

[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	重度障害者通所介護じゅらく	施設種別	障害者支援法による事業所 [居宅介護][行動援護][重度訪問介護][短期入所][生活介護][相談支援事業][移動支援事業]
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 27 年 3 月 23 日

総 評	<p>障害のある子を持つ親の方々が、「地域で安心して生活できるように」と養護学校卒業後の活動拠点となる「じゅらく」を昭和 58 年に小規模作業所として開設されました。現在は生活介護事業所として運営されています。</p> <p>併設されている「せせらぎ」では、ショートステイと居宅介護・重度訪問介護・移動支援が行われ、総合的に障害のある方の地域での生活を支えるサービスが実践されていました。</p> <p>利用者の方は比較的障害が重く、日々行われている支援は、食事・排泄など日常生活の支援を中心に行われていますが、レクリエーションや地域との交流にも積極的に取り組んでいます。また、入浴希望者に対しては週数回の入浴サービスを行っています。</p> <p>施設長は「利用者の気持ちや思いを大切に支援している」という姿勢を常にもって、生活の支援だけでなく、「着物で写真を撮る」、「旅行に行く」などの思いを受け止めた支援が行われていました。</p> <p>また、利用者と職員の関係性はアットホームな雰囲気があり、そのことが事業所内に感じられ、開設時から変わらず大切にされていることとお聞きしました。</p> <p>職員の育成についても力を入れており、「職員勤務精神」「職員支援指針」に職員の基本姿勢を定め、人事考課・職員研修などにも大変、力を入れておられました。</p> <p>一方で、利用者の高齢化に伴い、新しい課題が生まれており、どのように解決していくのかを検討していく必要があると思います。</p> <p>また、評価分析や課題設定などの場面における職員の関与のあり方について組織的な取り決めがあるとさらによいのではないかと考えられました。そのことが、結果的に専門職としての技量を構築できていくと考えられます。</p> <p>今後、さらに重い障害のある利用者の地域での豊かな生活を保障するという、高い理想を求める実践を継続・発展されることを期待しております。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員に年2回、管理者に対するアンケートを実施して、結果を掲示しています。 ・職員個々の10年計画を策定しています。 ・週1回の職員会議で施設長が小研修を実施するとともに、毎月配布する文書で管理者のメッセージを記しています。 <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の目につく所に『利用者の八大権利』『利用者主体サービス実施指標表』を掲示して、プライバシーへの配慮や主体的な活動等、利用者の尊重を常に意識するような取り組みがあります。 ・意思伝達が難しい利用者が多い中、家族との連携や日々の関わりの中で意識して利用者の情報を得るとともに、絵カードや写真、iPad等の機器の利用によりコミュニケーション手段を確保する取り組みをしています。 <p>IV-2-(2)-③【医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誤薬を防ぐために何重ものチェック体制を取っています。 ・介護職のほぼ全員が医療ケア研修を終了しています。
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会議や配布文書での周知の取り組みはありますが、法人役員や非常勤職員に対しての周知の取り組みが確認できていませんでした。 ・ホームページやパンフレットに記載されているが、利用者や家族に対してはさらに分かりやすく伝える工夫がされていませんでした。 <p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プリセプター制度を取り入れ、『研修受講状況表』によりキャリアパスに沿った研修体系は計画されていますが、研修後は報告書の作成と職員会議での報告のみで、研修成果に対する評価・分析や研修計画への反映はされていませんでした。 <p>IV-2-(3)-①【食事】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食育プログラムを取り入れたり、ベランダで野菜の栽培をしたり等、食事が楽しくなるように工夫はされていますが、個々に応じたマニュアルが実状に合わなくなっています。

※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	重度障害者通所介護じゅらく
施設種別	障害者支援法による事業所 [居宅介護] [行動援護] [重度訪問介護] [短期入所] [[生活介護] [相談支援事業] [移動支援事業]
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	2015年2月6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(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-1-1(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	B
		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(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。	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。	B	B
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(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-3-1(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、ホームページ等に記載されている。 理念、基本方針は明文化している。
I-1-1(2)	人事考課の自己評価項目に理念、基本方針を覚えているどうかの項目があり、周知状況を把握している。役員に対しての周知の取り組みが不十分である。 広報誌等でかみ砕いた表現で伝えているが、周知の確認が不十分である。
I-2-1(1)	中長期計画が表になって策定されている。 事業計画は前年度のふりかえりをもとに施設長が作成し、職員の意見を求めて修正し、策定している。年度途中の実施状況の把握が行われていない。 「父母の会」の事業所の重点課題として明確化し、職員会議にて説明するとともに、事業所内に掲示して職員に周知している。 二ヶ月に一度の保護者会にて説明を行っている。父母の会ニュースに掲載し配布している。年間予定が提示されていない。
I-3-1(1)	毎月職員に対して施設長の指針等のメッセージを文章化し、伝えている。「じゅらくだより」に毎月施設長のコメントを載せている。人事考課において、職員に施設長の評価をさせている。 京都市生活介護等事業所連絡協議会等の会議、研修に参加し、法令について把握している。 必要な法令はワムネットなどのメディアから情報収集している。掲示板に新しい情報を掲示している。
I-3-1(2)	毎月、職員に対してメッセージを文書化し配布している。職員自身の10年計画を作成させている。 収入、支出のバランスについて、毎月職員に掲示している。毎月の経営分析を行っている。

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(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(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
		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。	B	A
	Ⅱ-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 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	B
		② 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
		③ 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-2-3(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 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
② 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(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	
	② 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(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	A
Ⅱ-4 安全管理	Ⅱ-4-1(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	B
Ⅱ-5 地域や家族との交流と連携	Ⅱ-5-1(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	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(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)	WAMネットにて状況を把握し情報の収集をしている。支援学校と連携のもと、把握に努めている。 毎月試算表を作成し、月ごとの管理を行っている。
Ⅱ-2-1(1)	求められる人材像について「職員勤務精神」として明文化している。人事考課を実施し階級別職能を明確化している。人材確保についての計画がない。
Ⅱ-2-2(2)	定期的に職員ヒヤリングを行っている。時間外、有給休暇取得については個人票にて管理している。 定期的に職員ヒヤリングを行っている。福利厚生センターには加入していない。

II-2-(3)	<p>「職員勤務精神」「職員支援指針」にて、職員の基本姿勢を明記している。階層別職能一覧表にて職員の達成事項を明確にしているが、研修計画に反映できていない。</p> <p>キャリアパスに沿った研修体系は計画化され実施させているが、フォローアップできていない。</p> <p>研修に参加した職員は報告レポートを提出している。評価分析が行われていない。</p>
II-2-(4)	<p>実習生受け入れに関する基本姿勢が明文化され、マニュアルも整備している。</p>
II-3-(1)	<p>『個人情報保護規定』が整備されている。個人情報取り扱いについては、明文化し掲示している。</p>
II-4-(1)	<p>感染症、緊急時の対応マニュアルが整備されている。毎日のミーティングにて、事故などの報告がなされているが、情報の集積と分析が組織的に行われていない。</p> <p>避難訓練が定期的に実施されている。防災における地域との連携が十分でない。</p> <p>事故報告書やひやりはっとレポートの提出、分析を年一回行っているが、ひやりはっとの提出が極端に少なく、分析まで至っていない。</p>
II-5-(1)	<p>近隣の保育所、小学校との交流を定期的に行っている。地域の自治会との関わりが日常的に行われている。</p> <p>地域の民生委員協議会の見学受け入れ、その他、他団体の学習会会場として施設を開放している。</p> <p>ボランティアの受け入れの基本姿勢を明文化している。実際にボランティアの受け入れは行っているが、受け入れマニュアルが整備されていない。</p>
II-5-(2)	<p>個々の利用者に必要な社会資源を明確にして、連携に努めている。社会資源のリスト化が十分でない。</p> <p>二ヶ月に一度、保護者会が開催されている。送迎時をはじめ、随時情報交換をしている。</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) 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	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。	A	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。	A	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。	B	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。	A	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。	A	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。	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。	B	B
	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	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。	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。	B	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	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。	A	B

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)	事業所の情報はホームページやパンフレットを作成し、紹介しているが、わかりやすい工夫がされていない。 施設見学や体験は随時受け付けている。 口頭で丁寧な説明を心がけているが、利用者にわかりやすい契約書の工夫がされていない。
Ⅲ-1-(2)	介護の手順やケースの概要を文書にて作成し、引き継ぎを行っている。引き継ぎの手順が明文化されていない。
Ⅲ-2-(1)	定められた様式に則って定期的にアセスメントを実施している。聴き取りに際しては、サービス管理責任者、ケース担当者、主任の複数の職員が関わるようになっている。

Ⅲ-2-(2)	支援計画の策定と中間評価を最低年に1回以上、実施している。策定は組織的に行われている。
Ⅲ-2-(3)	支援計画の中間評価を行っているが、必要に応じた計画の再設定に関わるモニタリングは行っていない。
Ⅲ-2-(4)	日々の記録はPCソフトで入力している。個別支援計画と支援記録の整合性がない。 鍵付きキャビネットにて、ケースファイル等は管理している。記録管理の責任者が明文化されていない。 日々のミーティング、情報伝達ボードやPCのネットワークにて情報を共有化している。
Ⅲ-3-(1)	基本姿勢に利用者のニーズをとらえることを明文化されている。日常的、個別面談、保護者会にてニーズを把握している。 日々の活動時に職員が利用者の個別ニーズを聴き取り、改善を図るように努めているが、組織的に運用されてはいない。
Ⅲ-3-(2)	相談の場として、個室が用意されている。満足度調査、アンケートの実施がされていない。 苦情解決の体制・仕組みが整備されている。 日常的に利用者、家族からの意見を聴き取って対応しているが、マニュアルが整備されていない。
Ⅲ-4-(1)	業務基準書介護チェック表により、一定の支援の質を維持に努めている。 随時、意見を受け入れ反映に努めているが、利用者、家族からの意見を反映する仕組みが構築されていない。
Ⅲ-4-(2)	自己点検表にてチェックし、随時、改善を図っているが、組織的に課題の分析、検討が行われていない。 年度ごとの重点課題に対して、年度末に総括を行っている。評価後の確認・改善にいたる組織的取り組みが不十分である。

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)	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。	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	B
	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	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	「業務基準書」に職員の行動規範、倫理綱領が明記され、ファイル化されている。排泄・入浴支援における同性介助は徹底している。「利用者の八大権利」の中に、プライバシー保護に関する権利が明文化され、掲示されている。
	コミュニケーションをとることが難しい利用者の方には、トーキングエイド、絵や写真等の視覚情報を使うなどの工夫を取り入れてコミュニケーションをとれるように努めている。
	保護者が組織化されている。障害程度が重い利用が多いが、自発的な意見のくみ取りを意識しながら支援している。
IV-2-1	入浴利用の際の留意点が明文化されているが、口頭での引き継ぎにとどまっている。
	利用者の衣服については日常的に気をつけている。必要に応じて家族と意見交換を行っている。
	外出行事などで理美容に関する取り組みを行っている。気にかけて支援を行っている。
IV-2-2	睡眠に関する相談には適時対応している。日中に居眠りが多くでる方についての家族へアドバイスを行っている。
	個人の留意点について明記されているが、口頭にて伝達が多く、あまり活用されていない。
	投薬や医療的ケアについて適切に対応している。

IV-2-(3)	刻み食にも対応し、個々に応じた食事を提供しているが、食事に関するマニュアルの見直しがされていない。
IV-2-(4)	利用者との話し合いの中で、利用者の意見をできるだけ反映できるプログラムにするように工夫している。
IV-2-(5)	外出時には、個人の財布を持ってもらい、お金を使うことを実践している。 可能な限り外出に応じている。安全確保に対する配慮は行っている。不測の事態に備えた個別の対応を行っている。
IV-2-(6)	必要に応じて近隣の他の事行所と連携を図り、レクリエーションの充実を図る一助にしている。