

〔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： 福祉経営総研<br>(認証番号:23地福第61-5号) |
| 訪問調査<br>実施日： 平成24年3月12日(月)         |

②事業者情報

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 名称:(法人名) 社会福祉法人榎の木福祉会<br>(施設名) 榎の木園 | 種別:(施設種別) 障害福祉サービス事業所(生活介護・就労継続支援B型)<br>(基準の種類) 障害福祉施設 |
| 代表者氏名:(管理者) 橋本昭一                    | 定員(利用人数): 40名  |
| 所在地:〒494-0018<br>愛知県一宮市富田字若宮前17番地   | TEL 0586-62-8202                                       |

③総評

|  |
|--|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>・社会福祉法人榎の木福祉会は、尾西市(現一宮市)を中心とした地域の心身障害者の福祉増進を目的とした「親の会」が始まりである。そのため、法人設立当初から地域の福祉ニーズを大切に、入所施設、生活介護事業、就労継続支援事業等多岐にわたり、ニーズを踏まえながら事業展開が図られている。現在では、地域の障害福祉を支える重要な役割を担っている。近年では、一宮市と協力し、「療育サポートプラザ」を開設する等、常に時代と地域のニーズを把握しながら、地域の障害福祉の発展に努められている。榎の木園でも、こうした法人の基本理念を軸とし、地域との交流を大切に、地域のニーズに根ざした事業所として、平成元年に開設された。現在でも、榎の木園の特性を活かした、事業所独自の基本理念を明示し、事業展開が行われている。</p> <p>・榎の木園では、開設時より重症心身障害者の受け入れを行っており、それが榎の木園の障害福祉サービスの事業の特色の一つでもある。そのため、事業所で行われている支援は、個別支援を大切に、利用者一人ひとりの障害や性格等に配慮しながら、一人ひとりが充実して事業所での生活が送れるよう、日々の支援の方法に工夫がされている。利用者の仕事への取り組みでは、一人ひとりの生活のリズムや習慣等に配慮しながら、仕事へ取り組みやすいよう、一人ひとりに合った仕事の仕方を模索し続けている。そこには、利用者が仕事を通じ、達成感を感じてもらい、少しでも利用者の意欲向上に繋がらせたいという事業所の熱い想いが込められている。それは利用者にも伝わり、多くの利用者から自分の仕事に責任を持ち、熱心に取り組む姿が見られた。こうした利用者の姿は保護者からも「事業所で仕事をする姿をみて、新たな一面を知ることができた」といった声も聞かれている。</p> <p>・地域との関わりを大切にしたいという想いは、現在も引き継がれており、事業所主催の「かしの木フェスティバル」や地域のバザー、コーヒーの移動販売等、積極的に地域との関わりが設けられている。その他にも、事業所に関する情報誌を定期的に発行したり、ホームページを開設する等、事業所の活動を地域へ発信もしている。これらの地域との交流は、利用者も大変楽しみにしており、コーヒーの移動販売の話を楽しそうに話してくれる様子が大変印象的であった。今後も様々な企画を立案し、ますます地域と利用者との交流の機会を図っていただきたい。</p> |
| <p>◇改善を求められる点</p> <p>・現在の榎の木園の運営体制は、職員個々の裁量にゆだね、運営が行われている。そのため、事業所としての方針や計画が曖昧な点が多く、管理者や職員の責任の所在が不明確にもなっている。そこには管理者がリーダーシップをとり、事業所全体で運営できる仕組みづくりが行われていないことが大きな影響を与えている。経験の長い職員も多く、それらの経験が事業所運営において有益な点はあるが、個々の職員の裁量にゆだねた体制では限界がある。現在、事業所として統一されたサービスが定まっておらず、そのためマニュアルや記録等の書面の整備も十分とは言えない状況である。またそれが要因となり、職員間の利用者等に関する情報の共有化も確保されにくい状況にも置かれている。</p> <p>今後、地域ニーズの更なる高まりに伴い、榎の木園に対する期待も一層、増大することは確実である。そうした中で、個人技として行う支援から脱却し、組織体としての支援のシステムを確立させることが榎の木園の全てに通底している課題であり、早急に改善を検討することが望ましい。</p>  |

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度初めて第三者評価を受け、当事業所の強みや苦手とする点を客観的に知る機会となり、大変有益なものであったと感じております。

地域ニーズに応えるべく、「樫の木園」、「ふらっと」と事業展開を行い活動範囲が拡大していきました。その一方、管理者に与えられたリーダーシップや責任性、及び目的を持ったチームワークと組織の構築、さらに各スタッフの役割が不明瞭になっており、そのためチーム全体として考え方や価値観の情報等の共有について弱さがあったと感じました。

今後この課題について、広がりのある地域ニーズに対応していくためにも、管理者をはじめチームとして各スタッフが支援についての共通認識を持ち、同じ方向を向いて地域の障害福祉サービス支援を行い、組織体としての支援システムの構築を進めていきます。

#### 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 | Ⓐ ・ 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 | a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

・社会福祉法人榎の木福祉会として、理念が提示されており、それに基づいて事業所としての理念・基本方針が決められている。法人との整合性を図り、事業所としての想いや考えを取り入れた内容になっている。現在、パンフレット等にも事業所の考えを記載し明示しているが、理念・基本方針として分かりにくい点もあるため、今後は記載の仕方について検討されることが望ましい。

・職員へは、職員会議や日々の業務を通して、事業所の理念や基本方針の声掛けがされており、周知に向けた取り組みが行われている。ただ、周知への取り組みは、声掛けが主なものであり、現状の取り組みのみでは、職員理解を図る点で不十分である。今後は、理念や基本方針がより明確に理解されるよう、わかりやすく書面化する等工夫をされることが望ましい。また、利用者等に関しても様々な機会を通じ、周知の取り組みが行われているが、現状では十分な周知・理解までは至っていない。今後は保護者会等を活用し、理念や基本方針についてわかりやすく説明を加える等より理解が促されるような工夫をされることが望ましい。

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

## 評価機関のコメント

・法人内に中長期計画策定の委員会が設置されており、中長期計画検討会議が開催され、記録がされている。現在も中長期計画に基づき、進行中である。事業所独自でも、主に事業所の設備面(トイレ改装、エアコン設置等)に重点を置き、中長期計画が策定されている。事業計画は、法人及び事業所独自の各中長期計画を踏まえ、年度ごとに策定がされており、「年間事業計画」として書面化もされている。現在中長期計画、事業計画とも福祉サービスを中心とした計画内容となっており、策定内容が不十分な点がある。今後は、檜の木園の組織運営の体制、職員体制、人材育成等についても、検討を重ね、計画内容へ組み込んでいくことが望ましい。

・職員へ周知が現在は書面配布のみであり、今後は職員会議で定期的に取り上げ、計画の実施状況を確認する等、周知徹底に向けた取り組みを検討されると有効である。

・利用者等への周知にあたり、年間行事計画と混合されている面がある。今後は利用者等が理解しやすいようにわかりやすく、明確に伝えられるよう周知の仕方等について検討されることが望ましい。

### 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 ・ ② ・ 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 ・ b ・ ③ |
| 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c |

## 評価機関のコメント

・管理者としての責任や役割を表明し、事業所運営にあたり明確な考えをもっているが、事業所運営全般に渡り、考えに基づく管理者としての指導力が十分に発揮されておらず、特に現状として職員へ周知が十分に図れていない点がある。今後は、管理者の考えを書面化し、定期的に会議で取り上げる等、積極的に職員への理解を図るための取り組みを検討されることが望ましい。

・管理者として、遵守すべき法令等について正しく理解する取り組みが行われているが、職員への働きかけが不十分である。今後は関係法令等のリスト化、職員への勉強会等積極的な働きかけに取り組まれることが望ましい。

・管理者として、職員会議を通じ職員の意見を取り入れ、また職員接遇、人権擁護、虐待等に関する課題等を書面化し、毎朝職員へ配布する等、職員全員に周知できるよう工夫を凝らし取り組んでいる。事業内容の効率化や改善に向けては、管理者として想いを強くもっているが、現状として管理者の想いが具体的な取り組みとして明確にされておらず、そのため職員へも十分に伝わっていない点がある。今後は質の向上に向け、事業所全体で取り組むための体制を事業所内に構築し、またそれらの取り組みにおいては、管理者自らが積極的にリーダーシップを発揮し、主体的に参加する等、管理者の指導力を発揮されることも望まれる。

## 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    | a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c |
| Ⅱ-1-(1)-③                   | 外部監査が実施されている。                  | 障 16    | a ・ ② ・ c |

## 評価機関のコメント

・事業経営については、法人全体の中で経営会議や運営会議が開催され、事業経営に関する動向の把握や法人の財政状況や事業等の報告が行われ、的確に経営環境についての情報収集が行われている。  
 ・事業所でも法人の会議の内容については、職員会議等で報告がされ、周知が図られているが、現状では報告された内容について、事業所内で十分に活かしきれていない点がある。今後は課題改善の組織的な体制の構築に向け、検討することが望ましい。  
 ・専門家による外部監査が実施されている。今後は外部監査の結果を踏まえ、それを活かせるよう改善に向けての計画の策定、計画の実施、見直し等の取り組みが行える体制づくりをされると有効である。

## 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 ・ ㉔ |
| 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ |
| 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 ・ ㉔ ・ c |

## 評価機関のコメント

・人事管理体制は、法人の配置基準に基づき、人材育成計画や職員配置図等が作成され、事業所として求める人材についても明確な考えをもっている。現在、それらの基本的な考えが書面化がされておらず、そのため職員への周知が十分に行われていない状況にある。今後は書面化をし、職員への周知を徹底されることが望ましい。  
 ・今年度から人事考課が導入され、考課基準を設け、職員面接も実施されている。現在、檜の木園ではより客観性を高めるため検討が重ねられており、今後の取り組みを期待したい。  
 ・職員の就業状況は、出勤簿、勤務表、有休等の記録等を活用し、状況把握に努めている。また必要に応じて、職員へ指導をするなど職員の就業環境に配慮がされている。福利厚生は、定期的な健康診断の実施や互助会等、法人全体で体制が確立されている。  
 ・職員の育成及び研修に関する基本的な考えをもっているが、これらの考えは現在、管理者のみが把握しており、職員への積極的な明示は行われていない。今後は人材に関する基本的な考えを書面化し、職員へ周知し、それに基づいた個々の研修計画の策定といった仕組みをつくることを検討されることが望ましい。  
 ・現在の職員の研修にあたっては、管理者の基本的な考えと個々の職員の意向を踏まえ、管理者から必要に応じて研修の受講を個々の職員へ勧めるといった形で研修計画が実施されている。研修計画に関する書面を作成し、研修計画の具体化を図ることが望ましい。  
 ・現在、研修報告書が作成され、研修の評価が行われている。今後は研修を活かすためにも、報告書を職員全員に周知し、内容を検討するような機会を定期的に設ける等、職員参画の研修計画の評価・見直しの仕組みづくりを検討されることが望ましい。  
 ・実習生の受け入れにあたっては、マニュアルが作成され、定例会議を通じて職員間の情報共有を図られる等の取り組みが行われており、現在も受け入れ体制の整備にむけた検討が続けられている。

## 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 | a ・ ㉑ ・ 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 | a ・ ㉑ ・ c |

### 評価機関のコメント

・利用者の安全の確保は、基本的なサービスの提供であり、利用者及び家族から強く望まれていることでもある。そのため、安全確保のための体制を整備することは事業所としての責務であり、サービスの質の向上を目指す点からも、事故防止に向け積極的な取り組みが必要である。現状としては、これらの点を十分に満たすには、取り組みとしては不十分であり、今後はより積極的な取り組みに向け、検討を重ねられることが望ましい。

・事故防止対応マニュアル、緊急時対応マニュアル、ヒヤリハット等が作成され、避難訓練等も定期的実施されているが、マニュアルについては具体的な対応の仕方等が明記されておらず、不十分点があり、マニュアルとして十分に整備がされていない。

## 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                    | 施設が有する機能を地域に還元している。                | 障 29 | a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 | a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 | a ・ ㉑ ・ c |

### 評価機関のコメント

・事業所主催の「かしの木フェスティバル」や地域のバザー、またコーヒーの移動販売など、積極的に地域との関わりをもつための機会が設けられている。これらの取り組みは、年度始めに計画がされ、事業所として継続した活動が続けられている。また事業所に関する情報誌を定期的に発行したり、ホームページを開設する等、定期的に事業所の活動内容を地域に発信している。その他、地域からの相談事業も行って、地域に開かれた事業所づくりに努められている。

・近隣の関係機関とも定期的に会議を設け、連携が図られている。それらの関係機関に関しては、連絡先等必要事項がまとめられたリストが作成されているが、職員への周知が十分でない点があり、周知の仕方を検討されると有効である。

・地域の福祉ニーズは、法人の他の事業所からの情報収集や、事業所独自の相談業務を通じて、ニーズの把握に取り組んでいる。今後は事業所独自でも「かしの木フェスティバル」やバザー等定期的な地域での活動を利用し、地域ニーズを把握する機会を増やすことも有効である。

## 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ b ・ ③ |
| 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c |

#### 評価機関のコメント

|   |
|---|
| <p>・サービスの質を確保するための取り組みとしては、職員が外部の研修会に参加し報告書を提出するなど、職員個々では主体性の尊重やエンパワメントの理念に基づくQOL向上への積極的な取り組みもみられる。しかし、事業所全体としては具体的な実施の計画立案がされておらず、取組としては不十分である。</p> <p>・利用者満足に関する調査は実施されているが、調査結果を活用し、事業所運営や支援方法の改善に結びつける仕組みが整備されていない。今後は、満足度調査実施後、事業所全体で継続して改善、評価、見直しが行える仕組みを、早急につくることが望ましい。</p> <p>・事業所では、利用者等からの要望に対し相談に応じる等、意見や相談に対応をしている。今後は、相談窓口に関する掲示や、書面の配布等を活用し、事業所全体で利用者等に対し、相談しやすい体制があることの通知を検討されると有効である。</p> |
|---|

### 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ b ・ ③ |
| 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 ・ ② ・ 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 | a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 | a ・ b ・ ③ |

## 評価機関のコメント

・提供するサービス内容について、定期的な職員会議で話し合いが行われ、記録もされている。課題を検証し、改善策や改善計画の立案には至っておらず、定期的な評価を行う体制としては不十分である。事業所全体で継続的に改善課題の発見、対応が行える仕組みをつくるよう検討することが望ましい。

・現在の檜の木園の支援方法は、担当する職員間で話し合いながら、実施されている。利用者個々の状況に応じ、適切な援助を行うことは重要であるが、事業所として一定のサービス水準を担保するためには、事業所として統一された実施方法を確立できるよう取り組まれることが望ましい。

・利用者に関する記録は「個人記録」等により行われているが、利用者に関する記載内容が少なく、記録としては不十分である。今後は利用者の日常の様子、健康状況、配慮すべき事項、支援計画の実施状況等具体的な内容となるよう記録する事項、記録の仕方等について検討することが望ましい。

### 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 ・ (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 | a ・ (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 ・ (b) ・ c |

## 評価機関のコメント

・利用契約締結に必要な書類を揃え、サービス開始にあたっては、利用者等の同意も得ている。他の事業者のパンフレットを集めたファイルを作成し、利用者から質問があれば情報を提供できるようにしている。事務所変更や移行は檜の木園ではこれまで殆どないため、現在マニュアルとしては作成されていないが、そうしたケースの場合は、会議の場を設定し、そこで書面を取り交わすなど、継続性に配慮した対応を行っている。

### 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 | a ・ (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 | a ・ (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 | a ・ (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 ・ (b) ・ c |

## 評価機関のコメント

・利用者の年間を通した「個別支援計画」は、毎年、年度の変わり目に、保護者と、希望があれば本人も含めた三者面談で、計画・モニタリング・評価の確認を行うなどPDCAサイクルに則り、課題の検討過程が文書化され共有されている。一方で、利用者の日々の「個別記録」は職員や管理者により記録の質と量に大きな差がある。今後は、記録の書き方、記録する内容等具体的な実施記録の仕方について、事業所で統一することを検討をされると有効である。

### 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 | ① ・ 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 | a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 ・ ① ・ c |
| Ⅲ-5-(4)-②                       | トイレは清潔で快適である。                                  | 障 66 | a ・ ① ・ 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 | a ・ ① ・ 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 | ① ・ 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 | a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ c |
| Ⅲ-5-(8)-③                       | 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。                         | 障 74 | a ・ ① ・ 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 | a ・ ㉔ ・ c |
|                                  | 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 ・ ㉔ ・ 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 | 非該当       |

### 評価機関のコメント

・親の会があり、2～3か月に1回、保護者会を開いて、事業所から報告を行ったり、運営について議論したりしている。また、年1回、学習会があり、将来についての相談なども行っている。

・固有サービスとしては、土曜日に余暇活動として、「ウォーキング」や「ドライブ」といった定番プログラムの他、プロのパティシエにボランティアとして協力頂きクッキーなどを作る「お菓子づくり」、洗髪や化粧などを行う「身だしなみクラブ」があり、できる限り利用者の希望で選択して貰っている。雨の日プログラムとしては「絵画教室」が設定されている。また、あまり身体を動かすことが得意ではない利用者には、健康のためにジョーパを使って運動して貰っている。

・食事は、嗜好調査でアレルギーや刻み食などを確認した上で、個人に合わせたものを提供している。間違いのないよう座席指定にして壁に座席表を貼った上で、テーブルにも食事の情報カードを貼り付け、更に食堂でも情報確認ができ、介助者が交代しても事故のないよう二重三重のチェック体制が整えられており、安心感がある。また、利用者の特性に応じて、食事時間を2部制にしており、自分のペースで落ち着いて食事を楽しめる環境になるよう配慮して整備されている。トイレは、利用者等の要望を受け、現在、改善に取り組んでいる。

・日常の健康管理は「個人記録」にて行われており、てんかんに関しては別に記録をとっている。ただし、それ以外の急な容態の変化は、直接、保護者へ連絡して伝えるため、口頭のみで、殆どの職員が書面に記録として残していない。しかし、危機管理の観点からは、急な容態の変化こそ記録に残しておく必要のある情報である。完食・平熱が前提の「個人記録」様式になっているが、容態の変化も書き込める用紙にした上で、見本を作るなど記入方法を職員間で周知徹底させる等の取り組みが有効である。

・所持金や預かり金は、保護者と相談の上で対応している。利用者が可能な場合は出納帳をつけて貰っている。仕事のモチベーションに繋げるため出来高評価と関連させて毎日払うスタイルにしたり、前月分からまとめて差し引くなど、できる限り本人の希望に沿って個別対応するなど、エンパワメントの観点からきめ細やかな対応がされている。