

## 〔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：株式会社 中部評価センター (認証番号:21地福第785号)
訪問調査 実施日：平成23年 1月19日(水)

#### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人けやきの会 (施設名) けやき作業所	種別:(施設種別) 生活介護、就労移行支援事業 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 橋本 喜己	定員(利用人数):40名
所在地:〒472-0046 愛知県知立市弘法山町弘法山43-5	TEL 0566-82-5700

#### ③総評

##### ◇特に評価の高い点

行政単位としての市の規模が小さいため、市内に唯一の知的障害者のための大型施設を持つ法人であり、行政からの大きな期待と信頼を受けている。元保健センターだったという場所を使って作られた事業所は住宅街の中にあり、地域でも知られており、地域への密着性は高い。

「主人公は利用者であり、本人が来たいと思う施設でありたい、できることはやってみよう、できないことは時間をかけて少しずつやってみよう」という管理者の思いが伝わってくる。

利用者が日々の作業に一生懸命取り組めるよう、またつかの間の休息を楽しめるよう、職員は毎日取り組んでいる。そのような中で、自分たちの現在を把握すること、これからやっていかなければならないことを明確にしようという動きが生まれ、第三者評価の受審につながった。第三者評価の制度や自己評価のシステムをを使って、職員全体で施設を良くしていこうという流れが発展していくことを期待したい。

##### ◇改善を求められる点

組織として、事業の中・長期展望がよりはっきりして毎年の事業計画へ反映されていくよう期待したい。

職員の教育訓練と考課のしくみには、今後も改善する部分が残されていることを施設としても把握しているので、整備を続けていただきたい。

サービス実施の方法や、その方法に基づいて実施できたかどうかを把握するのは、施設が適切なサービスを提供するために必要なプロセスである。手順の作成や周知、評価などについては、施設全体のプロジェクトとして取り組むことで、各職員の意識の向上も図られよう。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

結果を真摯に受け止め、改善を求められる点について、職員で確認しあい、一つずつ計画を立てて改善を図っていきます。

#### 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

### 評価機関のコメント

理念は文書化されているが、見やすい場所に掲示する等の工夫があるとよかった。基本方針は文書化されているが、職員の行動規範となる内容としてよりいっそうの検討をお願いしたい。  
事業計画の配布、説明を行うなど理念や基本方針を周知する取り組みが行われているが、周知状況を確認するなど継続的な取り組みが必要である。保護者会で保護者、利用者へ資料を配布し説明するなど取り組みは行われているが、周知状況を確認する等、継続的な取り組みが必要である。

### 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

### 評価機関のコメント

中長期計画は策定されているが、評価見直しが十分ではない。事業計画は中長期計画の内容を反映しているが、具体的な目標設定には至っておらず、よりいっそうの明確化をお願いしたい。  
事業計画の策定には、職員にアンケートを実施する等の取り組みが行われている。  
保護者、利用者、職員に事業計画を配布、説明する取り組みが行われているが、周知状況を確認するなどの継続的な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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者の役割、責任は運営規定に明記されているが、職員等に表明する具体的な取り組みをお願いしたい。  
 法令について、研修会に参加する等の取り組みは行われているが、リスト等を作成して関連法令を明確にしておく等の取り組みをお願いしたい。  
 管理者は、年1回職員と面談して要望を聞き、職員配置に役立っている。

### 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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

利用者の出勤率の把握、仕事の受注量の把握等、具体的な数字で的確に把握されている。また、市役所、学校等により利用者数の変化等を把握している。月次収支を職員会議で話し合い、改善すべき課題を抽出する等の取り組みが行われている。しかし、すべての職員に周知する取り組みは不十分である。  
 公認会計士がいる会社と契約し、中間及び決算時にチェック、指導が行われ適切に対応している。

#### 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 ・ b ・ ㉑
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 ・ ㉑

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 ・ (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	a ・ (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	a ・ (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) ・ 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 ・ b ・ (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) ・ c

### 評価機関のコメント

具体的な人材に関するプランがなく、教育・研修に関しては、その都度、案内のあった研修に参加するにとどまっている。体系的な教育システムの構築と共に、職員個々に教育計画を作成する等の取り組みが望まれる。給与規程により、給与基準は文書化されているが、人事考課の基準はなかった。職員の就業状況は把握されているが、それを改善する仕組みが確認できなかった。県共済への加入、インフルエンザの予防接種費用の補助等の取り組みが行われている。職員の希望を聴取する等の取り組みが明確でなかった。実習生に関して、担当窓口が設置されているが、受け入れ等に関するマニュアル整備等が望まれる。

## 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	a ・ (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 ・ (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	a ・ (b) ・ c

### 評価機関のコメント

緊急時、事故発生時対応についての文書化がなされている。しかし、組織体制が不十分であった。消防計画を作成し、消防訓練が行われており、食糧の備蓄も行われていた。一元化したマニュアル等の整備が望まれる。事故報告書の作成、ヒヤリハットを行う取り組みが確認できた。安全確保について仕組みの整備、継続的な取り組みをお願いしたい。

## 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 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	(a) ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	a ・ (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 ・ (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	a ・ b ・ ㉔
	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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

バザーの出店、祭りへの参加、成人式を行う等、地域との交流が積極的に行われ、施設の印刷物の配布も行われているが、地域のニーズが把握されておらず、地域へどんな支援をしたらよいかに苦慮している。ボランティアの窓口はあるが、受け入れ手順は未整備である。

市役所や社協など関係機関と定期的な連携に努めているが、具体的な課題を挙げての取り組みは確認できなかった。地域住民に対して、具体的な福祉ニーズの把握につながる取り組みも、よりいっそうの検討をお願いしたい。

利用者の自立希望、利用者の親の高齢化などによって、ケアホームを設置する取り組みが確認できた。

## 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

### 評価機関のコメント

利用者尊重の仕組みは理念方針にある。年1回の個人面談や毎日の連絡帳などで、要望を把握している。仲間の会(自治会)があったが現在休止状態であり、利用者の意見が直接つかめるような仕組みとして、何らかの形で再開されることを望みたい。

プライバシーを保護する規程はあるが、聞き取りをした際に、その存在について確実な認識が十分でない点があった。組織として実施はしているが、その仕組みの明確化・文書化がこれからの課題になっている。

### 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

グループ単位での個別の事業内容の評価は行われている。組織全体での質の評価、その後の改善計画の作成・実施を、この第三者評価をきっかけとして取り組んでいく予定である。

トイレ清掃マニュアルや、だれがどんな食事形態になっているかを理解する資料など、作成されたものもあるが、サービス実施手順に未整備のものもあった。必要と思われる(作成が急がれる)手順、基準等を再度見直す必要がある。

日々の記録の作成、保管や共有はおおむね適切であったが、記録の保管責任やその管理のルールはさらに検討する必要がある。

### 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 ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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	施設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 ・ ⑥ ・ c

#### 評価機関のコメント

養護学校への情報提供や、実習を受け入れたり、見学に応じたりして理解促進につとめている。「利用者がわかりやすいようにどんな表現にしたらよいか」について、今後も検討を続けてもらいたい。

### 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 ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ c

#### 評価機関のコメント

計画は毎年作成されている。中間と年度末で2回評価も行われている。ただし、アセスメントを定期的に確実に実施することはできていないところもあった。アセスメント→計画作成→実施→評価→再アセスメントの流れはしっかりつかんでもらい、プラン作成の手順も明確化しておくことが必要となる。

### 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 ・ ① ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	a ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ 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	② ・ 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	a ・ ㉔ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉔ ・ 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
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			0
	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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

障62、63、64、67、69、70、71、76、77、78は非該当。  
 食事は外部委託している。委託先と協力して適温適食の提供、給食会議、嗜好調査、残菜調査などの定期的実施を検討してもらいたい。  
 排泄援助について、トイレ清掃マニュアルはあったが毎日実施を確実にする仕組みを作る必要がある。  
 薬は自己管理できない利用者は1ヶ月分預かることになっている。預かるのであれば保管のルール、使用状況の確認ができる仕組みを作る必要がある。