

[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	H O L Y L A N D	施設種別	就労継続支援 B 型事業
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」		

2013年3月12日

総 評

H O L Y L A N D は、社会福祉法人修光学園の授産施設分場として2004年に開設されました。

修光学園は知的障害者の授産施設として京都府内で初めて製パン作業に取り組み、そのノウハウは現在の H O L Y L A N D の作業に引き継がれました。そして、そこから培われた製菓技術により、質の高い洋菓子製品が製造されています。また、利用者の特性に合わせた作業の展開として、クラフト製品の作成や、いわゆる下請け作業である企業提携作業等、継続的に試行を続けながら活動されています。

障害者自立支援法の新事業体系に移行し、経営基盤も確立し、地域における障害のある方の就労の場として着実に日中活動支援の充実に取り組まれてきました。

法人全体の取り組みとして「リスクマネジメント」「地域福祉推進」「研修」の各委員会が法人内の各事業所を横断する形で設置され、今回の第三者評価に直接関係する「サービス向上委員会」も含め、自身のサービスの質的向上を目指す地道な取り組みを続けられています。このような法人内事業所の横断的委員会の設置は、職員間の交流を生み、お互いの事業を補完する役割にもなっていることと思います。法人職員全体の質的向上にもつながっており、今後もこの取り組みを継続していかれることを期待します。

今回の調査に於いて気になった点としては、作業室奥に勾配が急な階段があることです。開設当初から懸案事項として、建築基準法、消防法等に照らし、関係行政との調整など改善に向け積極的にご努力をされましたが、結果として構造上に問題があることを伺いました。大変難しい課題ではあると思われませんが、引き続き課題解決に向けた検討をお願いしたいと思えます。

また、同じく課題として認識されている利用者の高齢化による障害の重度化等についても、今後を見据え今の段階から検討を始められてはいかがでしょうか。

これまで、H O L Y L A N D は京都市内北部の障害者支援と就労の拠点として、地域に根ざし、着実な歩みを続けられてきました。今後も引き続き、障害のある方の生き生きとした笑顔を支え続けていかれることを期待しております。

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-1-(1)①② 理念、基本方針が確立されている。 理念と基本方針は「修光学園マスタープラン」、運営規定、重要事項説明書等に記載されています。その理念からは法人の使命や方向性、考え方が十分に読み取れると同時に、障害者福祉の基本的な考え方も踏まえられています。 そして、基本方針ではそれらが具体的な行動に結び付けられるような内容になっています。</p> <p>II-2-(3)② 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 人事考課シートと目標管理シートを作成し、それを基にヒアリングを実施しています。ヒアリングにおいて職員に求めるスキル等を伝え、また職員の希望を聞き取り、次年度以降にも活用しています。</p> <p>IV-2-(4)① 日中活動・はたらくことの支援 個別面談や日々のやりとりを大切にして、利用者の希望に添った活動が提供できるよう努力しています。一般就労を目指す利用者には、障害者就業・生活支援センター、ハローワークと連携した支援を行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-2-(1)④ 事業計画の策定について 利用者家族には事業報告会にて事業計画書の周知をはかっていますが、本人への説明については、不十分であるという認識がありました。</p> <p>II-4-(1)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。 リスクマネジメント委員会が中心となり、緊急事態対応マニュアルを策定していますが、緊急時における地域自治会や団体との協力体制が整備されていません。</p> <p>IV-1-(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。 運営規定にプライバシー保護に関する明記があり、利用者、家族に周知されていますが、プライバシー保護規定が策定されていません。</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	HOLYLAND
施設種別	就労継続支援B型事業所
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	2013年1月29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。	a	a
	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。	b	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(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。	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(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。	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)	①②修光学園マスタープラン、運営規定、重要事項説明書等に記載されている。その理念からは法人の使命や方向性、考え方が十分に読み取れると同時に、障害者福祉の基本的な考え方も踏まえられている。そして、基本方針ではそれらが具体的な行動に結び付けられるような内容になっている。
I-1-1(2)	①法人全体会議で全職員に説明をしている。継続的にも、月2回の職員会議の冒頭で理念と方針の抑え直しを行っていることを会議議事録にて確認した。 ②利用者家族に対しては、事業報告説明会を開催して理念と基本方針に関しても説明を行っている。取り組みは毎年継続的に行っている。
I-2-1(1)	①法人の中長期計画として、「社会福祉法人修光学園マスタープラン」を策定している。さらに2009～2013年度を実施期間とした法人の理念や基本方針の実現に向けた基本計画を策定している。
	②半期毎に、職員の全体会議を行い、事業計画の進捗管理、見直しを行っている。
	③事業計画の進捗状況は全体職員に配布され、周知徹底を図っている。
	④利用者家族には事業報告会にて周知を図っているが、本人への説明の取り組みが不十分である。
I-3-1(1)	①「社会福祉法人修光学園マスタープラン」に管理者の役割と責任については記載している。また、会報誌の所信表明において、宣言をしている。
	②法令遵守の勉強会として、「法人役員・施設長等運営管理職員研修」に参加している。また、日常業務に関連する関係法令に関しては、一覧にして皆が見られるように配慮されている。
I-3-1(2)	①法人内に「サービス向上委員会」「研修委員会」を設置して、管理者が中心となり各委員がそれぞれ責任をもって、現状の分析と評価、そして改善のための具体的な取り組みを検討している。
	②各委員会は、管理者が責任者として運営を行い、具体的な福祉サービス向上のための取り組みとして「ご利用者満足度アンケート」を実施し、質の向上に努めている。 法人として、各事業所のセンター長が所属する法人運営会議が組織され、ここで、本項目の課題については十分に議論、吟味がなされている。

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(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。	a	a
II-2 人材の確保・養成	II-2-1(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(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。	a	a	
	II-2-2(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	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。	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	a
II-2-2(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	a	
II-3 個人情報の保護	II-3-1(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(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。	a	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(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。	a	a
		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。	a	a
		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。	b	b
	II-5-2(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

II-1-1(1)	①地域の福祉の情報に関しては、支援学校との連携による情報が有効に活用されている。また地域福祉推進委員会にも参画している。 ②年二回の全体職員会議において、収支予算および補正予算についての説明を行っており、経営状況を開示、今後の改善方法を明示している。
II-2-1(1)	①人事管理や人材確保は法人が一括して行っている。キャリアアップシステムがあり、資格により等級がアップするような人事考課がなされているが、具体的な人材確保の計画までには至っていない。
II-2-2(2)	①有給取得状況や時間外労働に関しては、管理者が把握している。全職員に対して、ヒアリングを実施して異動の希望などの調査を行っており、ヒアリング調査票をもとに、現場の声を反映させた具体的なプランとしている。 ②民間福祉職員共済会に加入し、パンフレットを職員に配布している。
II-2-2(3)	①「職員研修計画」を策定している。また、キャリアアップシステムが構築され、中長期計画的に、職員の専門性を確保している。 ②人事考課シートと目標管理シートを作成し、それを基にヒアリングを実施している。ヒアリングにおいて職員に求めるスキル等を伝え、また職員の希望を聞き取り、次年度以降にも活用している。 ③キャリアアップシステムにおいて、指標を策定している。個別研修や資格の履歴を把握している。研修委員会において、研修内容の見直しやカリキュラムの検討を行っている。
II-2-2(4)	①実習受け入れマニュアルを策定し、それが活用されている。学校側とは、継続的な連携が出来るように業務マニュアルに方法を記載している。
II-3-1(1)	①個人情報管理規程があり、内部研修を行っている。個人情報保護に関しては、業務マニュアルを策定している。
II-4-1(1)	①緊急事態対応マニュアルを策定している。地域自治会や団体との協力体制が整備されていない。 ②予防管理組織表、ハザードマップ、防災避難手順などを掲示している。災害時対応マニュアルが策定されている。 ③リスクマネジメント委員会において、ヒヤリハット等の事例を集約し、評価分析を行っている。

II-5-(1)	①地元町内会に加入し、交流の場として「ホーリーランドまつり」を開催している。
	②週に一度の事業所前での販売会において、地域との交流の場をもうけている。
	③ボランティア受け入れマニュアルが整備され、受け入れに対する基本姿勢が明示されている。 ボランティアに対する研修は実施していない。
II-5-(2)	①利用者一人ひとりに「ライフデータ」という個人情報をまとめた書面を準備している。そこに他のサービス機関を利用している状況も掲載している。
	②毎月発行のHOLYLAND通信を家族に配布している。また、連絡帳によるやりとりもある。 面談も必要に応じて行っており、面談の記録は、ケース記録に記載されている。

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。	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)に説明同意を得ている。	a	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	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	a
		② 個別支援計画を適正に作成している。	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)が適切に行なわれている。	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。	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	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。		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
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。	a	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。	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	a
		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。	a	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。	a	a
		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。	a	a

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)	① ホームページやリーフレットを作成しており、左京区社会福祉協議会にリーフレットを配布している。
	② 利用者向けの「サービスガイド」を作成し、わかりやすく説明できるよう工夫されている。
Ⅲ-1-(2)	① 他事業所への移行に際しては、「引き継ぎマニュアル」に沿って行い、必要に応じて相談支援事業所等とも連携し対応している。
Ⅲ-2-(1)	① アセスメント様式に沿ってアセスメントを行い、個別支援計画を策定している。その際、本人の希望調査票などを活用し個別面談を行っている。
	② 個別支援計画では、日常生活を支援する上での留意点についてはアセスメント表に記載している。
Ⅲ-2-(2)	① モニタリングは定期的実施されている。必要に応じて個別支援計画の変更も行われている。
Ⅲ-2-(3)	① 職員に周知された「記録の書き方マニュアル」が整備されており、それに沿って記載をするようにしている。
	② 「個人情報管理規程」が整備されており、責任者も明示されている。「個人情報開示マニュアル」も作成されている。
	③ 事業所内ネットワークシステムにて情報の共有化が図られている。
Ⅲ-2-(4)	① 利用者の会を組織し、意見を募っている。また、年に1度以上の個別面談を行い、家族からの意見を聞く機会としている。
	② 「サービス向上委員会」にてアンケートを実施し、結果についての分析、具体的な対応を行っている。
Ⅲ-3-(1)	① 要望や苦情の受付について掲示している。相談スペースを確保している。
	② 苦情解決のシステムが構築されているが、十分に機能していない。
	③ 利用者や家族からの意見や要望に対する対応マニュアルが整備されているが、対応は不十分である。
Ⅲ-3-(2)	① 「業務遂行基準」「利用者支援サービスマニュアル」が整備されている。
	② 年に1度職員全員でマニュアルの読みあわせを行なっている。
Ⅲ-4-(1)	① 「サービス向上委員会」を中心に、自己評価の実施と分析、検討を行っている。
	② 法人内の様々な階層の職員が「サービス向上委員会」に参加し、課題の明確化と改善に向けた提案を行っている。

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。	a	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運営規定にプライバシー保護に関する明記はあるが、プライバシー保護規定は策定されていない。
	②利用者とのコミュニケーションは、必要に応じて写真や絵、筆談などで行っている。
	③利用者の会を設置し、センター長をはじめ、職員と意見交換する機会を設けている。
IV-2-(1)	①常に利用者の状況を意識し、必要に応じて相談や声掛けをしている。
	②身だしなみについては職員が気遣い、必要に応じて助言している。また、ガイドヘルパーを利用して衣類の買い物を行えるよう支援している。
	③必要に応じて相談に応じ、優良な理髪店の紹介などを行っている。
IV-2-(2)	①不眠を訴える利用者に対して、医療との連携を行っている。
	②排泄に関して支援が特に必要な利用者には、個別対応を行っている。
	③健康管理に関して常に利用者への配慮や気遣いを行っている。
IV-2-(3)	①昼食は配食、持参を利用者自身が選択できるようにしている。
IV-2-(4)	①一般就労を目指す利用者には、障害者就業・生活支援センター、ハローワークと連携した支援を行っている。
IV-2-(5)	①利用者の作業の一環として、必要な材料の買い物を依頼し、日常的な生活訓練を行っている。また、社会福祉協議会の日常生活支援事業担当者と連携し、金銭管理をするなどの支援も行っている。
	②必要に応じて、同法人内の居宅事業所と連携した支援を行っている。不測の事態に備え、連絡先を明示したカードを準備している。
IV-2-(6)	①余暇支援として、レクリエーション活動に取り組んでおり、利用者の希望を踏まえながら活動している。