

〔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:	NPO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:	2011年1月19日(水)

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)生活介護、就労継続支援B型 (基準の種類) 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):40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><b>【きそがわ福祉会共通】</b>          昨年にひきついでに受審し、業務改善を図る姿勢は高く評価できる。昨年特に評価の高い点①利用者尊重の姿勢。②職員の意思疎通や課題把握などの促進。③地域の福祉ニーズを把握するとりくみ。④地域との関係づくり。⑤ケアホームづくりの5点に加え、2011年度からの法人本部機能の強化のための常務理事の配置、2施設の増改築、ホーム建設が地域・家族のニーズにもとづき具体化されている。また、養護学校の卒業生の動向もあり新たな作業所づくりを計画している。</p> <p><b>【第二きそがわ作業所】</b>          ①昨年は「めざすもの」を明文化し、職員へ提示していたが、今年度は一歩すすめて「事業計画」を作成した。②利用者を「権利として社会福祉サービスを受けている存在」と明文化。③障害が重く、労働中心の活動に加われない人たちの活動グループを新たにつくった。またグループが活動するスペースも設けた。④仕事を中心とするグループ</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p><b>【きそがわ福祉会共通】</b>          ①マニュアル化や文書化は進んでは来ているが、課題が残っている。②外部監査の実施については、他法人と合同して各決算書の学習などの工夫も必要。③差別・選別するのではない「人事考課」についての理解をすすめて、組織運営に有効に生かすこと。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がめざす『障害者を「保護の客体から権利の主体」への転換』などを踏まえ、「新たな時代」の理念の見なおしをすすめること。⑤職員集団と個人の教育・研修計画を策定すること。</p> <p><b>【第二きそがわ作業所】</b>          ①パンの販路の拡大を含め、地域の障害者・作業所への理解を深める点で今後も継続した取り組みが期待される。②障害に応じたグループでの実践を深めるとともに、利用者の仕事の確保—より工賃の高い仕事、独自商品の開発・販売—も求められる。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>高い評価を頂いた点については、より一層がんばっていきます。改善点として頂いた点については、来年度、力を入れて取り組みます。5年目を迎える施設として、職員の専門職としての意識・力量を高めていけるよう集団で努力していきます。また、利用者さんへのサービスの質を向上させるためにも力を注いでいきたいと思っています。</p>
--

⑤第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(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(80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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"><li>・理念がパンフレットなどで明文化されているとともに、基本方針(運営規定)で具体化している。</li><li>・職員と利用者家族には紙面で理念を配布し、周知している。職員には年度末の会議で周知。</li><li>・利用者自身の知的ハンディに配慮し、理念内容をふだんの取り組みの中で伝える努力がなされている。</li></ul>
--

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	㉠ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	㉠ ・ b ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"><li>・長期計画は、地域の要望もあり日中活動の場・暮らしの場の整備などを法人として統一的に策定されている。</li><li>・事業計画は、法人全体で統一的に共有されているが、今年度からは独自に事業計画を策定し、周知している。</li><li>・利用者自身の知的ハンディに配慮し、事業計画はふだんの取り組みの中で伝える努力がなされている。</li></ul>
---

### 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 10	㉠ ・ 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 11	㉠ ・ 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 12	㉠ ・ 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 13	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

- ・管理者自らの役割と責任を運営規程において明記し、研修会に参加。職員会議で法令の遵守を周知している。
- ・質の向上については、毎月細かな検討がなされている。今年度は、利用者の作業内容などを見直した。
- ・経営や業務の効率化等については、現場内での議論をふまえ改善の努力がなされている。

### 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 14	㉠ ・ 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 15	㉠ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉡

#### 評価機関のコメント

- ・障害者制度の動向については、最新の情報を外部の学習会や中央団体からの通信で積極的に収集する努力がなされ、事業計画に反映している。
- ・事業計画で強化すべき点を明示するとともに、職場会議で職員の意見を聞いたり、検討する努力がなされている。
- ・外部監査は、法人全体として実施するには至っていない。

#### 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 17	a ・ ㉠ ・ c
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 18	a ・ b ・ ㉡

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 19	a ・ ㉑ ・ c
	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。	障 20	㉑ ・ 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 21	㉑ ・ b ・ 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 22	a ・ b ・ ㉑
	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 23	a ・ ㉑ ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
	II-2-(4)-① 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、積極的な取組をしている。	障 24	a ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・人材・体制についての基本的考えは明示されているものの、具体的なプラングループごとの配置職員数・常勤と非常勤の比率・体制についての明示が課題。</li> <li>・人事考課が、従来の賃金や処遇に差をつけることを目的としていたことから、現在は一人ひとりが持っている力を引き出し伸ばす考えにかわっている点などを踏まえ、目的や効果の理解と具体化が望まれる。</li> <li>・事業計画で、障害者権利条約がめざす障害者を「権利の主体」とする考えを職員が持つ事としている点を評価。職員の権利条約への一層の理解が望まれる。</li> <li>・「研修の強化」を打ち出しているものの、職員の自主的な取り組みにおわっている。</li> <li>・実習生の受け入れについては、法人全体として統一的に対応して実施している。</li> </ul>			
--	--	--	--

## 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)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	㉑ ・ b ・ c
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	a ・ ㉑ ・ c
	II-3-(1)-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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故防止対応マニュアルが整備されている。AEDを設置。</li> <li>・健康管理についても、法人全体で横断的にケガや病気の状況を共有する努力がなされている。</li> <li>・防災対策を行うとともに避難訓練が行われているが、家族への引き継ぎ方策などの明文化が望まれる。</li> <li>・利用者の施設外への飛び出しを防ぐために、利用者が施設にいる間は自動ドアを手動への切り替えや昼休み時の見守りなど安全確保を昨年同様にはかっている。</li> </ul>			
---	--	--	--

## 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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	㉑ ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	障 29	㉑ ・ b ・ c
	II-4-(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、体制を確立している。	障 30	㉑ ・ 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

### 評価機関のコメント

・地域との関係を理念・事業計画で明示しているとともに、作業や日常の活動の中で地域との交流がすすめられ利用者への理解がすすみつつある。ボランティアによる利用者への「読み聞かせ」や「お出かけボランティア」などのボランティア受け入れ担当を設けている。

・市の自立支援協議会には法人本部を通じて連携し、必要に応じて対応している。

・障害児の親の会や養護学校などとの連携から地域の福祉ニーズの把握に向けた努力がなされている。施設整備については法人が行い、新年度にケアホームを開所する。

## 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) 利用者満足の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	㉠ ・ 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 38	a ・ ㉠ ・ 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 39	㉠ ・ 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 40	a ・ ㉠ ・ c

### 評価機関のコメント

・利用者尊重や人権について事業計画にも明示している。

・利用者家族とは保護者会の場合などを活用し、要望や意見を聞き取る努力がなされている。

・利用者自身のハンディに配慮し、日常的なかかわりの中で、要望や意見を聞き取る努力がなされているが、対応についてのマニュアルなど文書化が課題。

### 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 41	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価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。	障 42	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供する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 43	㉠ ・ 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 44	㉠ ・ 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 45	㉠ ・ 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 46	㉠ ・ 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 47	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・ケース検討や職場会議で、サービス提供にかかわる意見交換と見直しを図る努力がなされている。今期は事業計画を策定し、組織として改善事項を含めた重点を明示している。  
 ・利用者に対するサービスの実施や責任体制などについては運営規程に明示している。見直しについては、年間のまとめ会議や即応しなければならない見直しについては職員会議でおこなうこととしている。  
 ・利用者に関する記録については管理者の下に一元管理されている。利用者状況は、ケース検討を含め共有されている。

### 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 48	a ・ ㉠ ・ 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 49	㉠ ・ 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	事業所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 50	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

・ホームページや、わかりやすい施設紹介パンフレットの作成については課題が残る。  
 ・利用者と家族への説明は、わかりやすくなされている。  
 ・利用者自身のハンディに配慮し、実習や見学などを位置づけることで、実感をともなう理解を得るための努力がなされている。  
 ・退所後対応については施設長がおこなうとしている。手順の文書化に課題。

### 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 51	㉠ ・ 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 52	㉠ ・ 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 53	㉠ ・ 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 54	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画のためのアセスメントを家族参加のもとにおこない、ニーズや課題が把握されている。</li> <li>・手順の定型化・文書化に検討の余地あり。</li> <li>・地域生活への移行支援については、ケアホームの体験利用など、ハンディに配慮した手法がとられている。</li> </ul>
---

### Ⅲ-5 障害者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 55	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉠ ・ 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 57	㉠ ・ 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 58	㉠ ・ 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 59	㉠ ・ 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 60	㉠ ・ 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 61	㉠ ・ 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、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 62	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 63	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	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 65	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉔ ・ 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 67	非該当
Ⅲ-5-(5)-② 衣服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 68	㉔ ・ b ・ c
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 69	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 70	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 71	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 72	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	㉔ ・ b ・ c
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 75	㉔ ・ b ・ c
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 76	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 77	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 78	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 79	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 80	非該当

#### 評価機関のコメント

・利用者自身の知的ハンディに配慮し、自治会に代わって、各種グループ活動の場を活用して、ひとりひとりの思いや願いを汲み取る努力がなされている。