

〔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) 黒田ドリーム作業所	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) 田中 由美子	定員(利用人数): 20名
所在地:〒493-0001 愛知県一宮市木曾川町黒田字中野黒120	TEL 0586-86-3111

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地元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>【黒田ドリーム】</b>          ①日常的に地域へ出向く活動の中で、積極的に地域住民との関係を構築している。また、仕事を中心に活動するグループでは新規設備を導入し、工場の昼休みを利用して食堂でのクッキーやプリン販売の拡大を行い、工賃アップをはかっている。          ②月間予定表をつくり、利用者が「見通す」力を持てるよう援助している。          ③改善が求められていた建物の全面改修を行い、新年度から菓子販売とカフェの店舗をはじめ。          ④ハローワークと連携し、利用者のスーパーへの就労を支援するとともに、就労後のフォローを行っている。</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る、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>【黒田ドリーム】</b>          ①改修もあり生活介護事業を、マンションの一室に移行させているが、改修後には利用者数に対する活動スペースや一人になれるスペースの検討が望まれる。          ②新年度にむけ、就労継続では工賃目標の設定、生活介護ではゆったりとした活動目標の設定と生活全体をみまわした支援計画づくりを深めることを望む。          ③就労移行に取り組む担当者の複数配置が望まれる。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>がんばって取り組んでいる点を高く評価していただき、嬉しく感じています。なお一層、利用するなかまに満足してもらえるように中味を深めていきたいと思えます。</p> <p>改善を求められる点については、来年度計画に反映させ、取得予定の土地により広い活動場所を作っていく計画を立てています。また、就労移行の担当者を複数にし、丁寧な支援を進めていきます。</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。

# 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>・理念が事業計画・パンフレットなどで明文化されている。</li> <li>・職員と利用者家族には理念を印刷物で配布し、周知している。</li> <li>・利用者自身のハンディに配慮し、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	a ・ ㉠ ・ 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>・長期計画は法人全体で統一的に共有されているとともに、黒田ドリーム作業所の事業拡大を計画。なお、施設整備補助金の動向によっては計画がずれる。</li> <li>・年度ごとの事業計画は、法人全体で統一的に共有されている。今年度後半、施設の大規模改修を行っているが、数値目標化に改善の余地が残る。</li> <li>・策定・周知は、各種会議でおこなわれ、利用者にはハンディに配慮し、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で明記している。
- ・質の向上について、現状を把握し課題などを職場会議に提起・議論している。
- ・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

- ・制度環境の変化などの最新情報を得るために、外部の学習会・会議に積極的に参加する努力がなされている。
- ・利用状況や事業収支について把握し、改善課題があれば職員会議に提起している。
- ・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 ・ ⑥ ・ 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	④ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ④
	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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織として必要とする人材については、まだ文書で明示されるには至っていないものの、「利用者に対する丁寧さ」を重視する考えは表明されている。</li> <li>・研修については、基本姿勢はあるものの、職員の希望に応じるにとどまり、計画的な取り組みが望まれる。研修に参加した職員はレポートを職員会議で発表。</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	④ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	④ ・ 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。</li> <li>・定期的に避難訓練を行い、内容の見直しを含め職員会議で検討されているが、大規模災害時の諸体制に関するマニュアルの整備に課題が残る。</li> <li>・従来使用してきた物件を改築中で、今後はより安全な環境の提供が期待できる。</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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	④ ・ 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	④ ・ 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	④ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・地域との関係は良好で、作業や日常の活動の中で交流がすすめている。新年度からカフェを開店し、店頭でクッキーの販売を始める計画。  
 ・就労への希望もあることから、ハローワークとも連携し就労への取り組みを行うなど、地域や家族の福祉ニーズに基づいた事業がなされている。

### 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ c

#### 評価機関のコメント

・利用者尊重や人権についての意識が高い。利用者に、毎日の帰りの会で、今日の良かったことや楽しかったことを話してもらう取り組みを行っている。  
 ・利用者家族とは保護者会の方などを活用し、要望や意見を聞き取る努力がなされている。  
 ・環境面では改築中ということもあり、相談環境や活動環境に大きな制限があるが、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。

### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的な会議を設けており、サービス提供にかかわる意見交換と見直しを図る取り組みがなされている。</li> <li>・利用者に対するサービスの責任体制については重要事項説明書などの規程で位置づけている。</li> <li>・利用者に関する記録については、日誌や連絡ノートで確認されている。</li> </ul>
--

### 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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供では、インターネットの利用を法人本部で新年度から実施予定。パンフレットの配布、体験入所などを実施。利用者家族への説明・同意はなされている。</li> <li>・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が、文書化に課題。</li> </ul>
--

### 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

- ・個別支援計画づくりのためにアセスメントを行い、利用者の目標・事業所の目標を明確にした計画とサービス提供がなされている。
- ・手順の定型化にやや課題を残すものの、利用者を尊重する姿勢が見られる。個別支援計画の深めが望まれる。
- ・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、知的ハンディに配慮した手法がとられている。

### 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	a ・ ㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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。
- ・服薬に関しては、取り扱いの文書化に検討の余地がある。