

〔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.23地福第61-4号)
訪問調査 実施日:	2014年2月24日(月)

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) ふたばドリーム作業所	種別:(施設種別) ①就労移行支援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) 田中 由美子	定員(利用人数) 20名(①移行:6名、②継続B:14名)
所在地:〒493-0006 愛知県一宮市木曽川町内割田一の通り11-1	TEL 0586-64-7378 (FAX兼)

③総評

◇特に評価の高い点

【きそがわ福祉会共通】

法人傘下の新拠点開設を契機に、他事業所につづき受審し、法人全体で業務改善を図る姿勢は高く評価できる。過去の調査実績で特に評価の高い点、「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積極的な新拠点づくり」の5点があるが、近隣の卒業生の受け入れ希望の声をふまえ、引き続き新たな拠点づくりが準備されている。

【ふたばドリーム作業所】

①利用者、家族の調査結果からも作業所が利用者にとって安定した日中の場となっている。開所から短期間で利用者との信頼関係を築いた職員集団の対応力を評価したい。②障害者差別解消法の制定や障害者権利条約が批准される情勢をふまえ、学習テーマにすえ実践の向上を目指している。③シイタケ栽培・加工・販売、近隣農家の野菜の委託・自家製品販売などを通じて工賃アップの努力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、組織運営に有効に生かすこと。②障害者権利条約に基づいた法人理念の具体化が求められる。③個別の職員の技術水準、知識を評価・分析し結果に基づいた教育、研修の計画策定が望まれる。

【ふたばドリーム作業所】

①現場実践のさらなる向上のため、非常勤を含むスタッフ全体への情報の周知と共有の促進が望まれる。②各種グループ活動の実践内容を発展させつつ、障害の特性をふまえた自治会の創設が待望される。③収入を得るための労働、そのための支援は重要である。同時に利用者相互で働く喜びを共有できる集団づくり、自分自身に自信が持てる風土づくりを発展させることを期待する。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果を真摯に受け止め、今後の実践等に活かしていきたいと思います。
来年度はなかまの意見等をもっと吸い上げられるような工夫をしていきたいと考えます。

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	a ・ ㉠ ・ 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

・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。ホームページでも広報している。
・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。職員には年度末の会議で周知。
・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。

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	a ・ ㉠ ・ c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉠ ・ 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。
・事業計画は、法人全体で統一的に共有されている。
・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。保護者会などに参加できない家族への周知方法に工夫が必要。

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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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されているが、法人内での業務兼任の見直しが必要。
 ・職員会議で法令の遵守を周知しているものの、会議参加ができない非常勤職員へはOJTなどを通して徹底すること。
 ・質の向上については、今年度が事業所一年目という繁忙期の中にあっても、毎月細かな検討がなされている。
 ・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	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉠ ・ c

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 ・ ㉠ ・ c

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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
	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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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ものの、実際には介護分野に不利な雇用環境の影響が大きく、プランよりも現実的な対応に追われることが目立つ。

・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。

・「研修の強化」を打ち出しているものの、業務との調整具合などの影響で参加調整が不調に終わることもあり、研修の必要性や位置付けをその都度確認していくことが必要であり、そのことが研修の一部ともなる。

・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。

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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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。しかし、感染予防マニュアルについては周知徹底の面で改善が望まれる。

・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。

・防災対策を行うとともに避難訓練が行われており、非常電源として発電機を確保する努力もされている。

・利用者が施設を無断外出する事例があったが、本人との話し合いを含め速やかなフォローをしている。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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。「なごみの広場」は週2回地域の産直野菜、自家製品を販売し利用者と地域の人々との交流拠点になっている。

・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。一宮駅前で合同販売会を実施した。

・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。卒業生の受け入れ希望の声に対する施設整備については、2014年度も隣接地に新拠点が開設される。

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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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。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、職員会議で共有されている。

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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

・法人全体でホームページが開設されており、法人全体はもちろんのこと事業所のことも、日頃の様子を伝える画像を含め、わかりやすく伝わる工夫がなされている。

・利用者と家族への説明が、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。

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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・個別支援計画は家族参加のもとにおこない、ニーズや課題を把握する努力がされている。
- ・アセスメントの手順の定型化・文書化に検討の余地あり。
- ・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	a ・ ㉔ ・ c
	Ⅲ-5-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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行われている。	障 74	a ・ ㉔ ・ 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

・利用者自身の障害に配慮し、自治会はないもののこれに代わる機能を月1回のグループ外出・グループ活動の場が担っている。これらの活動を活用して、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。