

[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	みねやま作業所	施設種別	生活介護・就労継続支援B型 (旧体系：)
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

平成 30年 7月 2日

総 評	<p>よさのうみ福祉会は、京都府北部地域における養護学校づくり運動や障害者共同作業所づくり運動の歴史と教訓を引き継ぎ、障害のある人や家族のねがいを実現するため、1980年に関係者の手で設立されました。</p> <p>みねやま作業所は、1975年に開設された峯山共同作業所を母体として京都府で1番目の認可施設として開設され、よさのうみ福祉会初の知的障害者通所授産施設となりました。その後、2012年4月、障害者自立支援法による事業所移行を行い、就労継続支援事業B型、生活介護支援事業の多機能型事業所として再スタートをしました。</p> <p>みねやま作業の日中活動は、自分らしく働く暮らすをサービスの特色として、おかき班、お菓子班、第1作業班(よもぎ入浴剤製造・下請け作業)、第3作業班(資源回収・療育活動)に分かれて利用者の意向を尊重した支援をされていました。余暇支援にも力を入れ、毎週水曜日の午後は「いきいきときめき活動」として、4グループに分かれてスポーツやものづくり、歌・踊り等を楽しんでいます。また、毎月1回、事業所の休業日には、遠足や買い物、食事会の余暇支援の取り組みを行い、毎回利用者の8割程度が参加されています。</p> <p>一方で、個別支援計画の作成とサービス提供の手順については、定められたアセスメント様式がなく情報量の少ないフェイスシートを代用されていました。また、サービス等利用計画書に基づいた個別支援計画の作成や個別支援計画に沿ったサービス提供がなされていますが、サービス提供の記録が具体的に記録されていません。記録は、個別支援計画の評価・見直しを行う際にも基本的な情報となり改善が望まれます。</p> <p>ホームページや事業所のパンフレットは、写真を多く使って事業所の情報がよりわかりやすい工夫がなされています。しかし、送迎体制について、事業所独自のサービスの特徴である全員が自宅のドアまできめ細やかに対応されていることがパンフレットに見当たらないのは残念でした。次の校正でその旨を掲載されてはいかがでしょうか。</p> <p>今後も引き続き、障害のある方が地域で安心して暮らし働く、仲間の成長を見守る職員集団としてのチームワークづくりを目指した貴所の取り組みに期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅱ－５－（２）関係機関との連携が確保されている。 本人を取り巻くエコマップを作成し、関係者、機関と連携を図っている。親の会が年６回開催され、家族との交流、情報提供の機会が確保されている。</p> <p>Ⅲ－３－（１）障害のある本人ニーズの充足に努めている。 理念、事業計画に利用者のニーズの充足を目指す姿勢が明記されている。利用者自治会や家族会に出席して、定期的に利用者ニーズの把握を行っている。</p> <p>Ⅳ－２－（６）余暇・レクリエーション 毎月１回、事業所の休所日に遠足や買い物、食事会等の余暇活動支援を行い、毎回８割程度の参加がある。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>Ⅰ－３－（１）管理者の責任が明確にされている。 管理者は、法令順守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加していますが順守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取り組みができていません。</p> <p>Ⅲ－２－（４）サービス実施の記録が適切に行われている。 障害のある本人や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規定が定められていますが、個別支援計画に基づくサービスの実施状況が具体的に記録されていません。また、記録の保管、保存、廃棄についての周知、研修が行われていません。</p> <p>Ⅲ－４－（２）質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。 職員間で課題の共有化が図られていますが、自己評価をする際の評価基準や様式が定められていません。課題や評価結果の内容を分析・整理・改善するための取り組みが行えていません。</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	みねやま作業
施設種別	就労継続支援事業B型 生活介護支援事業
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」
訪問調査日	2018年4月4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。	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。	a	a
		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(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	b
		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-3-1(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。	b	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 理念は「よさのうみ福祉会のめざすもの」として明文化され、事業所パンフレット、ホームページにも掲載されている。
	② 基本方針は「よさのうみ福祉会のめざすもの」に理念と並んで明文化され示されている。それをもとにより具体化したものとして年度ごとに法人重点方針が設定されている。
I-1-1(2)	① 法人5か年計画策定のプロセスにおいて法人全職員を対象に理念にかかる学習会を行っている。職員会議の資料に掲載して周知を図っている。年度当初の職員会議や新任職員研修で説明をしている。
	② 理念は利用者の思いや意見を聞き取り、「夢ビジョン」というイラストにして、事業所の玄関に掲示されている。しかし、利用者の理解にあわせた形での説明や新しい利用者には周知できていない。
I-2-1(1)	① 2013年～2017年までの5か年総合計画を策定し、「夢ビジョン」「目指す職員像」を明示している。5か年総合計画は前期2年、後期3年に区切り、各種委員会の活動等の進捗状況を見ながら随時見直しを行っている。2018年度より第2次3か年計画(2018～2020)を策定している。
	② 法人方針に基づき、事業所の管理者が集まる方針会議で策定した原案を基に事業所の職員会議で検討を加え、策定している。しかし、数値目標等の設定については不十分と認識している。
	③ 年度初めの職員会議にて事業計画の説明と資料配布が行われている。
	④ 事業計画は、隔月で行われる親の役員会等で、説明を行っているが、利用者への周知の取り組みが不十分である。
I-3-1(1)	① 組織図、作業所分掌、「めざす職員としてのあり方 めざす職員像—職種別表」に管理者の業務内容や求められる人材像が示されている。しかし、管理者の役割等について組織の広報誌等に表明されていない。
	② 管理者は、京都府が実施する集団指導や事業所が加盟する「きょうされん」等の研修会に参加している。研修会等で得た内容については職員会議や内部研修で職員に説明がなされている。しかし、遵守すべき法令のリスト化ができていない。
I-3-1(2)	① 管理者は毎朝の職員ミーティングや、班ミーティングに参加して現場の把握や課題の共有を行っている。それをふまえ、職員会議で課題解決のための検討を行いサービスの質の向上に努めている。
	② 法人の管理者会議等にて事業所の収支や利用者の利用率の状況報告や改善案について議論がなされている。それを受けて事業所の職員会議ではコスト意識の徹底を行っている。また、職員の働きやすい環境として電話機の増設、代休の買い取りなどを行っている。

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	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) 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
		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	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	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
		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
	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	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。	c	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。	c	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。	b	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。	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。	c	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。	c	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。	c	b
		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) 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 社会福祉事業全体の動向については「きょうされん」「セルフ」などを通じて情報収集を行っている。支援学校や京丹後自立支援協議会(月1回)との日常的な連携の中で支援学校卒業生の動向や地域の在宅障害者の状況など様々な情報を得ている。
	② 法人本部で利用状況や事業所の経営状況の把握をするとともに公認会計士、経営コンサルタントによる指導を受けている。それをもとに職員会議で対応方法を検討し、改善に努めている。
II-2-(1)	① 法人で策定された「めざす職員像」で、各職種、役職に求められる役割や責任が明確にされている。5カ年総合計画に人材確保計画が明記されている。「チャレンジシート」を活用した面談を行っている。
II-2-(2)	① 法人として「京都府福祉人材育成認証」「京都はあつふる企業」「ワークライフバランス認証企業」の認証を受けている。また2015年度には京都府子育て支援表彰を受けている。勤怠管理は電子システムを利用して法人本部で管理がなされている。しかし、改善策については人材体制等に関する具体的なプランに反映されていない。
	② 京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入している。また、法人内に福利厚生部会が組織されている。また、安全衛生推進者を配置するとともに、精神保健福祉士、看護師による法人内相談窓口を設置している。
II-2-(3)	① 「めざす職員像」職種別表に、組織として職員に求める基本的姿勢や意識、専門技術や専門資格を明示している。資格取得についても勤務上の配慮をし、取得後には資格加算の仕組みがある。
	② 法人の研修教育委員会が年度の方針を立て、それにそった研修計画の立案を行っている。事業所としても研修担当者を配置している。しかし、職員一人ひとりについての教育、研修計画が策定されていない。
	③ 研修報告の作成を求めているが、十分に行えているとはいえない。また、研修成果の評価、分析ができていない。

II-2-(4)	①法人としてマニュアルおよび受け入れ体制が整備されている。定期的に社会福祉士の実習、介護等体験の受け入れを行っている。プログラムは作成されているが、実習受入に関する基本姿勢の明文化ができていない。
II-3-(1)	①個人情報保護規定を策定している。利用者とは、個人情報取り扱い契約書を取り交わし、利用目的を明示し利用について了解を得ている。
II-4-(1)	①緊急時対応マニュアルが策定されているが、利用者一人一人についての健康管理票の作成が不十分である。 ②土砂災害対応マニュアルがある。火災避難訓練、災害訓練について利用者に周知をするとともに訓練が実施がされている。 ③ヒヤリハット事例の収集と報告がされている。車両事故については未然防止策の検討を行い、全車両にドライブレコーダーの取り付けを行った。
II-5-(1)	①よもぎ製品製造のため、ボランティアに来てもらっている。資源ごみ回収に合わせて、日常的に地域住民と利用者が触れ合う機会がある。障害ある本人が企画段階から参加するような行事は行われていない。 ②行政から委託を受けた毎月の資源回収や物品販売を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。障害特性や福祉を理解するための研修会、講演会は開催されていない。 ③ボランティアの受け入れについて職員が協議しているが、受け入れの基本姿勢が明文化されていない。
II-5-(2)	①本人を取り巻くエコマップ(障害者支援構図)を作成し、関係者・機関と連携を図っている。 ②親の会があり年6回開催されている。総会、懇親会、施設見学があり、家族との交流・情報提供の機会を確保している。

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。	a	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	b
		① 個別支援計画を適正に作成している。	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 定期的に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。	a	b
	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 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	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。		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。	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。	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。	c	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	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。	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	c

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)	① ホームページやパンフレットを作成し、支援学校等多数の人が情報を入手できる機会を提供している。
	② 利用開始に当たっては、重要事項説明書等に基づき説明をしている。成年後見制度を利用されている利用者もあり、家族への説明は丁寧に行っている。
Ⅲ-1-(2)	① 組織として障害のある本人や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。他の事業所や地域生活への移行にあたり、統一した様式の引継ぎ文書が定められていない。
Ⅲ-2-(1)	① 本人に関わる複数の職員の意見がアセスメントに反映しているが、所定の様式を用いたアセスメントができていない。フェイスシートを代用し情報量が少ない。
Ⅲ-2-(2)	① 個別支援計画の作成は、手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。計画を急に変更する場合の仕組みが整備できていない。
Ⅲ-2-(3)	① 障害のある本人の環境や状況に変化があった場合、随時モニタリングを行っている。しかし、モニタリングの記録が不十分である。

Ⅲ-2-(4)	<p>①記録は一括管理を行い、法人本部のサーバーに蓄積されている。しかし、個別支援計画に沿ってどのようなサービスが実施されたか具体的に記録されていない。</p> <p>②個人情報管理規定が整備されているが、記録の保管、保存、廃棄についての周知が行われていない。</p> <p>③運営会議、職員会議、朝礼で情報の共有を行っている。事業所内メールでも情報の共有ができる仕組みがある。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>①年度の事業計画に、利用者のニーズの充足を目指す姿勢が明記されている。利用者による自治会や家族会に出席して、定期的に利用者ニーズの把握をおこなっている。</p> <p>②年1回開催される利用者による自治会の要望を聞く「要求懇談会」で出された要望に応じて、旅行の行き先等を検討している。また、掃除機の購入や手すりの設置等を行っている。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①相談室を設置し、プライバシーに配慮しながら、いつでも相談に応じている。一方、相談相手を選べることや意思疎通の状況に応じて支援体制があることを分かりやすく説明する文書が作成されていない。</p> <p>②苦情解決の責任者や第三者委員を設置するなど、苦情解決体制が整備されている。一方、苦情解決の仕組みを分かりやすく説明する掲示物がない。また、苦情の内容や解決結果等の公表がされていない。</p> <p>③苦情や意見等について会議で検討し、サービス改善に努めている。一方で、出された意見等に対する対応マニュアルが整備されていない。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①年度ごとに、目指すべきサービスの水準を確保するための方針と総括がされている。一方、利用者の状態に応じた個別的なサービスを行う基準が明確化されていない。</p> <p>②目指すべきサービスの水準を確保するため、利用者や家族からの提案を職員会議で検討しサービスに反映している。一方、その取組の方法がマニュアルとして書面化されていない。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①月2回開催する職員会議でサービス内容の評価を行っている。一方、自己評価をする際の評価基準や様式が定められていない。</p> <p>②自己評価等の結果が書面として残されていない。今後は、自己評価、第三者評価等の結果の分析、課題等を書面化し、サービスの質の向上にさらに取り組むことが望まれる。</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(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	a
		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。	c	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(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-2-1(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。	a	a
	IV-2-1(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-2-1(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-2-1(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	a
IV-2-1(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)	①パンフレットに倫理綱領を明示し、利用者の人権への配慮等について研修をしている。利用契約書にプライバシー保護について明示し、利用者や家族等に周知している。
	②写真、絵等の文字でない伝達方法を活用して、意志疎通を図る工夫をしている。担当職員や看護師、家族が連携して、利用者の希望をできるだけ正しく理解するようにしている。
	③利用者による自治会が組織されている。共同作業所の連絡会を通じて、他の事業所の自治会等との交流を図っている。
IV-2-1(1)	①入浴についての状況や支援の希望を確認している。利用者の希望等に応じて、事業所内の浴室で入浴することができる。
	②衣類やみだしなみについての状況や支援の希望を確認している。利用者の希望に応じて、衣服の買い物に職員が同行している。
	③理美容についての状況や支援の希望を確認している。理美容店が事業所に来て、利用者の散髪をしている。
IV-2-1(2)	①睡眠についての状況や支援の希望を確認している。夜間に眠れず事業所で眠ってしまう利用者がいれば、その家族と連携して課題解決に取り組んでいる。
	②排せつについての状況や支援の希望を確認している。一方、トイレの老朽化が進んでいるが、その改善に向けた定期的な検討ができていない。
	③健康維持についての状況や支援の希望を確認している。毎朝、利用者全員の検温をし、月1回看護師による健康相談を行っている。
IV-2-1(3)	①食事についての状況や支援の希望を確認している。嗜好調査は行われていない、食事サービスの検討会議に利用者に参加していない。
IV-2-1(4)	①利用者の日中活動のニーズに応じた作業を用意している。はたらく意欲を促進するために、利用者の研修旅行に対して補助金を出している。
IV-2-1(5)	①利用者の意見を聞き、食事時の着席場所を決めたり、パソコンの利用時間を決めたりしている。金銭等の自己管理ができるよう1ヶ月分の生活費を基に1日いくら使いたいかな等を利用者計算してもらっている。
	②本人の希望に沿って、外出を支援する事業所との連携を図っている。研修旅行に参加する利用者には、必要に応じて不測の事態に備え名札を付けてもらっている。
IV-2-1(6)	①本人の希望に沿って、利用できる社会資源についての情報提供をしている。毎月1回、事業所の休所の日に、遠足や買い物、食事会等の余暇支援の取組を行い、毎回利用者の8割程度の参加がある。