

[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	宇治作業所のびのび	施設種別	生活介護 (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30年1月26日

総 評	<p>前身である「宇治共同作業所」は1978年5月に障害のある方の親や関係者が中心となって開所しました。その後、1992年4月に、より障害の重い方が通える「療育センターのびのび」を開所し、2004年9月に社会福祉法人宇治東福祉会を設立し、2005年8月1日、ワークセンター宇治作業所・デイセンター宇治作業所が社会福祉法人の事業所として開設されました。</p> <p>そのような経過を経て、2013年4月に開設された「宇治作業所のびのび」は、「重度の知的障害や重度重複障害のある仲間に対し、作業・生活体験・リハビリなどの日中活動を行う」ことを事業の内容とされています。</p> <p>当法人の前身である宇治共同作業所は、「ぼくも働きたい」「私も友達がほしい」という障害のある仲間の願いをもとに、この街で働き、暮らし続けられるよう、障害のある人たちの豊かな地域生活の実現をめざし活動されてきました。そのような中心的な考えが「障害が重くても地域や社会とつながるということを真摯に考える事業所」として「のびのび」の実践にも受け継がれています。</p> <p>障害のある方を中心とした「なかませんげん」をはじめとし、理念や基本方針、行動指針がしっかりと提示され、職員間に浸透していると感じました。利用者主体を常に意識した活動の基盤に揺るぎない法人理念があると思われまます。また、利用者の思いを歌にするなど独自の活動や利用者の会での所長交渉なども利用者ファーストにつながっています。</p> <p>ハード面で制約のある中で、隣接するショートステイの部屋をうまく使い、自閉症の方のクールダウン等に利用されています。また、食堂を防災拠点スペースとして確保し、外から直接入れるような設計になっていることも特筆できます。</p> <p>課題としては、職員それぞれの力量に支援を任されている面があり、職員個々の個性を生かせる反面、支援の質のばらつき、質の一定化が図れない面があると推測します。評価項目にもありましたが、マニュアル整備や定期的な自己チェックを実施・評価するなど、質の一定化を図る取り組みが望まれます。</p> <p>また、倫理綱領の策定、苦情解決システムの有効活用も課題です。契約書や重要事項説明書、個別支援計画等の障害のあるご本人に分かりやすい伝え方の工夫が望まれます。</p> <p>これからも、障害のある方を中心とした、障害のある方たちの豊かな地域生活の実現をめざし活動を地道に続けていかれることを期待します。</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。 ②理念に基づく基本方針が明文化されている。 法人の基本方針が明文化されており、パンフレット、ホームページ等に掲載されていました。理念、基本方針、活動指針を事業の中心的な考えとして利用者主体を掲げており、単年度の事業計画等に反映させていました。また、活動指針は基本方針の具体的な内容を示したものになっていました。</p> <p>III-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。 なかまの会が月に1回開催され、利用者のニーズ把握を行っていました。また、「なかませんげん」にて利用者のニーズの充足を目指す姿勢が示されていました。毎年度「なかまの会 所長交渉」を行い、各班ごとに作業所に対する要望などを管理者に訴える機会とし、出された要望は職員の部長会議にて検討していました。</p> <p>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。 障害特性に沿った作業班を設けていました。毎年2月に利用者の作業班への希望をとり、本人の意向を聞いたうえで、4月に配属の作業班を決めています。また、販売会や実演コーナーへの出展を行うとともに重度の障害があっても仕事に参加できるような作業工程を工夫するなど利用者個々の障害特性に合わせた対応を行っていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。 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。 利用者の家族に対しては、新入所時や年度毎に「理念・基本方針」を記した法人の事業計画書で説明を行っていました。しかし、利用者に対してわかりやすい方法での周知・説明ができていませんでした。</p> <p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 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。 キャリアパスが策定されており、全職員の資格取得状況も把握していましたが、職員個々の研修計画が策定されていませんでした。また、職員の求められている役割、責任の指標内容が職員に周知されていませんでした。</p> <p>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。 定められた様式に沿った自己評価が行われていませんでした。</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	宇治作業所のびのび
施設種別	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	2017年11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。	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。	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。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	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	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	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。	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。	B	A

[自由記述欄]

I-1-1(1)	①法人の利用者を中心とした理念は明文化され、パンフレット、ホームページ等に記載されている。事業所内にも掲示している。 ②法人の利用者を中心とした基本方針が明文化されている。パンフレット、ホームページ等に掲載されている。理念・基本方針・活動指針を事業の中心的な考えとして、事業計画に反映させている。活動指針は基本方針の具体的な内容を示している。
I-1-1(2)	①年度ごとに理事・評議員会にて確認している。新人職員オリエンテーション及び、全職員の出席する「業務計画(報告)会議」において確認している。権利擁護、虐待研修の中で利用者を中心とした基本方針につながる意識付けを行っている。作業工賃の検討についても、理念・基本方針・活動指針を確認し、議論を行っている。 ②利用者の家族に対しては新入所時や年度毎に「理念・基本方針」を記した法人の事業計画書で説明を行っている。利用者に対してはできていない。
I-2-1(1)	①利用者や職員、関係者みんなの思いをまとめ、平成27年に「なかまプラン2015」を中長期計画として策定している。それをもとに単年度の計画を策定している。 ②年度の事業計画は、年度の業務まとめ(業務報告)をもとに全職員が携わり策定されている。利用率の表示等の数値目標は掲げていない。 ③事業計画の策定に全職員が携わって新年度ごとに策定されており、加えて理事会後の職員会議にて職員に周知している。 ④事業計画は毎年度利用者・保護者に配布している。保護者会にて説明をしているが、利用者の会では説明していない。
I-3-1(1)	①年度初めに会議体体制にて管理職の役割を明文化し、全職員に表明している。組織規則、事務決済規程にて権限と責任が明文化されている。自らの役割と責任を広報誌等には表明していない。 ②インターネットでの情報収集や関係機関の開催する会議、研修への参加によって、法令の改正等について把握している。関係法令のリスト化は実施していない。
I-3-1(2)	①各会議は、管理職のリーダーシップのもとに運営されている。虐待防止の取組として職員セルフチェックを年に1度行っている。職員からの意見を吸い上げるアンケートも同時に行っている。その結果をもとに、虐待・人権等のチームにて研修会を実施している。 ②人事、労務、財務等については法人本部の「部長会議」で分析等が行われている。「運営会議」にて職員に周知している。

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。	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	
		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
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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	
		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。	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	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
			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	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。	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	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社会福祉動向の把握は「きょうされん」「セルフ協」「全国経営協」から得ている。地域の自立支援協議会に参画している。相談支援事業所より地域の状況把握をしている。 ②利用率の計算などを通して財政面の課題を明確化し、法人本部で管理している。			
II-2-(1)	①キャリアパス育成計画や資格取得の資金補助を行っている。常務理事が全職員に対して「面談評価シート」をもとに面談を行っている。しかし、求められている役割、責任の指標内容が職員に周知されていない。			
II-2-(2)	①育児休暇や介護休暇の利用等、職員の就業状況や意向の把握に努めている。有給休暇の取得についてチェックしている。 ②共済会、ソウエルクラブの電話健康相談を掲示にて紹介している。職員面談を実施している。			
II-2-(3)	①「なかまプラン2015」において、職員の教育・研修について明記している。キャリアパスで育成計画を示している。事業計画に人材確保の充実を明記している。 ②全職員の資格取得状況を把握している。キャリアパスが策定されている。職員一人ひとりの研修計画は策定されていない。 ③研修終了後の報告書の回覧や運営会議の中で研修報告を行っている。研修後の分析・評価は行っていない。			
II-2-(4)	①実習の受け入れプログラムを作成し、介護等体験の実習の受け入れを行っている。マニュアル、基本姿勢等は明文化されていない。			
II-3-(1)	②『個人情報保護規程』『特定個人情報取り扱い規程』を定めている。重要事項説明書に開示を規定している。			
II-4-(1)	①緊急時対策本部の設置について、規定を整備している。けがや事故の発生時、ノロウイルス対応のマニュアル、医療的ケア実施マニュアル等が整備されている。障害別の管理体制マニュアルは整備されていない。 ②消防署指導のもと、防災訓練が年2回行われている。地域の自主防災訓練に参加している。食堂が大規模災害時の対応場所に指定されているが、訓練は実施していない。 ③事故・ヒヤリハット報告書の積極的な作成に取り組んでいる。また、報告された事故・ヒヤリハット事例は作業所会議にて要因の分析と防止策の検討がなされ、業務手順の見直しなどにつなげている。			

<p>Ⅱ-5-(1)</p>	<p>①製品販売会を実施し、地域イベントにも参加している。黄檗祭り実行委員会に法人として参加している。事業所の祭り「なかまつり」を地域住民に向けて実施している。地域住民に「地域交流活動スペース事業」としてスペースの開放をしており、年に40~50回の利用がある。ここで定期的に開催される「うたごえ喫茶」では、利用者や職員が参画している。</p> <p>②地域に向けた「ガイドヘルパー養成講座」を実施している。「障害者福祉啓発講座」を宇治市の補助を受けて企画、実施している。</p> <p>③ボランティアの受け入れは、日常的に行っている。ボランティアの受け入れに関して、年間計画と業務計画に基本姿勢が明文化されている。ボランティア開始前にオリエンテーションを行っている。</p>
<p>Ⅱ-5-(2)</p>	<p>①法人内の相談支援事業所が窓口となり、サービス等利用計画を作成する中で、他のサービス事業所との連携を図っている。</p> <p>②毎月保護者が開催されている。活動グループごとの「各班懇談会」を年2回実施している。送迎時、連絡帳、および日常的に職員との意見交換が行われている。</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。	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。	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。	A	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	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。	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。	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。	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	A
	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。	B	C

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)	①事業所の情報はホームページやパンフレットを作成し、紹介している。見学は希望に応じて随時受け入れている。公民館やコメンなどの公共施設に「宇治東福祉会だより」を配布している。 ②利用契約書、重要事項説明書を利用契約時に取り交わしている。事業所のサービス内容等については、利用者に合わせてわかりやすく説明するとともに、体験実習を通して理解してもらっている。
Ⅲ-1-(2)	①引き継ぎは相談支援事業所が中心となり行っている。
Ⅲ-2-(1)	①定められた様式に従って定期的にアセスメントを実施している。ニーズの聴き取りも同時に行っている。各班の複数の職員で意見交換を行っている。
Ⅲ-2-(2)	①週1度の各班会議、月2回の作業所会議、月2回の運営会議、年1回の業務報告会議にて利用者の状況把握、課題の整理を行っている。個別支援計画は家族や利用者の意見を反映させ、年に2回見直しを行っている。
Ⅲ-2-(3)	①個別支援計画の評価は各会議にて確認している。年度初めと6か月後にモニタリングを行っている。
Ⅲ-2-(4)	①個別支援計画を確認しながら日常の記録を行っている。 ②記録の管理については廃棄に関する記載が重要事項説明書にある。文書管理について職員に教育を行っているが、取扱いにかかる規定が策定されていない。 ③PCのネットワークを通じて、情報を事業所内で共有できるようになっている。各会議の定期開催で職員間の情報共有を図っている。

Ⅲ-3-(1)	<p>①「なかまの会」が月に1回開催され、利用者のニーズ把握を行っている。「なかませんげん」にて利用者のニーズの充足を目指す姿勢が示されている。</p> <p>②毎年度「なかまの会 所長交渉」を行い、各班ごとに作業所に対する要望などを管理者に訴える機会としている。出された要望は部長会議にて検討している。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>①意思表示に課題がある利用者が多く、個別に対応している。「なかまの会」にて意見・要望を聞いている。相談支援事業所も利用者家族の相談を受けている。</p> <p>②苦情解決の規定が整備され、苦情解決の体制は玄関に掲示している。苦情解決の仕組みが重要事項説明書に明記し、作業所の玄関に苦情受け付けBOXを設置しているが今のところ苦情を受け付けたことがない。</p> <p>③なかまの会で出された意見については、各会議で「なかまのケース」として利用者の意見を取り上げ、文書等で回答している。しかし対応の手順を示したマニュアルはない。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>①活動指針で一定の職員の実施方針を定めている。各班で手順やスケジュールを明確化し、一定の水準になるように努めている。</p> <p>②活動指針は各会議にて、常に点検・確認を行っている。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①定められた様式に沿った自己評価が行われていない。</p> <p>②自己評価が行われていないため実施されていない。</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。	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常生活を送ることへの支援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同性介助を行っている。一人で過ごしたい利用者のためにショートステイの部屋を活用している。倫理綱領等が整備されていない。 ②意思伝達装置を使用、活用している利用者がある。 ③「なかませんげん」や「所長交渉」「なかま会議」にて利用者主体の活動を行っている。利用者は、「きょうされん」に加盟する他法人施設自治会との交流がある。また家族には宇治市保護者連絡会がある。
IV-2-(1)	①入浴について相談に応じている。希望に応じて入浴のサービスを受けることができる。 ②随時、衣服に関する相談に応じている。衣服にこだわりのある利用者には適切に対応している。 ③散髪ボランティアに2か月に1度来てもらい、個別対応を行っている。
IV-2-(2)	①家庭と連携して睡眠に関する課題に対応している。 ②排泄チェック表を作成し、排泄の状況を把握している。排泄の支援が必要な方には個別のニーズに合わせた支援が行われている。トイレ環境についての検討を行っている。 ③メディカルカードを整備し家庭との連携を図り、必要に応じて理学療法士、看護師の意見を聞いて支援にあたっている。
IV-2-(3)	①給食委員会が定期的開催されており、利用者、給食職員、支援職員等で議論している。障害の特性に応じて食事形状の個別対応や喫食の時間調整などを行っている。昼食アンケートを実施し、献立に反映している。セレクトメニューを取り入れている。
IV-2-(4)	①毎年2月に利用者の希望をとることにしている。障害特性に沿った作業班を設けている。販売会や実演コーナーへの出展や重度の障害があっても仕事に参加できるような作業工程を工夫するなど利用者個々の障害特性に合わせた対応を行っている。
IV-2-(5)	①土日の販売会に参加してもらえるようにしている。給料学習として、法人本部のパン屋で工賃を使う支援をしている。月に1度、なかまの会が喫茶コーナーを開催し、金銭の受け渡しを行っている。 ②事業所外では、土日の活動を行っている。和太鼓、うたごえ喫茶、なども実施している。活動時には連絡カードを持参してもらうようにしている。
IV-2-(6)	①うたごえ喫茶、やまぶき学級などの外部活動への参加の機会と支援を行っている。