

[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	障害者地域生活支援センター もみの木	施設 種別	特定相談支援事業・一般相談支援事業 地域生活支援センター事業
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4日

総 評	<p>障害者地域生活支援センターもみの木は、主に精神障害の方たちが利用する支援センターとして、平成17年に開設されました。</p> <p>開所当初より「障害のある方にとって安心できる居場所」であるとともに「様々な活動の機会」を提供しながら、自立した日常生活を支援することを事業所の方針とされ、また、併設されている相談支援事業所との連携を持って、地域での生活がより快適なものとなるよう、運営されています。</p> <p>将棋や麻雀などの種々のレクリエーション活動や創作活動、畑クラブなど、利用者個々の希望や特性に合わせて利用者が自発的にクラブ活動を立ち上げるというような形で利用者主体の日中活動を提供されています。</p> <p>「ここが無かったらどうなっていたか分からん。無かったら何をしていたか分からん。」「ここが無かったら、病院に入院していたと思う。」「自分を認めてくれるところ、自分を肯定してくれところや。心の居場所やで。」と話された利用者の方々の言葉から「もみの木」の役割が大きなものであることがよくわかりました。</p> <p>近隣地域とのかかわりについては畑クラブでのイチゴやサツマイモを育成して地域交流会を企画したり、日常的なかかわりを含め、積極的に取り組まれておりました。往々にして敬遠される傾向の強い精神障害者の方々の理解促進を地道に行っています。</p> <p>この10年間の実践で培われた基本的な方針が支援全般に貫かれていることが見受けられ、また支援にあたる職員に浸透していることを、職員ヒヤリングでも確認することができました。</p> <p>今後も「障害のある方にとって安心できる居場所」であるとともに「様々な活動の機会」を提供しながら、自立した日常生活を支援することを基本的な方針とした「もみの木」の姿勢を大切にしていかれることを期待しています。</p>
--------	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2-(1)②事業計画の策定が組織的に行われている。年度末の職員会議にて年度の振り返りを行い、それをもとに事業計画の策定を職員全員で行っています。また、事業計画は事業所目標と中長期計画を把握して策定されています。事業計画の進捗、執行状況は四半期ごとに行ない、理事会にも報告されています。</p> <p>III-3-(1)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。</p> <p>利用者に対する事業所の使命として「事業所目標」が明記され、活動室に掲示されています。利用者主体のクラブ(農業クラブ、掃除クラブ等)があり、利用者懇談会を定期的に行っています。利用者満足度アンケートを年に一度定期的を実施し、実践結果と対応について事業所内に掲示されています。</p> <p>IV-2-(4)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。</p> <p>いくつかの日中活動メニューを提示し、自主的に選択してもらっています。選択されない方についても尊重しています。アンケートや普段の会話から利用者の希望やニーズをとらえ、利用者個々合わせた活動を提供されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-2-(3)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。</p> <p>職務階層別の研修内容を定め、年間計画に沿って実施されており、職員個々の研修履歴を策定しているが、一人ひとりの研修計画が策定されていませんでした。</p> <p>II-4-(1)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。</p> <p>独居の利用者の安否確認については、必要に応じて連絡先等を把握しており、相談事業所とも連携されています。施設の立地場所が水害危険地域に指定されていますが、地域を巻き込んだ非常災害対策計画が策定されていませんでした。</p> <p>III-4-(2)①サービス内容について定期的評価を行なう体制を整備している。</p> <p>施設開設以降、定期的に第三者評価を受審されていますが、定められた様式での自己評価を年に一度以上実施できていませんでした。</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	障害者地域生活支援センター もみの木
施設種別	特定相談支援事業・一般相談支援事業 地域生活支援センター事業
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. 3. 14

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。	A	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。	A	A
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。	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	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)	①法人の理念はホームページおよび、事業所内に掲示されている。理念は質の高いサービスの提供、利用者本位、地域貢献、職員の幸福追求をうたっている。内容については障害者福祉の基本的な考え方を示している。			
	②理念に基づく基本方針が事業計画に明文化されている。運営方針に職員の規範が示されている。			
I-1-1(2)	①新年には理事長より「新春の言葉」が述べられ、法人の全職員が理念・基本方針を確認している。法人理事会・評議員会にて事業計画の決議時に理念・基本方針を確認し毎朝唱和している。			
	②重要事項説明書に明記し、契約時に説明を行っている。活動室の掲示にルビを振ってわかりやすく提示している。			
I-2-1(1)	①法人本部と「もみの木」の中長期計画を策定している。必要に応じた見直しを行っている。			
	②事業計画の策定は職員会議にて年度の振り返りを行い、職員全員で行っている。事業所目標と中長期計画を把握して策定している。事業計画の進捗、執行状況の確認を四半期ごとに行ない、理事会に報告をしている。			
	③事業計画は職員全員が関わって策定され、周知ができている。職員会議にて適時確認を行っている。			
	④事業計画の文章にルビをつけ、わかりやすくしたものを4月時に説明し渡している。			
I-3-1(1)	①管理者の役割と責任について文書化し、事務所に掲示している。職員会議にて確認している。			
	②施設長会や外部研修にて法令に関する知識を得て、関係法令をファイリングしている。管理者の責務として法令遵守について明確化している。			
I-3-1(2)	①課題解決技法を用いて幅広い課題に対して問題解決を図っている。若手職員の支援スキル、モチベーション向上のための自主的な勉強会を積極的にバックアップしている。			
	②毎月の業務実績を一覧表に貼り出し、現状の運営状況を共有化している。			

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。	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
		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。	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。	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-(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	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。		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。	A	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。	A	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。	A	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	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。	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。	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。	A	A
	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 全社協、府社協の施設長研修会に積極的に参加し、情報を得ている。市や圏域の自立支援協議会に施設長のみではなく、職員も参加し、障害者福祉の地域的課題について把握している。福祉新聞を熟読している。
	② 月別実績表を掲示することと法人本部が財務分析を行い、提示された課題を事業所としてコスト削減化につなげている。
II-2-(1)	① 中長期計画に人材確保と人材育成に関するプランを明記している。法人内でリクルートチームを作り、就職フェアに出向いて人材確保に努めている。
II-2-(2)	① 有給休暇取得については施設長が管理、確認している。パースディ休暇を法人全体で取り組んでいる。育児休暇取得者は現在2名いる。
	② 民間社会福祉職員共済会に加入している。ソウェルクラブの外部カウンセラーを紹介している。
II-2-(3)	① 職員に求める基本姿勢、意識、専門技術、資格等を中長期計画に明示している。資格取得のための実習について業務の配慮を行っている。
	② 職務階層別の研修内容を定め、計画し実施している。個人の研修履歴を策定しているが、一人ひとりの研修計画は策定されていない。
	③ 研修に参加した職員は研修報告を提出を義務付けている。職員会議にて報告を行って伝達研修を実施している。報告をもとに研修の評価分析を職員会議にて全員で行っている。

II-2-(4)	①実習の受け入れに関する基本姿勢が明文化され、規定が整備されている。社会福祉士実習指導者の研修を受けた職員が在籍している。実習のプログラムは策定されていない。
II-3-(1)	①個人情報管理規定、文書取り扱い規定が策定されている。記録・報告書管理マニュアルに個人情報の開示について明記されている。
II-4-(1)	①緊急時対応連絡網と緊急時の対応マニュアルも整備している。緊急時の個人のデータは個人ファイルに記載している。必要な方には緊急連絡先を明記したカードを持参してもらっている。 ②独居の利用者の安否確認については、必要な方について把握をしている。施設の立地が水害危険地域に指定されているが、非常災害対策計画が策定されていない。 ③ヒヤリハット、事故報告書と小さな気づきに対しても報告書を提出させ、対応の検討を行っている。定期的に職員会議にて検討している。
II-5-(1)	①地元の自治会に加入している。日常的に事業所でとれた農作物の販売やいちご狩り、芋ほりなどの行事で地域交流を行っている。 ②相談支援事業所として日常的に地域住民からの相談を受けている。具体的な地域ニーズを把握できる体制にある。 ③ボランティア規定を定め、ボランティア受け入れに関する基本姿勢を表明している。受け入れに関するマニュアルが策定されている。ボランティアとの面談を設けて、その際に障害特性等の理解やかかわり方についてのアドバイスを行っている。
II-5-(2)	①必要に応じて福祉マップ、京丹後市の事業所ガイドブックを活用して福祉サービスの情報を提供している。事業所内に地元情報のパンフレット等を自由に閲覧できるようにしている。 ②家族との情報交換が必要なケースは家族との連絡を密にしている。

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(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-1-1(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(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-2-1(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-2-1(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	B
	Ⅲ-2-1(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(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-3-1(2) 障害のある本人が意見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。	A	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(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。	A	A
	Ⅲ-4-1(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	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。	A	A

[自由記述欄]

Ⅲ-1-1(1)	① ホームページやパンフレットで、事業所の紹介をしている。パンフレットはホームページ上で印刷でき、保健所や医療機関等にも配布している。Facebookに行事等を随時掲載している。随時見学、体験等を受け入れている。
	② 利用契約書、重要事項説明書を整備し、利用契約時に取り交わしを行っている。重要事項説明書に記載されている言葉の解説書を作成している。
Ⅲ-1-1(2)	① 「引き継ぎ時フェイスシート」を作成し、他サービスに移行する際にはスムーズな情報提供をしている。相談支援事業所が意向に関しての業務を担っている。
Ⅲ-2-1(1)	① 登録者調査表にて個々の利用者の状況把握を行っている。長い間利用されていなかった方は、来所された際に再アセスメントを行う。
Ⅲ-2-1(2)	① 支援計画に該当する登録者調査票を作成している。個別に特別な配慮を必要とされる方には、随時留意点に関して職員間で協議している。
Ⅲ-2-1(3)	① 登録者調査票の内容は状況変化があった場合、適時変更している。定期的な利用者への聞き取り期間が3年で長すぎる。

Ⅲ-2-(4)	<p>①利用者一人一人の記録が整備されている。適切な記録を行うための研修を法人で行っており、書き方に差異が出ないようにしている。</p> <p>②個人情報管理規程に基づいて個人情報の取り扱いを定めている。管理責任者を設けている。法人研修にて記録に関する研修を行っている。</p> <p>③日々の情報は朝、夕の打ち合わせ時に周知している。利用記録にて毎日の利用者の状況把握を行っている。パソコン上で利用者情報が共有できている。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>①利用者に対する事業所の使命として「事業所目標」が明記され、活動室に掲示している。自治会はないが、利用者主体のクラブ(農業クラブ、掃除クラブ等)があり、クラブごとの懇談会を定期的に行っている。利用者満足度アンケートを年に一度定期的を実施し、結果について掲示している。</p> <p>②視覚障害、身体障害等の障害特性に合わせた聞き取りを行い、活動に生かしている。活動別のアンケートを実施している。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①相談支援事業所が併設されていて、常に相談できる体制が取れている。意見箱を職員の見えにくい2か所に設置している。相談スペースが複数設置されている。</p> <p>②苦情解決の体制・仕組みが整備されている。重要事項説明書に明記されている。ホームページにて公表を行っている。</p> <p>③意見や提案があった時の対応マニュアルを整備し、それに沿って対応を行っている。事業所内勉強会にて確認をしている。毎年満足度調査を行って、結果について回答掲示を行っている。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①「もみのき一日の流れ」というマニュアルにて標準的な支援方法を共有化している。必要に応じた個別の対応マニュアルも整備されている。</p> <p>②年度初めの事業所勉強会にて各種マニュアルの見直しを実施している。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①第三者評価を受審している。定められた様式での自己評価を年に一度以上実施できていない。</p> <p>②第三者評価を受審し、職員参画のもと課題解決に取り組んでいる。</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) 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。	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法人の倫理綱領が策定され、それに基づく行動指針が明確化されている。利用者のプライバシーの保護についてというマニュアルが策定されている。着替え等の場所を確保している。
	②必要に応じて筆談やわかりやすい提示を行っている。視覚障害の利用者に対しては、より具体的な会話を心掛けている。
	③利用者の意見を取り入れ、主体的にクラブ活動を実施している。地域の家族会や当事者の会活動の場として提供等している。
IV-2-(1)	①希望者はいつでも入浴ができるようにしている。必要のある利用者に対しては入浴を促している。
	②衣服の状況に対して不適切と思われる場合には、着替えのアドバイスや場合によっては買い物に同行する場合もある。必要に応じて関係機関と相談をすることがある。
	③理美容に関して、必要に応じて声掛けを行っている。理髪店への送り迎えをする場合もある。
IV-2-(2)	①睡眠の状況に対して、必要に応じて相談を受けている。週に1度顧問医が来所し、相談できるようにしている。
	②排泄の状況について必要に応じて気にかけて、相談も受けている。
	③服薬支援の必要な利用者に対してはマニュアルに基づいて支援を行っている。顧問医が内科の相談に応じてくれる。
IV-2-(3)	①週に2回、200円で昼食の定食を提供している。食事に関するアンケートを取って反映させるようにしている。個々の希望に応じて量や薬味を増減させることができる。おやつも提供している。
IV-2-(4)	①活動メニューを自主的に選択してもらっている。アンケートや普段の会話から利用者の希望やニーズに合わせた活動を企画している。
IV-2-(5)	①利用者本人の意思を尊重した活動を提供している。
	②事業所外の生活については本人の意思を尊重し、必要に応じて相談支援事業所を通じて他の移動支援等のサービスを受けるように対応している。
IV-2-(6)	①レクリエーションとしての活動を多数企画している。