

[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 京都市右京区社会福祉協議会 京都市太秦障害者デイサービスセンター	施設種別	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29年 2月23日

総 評	<p>京都市太秦障害者デイサービスセンターは、京都市右京区社会福祉協議会が運営する事業所で平成14年に開設されました。3階建ての建物の1階にあり、2～3階で活動をしている京都市うずまさ学園（就労継続支援B型、生活介護）との連携の中で活動をされています。</p> <p>京都市太秦障害者デイサービスセンターは、京都市右京区の住宅が密集する地域にあり、玄関先での商品販売等を通じて地域との日常的なつながりを持っておられます。また、運営主体が社会福祉協議会ということもあり、地域福祉を推進する主体であるという強い意識を持って日々の事業運営にあたっておられます。</p> <p>訪問調査時には施設長から、「主体は障害者本人」であり、ノーマライゼーション、ソーシャルインクルージョンの考え方を基本として、制度に振り回されることなく障害のある人たちが素晴らしい人生を全うできるよう、その人生を背負いサポートをしていきたいという思いをお聞きしました。こういった思いを形にし、障害のある方の24時間365日をサポートするために、現在行っている日中支援のさらなる充実を図るとともに居宅支援サービス事業とグループホームの開設を計画されています。</p> <p>今後はノーマライゼーションとソーシャルインクルージョンの実現にチーム一丸となって取り組まれ、障害のある方々の充実した人生をサポートできる、今以上に質・量ともに充実したサービスを提供できる事業所となれることを期待しています。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅰ－３－（２）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。 施設長は毎日の終礼等で職員の意見を取り入れるように努めていました。 職員の支援サービスの質を自分で振り返るための「自己全体チェック表」を作成し、これに基づいて年に3回各職員が自己の支援をチェックする機会を設けています。また、「サービス向上委員会」を組織して、各職員がつけたチェック表を集計し、結果を分析、評価した上で対策を講じていました。</p> <p>Ⅱ－２－（２）職員の就業状況に配慮がなされている。 管理職会議において各職員の就業状況を把握し分析をした上で、目標値を設定した残業削減の取り組みが行われていました。職員一人ひとりの勤務状態を把握した上で、一月あたりの残業が10時間を超えないようにする取り組みが行われていました。また、産後休暇、育児休暇、介護休暇を取得した職員が実際にいました。</p> <p>Ⅲ－３－（１）障害のある本人ニーズの充足に努めている 自治会の取り組みに力を入れるなど、利用者の要望を聞き、可能な限りそれを形にしていこうとする姿勢が強く感じられました。職員のヒアリングからも利用者を第一に考える組織の姿勢が浸透していることが確認できました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>Ⅱ－５－（１）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 ボランティアを実際に受け入れ、利用者の生活の質の向上に活かしておられますが、ボランティア受け入れの仕組み作りやボランティアへの教育等が不十分です。ボランティア受け入れの意義や姿勢を組織で確認するとともに、ボランティア受け入れによる無用なトラブルを防ぐためにも、ボランティア受け入れに必要な仕組み作りに取り組まれることを望みます。</p> <p>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日常的に相談を受け付けており、相談の際には、事業所内での相談は相談室が設けられるとともに職員を指名できるなど意見等を述べやすい環境が整えられていました。一方でアンケート調査等は行われていませんでした。 ②③苦情解決の仕組みについては、「苦情解決規則」が定められており、苦情解決の体制が整備されていましたが、また、苦情・要望等について適切に対応されていましたが、マニュアル等の整備が確認できませんでした。あわせて、苦情内容及び解決方法、結果等が公表されていませんでした。</p> <p>Ⅳ－２－（５）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。 事業所外での活動や行動について、必要な相談や支援を行っていました。また、相談支援等関係機関と連携しながら、利用者の希望や必要に応じた外出の支援が行われる体勢が整えられていました。しかし、連絡先を明示したカードの作成など、外出時の不測の事態に備えた取り組みができていませんでした。</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	京都市太秦障害者デイサービスセンター
施設種別	生活介護
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11月22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	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。	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。	C	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。	C	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。	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。	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。	B	A

【自由記述欄】

I-1-(1)	①法人の理念が明文化され、パンフレットやホームページに記載されている。 ②「施設理念」として基本方針が立てられている。
I-1-(2)	①年度末の施設の会議にて理念や基本方針について議事録で確認できた。 ②利用開始時にはパンフレットに基づいて理念や基本方針の説明を行っている。資料にはふりがなをつけるなどの工夫をしているが、周知状況の確認ができていない。
I-2-(1)	①事業所として中長期計画(平成26年～28年)を策定している。 ②各セッションごとの事業計画を施設長がとりまとめ、職員会議にて内容を精査した上で理事会に提出して承認を得ている。事業計画に基づいた取り組みを続けていく中で日々のミーティングや会議にて進捗状況の確認が行われている。しかし、予め決められた時期、手順での計画の実施状況の把握、評価ができておらず、記録等も確認できなかった。 ③年度末の施設の会議にて理念や基本方針、事業計画について施設長から説明されていることが議事録で確認できた。 ④2ヶ月に1度開催される家族会にて事業計画の説明がなされているが利用者本人への説明がなされていない。
I-3-(1)	①管理規定において管理者の職務が明記されている。広報誌等に管理者としての表明文が掲載されている。 ②施設長は法令等に関する研修に参加し、職員会議で伝達をしている。しかし、法令のリスト化ができていない。
I-3-(2)	①施設長は毎日の終礼等で職員の意見を取り入れるように努めている。 職員の日々の行動をチェックする「自己全体チェック表」を作成し、これに基づいて年に3回各職員が自己の支援をチェックする機会を設けている。また、「サービス向上委員会」を組織し、各職員がつけたチェック表を集計し、結果を分析、評価した上で対策を講じている。 ②業務の効率化を図るために、パートの職員を増員する等の対策を講じている。また、残業の目標値を設定して対策を講じている。IT委員会を組織し、IT技術を使用して業務効率化を進めている。

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。	C	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	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。	B	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。	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。	C	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。	C	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	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	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。	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。	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。	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。	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。	C	B
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	B	A

【自由記述欄】

II-1-(1)	①事業所が加盟している団体や研修会などから多種多様な情報を収集している。また情報に偏りが出ないように可能な限り様々な情報を得るようにしている。しかし、地域の潜在的なニーズの把握は不十分である。 ②管理者会議にて経営状況の把握と課題分析が行われている。経営状況の改善のために業務のIT化推進など、業務効率の改善を図るとともに中長期計画に反映されている。
II-2-(1)	①うずまさ学園・障害者デイサービスセンターの目指す方向性と各職員に求められる人間像を示した表が用意され、各職員に周知されている。 今後の施設経営や事業拡大を見据えた人材確保計画が策定されている。また、年に一度全職員を対象にしたヒアリングを実施し、職員一人ひとりの希望を聴取し把握している。
II-2-(2)	①管理職会議において各職員の就業状況を把握し分析をした上で、目標値を設定した残業削減の取り組みが行われている。産後休暇、育児休暇、介護休暇を取得した職員が実際にいる。 ②共済会に加入している。また、年1回のヒアリングで様々な相談や要望を聞き取り対応している。

II-2-(3)	<p>①職員が資格取得を希望する場合、勤務時間等への配慮を行っている。組織として職員に求める基本的姿勢や意識、専門技術や専門資格が基本方針や中長期計画の中に明示されている。</p> <p>②職員一人ひとりの所持している資格やこれまで受講してきた研修を把握しているが、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。 利用者への対応について虐待防止等の研修を施設長が行っている。</p> <p>③研修を終了した職員は報告書を提出し会議にて伝達を行っているが、研修成果に関する評価、分析ができていない。</p>
II-2-(4)	<p>①社会福祉士、介護福祉士の専門資格取得の実習から、介護等体験まで可能な限り実習生を受け入れている。しかし、基本姿勢や責任体制の明文化ができていない。</p>
II-3-(1)	<p>①個人情報保護規定を策定している。また、個人情報の利用についての同意書を作成し、同意を得ている。ボランティア、実習生からは個人情報保護の説明をするとともに誓約書を取っている。 また、事例を掲載した個人情報保護に関するマニュアルが整備されている。</p>
II-4-(1)	<p>①利用者一人ひとりに健康管理表が整備されている。 安全確保に関する検討は職員全員で行っているが、利用者が参加しての検討はできていない。</p> <p>②業務マニュアルに災害時の対応についてまとめられている。 年に2回の避難訓練を実施しているが、立地条件等による災害の影響が把握できていない。</p> <p>③ひやりはっと事例報告がなされ、職員全員で発生要因の分析と対策の立案がなされている。</p>
II-5-(1)	<p>①社会福祉協議会が運営する事業所ということもあり、地域を作る主体的役割を担って活動している。 事業所入り口でのパン販売には地域の方が来られている。また、事業所内スペースを使ってお茶会を開催している。</p> <p>②パン販売や地域の集まりへの参加などを通じて地域の方と交流し福祉ニーズの把握に努めている。しかし、地域住民・団体に向けた研修会等の取り組みがなされていない。</p> <p>③ボランティアの受け入れは積極的に行っているが、ボランティア受け入れに関する基本姿勢が明示されておらず、仕組みや体勢が整っていない。</p>
II-5-(2)	<p>①利用者それぞれが関係している機関の連絡先は各個人ファイルに記載されている。しかし、リスト化がなされていない。</p> <p>②家族からの相談に応じ、要望には細かく対応している。</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。	B	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。	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(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	B
		① 個別支援計画を適正に作成している。	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(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。	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	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(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。	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。	B	B
	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。	C
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。	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	A

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1(1)	<p>①パンフレットやホームページに事業所の事業内容等について掲載されている。また、見学や体験通所等に対応している。右京区内の障害者支援事業所が集まった「Uネット」で各事業所のパンフレットや広報誌を集約し、近隣のスーパー等に設置している。パンフレットやホームページは写真を多用し、障害のある方々に事業所の取り組み内容がわかりやすくイメージできるように配慮されている。</p> <p>②相談支援事業所と連携を図り、サービスの継続性が担保されるよう配慮がなされている。利用契約書、重要事項説明書には必要な事項を記載しており、またルビが振られ、利用者にもわかりやすいように配慮がなされている。</p>
Ⅲ-1-1(2)	①事業所内に相談支援事業所が設置されているため、日常的な連携が図られている。他サービスの利用を始められる場合には相談支援事業所が主となって調整を進めているが、サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書が定められていない。
Ⅲ-2-1(1)	①利用開始時や支援計画の策定時にアセスメントと意向把握がなされているが、統一されたアセスメント様式が作成されていない。
Ⅲ-2-1(2)	①個別支援計画の立案にあたっては、策定期間を定め、職員全員参加の会議にて検討がされている。
Ⅲ-2-1(3)	①6ヶ月ごとにモニタリングが実施されている。また、必要に応じて再アセスメントが行われている。

Ⅲ-2-(4)	<p>①事業所で定められた様式に記録がされている。</p> <p>②文書管理の規定で記録の保管、保存、廃棄や文書管理の責任者について定められている。</p> <p>③利用者の情報が職員間で共有できるようPCのネットワークを利用するとともに、毎日の終礼で報告が行われている。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>①利用者の自治会を組織し、利用者のニーズ把握に努めている。自治会では旅行の行き先やイベントの内容について最終決定に近いところまで話し合いを行っている。</p> <p>②利用者から日常的に出される要望については日誌に記入されている。利用者から出された要望は職員会議で検討し、改善に向けた取り組みが行われている。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①日常的に相談を受け付けている。相談の際には、職員を指名できる。事業所内での相談は相談室にて行っている。アンケート調査等を行われていない。</p> <p>②「苦情解決規則」が定められており、苦情解決の体制が整備されている。苦情には適切に対応しているが、苦情内容及び解決方法、結果等が公表されていない。</p> <p>③意見や要望に対して迅速な対応をされているが、マニュアル等は整備されていない。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①日常業務のマニュアルが整備され、基本的な動きや注意点、守るべきルールが明示されている。</p> <p>②年度末に職員全員でマニュアルの見直しを実施している。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①今年度よりサービス向上委員会を設置し、「自己全体評価表」を作成して自己評価を実施している。評価は年に3回実施し、分析が行われている。しかし、第三者の意見を聞く機会が設定されていない。</p> <p>②「自己全体評価表」に基づいた評価を実施し、評価結果の分析を行っている。分析した結果はグラフ化され、課題の共有化が行われている。分析結果は各グループの職員で話し合い改善策を立案している。また実施計画の実施状況の確認も行われている。</p>

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	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	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。	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。	C	B
		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	B
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	A	

[自由記述欄]

IV-1-(1)	①倫理綱領が整備され、基本的な人権への配慮やプライバシー保護について、必要な内容が盛り込まれている。 ②絵カードを使うなど、利用者の障害特性等に配慮したコミュニケーション手段で意思疎通を図るよう努めている。 ③自治会活動において利用者の主体的な活動が行われている。卓球クラブでは他事業所との交流試合に参加している。 家族会主催のセミナーを実施している。
IV-2-(1)	①相談支援事業所と連携し、入浴状況等を把握するとともに、必要な対応を行っている。入浴マニュアルを整備し、入浴サービスを行っているが、利用者の希望に添った対応ができていない。 ②衣服については日常的に気かけ、必要に応じて声かけや着替えの支援を行っている。 ③理美容については必要に応じて対応をしている。また爪切りの要望がある場合には看護師が対応している。
IV-2-(2)	①きちんと睡眠が取れていないときなど、必要な場合には和室で仮眠を取っていただくなどの対応を行っている。 ②排泄の状況について日常的に気にかけている。また、毎日職員がトイレ掃除を行っており、環境の改善に努めている。 ③看護師が常駐しており、毎朝バイタルチェックを行っている。利用者の細かい変化にも気付くようにしている。
IV-2-(3)	①毎月一回の給食会議に、希望する利用者が必ず参加している。希望が出た場合には可能な限りメニューに反映している。 給食は決められた時間内であれば好きな時間に食べることができるようになっている。
IV-2-(4)	①利用者自身の希望により活動を選択できるようにしている。ピーズ製品作りや製品販売、卓球バレーや外出など多様なメニューが用意されている。また製品販売による売上は工賃として利用者に還元している。
IV-2-(5)	①外出時の買い物では利用者に支払いをしていただくなどの取り組みを行っているが、自己管理ができるような配慮が不十分である。 ②事業所外での活動や行動について、必要な相談や支援を行っている。また、相談支援等関係機関と連携しながら、利用者の希望や必要に応じた外出の支援が行われる体勢が整えられている。しかし、連絡先を明示したカードの作成など、外出時の不測の事態に備えた取り組みができていない。
IV-2-(6)	①余暇活動について利用者の状況を把握しながら、必要に応じて土日の余暇支援も行っている。