

[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	おさだの翠光園	施設種別	施設入所支援、生活介護 (旧体系：)
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」		

平成28年11月21日

総 評	<p>福知山学園は、1959年創設以来、知的障がい児・者の通所・入所支援を展開しています。京都府北部唯一の障がい児入所支援施設となる、むとべ翠光園をはじめとする4カ所の入所支援施設が運営されており、大きく分けて3つの事業部で構成されています。「障がい児・者福祉事業」を始めとして、「地域支援事業」は多様な福祉ニーズと向き合い、児童発達支援センター、相談支援センター、グループホームなどを運営しています。</p> <p>「高齢者福祉事業」は高齢者の貴い人生を敬い、心を込めた介護・サービスの提供に努めています。利用者が安心し、満足のいく暮らしをお送りいただけるよう実践されています。</p> <p>おさだの翠光園は80名の利用者の方々が様々な障害を持ち、年齢層も20代から80代近くまでの幅広い方々が利用されているのが特徴です。集団生活の中であっても、一人ひとりが生き生きと暮らす事をめざし、多様化するご利用者のニーズを丁寧に確認しながら、心と体の健康に気をつけ、あたり前の暮らしをするための支援をモットーにされています。</p> <p>日常的に地域との関わりを大切にされ、地域住民を対象とした陶芸教室の開催や夏祭りでの交流などを実施されていました。また、理美容に関しては、近隣のお店の利用を優先されており、事前にヘアカタログを見てイメージを明確にしてから利用されていました。一般のお店での利用が困難な方に対しては、施設内の理髪室にて整髪ボランティアの方が来訪され対応されていました。</p> <p>80人の大規模な施設ですが、生活空間は片付け整頓がされていてかつ清潔感があり、トイレ掃除一日2回定期的にされ、防臭対策に力を入れておられました。施設内の匂いはほとんど気になりませんでした。</p> <p>利用者自治会も活性化されており、自分たちの生活に関する要望を日常的に話せる機会があります。また、利用者の苦情受付については「おかしなことや悩み事はありませんか」「困ったなあ どうしよう」「あ そうだ 相談しよう」など利用者にはわかりやすい言葉で掲示されていました。</p> <p>職員処遇としては、女性職員が長く働ける工夫として、また職員の人材確保や定着に向けて、女性が働きやすい職場をめざし、自身で勤務条件を選択できる「ライフサポートプラン」が構築されていました。</p> <p>年々高齢化、重度化する利用者の支援には苦慮されている面があり、大舎制の限界も相まって個別対応についての問題点があります。今後は、より生活環境の縮小化、ユニット制の導入などの対応を迫られると思いますが、現在に至るまで培った障害のある方々への丁寧な対応を基盤としたノウハウを十分に生かした新しい時代の障害者施設を目指されていくことを期待しています。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-3-(2) ②通番12 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。 財務関係の会議が毎月実施され、管理者が出席し法人全体の財務等について分析等が行われています。施設利用率等についても管理者から月次報告が行われており、職員が閲覧できるようになっていて、職員個々に経営に対する意識を高める工夫がされていました。</p> <p>II-2-(2) ①通番16 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。 育休・産休に対応したライフサポートプランが構築され、女性職員の働きやすさと人材確保を行っていました。産前産後休暇、育児休暇はもちろん、復帰後の職務形態を自ら選べるシステムは特筆できると考えられます。</p> <p>III-3-(1) ①通番40 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。 利用者の自治会での取り組みでは、利用者の主体的な活動を支援されていました。利用者自らの生活に対して意見を日常的にいう事ができます。また、施設の利用に関しての家族への説明時には必ず本人も同席してもらっています。</p> <p>IV-2-(1) ③通番53 【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。 衣料カタログ等を設置して、衣服に関する利用者本人の希望を確認し、月1回の利用者全員外出日に衣料品を買う時に本人の意思を尊重した個別の対応が行われていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-2-(4) ①通番21 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。 実習生の受け入れに関する基本姿勢が明文化されたマニュアルが整備されていますが、実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。</p> <p>II-5-(1) ③通番28 ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 基本姿勢を明示している「ボランティアの受け入れマニュアル」が策定され、計画的に受け入れを行っていますが、ボランティアに対する講習会や研修が実施されていませんでした。</p> <p>IV-1-(1) ①通番49 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） 倫理綱領、プライバシーポリシーの規定が策定され人権委員会で作成した人権ハンドブックを職員全員に配布し、利用者の人権に関する姿勢と教育がされていますが、居室のハード的な問題で、一部同性介助がされていませんでした。</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	おさだの翠光園
施設種別	生活介護、障害者入所支援
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	2016年10月28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	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。	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)	①法人の理念はパンフレット、事業計画書ホームページ等に記載されている。内容については平成21年に職員参画のもとに作り上げたもので、経営指針と行動信条、指針は支援の方向性を示している。 ②法人の経営理念、基本方針が明文化されており、これを基に行動信条を立てている。			
I-1-(2)	①年度当初の職員会議において、理念、基本方針、事業計画の説明が行われている。非常勤も含め全職員に配布している。 ②基本方針とそれに基づく事業計画は家族交流会にて5月に説明がなされている。その際にサービス利用計画も個別に説明している。参加されない家族については郵送にて配布している。			
I-2-(1)	①ネクスト50として長期計画を挙げ、それに基づく実行の進捗状況を確認している。 ②事業計画の実行計画は運営指針をもとに、各部門でまとめられた意見を集約し策定されている。計画は半期ごとに事業所スタッフ参画のもとで進捗状況を確認している。必要に応じて内容の見直しを行っている。 ③事業計画は年度当初の職員会議にては配布及び説明を行っている。各部門ごとに進捗状況を確認している。 ④事業計画は利用者自治会にて年度初めに説明がされている。家族等については利用者交流会、行事等で説明を行っている。			
I-3-(1)	①人事考課の等級での「仕事のレベル基準表」や組織体制図によって管理者の役割を明記している。また広報誌にも記載している。管理者の責任については事業計画の実行計画に明記している。 ②関係施設等の会議、研修に参加し法令について把握し、常に職員が閲覧できるよう掲示している。必要な関係法令、通達法令は施設長室にて閲覧できるように保管されている。			
I-3-(2)	①管理者は各委員会に参加し、提供されているサービスの現状把握と質の改善に向けた検討がなされている。 ②管理者も参加する財務関係の会議が毎月実施され、法人全体の財務等について分析等が行われている。利用率等についても月次報告が行われ、職員が閲覧できるようにしている。			

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。	A	A
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理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	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	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。	A	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。	A	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。	A	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。	A	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。	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。	A	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。	A	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。	A	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	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	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。	A	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法人全体で事業経営に関する情報を把握している。事業の展開においても法人のプロジェクトチームがデータターを分析して、地域ニーズは相談支援事業所より収集している。 ②経営面についてはコンサル業者をいれ、経営、組織についてのアドバイスを受けている。			
II-2-(1)	①人材育成計画の中で職員の技能の明確化を行っている。京都府組織活性化プログラムへ参加している。			
II-2-(2)	①育休・産休に対応した「ライフサポートプラン」が構築され、女性職員の働きやすさと人材確保を行っている。人事管理制度が確立されている。 ②法人独自の永年勤続者報奨制度を作っている。京都府民間社会福祉施設職員共済会にも加入している。外部のメンタルケアサービスを紹介している。年2回の面談を実施している。			

II-2-(3)	<p>①各職員のキャリアにあわせた研修計画が作成されている。人材育成については長期のビジョン「NEXT50」に明記している。資格取得を奨励し費用負担や勤務配慮を行っている。</p> <p>②新人職員にはチューター制度を導入している。職層別の法人内研修が計画・実施されており、年度初めに決められている。アンケート形式で個々の職員に研修の希望をとり、調整後に研修計画に反映している。</p> <p>③研修に参加した職員は報告レポートを提出している。事務所に掲示し職員間で閲覧できるようにしている。報告会を実施している。年間研修計画を作成するときに前回の意見を反映している。</p>
II-2-(4)	<p>①実習の受け入れに関するマニュアルが整備されている。その中に基本姿勢が明文化されている。実習指導者に対する研修が実施されていない。</p>
II-3-(1)	<p>①個人情報管理規定が策定されている。個人情報の開示については開示請求取り扱い規定に明記されている。実習生と職員に同意書をとっている。個人情報の使用に関する同意書をとっている。</p>
II-4-(1)	<p>①事故発生時、感染症対応のための緊急時対応マニュアルを策定されている。利用者ごとに利用者サマリーが作成されている。随時更新がなされている。</p> <p>②福知山市と民間社会福祉施設連絡協議会とが福祉避難所開設・運営ガイドラインを作成し、災害時の避難に関する取り決めを行っている。マニュアルに沿っての避難訓練を消防署とともに昼間と夜間を想定し実施している。</p> <p>③リスクマネジメント委員会において要因の分析と防止策の検討がなされている。検討された内容は法人のリスクマネジメント委員会に報告し、周知が図られている。業務改善にもつなげている。</p>
II-5-(1)	<p>①地域の自治会に加入している。近隣の理髪店や美容院を積極的に利用している。地域清掃などは利用者とともに参加している。夏祭りを毎年開催し、地域とのかかわりを大切にしている。</p> <p>②FUKUGAKUオープンセミナーとして地域を対象とした講演会を実施している。陶芸教室を年4回開催している。</p> <p>③ボランティアの受け入れマニュアルが策定されている。基本姿勢もマニュアルに明示している。計画的に受け入れを行っている。ボランティアに対する講座等が開催されていない。</p>
II-5-(2)	<p>①医療機関、相談支援事業所、福祉事務所等とのリストが作成されている。関係機関との連携をもとに、利用者ごとに異なるニーズの把握に努めている。</p> <p>②家族との交流会が年間4回開催している。毎月お知らせと広報誌等を年4回送付している。家族へのアンケートも実施している。</p>

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(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-1-1(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(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-2-1(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-2-1(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。	A	A
	Ⅲ-2-1(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。		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(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-3-1(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。		A	A	
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-1(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-4-1(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)	① ホームページやパンフレット、ビデオを作成し、事業所の紹介を支援学校や関係者などにしている。広報誌は学校やスーパー、福祉等の関係事業所に配架している。見学は希望に応じて随時受け入れており、ショートステイを利用して入所体験する機会も設けている。 ② 利用契約書、重要事項説明書をもとに説明を行い、同意を得ている。外出支援や身体拘束に関する同意書を作成している。			
	① サービスの変更に当たっては「個人情報の使用に関する同意書」に基づき、引き継ぎの際の情報提供を定めている。			

Ⅲ-2-(1)	①PCソフトの「福祉の森」の手順書に基づき、定められた様式に則ってアセスメントを実施している。ケースカンファレンスにおいては生活担当や日中活動のリーダー、管理職が同席し、アセスメントを行っている。
Ⅲ-2-(2)	①年に2回、家族に同意を得てサービス調整会議にて支援計画の策定と評価を行っている。
Ⅲ-2-(3)	①一連の手順に沿って年に2回、モニタリングを実施している。
Ⅲ-2-(4)	①日々の記録はPCソフトを使用して入力していると共に紙ベースでも保管されている。 記録の内容や書き方に差異が出ないように、個別に指導している。 ②記録の管理については個人情報保護管理規定に基づき整備している。職員に対する研修も行っている。 ③日々の記録はPCのシステムを利用し、事業所内で共有できるようになっている。 各部門の会議にて担当者間での情報が共有されるようにしている。
Ⅲ-3-(1)	①利用者の自治会での取り組みで利用者の主体的な活動を支援している。家族への説明時には必ず本人も同席してもらっている。 ②自治会の取り組みには専属の担当職員を配置し、利用者からの提案には職員会議等で協議し、自治会に報告をしている。
Ⅲ-3-(2)	①利用者と家族に対してアンケートを実施し、集約、分析を行っている。個別に対応する事案に対しては、支援の改善に生かしている。 ②苦情解決の体制・仕組みが整備されている。施設内にわかりやすい掲示を行っている。実際に苦情解決システムに基づく公表の対応に至ったケースは今までなかった。 ③利用者からの意見を聴き取って対応している。利用者相談窓口の設置マニュアルが整備されている。
Ⅲ-4-(1)	①職員の勤務に対するデイリープログラムを作成し、それに基づいた支援を行っている。 ②デイリープログラムの改定に関しては、個別支援会議やリーダー会議等で検討している。
Ⅲ-4-(2)	①事業計画をもとに半期に一度、支援計画の実施状況をチェックし必要に応じて計画の見直ししている。余暇や活動に来訪するボランティアから意見を聞き、支援に役立てている。 ②個々の課題についてはリーダー会議や職員会議にてリーダー職が中心となって解決案を職員に提示し、実施している。

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。	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。	A	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。	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。	A	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倫理綱領、プライバシーポリシーの規定が策定されている。人権委員会で作成した人権ハンドブックを職員全員に配布している。居室のハード面で一部同性介助ができていない。 ②コミュニケーションをとることが難しい利用者の方に絵や写真等の視覚情報を使うなどの工夫を取り入れている。 ③利用者自治会を開催し、利用者が主体的に意見を反映し、生活ができるようにしている。			
IV-2-(1)	①希望者には、毎日入浴が実施されている。身体状況に応じて特殊浴槽を整備している。 ②衣料カタログ等を設置して、利用者本人の希望を確認している。月1回、利用者全員外出日を設けている。本人の意思を尊重し個別の対応を行っている。 ③施設での散髪、近隣理髪店・美容室での整髪が複数の中から選択できるようになっている。また、ヘアカタログを随時更新し、好みを確認している。			
IV-2-(2)	①睡眠に関するマニュアルが整備されている。個々の障害特性に合わせた寝具を提供している。 ②排泄の支援が必要な方に、個別の支援マニュアルに沿った支援が行われている。清掃は毎日2回行い防臭対策は徹底している。 ③年2回の健康診断を実施している。定期受診の必要な利用者に対しての通院支援を行っている。看護師による状況観察によって迅速な受診に努めている。			
IV-2-(3)	①朝・夕の食事時間は希望に応じて2グループに分けている。毎月選択メニューを提供している。嗜好調査は年に2~3回実施している。			
IV-2-(4)	①7つの日中活動グループに分け、利用者の希望や特性に応じて選択してもらうようにしている。収益のある活動については、食事会など還元をしている。			
IV-2-(5)	①日常生活上のルールについては自治会にて検討してもらっている。嗜好品については可能な限り自己管理の支援を行っている。 ②月1回の外出支援と年に1度、障害特性に合わせた小グループで旅行を実施している。			
IV-2-(6)	①余暇のマニュアルを整備している。利用者が自発的に企画したお茶会や運動などの余暇の取り組みを行っている。			