

[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	イサク事業所どうほうの家	施設種別	就労継続支援 A・B 型事業 (旧体系：)
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構		

平成 25 年 7 月 12 日

総 評	<p>イサク事業所どうほうの家は、社会福祉法人同胞会が設置主体となり、どうほうの家から就労部門に特化した機能として構築し、2012年4月にオープン、「働くこと」を視点において就労継続支援A型事業及びB型事業を行っている事業所です。法人内には、北小倉こひつじ保育園、どうほうの家（生活介護事業、就労継続支援B型事業など）、居宅事業所どうほうの家（居宅支援事業）、指定相談支援センターkokua（相談支援事業）等の運営がなされています。</p> <p>キリスト教の精神を基盤に、「良きサマリア人たれ」「現場に落とし込め」「サービスの創造・創設を怠るな」を事業所として歩むべき道を理念として明確にされている他、イサク事業所として、みんなの「思いのくわ>、支え合いのくわ>、しあわせのくわ>、つながりのくわ>、ひろがりのくわ>」をかたちに・・・を理念として掲げ、地域密着型の事業所を目指されています。</p> <p>どうほうの家と同様、三障害の枠を超え、農業、食品加工・製造・販売、Caféの運営・接客等が行われ、就労するための基本的な知識や体力、経験を身につけ、一人の社会人として少しでもスムーズに社会適応できるようにトレーニングが行われています。特にCaféは、商品開発・販売にも注力されており、魅力的な商品の陳列、販売状況を確認することができました。また、近隣住民の憩いの場や自治会等のミーティングの場として活用されている状況を聞き取ることができ、さらに、利用者の体力や精神的な状況に合わせ、くつろぎの時間帯やスペースを設ける等、日中活動の中での就労とのメリハリがつくような工夫がほどこされている状況を見受けることができました。</p> <p>中期ビジョンは、どうほうの家との共有ビジョンとして計画の中にあり、三障害統合支援を実践するための専門性の確保や農業地の拡充、特に相談支援事業には力を入れて取り組むためのビジョンが示されています。連絡・報告事項、利用者の基本的な情報他、定期的な会議体等、事業所内運営に関する情報は、どうほうの家と同じく共有ネットワークシステム「Doing」が活用され、機能的に組織運営が行われている状況が確認できます。</p> <p>永年、どうほうの家や本イサク事業所を束ね、リーダーシップを発揮してきた施設長の退任に伴い、イサク事業所としては大きな転換期を迎えつつあります。これは、中期ビジョンの中で想定されてきた、計画的な世代交代の成果を発揮する時期にあると言えます。法人の事務的なマネジメントを行う専門的な人材の配置効果や次期施設長のリーダーシップの発揮にも大きな期待が寄せられますが、各事業所のセンター長の意向も重要な役割を示すこととなります。今後は、多くの若いスタッフを中心に、法人内の各障害者支援事業所が一体となって利用者サービスの質の向上を目指し、事業所内の事だけではなく、対外的なネットワークの中においても重要な役割を積極的に担っていただき、京都府内における福祉環境の向上にも寄与いただく事を期待しています。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2-(1) キリスト教の精神を基盤とした理念「良きサマリア人たれ」や、実践現場を重視した「現場に落とし込め」「サービスの創造・創設を怠るな」等の理念が明確に示され、職員への理念の周知は、新人研修や事業所内共有ネットワーク「Doing」を活用して、有効に行われている様子を確認することができた。また、利用者自治会においても積極的な周知への取組み状況があることを聞き取ることができた。</p> <p>I-3-(2) 法人組織内で年12回開催されている理事会にセンター長も出席し、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事・労務・経営環境の把握や分析を共有し、職場環境の整備等も積極的に参画している。理事会議事録等は、Doingで全職員が閲覧可能な状態を構築している。</p> <p>II-1-(1) 定期的にサービスのコストの分析を行い、事業計画や利用者工賃の見直しに反映させている。公認会計士による指導を毎月受け、経営改善に生かしている。結果は、幹部会にも報告し、事業所内においても改善課題の共有が適宜適切に行われている状況を確認することができた。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-3-(1) 法令遵守に関する研修会や勉強会に参加をしている状況を確認することができたが、幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組みは確認できなかった。今後は、事業所運営に必要な法令を検討・整理し、「Doing」等を活用して、必要な時にすぐにでも確認・対応できる状況を整備されることに期待したい。</p> <p>II-2-(4) 実習指導者の研修受講や、学校等、実習生の送り出し側と連携して、実習プログラムを整備し、実習生の受入れを推進している状況は確認できるが、そもそもなぜ実習生を受け入れるのかという考え方や基本姿勢が明文化されているものを確認することができなかった。多忙な業務のなかにおいて、しっかりとした次世代人材育成に関する考え方を内外問わずに発信することで、有意義な取組みとなりますことに期待したい。</p> <p>III-4-(1) イサク事業所として、サービスの一定の水準を確保するための見直しに関する時期や方法については、これからさらにより良く整備していく段階であると課題認識がある。見直しには、利用者本人や家族の意向が上手く反映されるようにシステム化を進めていくことに期待したい。</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	社会福祉法人同胞会 イサクどうほうの家
施設種別	就労移行支援・就労継続支援事業A・型就労継続支援事業B型
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構
訪問調査日	2013年5月28日(火)

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	A
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。	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。	A	A
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】

I-1-(1-2) 法人パンフレットやホームページに「どうほうの家事業所理念(歩むべき道)」として、理念・基本方針が明確に記載されている。また、施設内サーバー(以下、Doing)には定款・規程類・会議議事録・財務諸表等が掲載され、全職員が閲覧することが可能であり、印刷物としても毎年度配布をしている。職員へは月に1回の職員会(会議)や全職員を対象とした施設内研修において周知が図られ、また、利用者(家族)には、利用契約時に口頭でかみ砕いて説明する等、十分な理解が得られるよう取り組んでいる状況を聞き取ることができた。

I-2-(1) 平成25年～28年を期間とする「どうほうの家中期目標(イサク事業所も共有)」が策定されており、この目標にそって単年度の「どうほうの家事業計画」が策定されている。事業計画は地域の情勢、利用者のニーズを把握し、職員の意見を踏まえて組織的に作成され、計画の実施状況の把握、評価をし、3ヶ月に1回程度各作業チームで計画の見直しを行い次年度計画に反映させている状況が伺える。中期目標、事業計画はDoingに掲載され、職員会や施設内研修の場で周知が図られており、利用者(家族)へは家族面談の際に説明の機会を設け、理解を深められるよう取り組まれている状況を聞き取ることができた。

I-3-(1) 管理者の責務は、就業規則・組織体制図・業務分担で明示するとともに、会議やどうほうの家ニュース「マカリオン」等で表明する機会を設けている。法令遵守の観点での研修会への参加や職員への周知状況は見受けられるが、関連法令をリスト化する等の幅広く集約されたものは確認できなかった。

I-3-(2) 福祉サービスの質の向上や業務改善、職員の働きやすい環境整備のため、目標管理制度を取り入れ、「目標管理シート」に基づいて年間3回の管理職との面談を実施している。また、提案制度(業務改善提案)を設け、職員の意見を取り込める仕組みを整えている事が確認できた。

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	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。	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。	B	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	A
	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。	A	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。		A	A	
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	A
		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。	B	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	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。	B	A
		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	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。	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)「京都知的障害者福祉施設協議会」等の事業者団体に加盟している他、「宇治市障害者地域自立支援協議会」に運営委員として参加し、福祉事務所や支援学校等と連携を図り、潜在的な利用者やニーズの把握に努められている状況を聞き取ることができた。収集された社会福祉事業全体の動向や地域の課題などに関連する情報、法人の経営状況を分析した財務データ等はDoingに掲載されるとともに、Doing画面には京都府、宇治市、WAMネットなどへのリンクがはられており、職員が最新の情報を得られるように取り組まれている状況が確認できた。

Ⅱ-2(1-4)就業規則の前文には職員の責務としてレベルアップが謳われている。良質なサービスと専門的な支援を実施するために、新規採用職員へはヘルパー2級資格の取得を義務付ける他、法人としても「資格取得支援制度」を設け、職員のスキル向上を目指している。また、「目標管理シート」に基づいて行う年間3回の管理職との面談を活用し、職員が抱く目標の共有、就業状況や意向の把握、健康の維持管理に努め、人材育成・確保の計画に反映している。職員の研修は、事業計画書の研修計画に基づき施設内研修を実施する他、外部研修会への参加を奨励している。研修終了後は、研修報告書を作成し、職員会で共有し、評価のうえ次期計画に反映させている状況を聞き取ることができる。次世代人材育成を意図して、実習生の受入れが積極的に行われている。実習生個別の対応文書は作成されているが、実習生の受入れに関する基本的な「実習生受入れマニュアル」等は整備されていない。

Ⅱ-3-(1)個人情報の保護は、「プライバシー保護規程」や「就業規則」で定めている。また、職員会においても個人情報保護の観点で日常的なルールの確認がなされていた。

Ⅱ-4-(1)「感染症等対策マニュアル」の整備や、消防計画書の中に火災、地震の際の対応を記載する他、緊急連絡網を作成している。利用者ごとの情報を記載した「利用者情報シート」を作成し、緊急時にも本人の状態を的確に伝えることが出来る仕組みを整備されていることが確認できた。また、利用者の安全確保の取り組みとして「ヒヤリハット・アクシデント報告書」を作成し、職員間で共有・分析できる体制を整えていることが確認できた。

Ⅱ-5-(1)地域の自治会に参加する他、施設のお祭り「どうほうのつどい」には地域の方が企画段階から参加されている状況を聞き取る。イサク事業所にあるカフェは、地域の自治会の会議の場として活用されている。ボランティアの受入れについては、ボランティアマニュアルが整備され、職員が協議のうえ行っているが、ボランティア講座の開催や必要となる研修会の開催までは確認できなかった。

Ⅱ-5-(2)利用者の支援に必要な社会資源や関係機関、事業所等の情報は、アセスメント時に把握して記録され、Doingに掲載して情報の共有化が図られていることが確認できた。また、月に1回の家族会や連絡ノートを通じて家族との連携が図られていることを聞き取ることができた。また、「イサク通信」を月に1回発行している。

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。	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。	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	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。	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。	A	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	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	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	A
		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。	A	A
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。	A	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。	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。	A	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) 利用希望者にはパンフレットにて案内し、ホームページでも紹介している。サービス提供開始の際には利用契約書で契約内容を利用者・家族に説明している。エビデンス(根拠)として重要事項説明書及び利用契約書で確認した。

Ⅲ-1-(2) 支援内容、暮らしの場の変更等、生活の継続性には、施設内部で検討し、利用者一人ひとりの状況に応じて対応している。

Ⅲ-2-(1) アセスメントについてはアセスメントシートを活用し、記録は共有ネットワークDoingによって全職員で共有している。

Ⅲ-2-(2) 個別支援計画は、家族の意向を汲み取り、スタッフ間連携で作成している。記録の管理等はDoingを活用している。通番35は、個別支援計画で、利用者の様子に変化がうかがえる時期に更新されている部分を評価し、A評価とした。

Ⅲ-2-(3) モニタリングは移行支援で3ヶ月に1度、B型も3ヶ月に1度行われており、常時2名の職員で対応している。

Ⅲ-2-(4) サービス実施記録は適正な書式を完成させており、記録管理者を設置し、保存、管理している。ケース会議、ミーティング、朝礼、終礼、Doingで内容の周知徹底を図っている。

Ⅲ-3-(1) 利用者の最重要とするニーズの把握はケース会議で行い、家族からも情報を得ることに努めている。

Ⅲ-3-(2) ショート・ステイ事業の関連で利用者、家族の相談は24時間体制で行われている。苦情解決も事情を確認し、その日のうちに対応できている。苦情処理マニュアルも準備され、職員間でも共有している。

Ⅲ-4-(1) 支援の標準化マニュアルが準備されており、どうほうの家と共有している。マニュアルは入浴マニュアルで確認。通番46は今後の課題としてB評価として留めた。

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)	A	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。	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。(保留)		
		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。	B	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) 個人情報の取り扱いについては研修が行われている状況を聞き取り確認した。コミュニケーションが難しい利用者には適任者を配置し、コミュニケーション手段の確保に工夫をしている。また、利用者の主体的活動を尊重するために自治会の会議を開催している。

IV-2-(1) 入浴支援マニュアルはあるが、直接的に支援することはない。身だしなみが気になる利用者には職員から声をかけるようにしている状況を聞き取ることができる。利用者が美容院、理髪店へ行くタイミングを見計らって声かけをしている。支援については、常に家族と連携を取って行っている。

IV-2-(2) 通番55の安眠についての夜間支援ないとの事で非該当とした。排泄に支援の必要な利用者は現時点ではないが、排泄支援に関するマニュアルはある。過食気味の利用者には、健康のため、できるだけ動く仕事に従事してもらっている。

IV-2-(3) 利用者の食事の嗜好調査により嗜好状況を把握している。

IV-2-(4) 作業に関するニーズ、意欲の集約は家族との連絡帳で把握。作業グループのメンバー変更は計画的に進めている。

IV-2-(5) 利用者預かり金管理規定がある。自分の思いを伝える自治会は十分に機能している。また、電車の切符の買い方、携帯電話の使用法、A型事業の利用者には労災保険にも加入している。

IV-2-(6) 一泊二日の旅行、ダンス教室、絵画教室が行われている。通番61の自己評価はBであったが、綿密な生活支援、施設外の自己トラブルにも十分に対応しているためにA評価とした。