

## 〔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2月26日(土)

#### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 くるみ会 (施設名) 西尾作業所	種別:(施設種別) 知的障害者通所授産施設 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 山口 昌司	定員(利用人数): 49名
所在地:〒445-0031 愛知県西尾市家武町深篠96番地	TEL 0563-52-2565

#### ③総評

##### ◇特に評価の高い点

昭和56年に設立されて以来、事業所は地域の福祉ニーズに応え、利用者一人ひとりの尊厳を大切にサービスを提供してきている。管理者は利用者へ提供するサービスの質の向上に前向きであり、利用者本位に検討し把握した課題の改善に取り組んでいる。その取り組みは、法人・事業所の理念や運営方針を基に行われており、具体的な事業計画に反映した事業所全体のものとなっている。

事業所と行政・地域との連携は円滑であり、関係機関との連携強化にも積極的な姿勢がうかがえる。具体的には、教育機関からの実習生や体験の受け入れ、地域の行事への積極的な参加があげられる。

利用者が事業所を退所した後も必要に応じて家庭訪問を行い、退所後に利用する福祉サービスへの情報提供や相談支援センターとの連携などの支援も見られる。長い歴史を持つ事業所であり、地域の福祉ニーズに応じてきた実績も持ち合わせ、地域の福祉拠点となりうる事業所であることから、今後の事業活動・サービスの質の向上に向けた取り組みに大いに期待したい。

##### ◇改善を求められる点

事業者の運営や提供するサービスの質の向上について、職員の質の向上に向けた取り組みは不可欠である。経験年数の少ない職員が多い状況があり、OJTによる指導や必要な研修の受講など、スキルアップのための計画的な取り組みに期待したい。

現在の事業所の大きな課題は、本年10月に迎える新体制への移行であろう。体制移行後に、利用者の事業所での日常生活に影響が出ないよう、スムーズな移行が望まれる。その他に数項目について自ら課題を抽出していることから、改善計画を策定して暫時改善の取り組みにつなげていくことを期待したい。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価いただきありがとうございました。  
間もなく新体系に移行するにあたり、改善点にあげられた弱点であることを再認識し、取り組んで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。

(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	㉠ ・ 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

基本理念は明文化しており、事業計画やパンフレットに記載している。運営方針も同様に策定しており、利用者に対する姿勢・サービスの質の向上・地域の福祉拠点としての事業所の在り方など明確にしている。職員や利用者に対しての周知に向けた取り組みもある。

### 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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

### 評価機関のコメント

法人(くるみ会)全体の計画が策定されている。23年度の新法への移行・事業所の新体制への移行を、スムーズに行えるよう取り組んでいる。単年度の事業計画は明確な方針が記載され、サービスの質の向上に向けた取り組みが明示されている。職員や利用者に対しての周知に向けた取り組みも課題として捉え、前向きに取り組んでいる。

## 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	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

管理者は自身の役割や責任について正しく理解しており、日常の業務に取り組んでいる。組織上でも新たに副管理者を置くことで、管理者の立場をより明確にしている。サービスの質の向上に向け問題意識を持ち改善に向け取り組んでいる。

## 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 ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

市の福祉課との連携により、定期的な会議を持ち情報の収集に努めている。委託された相談支援事業があり、地域の福祉ニーズの把握に努めている。  
経営状況の把握・課題の改善に向け、税理士から会計士への切り替えを検討している。

### 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 ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

必要な人材についての具体的なプランが在るわけではないが、必要に応じ育成している。事業計画にも研修や資格取得について記載しており、前向きな取り組みとなっている。職員の福利厚生についても積極的に取り組んでおり、様々な行事が企画されている。実習生の受け入れについては、体制は整備されているが要件にあう指導者がいない状況であり、早急な対応が必要である。

## 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

緊急時の連絡や対応についてのマニュアルが整備されている。地域のハザードマップにより、危険箇所を把握している。年2回の避難訓練の実施があり利用者に向け避難場所の写真を張り出すなど、わかりやすくする工夫もある。事業所内の避難経路に物を置かないようにするなどの日常的な取り組みもある。

## 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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉑ ・ 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	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	① a ・ 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	① a ・ 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	① a ・ 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	① a ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

管理者は利用者と地域の係わりを大切にしており、様々な地域行事に積極的に参加している。ボランティアの受け入れも事業計画に盛り込み、事業所として明確な姿勢を示している。関係機関との連携は適切に行われており、行政との定期的な話し合いの機会が確保されている。市との連携により地域の福祉ニーズの把握に努めており、事業活動に反映している。

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

### 評価機関のコメント

管理者・職員は利用者のプライバシーや尊厳を尊重して日々の業務にあたっている。静養室には観葉植物を配する、また食事に対しては嗜好調査を行うなど利用者本位の改善や工夫がなされており、利用者満足の上昇に取り組んでいる。利用者や家族の意見や相談に適切に応じるために手順が定められている。苦情解決についての仕組みも構築されており、公正を期すための第三者委員の設置もある。

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

サービスの質の確保に向け、第三者評価の受審による課題の抽出・改善に向けた取り組みに繋げる姿勢がある。個々の利用者についての個別支援計画書が作成され、職員間で共有できる仕組みがある。今後の課題も把握しており、改善のための個別支援計画作成委員会が設置され、様々な検討が開始されている。

### 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	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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

利用希望者に対しての事業所が提供出来るサービスについての情報提供は、ホームページやパンフレットを媒体として実施しているが、写真や動画を提供出来るようにCDROMを作成し説明に使用している。移行後の事業所への情報提供や就労による退所者には家庭訪問を行っている。

### 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

アセスメント手順が作成されており、支援計画は利用者本位に策定され、定期的な見直しも手順どおりに行っている。利用者の状況は常時把握するよう努めており、必要に応じた見直しも実施されている。

### 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	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

利用者とのコミュニケーションに配慮があり、信頼関係の構築に取り組んでいる。利用者の嗜好調査を実施しており、提供する食事に反映している。排泄支援も適切であり、プライバシーの確保に配慮しトイレは清潔に保たれている。適切な医療が受けられるよう協力医療機関も確保しており、投薬管理については法人内の他事業所の看護師の協力も得られている。現在、新聞や雑誌などを利用できるスペースは事務所の一角に設置されているが、利用者が作業所内でくつろいで過ごせる環境を提供出来るよう検討している。