

〔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) 黒田ドリーム作業所	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:(管理者兼サービス管理責任者) 田中 由美子	定員(利用人数):30名(①10名、②20名)
所在地:〒493-0006 愛知県一宮市木曾川町内割田一の通り12-1	TEL 0586-86-3111

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>【黒田ドリーム】</p> <p>①24年度に開所された新施設により良好な環境と安定した職員との関係が維持されている。</p> <p>①困難であった利用者対応が、外部研修への参加によって安定的な支援関係を築いている。「研修報告⇒実践⇒成果⇄職員で共有」の好循環は職員の意欲向上にもつながっている。</p> <p>②職員配置や異動は本人意向を尊重しながら、現場リーダーとも相談のうえ柔軟に実施している。</p> <p>③生活介護の定員を10名増にするなど地域ニーズに積極的に対応している。</p> <p>④家族への相談援助の必要性と課題が提示されている。利用者の生活環境を改善するためにも積極的対応を期待したい。</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>【黒田ドリーム】</p> <p>①非常勤職員の教育・研修の機会を短時間のOJTも組み込みながら計画・具体化することが必要である。</p> <p>②作業所の考え方やすすめ方及び余暇活動について、家族とのコミュニケーションを引き続き重視し家族の理解を深めることが必要である。</p> <p>③引き続き職員の力量アップと意欲向上に取り組み、同時に中堅職員の計画育成に期待したい。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>評価結果を真摯に受け止め、今後の運営に役立てていきたいと思っております。また、家族アンケート結果においても、親の意見、要望を丁寧に聞き、事業計画等に反映するようになっていきたいし、要望に添った実践の中味にしていきたいと考えます。</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

・12年度に見直しをされた法人基本理念が明文化され、職員、利用者・家族への周知に努めている。  
 ・法人広報に理念、基本方針を掲載しているが、並行して家族への理解を得るための丁寧な取り組みが求められる。  
 ・利用者自身の知的ハンディに配慮し、理念内容を普段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	㉠ ・ 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

・長期計画は法人全体で統一的に共有されている。  
 ・事業計画は文書通知に止まらず、職員の合意形成のための時間確保などの工夫が必要である。  
 ・黒田カフェは就労継続支援B型事業として地域に定着し、クッキーの店内販売など順調に展開されている。  
 ・生活介護の定員を10名に増やし、地域ニーズに沿った事業計画の具体化をすすめている。  
 ・事業計画の策定・周知は各種会議で実施され、利用者にはハンディに配慮し普段の取り組みの中で伝える努力がなされている。

### 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の役割と責任について運営規程に明記している。</li> <li>・外部研修への参加をはじめ積極的に職員研修の機会を設け、職場会議で研修内容の共有化を図っている。</li> <li>・経営や業務の効率化等について職員評価は良いが、具体的な提起をすすめるために管理者業務の軽減が必要である。</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・インターネットをはじめ自立支援協議会や外部の会議・学習会に積極的に参加し必要な情報把握に努めている。</li> <li>・利用状況、事業収支は把握できているが、職員への周知と改善に向けた取り組みが不十分である。</li> <li>・外部監査は実施するには至っていない。</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 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	㉑ ・ 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	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 ・ ㉑ ・ 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 ・ 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 ・ b ・ ㉑

### 評価機関のコメント

- ・人材確保が厳しい状況ではあるが継続した取り組みがすすめられている。
- ・担当職員の意見を聴きながら職員配置を行っている。また、職員の要望に沿って他事業所への異動を実施。
- ・専門研修では「障害の理解」を重視し、研修での学び⇒実践⇒職員会議⇄成果の好循環が生まれている。
- ・教育・研修では年度当初の目標、年度末の振り返りを実施しているが、対象が常勤職員にとどまっている。
- ・実習生は受け入れておらず、今後の課題である。

## 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。定期的なマニュアルの内容確認、啓発活動が必要である。
- ・利用者の安全確保のため事前防止に努め、定期的に避難訓練を実施。感染警報などの情報は責任者会議で共有し、職員全体で対策と対応を行っている。
- ・福祉避難所として発電機と食糧等の備えはすすめられているが、不足分を行政と相談するなどの対策が必要である。

## 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

・カフェくろだは「就労継続支援B型」事業に変更し菓子などの新商品販売などに力を注ぎ、利用者の工賃アップにつながっている。利用者の接客態度も好評で地域に根付いている。  
 ・一宮市の自立支援協議会に参加し、他施設・特別支援学校の関係者との交流・情報交換・ニーズ把握を行い、事業展開・活動をすすめている。

## 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。グループ活動では絵カードや写真を使って選択肢を増やし、利用者意向を汲み取る工夫をしている。  
 ・利用者の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。  
 ・研修会参加報告を職場会議で位置付け、研修内容の共有と実践活用がはじめられている。  
 ・苦情・相談は迅速に対応している。利用者聴き取り、家族アンケートからも職員集団が相談相手として身近な存在になっている。  
 ・意志表明が消極的な利用者・家族に対しては意識的に要望・意見を聴き取る取り組みを継続することが大切である。

### 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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

- ・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。
- ・個別支援計画に基づくサービス提供が、モニタリングによる評価・分析との整合性、反映への努力がすすめられている。
- ・提供するサービスの実施方法について文書化されておらず改善が求められる。
- ・利用者に対するサービスの責任体制は重要事項説明書などに規定され、利用者に関する記録は管理者が一元管理している。
- ・グループホームでの利用者の状況等の把握が不十分である。送迎を含めホームとの連携が課題。

### 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

- ・利用者自身のハンディに配慮し、体験入所や見学などを位置づけ、実感をともなう理解を得るための努力がなされている。
- ・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る。
- ・利用者家族への説明・同意はなされている。
- ・グループホームの入居や一般就労を望む利用者に対しては、関係先との相談、連携により切れ目のない支援を実施している。

### 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	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

- ・定められた手順に従ってアセスメントを実施し、個別支援計画とサービス提供計画が策定されている。
- ・ミーティング、職員会議で利用者の情報共有と支援内容の評価、見直しを行っている。
- ・下請けの内職作業はステップアップが難しい。課題として研究、検討が求められる。
- ・地域生活への移行支援については、グループ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	a ・ ㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	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	㉖ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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。
- ・エンパワーメントに基づく取り組みが実施されているが、支援の基本的な視点を共有するためにも「プログラム」の文書化が必要。
- ・服薬に関してはチェックリストにより確実にいき、薬の変更にもその都度対応している。
- ・生活介護の排泄環境は当事業所の開設により解消され、排泄介助も適切に行われている。