

[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	生活介護、短期入所、 居宅介護、重度訪問介護
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」		

2011 年 5 月 26 日

総 評	<p>京都の障害児を抱える親の会が「養護学校卒業後にも我が子が地域で安心して生活できるように」との思いで数々の運動を続けられ、その結果のひとつとして、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。現在は障害者自立支援法の生活介護事業所として運営されています。</p> <p>利用者のほとんどは重い障害のある方々で、事業所内にはいくつもの配慮や工夫がなされていました。例えば、施設内は職員がどこにいても目が届きやすいようになっていて、ソファでくつろいだり、横になってリラックスできる環境も設けられていました。</p> <p>日々行われている支援は、重い障害のある利用者の負担をなるべく軽減するための配慮が貫かれており、“利用者本位の意識”が全職員に浸透していることがヒヤリングにおいても確認できました。また、昼食時に投薬の必要がある利用者が多い中で、一人ひとりの服薬管理を確実にを行うための様々な工夫をし前向きに取り組まれている姿勢は高く評価できます。このことも利用者本位の表れであると感じます。</p> <p>常に明るい利用者職員のアットホームな一体感が「じゅらく」特有の雰囲気として印象に残りました。</p> <p>一人ひとりの障害が重くケアも多岐にわたっていることから、ケアに関するマニュアルは内容と種類が多くなり作成が難しい状況ではありますが、あえて、ケアマニュアルのさらなる充実を提案いたします。今後、事業の拡大や職員の数が増えることが見込まれる中、安定したサービス提供のために、職員に使いやすく利用者に安心感を与える生きたマニュアルが必要です。ぜひ、ご検討ください。</p> <p>重い障害のある利用者の方々の地域での豊かな生活を保障することは、決して簡単なことではありません。しかし、それを地域で、利用者本位で、医療のみに偏らずバランスがとれた実践をされているその姿勢を、今後も継続・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)①質の向上に向けた取り組みへの管理者リーダーシップ 半期ごとに、共有情報・改善すべき点・ひやりはっと等をリストアップし、業務改善に努めている。毎年9月に職員個人の振り返り研修を実施している。</p> <p>II-2-(4)① 実習生の適切な受け入れ 実習生の受け入れについては、マニュアルやプログラムの整備等がなされている。担当者の研修も行われている。</p> <p>III-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足 ①年に一度個別懇談会を実施し、ニーズの把握に努めている。家族会を年5回開催している。 ②個別支援計画の見直しを半年ごとに行い、週間振り返りシートを作成している。</p> <p>IV-2-(4)① 日中生活への支援 グループ活動・個別活動・グループ外出など、同じ活動が重ならないような配慮がされ、化学実験・外国語・紙芝居など各職員の特技を生かした様々な分野の活動が取り入れられている。1日の流れやプログラムに関しては、1週間に一度ふりかえり会議で見直し、業務改善に努めている。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-1-(2)② 理念・基本方針の周知 利用者に向けた理念・基本方針の周知の取り組みが実施できていない。</p> <p>II-2-(3) 職員の質の向上に受けた体制確立 ①職員に求める専門技術については「職員勤務精神」「職員支援方針」として明示している。来年度から資格取得手当を検討している。 ②人事考課の自己評価にて職員一人ひとりの思いや目標を理解しているが、具体的な計画が無い。 ③研修報告書の作成および、職員会議での報告は実施しているが、組織的な評価、計画への反映はなされていない。</p> <p>III-1-(1)② サービス提供の適切な開始 サービス提供開始時には担当者が個々の家庭に出向き、ていねいな説明を心掛けているが、重要事項説明書や契約書の内容について、わかりやすく伝える工夫が望まれる。</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	重度障害者通所介護 じゅらく
施設種別	生活介護、短期入所、 居宅介護、重度訪問介護
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	2011年3月16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。	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。	C	C
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	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	C	B
		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。	B	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理念はパンフレット、事業所内に掲示されている。 ②職員向け文書として、理念に基づく事業所の使命・職員勤務精神を明文化し文書を職員に配布している。
I-1-(2)	①毎月、施設長が職員の職務の方向性を示すものとして、文書を職員に配布しているが、非常勤職員への周知が不十分。 ②利用者に向けた理念・基本方針の周知の取り組みが実施できていない。
I-2-(1)	①今年度初めて中長期計画を策定された。 ②中長期計画策定のプロセスとして、職員の代表が作成→職員会議で報告→部会に提出→理事会で決済という組織的な流れがとられている。 ③事業計画は法人機関誌に掲載し、職員全員にも配布されているが、利用者・家族への周知の取り組みが不十分である。 ④事業計画は総会、理事会、その他法人の会議にて説明がなされているが、利用者周知の取り組みが不十分である。
I-3-(1)	①毎月全職員に指針等を表明した文書を配布し、自らの役割と責任について、わかりやすく、継続的に表明している。 ②WAMネットを職員用パソコンのデスクトップに貼り付けている。身体拘束禁止をはじめ、様々な法律や情報についてのファイリングがなされている。
I-3-(2)	①半期ごとに、共有情報・改善すべき点・ひやりはっと等をリストアップし、業務改善に努めている。毎年9月に職員個人の振り返り研修を実施している。 ②月ごとに収入、支出の財務状況を確認し、計画的な予算執行に努めている。

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。	B	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。	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。	B	A
		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	B
	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	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。	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-(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	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。		C	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。	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。	B	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。	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	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 特別支援学校や他施設、社会福祉協議会、などとの情報交換のためのネットワークを構築し、地域の潜在的ニーズの把握に努めている。常に定員がいっぱいの状態で、新規の受け入れはほとんど無い。 ② 毎月の資産表を作成し、月ごとの予算との進捗管理を行っている。会計10年計画を作成している。
II-2-(1)	① 求められる職員像を「職員勤務精神」として明文化している。人事考課制度を実施し、職員ひとりひとりの能力向上に関する希望を把握している。
II-2-(2)	① 職員の就業状況について、管理者は随時把握している。利用者の送迎システムを工夫して、勤務時間の短縮などの措置を講じているが、有給休暇の取得率は低い。 ② 随時、職員からの相談を受けるなど、職員の心身の健康保持に努めているが、福利厚生センター等の加入はなされていない。
II-2-(3)	① 職員に求める専門技術については「職員勤務精神」「職員支援方針」として明示している。資格取得手当を検討中であり、現在は実施されていない。(来年度から実施予定。) ② 人事考課の自己評価にて職員一人ひとりの思いや目標を理解しているが、個別の研修計画については作成されていない。 ③ 研修報告書の作成および、職員会議での報告は実施しているが、組織的な評価、計画への反映はなされていない。
II-2-(4)	① 実習生の受け入れについては、マニュアルやプログラムの整備等がなされている。
II-3-(1)	① 個人情報保護のための規定を策定している。事業所内では、トイレチェックの個人名を暗号化して、個人が特定されない配慮をしている。
II-4-(1)	① 随時必要な情報収集を実施しているが、担当者・担当部署が設置されていない。 ② 消防署との連携のもと、年2回の避難訓練を実施している。利用者・職員の安否確認の方法が確認できなかった。 ③ 事故報告書、ヒヤリハット報告書の収集と分析を行うことにより、事故の減少につながっている。
II-5-(1)	① 学区の社会福祉協議会に加入している。近隣の保育所、学校等の交流、地域行事への参加を積極的に行っている。日常的に、近隣のコンビニ等への買い物活動を活動として取り入れている。 ② 地域包括支援センター主催の地域ケア会議でのプレゼンテーションを行っている。重症心身障害者支援についての専門的な研修会等は開催していない。 ③ ボランティアに関する基本姿勢は明文化されているが、受け入れについてのマニュアルは実習生の受け入れマニュアルに準じている。

Ⅱ-5-(2)	①併設されている居宅支援センターが、利用者個々の生活全般の状況を把握し、連携している。 ②保護者会は年5回開催され、施設長が状況報告、情報提供等を行っている。参加できない保護者については、報告書を配布している。
---------	--

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	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	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。	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。	B	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	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。	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。	C	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。	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	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。	C	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。	B	A

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)	①ホームページについては現在作成中である。 ②サービス提供開始時には担当者が個々の家庭に出向き、ていねいな説明を心掛けているが、重要事項説明書や契約書の内容についてわかりやすく伝える工夫が望まれる。
Ⅲ-1-(2)	①他の事業所への移行に当たっては、介護の手順書などの資料を作成し、引き継ぎを行っている。
Ⅲ-2-(1)	①様式を定めたアセスメントシート、ヒストリーシートを用いている。
Ⅲ-2-(2)	①個別支援計画は策定後、半年で中間評価をしている。個別支援マニュアルに十分に反映させることが課題となっている。

Ⅲ-2-(3)	①週間振り返りシートを作成している。
Ⅲ-2-(4)	①管理者とサービス管理責任者が、記録の確認と指導を行っている。 ②記録の保管は適切に行われているが、保管等に関する規定がない。 ③「情報伝達ボード」を活用し、情報共有に努めている。
Ⅲ-3-(1)	①年に一度個別懇談会を実施し、ニーズの把握に努めている。家族会を年5回開催している。 ②個別支援計画の見直しを半年ごとに行い、週間振り返りシートを作成している。
Ⅲ-3-(2)	①送迎時に家族からの意見を積極的に聞く姿勢はあるが、不十分という認識がある。 ②家族が父母の会の会員なので、苦情を公表した場合に特定されやすいという事情もあり、公表はひかえている。 ③意見や苦情等への対応マニュアルが確認できなかった。
Ⅲ-4-(1)	①個別的なサービス方法は、個別支援計画に落とし込まれている。 ②サービス実施方法の見直しは、三者懇談会の意見や提案を参考にするとともに、最終的には「事業所総括」で課題を明確化している。
Ⅲ-4-(2)	①個別支援計画の目標達成度を年度末に5段階評価で表している。 ②個別支援計画により課題を明確化し、改善計画につながっている。

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。	B	B
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	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	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	非該当
		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 プライバシーポリシー(個人情報に対する考え方)は理念等で明文化され、排泄・入浴支援における同性介助も徹底されているが、利用者への周知ができていない。 ② 食事の献立や外出先等について利用者の希望を聞くために、伝達ボード・絵カード・写真を使うなどの工夫が有効に活用されている。 ③ 利用者の自治会は設置されていないが、21年度は保護者が5回開催され、家族や利用者の声を聞く機会としている。
IV-2-(1)	① 入浴介助や支援方法についてのマニュアルはないが、必要事項は伝達ボードで引き継ぐ取り組みを徹底している。 ② 日中活動の中で衣服が汚れた場合には、プライバシーが配慮された空間で、対応している。必要に応じて家族と連携を取り支援している。 ③ 頭のかゆみの訴えがあればタオルでふいたり、怪我防止のために爪の状況を常に気にかけて対応している。希望者には、ひげそりや前髪程度の散髪等を行っている。
IV-2-(2)	① 送迎時に家族と連絡を取り、睡眠不足だと報告があった利用者には、日中横になってもらう等の配慮がなされている。 ② 排せつ介助に関するマニュアルはないが、排泄のチェックリストを利用し、健康状態の把握に努めている。 ③ 毎朝利用者が持ってきた薬を、投薬ボードの各自決まった場所に入れ、服薬時間にアラームを鳴らし、服用後はチェック表に記入・確認カードの移動・利用者本人への声かけと、何重にも確認し、誤薬防止の努力をしている。
IV-2-(3)	① 昼食は仕出し弁当の他、家で作った弁当・各自で食べたいものを買っていく等の選択肢があり、温めて食べる等の配慮がされている。障害に応じて刻み食やミキサー食にも対応し、その準備のためのパート職員が配置されている。
IV-2-(4)	① グループ活動・個別活動・グループ外出など、同じ活動が重ならないような配慮がされている。1週間に一度ふりかえり会議で見直している。
IV-2-(5)	① 金銭に関して自己管理ができる状態の利用者がほとんどいないため非該当。 ② 希望があれば5~6人で大型スーパーのフードコートに行く等、可能な限りの外出に対応している。電動車いす利用の人に、事業所名を記したカードを取りつける等安全に留意している。
IV-2-(6)	① 充実した余暇活動になるよう他事業所との連携を図っている。