

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	京都市洛南身体障害者福祉会館	施設種別	生活介護事業 (旧体系：)
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構		

平成25年5月10日

<p>総 評</p>	<p>京都市洛南身体障害者福祉会館は、社会福祉法人京都身体障害者福祉センターが設置主体となり、京都市内3エリア（洛南エリア、伏見エリア、山科・醍醐エリア）の中の洛南エリアにおいて生活介護事業を行っている事業所です。また、本会館内および敷地内には、法人本部をはじめ、「身体障害者福祉センター（B型）」、京都市洛南障害者授産所「就労継続支援B型事業」、京都市中部障害者地域生活支援センター「らくなん」「相談支援事業」等が機能し、運営されています。</p> <p>本事業所が実施する生活介護事業の中には、創作活動やレクリエーション活動等、生活の質の向上や自立に向けた活動を行う「あすなるグループ」や、主として中途障害のある人を対象とした身体・社会的リハビリプログラムを行う「ぽぷらグループ」があり、「楽しみながら共に社会活動への意欲を高め、自己実現を支援、利用者及び家族の地域生活支援を行う場」として、地域の信頼を得ながら着実に運営されている状況を見受けることができます。</p> <p>本法人の基本理念や基本方針、各種規則・規程等は、「関係規程集」に、生活介護事業としての目的や運営方針が、また、生活介護事業内容は、「関係規程集（各施設運営規程）」において明確に示されています。両規程集は、全職員に配布するだけでなく、職員会議においても説明が行われ、実践現場での取組みに活用されています。また、法人全職員の行動規範となる「みんなの信条」は、施設内に掲示し、周知の工夫が図られています。</p> <p>「中長期経営計画書」は、法人本部が全事業所向けに統一フォーマットを準備し、計画・点検・評価・見直しが行いやすくなる設えとなっており、本生活介護事業においても秀逸に作成されています。単年度事業計画においても、今回、第三者評価への取組みと受診を挙げられており、多忙な業務の中において、全職員が一丸となって取り組まれた状況が伺え、高く評価できるものと考えています。また、通所施設のため、利用者等で構成される自治会はありません。しかし、利用者会議や話し合いの会である「わいわい広場」の機会において、丁寧な説明および協議の機会が設けられています。「運営方針」にも掲げられているとおり、「利用者の意思と人格の尊重を大切に」という方針からの実践は、本第三者評価の視点でもある「日常生活支援」の着眼点においても高評価につながる結果として表れています。</p> <p>利用者の送迎から、日中活動の支援、食事やトイレの介助等、常に利用者とともに過ごす必要があるため、職員の休憩時間の確保が難しい状況にあることを課題として認識されています。職員からの意見を聞きながら、ほっと一息つける、気分転換ができる工夫や取組みが望まれます。</p> <p>また、明確な人材育成像をもって、体系的・専門的な研修が積極的に行われてる状況を確認することができますが、さらに法人との連携を基に、次世代を意識したマネジメント層の人材育成と発掘を積極的に取り組まれ、今後も地域の信頼を得ながら地域社会の有効な資源としてご活躍されますことを期待しています。</p>
------------	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-1-(1-2) 全職員に配布している関係規程集「基本理念」に法人パンフレットの理念・基本方針が明確に記載されている。また、全職員に規程集を配布したうえで、朝礼や職員会議等で説明を行い理解を促している。また、利用者(家族)には、理念や基本方針を記した事業計画書を配布し説明を行う他、利用者会議で時間を設け、十分な理解が得られるよう取り組んでいる状況を聞き取ることができる。</p> <p>III-2-(1-3) 適切なアセスメント状況がアセスメントシートからも確認でき、個別支援計画書にて確認できる。新規利用者受け入れ等のケースカンファレンスについては、職員会議議事録で確認できる。サービス管理責任者を配置し、家族を交えた面接での情報を基に行われる個別支援計画会議は、サービス管理責任者、機能訓練指導員、生活支援員、看護師等他職種の参加により実施している。作成した個別支援計画は利用者、家族に説明を行い合意の上、支援に反映されるシステムがある状況の説明を聞き取った。モニタリング会議は、6カ月に1回以上必要に応じて随時開催されるシステムである状況の説明を受け、ケース会議録にて確認。統一されたシステムの様式による業務日誌に、利用者個々のケースが日々記録されている。就業規則・個人情報管理規定は、関係規定集にて確認した。利用者等の記録はパソコンで管理し、ネットワーク化されたサーバーでの情報管理が行われている。また、日々の会議等は業務日誌に記録され、すべての職員が閲覧している状況を確認することができる。</p> <p>IV-1-(1) 関係規程集にて「倫理規程」が明確に策定されている。トイレ介助等は、同性介助を基本とし、個別対応が必要な場合は相談室等で対応している説明を受けた。職員は、常に利用者の言動に配慮しながら支援を行っている。コミュニケーションを取り難い利用者には文字盤やトーキングエイドの活用で対応している。自治会はないが、利用者会議や利用者との話し合いの場「わいわい広場」の活用で利用者との事業所の協議の場が設定されている説明を聞き取ることができる。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>1-3-(1) 管理者の責務は、「運営規程」に明示するとともに、会議や法人ニュースで表明する機会を設けている。法令遵守の観点からの研修会への参加や職員への周知状況は見受けられるが、関連法令をリスト化する等の幅広く集約されたものは確認できなかった。今後、幅広い観点から運営上必要な関連法令のピックアップとリスト化が望まれる。</p> <p>II-5-(1) ボランティアの受入れについては職員間での協議のうえ行っているが、ボランティア講座の開催や必要となる研修会の開催までは確認できなかった。地域に信頼される事業所機能・役割としても、法人や同敷地内事業所と連携して、より充実した取組みにつなげられることに期待したい。</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	京都市洛南身体障害者福祉会館
施設種別	生活介護事業
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構
訪問調査日	2013年1月30日(水)

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。	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。	A	A

【自由記述欄】

I-1-1-(1-2)全職員に配布している関連規程集「基本理念」や法人パンフレットの理念・基本方針が明確に記載されている。また、全職員に規程集を配布したうえで、朝礼や職員会議等で説明を行い理解を促している。また、利用者(家族)には、理念や基本方針を記した事業計画書を配布し説明を行う他、利用者会議で時間を設け、十分な理解が得られるよう取り組んでいる状況を聞き取ることができる。

I-2-2-(1)「中長期経営計画書」および「年度実行計画及び評価シート」が秀逸に作成されており、単年度での達成状況を確認・評価しながら次年度計画に反映させている状況が伺える。単年度の事業計画は、制度や地域ニーズを把握しながら職員の意見を踏まえ、組織的に作成している状況を聞き取ることができる。また、その事業計画は、全職員に配布し、職員会議での周知を行う他、状況に応じて評価・見直しを行っている。利用者には、利用者会議等で周知の機会を設け、理解を深められるよう取り組まれている。

I-3-3-(1)管理者の責務は、「運営規程」に明示するとともに、会議や法人ニュースで表明する機会を設けている。法令遵守の観点での研修会への参加や職員への周知状況は見受けられるが、関連法令をリスト化する等の幅広く集約されたものは確認できなかった。

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。	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。	A	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。	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
	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。		A	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。	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。	A	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。	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。	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	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。	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。	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)「中部障害者地域支援連絡協議会」に参加、福祉事務所や支援学校等と連絡を図り、潜在的な利用者やニーズの把握に努められている状況を聞き取ることができ、通番13はA評価とした。利用率や職員配置についてデータ化・分析を行い、税理士等専門家のアドバイスを心得、適切な経営環境の把握や運営に努められている状況を確認することができる。

II-2(1-4)良質なサービスと専門的な支援を実施するために、社会福祉士や介護福祉士等の資格者を配置する他、法人としても「資格取得奨励金」制度を設け、職員のスキル向上を目指している。また、年に1度「自己申告書」による面談を行い、担当業務の確認や責務、職務能力の把握に努め、人材育成計画に反映している。職員の研修は、事業計画書に基づき「エリア内部研修会」の他、外部研修会の参加を奨励し、自主研修を企画し開催している。研修終了後は、研修報告書を作成し、全職員で共有し、評価のうえ次期計画に反映させている状況を聞き取ることができる。実習生受入れマニュアルを整備し、次世代人材育成を意図して、実習生の受入れが行われている。

II-3-(1)個人情報の保護は、「運営規程」や「職員就業規則」で定めている。

II-4-(1)「緊急時対応マニュアル」の整備、緊急時指示系統を明示した連絡網を作成している。また、一般避難所・福祉避難所に指定されており、その対応マニュアルも整備されている。「ヒヤリハット報告書」や「事故報告書」を作成し、職員間で共有できる体制を整えている。

II-5-(1)ボランティアの受入れについては協議のうえ行っているが、ボランティア講座の開催や必要となる研修会の開催までは確認できなかった。

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。	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-(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-(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) 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。	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。	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。	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-(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	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。	C	C

【自由記述欄】					
<p>Ⅲ-1-(1-2) サービス提供等情報は、重要事項説明書、利用契約書で確認。自己評価ではBであるが、パンフレットは見やすく工夫されホームページでも情報発信をしているためにA評価とした。運営規程、契約書、重要事項説明書、サービス提供説明書が準備され書面で同意を得たうえで利用契約を取り交わしサービスを提供する仕組みが整備されている状況の説明を聞き取った。利用者退所後の引き継ぎ等のマニュアルが確認できなかったが、暮らしの場の変更にあたり生活の継続性の配慮には退所後も訓練室を利用できる等の工夫がされている。</p> <p>Ⅲ-2-(1-3) 適切なアセスメントの状況がアセスメントシートからも確認でき、個別支援計画書にて確認できる。新規利用者受け入れ等のケースカンファレンスについては、職員会議議事録で確認した。サービス管理責任者を配置し、家族を交えた面接での情報を基に個別支援計画会議は、サービス管理責任者、機能訓練指導員、生活支援員、看護師等の参加により開催、作成した個別支援計画は利用者、家族に説明を行い承認の上、支援に反映されるシステムがある状況の説明を聞き取った。モニタリング会議は、6か月に1回以上必要に応じて随時開催されるシステムがある状況の説明を受け、ケース会議録にて確認。統一されたシステムの様式による業務日誌に、利用者個々のケースが日々記録されている。就業規則・個人情報管理規定は、関係規定集にて確認した。利用者等の記録はパソコンで管理し、ネットワーク化されたサーバーでの情報管理が行われている。また、日々の会議等は業務日誌に記録され、すべての職員が開覧している状況を確認することができる。</p> <p>Ⅲ-3-(1-2) 利用者ニーズの確認について、利用者から個別面談の希望があれば、随時、職員等が対応している。ニーズ実現のために、利用者の要望等を取り入れるため「わいわい広場」を開催している。その時の情報は記録として残されている。エビデンスは、集団プログラムで確認した。</p> <p>Ⅲ-3-(2) 苦情等は、直接利用者本人が職員等に伝えてくるケースが多く、職員はその苦情等に対応している状況の説明を聴き取りした。苦情解決の体制は掲示板に掲載されている。エビデンスは掲示物で確認した。その他、苦情を解決できる仕組みとして、意見箱を設置している。利用者からの意見や提案を利用者中心の「わいわい広場」で反映している。また、利用者からの意見、提案は終礼時に報告され、サービス提供に反映されている状況の説明を聴き取りした。</p> <p>Ⅲ-4-(1-2) サービスの水準等については、重要事項説明書、事業計画書で確認した。また、基本個別支援計画書でも確認。モニタリング会議は</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)	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。	B	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。	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。	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) 関係規定集にて「倫理規定」を確認した。トイレ介助等は、同性介助とし、個別対応が必要な場合は相談室等に対応している説明を受けた。職員は、常に利用者の言動に配慮しながら支援を行っている。コミュニケーションを取り難い利用者には文字盤やトーキングエイドの活用で対応している。自治会はないが、利用者会議や「わいわい広場」の活用で利用者と事業所の協議の場が設定されている説明を聞き取ることができた。

IV-2-(1) エビデンスは、入浴マニュアル、入浴日誌、業務日報で確認した。利用者に対して入浴前にバイタルチェックが常に実施され、入浴介助が行われている状況の説明を聴き取りした。衣服については、利用者に希望、課題がある場合等は、職員が対話によって柔軟に対応している状況を聞き取った。利用者の希望に応じて訪問理容・美容サービスを活用している。

IV-2-(2) 寝不足の利用者等、少し仮眠したい利用者には、ベットも準備され環境も整えている。排泄マニュアルが作成され、排泄支援が必要な利用者には基本個別支援シートに明記され、トイレでカーテン等で間仕切りし、プライバシーに対する配慮もされており、自己評価はB評価であるが、A評価とした。常勤の看護師を配置し、服薬管理や健康状態の管理も行われている状況の説明を聴き取りした。

IV-2-(3) 利用者本人の状態に合わせ、個別調理が行われている。トレーには各個人に必要な物、不必要なものを明記したカードが置かれている状態を確認した。また、給食会議も開催され、エビデンスとして給食日誌も確認した。

IV-2-(4) 利用者ニーズに合わせたプログラム等を見学時に確認した。

IV-2-(5) 利用者本人が金銭管理に困難を要する場合は、家族と連絡帳を通じて金銭の把握を行う。基本的には利用者本人に任せている。エビデンスとして個別支援計画を確認した。

IV-2-(6) 外出レクリエーションは利用者の希望を尊重して実施(食事を兼ねたレクリエーションが多い)。休所日の余暇活動の助言、会館の各種行事案内が実施されている状況の説明を聞き取ることができた。