

[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 | 第2乙訓ひまわり園 | 施設種別 | 障害者総合支援法による事業所 (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27年4月14日

| | |
|-----|---|
| 総 評 | <p>ひまわり園は平成12年に府立向日が丘養護学校（現在の支援学校）卒業生の進路に困っていた保護者からの要望があり、その行先の確保を目的の一つとして設立されました。</p> <p>平成22年に設立した第二乙訓ひまわり園は「自分らしくいきいきと」をモットーにサービスを提供しています。</p> <p>定員40名の生活介護事業所で、<u>1階に利用者14名、2階に22名</u>が通っています。現在、利用者の年齢や障害の状況に対応していけるように、健康面の配慮から看護師を2名配置し、併設の健康支援センターと連携して利用者を総合的に支援しています。利用者の個人支援プログラムによるアセスメントから、生活や活動等の個別支援計画を作成して、利用者の状況に応じて過ごしやすい環境が整えられていることや、職員の利用者への関わりから、一人ひとりに対して丁寧に対応している様子が見えがえしました。</p> <p><u>隣接する乙訓ひまわり園では喫茶コーナーやパン販売を行っており、地域住民に利用されているとのことです。</u>また、「ひまわりフェスタ」という催しを行い、地域との交流も積極的に行っておられます。</p> |
|-----|---|

| | |
|----------------------|---|
| <p>特に良かった点(※)</p> | <p>○業務振り返りチェックシートの活用 職員は、3か月に1回チェックシートで自分の業務の点検、振り返りを行っています。それを管理者がチェックし、コメントを記載することにより、職員のモチベーションを高めるようにしています。</p> <p>○個別支援への取組 アセスメント表を使って利用者のアセスメントを丁寧に行い、サービス提供のモニタリングもきめ細かく行っています。利用者・家族との面談で意向を確認し、ニーズや要望に迅速に対応しています。個別支援内容表に具体的な支援内容を記載し、これに基づき利用者の今後の地域生活・自立生活に必要なエンパワメント支援を進めています。</p> <p>○環境設定 活動ルームは、つい立てを活用することで利用者への他からの刺激を少なくし、自分の空間を確保できるようになっています。気持ちを落ち着かせ、次の活動につなげるようなリラクゼーション効果を得られるスペースを設けています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>○理念、基本方針の周知、理解への取り組み 法人の基本理念、施設の目標、実践方針はパンフレットに掲載していますが、職員への周知は十分とは言えません。理念、基本方針は、職員の指針となるものです。職員会議の場で理念、基本方針について取り上げる等、職員の意思統一を図る機会を設けてはいかががでしょうか。</p> <p>○中・長期計画の策定 施設として中・長期計画を策定することで、施設の方針や未来図が明らかになります。現場の職員も参画し一緒に検討して、中長期計画の策定に取り組んでください。</p> <p>○管理者と現場職員の課題の取り組み 日々の利用者への個別支援は、利用者や家族の要望に対応して実施していることが記録等で確認できました。現場の課題解決の取り組みには現場職員だけでなく、管理者も共に取り組むことが求められます。施設全体で諸々の課題の解決に努めてください。</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 | 社会福祉法人向陵会 第2乙訓ひまわり園 |
| 施設種別 | 障害者総合支援法による事業所（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27年1月20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。 | C | C |
| | | 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。 | C | C |
| 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 | 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。 | B | B |
| | | 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。 | C | C |
| 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。 | C | C |
| | | 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 | 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。 | B | B |

[自由記述欄]

I-1-(1)①パンフレットとホームページで法人理念を明示しています。
 I-1-(1)②パンフレットで基本理念にもとづく実践方針を明示しています。
 I-1-(2)①パンフレットとホームページに法人基本理念がありますが、職員に周知する資料がありません。
 I-1-(2)②3か月に1回開催している家族会で説明していますが、利用者への周知はできていません。
 I-2-(1)①中・長期計画を策定して取り組む必要性は認識していますが、現時点では策定できていません。
 I-2-(1)②今年度の事業計画を見直しをしている段階ですが、年度途中の実施状況の把握、評価を行っていません。
 I-2-(1)③次年度の事業計画を職員全体会議で理事長が説明していますが、職員の理解が深まる工夫が必要です。
 I-2-(1)④家族会で説明はしていますが、資料を用いていません。
 I-3-(1)①管理者は自らの役割や責任について文章で表明していません。
 I-3-(1)②管理者は研修などに参加し、法令遵守について常に意識はしていますが、職員への周知はできていません。関係法令についてのリスト化等も行っていません。
 I-3-(2)①職員が記入した「業務振り返りチェックシート」に管理者がコメントし、業務の質の向上、意識の向上につなげています。
 I-3-(2)②管理者は事業所の財務シュミレーションを行い、人員の確保を考えるなど取り組んでいます。しかし、財務について職員の理解を深めるような取り組みはできていません。

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 | 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 | 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。 | 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 | C |
| 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。 | 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。 | 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 | 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乙訓連絡協議会や自立支援協議会への参加を通して、地域のニーズや動向を把握していますが、把握した情報を事業計画に反映するまでには至っていません。

Ⅱ-1-(1)②利用者数や利用率を基に財務シュミレーションを行い、管理職会議で職員比率の検討やコストの分析していますが事業計画に反映していません。

Ⅱ-2-(1)①目標管理シートで職員の目標や希望を把握し、職種別業務項目一覧表で管理職・指導職の役割責任を明確にしていますが、有資格者の配置や人員体制は計画的なものとはなっていません。

Ⅱ-2-(2)①個人面談を年2回を行い、職員の意見や要望を聞き取る機会としています。センター長は職員の就業状況を把握していますが、人員体制に対する具体的な計画にはなっていません

Ⅱ-2-(2)②管理者は職員との個人面談を行っています。福利厚生事業として共済会(ソウエルクラブ)に加入し、メンタルヘルス事業の紹介をしています。

Ⅱ-2-(3)①職員が資格取得のために休日を取る時は、勤務体制を配慮してしていますが、教育・研修に対する基本姿勢や方針は明示していません。

Ⅱ-2-(3)②職員の技術や知識、必要な専門資格を把握し、研修委員会で研修計画を作成しています。新人職員の研修も実施していますが、個人毎の研修計画にはなっていません。

Ⅱ-2-(3)③研修報告書を作成し、伝達研修や回覧で全職員に周知しています。伝達研修後のアンケートの結果を基に次年度の計画を策定しています。

Ⅱ-2-(4)①実習担当委員会で、実習受け入れについてのスケジュール、プログラムを作成し、教員の訪問時にプログラムについての意向を確認していますが、マニュアルは作成していません。

Ⅱ-3-(1)①個人情報保護に関する規程は作成中で、個人情報保護法の理解、遵守は不十分です。

Ⅱ-4-(1)①危機管理マニュアルを作成して、救急救命の研修を実施しています。利用者一人ひとりに応じた緊急時の対応マニュアルを作成して、すぐに対応できる体制を取っています。個人懇談時にマニュアルの見直しをしていますが、利用者の外出時の連絡体制が明確ではなく医療機関等との連絡体制を取る仕組みがありません。

Ⅱ-4-(1)②地域の避難場所に指定されており、地下に雨水を貯めるタンクを備えています。年2回避難訓練を実施し、警報発令時の通所の対応について定めていますが、災害対応時の体制が機能するかの検証や安否確認の方法を定めていません。

Ⅱ-4-(1)③ヒヤリハット報告を基に分析、検証を行い、グループ会議で対策を検討しています。センター会議で分析結果の報告と研修を行い、定期的に評価、見直しを行っています。

Ⅱ-5-(1)①社会資源や地域の情報を利用者に提供し、近隣の商店に買い物に行く等の活動を行っていますが、自治会には加入していません。また、地域の行事に参加する機会もありません。

Ⅱ-5-(1)②地域住民も参加する「ひまわりフェスタ」を開催し、障害に関する相談にも応じていますが、研修会や講演会は開催していません。

Ⅱ-5-(1)③外出時にボランティアの受け入れ、登録カードを提出しています。利用者情報を提供して説明をしていますが、受け入れに対するマニュアルはなく、計画的な受け入れ体制とは言えません。

Ⅱ-5-(2)①相談支援事業所やグループホームのミーティングに参加しています。情報を共有し、連携を図りグループホーム入所につながったケースがあります。関係機関は電話連絡先一覧のみで、リストの作成には至っていません。

Ⅱ-5-(2)②連絡帳や送迎時に情報提供し、個別懇談を年2回、グループ家族懇談会を年2回開催して交流の機会を持っています。

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 | B |
| | | 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。 | 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。 | 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 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。 | A | A |
| | | 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。 | B | B | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|--|---|
| 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。 | 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。 | 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。 | C | C |
| | | 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。 | 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 | 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に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。 | C | C |

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)①ホームページとパンフレットで情報提供していますが、公共施設等には置いていません。見学は随時受け入れています。受付簿などの記録は残していません。

Ⅲ-1-(1)②契約書、重要事項説明書でサービス内容や料金の説明し、契約を交わしています。利用者にわかりやすい内容とは言えません。

Ⅲ-1-(2)①グループホームへの入所時には担当職員が必要な情報提供を行っていますが、手順や引継ぎ文書は定めていません。

Ⅲ-2-(1)①個人支援プログラムアセスメント表を用いてアセスメントを行い、ニーズや課題を把握しています。

Ⅲ-2-(2)①支援計画書を作成して、個別支援内容表に具体的な支援内容を記入しています。6か月ごとに本人、家族と相談の上で見直しをしていますが必要に応じて計画変更を行うことはできていません。

Ⅲ-2-(3)①毎月、利用者の状況をモニタリングし、6か月毎に中間評価を行い、家族からの意向も記録しています。

Ⅲ-2-(4)①個別ケースファイルとは別に、日々の記録はパソコンに入力しています。記録方法は手引書に基づき必要な単語や用語を統一して入力し、状態の推移がわかるような仕組みとなっています。

Ⅲ-2-(4)②センター長が記録管理の責任者となっていますが、個人情報保護規程は作成中で、記録の保管・保存・廃棄・情報開示に関する規程はありません。

Ⅲ-2-(4)③小グループ会議やグループ会議、センター会議を通じて情報を共有しています。パソコンに記録し、職員が閲覧したかどうかを確認出来る仕組みになっていますが、必要な情報の流れが明確になっていません。

Ⅲ-3-(1)①「一人一人の個性を尊重し、思いや希望を受けとめ、実現に向けて支援する」と方針に明示し、年2回の個別面談や家族懇談会や家族会に出席すること等で、利用者、家族の要望を聞き取り、ニーズの把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)②ケース担当者が、一人ひとりの希望を聞き取り、個別支援計画を作成し、外出やグループ活動等を実施し、必要に応じて計画を変更しています。

Ⅲ-3-(2)①苦情相談窓口を設置し、重要事項説明書に連絡先を明示するとともに、利用者にはふりがな表示のわかりやすい文書を掲示しています。家族会等で要望を聞き取っていますが、アンケート実施や相談箱設置等の工夫をしていません。

Ⅲ-3-(2)②苦情受付対応の体制はありますが、公表は行っていません。また、苦情の件数が少なく、事務ミス、ヒヤリハット報告との区別ができていません。

Ⅲ-3-(2)③苦情解決規定に基づき対応を行い、改善しています。マニュアルの定期的な見直しは行っていません。

Ⅲ-4-(1)①利用者の健康面に関してのマニュアル、急変時マニュアルなどは整備していますが、サービスが実施しているか確認する仕組みがありません。

Ⅲ-4-(1)②業務手順書を作成し、それに基づいてサービスを提供していますが、その見直しの時期、方法などが明確ではありません。

Ⅲ-4-(2)①第三者委員に意見を聞いていますが、自己評価は行ってはいません。

Ⅲ-4-(2)②自己評価は行っていません。

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 | 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。 | 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。 | B | 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。 | B | 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)①職員は利用者を尊重し、同性介助や個別のスペースを確保する等プライバシーへの配慮をしていますが、マニュアルがありません。

IV-1-(1)②トークングエイドや、各種カードを活用するなど利用者とコミュニケーションをとる工夫をしています。

IV-1-(1)③家族会はありませんが、利用者の主体的な活動の場がありません。

IV-2-(1)①「入浴支援規程」があります。家庭での入浴が困難な利用者については、本人の希望を可能な限り尊重し、状況に応じた対応が行っています。

IV-2-(1)②衣服については職員が普段から気を配り、課題があれば相談も行っています。

IV-2-(1)③理美容が困難な利用者については相談、施設内でのボランティア利用も紹介をしています。

IV-2-(2)①利用者の状況に応じて相談にのっており、時にはリラクゼーションルームも活用しています。

IV-2-(2)②トイレは利用者の特性に応じて使い分けています。

IV-2-(2)③同じ敷地内に「健康支援センター」を併設、医療スタッフとの連携を密にして利用者の健康維持に努めています。

IV-2-(3)①利用者の楽しみの一つである食事については、利用者参画の昼食委員会を設け、定期的に嗜好調査も実施する等、利用者の希望を尊重しています。利用者の状況、特性に応じた援助が行っています。

IV-2-(4)①活動室は利用者の希望、状況に応じてメンバーが組まれてさまざまなグループ活動に取り組んでいます。活動内容によってはメンバーを変更するなど利用者に応じたものとなっています。

IV-2-(5)①利用者の意志に応じた日中活動を行っています。金銭管理については日中活動の中で自己管理ができるようなプログラムを組んでいます。

IV-2-(5)②利用者が外出する機会を作るため交通利用の練習を行っています。不測の事態の際の連絡体制を整備し、外出時は携帯電話を常備し直ぐに園に連絡できるようにしています。

IV-2-(6)①利用者の意思を尊重し、余暇、レクリエーションの支援を行っています。