

[評価結果の公表様式]

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名: 特定非営利活動法人 あいち障害者センター (認証番号: No.19地福第4073-3号)
訪問調査 実施日: 平成22年1月22日(金)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人きそがわ福祉会 (施設名)第二きそがわ作業所	種別:(施設種別)①生活介護、②就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設(障害福祉施設版)
代表者氏名:(施設長)町田 直彦	定員(利用人数):①30名、②10名
所在地:〒493-0004 愛知県一宮市木曾川町玉ノ井字大縄場三ノ切65	TEL 0586-84-1102

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>【きそがわ福祉会共通】</p> <p>①知的障害など個々の特性に応じた細かな配慮や工夫がなされており、利用者尊重の姿勢が徹底されている。</p> <p>②会議の場を積極的に設けており、職員の意思疎通や課題把握などが促進されている。</p> <p>③いっぽの会(地元地域在住で子どもが在学中の親が所属)や一宮市自立支援協議会など、地元の福祉ニーズを把握するとりくみにも積極的である。</p> <p>④そもそも「きそがわ福祉会」は、旧木曾川町で唯一の障害者・家族の拠り所として、地域の人たちの力を持ち寄り、1982年に無認可小規模作業所として発足した経緯をもつ。この点をふまえ、地域との関係づくりを積極的におこない、ボランティアのつどいなどもおこなっている。</p> <p>⑤障害者の生活を支えていた親の高齢化などを受け、ケアホーム、福祉ホームづくりを積極的にすすめている。</p> <p>【第二きそがわ作業所】</p> <p>①現場独自に職員として「めざすもの」を明文化し、職員へ提示している。</p> <p>②週に一度はパン販売デーを設け、地域との交流の機会になっている。</p> <p>③安全に配慮した人員配置に心がけるとともに、飛び出しを防止するために自動ドアの電源を切るなどの工夫もしている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>【きそがわ福祉会共通】</p> <p>①基本的な書類はそろえられているとは言え、マニュアル化や文書化を行うこと。</p> <p>②外部監査の実施については現在までになされておらず、今後実施すること。</p> <p>③人事管理の面では構想レベルにとどまっており、文書化などで明確にすること。</p> <p>④法人として、ノーマライゼーションの思想や障害者権利条約をふまえ、理念・方針の見なおしをはかること。</p> <p>⑤施設の基本方針と事業計画を家族に分かりやすく説明すること。</p> <p>⑥職員ひとり一人の実践課題を職員と管理職が協同して設定し、この職員個人の課題をもとに、教育・研修計画を策定すること。</p> <p>【第二きそがわ作業所】</p> <p>①現地域に移転してまだ年数が浅く、施設長自ら指摘するとおり、地域との関係を深める点で今後も継続した取り組みが期待される。</p> <p>②重い障害のある人が多い中で、家族からの要望もあるとおり、余暇活動の支援において改善が期待される。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果に対する疑問や不満等はありません。自作業所での運営全般をふりかえるいい機会となりました。今後、文書化が必要なことは文書化していきたいと思います。
--

⑤評価項目(細目)の第三者評価結果(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(83項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

			第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	障 1	㉑ ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	㉑ ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	㉑ ・ b ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	㉑ ・ b ・ c

I-2 計画の策定

			第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	障 5	㉑ ・ b ・ c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a ・ ㉑ ・ c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	障 7	㉑ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	障 8	㉑ ・ b ・ c

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-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。	障 9	㉑ ・ b ・ c
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	障 10	㉑ ・ b ・ c

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 11	㉖ ・ b ・ c
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 12	㉖ ・ b ・ c

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 13	㉖ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 14	a ・ ㉖ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	障 15	a ・ b ・ ㉖

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 16	a ・ b ・ ㉖
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 17	a ・ b ・ ㉖
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-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。	障 18	a ・ ㉖ ・ c
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	障 19	㉖ ・ b ・ c
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 20	a ・ ㉖ ・ c
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組が行われている。	障 21	a ・ b ・ ㉖
Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 22	a ・ ㉖ ・ c
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	障 23	a ・ ㉖ ・ c
Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	障 24	㉖ ・ b ・ c

II-3 安全管理

		第三者評価結果	
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	Ⓐ ・ b ・ c
II-3-(1)-②	施設として火災や震災への対応は適切である。	障 26	a ・ Ⓑ ・ c
II-3-(2)-③	利用者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。	障 27	Ⓐ ・ b ・ c

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果	
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-①	利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(1)-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。	障 30	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	障 31	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	Ⓐ ・ b ・ c

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
Ⅲ-1-(1)-①	利用者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組を行っている。	障 35	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	障 37	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	障 38	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 39	a ・ ㉞ ・ c
	Ⅲ-1-(3)-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。	障 40	㉞ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 41	a ・ ㉞ ・ c

Ⅲ-2 サービスの質の確保

			第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
	Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 42	㉞ ・ b ・ c
	Ⅲ-2-(1)-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ている。	障 43	㉞ ・ b ・ c
	Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	障 44	㉞ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。			
	Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 45	㉞ ・ b ・ c
	Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	障 46	㉞ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 47	㉞ ・ b ・ c
	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障 48	㉞ ・ b ・ c
	Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 49	㉞ ・ b ・ c

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

			第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
	Ⅲ-3-(1)-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。	障 50	a ・ ㉞ ・ c
	Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 51	㉞ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
	Ⅲ-3-(2)-① 施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 52	a ・ ㉞ ・ c

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

			第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 53	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	障 54	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 55	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 56	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 57	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ-5 障害福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	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。	障 58	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 59	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 60	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 61	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 62	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 63	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 64	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 65	非該当
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 66	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 67	非該当
Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 68	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 69	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 70	非該当
	Ⅲ-5-(5)-② 衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 71	① ・ ② ・ ③
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 72	非該当
	Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 73	非該当
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 74	非該当
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 75	① ・ ② ・ ③
	Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 76	① ・ ② ・ ③
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 77	① ・ ② ・ ③
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 78	① ・ ② ・ ③
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 79	非該当
	Ⅲ-5-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 80	非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 81	非該当
	Ⅲ-5-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 82	非該当
	Ⅲ-5-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 83	非該当