

[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	たなべ緑の風作業所	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 2月26日

総 評	<p>作業所の成り立ちは、1974年に田辺町障害児(者)父母の会が結成され、地域の中で勉強会やキャンプ、文化祭への出店などの取り組みに始まり、1981年に民家を借りて「父母の会作業所」を開所しました。その後、運営が社会福祉協議会へと移管され1985年に「田辺共同作業所」が開所されました。次いで1995年に社会福祉法人共生会が設立され「たなべ緑の風作業所」として開設され、時代とともに発展してきました。</p> <p>「たなべ緑の風作業所」は、利用定員40名の多機能型施設で生活介護・就労継続支援B型事業を実施してサービスが提供されています。2016年度より、手狭になったスペースを解消するため8名の利用者が新田辺駅前ビルに引っ越し、新たに「プラットフォーム緑の風」として下請け作業や販売活動、駅前の美化活動など、日中活動を行っています。</p> <p>「たなべ緑の風作業所」の日中活動は、利用者の障害特性に合わせ、陶芸、紙すき、縫製、パン製造販売、下請け作業に分かれて取り組み、本人の意向を尊重した支援をされていました。また、利用者の皆さんが楽しみにしている余暇活動(旅行)では、行先や日帰り又は一泊の情報提供があり、希望が叶えられるように工夫がされていました。</p> <p>一方で、作業室や建物内部の見学は、掲示物が非常に少なく、緊急時点呼名簿や食事メニュー表はありましたが、法人理念・基本方針、苦情の受付など重要な文書の掲示がなされていませんでした。理念や基本方針は、組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものですから、身近に掲示物があることは、本人や家族に安心感や信頼を与えるためにも望まれます。</p> <p>前回の受診時から職員の入替わり(退職等)が多いとのことで、事前の自己評価も高いものではありませんでした。また、課題や指摘を受けていた規程やマニュアル等の整備が不十分で現場の支援に活用できていないものが見受けられました。非常勤を含めた新規採用の職員も多く、福祉サービスの質の向上と一定の水準を確保する為には、全般的なマニュアル整備と活用を職員集団全体で取り込ま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働き、地域で安心して暮らすことを支える「共生社会の実現」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>I－1－(1) 理念、基本方針が確立されている。 「共生社会の実現」を理念とし、5つの基本方針が明文化されています。理念、基本方針とも職員の行動規範となるような具体的な内容となっています。</p> <p>II－5－(1) 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。 地域住民を事業所の祭りに招待し、交流する機会が確保されています。障害のある人が集まるサロンを毎週1回開催するなど事業所が有する機能を地域に還元しています。</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。 基本方針に利用者ニーズに基づく環境づくりの姿勢を掲げ、家族会との定期的な懇談等ニーズの把握のための仕組みが整備されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I－2－(1) ①各年度計画を策定するための基礎となる中期もしくは長期計画が策定されている。 地域のニーズの把握には務めています。事業所としての中期・長期の計画の策定が望まれます。</p> <p>II－5－(1) ③ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にして体制を確立している。 実習生やボランティアを受け入れていますが、その受け入れの基本姿勢が明確化、明文化されていません。福祉の人材を育成する観点、地域社会と事業所をつなぐ観点から、基本姿勢を明らかに示すことが望まれます。</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。 定期的な自己評価が行えていません。職員間で課題の共有化が図られず課題や評価結果内容を分析・整理・改善に向けた取り組みが望まれます。</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	たなべ緑の風作業所
施設種別	多機能型(生活介護・就労継続支援B型)
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1月18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。	B	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。	B	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。	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。	C	B
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	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	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	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。	B	A

【自由記述欄】				
I-1-(1)	<p>①法人設立20周年記念誌に「共生社会の実現」共に支えあい認め合う社会の実現を目指す文書が記載され、法人の使命や目指す方向が伺える。</p> <p>②5つの基本方針が明文化され、ホームページ等に掲載されている。基本方針は、職員の行動規範となるような具体的な内容になっている。</p>			
I-1-(2)	<p>①毎年、年度初めの会議で資料を配布し、法人設立理念や基本方針を説明して職員周知を図っている。しかし、実践テーマを設定した討議や周知状況を確認した継続的な取り組みに至っていない。</p> <p>②家族には資料を配布し説明を行っているが、利用者周知に対して、より理解しやすい資料づくりや工夫が行えていない。</p>			
I-2-(1)	<p>①地域のニーズの把握に努めているが、中長期計画の策定はされていない。</p> <p>②関係職員から意見を聴き、管理者が取りまとめて事業計画を策定している。数値目標の設定ができておらず、実施状況の評価が行えていない。</p> <p>③毎年、年度当初の職員会議で事業計を文書にして配布し、説明を行っている。職員にはわかりやすい資料となっている。</p> <p>④毎年、年度初めの「親の会」で事業計画を配布し、説明を行っている。利用者周知のため作業室に目標を掲示した年度もあるが、継続した取り組みになっていない。</p>			
I-3-(1)	<p>①管理者の役割や責任を「キャリアパス構成表」に明記している。年度当初の会議で資料を配布し、周知を図っている。自らの役割と責任について組織の広報誌等に掲載ができていない。</p> <p>②法令や経営に関する研修に参加している。法令は一覧リストにしパソコンで管理ができています。</p>			
I-3-(2)	<p>①サービスの質の向上のため、職員会議等で職員の意見に対するアドバイス、改善に向けた指示を出し、リーダーシップを発揮している。</p> <p>②職員アンケートを取りまとめキャリアパス、人事考課制度を導入した。職員の就労意欲の向上を図っている。</p>			

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。	B	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。	B	B
		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。	B	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-(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	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。	B	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。	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。	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	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。	B	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	B
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。	A	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	B
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	B	A

【自由記述欄】

II-1-(1)	① 自立支援協議会等を通じて、障害のある本人の数や本人像等を把握しているが、中・長期計画が策定されていない。 ② 経営状況や改善すべき課題について職員と共有し、年次計画を立てて改善に取り組んでいる。社会保険労務士と契約し指導を受けている。
II-2-(1)	① 職員との面談等を通じて一人ひとりの能力向上に関する把握をしている。有資格者配置等、必要な人材の確保するための計画がない。
II-2-(2)	① 時間外勤務や休暇取得の状況について把握しているが、結果についてその改善策を検討する仕組みがない。 ② 労働条件通知書に職員の相談を受け付ける窓口を記載し、希望があれば相談できるように京都府社会福祉施設共済会パンフレットで案内されている外部カウンセラーを紹介している。
II-2-(3)	① 常勤、非常勤を問わず、資格取得を支援する仕組みがあるが、中・長期計画そのものがない。 ② 外部研修の受講やOJTにより職員研修が実施されているが、職員一人ひとりについての研修計画が策定されていない。 ③ 外部研修を受講した後は、レポートが作成され、回覧もされているが、伝達研修はされていない。職員個別の教育の評価、見直しが行われていない。
II-2-(4)	① 実習生受け入れの責任体制は明確にしているが、受け入れマニュアル等の基本姿勢が明文化されていない。実習プログラムはあるが、実習目的が担当者以外の職員に共有できていない。
II-3-(1)	① 個人情報保護規程等が整備されているが、他機関との情報共有の場合等の、日常的な場面での情報の取扱いルールが明確化されていない。
II-4-(1)	① 職員に対し、救命救急法の研修を行っている。利用者一人ひとりの健康管理カードの作成が不十分で緊急時に活用できていない。 ② 土砂災害、水害への対応要領は策定されているが、それが有効に機能するかの検証が行われておらず、利用者への周知がされていない。

	③ヒヤリハット事例の報告がされ、事例によっては職員会議で注意喚起をされているが、未然防止策の検討がされていない。
Ⅱ-5-(1)	<p>①地域の自治会に加入し、地域や小学校との交流がされている。日常的に利用者と地域住民がふれあう機会が少なくなっている。</p> <p>②障害のある人が集まるサロンを毎週1回開催し、また住民が参加できる研修会を年に3回程度開催するなど、事業所が有する機能を地域に還元している。</p> <p>③ボランティアに対する研修を実施し、ボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れの基本姿勢が明文化されていない。</p>
Ⅱ-5-(2)	<p>①利用者が利用・活用しているサービスや関係機関を把握しているが、地域の社会資源等の資料化やリスト化ができていない。</p> <p>②毎日の連絡ノートや月1回開催する保護者会等を通じて家族との連携・交流を行っている。</p>

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。	C	B
		② 個別支援計画を適正に作成している。	C	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)を適切に行っている。	C	B
		② 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。	C	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記録の管理体制が確立している。	B	B
		② 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。	C	B
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	B
	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
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	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。	C	C

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)	①ホームページやパンフレットなどが作成されているが、より多くの人が手に取ったり、アクセスできるような工夫が課題である。 ②重要事項説明書等に基づき説明されている。障害特性上、本人への説明には難しさもあるが、懇談を通して説明確認するなど、家族を含め説明は丁寧に行なわれている。
Ⅲ-1-(2)	①過去府外へ転居されたり、入所施設へ移られたりしたケースでは、担当職員が引き継ぎ資料を作成するなどの対応は行っているが、引継ぎ手順等を統一的に定めたものはない。
Ⅲ-2-(1)	①所定の様式を利用したアセスメントは実施されている。担当者が作成したアセスメントをサービス管理責任者が確認しているが、複数の職員の意見がアセスメントに反映できていない。
Ⅲ-2-(2)	①担当職員が作成し、サービス管理責任者が確認、個別ファイルを事務所に設置し、閲覧できるようにしている。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ケース記録の内容を反映できるような書式になっている。年度中間と年度末にモニタリングを実施しているが、モニタリングから再アセスメントを行う流れについて職員に周知できていない。
Ⅲ-2-(4)	①個別ファイルを整備して、記録が管理されている。記録の書き方について職員間の個人差が大きく、個別支援計画を踏まえた記録の書き方になっていない。 ②個人情報保護や情報公開等に関する諸規定が整備されている。職員に対する教育や研修の機会が少なく周知に至っていない。 ③全体職員会議でケースの状況を報告・確認する、グループホームからの報告をFAXで集約し、朝礼等で確認するなどの取り組みを行っている。
Ⅲ-3-(1)	①基本方針において利用者ニーズに基づく環境づくりの姿勢を掲げ、個別のアセスメントやモニタリング、家族会との定期的な懇談などニーズ把握のための仕組みが整備されている。 ②作業班ごとに余暇活動としての新年会や旅行など、利用者ややりたいことや希望を話し合い企画・運営されているが、担当者ごとの作業になりがちである。

Ⅲ-3-(2)	<p>①和室や食堂などのスペースを活用し、個々の利用者と話がしやすい環境づくりが工夫されている。意見箱は以前置いていたが今は設置されておらず、要望アンケートも数年前に実施したが最近は取り組めていない。</p> <p>②苦情解決の体制は整備されているが、掲示物をすぐに剥がしてしまう利用者があるため、現在 h a 掲示していない。苦情内容や解決方法、結果等の公表はできていない。</p> <p>③レクリエーションに利用者の意見を反映するなどの取り組みを行っている。マニュアルの整備等についてはできていない。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①②昼食時の着席順や送迎時のパニック対応、留意事項などについて、会議の中で資料として配付するなど職員に周知されているが、見直しなどは行われていない。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①②前回の第三者評価受診以降、職員の入れ替わり（退職等）が多く、課題として指摘を受けた内容を分析し、課題を整理し、改善に取り組むことができていない。</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)	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。	C	B
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	B	B
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。	B	A
	IV-2-(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。	B	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	B
	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	B
	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常生活を送ることへの支援の取り組みを行っている。	B	B
		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。	B	B

[自由記述欄]

IV-1-(1)	①倫理綱領、プライバシー保護についての規定やマニュアルが整備されていない。一人になりたいときに自由に過ごせるスペースが確保されている。 ②個別のコミュニケーション手段の確保として、自閉傾向の利用者に絵カードなどを活用している。 ③月1回、親の会と協議をする機会を確保している。以前は行っていたが、自治会活動が休止している。
IV-2-(1)	①本人に課題がある場合は、家族と連絡を取り合い入浴支援を実施している。 ②グループホーム利用者については、世話人と連携して対応している。 ③希望される利用者には、近隣の理髪店への同行支援している。
IV-2-(2)	①グループホーム利用で昼夜逆転していた利用者について、睡眠の記録を取り改善した例がある。 ②排泄について支援が必要な場合は、個別の相談に応じている。健康状態や注意事項について個別のチェックリストの作成が行えていない。 ③2か月に1回、看護師による健康診断やバイタルチェックを実施している。
IV-2-(3)	①食事介助が必要な場合、利用者の状態に合わせて介助や支援を行っている。利用者を交えた食事サービスの検討会議が実施できていない。
IV-2-(4)	①新規利用者は、すべての作業を体験できる仕組みがある。しかし、職員体制や利用者相互の相性等で作業の選択に課題があり希望に沿えないケースがある。
IV-2-(5)	①グループホーム利用者には、買い物外出を支援している。金銭管理能力を高めるための学習プログラムまで取り組めていない。 ②旅行などの行事では、カバンに連絡先等を明示したカードを取り付けている。
IV-2-(6)	①余暇活動について相談があれば応じているが、具体的に解決に向けた取り組みにまで至っていない。