

## 〔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) くるみ園	種別:(施設種別) 知的障害者通所更生施設 (基準の種類) 障害者福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 今井 雅太	定員(利用人数): 30名
所在地:〒445-0031 愛知県西尾市家武町深篠67-1	TEL 0563-52-2565

#### ③総評

##### ◇特に評価の高い点

理念や基本方針、事業計画など、すべては利用者のために取り組むことではあるが、実際に取り組むのはそこで働く職員である。当施設では、施設職員にとって働きやすい環境作りが自然体でなされていることが、管理者からの話の中で随所に伺えた。さらに働きやすさに加えて、働きがいということにおいても職員教育の分野で明快に伺うことができた。

障害程度の重い利用者を積極的に受け入れ、ダンス等とおした運動プログラムや乗馬体験など、他施設ではあまり無い取り組みがなされている。また、障害程度の重い利用者においても積極的な地域移行が行われている。

##### ◇改善を求められる点

基本理念や基本方針を満たすために、具体的な取り組みを示す事業計画は策定されているものの、その多くが同法人の他施設に準じており、施設独自の色という点において課題がみられた。この件に関しては、23年度からは施設独自の事業計画を作成すると表明されている。中・長期計画を含め、当施設の特徴を存分に活かした計画を策定し、さらにはそれらの計画が利用者支援により活かされることを期待したい。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価2回目を受けることになりました。前は恐る恐るでしたが、サービスの質を上げる「気づき」を得るいい機会ということで、評価員の方としっかり、よい面悪い面をお話させていただきました。

今回の課題として、重度の方への同意をいかに受けていただけるか、コミュニケーションをいろいろな形で工夫することで意志を見つけ出ししていく必要を感じました。

#### 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	a ・ ㉠ ・ c

### 評価機関のコメント

理念、基本方針ともに事業計画等にて明文化されており、利用者の主体性を尊重し、福祉サービスの充実・向上を目指していることが明瞭に明瞭にされている。また、職員に対しての周知においては、常勤職員に加え非常勤職員も職員会議等に積極的に参加し、理解するよう努めている。利用者等への周知についても、わかり易いよう読み仮名をふった案内の掲示や配布といった取り組みにより周知されている。利用者がどこまで理解できるか非常に難しい取り組みではあるが、この点については困難を克服し更なる取り組みが期待される。

### 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	a ・ ㉠ ・ c

### 評価機関のコメント

事業の新体系移行への準備段階であり、移行へ向けて法人の中・長期計画が明示されていた。この中・長期計画は法人を取り巻く環境として収支計画が根拠となっており、環境面、職員研修、実習生への受け入れ等課題やビジョンがわかり易く明示されていた。この計画の策定には、職員からの意見も多く取り入れられている。  
22年度までは西尾作業所に準じて作成されていた事業計画であるが、23年度からは施設独自の色を出していくということから、施設独自の計画を策定する方針である。職員、利用者ともにこれらの計画を周知する体制は整っているが、理念等と同様に、利用者への周知については更なる取り組みが期待される。

### 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	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	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者自らの役割と責任については組織責任権限規定に定められているが、管理者が職員と近い距離で関わっていききたいという思いから、職員一人ひとりに浸透していない。この考えのもと、いかに職員に周知し役割等を明確にしていくか、今後に期待したい。

保護者を交えての懇親会等により、積極的にサービス向上のために指導力を発揮している。しかし、経営面について、コストカットに関しては積極的な取り組みが伺えるものの、収入増加に伴う取り組みとしてはやや積極性に欠けるものであった。

### 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

連絡帳や自立支援協議会等での情報を情報源として、積極的にニーズを取り込んでいる。また、これらの情報を持ち寄った経営者会議では、明らかになった課題や改善点をしっかりと分析している。

外部監査については税理士による監査を実施しており、必要に応じてアドバイスを受ける体制は整っているものの、十分に活かされていないため有効活用できるよう今後に期待したい。

#### 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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ b ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

必要な人材については、具体的なプランに基づき適材適所に配置されている。定期的な職員との面談により、職員の就労状況や意向を積極的に把握するよう努めており、特に休日の取得については特段配慮がされていた。

健康診断や予防接種など職員の健康面にも十分配慮されているとともに、年に数回実施されている親睦会については、職員の良い息抜きとなっている。さらに、職員の研修については、明確な基本姿勢の下、職員が自ら受講したい研修をプレゼンし、研修後は全職員に報告書を配布している。報告書については管理者が目を通し、研修の効果がより大きな成果として表れるような体制を整えている。

## 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

インフルエンザ等の感染症をはじめ、安全運転研修や利用者の無断外出にいたるまで、施設として考えられるあらゆるリスクを回避するための十分な対策がとられている。火災や震災に備えての定期的な訓練が実施されており、食料や水の備蓄も確認できた。

## 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	① ・ 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	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	① ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

施設周辺には一般の民家はないが、地域に開放したダンス教室の提供や、移動喫茶、地域の川の清掃など、様々な活動を通して地域との密接な関係を作り上げている。ボランティアの受け入れについては、事業計画にて明確に示された基本姿勢のもと、その意義や受け入れ方法がマニュアルに明記されていた。

関係機関との連携については、自立支援協議会への参加や西尾市福祉連合会と共同で行事を行ったりしており、関係機関との連携は十分である。さらに、グループホームのバックアップ施設になっていることもあり、利用者の将来像(ニーズ)を見据えた個別支援計画が策定されていた。

## 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	① ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

プライバシー保護については、倫理綱領等で文書化されるとともに手引きにて周知されている。利用者家族とは常々、連絡帳等を通じて綿密な情報交換を行っている。苦情解決は当然のこと、利用者、家族からの意見(要望等)への対応手順についても手引き化されていることが確認できた。

利用者満足向上への取り組みについては、利用者、家族の要望を受けて、暖房便座への切り替えを実施するなど改善への取り組みが行われた。

### 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

サービスについて自己評価を実施すると共に、定期的に第三者評価を受審している。前回の受審での評価結果を受けて、理念等が整備されるきっかけとなった。提供されるサービスの多くが、読みやすいかたちで手引き化されていると共に見直しも実施されている。

今回のヒアリングにて、避難訓練の実施方法等の変更を行ったことが確認できた。利用者に関する記録も整い、共有できるシステムとなっているだけでなく、記録、データの持ち出しを禁止していることを確認した。

### 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

他施設への移行については、該当施設の説明会に職員が同席すると共に、施設の側から対象となる利用者へ様子を確認するための連絡を入れるなど、丁寧な取り組みがなされていた。

### 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

アセスメント及び支援計画についての手順書があるだけでなく、作成、モニタリング、評価、変更等が適切に実施されていた。地域生活への移行については法人全体で積極的な取り組みがなされ、バックアップ施設となっているだけでなく、今年度も1名の移行を実現した。

### 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	㉠ ・ b ・ c
	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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

利用者支援においては外出、買い物、公共交通機関の利用等の社会経験を促す活動に加えて、乗馬訓練が行われていた。また、食事支援においては刻み食だけでなく、肥満傾向への対応、喫食場所を個室に設定する等の環境上の配慮、拒食傾向への対応など各々の状態に応じた対応をしている。

排泄支援においては、プライバシーの確保と共により快適な環境となるよう改修計画を立てている。健康管理については、日々の管理を適切に行っている上、緊急時の通院は職員が行っている。