

〔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)きそがわ作業所(「ゆうゆう」含む)	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) 早川 尚江	定員(利用人数):40名(①18名 ②22名)
所在地:〒493-0007 愛知県一宮市木曾川町外割田字西郷西151	TEL 0586-86-3763

③総評

◇特に評価の高い点 【きそがわ福祉会共通】 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。 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。 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。 【きそがわ作業所】 ・利用者を主体とする援助活動は安定した職員集団によって日中活動が支えられ、利用者が定着している。重度心身障害者(児)の利用定員を増やし、市内でも貴重な事業所として評価されている。 ・ひきつづき、事故の無い安全な事業所運営を基本にすすめてきている。 ・事例検討を定期化し成果と課題の共有化に努めている。また、職員の年度目標とふり返りを実施し、個別課題と全体課題を把握しながら職員の質的向上をめざしている。 ・職員の提案により利用者の歯磨きを実施し、口腔ケアによる健康管理を行っている。 ◇改善を求められる点 【きそがわ福祉会共通】 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。 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。 【きそがわ作業所】 ①家族アンケート結果で相対的に評価が低い項目について、引き続き機会を設けて理解を得る取り組みが必要である。 ②非常勤職員の短時間のOJT導入など、職員集団に依拠した取り組みがすすむことを期待したい。 ③フロアでの職員の打ち合わせは利用者のプライバシーに配慮するよう改善されたい。 ④高齢の親・家族に対する権利擁護の課題の具体化が期待される。
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

保護者の方の高齢化に伴い、それぞれの家族・利用者のニーズを把握し、必要な時は他の事業所とも連携を取って、家族・利用者に寄り添った対応ができるよう努力していきたいと思ひます。 また、常勤職員はもちろん、非常勤職員の研修への参加機会を増やし、職場全体で意識や力量を高め、利用者みなさんが安心して楽しく充実した作業所生活が送れることを目指し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。

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

・見直しをされた法人理念、基本方針が明文化されている。 ・新人職員にはオリエンテーションで周知するとともに、実践を通して理念を伝える努力をしている。 ・利用者自身の知的ハンディに配慮し、理念内容を普段の取り組みの中で伝える努力がされている。
--

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

・事業計画は職員・保護者会で配布し周知している。欠席の保護者にも配布している。 ・家族アンケートの設問項目「作業所の考え方やすすめ方及び支援計画について」、家族が十分に納得ができるよう、引き続き丁寧な説明と理解を得る取り組みが必要である。
--

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	a ・ ㉑ ・ 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

- ・管理者として職員の持てる力を十分に発揮するための条件整備など、引き続きの取り組みを期待したい。
- ・法令等を含めた各研修会に参加。職員会議で法令の遵守を周知している。
- ・質の向上は、職員会議を職場内研修と位置付け・実施をし、又、事例検討も始まっていることから今後に期待したい。
- ・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 ・ ㉑

評価機関のコメント

- ・障害者制度の動向など事業環境については、外部の学習会や中央団体から積極的に情報収集し、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 ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・人材・体制についての考えを明示しているものの、具体的なプランについての明示が課題。
- ・人事考課は現場での対応力を踏まえて実施しているが、文書化が必要である。
- ・管理者は職員の「年度目標、年度末の振り返り」に評価・見直しのコメントを添えステップアップを図っている。
- ・事業所での事例検討を定期的実施し、成果や課題の共有を行っている。
- ・法人主催の「障害を知る」研修に非常勤2名が参加。今後も非常勤職員への積極的な働きかけを期待したい。
- ・実習生の受け入れに対応できる職員が複数おり積極的である。

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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・インフルエンザの予防接種希望者は施設で実施。ドアノブなどの消毒と手洗い方法の掲示により罹患者2名に止めている。
- ・避難訓練が行われているが、二階の車いす利用者の安全確保などいくつかのケースを想定した「実訓練」が必要である。
- ・利用者の施設外への飛び出しや事故を防ぐために、昼休み時の見守りなど安全確保を昨年同様はかっている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

・福祉避難所として地域での役割を担っている。
・地域との関係を理念・事業計画で明示しているとともに、「ほのぼの祭り」をはじめ障害者への理解をすすめる取り組みをしている。ボランティアも行事だけではなく日中活動にも係わるなど、定着している。
・障害児の親の会や養護学校などとの連携からニーズの把握に向けた努力がなされている。法人の基幹相談支援事業所「夢うさぎ」と連携し、隠れた地域の課題把握、解決にむけた努力がなされている。
・重症心身障害児(者)の通園・生活介護を行っている「ゆうゆう」の増改築をして定員7名に増員。地域での貴重な受け皿となっている。

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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

・利用者尊重や人権について各計画に明示している。
・利用者自治会や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、短期入所希望も一日から応じている。
・利用者自身のハンディに配慮し、面談あるいは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。

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

・評価結果に基づく改善計画を事業計画に位置付け取り組んでいる。
 ・提供するサービスについて標準的な実施方法の文書化が必要。
 ・提供するサービスについては、ケース検討やフロア会議で情報共有するとともに、見直しを図る努力がなされている。職員の提案で歯科医から口腔ケアの指導を受けて、新たに生活介護の利用者の歯磨きの取り組みを始めている。
 ・提供するサービスの実施や責任体制については文書に明示している。利用者に関する記録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	㉠ ・ 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

・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。
 ・利用者自身のハンディに配慮し、理解を得るための見学や体験利用などを位置づけている。
 ・退所者はいないが、移動支援の利用で休日の余暇活動が楽しめるよう提案するなど、事業所外での生活面にも配慮している。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

・アセスメントのフォーマット化など内容の見直し作業を実施している。
 ・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が検討されており、利用者の主体性を尊重した取り組みに期待したい。

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

・聴覚障害者との意思疎通は簡単な手話や身ぶりを交えて行っている。絵カードを使つての工夫など引き続きおこなわれている。

・給食メニューの意見ボックスを設置し、利用者のオーダーに応えている。

・健康管理ではケガや病気の状況を共有する努力がされているとともに、調理部職員が、昼食時の服薬管理に積極的に関わっている。

・排泄介助は適切に行われている。

・土曜日はレクレーションを中心に利用者が楽しめる企画、取り組みを増やしている。