています。個別面接を通じて、職員の意向・意見を把握しています。

II-2-(2)② 「共済会」への加入や職員の「親睦会」の組織化もあり、相談を聞く機会を設けていますが、外部のカウンセラー等の専門家の紹介は行っていません。

II-2-(3)① 教育・研修に関する方針や年間計画は、毎年、法人内会議で検討され、介護福祉士等の取得の際は、勤務時間等の配慮があります。

II-2-(3)② 職員個々の介護技術レベル等の把握はできていますが、職員一人ひとりの教育・研修計画は策定されていません。

II-2-(3)③ 研修終了者は報告レポートを作成し、発表の機会を得ています。法人の研修委員会がアンケートを取り、分析等行っています。

II-2-(4)① 法人では実習指導者研修等を実施し、受け入れ体制を整えています。本事業所では利用者への影響や職員との人間関係を鑑みて、受け入れていません。

II-3-(1)① 個人情報保護法を理解したサービス提供に取り組むため、運営規程や『勤務の葉』の中に明示しています。

II-4-(1)① 外出時等には、「在宅療養手帳」を所持してもらい、連絡方法や支援体制を策定していますが、マニュアルの作成や地域の自治会等との情報交換は、これから取り組むところです。

II-4-(1)② 火災受信装置・火災通報装置に加えて、二階には緩降機も備えてあり、定期的な避難訓練も実施されていますが、地域の自治会等との連携は24年中に動きかける予定です。また、備品リストはありますが、備蓄リストはありません。

II-4-(1)③ 「事故報告書」をもとに管理者等から指導を受け、会議で報告していますが、事故防止に関する研修は行っていません。

II-5-(1)① 長岡京市の障害者支援事業所等の冊子で社会資源などの情報を提供していますが、課題である地域との関わりについては、近くの畑を借りることで足がかりにしたいと考えています。

II-5-(1)① 長岡京市の障害者支援事業所等の冊子で社会資源などの情報を提供していますが、課題である地域との関わりについては、近くの畑を借りることで足がかりにしたいと考えています。

II-5-(1)② 家族会の要望を中心にニーズの把握に努めています。法人としては講演会等を開催していますが、事業所としてはできていません。

II-5-(1)③ 利用者への影響等を考えて、事業所としてボランティアを受け入れる方向性を打ち出していないため、マニュアル等が整備されていません。今後、利用者との自然な関わりの中で受け入れができればと考えています。

II-5-(2)① 長岡京市ケアマネ会議(障害者のサービス調整会議)に出席し、関係機関との情報交換等を行っています。「長岡京市障害福祉の手引き」等で社会資源を明示していますが、リスト化はしていません。

II-5-(2)② 月一回の家族会・年一回の個別面談や必要に応じての面談を通して、情報提供や支援を行い、連携・交流を深めています。

### 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。	B	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	A
	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。	B	B
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。	B	A
		① 個別支援計画を適正に作成している。	B	A
	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われている。	① 定期的な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。	B	B
	Ⅲ-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。	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。	B	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。		B	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。	C	A
	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。	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 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。	C	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ため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ための実施方法が文書化されサービス提供されている。	C	B
		② 一定の水準を確保するため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。	C	B
	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な評価を行な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、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 事業所の情報をホームページやパンフレットで、また長岡京市中央生涯学習センターにも配布し、広く情報提供をしています。また、体験入所には力を入れて取り組んでおり、利用者等の希望に対応できる体制を作っています。

Ⅲ-1-(1)-② 説明文にはルビを付け、重要な項目は特に文字を大きくし、日常生活自立支援事業等の紹介を含むさまざまな説明を丁寧に行い、同意を得ています。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者の地域生活への移行も視野に入れて、ケース会議を開催し相談支援事業所等との連携を図っていますが、退所時に引継ぎ事業所が決定していないケースもあったとのこと。

Ⅲ-2-(1)-① 利用者の状況を適切に把握するために所定のアセスメント様式を用いて、利用者の意向の実現に向けた取り組みを行っています。

Ⅲ-2-(2)-① 個別支援計画は利用者本位の視点に立ち作成され、関係職員に周知する仕組みがあります。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者の誕生日には定期的にモニタリングを行っています。また、利用者や家族に環境や状況の変化があった場合、日々の記録の中で必要と判断した場合には随時モニタリングを行っていますが、それらの詳細な記録は確認できませんでした。

Ⅲ-2-(4)-① サービス実施に関する記録については、記録者間に差異が見受けられないようにサービス内容をリストアップした記録用紙の検討を行い、現在、作成中です。

Ⅲ-2-(4)-② 記録の取り扱いに関する規程は策定されていますが、廃棄に関する規程の作成と個人情報保護と情報開示に関する研修は行われていません。

Ⅲ-2-(4)-③ 利用者本人の支援の内容の共有と統一を確保するために「個別支援内容確認シート」を作成し、情報の共有化を図っています。

Ⅲ-3-(1)-① 個人面談を年に1回と家族会を毎月行って個別のニーズの把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)-② ケース会議において利用者等に配慮したニーズ充足に関する検討を行っています。

Ⅲ-3-(2)-① 家族がグループホームを訪問されたときに相談や意見を述べやすいような工夫はしていますが、匿名でのアンケートの実施や意見箱の設置はしていません。

Ⅲ-3-(2)-② 苦情解決の体制として受付担当者や第三者委員の設置はあります。しかし、今までに苦情はなかったとのこと、苦情内容や解決方法等や結果の公表はありません。

Ⅲ-3-(2)-③ 日々の生活支援のサービスの改善には迅速に対応していますが、対応マニュアルはありません。

Ⅲ-4-(1)-① 利用者それぞれの状況に対応した「個別支援内容確認シート」を活用することで一定の水準の確保を図っています。サービスの実施が確認できる仕組みとするところを今後の課題としています。

Ⅲ-4-(1)-② 家族会を開催し、そこで出された意見を基にサービスの見直しを行っています。一定の水準を確保するための見直しの時期等は明確には定められていません。

Ⅲ-4-(2)-① サービス内容については全職員が評価を行っています。自己評価は行っています。また第三者評価は今回が初めてです。

Ⅲ-4-(2)-② 評価結果に基づく課題や改善策は今回の評価結果を活かして取り組んでいただけるように期待いたします。



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(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。	A	B
IV-2 日常生活支援	IV-2-1(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。	A	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-2-1(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	A	B
		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-2-1(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。	A	A
	IV-2-1(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。	A	A
	IV-2-1(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。	A	A
	IV-2-1(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。	A	A

#### 【自由記述欄】

IV-1-1(1)① 利用者尊重の理念、倫理を整備し、夜勤職員を男女1名ずつ配置することで同性介助を実践しています。ただし、プライバシーに関するマニュアルがありません。

IV-1-1(1)② 職員は利用者・家族と常にコミュニケーションをとることで、それぞれの思いを尊重しています。

IV-1-1(1)③ 毎月開催の家族会、他事業所のケアホーム・グループホームとの交流はありますが、利用者本人の会は組織されていません。

IV-2-1(1)① 入浴においては個別支援が行われています。また手すり、シャワーチェアを設置するなど利用者への配慮も伺えました。さらには利用者とは相談しながら入浴時間は本人に任せるなど、自主・自立を尊重する姿勢があります。しかし入浴介助等のマニュアルがありません。

IV-2-1(1)② 衣服等は家族が購入される場合があるが、利用者、家族と連携しながら本人の個性、好みを尊重しています。

IV-2-1(1)③ 理美容においては移動支援において利用者希望の理髪店等を利用される場合と家族が同伴される場合等本人の希望により選択できることで利用者の意思が尊重されています。

IV-2-1(2)① 全室個室であり睡眠においては十分な配慮がされており、個別支援としての確認シートがあります。しかし、体位交換等のマニュアルとしては整備されていません。

IV-2-1(2)② 夜間の排泄に個別支援が必要な利用者には、排泄記録などをもとに職員が医師や家族との連携による支援が行われていますが、排泄介助等に関するマニュアルはありません。

IV-2-1(2)③ 家族・日中活動事業所等と連携することで健康管理には十分注意が払われており、月2回歯科衛生士による相談指導も行われています。利用者の体調の変化には緊急対応規則により対応をしています。

IV-2-1(3)① 日中活動事業所等と連携し、疾病により食事制限のある利用者への配慮を行っています。利用者も参画した月1回のメニュー検討会議では、料理の本で利用者の視覚に訴える等の工夫をしながら、利用者の希望を聞き取っています。

IV-2-1(4)① 事業所内では個人個人が思い思いの時間を過ごすことができるような支援を心掛けています。

IV-2-1(5)① 日中活動事業所と連携し、金銭管理に関する支援を行っています。日常生活においては常に本人と話し合いの場をもつことで、意思疎通を図りながら、生活支援を行っています。

IV-2-1(5)② 外出においては移動支援、行動援護の制度を利用しています。外泊、外出時は「在宅療養手帳」を必ず持参することで、緊急時の対応が行えるようになっています。

IV-2-1(6)① 利用者は日中活動事業所から帰宅後は近くのコンビニに行ったり、休日には買い物等に出かける等の余暇活動を楽しんでいます。職員は利用者の希望を聞き、個別支援に取り組んでいます。