

[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	社会福祉法人あみの福祉会 チューリップ	施設種別	生活介護
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会		

平成23年6月13日

総評	<p>本法人は1985年9月無認可の共同作業所としてスタートし、盲聾啞者・重度重複障害者・精神障害者の方々などを受け入れ、地域の障害者福祉に寄与されてきました。2001年7月法人設立認可、同年8月法人登記されて社会福祉法人あみの福祉会開設以降、さらに地域の障害者福祉ニーズに応えるべく知的障害者授産施設（通所）、小規模デイ、短期入所事業、訪問介護、グループホームの開設等、地域の障害児・者の方々に安心・安全を提供し、生活を支える事業所として発展してこられました。</p> <p>また、障害者自立支援法施行にともなう新体系への移行に際しても、まさに一人ひとりの福祉ニーズに丁寧に応えて法人理念に基づくサービスが実践されています。そのことが利用者一人ひとりが生き生きとされている姿として感じられました。</p> <p>現在も、障害者の就労・自立・社会参加の拠点としての京丹後市網野社会参加交流ハウス「四つ葉ベーカリー」（天然酵母使用のパン販売等）の運営、高齢者・障害者福祉は勿論のこと地域との交流の活動拠点・地域のコミュニティの場として京丹後市の指定管理の受諾など、積極的な地域活動への取り組みを行っています。</p> <p>今回、事業所として初めての第三者評価受審でしたが今後は評価結果を参考に定期的に自己評価を行い、サービスの向上に向けて取り組む姿勢がありますので、これまでの取り組みやエネルギーを基礎にさらに法人のとしての運営基盤を形づくられることを期待します。</p>
特に良かった点(※)	<p>○事業計画の策定</p> <p>現在は当該事業所の整備計画にともない、法人内事業所を含めての施設整備計画が策定されおり、新体系移行に向けての体制整備もあります。又、法人役職員・家族・利用者・有識者を構成委員とした「将来準備構想委員会」において、今後の中長期計画の策定に向けて準備中であり、積極的な課題や問題点の解決に向けた体制を作っています。</p> <p>○障害のある本人のニーズの充足</p> <p>自治会活動、家族会及び家庭訪問などを通じて積極的に利用者や家族のニーズの把握に努めるとともに、その把握したニーズに対して、迅速に対応する組織体制と職員の意識の高さがあ</p>

	<p>ります。</p> <p>○障害のある本人を尊重する取り組み 利用者によって定期的に開催される自主自治会活動への事業所としての積極的な支援、家族会の定期的な開催、本人・家族・事業所との連携を図るための毎日の連絡ノートの活用など、コミュニケーション機会の確保と利用者尊重の姿勢が評価できます。</p> <p>○実習生やボランティアの受け入れ 事業所としてホームヘルパーの実習、ボランティアの受け入れなど積極的に受け入れる姿勢と体制はありますが、マニュアルが作成されていません。 マニュアルを作成することで標準的な実習ができるものと思います。</p> <p>○「個人情報保護法」に基づく個人情報の保護 個人情報保護に関することは重要事項説明書等に記載され、現場においても配慮されていますが、個人情報保護法に基づく規定を整備し、これまで以上に個人情報保護に努められることを期待します。</p> <p>○意見の公表 自主自治会活動の支援、家族会との定期的な開催、日々の連絡ノートの活用、意見箱設置など、利用者・家族の意見を受け付け、それを解決する仕組みがあり、早期に個人にフィードバックしています。今後はホームページ、広報誌等で結果を公表されることをお勧めします。</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	社会福祉法人あみの福祉会 チューリップ
施設種別	生活介護
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成23年3月9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。	C	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。	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	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。	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。	C	B
		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】

1-1-(1) 法人理念に基づき、事業所における事業所理念と、事業所総括会議においてチュークリップ総括が定められ、法人や事業所の使命や目指す方向が明示されていることが確認できました。  
 1-1-(2) 法人理念や基本方針は、理事会・評議員会、さらに職員に対しても週1回開催される職員会議、年1回の総括会議等において説明され、周知されています。又、家族会は2ヶ月に1回開催され、そこで説明をされています。利用者の方々には説明されていますが、伝達方法等に工夫の余地があります。  
 1-2-(1) 法人としては平成24年3月末までに新体系移行の事業所に合わせて、当該事業所においても行政との協議は完了しているということです。中長期計画策定は策定のための「将来構想検討委員会」立ち上げの準備中です。又、事業計画等も関係職員参画のもとで作成する仕組みもあります。しかし、事業計画策定のための課題の把握、評価、見直し等が出来ていません。  
 1-3-(1) 法人決裁規則、運営規定において管理者の役割と責任が明示されています。又、各種研修会等にも参加し、法令遵守に向けた取り組みが行われています。今後は、内部への取り組みだけでなく、広く外部に向けても広報誌等に記載・表明されることで、より一層管理者の役割りと責任が明確になるものと思います。  
 1-3-(2) 管理者は週1回開催の職員会議、管理者会議などに積極的に出席することで福祉サービスの評価・分析を行っています。又、管理者会議においては、人事・予算執行状況等の把握と分析を行うとともに、業務改善や効率化に向けた取り組みを行っています。

## 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。	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。	C	B
		② 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。	C	B
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。  II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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
		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
	II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	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
		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。	C	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	B
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。	C	B
		③	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。	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。	B	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) 保健所や市が主催する自立支援協議会等に積極的に参加することで事業経営を取り巻く環境を把握し、さらに養護学校・相談支援事業者等との連携を通じて得たこと等を事業計画等に反映されています。また、毎月税理士を招いて経営分析や助言をもらっていますが、その助言にもとづいた今後の課題の整理等の具体的な取り組みはありません。

II-2-(1) 各種資格取得において事業所としての支援体制は整っています。又、人事管理に関する方針も確立していますが、求められている役割・責任の指標が明文化されていません。

II-2-(2) 有給休暇の消化率等は定期的にチェックし、分析がなされています。さらには育児休業法等に関する規則も整備されています。また、「介護雇用に関する責任者」も法人として定められ、雇用管理体制が確立されています。現在は、職員との個別面接の機会はありませんが、今後実施することでの検討がなされています。

II-2-(3) 介護福祉士等の専門資格を把握し、資格取得に向けて勤務配慮をする等、事業所として職員の資格取得への積極的な姿勢があります。又、研修レポートも作成され、事後研修会も開催されています。ただし、一人ひとりの研修計画に基づいた育成計画は確認できませんでした。今後は実践研究部において検討されることがあります。

II-2-(4) 法人としては積極的に実習生を受け入れていますが、マニュアルがありませんでした。

II-3-(1) 個人情報に関する規定は整備されていませんが、重要事項説明書に記載し、個人の情報を取り扱う場合には本人・家族の承諾を得ることが実践されています。

II-4-(1) 危機管理マニュアルが整備され、運営委員会等で検討され、利用者の安全の確保に努めています。しかし、平成22年度は救急法研修が実施されていません。又、ヒヤリハットに関する記録がありませんでした。

II-5-(1) 資源回収を月1回実施し、地域の溝清掃、イベントへの参加など、地域との積極的な交流が図られています。

II-5-(2) 短期入所が近隣の特養との連携で利用できるようになり、以前は長時間かけての移動であったものが現在は短時間の移動で済むことで本人への身体的負担の軽減に繋がっています。又、家族とは月1回の役員会と2ヶ月に1回の家族会、月2回の事業所だよりの発行することで深い繋がりを確立しています。ボランティアの受け入れに関する規定等が整備されていません。

### 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	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	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	A
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。	C	B
	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。	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。	C	B
	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。	B	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。	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。	B	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。  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 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) 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	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。	C	C
	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。	C	C
		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) ホームページ等において誰でもが事業所の情報が得れる状況を確認致しました。また、見学等は希望に応じて随時対応しています。重要事項説明書等は振り仮名が打ってあり、読みやすいものとなっていますが、もう少し誰にでもわかりやすいようにと検討がされています。  
 III-1-(2) 事業所移行等に伴い、サービスの継続性のためにアセスメントを利用しています。また、相談窓口などの担当者等も明記されています。  
 III-2-(1) 入所前にはアセスメント記録を作成し、入所後は家庭訪問などで聞き取りを行い、複数の職員の意見を反映した個別支援計画を策定されていますが、本人のニーズや課題等は随時の見直しとなっております。今後は定期的な見直しをお勧めします。  
 III-2-(2) 個別支援計画は本人を主体として複数の職員の意見を取り入れながら策定されています。しかし、定期的でなく随時となっておりますので今後は仕組み、手順を定めることをお勧めします。  
 III-2-(3) 個別支援計画の評価・見直しは随時行われていますが、組織として定められた手順等がありませんでした。  
 III-2-(4) 記録は経験年数等によって記載に違いがあるとのことでしたが、その記録の書き方研修は実施されていません。又個人情報保護、情報開示等の研修が開催されていません。  
 III-3-(1) 職員は自治会、家族懇談会への参加、家庭訪問等を通じて広く利用者ニーズの把握に努めています。又、毎月1回開催される本人参加の給食健康管理部の会議と連携することで様々な要望に迅速に対応し、改善を行っています。  
 III-3-(2) 利用者自治会で「仲間の意見箱」が設置され、意見・要望が延べやすい体制が構築されています。苦情・要望公表マニュアルが策定され、フィードバックされていますが、外部への公表には至っていません。又、マニュアルの定期的な見直しをお勧めします。  
 III-4-(1) 事業所として本人の尊重やプライバシー保護の姿勢がパンフレット等に明示されています。又、サービス水準の確保をするために各種会議において検討される仕組みがあります。ただし、定期的でなく随時となっています。  
 III-4-(2) 第三者評価受審が今回初めてであり「c】評価になっていますが、今回受審をすることで組織内に定期的に評価を行う体制が整備されたことで、今後に期待致します。

## 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なっている。(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。	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	B
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行なっている。	B	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。	B	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。	B	B
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)利用者自らが運営する自治会組織「あおぞら」があり、月1回の定期的に開催されると同時に、家族会も月2回開催され、利用者と家族の意見を吸い上げる体制が構築されています。又、家族とは日々の連絡ノートにおいても意見交換等がされています。但し、プライバシー保護に関する規定・マニュアルがありません。

IV-2-(1)入浴前には毎朝バイタルチェックが行われるとともに、利用者の希望に応じて入浴対応しています。理美容においても障害者に対する深い理解のある理美容師を選択するなど配慮されています。ただし、入浴においてはチェックリストがあり、記録もありますが入浴に関するマニュアルが整備されていません。

IV-2-(2)健康面においては毎日の送迎時、家庭との連絡ノートにおいて確認をしており、緊急時などは事業所において通院付き添いをしています。口腔ケアも年1回歯科衛生士の指導を受ける体制があります。しかし、排泄等のマニュアルがありません。

IV-2-(3)嗜好調査は年1回実施されています。保護者を対象に給食参観を実施し、給食レシピが配布されています。又、食材に応じた補助食品を提案したりと事業所と家族が一体となった利用者への栄養管理の取り組みがあります。

IV-2-(4)利用者本人のニーズに応じた作業メニューを用意するなど、その人らしさが発揮できる対応がされています。

IV-2-(5)丁寧な作業・製品づくりの意識向上のために自製品がどのように利用され、使用されているかを現場見学し、働く意欲の向上に努めています。このことも日常生活を送ることでの支援となっています。

IV-2-(6)本人・家族の要望に合わせて相談に応じ、外出は移動支援事業を利用したり、緊急時には事業所職員が対応する日常生活支援を行っています。