

[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	アイアイハウス	施設種別	障害者生活介護事業
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成31年4月24日

総 評	<p>アイアイハウスは視覚障害者に特化した施設が無い事から、盲学校の先生方や障害児の家族の要望により1988年に法人を立ち上げられました。本事業所は2008年に開設され、行政区を超えて積極的に重度重複障害者の受け入れをされています。昨年4月よりパンの製造販売は中止されたとの事ですが、お米の販売を始める等、新しい事にチャレンジされています。今回訪問させて頂き、短い時間でしたが、総合施設長をはじめ、職員皆様が利用者の事を常に考えておられ、利用者が地域社会で生きる喜びを実感し、生きがい追求できるよう熱心に事業に取り組んでおられる事がよく分かり、大変好感が持てました。</p> <p>今回の第三者評価を今後のサービスの質の向上に繋げていただければと考えています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○個別援助計画の策定</p> <p>個別援助計画を策定する際には、利用者・家族の意向を十分汲み取り、計画に反映させています。アセスメントは複数の職員で行い、現状を把握し、状態の変化があった際にはその都度変更しています。</p> <p>○会議の充実</p> <p>職員会議等の質の向上に向けた検討会議は、必ず法人の社会的役割や使命を掲げた“理念”に基づいて行っています。日々のケース記録も利用者一人ひとりについて気づきを残し、常勤会議やフロア会議でケース報告を行い、職員間で共有しています。</p> <p>○障害のある本人のニーズの充足に努めている</p> <p>利用者の抱える個々の課題に対して、職員のペースではなく、利用者のペースで対応するようにしています。利用者一人ひとりの行動の背景にあるものを大切にしながら、その思いを尊重し、利用者の行動を抑制しないように心掛けておられます。また、行事等の取り組みには利用者主体の「仲間の会」の意向を尊重しています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○中長期事業計画の策定について 年度事業計画は策定されていますが、中・長期的視点を持った計画が策定されていません。法人発足30周年を機に策定されるとのことですので、利用者や地域のニーズ等を十分に踏まえた上で策定されることを期待します。</p> <p>○マニュアルの策定について 高い専門性を持つ職員等が良質なチームワークで支援し、問題は生じていませんが、マニュアルや手順書等の整備が不十分であるため、今後、サービスの一定の水準を確保することが難しくなる可能性があります。一日の流れが分かる時間割や食事、排泄、感染対策、リスクマネジメント等業務に関わる一連のマニュアルや手順を策定することをお勧めします。マニュアルはサービスを提供する上で、事故や不具合があった際には基本が守られているか確認する根拠となると思います。</p> <p>○質の向上に向けた取り組みについて 職員会議を充実させ、職員間でサービスの質の向上に向けた課題の明確化に努めていますが、実施計画、実施後の評価から改善課題の明確化、改善実施計画の手順(PDCAサイクル)が明確になっていません。客観的にサービス内容を評価し課題を明確化することで、サービスの質の向上に繋がると思いますので、組織的に自己評価をされ、具体的な改善に繋がっていかれることを期待します。</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	アイアイハウス
施設種別	障害者生活介護事業
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31年1月31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	B
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。	A	A
		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	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。	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	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。	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]

1-1-(1)①法人理念はパンフレットやホームページ、事業計画に明文化しています。

1-1-(1)②基本方針は理念に基づいて制定しています。

1-1-(2)①理念や基本方針は理事・評議員会で説明すると共に、年2回の総括会議、それぞれ月1回行っている常勤会議やフロア会議で確認・周知しています。

1-1-(2)②理念や基本方針は年度最初の家族会で、管理者が説明していますが、利用者本人への説明は十分ではありません。

1-2-(1)①法人設立30周年を迎えるにあたり、現在中長期計画を策定中です。

1-2-(1)②事業計画の策定にあたっては、現場の常勤会議、フロア会議で出た意見を集約し、管理職会議で策定しています。見直し・修正は総括会議で行っています。

1-2-(1)③年度末に行う総括会議の際に次年度の事業計画を配布しています。常勤会議やフロア会議で更に読み合わせをして理解を深めています。

1-2-(1)④家族会の年度初めの総会で事業計画を配布し、説明しています。利用者に対しては日々の関わりの中で計画を話したり、本人の会で話合ったりしますが、十分に周知できているとは言えません。

1-3-(1)①アイアイハウスキャリア独自の「キャリアパス制度」で管理者の役割と責任を明確にし、総括会議の際でも表明しています。

1-3-(1)②総合施設長は外部研修の講師を務めたり、法令に関して熟知していますが、職員の法令遵守に関しての具体的な取り組みは不十分です。

1-3-(2)①施設長は経験年数の浅い職員が多い中、常勤会議、フロア会議に必ず参加し、現場の課題を収集し、質の向上に向けてリーダーシップを発揮しています。

1-3-(2)②施設長は管理職会議で月次報告、四半期毎の決算報告をし、人事、労務、財務の課題を整理し、改善に取り組んでいます。また、業務に関しては各種会議で現場の意見を集約し、経営に関しては行政書士にアドバイスを受け、改善に繋げています。

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	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	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。	A	A
		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
	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	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。	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。	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。	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	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	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。	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総合施設長はきょうされん運営委員会(府内2か月1回、市内毎月)に参加する等により、福祉の動向について情報を得て、管理職会議で報告しています。しかし、中長期計画を策定していない為、計画には反映していません。

Ⅱ-1-(1)②月1回の管理職会議で月次報告、四半期毎の決算を報告し、課題の改善に向けて取り組んでいます。経営状況についても社会保険労務士や行政書士による指導や指摘事項を受け、経営改善に活かしています。

Ⅱ-2-(1)①「キャリアパス制度」や「階層別人材育成計画」を策定し、必要な人員、人材の確保に努めています。又、職員に対して年2回面談を行い、一人ひとりの能力向上の為に資格取得や受講したい研修等の希望を聞いています。

Ⅱ-2-(2)②職員との面談の機会を定期的に持ち、常日頃からも相談を受け対応していますが、総合的な福利厚生事業はなく、外部カウンセラーなど専門家との面談の機会はありません。

Ⅱ-2-(3)①「2018年度階層別人材育成計画」を基に、職員が資格取得を希望した際には研修の受講料を負担する等の配慮をし、育成の姿勢も明示していますが、中長期計画を策定していない為、組織として求める専門技術や専門資格等の明示が不十分です。

Ⅱ-2-(3)②職員一人ひとりの質の向上に向けて状況を把握し、「階層別人材育成計画」を策定し、研修を行っていますが、一人ひとりの個別研修計画は策定していません。

Ⅱ-2-(3)③研修に参加した職員は報告書を提出すると共にフロア会議で報告したり、実践報告会を行っていますが、研修成果に関する評価・分析、次期研修計画への反映、見直しまでには至っていません。

Ⅱ-2-(4)①実習生の受け入れは行っていません。

Ⅱ-3-(1)①個人情報保護方針を重要事項説明書やホームページ等で明らかにしています。事業所で扱っている個人情報についても重要事項説明書で説明し、同意を得ています。就業規則にも明示し、個人情報の取り扱いを意識するように取り組んでいます。

Ⅱ-4-(1)①緊急時の対応できるよう、外出時は基本情報を持参しています。消防訓練を定期的に行い安全確保に努めています。マニュアル等は策定していません。

Ⅱ-4-(1)②福祉避難所の指定を受けています。年に数回避難訓練を実施しています。利用者本人や職員の安否確認方法が定め周知しています。

Ⅱ-4-(1)③ヒヤリハットや事故等発生した際には報告書を作成し、タイムリーに対応出来るように終礼の際や常勤会議で共有しています。また、衛生面ではノロウイルス対策会議を実施し対策を講じています。

Ⅱ-5-(1)①インターナショナルスクールのコンサートに参加するなど地域との関わりを大切にしていますが、企画の段階から利用者が参加することはありません。

Ⅱ-5-(1)②待賢地区のカーニバルに参加して地域住民に向けて利用者の作った製品を販売するショップを開いています。地域に無料で施設を開放していますが利用は多くありません。また、地域住民に対して事業所の活動や障害特性、福祉について理解して頂くような研修会や講演会は行っていません。

Ⅱ-5-(1)③ボランティアの受け入れはありません。ボランティアの受け入れに関しての受け入れ体制が整っていません。

Ⅱ-5-(2)①利用者が活用している社会資源・関係機関等の情報を収集し、支援者会議やケース会議等で共有しています。

Ⅱ-5-(2)②家族との連携は連絡ノートを活用、家庭訪問、2ヶ月に1回家族主体で行っている家族会への施設長等の参加等により家族と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。	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	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	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	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。	B	C
		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
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	C
		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	C

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①利用希望者に対しては見学や体験入所等で対応しています。資料についても色分けする等、見やすい工夫をしています。事業所の情報をホームページやパンフレット、機関誌を発行して発信していますが、公共施設等の多くの人が手にするような場所に置いてはいません。

Ⅲ-1-(1)②サービス開始の際には見学、体験学習を実施し、重要事項説明書で説明した上で同意を取っています。

Ⅲ-1-(2)①利用者や家族等が相談できるよう相談支援センターが中心となり支援実施書とケース記録を元に引継ぎを行っていますが、サービスの継続性に配慮した手順とはなっていません。

Ⅲ-2-(1)①ケース報告会を月に1回開催し、利用者に関わる複数の職員の意見を基にアセスメントを行っています。

Ⅲ-2-(2)①個別支援計画を定期的に策定しています。プランの変更の際はタイムリーに終礼等で行っています。

Ⅲ-2-(3)①定期的にモニタリングを行うと共に利用者の状況変化があった場合にはモニタリングを行い、必要に応じて再アセスメントを行っています。

Ⅲ-2-(4)①個別支援計画に基づいて具体的に記録を作成しています。記録する職員に対して書き方の差異が生じないように施設長を中心に指導しています。

Ⅲ-2-(4)②記録管理責任者は定められていますが文書管理規程を共有していません。情報開示については重要事項説明書に明記しています。

Ⅲ-2-(4)③朝の打ち合わせや様々な会議で情報共有を図っていますが、パソコン等のネットワークを利用して事業所内で情報共有する仕組みはありません。

Ⅲ-3-(1)①半年に1度個別の相談面接や聞き取りを行いニーズの把握に努めています。利用者が集まって行う仲間の会で絵カードを利用して障害のある本人のニーズの理解に努めています。

Ⅲ-3-(1)②障害の程度が重度の為、気持ちの表出が難しい利用者に対しては、普段の様子や週1回の仲間の会での様子等で職員が利用者の気持ちを汲み取っています。また、家族からの意向や希望を伺った上で具体的な改善に向けて常勤会議等で検討しています。

Ⅲ-3-(2)①利用者や家族からの相談に対応できるよう相談室を設けていますが、利用者からの相談を受けたことは殆どありません。利用者本人の代弁者である家族からの相談や意見等ある場合には相談室が中心となって対応する体制をとっています。

Ⅲ-3-(2)②苦情解決の体制と仕組みを整備していますが、苦情の内容等を公表までには至っていません。

Ⅲ-3-(2)③利用者や家族等からの意見や苦情は常日頃より収集し対応していますが、対応マニュアルは策定していません。

Ⅲ-4-(1)①多様性のある人の対応であるという理由から、提供する介護サービスについて、一定の水準を確保するための実施方法を明文化していません。職員会議等で障害特性に応じて、利用者一人ひとりのサービス内容を検討し、課題を明確にしています。

Ⅲ-4-(1)②職員会議等で、連絡帳や日々の生活・活動の場面で観察した一人ひとりの状況を検討し支援に反映させていますが、十分ではありません。

Ⅲ-4-(2)①職員会議等で、利用者一人ひとりのサービス内容を支援計画に沿って分析・評価していますが、評価を定期的に行う体制がとれていません。

Ⅲ-4-(2)②職員会議等で、評価結果に基づいて利用者一人ひとりのサービス内容の改善について検討していますが、個別支援計画の作成、実施、見直し、改善の一連の流れが文章化出来ていません。

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	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。	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。	A	A
		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。	A	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本人の尊重したサービスに関する倫理綱領やプライバシー保護等に関する規程・マニュアル等は策定していませんが、職員は虐待防止研修等で理解を深めています。排泄等は同性介護に徹しています。一人ひとりがくつろげる場所で自由に過ごしています。

IV-1-(1)②意思疎通に制限がある利用者が多く、「カード交換式コミュニケーションシステム」の活用、長時間の外出等で支援しています。利用者・家族等の意向を尊重し、家族や専門医等からのアドバイスを活かし、行動制限を行わないことに徹しています。

IV-1-(1)③週1回「仲間の会」で利用者の意見や要望等を聴き取り、隔月開催の「家族会」で話し合われた支援のあり方や内容を支援の見直しに反映させています。

IV-2-(1)①入浴事業は行っていませんが、ひとり暮らしの人や家族等から入浴状況を聴き取り、相談や希望に応じています。

IV-2-(1)②本人の被服の状況を確認し、体温調節や清潔保持に着替えや洗濯等で対応しています。調査当日の利用者の身だしなみは清潔で整っていました。

IV-2-(1)③本人の理美容に留意しています。多くは家族が自宅で行っていますが、本人や家族等の希望があれば、地域の理髪店や美容室に繋げています。

IV-2-(2)①睡眠状況を「連絡帳」等で把握し、課題がある場合は専門医等に相談しています。昼夜逆転や睡眠不足等に留意し、日中の活動に配慮しています。

IV-2-(2)② 本人の排泄リズムを排泄チェック表で把握しています。排泄介助マニュアルに沿って、トイレでの排泄を支援しています。

IV-2-(2)③服薬や医療的ケアは、かかりつけ医や看護師の指導の下で行っています。本人の体調不良に留意し、健康維持に努めています。

IV-2-(3)①昼食は1ヶ月の献立表を呈示し、配食業者の弁当を提供しています。残食チェックで本人の嗜好を判断しています。昼食の際には気の合う利用者同士、職員と共に食事を楽しまれていました。本人専用の食器と補助具を使用しています。

IV-2-(4)①日中の活動は利用者の意欲を引き出すように工夫しています。活動メニューは「仲間の会」で提案し、ラジオの競馬中継やCDで好きな曲を聴いたり、バスや車で買い物に出かける等、障害の特性や程度に応じて本人本位の活動に参加しています。

IV-2-(5)①利用者の出来る事出来ない事を見極め、給料は他の利用者がある前で渡し働く意欲や喜びが得られるよう配慮しています。又、給料は持ち帰ってもらっていますが、必要経費については事前に預かっています。

IV-2-(5)②月1~2回程度、利用者の希望も取り入れた外出支援を行っています。不測の事態に備え緊急連絡網を作成し、安全確保に努めています。京都市障害者24時間相談・緊急時の利用体制を構築しています。

IV-2-(6)①月1回程度、日帰りの外出や他の事業所と合同で文化行事に取り組んでいます。植物園、MKボーリングやスプリングス日吉、イオンモール等でバーベキューや外食、高野障害者センターでスポーツ、市内の事業所仲間の交流会などがあります。