

[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	生活介護事業所 榎の家	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」		

平成26年11月10日

総 評	<p>えのき会は1985年民家での活動から始まり、2000年にNPO法人取得、2005年に社会福祉法人えのき会を設立し今日に至ります。</p> <p>法人の理念である「重い障害があっても地域の中であたりまえに暮らす。」を掲げ、生活介護、居宅介護等支援事業、共同生活介護事業、ショートステイ事業、特定相談支援事業を一体的に運営しています。</p> <p>今回受診された「榎の家」は、生活介護事業所として2011年に開始されました。マンツーマンによる支援を基本として音楽療法、散歩などの日中活動、季節のイベント、外出プログラムに取り組んでおられます。重い障害のある方には、ストレッチ等健康管理も行っています。</p> <p>また、今回の第三者評価受診にあたって職員で計画的に議論をし、かなり厳しい視点で自己評価に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。また、自己評価をしている中で気づかれて「行動規範」や「倫理綱領」を策定中であることもお聞きしました。</p> <p>法人としては、具体的な数値目標を入れた中長期計画を立てるとともに人材育成の視点からキャリアパスを導入しておられました。また、業務の効率化の一環として職員会議などのペーパーレス化やワークライフバランスの認定取得、リフレッシュ休暇の新設など環境整備にも力を入れていました。</p> <p>現場実践としては、関係機関と連携をして入所施設からの地域移行を実現したり、引きこもりの方の受け入れを行うなど理念、基本方針を現場実践とつなげていることは高く評価できます。</p> <p>地域との関係についても月1回の販売会やアルミ缶のリサイクル活動など交流を図っています。</p> <p>今後も地域の障害者福祉ニーズに多様なサービスで応える事業所として、これまでの熱意と工夫、そして職員のみなさんのサービス向上への意欲を維持し、より高い質のサービス提供がなされていくことを期待しています。</p> <p>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。現在、新たな中期計画を策定中ということですがぜひご検討ください。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-3-(2) ②経営や業務の効率化と改善に向けた取組にリーダーシップを発揮している。 事業所内の運営会議やミーティングを通じて経営や業務の効率化に向けた取り組みを行っています。職員会議等では、ペーパー類を使わず、パソコンを活用したスタイルを導入しています。また、リフレッシュ休暇や有給休暇の保障、キャリアパスの導入などを行っています。</p> <p>II-5-(2) 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。 自立支援協議会を通じて情報交換・協議を行っています。また、関係機関と連携をして入所施設からの地域移行を実現したり、引きこもりの方の受け入れを行っています。</p> <p>IV-2-(6) 余暇レクリエーション 開設当初は外出していませんでしたが、職員のスキルアップと利用者の体調リズムの把握により、月1回の外出が可能となりました。飲食店の理解を得た上で、ミキサーやフードプロセッサーを用いて外食もできるようになりました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 実習にかかる基本姿勢、マニュアル等の体制整備ができていませんでした。また、実習指導者の養成が行われていませんでした。</p> <p>II-5-(1) ③ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 職員の経験年数が全体に浅く、内部の育成に力を入れている段階でボランティアの受け入れの体制整備が出来ていませんでした。</p> <p>III-4-(1) ①②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。 一人ひとりの利用者に対して複数の職員が同じ対応ができるように個別のマニュアルはありますが、業務全般にかかるマニュアルは作成段階でした。また、サービスの一定の水準を確保するための実施方法の見直しに関する時期やその方法については試行中で、利用者や職員の意見を反映することが望まれます。</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	生活介護事業所 榎の家
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	2014年11月10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。	B	B
	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。	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	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。	C	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	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	B
	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)	①法人の理念が明文化され、パンフレットやホームページに記載されている。 ②理念に基づく基本方針は事業計画の中にあるが、職員の行動規範となるようなものとなっていない。現在、職員会議において策定中である。			
I-1-1(2)	①年度初めの法人職員会議、デイ職員会議等で年間目標等を示すとともに日々の取り組みとつなげて周知と理解を促している。 ②年度初めに利用者・家族に配布しているが、理解を促すための取り組みが不十分となっている。			
I-2-1(1)	①中期計画(平成21年度～25年度)の課題を含め、職員の意見を取り入れながら策定している。 ②職員会議等において職員の意見を取り入れるとともに稼働率や通院同行支援の実施率など具体的な数値目標を取り入れている。 ③事業計画の配布を行うとともに、事業所目標と支援目標をつなげて理解してもらうために個別懇談会などを行っている。 ④個別懇談会を通じて家族へ説明を行っている。本人への周知については理解を促すための取り組みとしてさらに工夫が必要と認識している。集団懇談会の開催を予定している。			
I-3-1(1)	①法人職員会議で表明するとともに機関紙「ニュースレター」に管理者の業務に対する考え方が記載されている。役割一覧表、先決規程がある。また、キャリアパスに管理者の役割と責任が記載されている。 ②管理者は法令遵守のための研修会に参加し、職員に対しても職員会議等で周知を図っている。法令のリスト化もされている。			
I-3-1(2)	①質の向上及びチーム作りのため、職員会議とは別に担当者ミーティングや事業所運営のための会議を開催し、管理者も出席している。 ②事業所運営会議やミーティングを通じて経営や業務の効率化に向けた取り組み(ペーパーレス化、リフレッシュ休暇の新設、キャリアパスの導入)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) 経営環境の変化等に対応している。	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。	B	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。	A	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	A
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	A	A
		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 定期的な個別の教育・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 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
② 定期的な個別の教育・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。	C	C	
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。	A	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	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	C
	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自立支援協議会や総合支援学校の訪問を通じて動向を把握しているが潜在的な障害のある本人に関するデータ収集ができていない。 ②利用率等の課題について職員に周知をした上でキャリアパスの導入など経営改善を実施している。			
II-2-(1)	①年度初めに配布する階層別個別研修計画に求められる役割・責任が記載されており、職員に周知している。また、個別目標シートを作成し、個々の能力向上に関する把握を行っている。			
II-2-(2)	①有給休暇や時間外労働の把握を行うとともに人事考課の面談、事業運営会議や役員会にて就業状況の改善（リフレッシュ休暇の導入など）を図っている。京都府のワークライフバランスの認定を受けている。 ②共済会に加入している。職場内に担当者を設置し職場環境の改善など対応している。また、希望があれば外部のカウンセラーを紹介している。退職金の更なる見直しも検討している。			
II-2-(3)	①階層別個別研修計画に組織が求める職員像が明記されているが中長期計画に落とし込めていない。資格取得希望者については費用の一部負担、勤務時間等の配慮を行っている。 ②階層別個別研修計画に基づいて年間の研修が実施されデータ把握がされている。個々人に年5回の法人研修、年1回の外部研修が実施されている。 ③研修参加者は報告書を提出するとともに伝達研修を行っている。研修成果に関する評価・分析が行えていない。			
II-2-(4)	①実習にかかる基本姿勢等受け入れの体制、指導者の養成が行われていない。			

II-3-(1)	①個人情報保護に関する基本方針及び情報管理規定、開示請求について整備されている。新規採用時や法人職員会議において研修を行っている。
II-4-(1)	①毎月行われている事業運営会議においてリスク管理を行っている。しかし、薬事情報等の徹底ができていない。 ②避難訓練、緊急連絡網は整備されているが、利用者および職員の安否確認方法、職員への周知が十分でない。 ③普通救命救急講習、感染症予防講習会などに参加している。また、インシデント、アクシデントレポートの収集をし、分析・改善後のモニタリングも行っている。
II-5-(1)	①毎月、事業所の前で野菜などの販売を行うとともに日常的にアルミ缶のリサイクルを行い地域との交流を図っている。地域の祭りのポスターを事業所内に掲示している。しかし、障害のある本人の地域活動への参加に対する取り組みが十分でない。 ②販売会などを通じて交流を図っているが、地域の方に対して相談支援事業の周知ができていない。 ③職員の育成に力を入れている段階であり、ボランティア受け入れの体制整備が行えていない。
II-5-(2)	①自立支援協議会を通じて情報交換・協議を行っている。また、関係機関と連携をし入所施設からの地域移行や引きこもりの方の受け入れを行ったケースがある。 ②日常的には送迎時および連絡ノートを通じて行っている。個別懇談会も行っている。

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) サービスの内容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。	A	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。	A	A	
		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。	B	B	
		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	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	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	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	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。	B	B	

[自由記述欄]	
Ⅲ-1-(1)	①法人パンフレット、ホームページにて情報を掲載し、見学・体験利用等おこなっているが障害のある本人の視点に立った情報には至っていない。また、公共施設等にも掲示できていない。 ②契約前に見学や体験をしてもらい納得した上で契約をしてもらっている。また、重要事項説明書、契約書にて説明を行い同意を得ているが、障害のある本人に対してわかりやすいものとなっていない。
Ⅲ-1-(2)	①地域移行にあたっては関係機関と連携をとり計画的に行っている。また、サービス終了時には引き継ぎを行っている。
Ⅲ-2-(1)	①定められた様式を使いアセスメントを行っているが、将来の生活に関する希望などの聞き取りが十分でなく、個別支援計画との連動性が弱い。
Ⅲ-2-(2)	①個別支援計画作成の手順書を定め緊急に変更する場合も含め適正に作成している。
Ⅲ-2-(3)	②半年ごとにモニタリングを行っているほか、変化があった場合に随時行っている。
Ⅲ-2-(4)	①パソコンソフトによる支援記録の記入を行っているが、書き方について差異が生じないための研修等の取り組みができていない。 ②個人情報管理規程に保管、保存、破棄について明文化されている。また、職員に対して研修を行っている。 ③朝礼、夕方のミーティング、業務日誌で共有を図っている。また、パソコン内に閲覧ファイルを作成しているが閲覧状況の確認が不十分である。
Ⅲ-3-(1)	①事業計画に、本人のニーズの充足を目指す姿勢を明示している。また、年2回の家族懇談を通じて把握に努めている。障害のある本人のニーズを把握する仕組みが整備されていない。 ②マンツーマンによる支援を行っている。また、毎週行われるミーティングにおいて本人のニーズの充足に向けて検討され、改善につなげている。
Ⅲ-3-(2)	①苦情受付、相談窓口を事業所内に掲示するとともに、相談室も確保しているが十分に説明できていないと認識しており、相談や意見が出しやすい環境を整備していく予定である。 ②苦情解決体制が整備されており、苦情については支援記録に記入をし、家族にもフィードバックをしている。公表については今後の課題と認識している。 ③苦情や意見に対して迅速に対応しているが、手順や対応方法について文書化されたものがない。
Ⅲ-4-(1)	①一人ひとりの利用者に対して複数の職員が同じ対応ができるように個別のマニュアルはあるが、業務全般に関するマニュアルは作成中である。マニュアルは日々の仕事の手順となり、統一した援助を行う基準となるものなので、職員間で内容を確認しながら、実情に沿った内容となるように、定期的に見直しの機会を作り、見直した期日も明確にしておくことをお勧めします。 ②サービスの一定の水準を確保するための実施方法の見直しに関する時期やその方法をルール化し、現在試行中であるが、利用者や職員の意見が反映される仕組みが確認できなかった。年2回の利用者・家族との懇談会の際に、意見や提案をうかがい、支援計画を見直すと同時に、個別マニュアルの見直しを行うことを計画している。
Ⅲ-4-(2)	①昨年度は京都市が作成した自主点検表をもとに主任が主体となって自己評価を行ったが、複数の職員で定期的におこなう仕組みが確認できなかった。今後は、第三者評価の内容を加味して、役責者だけでなく職員と共にサービス内容も含めた内容のものを作って行きたいという展望をうかがった。 ②自己評価の結果を事業運営会議で協議し改善に努めているが、職員の参画のもとで改善策や改善実施計画を策定する仕組みが確認できなかった。

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。	B	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。	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。	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	B
	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。	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。	非該当	
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)	<p>①プライバシーについては、人権研修や法人職員会議の中で話し合われているが、倫理綱領が整備されておらず現在作成中である。原則同性介助でサービス提供を行っている。</p> <p>②利用者個々に応じて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。コミュニケーションに関して入所時に支援学校からの資料を参考にし、家族と情報共有しながら個別の登録カードを作っている。</p> <p>③事業所としての家族会や自治会はないが、法人を利用している家族による年1回の総会がある。利用者が重度障害のため、利用者の意見を代弁するという形で家族に意見を聞いている。</p>				
IV-2-(1)	<p>①日常的に利用者の希望及び状況に合わせて入浴ができる体制が整っている。</p> <p>②衣服については日常的に利用者の状況を確認し、連絡ノートを通じて家族と連携して支援を行っている。</p> <p>③理美容については日常的に利用者の状況を確認し、連絡ノートを通じて家族と連携して支援を行っている。</p>				
IV-2-(2)	<p>①睡眠については日常的に利用者の状況を確認し、連絡ノートを通じて家族と連携して支援を行っている。前夜発作で眠れなかった際も、日中は個々の状況に応じた対応をとっている。</p> <p>②トイレに便の絵入りの形状表が張っており、利用者の排便状況を確認し健康管理に生かしている。健康管理記録票が整備されているが、マニュアルが未整備である。</p> <p>③定期通院に同行し、主治医と情報共有しながら支援につなげ服薬支援も行っている。現在も医療的なケア(注入・吸引)ができる職員がいるが、今後さらに増やすために積極的に研修に参加している。</p>				
IV-2-(3)	<p>①献立表を利用者に配布しており、2年に一度嗜好調査アンケートを行うとともに、食事の際に栄養士がまわり、摂取状況の情報を共有している。利用者の状況に合わせた食事支援の方法を職員会議の中で検討しながら、摂取しやすいように工夫がされている。(※検討会議への参加に関しては障害の重さで努力のしようがない部分があり要検討)</p>				
IV-2-(4)	<p>①週間予定表を作成し、自ら予定をたてられる利用者に対しては本人の希望や特性により毎日3通りのグループ活動の中から選択できる他、個別活動も行っている。意思表示が難しい利用者に対しては、色々なことを試みて反応が良いものを探す等の工夫をしているが、全員に対してその人らしさが発揮できる活動を用意しているとは言えない。</p>				
IV-2-(5)	<p>利用者の障害程度を鑑みると着眼点のような取り組みは厳しい現状があると思われる。</p>				
IV-2-(6)	<p>①開設当初は外出していなかったが、職員のスキルアップや利用者の体調の把握の結果、月1回グループでの外出ができるようになってきた。飲食店の理解を得た上で、ミキサーやフードプロセッサを用いて外食することもある。</p>				