

[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	みずなぎ丸田学園	施設種別	就労継続支援 B 型、生活介護 (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 29 年 2 月 23 日

総 評	<p>社会福祉法人みずなぎ学園は、昭和 55 年に認可を受け、「生きぬく人間づくり」の理念のもと、舞鶴市の障害者福祉の担い手として役割を果たしてきました。</p> <p>その一つであるみずなぎ丸田学園は、平成 17 年に 20 名定員で開設され、平成 21 年に 30 名定員に増員され現在に至っています。舞鶴市西部に位置し、緑と歴史の地である加佐地域にあり、就労継続支援 B 型・生活介護の多機能型事業所です。(30 名定員)</p> <p>作業としては、パン製造・販売、喫茶店、園芸作業、手工芸などを行っています。併設されている喫茶店「ベーカリーカフェ・マール」では、近隣の方との交流を深めたり、50 種類を超える焼きたてのパンを関係機関等から注文を受け配達したり、地域との関わりを大切にされていました。</p> <p>職員倫理規定に基づく行動指針については職員に周知されているとともに、朝礼、終礼が徹底されており情報共有が図られていました。</p> <p>また、現場職員によるホームページ制作委員会を立ち上げ、人材確保に向けても積極的に取り組まれていました。</p> <p>今回の調査では、マニュアルの整備、文書による明文化や記録の徹底、中長期計画策定などが課題として見受けられました。法人として検討されることを望みます。</p> <p>また、事業所として広報誌の活用、第三者委員の設置なども検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>年々、利用者の重度化などへの対応も増えてきたと伺いました。今後ますます地域における重要な役割を求められる中でさらに発展していかれることを期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅱ-2-(1) 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。</p> <p>人事考課を行い、目標設定シートで職員の希望を把握しています。また、人材確保について現場職員を中心にホームページ作成委員会を立ち上げるなど積極的に行っており、福祉人材認証も取得しています。</p> <p>Ⅲ-2-(4) 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。</p> <p>朝礼・終礼・連絡ノートを活用して利用者の情報等を確認しています。また、事務所のホワイトボードを活用して情報の周知を図る工夫をしています。</p> <p>Ⅳ-1-(1) 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。(プライバシーの配慮)</p> <p>倫理綱領が作成されるとともに「職員倫理規程に基づく行動指針」に利用者の尊厳やプライバシー保護について明記されており、職員全員に配布しています。また、年1回職員で読み合わせを行っています。利用者が一人になりたい時に過ごせるスペースが確保されており、個別の特性に合わせた対応を実施しています。</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(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。</p> <p>中長期計画は策定されていませんでした。中長期計画を明文化する事で、今後、事業所がどこに向かっていくのかを職員全体に周知ができ、モチベーションアップにもつながります。ぜひ策定されることを期待します。</p> <p>Ⅱ-2-(4) 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。</p> <p>実習生の受け入れに関する基本姿勢・マニュアルおよび受け入れ体制が整備されていませんでした。あわせて、実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。</p> <p>法人全体として体制を整備されてはいかがでしょうか。</p> <p>Ⅲ-4-(1) ①②サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立されている。</p> <p>「職員倫理規程に基づく行動指針」を全職員に配布し、提供するサービスの一定の確保するための方策を講じていますが明確な業務マニュアルが整備されておらず、検討する仕組みがありませんでした。</p> <p>また、業務マニュアルなど、サービスの水準を一定化するための指針となる書面が明確に無いため、見直しの仕組みは確認できませんでした。</p> <p>マニュアルなどの手順書は、施設が求めるサービス提供の水準を維持するために策定されます。あわせて、マニュアル等は、定期的に評価見直しをする仕組みの構築も求められます。</p> <p>各種マニュアルを作成されることを望みます。</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	みずなぎ丸田学園
施設種別	就労継続B型・生活介護
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	2016年12月19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。	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。	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。	C	C
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。	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	C
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。	C	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。	B	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。	B	B
		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	B
[自由記述欄]				
I-1-(1)	①理念がホームページや事業計画等に記載されているとともに、事業所内に掲示されている。			
	②理念と合わせてホームページや事業計画等に記載されているとともに、事業所内に掲示されている。			
I-1-(2)	①年度初めに開催される会議で説明し周知がなされている。また、職員倫理規定に基づく行動指針を配布している。			
	②資料を基にした説明を行っておらず、継続的な取り組みは不十分と考えている。			
I-2-(1)	①中長期計画は策定されていない。			
	②単年度事業計画は策定されているが、職員の意見を集約し反映するための仕組みはない。			
	③事業計画は年度当初の会議にて説明がなされている。全職員に資料を配布している。			
	④利用者、家族に対して資料を基にした具体的な取り組みは行っていない。			
I-3-(1)	①職務分担一覧表、職能資格等基準フレームにて明記している。通信にて管理者の役割、責任が表明されている。			
	②管理者は行政等の開催する研修会や勉強会に参加して情報収集を行っているが、関係法令のリスト化ができていない。			
I-3-(2)	①職員会議や朝礼・終礼には管理者が参加し、各職員の意見を聞き取るとともに、助言を行うなどサービスの質の向上に努めている。			
	②法人において働きやすい環境整備として、ノー残業デーや有給取得の推奨などを掲げて声掛けは行っているが十分でないと感じている。			

## 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	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	B
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	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	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
		③ 定期的な個別の教育・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	
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。	C	C	
	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。	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。	B	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。	B	B
		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。	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。	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。	A	A
[自由記述欄]				
II-1-(1)	① 地域のニーズについては支援学校等を通じて把握しているが事業計画等に反映されていなかった。			
	② 法人において経営分析を行い職員に周知しているが、公認会計士等の専門家の指導は受けていなかった。			
II-2-(1)	① 福祉人材認証を取得している。人事考課を行っており、目標設定シートで職員の希望を把握している。人材確保について現場職員を中心にホームページ作成委員会を立ち上げるなど積極的に行っている。			
II-2-(2)	① 有給休暇や時間外労働のデータを法人事務局で把握している。人員体制については加配するなどの対応を図っている。			
	② 京都府民間福祉施設職員共済会に加入しているとともに法人内に福利厚生部がある。厚生労働省の「ストレスチェック実施プログラム」にてチェックをしている。産業医と契約している。			
II-2-(3)	① 資格取得について勤務上の配慮や資格手当の支給を行っているが、中期計画に明示されていなかった。			
	② 法人全体研修は行っているが職員一人ひとりにあった研修計画が策定されていなかった。			
	③ 研修後の復命は義務付けているが、伝達研修や研修成果に関する評価・分析は行われていなかった。			
II-2-(4)	① 基本姿勢・マニュアルおよび受け入れ体制が整備されていなかった。			

II-3-(1)	① プライバシーポリシー・個人情報保護規定が策定されている。開示請求については保護規定の中で(本人から紹介対応)で対応している。
II-4-(1)	① 緊急時発生マニュアル(転倒や感染症等)に加え、重症心身障害者の方についての事故防止対応マニュアルを整備している。緊急の場合に備えて防犯講習会を行うなど警察や消防署と連携している。
	② 火災発生時の避難訓練が2か月に1回行われているが、日中活動中の災害発生時や各種警報発令時の体制についてマニュアル作成がされていない。
	③ ヒヤリハット報告書は、事例を書面に残しているが、発生原因の分析・未然防止策の検討は行っていない。
II-5-(1)	① 喫茶営業を行い、地域の方に足を向けてもらう機会がある日常の公園清掃や地域向けのイベントとしてマールまつりを開催している。また、自治会費は納めているが、利用者の障害程度や様々な理由から地元自治会との交流は希薄となっている。
	② 小学校区の運動会、夏祭り、敬老会等の地域行事にパン販売を通して積極的に参加している。地域ニーズに応じた支援活動は行っていない。
	③ ボランティア受け入れの基本姿勢は、施設運営の基本方針に明記しているがマニュアル整備はできていない。
II-5-(2)	① パン注文先と社会資源のリストが区別なく一緒になって事務所に掲示されている。
	② 保護者懇親会(年1回)に管理者も参加し、家族との情報交換や連携を図っている。活動状況を知らせる施設広報誌を家族に配布している。日々については連絡帳でやりとりしている。

### 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。	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	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。	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われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	B	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 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。	B	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	
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。		B	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	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	
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。	B	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	C
	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。	B	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事業所を紹介する資料等は、支援センターに置かれている。法人のホームページで事業所の情報を入手できる。しかし、公共施設等多数の人が手にする場所には置いていない。
	②契約書、重要事項説明書を用いて利用者に丁寧に説明し、同意を得られるようにしている。
Ⅲ-1-(2)	①支援センターや就労移行支援事業所等との連携により、移行がスムーズに進むように文書に基づいた引継ぎが行われている。
Ⅲ-2-(1)	①独自の様式を用いてアセスメントを行っている。作業班会議に非常勤職員も出席し意見がアセスメントに反映されている。
Ⅲ-2-(2)	①グループ会議で支援状況について検討され、その内容を踏まえて個別支援計画が策定されている。達成後も含め計画を緊急に変更する場合の仕組みが整備されていない。
Ⅲ-2-(3)	①6か月ごとに計画のモニタリングを行っている。また、毎日の職員終礼で支援状況が確認され、その内容がモニタリングに反映されている。
Ⅲ-2-(4)	①記録等の書面が整備されているが、個別支援計画に基づく記録となっていなかった。
	②文書管理規定が定められているが、情報開示についての文書が定められていない。

	③朝礼・終礼・連絡ノートで情報を確認している。事務所のホワイトボードを活用して情報の周知を図る工夫をしている。
Ⅲ-3-(1)	①個別面談や保護者を通じて利用者のニーズを把握する機会を設けている。朝礼等で意見を聞く仕組みがある。 ②嗜好調査をし、食べたいものや行事の食事の様子を聞く仕組みがあるが、ニーズの充足のための取り組みは不十分であった。
Ⅲ-3-(2)	①複数の担当者が日常的にかかわり、どの職員にも自由に相談できる。相談しやすい環境として相談スペースを設けているが、苦情等記入する書式が確認できなかった。 ②苦情解決の体制が整備され仕組みを掲示物で説明している。結果の公表は行えていない。 ③対応手順を掲示物で示している。しかし、定期的な見直し及びサービスの改善に反映する仕組みがなかった。
Ⅲ-4-(1)	①「職員倫理規程に基づく行動指針」を全職員に配布し、提供するサービスの一定の確保するための方策を講じている。障害のある本人の尊厳やプライバシー保護について、年1回は「行動指針」の中の案件を用いて共有するようにしている。しかし、業務マニュアルが整備されておらず、利用者への個別的なサービス実施方法がグループ会議などで議論はしているが、ケース会議を行うなど明確に検討する仕組みがない。 ②業務マニュアルなど、サービスの水準を一定化するための指針となる書面が無いため、見直しの仕組みは確認できなかった。
Ⅲ-4-(2)	①サービスの質の向上に向けた定められた基準による自己評価は実施していない。 ②第三者評価結果等を活用し、評価結果に基づき改善課題を明確化するなどの仕組みが確認できない。

#### 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	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。	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。	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。	B	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。	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-(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	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。	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-(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	A
	[自由記述欄]			
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倫理綱領が作成され、整備している。また、「職員倫理規程に基づく行動指針」に利用者の尊厳やプライバシー保護について明記されており、職員全員に配布している。また、年1回職員で読み合わせを行っている。利用者が一人になりたい時に過ごせるスペースが確保されており、個別の特性に合わせた対応を実施している。			
	②利用者本人やその家族と相談し、個々にあったコミュニケーション手段を使い、できるだけ意思疎通を図れるようにしている。例えば、重度心身障害のあるかたに「アイウエオコミュニケーションボード」を使用して意思疎通を図っている。聴覚障害の方には、指文字を活用している。場合によっては、聴覚言語センターの職員とカンファレンスを行うこともある。			
	③朝礼の際に利用者の意見を聞く機会をもっているが、利用者本人の自治会はない。また、家族が自主的に集まって保護者会を年1回実施している。保護者が施設の草刈りや溝掃除を定期的に行っており、その際には保護者懇親会を行っている。			
IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	①入浴に課題のある利用者については、懇談の場や連絡帳を活用して促している。重度心身障がい者には、デイサービスでの入浴を紹介したり、ショートステイ先との連携を行っている。また、パンや飴を制作する作業の利用者には、特に清潔保持の意識をもって見るようにしている。			
	②課題のある利用者については、懇談の場や連絡帳を活用して、家族に着替えをするよう働きかけている。			
	③課題のある利用者については、懇談の場や連絡帳を活用して、家族に理美容をするよう働きかけている。また、パン作業を行う利用者に対して、時々爪の状態をチェックし、気をつけるように声をかけている。			
IV-2-(2) 健康	①懇談時に睡眠について確認したり、相談があれば応じている。夜遅くまで外出する利用者に対しては、あまり遅くならないように声掛けをしている。			
	②身体状況に応じた設備や補助具の整備を行っており、重度心身障害のあるかたのためのユニバーサルトイレを整備している。しかし、排泄介助や排泄用具に関するマニュアルが整備されていない。			
	③健康維持について障害のある本人や家族等に確認したり、相談に応じる対応をしている。重度心身障害のあるかたについては、毎日の検温のほか、個々に合わせてストレッチや歩行といったリハビリを行っている。また、日赤リハビリセンターより、年1回はリハビリの指導に来てもらっている。支援学校や聖ヨゼフ整肢園にリハビリやストレッチの方法を聞いて施行している。			
IV-2-(3) 食事	①栄養士が利用者に対し、嗜好調査を実施し、統計を取るようにしている。その結果を職員に回覧するようにして食事について配慮できる仕組みがある。			

IV-2-(4) 日中活動・はたらく ことの支援	①利用者の意欲向上のため、納期や目標数を伝えたり、完了後には「全部売れて良かったね」など、その達成感が感じられるようにしている。また、みずなぎ学園として、賃金の支給規定を揃え、家族に説明を行っている。また、作業グループごとにグループ会議を持ち、サービス内容の確認をし、下請け作業ばかりではなく、事業所として利用者の自主作業を増やす取組をしている。
IV-2-(5) 日常生活への支援	①金銭など自己管理できるように個別のロッカーを用意している。また、月に1回程度、自分でパンを購入して食べる「パン給食」を設定しており、金銭を実際にやりとりする機会としている。金銭管理については、利用者に助言を行うこともある。また、パン販売時に計算をすることなど、仕事を通して金銭管理能力を高めるための取組を行っている。 ②事業所外での活動や行動については、施設として必要に応じて相談、助言を行っている。
IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	①余暇活動については、本人の希望を尊重するようにしている。課題がある利用者については、相談に応じ、できるだけ個別の対応がとれるようにアドバイスや相談にのるようにしている。支援センターと連携をとって支援する場合もある。