

〔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:	2013年1月30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) ぬくもりホームきそがわ	種別:(施設種別) 生活介護(ケアホーム) (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) 高橋 久子	定員(利用人数):定員20名(住居4か所)、利用人数20名
所在地:〒493-8001 愛知県一宮市北方町北方東本郷下155番地1	TEL・FAX 0586-86-1716

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見直し・検討がすすめられていた法人の基本理念が今期改正された。今日の社会福祉を取りまく状況を踏まえ、簡潔で分かりやすい3項目の内容で構成され、共通理解を深めるための取り組みが法人全体ですすめられている。②事業計画は法人として検討・策定し、法人の関係組織での学習会や職場会議で周知徹底するなど共有化の努力がすすめられている。③2013年3月竣工で「玉の井第三ホーム(居室5名、短期入所2部屋)」の建設がすすんでいる。④一宮市の自立支援協議会のホーム連絡会等に参加し、他団体や行政機関との連携、ネットワークづくりに貢献している。</p> <p>【ぬくもりホームきそがわ】</p> <p>①一般就労や就労継続支援A型事業所に通う人から生活介護の利用者まで、利用者の障害に応じた支援が行われている。ホームでの安定した生活は職員の対応力の結果であり評価できる。②季節行事などホームでの生活を豊かにする努力がされている。③入所希望者の体験入所を積極的に位置づけ、利用者の納得を重視した取り組みを行っている。④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聴き取る努力がされている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>【きそがわ福祉会ホーム共通】</p> <p>①作業所利用者の家庭状況を背景に、ケアホームの事業規模も大きくなっていることから、ケアホーム事業および事業所ごとの管理・運営体制について検討が求められる。②職員の教育・研修計画の策定と具体化が求められる。</p> <p>【ぬくもりホームきそがわ】</p> <p>①専門職としての基礎研修の充実・実施が急がれる。その為にも職員の教育・研修計画を策定し、優先課題に即した計画と具体化が求められる。②一般就労と就労Aで5名、その他の利用者も比較的交流がとれ意思表示もできる人が多いことから、意欲や主体性を引き出すとともに利用者一人一人の発達段階・障害を具体的に把握し、生活の場での集団づくり、利用者本人が主人公になれる場や活動できる場づくりへの支援を期待したい。③利用者の多くは帰省する機会が少ないため親・家族などとの関係が薄れがちであることから、親・家族との連絡を密にしながら関係強化を図っていくことが求められる。</p> <p>◇検討課題</p> <p>利用者一人一人の発達段階・障害を具体的に把握しながら、生活の場での集団づくり—利用者同士のつながりづくりを検討し、利用者本人が主体になれる場や活動を保障していくと、利用者自身も成長していけるのではないか。</p>
---

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>改善点にもありますように、家庭基盤がない利用者や、極めて基盤が弱い利用者も多く、365日ホームでの暮らしを営んでいる利用者が多いことから、町内・地域の方との交流や、家族、他の関係機関(成年後見等含む)との関わりがより重要になってきていると伺います。また就労されている利用者もあり、本人の今後の暮らしの希望を職員が丁寧に把握し、本人がより主体的に暮らしをつくっていくような支援を目指していかなければいけないと思っております。一人ひとりの発達段階や障害の理解、これまでの生活歴等を把握した支援ができるように職員の力量を高める研修等を進めていくことも大きな課題です。今回の第三者評価の実施によりできた課題を改善できるように今後取り組んでいきたいと思っております。</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	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

・今期改正された法人理念は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(行動指針)で具体化している。  
・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。職員には年度末の法人会議で学習、周知徹底している。  
・利用者自身の知的ハンディに配慮し、理念内容を取り組みの中で伝える工夫が求められる。

#### 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	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

・中・長期計画は、行政の障害福祉計画とも連動し利用者と家族の願いを実現できるよう、施設の整備・拡充を法人として統一的に策定している。  
・事業計画は、法人の管理職会議で検討・策定され、職員へは年度当初のホーム運営委員会で周知し法人全体で共有している。  
・利用者自身の知的ハンディに配慮し、ホーム運営委員会や取り組みの中で工夫が求められる。

### 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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。法人で法令の遵守を周知している。  
 ・質の向上については、ホーム運営委員会や職員会議で検討・取組みがされているが、引き続き継続的な評価、分析の努力が求められる。  
 ・経営や業務の効率化等については、現場内での議論を踏まえさらに改善・工夫の取組みが求められる。

### 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

・障害者制度の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、又行政や関係団体などの動向を踏まえ事業計画に反映している。  
 ・経営的には厳しいが、利用希望者の見通しを含め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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ b ・ ㉑
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・体制についての基本的考えは明示されているが、事業所の規模も大きくなっていることから、体制や運営について検討が必要である。

・職員への面談を通して本人意向を尊重しつつ、一人ひとりの力を伸ばすための改善や努力をすすめているが、人事考課について、職員の勤務態度をはじめ、業務の遂行能力、業務実績などから管理者集団は適正に評価し、昇進の有無、配置異動、能力開発などを図るものと位置づけた取り組みが求められる。

・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。

・研修は、個別希望による研修参加に止まっている。教育・研修計画を策定し事業所全体および個別職員への具体化が課題。

・実習生の受け入れは、法人全体の実習日程のなかで受け入れ実施している。

## 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

・事故防止対応マニュアルが整備されている。全職員を対象にAEDの使用方法和心肺蘇生術の研修、訓練を実施している。

・健康管理は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。

・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。

・利用者の安全を確保するうえでも近隣住民との協力・連携が課題。

## 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	a ・ ㉑ ・ 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・事業計画で明示はされている。  
 ・市の自立支援協議会の生活支援部会、ホーム連絡会に参加し他団体や行政機関との連携、ネットワークづくりを大切にしている。  
 ・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。

### 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。  
 ・利用者・家族の住環境の改善要望に対しては事業計画に反映している。  
 ・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

- ・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。
- ・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、ホーム及び法人内の日中活動等の状況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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

- ・ホームページが法人として用意され、必要な情報が公開されている。
- ・利用者と家族への説明は、わかりやすくなされて親・家族の同意を得ている。
- ・利用希望者の体験利用を積極的に位置づけ、利用者の納得を重視した取り組みをしている。

### 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。  
 ・手順の定型化・文書化に検討の余地あり。  
 ・利用者の生活設計の相談には、相談支援事業所と連携しながら対応している。地域生活への移行支援に際しては、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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉠ ・ b ・ c

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	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
	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	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
	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	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ b ・ c
	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	㉠ ・ b ・ c
	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	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

- ・利用者の意向を尊重した支援が行われている。他方、利用者のやれること、やりたいことを工夫しながら具体化していくことが求められる。
- ・コミュニケーション手段など、さらに工夫が求められる。
- ・利用者相互に影響を及ぼす関係づくりが課題。月1回、利用者が作った料理で食事会が検討されている。期待したい。
- ・金銭管理は、工賃等の数千円の金額を各人の出納帳で管理し、外出・余暇時に必要な金銭を渡している。