

[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	第二かめおか作業所	施設種別	生活介護事業
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25年10月25日

総 評	<p>社会福祉法人亀岡福祉会は、障害者の「働きたい」「普通に生活したい」という願いを実現するために、亀岡市民の支援を受け、昭和53年に亀岡共同作業所を開設しました。その後、昭和57年に法人認可を受け、亀岡市内で暮らす障害者のニーズに沿って、平成23年までに共同作業所やグループホーム、訪問介護事業所、相談支援事業所等を次々に開設され、障害のある方の在宅生活を支えています。平成7年に開所された第二かめおか作業所は、アルミ缶・牛乳パック・ペットボトル回収のリサイクル作業、よもぎ湯の素や竹炭製品作り等の作業を中心とした仕事が提供され、利用者のペースに合わせた支援が行われていました。</p> <p>食堂の壁には、毎年実施している旅行やJALから特別招待された夜景フライトなどの写真が掲示されており、またボーナスの目標金額も掲示することで、利用者の仕事への意欲を喚起されていました。広報誌は法人発行のものに加え事業所としても毎月発行し、地域の社会福祉協議会や行政との連携も密接にされており、情報公開や他機関との連携に熱心に取り組んでおられました。</p> <p>今回の第三者評価受診にあたっての自己評価はかなり厳しい視点で臨まれていましたが、それは謙虚に事業の運営を見つめられている姿勢と受け取れました。当日のヒアリング等を通じて気になった点は具体的に以下の通りです。</p> <p>マニュアル作成などの書類整備の面では不十分な点がみられました。利用者の状態や環境が変化した場合のアセスメントの見直しや、モニタリングの実施が不十分でした。手順を定めたマニュアルをもとに、時期や頻度を決めてアセスメントやモニタリングを実施されることをご検討ください。また、支援計画に沿った記録の記載等についても、工夫が必要と思われます。</p> <p>また、業務マニュアルや作業マニュアルについての整備も不十分でした。職場定着率が高く、現場職員の入れ替わりが少ないことはたいへん好ましいことですが、反面、毎日の実践の中で支援の伝達がなされていく傾向も否めません。業務マニュアル等を作成することで、支援内容の意味が的確に伝達・反映され、そのことがよりよい支援につながっていくことと考えます。</p> <p>これからも設立時の障害者福祉に関わる思いを継承され、時代の変化に適応した事業運営の中で、地域における役割を充実したものにされるとともに、利用される方々の生活が豊かになるような支援を続けていかれることを期待しております。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。 ① パンフレットや広報誌を社会福祉協議会等に設置し、利用希望者に必要な情報を提供しています。広報誌は写真が多く掲載されており、わかりやすく伝えるための工夫がされています。</p> <p>Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。 ① 障害のある本人のニーズの充足を目指す姿勢を、理念や事業目的に明文化しています。自治会を1～2ヶ月おきに、保護者会を年4回実施し、情報交換やニーズの把握に努めています。</p> <p>Ⅳ-2-(1) 清潔・みだしなみ 利用者の日常的な様子に常に気を付けており、特に清潔・身だしなみについてはその原因も含め、迅速に対応しています。</p>
<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。 ② 利用者やその家族に対して、理念および基本方針の周知ができていませんでした。</p> <p>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。 ③ 事故報告書やヒヤリハットに基づいた検証および対策が組織的に行われておらず、それに関する手順も明文化されていませんでした。</p> <p>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 業務マニュアルや作業マニュアルがなく、事業所として目指すべき具体的な実施方法についての研修などが行われていません。 ② サービス、支援の具体的実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められていませんでした。</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	第二かめおか作業所
施設種別	生活介護
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	平成25年8月27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。	b	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。	b	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	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。	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。	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。	c	c
		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。	c	b
		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。	c	b

【自由記述欄】

I-1-(1)	①法人の理念はホームページ、パンフレットに記載されており、その内容は障害者福祉の基本的な考えを網羅している。 ②法人の基本方針はホームページ、パンフレットに掲載されており、理念との整合性が保たれている。
I-1-(2)	①法人の全職員が参加する職員会議が年3回実施され、その中で理念や基本方針を周知する取り組みがなされている。しかし、実践テーマを設定した討議等は行われていない。 ②利用者自治会や家族会にて活動についての説明を行っているが、理念・基本方針の説明は実施していない。
I-2-(1)	①2005年に7カ年計画が策定されていたが、その後の中長期計画は策定されていない。(今後の5カ年計画は現在策定中である。) ②前年度活動のまとめに基づき、各年度計画が各作業班を中心に策定されている。しかし、数値目標等を掲げた評価についての配慮が不十分である。 ③事業計画を法人の全職員会議等で配布・説明している。その内容を各作業班の計画等に落とし込み、わかりやすいものになるような工夫がなされている。 ④年度初めに家族会において作業班での計画の説明を行っているが、周知状況の確認を行う等の継続した取り組みにはなっていない。
I-3-(1)	①業務役割分担表は作成されているが、管理者職務の責任と権限に関する職務分掌は作成されていない。 ②管理者は法令遵守に関する研修等に参加し研鑽に努めているが、職員に対する周知や法令等のリスト化が不十分である。
I-3-(2)	①新人、中堅等の研修計画を管理職側で策定し、職員研修を重視した職員の質の向上に努めている。しかし、福祉サービスの課題把握、分析は行われていない。 ②毎週管理職会議が実施され、経営分析が行われている。しかし、経営や業務の効率化や改善するためのシステムが構築されていない。

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。	c	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	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
	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	b
		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。	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。	c	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。	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。	c	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。	c	c
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。	c	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。	c	b
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	b	a

【自由記述欄】

II-1-(1)	①社会福祉事業の動向については常に情報を得て把握に努めている。地域のニーズ把握については、相談支援センターや施設間のネットワーク等で行っている。 ②法人全体で収支のとりまとめと報告を実施しているが、分析・課題の取り組みはなされていない。
II-2-(1)	①介護福祉士資格取得に際して、勤務上の配慮等を行っている。必要な人材に関するプランの明文化がなされていない。
II-2-(2)	①時間外労働についてのチェックはできているが、有給休暇取得の把握が不十分である。 ②民間社会福祉共済会に加入している。外部カウンセラーの設置や紹介がない。
II-2-(3)	①事業計画に職員としてのあり方について記載されているが、基本方針や中長期計画への反映には至っていない。 ②ケース会議とは別に外部講師を招いた研修を実施している。教育、研修計画の整備が不十分である。 ③研修の復命書は義務づけ実施されているが、口頭による伝達の場合が多い。
II-2-(4)	①法人内で社会福祉士取得に関する現場研修指導者研修を終了している職員を配置しているが、実習生の受け入れに関する基本姿勢が明文化されていない。
II-3-(1)	①利用者との契約時に同意を得ているが、個人情報の保護に関する規定が策定されていない。
II-4-(1)	①事業所内にAEDが設置されていて、取り扱いに関する研修がなされている。利用者の安全確保に関する係等が設置されていない。 ②利用者の不慮の事故などに関する連絡方法等がマニュアル化されている。地域と連携した取り組みが不十分である。 ③事故報告書、ヒヤリハットに基づいた検証、対策がなされていない。
II-5-(1)	①ゴミ拾いや祭りなどの地域活動に参加している。また、近隣小学校との福祉交流会も実施している。利用者本人が企画の段階から関わるような取り組みがない。 ②地域の他法人との合同フェスティバルなどを実施しているが、障害理解等の講習会等は実施していない。 ③行事等でボランティアの受け入れは行っているが、基本姿勢が明文化されていない。
II-5-(2)	①個別支援計画(わくわくプラン)にて利用者個々に有効な社会資源を把握している。職員間での情報共有が不十分である。 ②連絡帳を活用して家族との情報共有を行っている。毎週発行している作業所の広報や毎月発行の作業グループニュース(手と手と)、法人から発行している広報誌(ひまわり)にて情報提供を充実させている。

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	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。	c	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。	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	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。	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。	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。	c	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	c
	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。	c	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。	c	c
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。	c	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。	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	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。	c	b

【自由記述欄】				
Ⅲ-1-(1)	①パンフレットや広報誌を社会福祉協議会等に設置している。広報誌等は写真が多く、わかりやすい内容になっている。 ②運営規定や重要事項説明書等を説明して契約している。重要事項説明書等の資料には、ルビ打ちがされ、障害のある本人にもわかりやすくしている。			
Ⅲ-1-(2)	①相談窓口を設置し、他事業所への引継ぎ事例はあるが、引継ぎ文書は定められていなかった。			
Ⅲ-2-(1)	①障害のある本人の意向をしっかり聞き取り、目標を策定している。定められたアセスメント様式はあるが、うまく活用できていなかった。			
Ⅲ-2-(2)	①利用者の夢・希望・願いが記載された個別支援計画が作成されている。関係職員に個別支援計画を周知し、グループ担当会議や年度末会議の中で見直しを行っている。			
Ⅲ-2-(3)	①年度末のモニタリングは行っていたが、随時のモニタリングは記録が確認できなかった。			
Ⅲ-2-(4)	①障害のある本人一人ひとりの記録が整備されているが、本人の状態の変化など細かな記録は不十分であった。 ②記録の管理責任者や、記録の保管・保存・廃棄等に関する規定は定められているが、記録の管理についての職員教育は行われていなかった。 ③朝礼や毎週のグループ会議で情報共有しているが、パソコンのネットワーク等を利用して事業所で情報を共有する仕組みは作られていなかった。			

Ⅲ-3-(1)	<p>①障害のある本人のニーズの充足を目指す姿勢を理念や事業目的に明文化している。利用者自治会を1～2か月おきに、保護者会を年4回実施してニーズの把握に努めている。</p> <p>②把握したニーズの分析・検討会議等の実施や、具体的な改善の仕組みはなかった。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①障害のある本人に対して、日常的に職員から声かけを行っているが、相談・意見・苦情などが出しやすいように、記入カードの配布やアンケートの実施などの工夫は見られなかった。</p> <p>②苦情解決の体制を整備しているが、わかりやすく説明した掲示物はなく、苦情を受け付けて解決を図った記録も確認できなかった。</p> <p>③意見や提案を受けた際の記録の方法や報告手順、対応策の検討などを規定したマニュアルを整備していなかった。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①業務マニュアルや作業マニュアルがなく、事業所として目指すべき一定の水準を確保する為の実施方法についての研修などが行われていなかった。</p> <p>②サービスの一定の水準を確保する為の実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められていなかった。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①質の向上にむけた取り組みなどを各担当会議やグループ会議などで話し合ったり、事業計画や方針を中間・年度末で振り返っている。年1回の自己評価は実施していなかった。</p> <p>②職員会議、各担当会議などで課題が共有されているが、改善実施計画の作成や実施状況の評価・見直しなどは行われていない。</p>

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)	c	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	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。	b	a
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	b	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。	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	b
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。	b	a	

【自由記述欄】

IV-1-(1)	① 基本的人権への配慮について、虐待防止等をテーマに新任および中堅職員研修を実施している。同性介護を行うなど、プライバシーに配慮した支援を行っているが、プライバシー保護に関する規程等が明文化されていない。
	② 手話、パソコン等に加え、視覚的に解りやすい写真や絵カード等を用いて、個別のコミュニケーション手段に配慮し、本人の意志や希望の理解に努めている。
	③ 家族会は年間4回開かれている。自治会は選挙で役員を選び、行事の計画等主体的な活動となるよう支援しているが、定期的な協議の機会が確保されていなかった。
IV-2-(1)	① 入浴事業は実施していないが、面談等を通じて状況把握に努め、必要であれば相談支援事業につなげるなど、解決に向けた支援を行っている。
	② 着替えの準備を家族に依頼するなど清潔に心がけ、心地よさを保てるよう必要な支援を行っている。
	③ 訪問理容を紹介するなど、必要に応じた支援を行っている。
IV-2-(2)	① 家庭や短期入所時の睡眠について、連携をとり状況把握に努め、解決に向けた支援を行っている。
	② 個性性に合わせた支援を行っているが、定期的なトイレ環境の点検が行われていなかった。
	③ 健康診断を実施し、日頃から地域の医療機関と連携し、健康維持の支援に努めている。
IV-2-(3)	① 給食健康委員会を中心に食事について検討して、季節感ある食材で家庭的な食事が提供されているが、嗜好調査等は実施されていなかった。
IV-2-(4)	① 仕事については本人の希望を大切に、自助具を作成して活動しやすい環境を整備し、意欲促進に取り組んでいる。給料規程に基づいた賃金設定をしており、自治会の要求により賃金の見直しを検討している。
IV-2-(5)	① 日常生活の決まりについては常に話し合いを行っている。経済的な学習プログラムを設定して、給料日の後に買い物などを実施している。
	② 事業所外の活動について必要に応じて相談支援事業等につないでいる。納品やリサイクル活動で外出する際の安全確保についての規程等が作成されていない。
IV-2-(6)	① 事業所内の仕事とレクリエーションや余暇のバランスを大切に考え、自治会行事やクラブ活動、旅行等を実施している。