

[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	障害福祉センターあらぐさ	施設種別	生活介護事業・就労継続支援事業 B 型 (旧体系：)
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成 27 年 5 月 28 日

<p style="text-align: center;">総 評</p>	<p>デイセンターあらぐさ・ワークセンターあらぐさは、共同作業所からスタートし、社会福祉法人あらぐさ福祉会の設立に伴い開所した事業所です。障がいのある本人が、自立した日常生活を送り、創作活動や生産的活動を営むことが出来るような支援を行っています。</p> <p>ワークセンターあらぐさでは、就労や生産活動の機会を提供しています。さをり織りや草木染、クッキーなどを製作し、施設や地域のイベントに出店し、また JR 長岡京駅前の喫茶店に委託販売を依頼するなど、利用者が就労に意欲を持つこと出来るような取り組みを行っています。</p> <p>現在は、長年の継続的な活動により、地域に広く知られる施設となっています。</p>
<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○事業計画の策定</p> <p>中長期計画に基づき年度事業計画を策定しています。週 1 回のグループ会議、主任センター長会議、職員会議で事業の振り返りや見直しをしています。更に半期ごとに進捗状況を確認し、次年度の計画に反映しています。</p> <p>事業計画については、年度始めのあらぐさ会（家族の会）で説明し、毎月のあらぐさ会でも活動の展開や進捗状況について報告する機会を持っています。</p> <p>○研修計画</p> <p>センター長、主任と職員が面談し、個人研修計画を作成しています。本人の希望、上司の要望から目標を設定して振り返りを行っています。研修委員会が作成した年度指定研修一覧に基づいて研修を受ける仕組みとなっています。</p> <p>○地域とのかかわり</p> <p>事業計画に地域との連携を挙げて、作品展「創～えがおの手しごと展」、地域交流イベント「あらぐさひろば」等を開催し、地域の人に参加を呼びかけています。「あらぐさ☆はなさか隊」という活動グループでは、道路沿いに花を植え、ゴミ拾いをする活動をしています。また、虐待に関する勉強会を開催し、地域住民にも参加を呼びかける等、地域と関わる事業に力を入れています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○情報の共有 グループごとに日々の活動を記録し、重度障害の方は個別に記録しているとの事でしたが、他の利用者についても一人ひとりのその日の状況がわかるような記録方法にすることで、利用者情報の共有が図れ、利用者の変化もわかりやすくなると思います。</p> <p>○マニュアルの作成 業務内容についてのマニュアルは作成していないとの事でした。日々の業務をマニュアル化し共有することで、一定の水準のサービス提供を行う事が出来ます。マニュアルを策定した上で個別支援計画を策定すると、更に充実したものになるのではないのでしょうか。また、サービスの内容を文書化することで新たに見えてくるものもあると思います。</p> <p>○ヒヤリハット・事故の分析 ヒヤリハット報告を安全委員会で検証し、対策を協議して職員会議で報告していますが、事故やヒヤリハットの分析、及び解決策の確認までには至っていません。起こった事故やヒヤリハットへの対応だけでなく、今後のリスクを回避するためにも事故やヒヤリハットの分析を行い、危険予知対策につなげていただければと考えます。</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	障害福祉センターあらぐさ
施設種別	生活介護事業・就労継続支援事業B型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成27年2月26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。	b	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	a
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。	c	b
		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。	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。	b	a
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。	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。	b	b
	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。	b	b

【自由記述欄】

I-1-1(1)①理念はホームページ、パンフレットに掲載し、事業計画書にも記載しています。法人の考え方や特性を踏まえた内容になっています。

I-1-1(1)②理念を事業所内にも掲示し、職員の行動規範となっています。

I-1-1(2)①年度ごとの事業計画書に理念、基本方針を記載し、年度初めの職員会議で説明しています。基本方針に基づいた活動実践を行い、グループごとの会議で確認をしています。

I-1-1(2)②年度初めの家族の会(あらぐさ会)に理事長が参加し、事業計画を配布して説明をしています。また、家族の会には職員が必ず参加し継続的な周知に努めています。

I-2-1(1)①中長期事業計画を策定し、計画に基づいた取り組みを行っていますが、必要に応じた見直しは行っていないとの事でした。

I-2-1(1)②年度ごとの事業計画を策定し、6か月ごとに進捗状況を確認しています。グループ会議、主任センター長会議での振り返りを基に、職員会議、法人本部会議に上程する仕組みがあります。

I-2-1(1)③年度初めの職員会議で「平成26年度事業計画書」を配布して説明しています。事業計画書は、今年度の重点、事業ごとの方針をわかりやすく記載しています。

I-2-1(1)④家族の会(あらぐさ会)に事業計画書を配布し、センター長が出席して説明をしています。毎月のあらぐさ会にもセンター長が参加して、活動について報告をしています。

I-3-1(1)①年度初め発行の広報誌「あらぐさ通信」に、統括事業長が自らの役割と責任について掲載しています。

I-3-1(1)②センター長がコンプライアンスセミナー研修に参加し、職員会議で報告しています。関係法令集などはありますが、遵守すべき法令等を把握する取り組みは不十分です。

I-3-2(1)①統括事業長、センター長は定期的に会議を開き、活動実践やサービスの現状について分析・評価を行っています。その上で、リーダーシップを発揮し、サービスの改善に取り組んでいます。

I-3-2(2)②管理職を中心に労働安全衛生に関する改善などの取り組みを行い、事業計画を立てる際には経営面からも予算立てしていますが、人事、労務、財務等の面から経営計画が出来ていないとの事でした。

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。	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。	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。	b	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。	b	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-3-(1) 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	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。	c	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。	a	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	b
		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) 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。	a	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乙訓地域の相談事業所連絡会や自立支援協議会の参加を通して、地域のニーズや動向を把握しています。把握した情報は事業計画に反映しています。

Ⅱ-1-(1)②毎月税理士に経営状況の評価とアドバイスを受け、課題を明確にしていますが、経営改善には至っていません。

Ⅱ-2-(1)①職員体制について事業計画に挙げて、国の基準人員より手厚い人員を配置しています。毎年、職員より資格取得等の能力向上に関する希望を聞き取りして把握しています。

Ⅱ-2-(2)①個人面談を行い、職員の意見や要望を聞き取る機会としています。有休休暇や時間外勤務のチェックは行っていますが、有休取得に向けた改善策の検討は行っていません。

Ⅱ-2-(2)②職員との個人面談を行っており、労働安全委員会には産業医が参加して、定期的に働しやすい環境であるかの検討をしています。福利厚生事業として共済会に加入する仕組みがあります。

Ⅱ-2-(3)①「オリエンテーション」の冊子に、組織として職員に求める基本姿勢を、勤務年数ごとに明示して職員に配布しています。職員が資格取得のために休日を取る際には、勤務体制を配慮しています。

Ⅱ-2-(3)②職員の希望、年度目標、上司からの要望を踏まえた個人研修計画を立て、計画に基づき研修を実施しています。職員の技術や知識、必要な専門資格を把握しており、年度指定研修一覧で研修受講状況を把握しています。

Ⅱ-2-(3)③研修報告書、復命書を作成し、職員会議で報告、回覧で他の職員に周知しています。個人ごとに研修計画の振り返りを行い、上司の評価を受けて課題を整理し、次年度の計画見直しを行っています。

Ⅱ-2-(4)①「実習オリエンテーション」の冊子に実習生の基本姿勢を明示して説明しています。プログラムについては学校側の要望に基づいて作成しています。職員が実習指導者研修に参加しています。

Ⅱ-3-(1)個人情報保護管理規程を策定し、重要事項説明書に明示して、本人及び家族に説明しています。また、職員には採用時研修で説明をしています。

Ⅱ-4-(1)①感染症、医療的ケアのマニュアルを作成しており、ノロウイルス、インフルエンザ等、種類別に発生時の対応、フローチャートを整備しています。一人ひとりの健康台帳を作成しており、緊急時に対応できるようにしていますが、帰宅時の災害・事故時の支援体制が整備されていません。

Ⅱ-4-(1)②消防計画を作成し、連絡体制の整備をして、職員に周知していますが、災害時の対応の整備が不十分です。

Ⅱ-4-(1)③事故メモ報告にヒヤリハットの事例を挙げ、安全委員会で対応を検討しています。職員会議で報告をしていますが、ヒヤリハットの評価・見直しまでには至っていません。

Ⅱ-5-(1)①「タケノコフェスタ」「あじさい祭り」「ガラシャ祭り」等、地域のイベントに利用者と参加しており、地域行事等様々な場所で自主製品の販売を行っています。道路沿いに花壇を作り、花を植える活動や歩道のゴミ拾い活動を行うなど地域に向けての活動を行っています。自治会に加入するなど協働での事業は行っていません。

Ⅱ-5-(1)②障害に特化した介護職員初任者研修を開催しており、地域住民に呼びかけて虐待の勉強会も開催しました。イベント「あらぐさひろば」や作品展「創～えがおの手仕事展」を地域住民に告知しています。

Ⅱ-5-(1)③活動グループごとにボランティアの受け入れを話し合い、日常的にボランティアの受け入れをしていますが、ボランティアに関する受け入れマニュアルは作成していません。

Ⅱ-5-(2)①「障害福祉のしおり」には社会資源、関係機関の一覧が掲載されており、利用者に情報提供しています。、相談支援センターと連携して、関係者会議に参加しています。

Ⅱ-5-(2)②家族の会(あらぐさ会)に職員が参加し、グループごとの懇談会を開催するとともに、年2回の個人懇談を通じて家族との連携を図っています。

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	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。	a	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。	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。	c	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	b		
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	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	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。	b	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。	b	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。	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]	
Ⅲ-1-(1)①	ホームページやパンフレットで情報提供しています。見学は随時受け入れ、業務日誌に記録しています。
Ⅲ-1-(1)②	契約書、重要事項説明書でサービス内容や料金の説明をして、契約を交わしています。障害のある本人にわかりやすい内容になるようにふりがなを打ち、わかりやすく説明できる工夫をしています。
Ⅲ-1-(2)①	引継ぎ、申し送り文書を作成しており、相談支援センターと連携して支援につなげています。
Ⅲ-2-(1)①	アセスメントを行い、家族を通じて障害のある本人の意向を聞き取り、ニーズや課題を把握しています。定期的に再アセスメントを実施しています。
Ⅲ-2-(2)①	アセスメントに基づき、個別支援計画書を作成して、具体的な支援内容を記載しています。本人、家族に説明して同意を得ています。
Ⅲ-2-(3)①	3か月ごとにモニタリングをし、6か月毎に中間評価を行い、本人、家族に説明しています。
Ⅲ-2-(4)①	グループごとに個人の状況を記録しています。重度障害の利用者は個別の記録を作成しています。
Ⅲ-2-(4)②	個人情報保護規程に記録の保管・保存・廃棄・情報開示に関する事項を明示して、採用時の研修で説明していますが、文章規程は作成中です。
Ⅲ-2-(4)③	グループ会議、職員会議を通じて情報を共有しています。パソコン等のネットワークを利用しての情報共有は行っていません。
Ⅲ-3-(1)①	「利用者、家族の意向を尊重、利用者の尊厳を大切に、権利擁護に努めます」を、平成26年度の重点に明示しており、年2回の個別面談や家族懇談会、家族会への出席等を通じて要望を聞き取り、ニーズの把握に努めています。
Ⅲ-3-(1)②	利用者と共に活動内容について話し合いをして決定しています。個別支援計画を作成し、外出やグループ活動等を実施しています。また、必要に応じて計画の変更をしています。
Ⅲ-3-(2)①	苦情相談窓口を設置して、重要事項説明書に連絡先を記載し、利用者にはふりがな表示のわかりやすい文書を掲示しています。苦情受付箱を設置し、家族会でも要望を聞き取っています。
Ⅲ-3-(2)②	苦情解決要綱に手順を定め、受付簿に記録しています。家族の会で苦情の内容、結果の報告を行っています。
Ⅲ-3-(2)③	苦情解決要綱に基づき対応を行い、改善につなげています。マニュアルの定期的な見直しは行っていないとの事です。
Ⅲ-4-(1)①	一定の水準を確保するための実施方法を明記したマニュアル等は整備できていないとのことです。
Ⅲ-4-(1)②	業務マニュアル等のサービスの水準を確保するための文書を作成していませんので、見直し等はできていません。
Ⅲ-4-(2)①	第三者評価を3年に1回受けています。「自己評価チェック表」を作成して全職員での自己評価を年1回実施しています。
Ⅲ-4-(2)②	評価結果の分析が不十分で、課題の注出や計画の見直し等に反映できていません。

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。	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	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。	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)①「あらぐさオリエンテーション」の職員の行動規範に、利用者のプライバシー保護、人権擁護について明記し、職員に説明しています。同性介助となるような配慮をしており、個別に作業できるような場所を設定しています。

IV-1-(1)②言語やしぐさだけでなく、意思表示のサインを見逃さないように努めており、写真や絵カードを用いてコミュニケーションを図る工夫をしています。

IV-1-(1)③利用者本人が参加する仲間の会があり、サークル活動の内容や旅行の行き先を決めています。自主制作の作品を展示する「創～えがおの手仕事展」やイベント「あらぐさひろば」に他事業所の家族を招いています。

IV-2-(1)①入浴事業は行っていませんが、入浴に関する状況を家族より聞き取り、相談に応じています。また、必要に応じて相談支援センターにつなげています。

IV-2-(1)②着替えを持参しており、必要に応じて着替えをしています。必要に応じて家族に連絡をしています。

IV-2-(1)③2か月に1回、散髪ボランティアの実施があり、本人、家族からの希望を確認しています。

IV-2-(2)①睡眠については家族から聞き取り、状況の把握に努めています。睡眠が不十分な利用者や無呼吸症候群の利用者には、家族と連携を図り対応しています。

IV-2-(2)②バイタルチェックシートに排泄状況を記録し、個別に排泄介助の方法を記載していますが、共通の対応マニュアルは作成していません。

IV-2-(2)③年2回内科、歯科検診を実施しています。日々のバイタルチェックを行い、必要に応じて家族と相談をしています。

IV-2-(3)①年1回嗜好調査を行い、給食委員会で利用者の意見を聞き取りしています。利用者の状況に応じて食形態を変えて対応しています。食事時間は利用者の状態に合わせて配慮しています。

IV-2-(4)①活動は障害に応じて選べるようにしており、一人ひとりのニーズに応じて活動を計画しています。利用者話し合いで賃金について説明しており、働く意欲を持てるように配慮しています。

IV-2-(5)①利用者本人と賃金について話し合いをしており、外食、お出かけ時に現金での支払いを体験できるように工夫しています。

IV-2-(5)②バス旅行や外出の活動を実施し、旅行のしおりや絵カードを用いて注意事項を伝えています。職員が保険証や緊急連絡先を持参して付き添いをしています。

IV-2-(6)①グループごとに外出活動を実施しており、季節行事を行うなど様々なレクリエーションに参加できるように工夫しています。