

[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	社会福祉法人久美の浜福祉会 かがやきの杜 つばさ	施設 種別	就労継続 B 型事業所 (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 1 月 25 日

総 評	<p>社会福祉法人久美の浜福祉会は 1990 年 6 月久美浜町の委託により無認可久美浜共同作業所として旧佐濃北小学校の校舎を利用して、利用者 8 名、職員 2 名で事業を開始され、2003 年 8 月に社会福祉法人久美の浜福祉会として法人認可されました。</p> <p>「あおぞら」「つばさ」「かがやきの杜」の名称は旧久美浜共同作業所の利用者が「自分たちの名前は自分たちで考える」とのことで利用者、職員等法人関係者、共同作業所運営委員が平等の一票を投じて決定されました。これはかがやきの杜開設の基本理念「わたしたちのめざすもの」の具現化と言えるでしょう。</p> <p>この理念のもと、事業においては「施設の主人公は一人ひとりの利用者です。主人公としての誇りの持てる施設をつくります。」などの目標を掲げて日々の支援を実践しています。</p> <p>その実践事例のひとつとして利用者の居場所づくりに専従職員 2 名を配置し、事業所独自のピアサロンを設置する等、利用者が安心して通える体制を構築されています。</p> <p>また、利用者の人権尊重に関する職員セルフチェックアンケートや福祉職員の心得（求められる人間像）、個人情報についての事例検討等、法人・事業所として利用者の尊厳を尊重する姿勢があります。さらに「きょうと福祉人材育成認証制度」の申請を行うなど、利用者サービスの向上と職員の資質の向上に向けた取り組みがあります。</p>
--------	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○理念・基本方針</p> <p>基本理念には利用者を主人公とし、利用者本位、利用者の尊厳や人権を尊重した姿勢や思いが示されており、その理念実現の為の倫理綱領や福祉職員の心得が設けられています。</p> <p>○職員の就業状況への配慮</p> <p>職員の役割・責任が管理規程や職務分掌等で明確に定められています。また、管理者は職員一人ひとりと年2回の面接を行い、意向等を聞き取っています。職員の就業状況の分析・検討を運営会議にて行う等、新たな組織体制の構築に努めています。</p> <p>○個別支援計画の作成</p> <p>個別支援計画は障害特性など、障がいのある本人の視点で作成されています。その作成や見直しには本人は勿論のこと、必要であれば家庭訪問を行う等、家族の意向も踏まえて組織的に検討しています。また、全職員を対象としてサービス管理者研修会において使用した様式を用いて勉強会を開催する等、情報の共有や職員のスキルアップに繋げています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の策定</p> <p>法人理念や基本方針の実現、今後の社会福祉法人制度改革により法人組織や運営等への対応の為にも中・長期計画を策定されることをお勧めします。また年度事業計画の策定等は共通認識も持つためにも非正規職員も含め全職員参画のもとで行うことを検討してください。</p> <p>○個人情報保護</p> <p>個人情報保護に関しては事例検討会等、事業所としてその遵守に向けた取り組みを行っていますが、本評価時点においては規程が完成していません。マイナンバー制度と合わせて早急に整備・策定されることをお勧めします。</p> <p>○障害のある本人の安全確保</p> <p>本人の安全確保・事故防止に関して普通救急救命研修を全職員が受講していますが、本人の安全を脅かす事例の収集や評価・見直しをする体制が整備されていません。事故の未然防止のためにもヒヤリハットに関する体制の構築を行い、本人の安全の確保と事故防止に努めて下さい。</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	就労継続支援B型事業所「つばさ」
施設種別	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12月3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。	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	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。	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	C
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。	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	A
	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	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。	B	B

### 【自由記述欄】

1-1-(1)①パンフレット等に法人開設の基本理念を明文化しており、その基本理念は、法人の役割や使命や目指す福祉サービスの方向性など利用者の主体性を尊重したものとなっています。

1-1-(1)②基本方針は理念との整合性が図られ、職員の行動規範となるように具体的な内容となっています。

1-1-(2)①理念・基本方針は、年度方針会議での報告や事業所内に掲示する等、職員への周知を図っていますが、非正規職員や世話人にまでは周知できていません。

1-1-(2)②理念・基本方針は、サービス利用時等に施設概要を説明する機会がありますが、障害のある本人(以下「本人」)や家族に対して資料に基づいた説明等はできていません。

1-2-(1)①中長期計画策定については、必要性を認識し、策定に向けた話し合いを行っていますが、具体的な取り組みまでには至っていません。

1-2-(1)②事業計画は正規職員が参画した上で策定しています。9月に中間見直し、3月に総括・振り返りを行っていることは会議録で確認できましたが、非正規職員等の参画は確認できませんでした。

1-2-(1)③事業計画は年度初めの職員会議で説明や読み合わせを行い、職員への周知と理解を図っています。

1-2-(1)④本人や家族会に対する事業計画の配布や、説明会の開催等の周知に向けた取り組みがありません。

1-3-(1)①管理者の役割と責任は法人規則に明文化し、広報誌等でその役割と責任を表明しています。

1-3-(1)②管理者は積極的に研修会等に参加し、職員会議でその報告を行うこと等で、周知に向けて取り組んでいます。

1-3-(2)①管理者は職員会議等に積極的に参画する等、サービスの質の向上を図っていますが、予算上のこともあり、利用者からの要望等への改善に迅速に取り組めないことがあります。

1-3-(2)②管理者は集団指導体制構築したいとの方向性から、運営会議で財務諸表等の分析を行う等、経営や業務の効率化と改善に向けて取り組んでいます。現場職員との調整が進んでいません。

## 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	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。	C	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。	C	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
	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。	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。	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	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	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。	C	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	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社会福祉事業の動向や京丹後市福祉計画などの地域の状況や福祉ニーズの把握に努めていますが、把握した福祉ニーズや情報が中長期計画などに反映されていません。

II-1-(1)②職員会議や運営会議、収支報告書などにおいてサービスのコスト分析や利用率の分析など組織的な取り組みがありません。公認会計士等専門家による指導、指摘事項の課題分析は行っていません。

II-2-(1)①「きょうと福祉人材育成認証制度」の申請をしています。職種・役職に求められる役割等は管理規定に定めています。また管理者が年2回職員面談を行い、一人ひとりの能力向上に向けた希望等を確認しています。

II-2-(2)①職員の有給休暇や時間外労働等のデータは、運営会議において分析・検討しています。職員へのサポート体制として年2回管理者が面接の機会を設ける等、職員が相談しやすい体制を構築しています。育休休業法や介護休業法にも適切に対応しています。

II-2-(2)②職員親睦会への補助制度や共済会の加入など職員の福利厚生に取り組んでいますが、外部のカウンセラー等、専門家に相談できる体制がありません。

II-2-(3)①職員に求める基本姿勢は倫理綱領や「福祉職員の心得」(求められる人間像)で明文化していますが、中長期計画や基本方針には反映していません。

II-2-(3)②法人全体のキャリアパス制度で勤続年数ごとの研修や必要資格を明示しています。また毎月第3水曜日には事例検討会、第5水曜日には研修会を開催し、研修終了後には感想文の提出等、職員の資質向上に向けて取り組んでいます。

II-2-(3)③研修参加者は報告書の提出や職員会議での報告会で行っていますが、研修計画、成果に対する評価・分析は行われていません。

II-2-(4)①実習受入れ基本姿勢の明文化や責任体制の明確化、実習受け入れマニュアルを整備していません。

II-3-(1)①個人情報保護に関する規程は策定していませんが、本人からは利用契約時に個人情報の取り扱いについて同意書を得ています。職員からも誓約書を徴取しています。実習生やボランティアにはオリエンテーションの際に文書で説明しています。

II-4-(1)①安全・防災担当部署の設置や緊急対応マニュアル等を整備しています。また年2回、本人や職員が参加する消防訓練を実施したり、職員が救急法研修を受講したりする等、安全管理に配慮していますが、本人が参画した安全・防災会議が行われていません。

II-4-(1)②管理者の防災リーダー養成研修の受講、京丹後市の避難所指定等、安全確保に向けて取り組んでいますが、災害時における緊急連絡網の対応が機能するか等の検証が行われていません。

II-4-(1)③全職員が普通救急救命講習を受講していますが、ヒヤリハットに関する仕組みを構築していません。また定期的な評価・見直しを行っていません。

II-5-(1)①自治会加入や地域のサロンへの参加、リサイクル事業で地域の方が直接持ち込める回収場所の設置等、日頃から地域住民と触れ合う機会がありますが、地域行事などに利用者本人が企画から参加するまでには至っていません。

II-5-(1)②バザーの開催や地域とのかかわりの中で福祉ニーズの把握に努めています。また小学校や中学校から要請があれば人権研修会をおこなっていますが、事業所自らが研修会や講演会を開催し、地域住民に参加を呼び掛けるまでには至っていません。

II-5-(1)③積極的にボランティアを受入れる体制ですが、オリエンテーションの実施や基本姿勢の明文化、受け入れマニュアルを整備していません。

II-5-(2)①相談支援事業所と連携を密にし、虐待ケースを京丹後市に通報した事で、成年後見制度利用に繋げたケース等、具体的な取り組みがあります。

II-5-(2)②日常の様子は連絡ノートや電話、来所等で家族との情報交換により、ニーズを抽出し、サービスの向上に繋げています。

### 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	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。	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。	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	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。	A	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	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。	B	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	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	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。	C	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。	C	A
	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利用希望者には見学、体験利用希望者には対応していますが、公共施設等に事業所紹介するパンフレット等は設置していません。

Ⅲ-1-(1)②利用契約書・重要事項説明書を整備し、その書類はルビを打つなど本人にも分かりやすいものとなっています。また、他事業所への利用が望ましい場合には確実に引き継ぎを行うことで入所に至ったケースもあります。

Ⅲ-1-(2)①サービスの継続に向けて確実に引き継ぎを行い、他事業への入所に至った実績がありますが、手順書や引き継ぎ文書等の様式を整備していません。

Ⅲ-2-(1)①利用者の障害特性や希望等をアセスメント様式を用いて把握、記録しています。また、一人ひとりのニーズや課題が明確なものとなっています。必要に応じて複数の職員の意見を聴取しています。

Ⅲ-2-(2)①個別支援計画は本人本位の視点でサービス管理者を責任者として作成しています。また中間評価や職員への周知等を目的に、サービス管理者講習会において使用した事前計画表を用いて全職員対象の勉強会を開催する等、サービスの向上に取り組んでいます。

Ⅲ-2-(3)①体調の変化や本人の希望、環境の変化があった場合等には、随時のモニタリングや再アセスメントを行っています。その際には他職種、複数職員の意見を反映しています。

Ⅲ-2-(4)①個別支援計画に関する記録は具体的に記述しています。職員間で記録の書き方に差異が出ないようにサービス管理者研修会の資料を用いて勉強会を開催しています。

Ⅲ-2-(4)②個人情報に関しての研修会を開催していますが、文書管理規程、記録の保存、破棄に関する規程等は整備していません。

Ⅲ-2-(4)③毎週開催の「運営会議」、月3回の「支援会議」、月2回の「主任・サービス管理者会議」、「職員会議」で情報の共有化と分析を行っています。

Ⅲ-3-(1)①事業方針に利用者ニーズを明文化し、月2回の「利用者懇談会」や日々の「連絡ノート」等で個別ニーズの把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)②各種会議において本人の心身の状況、年齢等を考慮し、作業班の異動等を行っています。本人参画の自治会活動から出た意見、要望については改善につなげています。

Ⅲ-3-(2)①「声なき声を聴く」というモットーにしています。苦情受付対応方法を掲示し、本人が信頼している職員が相談に応じた記録を残しています。家族の電話相談にも適時対応していますが、苦情記入カード等は整備していません。

Ⅲ-3-(2)②苦情対応規程を整備しています。苦情受付後は苦情記録を残しています。申立者にはフィードバックをするようにしています。また、第三者委員が対応した事例もあります。理事会にも報告していますが、苦情内容、解決方法等については、その結果を公表していません。

Ⅲ-3-(2)③本人からの苦情や意見等を伺い、サービスの質の向上に繋げていますが、苦情対応マニュアルは策定していません。

Ⅲ-4-(1)①サービスの向上のために個別支援計画作成において、全職員対象に勉強会を開催しています。本人尊重やプライバシー保護の姿勢の明示し、職員への虐待アンケート(セルフチェックアンケート)の実施等、一定の水準確保に向けた仕組みはありますが、文書化はできていません。

Ⅲ-4-(1)②一定水準確保のために事業計画の中間見直しを行い、年度末には利用者状況、地域就労、利用者個々の実践報告を受けた上で総括し、次年度に反映しています。

Ⅲ-4-(2)①今回の第三者評価を受診するにあたり、職員間が自己評価を実施していますが、第三者委員等に意見を求める体制とはなっていません。

Ⅲ-4-(2)②前回の第三者評価の受診結果を分析し、一部は改善していますが、継続的なサービスの質の向上や「中・長期計画」や「事業計画」の見直し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	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。	C	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。	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。	B	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	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。	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	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。	B	A

**【自由記述欄】**

IV-1-(1)①法人事業計画に本人の尊厳尊重を明文化し、倫理綱領の整備や勉強会で職員に周知していますが、プライバシー保護に関する規程を整備していません。

IV-1-(1)②自閉症の利用者には視覚を入れた支援や傾聴、事業所独自で利用者の日々の状況に応じて支援する(ピアサロン)等、本人とのコミュニケーションがスムーズに図れるよう努めています。

IV-1-(1)③利用者自治会や年4~5回開催の家族会にも同席し、本人の主体的な活動を支援する体制があります。また他事業所との本人同士の意見交換会や歓迎会、スポーツ交流会等にも同席しています。

IV-2-(1)①通所系事業所ですが、入浴が必要な場合には同法人施設の浴室で入浴支援をする体制があります。

IV-2-(1)②着替えの声掛けや職員が同行して衣類を購入する等、相談や課題解決に向けた取り組みがあります。

IV-2-(1)③理美容は本人よりの希望があれば同行支援しています。

IV-2-(2)①健康観察時に聴き取りを含めて睡眠チェックを行い、不眠がある場合には主治医と連携し、健康管理を行っています。

IV-2-(2)②健康チェック時で食事、洗面、歯磨き、排便状況を確認し、必要に応じて相談に乗ったり、家族への報告や通院を勧めています。

IV-2-(2)③年1回歯科検診、週2回の看護師による健康チェックを行っています。また取り組みの一つとして血糖値を測定し、観察記録を主治医に報告するなどしています。

IV-2-(3)①年1回嗜好調査を実施し、誕生日には希望献立を実施しています。また刻み食等本人個々の食事形態に合わせた食事ができるよう取り組んでいます。また食器も陶器を使用する等、食事をおいしく摂れるように工夫しています。

IV-2-(4)①ハローワークとの連携や本人の希望により、本人が出来る作業や個別支援計画に則って就労支援を行っています。また工賃は本人達の「給与検討委員会」で取り扱いを検討する等、本人の合意のもとで行っています。

IV-2-(5)①日々の決まりごと等は自治会活動の自主性を尊重して決定しています。金銭管理は基本的には自己管理とし、買い物を通じて金銭の学習や公共のマナーを学んでいます。

IV-2-(5)②外出時には事業所名や管理者の携帯番号を記載した証明書の携帯等、安全確保に向けた取り組みを行っています。利用者の希望に応じて移動支援や通院援助、相談援助事業の利用等出来る体制があります。

IV-2-(6)①余暇活動において土日には外出支援ヘルパーを利用しています。地域の社会資源の活用等課題や解決に向けた取り組みがあります。