

## 総合評価

受診施設名	あしたーる工房	施設種別	生活介護、就労継続支援B型 (旧体： )
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」		

平成29年 3月 8日

総 評	<p>社会福祉法人京丹波福祉会のひとつの事業所である、あしたーる工房は2005年に設立され、定員40名の多機能型事業所（生活介護、就労継続支援B型）として南丹地域における障害者福祉の一翼を担ってこられました。数年前の不祥事を受けて以降、法人組織の立て直しを重点的にしてこられたと伺いました。「今日に続く明日がある」誰もが望むあたり前の暮らしの実現を目指します。」という理念を職員たちで議論を積み重ねながら策定をし、その具体化に向けて取り組んでいました。</p> <p>作業としては利用者の特性に合わせて農耕作業、パン工房、アルミ缶プレス作業、下請けなど多種に渡っています。</p> <p>多様化する利用者の中、一人ひとりの能力と希望にきめ細かく対応できることを大切に支援されています。また、利用者からパート職員として採用されているケースもあり、他の利用者の励みになっているとお聞きしました。</p> <p>日常的に地域との関わりを大切にされ、地域住民を対象とした施設の入口を解放してのパン販売や教室の開催、出前販売などを実施されていました。</p> <p>また、家族会、自治会の活動を大切にして、利用者や家族の声を反映させながら支援が行われていました。</p> <p>苦情解決制度における第三者委員の活用も積極的に行われ「要望受付・業務改善委員会」を設置し、利用者の苦情だけでなく職員の要望を受け付けるなど開かれた事業運営が行われていました。</p> <p>一方で、中期計画の策定、マニュアルの整備など課題があげられます。また今回、第三者評価を受診し、職員間で自己評価をしていく中で多くの課題が明確になったとお聞きしました。すでに認識している課題があらうかと思いますが、優先順位をつけて取り組まれることを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>今後も障害のある方々への丁寧な対応を基盤とした改革を目指し、南丹地域の障害者福祉の一翼となっていられることを期待しています。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。①②</b>          理念はホームページ、パンフレットに明示されているとともに、玄関、事務所に掲示されています。策定に当たっては法人の施設長クラスから現場のリーダークラスまでの職員が議論を重ね、作り上げられてこられました。          基本方針についても、明文化されており、内容は具体的なものとなっています。</p> <p><b>II-2-(2) 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>          民間福祉施設職員共済会に加入しており、法人内には互助会が設置されています。また、外部の第三者委員や顧問弁護士から構成される「要望受付・業務改善委員会」が設置されており、職員からの相談を受け付けられるようになっていきます。          また、介護労働安定センターから講師を呼び、メンタルヘルスに関する研修を毎年実施しています。</p> <p><b>III-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。①②</b>          基本方針、事業計画に「利用者主体」が明文化されています。自治会、家族会に担当職員が出席して、利用者や家族との意見交換や意見、要望の聴取を行っています。旅行の行き先や給食のメニュー等について、自治会で利用者と検討を行っています。          また、要望を積極的に受け付け、全てを第三者委員にも報告した上で改善策を講じていることは高く評価できます。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>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。</b>          中長期計画は作成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出来、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><b>III-4-(1) ②一定の水準を確保するため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>          「利用者支援について」というマニュアルが作成され、支援面については定められていたましたが、支援以外の業務についての記述が不十分でした。また、サービスの一定の水準を確保するための実施方法の見直しに関する時期やその方法が定められていませんでした。マニュアルの充実、見直しのありかたについて検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>III-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが積極的に行われている。①②</b>          自己評価が実施できていませんでした。質の向上にかかる自己評価の基準を作成することを期待します。また、今回の第三者評価を機に課題を明確化し、事業計画に反映し改善をされていかれることを期待します。</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	あしたーる工房
施設種別	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	2017年1月10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。	C	C
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	C	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。	B	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	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-3-1(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。	B	A
[自由記述欄]				
I-1-1(1)	①理念はホームページ、パンフレットに明示されている。また、玄関、事務所に掲示されている。法人の施設長クラスから現場のリーダークラスまでの職員が議論を重ね、作り上げられた。 ②理念に基づき、「利用者主体」「地域福祉向上」などの基本方針が明文化されており、内容は具体的なものとなっている。			
I-1-1(2)	①新人職員研修や職員会議にて定期的に話し合いを行っている。また、支援マニュアルの作成等において、理念、基本方針に基づいた検討を行っている。 ②利用者には週に一度の全体朝礼で利用者の思いを聞き取れるようにしているが、理念の説明に不十分と認識している。家族には家族会(年二回)で説明を行っている。			
I-2-1(1)	①中長期計画は作成されていない。 ②事業計画は障害サービスを取り巻く情勢や課題を把握した上で現場職員の意見を集約して策定されているが、事業実施状況の評価、見直しができている。 ③事業計画は職員全員に配布し、管理職や各担当者からの説明が行われている。 ④家族に向けた事業計画の説明がなされているが、利用者に対する説明が不十分である。			
I-3-1(1)	①「組織及び運営に関する規則」にて施設長の役割が明確にされている。また、広報誌で管理者のミッションを表明している。 ②知的障害者福祉施設協議会、経営者協議会、社会就労センター協議会に加盟し、積極的に研修に参加しているが、法令のリスト化が不十分である。			
I-3-1(2)	①給食に関するアンケート調査を年に2回実施し、結果をメニュー等に反映している。各委員会からの報告書が施設長にあげられ、施設長は委員会活動の内容を把握している。 ②税理士の助言を得ながら、人事、労務、財務等の分析を行い、経営改善に取り組んでいる。			

## 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。	C	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。	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。	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。	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。	C	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。	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。	A	A	
[自由記述欄]					
II-1-(1)	①社会福祉法人制度改革等の動きを見据えた経営改善に取り組んでいる。また、地域の支援学校等とのやりとりを通じて地域のニーズ等の把握に努めているが、事業計画への反映ができていない。 ②税理士と社労士からのアドバイスを受け、経営状況の把握と分析が行われているが、職員への周知と事業計画への反映ができていない。				
II-2-(1)	①職員面談を年に2回行い、職員の能力向上に関する希望を聴き取っているが人材確保等に関する方針が確立していない。				

II-2-(2)	<p>①職員の有休取得率のデータ化ができていない。定期的な職員面接の機会ももたれている。また、産後・育児休暇を取得している職員がいる。</p> <p>②民間福祉施設職員共済会に加入しており、法人内には互助会が設置されている。また、外部の第三者委員や顧問弁護士から構成される「要望受付・業務改善委員会」が設置されており、職員からの相談を受け付けられるようになっている。介護労働安定センターから講師を呼び、メンタルヘルスに関する研修を毎年実施している。</p>
II-2-(3)	<p>①階層別研修と新人職員研修が設定されている。資格取得のための講習への参加にはシフトの調整を行うなど、資格取得への支援が行われ、資格取得者には手当が制度化されている。</p> <p>②外部講師を招いた研修会や事例検討会が行われている。しかし、職員一人ひとりについての研修計画の策定ができていない。</p> <p>③研修に参加した職員は研修報告書の提出を行い、発表を行っているが、研修成果の評価、分析ができていない。</p>
II-2-(4)	<p>①介護福祉士の実習を受け入れているが、受け入れの基本姿勢の明確化や実習指導者に対する研修ができていない。</p>
II-3-(1)	<p>②個人情報保護規定が策定されている。また、情報公開、開示規定も策定されているが、日常的な運用に必要な様式等の整備ができていない。</p>
II-4-(1)	<p>①職員に対する救急法の研修が実施されている。しかし、安全確保に関する担当者・担当部署の設置ができておらず、マニュアルの整備ができていない。</p> <p>②消防署と連携して避難訓練を年に2回実施している。事業所の災害リスクの把握はなされているが、対策が不十分である。</p> <p>③ヒヤリハット報告の収集を実施し、「身体拘束禁止・事故防止委員会」が発生要因の分析等に取り組んでいる。</p>
II-5-(1)	<p>①地域の夏まつりに模擬店の出店を行っている。また、地域の保健所や高校、施設の入りでパン販売を行い、地域の方が買いにこられている。施設の掲示板や事務所に地域のイベント等のお知らせを掲示している。</p> <p>②地域に向けたパン教室を開催している。しかし、地域住民とのコミュニケーションを通じた具体的福祉ニーズの把握ができていない。</p> <p>③地域の高校のボランティアサークルからボランティアを受け入れている。ボランティア登録用紙は用意しているが、マニュアルの整備やボランティアへの必要な研修ができていない。</p>
II-5-(2)	<p>①定期的な会議等を通じて関係機関との連携が図られているが、利用者の担当者のみが把握していることが多く、職員間での情報共有が不十分である。</p> <p>②連絡ノートや電話連絡で日常的に情報を共有している。</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	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。	C	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。	B	A
		① 個別支援計画を適正に作成している。	B	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。	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 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。	C	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	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。	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。	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)	①ホームページが作成されており、また関係機関等へのパン販売の際に「あしたー通信」を配布している。 ②利用契約書、重要事項説明書が整備され、重要事項説明書にはルビが振られている。利用時開始時には適切に説明と契約が行われている。
Ⅲ-1-1(2)	①他事業所や地域生活への移行にあたり、相談支援事業所、行政等と連携を行い、移行がスムーズに行えるよう配慮しているが、他事業所へのサービス移行の際の手順と引き継ぎ文書が整備されていない。
Ⅲ-2-1(1)	①アセスメントは決められた様式を用いて行われている。また、アセスメントは作業グループの複数の職員によって行われ、サービス管理責任者、施設長が内容を確認している。
Ⅲ-2-2(2)	①支援計画の作成は9月と3月に行い、作業グループでの議論を経て行っているが、緊急に変更する場合の仕組みが整備されていない。
Ⅲ-2-2(3)	①モニタリングは9月と3月に実施しているが利用者の環境や状況に変化があった場合の定期以外のモニタリングができていない。

Ⅲ-2-(4)	<p>①利用者一人ひとりに支援記録が残されている。しかし、個別支援計画に基づいた記録が不十分である。</p> <p>②「文書取扱規則」「情報公開・開示規定」が整備され、記録の保存、公開・開示等について定められている。しかし、文書管理責任者や記録の廃棄についての定めがない。</p> <p>③各委員会、職員会議、作業担当リーダー会議等で情報共有がなされている。またパソコンのネットワーク共有を使用して、必要な情報を共有できるようになっている。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>①基本方針、事業計画に「利用者主体」が明文化されている。また、自治会、家族会に担当職員が出席し、利用者や家族との意見交換や意見、要望の聴取を行っている。</p> <p>②旅行の行き先や給食のメニュー等について、自治会で利用者と検討を行っている。また、要望を積極的に受け付け、全てを第三者委員にも報告した上で改善策を講じている。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①日常的に利用者、家族から連絡ノート等を通じて要望を申し出られることが多い。意見箱も設置しているが利用されることが少ない。また、相談室を活用し、意見や要望、相談に応じている。</p> <p>②苦情解決の体制が整備され、利用者、家族に対して仕組みの説明がなされている。苦情や要望の記録も残されており、内容は利用者に公表されている。</p> <p>③苦情対応マニュアルが整備され、希望、要望について記録がなされている。意見、要望をサービスの改善に反映されているが、マニュアルの見直しできていない。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①「利用者支援について」というマニュアルが作成され、支援面については利用者の呼称や身体介助等の支援原則について定められているが、支援以外の業務についての記述が不十分である。</p> <p>②サービスの一定の水準を確保するための実施方法の見直しに関する時期やその方法が定められていない。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①自己評価が実施できていない。</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	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。	B	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	B	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。	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。	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	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。	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	B
	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)	①知的障害者福祉施設協議会の倫理綱領を使用している。利用者のプライバシー保護については「利用者支援について」に明記されており、利用者、家族にも周知されている。 ②聴覚障害者に対するメールの利用などの配慮がなされている。また、家族との連携で利用者の意志や希望を正確に受け止められるようにしている。 ③自治会を毎月1回開催している。生活面でのルールを見直す場合など、必要に応じて施設長が出席し協議がなされている。自事業所以外の家族会からのイベントの案内など、情報提供が行われている。			
IV-2-(1)	①日常的な入浴サービスは実施していないが、一泊旅行時に家庭での入浴状況を聞いて対応を行ったことがある。 ②衣服についての相談に応じており、季節に応じた衣服の調整が難しい利用者への対応などを行っている。 ③理美容についての相談に応じている。頭髪、ひげ、爪、皮膚の状態については確認を行い、必要に応じて家族への連絡等の対応をとっている。			
IV-2-(2)	①家族やグループホームと連絡ノート等で連絡を取り合い、睡眠不足時には個室で休憩を取っていただく等の対応をとっている。また、不眠がある場合には受診につなげる場合もある。 ②排泄について利用者の状況を気にかかけ、相談に応じているが、マニュアルが整備されておらず、トイレ環境の点検や改善のための検討が行われていない。 ③年に一回、健康診断と歯科検診を実施している。また、毎月1回体重と血圧の測定を行っている。			
IV-2-(3)	①給食委員会が設置され、メニュー等について検討がなされている。年に2回給食アンケートを実施し、改善に活かしている。			
IV-2-(4)	①事業所で用意できない作業メニューを希望された際に希望するメニューを提供している事業所を紹介し、週に一度の別事業所利用につなげたことがある。			
IV-2-(5)	①日常生活のルールについては、自治会で話し合いを行っている。レクリエーションでの外出時に利用者自身がお金を使う機会を作っている。 ①事業所外での活動について、食事メニューの自己選択が難しい方には事前にメニューを知らせて決めておいてもらうなどの配慮がなされているが、外出時の安全確保や不測の事態に備えた対策ができていない。			
IV-2-(6)	①毎月第2、第4土曜日に外出やレクリエーションの機会を設けている。			