

[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	乙訓の里	施設種別	生活介護 (旧体系：)
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成28年3月22日

総 評	<p>生活介護事業所「乙訓の里」は、基本方針に利用者の「個性・特性・能力」を最大限に活かす支援を実施していくことを掲げています。また、①「生産活動」を通じて働く事の意味を学習し②「機能維持訓練」で身体の機能の維持やケアを行い③「社会参加活動」を通じて社会生活に必要な情報や知識を養う、を活動の三本柱として、支援を行っています。</p> <p>事業所は利用者の自己実現に向け、一人ひとりの意向や要望に沿えるように週間のカリキュラムを組んでいます。さおり織の機械は、利用者の状態に合わせて織機が使えるように改造する等、職員と利用者が共に取り組んでいる様子がうかがえました。</p> <p>事業所は平成27年6月に現在の場所に移転したところで、建物は利用者・家族・職員の意見を参考に建設されました。トイレは利用者の状態に合わせたタイプの便器を設置し、床はクッションフロアーにしています。呼び出しを知らせるランプを職員の目につきやすい場所に設置するなど、食堂兼訓練室、トイレ、浴室、医務室等随所に利用しやすい工夫がみられました。</p> <p>また、地域のイベントに作品を出品したり、「わっしょいフェスタ」の催しを実施する等、地域との交流にも務めておられます。事業所移転により、新しい場所で、今後も地域住民とのふれあいの機会を増やして、地域に根差した事業所となっていけることを期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○重要事項説明書の作成 「サービスガイド」（重要事項説明書）は、漢字にルビふり、文字を大きくし、絵や写真を取り入れて利用者がわかりやすい内容になっています。また、基本方針や事業計画書は、パワーポイントを使用しながら、利用者に理解しやすい配慮をしています。</p> <p>○利用者のニーズに向けた取り組み 個別面談で利用者のニーズを把握し、作業グループのメニューの希望を聞き取って、個別支援計画書を作成しています。週1回のホームルームで利用者主体の話し合いを行い、作業グループの活動を実施しています。さおり織りの機械は個々の障害の状況に合わせて使用しやすい物に改造し、利用者の意欲を引き出しています。</p> <p>○食事への配慮 食事は利用者一人ひとりに合わせた形態で提供し、嚥下の状況に合わせて配慮をしています。食事介助は利用者に合わせて対応を行い、作業の場所と離れたところで食事をするなど、環境の工夫をしています。また、給食委員会では利用者の希望を聞き取り、献立に取り入れています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○記録管理 記録の保管についての規程は設けておられますが、廃棄方法や情報開示に関する規程は確認できませんでした。個人情報保護と情報開示の観点を取り入れた研修を行い、記録管理体制の整備に努めて下さい。</p> <p>○サービスの質の確保 個別面談を行いニーズに合わせた支援計画書作成されていますが、サービスの基本となるマニュアル等は策定されていません。介助等が一定の基準で提供できるようなマニュアルを作成してはいかがでしょうか。サービス内容を見直す機会になると考えます。</p> <p>○利用者からの意見、苦情の対応 苦情解決の仕組みは整備していますが、家族より記録を残してほしくないとの意向で、記録が確認できませんでした。苦情や意見は「解決したら終了」でなく、事例を収集し、サービス内容の見直しに活かしていくことが必要です。記録はどのような形式でも残していくことが大切だと考えます。また、個人情報に配慮しつつ、苦情の内容、改善点を利用者・家族に文書で公表される事をお勧めします。</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	乙訓の里
施設種別	生活介護
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12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。	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。	b	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。	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	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	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	b

[自由記述欄]

I-1-(1)①法人理念を玄関に掲示し、ホームページやパンフレットに掲載しています。内容については、障害者福祉の基本的考え方を踏まえたものになっています。

I-1-(1)②理念に基づいた基本方針は、事業計画や広報誌等で表明しています。

I-1-(2)①年度末に理事会を開催し、役員に事業計画を説明しています。職員に対しては月1回のスタッフ会議で周知しています。見直しに関しても、週に1回のスタッフ会議で職員と共に検討しています。

I-1-(2)②年度初めに事業計画を利用者に説明しています。書面で伝えるのが難しい利用者にはパワーポイントを活用し、分かりやすく説明しています。

I-2-(1)①「乙訓福祉会整備計画～ふた葉プラン～」の中で、中長期的な視点を持って目標を明確にしています。

I-2-(1)②事業計画は作成していますが、実施状況の評価や振り返りが不十分で、全職員での取り組みが出来ていません。

I-2-(1)③事業計画は月1回の職員会議で職員に周知しています。会議に参加出来ない職員に対しては事業計画、予算をファイリングし、いつでも見ることが出来るよう工夫しています。

I-2-(1)④利用者と職員の話し合いの場であるホームルームで、年度初めに利用者へ説明しています。その際には書面やパワーポイントを使用し、分かりやすく説明しています。家族へも5月の全体家族会で説明しています。

I-3-(1)①管理者の役割については職務分掌に明示し、『施設から求められる職員像』にも示していますが、広報誌等には掲載していません。

I-3-(1)②年2回の施設長会議や関連部会に参加して情報を収集し、職員会議等で共有していますが、リスト化には至っていません。

I-3-(2)①管理者は職員会議等で質の向上に向けた情報を提供し、業務改善への取り組みを行っています。

I-3-(2)②経費削減のため、業務の効率化や働きやすい環境整備、消耗品の見直し等を行っています。職員が同じ意識を形成するまでには至っていないとのことです。

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。	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。	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。	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。	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。	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。	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-2-4) 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	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	b
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	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	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)①自立支援協議会に出席し、地域の情報を収集しています。行政や支援学校とも連携を図り、卒業予定数と利用サービスの見込み数についてデータを収集し、長期計画や事業計画に反映しています。

II-1-1)②税理士等専門家による経営状況の分析を行っていますが、課題を明確にし職員と共有する取り組みが不十分です。

II-2-1)①人材や人員体制について事務局会議で話し合い、法人で一括して管理しています。今年度より「目標管理 乙訓の里」で職員ごとに個人目標を立て、常勤職員目標管理制度の導入を進めています。

II-2-2)①職員の有給休暇や残業等のデータを確認していますが、改善策の検討が出来ていないため、職員ごとに有給休暇の消化に偏りがあります。

II-2-2)②共済会に加入しており、外部カウンセラーを受ける仕組みがあります。

II-2-3)①職員の教育・研修については中長期計画に明示し、同一法人のライフサポート事業所が中心となり月1回の内部研修や、一人年間1回以上の外部研修を受ける事ができる仕組みを作っています。

II-2-3)②年間研修計画を作成し、外部講師を招くなど、月1回内部研修を行っていますが、個別の研修計画は策定していません。

II-2-3)③研修報告書を作成し、全体職員会議の際に研修報告を実施していますが、研修成果の評価や分析までには至っていません。

II-2-4)①「乙訓福祉会相談援助等実習生受け入れ規程」を作成し、福祉系大学、重度訪問介護従事者養成研修等の実習を受け入れていますが、受け入れに関する基本姿勢は明示していません。

II-3-1)①個人情報保護については、利用契約時に同意を得ていますが、開示請求に対する対応方法を策定していません。

II-4-1)①AEDを設置し、年に1回研修を行っています。送迎車について事故発生時の手順書を作成しています。しかし、事故の責任や役割が明確になったマニュアルは整備していません。

II-4-1)②福祉避難所としての指定を受けていることもあり、必要な設備を整えています。職員や家族会の連絡網を作成し安否確認の方法をとっていますが、今年度は移転したところでもあり、避難訓練等が行えていません。

II-4-1)③ヒヤリハット委員会を設置し、事例の収集と共有を図っています。終礼時に改善点を検討し、改善を図っていますが、ヒヤリハット委員会は不定期開催のため、十分な分析や評価は出来ていません。

II-5-1)①利用者が作った製品の販売会を地域のスーパー等で رفتり、事業所を開放し「わっしょいまつり」を開催していますが、地域の方と利用者が日常的に交流するまでには至っていません。

II-5-1)②利用者の作品を長岡京市役所で展示、販売を行ったり、地域の小中学生のボランティア体験を受け入れています。重度訪問介護研修等に職員を講師として派遣していますが、地域住民が参加できる研修の実施はしていません。

II-5-1)③ボランティアを受け入れる際には登録手続きは行っていますが、マニュアル等は策定しておらず、基本姿勢を明示しているとはいえません。

II-5-2)①自立支援協議会に参画し、地域の事業所と連携を図っていますが、社会資源を掲載したリストや資料の作成までは至っていません。

II-5-2)②2か月に1回の親の会で事業所の状況説明を行い、日ごろの様子は長岡京市で使用している「在宅療養手帳」を活用し、送迎時に情報交換を行っています。

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。	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	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。	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	c
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。	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。	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。	C	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。	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。	a	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。	b	b

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①パンフレットやホームページで事業所の情報を提供しています。事業所見学、通所利用体験も可能としています。
 Ⅲ-1-(1)②サービスガイド(重要事項説明書)で説明し、書面で同意を得ています。サービスガイドは目次付きの小冊子で、支援内容毎に写真を載せ漢字にルビを打ち、利用者に理解しやすいように工夫しています。
 Ⅲ-1-(2)①生活の場の変更には、生活の継続性を前提に利用者や家族等の意向を配慮して対応しています。しかし、移行の手順や引継ぎ文書が定められていません。
 Ⅲ-2-(1)①所定の様式を使いアセスメントを行い、ニーズの把握をして、本人・家族等の意向を聴き取っています。
 Ⅲ-2-(2)①担当者が面談し利用者の意向を聴き取り個別支援計画を作成しています。作成後はスタッフ会議で検討・確認し、利用者に説明し同意を得ています。
 Ⅲ-2-(3)①個別支援計画は、支援開始の4月から6ヶ月後(中間評価)、年度末3月(終了時評価)の年2回見直しています。
 Ⅲ-2-(4)①個別支援計画に基づき、中間評価、終了時評価に支援の経過を記録しています。日々の支援の実施内容を個人記録表に記載しています。記録の書き方について、職員研修を実施していますが、書き方に個人差があり、今後の継続課題としています。
 Ⅲ-2-(4)②情報の保護と開示に関する規定がなく、記録の管理責任者を定めていません。また、個人情報保護に関する職員研修等を行っていません。
 Ⅲ-2-(4)③スタッフは、朝礼・終礼、スタッフ会議、ケース会議や連絡ノート等で利用者に関する情報を共有しています。
 Ⅲ-3-(1)①個別支援計画作成の個別面談で、利用者のニーズを聴き取り、利用者主体の自治会活動や2か月に1回開催される「親の会」に所長と事務長が参加してニーズの把握に努めています。
 Ⅲ-3-(1)②利用者の要望・選択を重視し、「作業」「訓練」「社会参加活動」に自主的に参加できる様に工夫しています。給食委員会で食事に関する要望を聞き取っています。
 Ⅲ-3-(2)①利用者は個別面談やホームルーム、家族等は「親の会」で意見要望を聴き取り、サービスの改善に繋げています。また、専用の相談室を設置しています。
 Ⅲ-3-(2)②サービスガイド(重要事項説明書)に苦情解決の方法などの仕組みを説明しています。また、玄関に苦情受付窓口、解決責任者、第三者委員の名前と連絡方法を掲示しています。終礼時に苦情の内容や対応策を職員にフィードバックし、本人や家族にも経過や結果をフィードバックしていますが、苦情の記録は残していません、公表も行っていない。
 Ⅲ-3-(2)③利用者からの意見などは個別面談やホームルーム、合同会議(利用者の意見を聞く場)を通じて把握し対応しています。スタッフ会議や終礼で検討し、職員間で共有し改善に努めています。しかし、苦情等の対応マニュアルを整備していません。
 Ⅲ-4-(1)①「機能訓練マニュアル」を作成し、利用者が経験年数にかかわらず一定の水準の機能訓練が行える様にしています。作業療法士が月1回、訓練指導を兼ねて見直しをしていますが、その他のマニュアルは作成していません。
 Ⅲ-4-(1)②機能訓練マニュアル以外のマニュアルが不備である為、見直しも行っていない。
 Ⅲ-4-(2)①第三者評価を受審し、スタッフ会議で評価結果を検討していますが、自己評価は実施していません。
 Ⅲ-4-(2)②前回の第三者評価の課題をスタッフ会議で話し合い、改善策を検討して実施していますが、課題の文書化は行っていません。

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)	a	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	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。	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	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
		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。	b	b

【自由記述欄】

IV-1-(1)①同性介護を基本とし、利用者が一人でくつろぐ場所として相談室や静養室を開放しています。サービスに関する倫理綱領を明文化し、家族に周知していますが、プライバシー保護に関する規定やマニュアル、冊子等を作成していません。

IV-1-(1)②意思伝達に制限のある利用者に対して、文字盤や視線コミュニケーション等、その人固有のコミュニケーション手段を工夫して意思伝達の支援をしています。

IV-1-(1)③利用者の主体的な活動の場として、自治会や委員会組織があります。1週間、何をしたいか本人の希望を聞き活動のカリキュラムを作成し、作業・アクセサリ作り、紙すき(葉書)等、本人の有する能力を引き出し活用しています。

IV-2-(1)①事業所では入浴サービスを実施していません。入浴の支援が必要と判断、又は本人からの希望があれば計画相談事業所・実施機関に繋げています。現在、在宅で入浴が困難な人に対して、生活介護事業外で入浴サービスができるように準備を進めています。

IV-2-(1)②着替えを準備し、衣服の汚れや身だしなみに配慮しています。

IV-2-(1)③月1回、訪問理美容師によるカット・整髪・顔そり等のサービスを行っています。爪切りも希望者には随時行っています。

IV-2-(2)①利用者の睡眠状況は、送迎時に家族やヘルパーからの情報で把握しています。寝不足や昼夜逆転等が認められる時は家族等と相談し、日中の過ごし方を共に検討して、安眠できる様に支援しています。

IV-2-(2)②排泄介助の現状を把握し、介護の方法やリフト、コール等のトイレ環境を整備しています。コールはトイレ内のトラブルが食堂でチェックできる様に工夫しています。仕切りが一部カーテン使用である為、プライバシー保護には不十分です。また、排泄介助マニュアルは策定していません。

IV-2-(2)③年2回、利用者の健康診断を行い、健康管理票を作成し、心身の変化の早期発見に努めています。本人家族等からの健康に関する相談には丁寧に応じています。職員はインフルエンザ予防接種を受け、個人の罹患や感染に留意しています。

IV-2-(3)①本人の状態を確認の上、食事介助を行っています。嚥下に課題のある人には医療機関と連携し、家族とともに安全性を確保しています。食品の選択にも除去食や形態などに配慮しています。給食委員会で季節感や本人希望を考慮した食事提供を検討し、食の楽しみへの支援を行っています。

IV-2-(4)①作業グループ等のプログラムは本人の意向に沿って作成しています。利用者はアクセサリ、紙すき(葉書) パソコン、さおり織等に取り組んでいます。特にさおり織の機械は利用者の個々能力に応じて使用できる物に作り替えています。

IV-2-(5)①自治会費の徴収は利用者と共にいき、こずかいの利用について相談があればおうじていますが、経済的な対応能力を高める為のプログラムは作成していません。

IV-2-(5)②泊旅行や外出時の電車利用を、社会経験の機会としています。少人数の利用者がグループで企画・実行・振り返りのプロセスを経験し、社会資源を活用し、役割分担する等、主体的に取り組んでいます。外出時の不測の事態に備えて、ボランティアの支援も得ています。

IV-2-(6)①余暇活動として、プロジェクターとスクリーンを備えたリビングで、カラオケを楽しんでいます。毎月、リズムをとる音楽療法を行っています。地域でのイベント等の情報を提供し、家族や他機関と連携して支援しています。余暇活動に課題のある利用者への具体的な支援が行っていません。