

〔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:23地福第61-4号)
訪問調査 実施日:	2012年1月11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) 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

◇特に評価の高い点 【きそがわ福祉会共通】 ①相談支援～日中活動～暮らしの場と障害者の地域生活を支える体制を整えてきている。②法人に常務理事を設け、本部の機能強化と事務の集約化を行った。③障害のある人たちが助け合い「主人公」となる実践、職員の障害の理解や課題把握の促進をはかっている。④法人内3作業所の食品製造・パン製造・カフェ運営の連携で、工賃アップの取り組みがされている。⑤医療的ケアが必要な人たちが安心して施設利用ができるよう、法改正に対応した準備がすすめられている。⑥「法人基本理念」の共通認識を深めるため法人職員全体の学習会を実施している。又、今日的な「基本理念」のあり方について、利用者の権利保障を軸に利用者理解と支援、地域福祉の推進など簡潔でわかりやすい内容になるよう、管理職会議で見直しがすすめられている。
◇改善を求められる点 【きそがわ福祉会共通】 ①「人事考課」について法人としての合意。②非常勤職員の研修、会議参加を保障するために法人内の異動や援助体制の検討③職員集団と個人の教育・研修計画を優先順位をつけて策定、具体化すること。④基本事項の文書化の促進。⑤外部監査のありかたについて検討。
【第二きそがわ作業所】 ①設立経過もあるが、作業所周辺地域の障害者・作業所への理解を深める取り組みが求められる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

当事業所では利用者本位の施設運営を心がけ努力していますが、その点を評価して頂き嬉しく思います。今後、作業所周辺への障害者理解をどう広げていくかを課題として考えていきたいと思ひます。
--

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

・新年度からの適用に向けて「法人基本理念」の見直しがされているが、職員、利用者・家族への理解が深められるよう丁寧な説明が求められる。
・利用者自身の知的ハンディを考慮し、理念内容を取り組みに生かし、伝える努力がなされている。

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

・ビジョンは、地域の要望を受けて日中活動の場・暮らしの場の整備などを法人として策定。これを受け事業計画が策定されている。
・計画策定・周知については、より丁寧な利用者・家族・非常勤への対応が望まれる。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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。
 ・質的向上では内外研修への参加促進がすすめられている。
 ・発達段階の把握を今年度から行い、課題把握の取り組みをすすめた。
 ・業務改善等については、現場内での議論を重視し改善の努力がなされているが、職員からは「指導力の発揮」について評価が低いこともあり、課題提起→議論→方針化→実行の取り組みを深めることが望まれる。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

・昨年同様、経営に直接影響する障害者制度の動向については、積極的に収集し事業計画へ反映している。
 ・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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔

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

- ・人材についての基本的考えは明示されているものの、職員への提示の仕方に工夫が望まれる。
- ・人事考課は、一人ひとりが持っている力を引き出し伸ばすのが目的。個人の弱点の克服や課題解決への援助は管理者の重要な役割であるとともに、職員集団として相互補完する関係づくりも重要である。特に「できないこと」や弱点に目が向きやすい点に留意が必要。
- ・非常勤職員も参加する「勉強会」の経験から、積極性や責任性を引き出すうえでの材料が提示されている。教訓化を。
- ・教育・研修では実施すべき優先順位と対象者を選定し、計画立案と具体化が望まれる。
- ・実習生については、施設開所から5年を経て実習を受け入れらるようになった。

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

- ・健康管理は家族への支援と協力の働きかけがなされている。
- ・災害時の対応として非常食、酸素ボンベ確保などの具体化がすすめられている。
- ・防災対策と避難訓練の内容に、東日本大震災の教訓を活かした具体的な対策と対応策が求められる。あわせて家族への引き継ぎ方策などへの反映と明文化が必要。
- ・昨年同様、利用者の施設外への飛び出しを防ぐために、自動ドアを手動への切り替えと昼休み時の見守りなど安全確保をはかっている。

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	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、継続して作業や日常の活動の中で地域との交流がすすめられ、理解がすすめられている。継続されているパンボラ、「読み聞かせ」や「お出かけ」などに加え音楽療法ボランティア、協力企業からのボランティアが泊旅行に参加するなど内容面でも厚みを増している。

・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、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	Ⓐ ・ b ・ 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。

・「相談・意見・苦情」対応マニュアルの文書化とその運用が開始されている。日常的に要望、意見の聴き取り努力がされてきたところであるが、職員、職域、事業所の役割、責任所在など組織対応が確立した。

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、利用者の状況も共有されている。
- ・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。
- ・気管切開をした利用者の緊急対応マニュアルを作成し、管理者不在時の対応を含め手順が明確にされている。
- ・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。

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

- ・ホームページの運用が始まっている。掲載内容の評価とメンテナンスを適宜にすすめることが求められている。よりわかりやすく利用者視点での施設紹介パンフレット作成が望まれる。
- ・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

・個別支援計画の作成にあたり発達段階の把握をフェイスシートに組み入れ活用。利用者ニーズや課題が反映できるように取り込まれている。家族参加のアセスメントは引き続き実施している。
 ・手順の定型化・文書化をすすめることを望む。
 ・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。

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 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66 (a) ・ 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 (a) ・ 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 (a) ・ 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 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 74 (a) ・ 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 (a) ・ 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が重いことなどで自治会を設けることができないが、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。
・園芸活動を通して相手への思いやり、利用者間の関わりがうまれている。利用者の実りある時間を提供するために取り組みの継続と今後の拡がり、深まりに期待する。