

[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	社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会 いこいの村・栗の木寮	施設種別	指定障害者支援施設 (施設入所支援、生活介護)
評価機関名	一般社団法人 京都社会福祉士会		

平成 26 年 7 月 25 日

総 評	<p>いこいの村・栗の木寮は「ろう重複障害者」の労働・生活施設として昭和 57 年に開設され、法人理念の「完全参加と平等」の下、その理念を施設運営と地域社会に生かす、障害者の社会的自立、労働を通じた人格の発達、生き生きとした暮らしの実現、地域社会と手をつなぎ明るい社会の発達等、事業所の 6 つの基本理念に基づき、農業やパン作り等、共に働き、学び、豊かに暮らす場づくりに取り組んでこられました。</p> <p>近年は、利用者の聴覚障害と知的あるいは精神等との重複障害、高齢化の一方で、年代の若い利用者のニーズの多様化など、多くの困難な課題やニーズに対して着実に取り組んでいます。施設の老朽化への対策や利用者の生活環境改善などの課題に対し相当の努力をしています。</p> <p>また、聴覚等障害者の当事者団体との連携での中長期計画の策定とそれに基づく取り組み、これまでの第三者評価の指摘を生かした対応など、新しい作業部門の拡大や利用者の収入増、組織強化やサービスの質、地域との連携等への取組が着実に進められています。</p> <p>今回の受診に当たっては、部内の運営会議と全体会議で合計 4 回の協議を経て自己評価をまとめられ、その取り組みを通じてこれまでの取組の強みと、業務のマニュアル化や人材育成計画に課題を見出されたとのことでした。</p> <p>今後も業務の標準化や職員間の意思統一など課題は継続しますが、これまでの組織の強みを生かし、確実に前進されることを期待します。</p>
特に良かった点(※)	<p>○様々な重複障害に対応したコミュニケーション支援 利用者の聴覚や言語等、様々な障害に対して、写真や絵、文字等を使った掲示や視覚資料を個々の利用者に対応するよう作成する等、コミュニケーションツールの工夫が行き届いています。</p> <p>○当事者能力の支援 利用者の自治会「あゆみ会」で、意見や計画を利用者自らが提案し、施設に要望できるよう支援する他、外来者の施設見学に対しても利用者自身が案内・説明するなど、当事者能力の支援に積極的に取り組んでいます。</p> <p>○職員間の情報共有の早さ 職員会議が様々なレベルで設定され、盛んに行われていることに加え、日々の情報共有は朝、夕の口頭での引継ぎと文字情報での確認の二つの流れが併用されており、職員間の情報共有が確実かつ大変早く行われています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○障害のある本人が意見等を述べやすい体制 苦情解決の仕組みに関する要綱は整備されていますが、第三者委員の連絡先の掲示、苦情解決の結果に関する公表など、要綱と実際の運用に一部ですがズレがありました。 また、苦情以外の意見に対しては記録する様式はあるものの、対応マニュアルは整備されていません。 利用者やそのご家族、関係者等の様々な声を受け止める窓口について、その望ましい在り方を再検討して、改善されることを期待します。</p> <p>○業務マニュアルや規定等の見直し 利用者の障害の現状や本人の思いなどもあり、日常の基本的な生活支援に関して課題を抱えている人たちへのアプローチが課題であると伺いました。 サービスの個別化が目的ではありますが、その基礎となる標準化の仕組みも機能している必要はあります。業務のマニュアル化はある程度はできていますが、見直しに関する規定や記録等が確認できませんでした。業務やサービスの標準化の仕組みを「見える化」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	社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会 いこいの村・栗の木寮
施設種別	障害者支援施設（施設入所支援・生活介護）
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26年4月21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 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	A	A
		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) 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	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		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	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	B
	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。	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]

I-1-(1)(2) 法人理念に基づく事業所の基本方針6項目を明文化し、掲示物やパンフレット等で周知しています。基本方針は、年度後の事業計画で具体化し、その達成状況を総括会議に向けて時間をかけて討議しています。

I-2-(1)① 聴覚障害当事者団体等関連団体との共同で2012年から2022年までの「新レインボープラン」を策定しています。さらに、2013年には法人と京都市立大学との共同で、「京都府北部地域における聴覚障害児・者の社会参加促進に関する実態調査」を行い、報告書が作成しています。

I-2-(1)④ 利用者に対する事業計画の説明は、利用者の理解力のバリエーションに対応して写真等の画像でのパワーポイント、手話や触手話などを使いながら説明しています。仲間会議が月2回、年3回の家族の会を開催し、説明や意見集約の場となっています。

I-3-(1)① 毎月発行し、利用者団体や施設近隣の世帯に配布している「いこいの村新聞」に、管理者からのメッセージや、その役割・責任に関する記事を年5回掲載しています。

I-3-(1)② 組織として遵守すべき基本的な関連法令について、既存の法令集は常備しているものの、リスト化する等の取組は確認できませんでした。

I-3-(2) 管理者は石釜パン製造販売事業、ケアホーム開設等の新規事業、個室化の実現等の福祉サービスの質向上の取組に対して、資金、家族の了解、利用者負担問題等々、理事会の承認に向けて先頭に立ち取り組んでこられました。

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。	A	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	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、職員のやる気向上に取り組んでいる。	C	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。	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	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。	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	A
			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
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	A	

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。	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	A
		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。	B	A
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。	A	A
		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。	A	A
		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	A
	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) 関連団体と共同での「新レインボープラン」、北部地域での実態調査を実施しています。また、経営状況の分析は、総務係での分析、部長会議での検討、法人レベルでのという流れで、具体的には通所数のアップによる収益改善などの取組を行っています。

II-2-(1) 手話通訳者や要約筆記者の養成など、広く聴覚障害者支援に関する人材育成に法人として積極的に取り組んでおり、そのことが人材確保につながっています。また、職員のレベルごとの研修は法人レベルで実施しており、毎年11月には職員の配置等の意向聴取を行い、それに基づいて翌年度の採用や配置計画を作成しています。

II-2-(2)② 希望あれば外部の産業医と面談できる仕組みを設けており、そのパンフレットを作成しています。

II-2-(3) 「いこいの村 人材育成及び定着に関する計画」を策定しています。また、聴覚言語士・手話通訳者に関する育成計画が中長期計画に含まれています。

II-2-(3)②③ 職員一人ひとりの研修計画は年度初めに作成し、それに基づいて研修を実施しており、個人ごとの研修成果の評価・見直しを議論していますが、その記録はありません。

II-2-(4) 実習生の受け入れについての基本姿勢を明確にしています。介護福祉士実習生を受け入れるために実習指導者研修を受講しています。

II-3-(1) 個人情報保護に関する基本について規程を設けており、開示請求があった場合についても対応できる体制にあります。

II-4-(1)① 安全確保について利用者、職員が一体となって検討会を随時開催し、そこでヒヤリハット事例についても検討しています。いこいの村全体で感染対策委員会を設けて共通の問題として対処しています。

II-4-(1)② 他の地域の施設利用者を受け入れる体制にあり、現に阪神大震災時には他県から受け入れた実績があります。

II-4-(1)③ 事故については原因を分析し、防止策を検討しています。毎週火曜日に利用者の状況について、安全面からの評価、見直しを行っています。

II-5-(1)① 利用者が地域の行事に参加するなど、地域との関係が保たれています。その際の送迎も地域の移送サービス団体を利用しています。

II-5-(1)② 「次世代担い手育成事業」としての体験施設として小・中学生を受け入れ、障害についての理解を深めてもらう努力をしています。法人内の相談支援機能と連携し、地域のニーズの把握に努めています。

II-5-(1)③ 施設のサークルなどにボランティアを受け入れており、受け入れ時にはオリエンテーションを行うなど、受け入れ体制を整えています。

II-5-(2)① 施設には介護保険で定義されている「生活相談員」は配置義務が無いことから、限られた職員が地域の社会資源や関係機関との連携を図るように努めています。ただし、利用者・家族、職員がいつでも確認できるような体制にはなっていません。

II-5-(2)② 利用者の家族が定期的集まる場を設けて連携を図っていますが、利用者・家族の高齢化などに伴って参加者が減少しているのが現状です。

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。	A	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。	A	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	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。	A	A
	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。	B	B
		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。	A	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。	A	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。	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。	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。	A	A
	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。	B
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	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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	A	A

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)① 利用希望者に対してはパンフレットやホームページ等で情報を提供しています。利用希望者が施設に来られた時には利用者自身が案内、説明できるように写真、絵などを使った掲示物を作成して「生の声」を発信しています。

Ⅲ-1-(1)② 利用者の障害特性に応じた方法で説明、理解してもらうようにしています。

Ⅲ-1-(2) 支援内容の変更などを行う時には、利用者・家族に説明しています。地域生活移行については他事業者、関係機関と連携を図る手順を定めてはいますが、いつでも誰でも使えるような様式にはなっていません。

Ⅲ-2-(1) アセスメント表・様式を定めて、これに基づいてアセスメントとニーズ把握を行っています。

Ⅲ-2-(2)③ 年2回、個別支援計画、見直しを行い、それに加えてカンファレンス、ケース会議を行っています。この結果を個別支援計画に反映させています。

Ⅲ-2-(4)① 職員の記録はありますが、職員によって見方や書き方が違ったりしていることが見受けられます。こうしたことが無いように研修を開いて標準化、共通化をすることを計画している段階です。

Ⅲ-2-(4)② 個人情報保護規程を定めて記録管理責任者も任命していますが、職員間によって差があるのが事実であり、標準化、共通化をするため研修を予定しています。

Ⅲ-2-(4)③ 利用者の情報は紙媒体で記録し、日誌や回覧を通じて情報の共有化を図っています。日々の情報の引き継ぎは朝、夕にそれぞれ30分の時間を設けて口頭、文書で行っています。ファイルやパソコンでも情報は確認できる体制にあります。

Ⅲ-3-(1) ニーズ充足の取り組みとして、利用者主体の自治会(あゆみ会)や年3回の家族の会、仲間ミーティングを行っています。また、利用者のケースを担当制にし、それぞれの利用者に担当職員を決めることによって、利用者一人ひとりのニーズの充足に努めています。

Ⅲ-3-(2) 意見箱や第三者委員、相談窓口の設置により、利用者本人が意見等を述べやすい環境を整備していますが、第三者委員の連絡先は掲示されていません。また、月1回、聴覚障害者(精神保健福祉士)によるカウンセリングの場を設けています。苦情の内容とその対応については、家族会の場で報告しています。

Ⅲ-4-(1) 業務マニュアルの整備により、一定の水準を確保するための実施方法を文書化していますが、業務マニュアルの作成日、改定日等の記載がなく、実施しているかどうかの確認のシステムが不十分です。

Ⅲ-4-(2) 中間総括会議、年度末総括会議での自己評価を年1回以上行っています。

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)	A	A
		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	A
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	A
		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。	B	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。	B	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	A
		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。	A	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。	A	A
	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。	A	A
	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。	A	A

【自由記述欄】

IV-1-(1) 年1回の虐待防止についての研修を外部からの講師を招いて行っています。障害のある本人を尊重したサービスに関する倫理は、就業規則に規定しています。聴覚、言語障害のある利用者には、写真や絵を使った掲示、パワーポイント等により、視覚で理解してもらうようにしています。利用者の自治会「あゆみ会」があります。仲間ミーティング、役員会を月2回行い、利用者間の話し合いの場を設けています。また、年3回の家族の会で、家族からの要望を聞きながら本人を尊重したサービスの提供等について協議しています。

IV-2-(1) 週2回入浴支援を行っています。職員体制上、見守り等が十分に行えないという課題はありますが、介助が必要な利用者については、個々に働きかけを行っています。衣服・理美容についても、課題のある利用者に対しての解決に向けた動きが不十分と自己評価していますが、個々の利用者に応じて支援を行っており、また、利用者の希望を尊重した支援に努めています。

IV-2-(2) 排泄に関しては、排泄記録表を用いて、利用者個々の排泄リズムを把握するよう努めています。また、睡眠に関しても、生活記録表により、一人ひとりに合った支援を行っています。

IV-2-(3) 毎月1回の健康連絡会により、個性を尊重した特別食の提供に努められています。

IV-2-(5) 事務所外での活動において、不測の事態に備えて、障害のある本人に電車の乗り換え方法等の交通安全学習を行うとともに、連絡先を表記したカードを利用しています。

IV-2-(6) お盆、年末年始に帰省されない利用者に対して、近隣の神社等に初詣に出掛けたり、話題になっている場所の料理を提供したりと、利用者に配慮した支援を行っています。