

〔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:26地福第699-5号)
訪問調査 実施日:	2015年2月6日(金)

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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>【きそがわ福祉会共通】</p> <p>1. 法人理念に即した実践が各事業所で展開されている。利用者を権利主体する援助活動は利用者聴き取り、家族アンケート結果からも事業所、職員に対する高い評価を得ている。</p> <p>2. 職員の教育・研修に力点を置いている。今年度から「個人研修計画」を組み込み、具体化を法人対応、事業所単位、外部研修に大別し実施されている。「強度行動障害」の研修参加の成果も生まれ、援助内容が格段に向上している。</p> <p>3. 24年度から26年度に3事業所・1ホームを開所。自立支援協議会などに参加し、利用者・地域ニーズを踏まえた事業展開をすすめている。</p> <p>【第二きそがわ作業所】</p> <p>開所して8年目に入り、利用者・職員の定着と力量アップの取り組みを行い①人事考課の指標を作成して職員のレベルアップをめざす管理職間での試行をはじめた。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定着させた。④園芸の取り組みは、利用者間の関わりが生まれただけでなく絵などの創作活動にも波及。活動を広げた職員集団を評価したい。さらなる広がりを期待したい。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>【きそがわ福祉会共通】</p> <p>1. 利用者の幸せ追求=職員の定着と力量の向上をめざすうえで、教育・研修の体系化・計画化が求められる。また、遅れている非常勤職員への具体化策として、短時間で実施できるものを、他事業所の実施例を取り入れるなどの工夫が必要である。</p> <p>2. 親の高齢化がすすみ、親亡き後の意見、要望が家族アンケートに出されている。成年後見制度の活用を含めた利用者・家族の権利擁護のアプローチが期待されている。</p> <p>【第二きそがわ作業所】</p> <p>①福祉避難所として周辺地域の障害者・住民への理解と地域ニーズ深める取り組みが求められる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

障害が重い人への取り組みを充実・定着させてきている職員集団への評価ありがとうございます。更に職員の力量をアップさせ、利用者がより生き生きできるような実践を構築していきたいと思っております。
--

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。

【第二きそがわ作業所】

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

・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。
 ・理念にある「実践と運動の統一」に関しては、関係諸団体が実施する署名活動への取り組みや、地域にねざした「ねっこの会」事務局への職員の参加など、行動を通じた浸透が図られている。

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。
 ・常勤・非常勤への計画周知については、日常的に伝える努力が重ねられ、非常勤の方からも今後の事業展開に関する意見が以前にも増して引き出されるような変化につながっている。引き続き丁寧な周知と組織的策定が望まれる。
 ・利用者・家族への計画周知については、引き続きより丁寧な対応が望まれる。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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。
 ・管理者2名はともに本会での経験が長く、お互いの持ち味を生かしたパートナーシップをもとにリーダーシップを発揮している。
 ・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。職員からは「指導力の発揮」について期待が高いこともあり、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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉒

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、SELP通信や関係諸団体の情報など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おらず統一的な対応が求められる。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

・この間の際立った変更点として、人材についての基本的考えが文書資料に明示され、常勤全員との年度末面談実施を位置づけている。
 ・非常勤職員に対しても、振り返りのアンケートの実施や気楽な雰囲気でも声をひろうなど工夫や配慮が見られる。
 ・教育・研修では職員ひとりひとりに「個人研修計画(OJT版)」を作成しており、今後予定されている「OffJT版」の導入が待たれる。
 ・実習生については、社会福祉士実習の受入実績を有しており、関係するテキストを参考に体系的な指導とともに、本事業所特有の持ち味を存分に伝える実習を実施している。

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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ 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福祉避難所の指定を受けており、災害備蓄食料と発電機が確保されているが、食数増量とともに福祉避難所としての実際の活用時に対しては引き続き詳細な備えが望まれる。
 ・災害時はもとより日常的な失踪時などにも活用できる貴重な情報源として「緊急時連絡カード」を利用者全員分を整備している。
 ・利用者の失踪捜索時に活用できる区画分けした地域マップを整備している。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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。ボランティアの受け入れと活動では、継続されている「読み聞かせ」や「お出かけ」に加え音楽療法、協力企業の社員が一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。

・福祉避難所として地域の要支援者の把握、緊急時の対応など町内会との調整が求められる。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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。

・日常的に要望・意見の聴き取り努力がされており、家族からの苦情などには迅速に対応している。

・利用者自身からの要望自体は、障害特性から発言者が限られる傾向があるが、今後も引き続き丁寧かつ迅速な対応が望まれる。

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

- ・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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・ホームページの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。
- ・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。
- ・法人内で新たにホーム利用を開始する時に主体的にケース会議を位置づけたり、家庭への送迎時においても積極的な引き継ぎを行っている。書面だけに頼らず対面での説明補足などで細かなニュアンスを共有する努力がなされている。
- ・事業所の変更などサービス内容の変更にとともなう対応マニュアルを文書化し、サービスの継続性や事後対応に配慮している。

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・文書化をすすめる部分で、法人内の研修で位置づけられ、浸透が図られている。
- ・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	㉠ ・ 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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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されている。	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	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。