

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

名称：かしの木の里	種別：施設入所支援、短期入所、生活介護、日中一時支援	
代表者氏名：山口 由美子	定員（利用人数）：40名（40名）	
所在地：愛知県一宮市富田字砂原2147番地		
TEL：0586-63-3270		
ホームページ： <a href="http://www.kasinoki.jp">http://www.kasinoki.jp</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成12年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福法人 樫の木福祉会		
職員数	常勤職員：24名	非常勤職員：32名
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）1名
	（介護福祉士）17名	（看護師）3名
	（栄養士）1名	（事務員）2名
	（生活支援員）31名	
施設・設備の概要	（居室数）32室	（設備等） 娯楽室、作業室、食堂
		浴室、トイレ、交流室、医務室
		指導員室、宿直室、事務室
		リネン室、ボイラー室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

「ひとりひとりひかる」

人は皆、ひとりひとりに「違い」があります。その「違い」は、その人全体の価値を決めるようなことではありません。しかし、その違いはその人がその人らしく生きていくうえで「障害」となることが多くあります。私たちは障害がその人にあるのではなく、その人が生きる社会にあるのだと考えています。私たちにどんな大きな違いがあろうとも、その違いをお認めそれぞれの自己実現を尊重し、できる限り楽しく、豊かに生きていけるための活動を行います。その活動を通して「人が人を理解する」ということの意味を考え続け、どんな人も受け入れて共に生きる地域づくりを目指します

★基本方針

一人ひとりの「希望する暮らし」を実現する

不自由なことの多い暮らしの中でも、普通であることにこだわって、もっと素敵な日常にしたい。春・夏・秋・冬と季節感のある暮らしをしたい。皆さんにとって心地良い暮らし、笑顔でいられる時間が多い暮らしが出来るよう。かしの木の里ではそれぞれのたった一度の人生をここで出会えてよかったと思ってもらえるような暮らしを考え続けたいと思っています。地域のなかで困っている方を見落とさないように支えていきたいと考えます

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・皆さんの心地よい環境作り。季節を感じる行事と食事（旬の果物等）。余暇活動の充実（月一度の絵画クラブ、音楽クラブ、週1度のスポーツクラブ等）。定期的な外出。地域行事への参加。あたりまえな日常の暮らし（毎日の入浴、誕生日会等、散髪屋導入等）
- ・月に一度の職員研修、職員と利用者が一緒に楽しめる行事、定期的な職員の会議（フロアごと、作業室ごと、カテゴリーごと）
- ・短期入所はどんな障害の方でも断らない。困ったご家庭の支えになる。
- ・横の連携（他事業所との連携を大切にしている）
- ・入居されている方の帰省や、ご家族等の面会は自由に解放している。
- ・保育士の実習生の積極的に受け入れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 5月25日（契約日）～ 令和 5年11月10日（評価決定日）  【令和 4年 9月16日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	5 回 (平成30年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆積極的な地域との交流

利用者の作品を地域の美術館に展示したり、コロナ禍においても、継続的に行われていた盆踊りや「かしの木フェスティバル」を形を変えて開催する等、積極的に地域交流が行われている。「いちのみや福祉ジョブフェスタ」に関わり、就職説明会だけでなく、福祉の啓発イベントを開催している。

◆ボランティアや実習生の受入れ

コロナ禍であっても、体操クラブ、絵画クラブ、どれみ（音楽）、理美容、学生ボランティア等、多岐にわたるボランティアを受入れ、継続した活動となっている。福祉施設の社会的責務である福祉サービスに関わる専門職の実習受入れを積極的に行っている。

◆「はたらく」ことは権利

「はたらく」ことを権利として捉え、一人ひとりがスムーズに作業できるよう、視覚支援や作業の道具の工夫がある。「作業評価基準」に基づいて工賃が支給され、生活介護事業でありながら、月平均4,000円が支給されている。利用者が作業に集中して取り組んでいる。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画や事業計画の数値目標

中・長期計画書に数値目標や中・長期の収支計画の記載がなく、事業計画についても数値目標が無い。可能な範囲で数値目標や具体的な到達点を設定する等、期中の進捗管理や期末の最終評価を可能とする仕組みづくりを期待したい。

◆仕組みやマニュアルの総点検

総合的な人事管理の仕組み、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順・対応策の検討、事故発生時の対応と安全確保等、仕組みが未構築のものやマニュアルの未整備が散見された。仕組みやマニュアル等の総点検が求められる。

◆利用者が満足できる食事の提供を

食事については、利用者を対象とした嗜好調査が行われ、各フロア、作業室、厨房が参加して給食委員会が開催されている。しかし、食事に関して改善が進まない状況がある。委託業者とさらなる連携を図り、利用者が満足できる食事の提供を図りたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者からの視点で施設の状況を見て頂いたことは良き経験でした。しかし現地にて確認されなかった項目について後日指摘があったことが残念ではありましたが、限られた時間内で全把握をするのが難しいとは思いますが、項目に沿った調査をお願いされたいと思いました。窓口の丁寧な対応には感謝申し上げます。

⑧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。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

### 【共通評価基準】

#### 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・周知されている。		
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障1	①・b・c
<コメント> 理念及び基本方針は明文化され、ホームページや事業計画書に記載されている。職員へは、新任研修、施設内研修において周知が図られ、職員個人の名刺にも理念の記載がある。家族へは理念・基本方針の記載がある事業計画を郵送しており、利用者へは月に1回開催される自治会において説明をし、周知が図られている。		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障2	①・b・c
<コメント> 一宮市障害者自立支援協議会の会議に管理者が参加し、地域の動向やニーズを把握し、法人の委員会において情報共有をしている。事業所の稼働率や収支は毎月分析し、法人の経営者会議において分析結果と課題の報告をすることで、継続的な課題解決に取り組んでいる。		
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障3	①・b・c
<コメント> 事業所の課題については、グループ内で検討して法人の部会で精査している。事業に関しては管理者会議、経営全体に関しては経営者会議において検討し、課題の共有から改善計画の作成、実行、計画の見直しというPDCAサイクルに沿った仕組みができています。		

##### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	障4	a・①・c
<コメント> 法人全体の令和3年度から5年間の中・長期計画を策定している。経営課題、重点実施項目、実行計画のスケジュールを作成し、具体的な内容となっている。数値目標や中・長期の収支計画については、中・長期計画書への記載がないため、今後検討されたい。		
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	障5	a・①・c
<コメント> 中・長期計画に基づき、単年度の事業計画を策定している。具体的な数値目標の設定がないため、期中での進捗評価や年度末の最終評価が曖昧になっている。可能な範囲で数値目標や具体的な到達点を設定するなど、適切な評価を可能とする仕組みづくりを期待したい。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障6	①・b・c
<コメント> 事業計画については、グループリーダー会議において策定し、管理者が取りまとめ、施設全体の事業計画を策定している。事業計画は年度ごとに評価し、翌年度の事業計画策定時に反映させている。職員へは、いつでも見えるところへ掲示がされている。		

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障7	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業計画について、家族に対しては、以前は保護者会において説明をしていたが、現在は資料の郵送のみとなっている。利用者へは自治会において説明をしているが、事業計画の内容について、分かりやすく説明した資料作りが望まれる。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障8	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 第三者評価を定期的に受審し、改善に取り組んでいるが、定期的な自己評価の実施を検討されたい。また、利用者向けの嗜好調査を実施しているが、給食以外の内容（支援全般）について、満足度が分かる調査項目にするなどの検討を期待したい。		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障9	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 福祉サービスの質の向上のため、職員間で課題の把握に努め、課題が顕在化される仕組みはある。課題の検討内容は会議録に記録されているが、いつ、どの会議において議論されたのか、分かりにくい状況である。誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な改善計画の策定を期待したい。		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	障10	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>4月の施設内研修において、管理者自らの役割と責任、事業所の方針について発表している。職務分掌や「職務権限規程」組織図を定めて職員へ周知をしている。管理者が不在の場合については、統括主任が職務代行者となる。</p>			
Ⅱ-1-(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 · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>遵守すべき法令等について、法人全体における共通情報の内容は本部より周知がある。改正事項については、事務所に掲示され、施設内の全体会において説明をしている。</p>			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	障12	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現状の課題については、可能な限り施設内の会議に参加することで、職員の意見を聞いている。福祉サービスの質を向上させるため、事業所内の会議を使ってサービス内容の評価や見直しを行っている。</p>			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の経営状況については、施設で分析したものを法人で取りまとめ、経営者会議において検討する仕組みができています。人員配置については、正規職員は法人が主体で採用・配属を決定しているが、非正規職員については、事業所ごとに採用・育成をしている。</p>			

### Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	障14	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人において、退職予定者数を把握した上で、次年度の採用予定者数を決めている。定着のための取組みについては、法人内の研修委員会が主体となり、OJTや年間研修計画を作成して実施している。事業所として、人材確保や定着について、具体的な計画の作成について検討されたい。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個々の目標を設定し、年1回の個人面談を実施している。法人が作成している「人財育成カリキュラム表」において、将来像、人事異動、昇格基準等は確認できるが「キャリアパス」と「人事考課」「目標管理」の3制度を連動させた総合的な人事管理の仕組みの構築が期待される。</p>			
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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	障16	a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、年に1度「ヒアリングシート」を用い、管理者と個人面談を実施している。法人により設置された、職員向けの相談窓口がある。有給休暇についても希望を聞き、取得しやすいよう工夫している。人材の定着のため、職員向けの福利厚生の取組を重要視している。</p>			

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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障17	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に1度(秋に)実施される個人面談において「ヒアリングシート」を用いて、職員個々に設定された目標の達成度を確認している。目標管理のための適切な目標の設定と、進捗状況の確認や最終評価における目標達成度の確認の仕組みの構築を検討されたい。</p>		
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	障18	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内の研修委員会において研修計画が策定され、その計画に沿って研修を受講している。受講後には報告書を作成し、他の職員が確認できるようにして情報共有に努めている。研修受講後の意識の変化について、確認する仕組みづくりを期待したい。</p>		
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	障19	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人主催の階層別、職種別、テーマ別研修の機会があり、外部研修の受講も積極的に行っている。事業所内においても月に1回事業所内研修を実施している。研修内容やカリキュラムについては、毎年見直しを行っている。入職以降の研修の受講履歴が分かるよう、職員個々の履歴管理が求められる。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障20	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受入れについて、コロナ禍であっても福祉施設の社会的責務である福祉サービスに関わる専門職の実習を積極的に行っている。実習担当者を中心に、受入れマニュアルとプログラムに基づいて実施している。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	障21	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに、理念、方針、事業計画、事業報告、予算・決算情報が公開されている。しかし、第三者評価の受審結果や苦情・相談の体制や内容(受付～解決に至った経緯)についての公表がないため、今後の取組みに期待したい。</p>		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障22	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、各種の規程やマニュアルによって事務、経理、取引のルールは定められている。法人による調査、監事監査、会計事務所による監査も定期的を実施され、事業経営・運営の適正性を確保する取組を行っている。</p>		

### II-4 地域との交流、地域貢献

		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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障23	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月に1度の買い物や日帰り旅行を通じて、地域との関わりがある。地域で開催される「びさい祭り」への参加や、利用者の作品を地域の美術館へ展示することにより、地域との交流を図っている。また、コロナ前に開催していた盆踊りや「かしの木フェスティバル」については、形を変えて開催する工夫がある。</p>		

<p>Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。</p>	障24	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 法人内にボランティア委員会を設置し「ボランティアの受入マニュアル」を整備して積極的に受入れを行っている。受け入れているボランティアも、体操クラブ、絵画クラブ、どれみ（音楽）、床屋、学生ボランティア等、多岐にわたっており、かつ継続した活動となっている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	障25	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 一宮市障害者自立支援協議会に参画し、地域との連携を深め、課題の共有を図っている。社会資源を明示したリストを作成し、事務所に掲示している。職員がすぐに確認できる工夫があるが、一方で医療機関の記載はなく、また定期的に更新する仕組みもないため、今後の検討が望まれる。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	障26	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 生活介護において取り組んでいるペットボトルの回収や、事業所のイベントなどで施設を開放することで、地域の福祉ニーズを把握する機会を得ている。一宮市自立支援協議会に参加し、地域の福祉ニーズを積極的に把握し、法人の管理者会議において情報の共有をしている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	障27	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 積極的に実習生を受け入れ、福祉避難所として登録している。一宮市障害者自立支援協議会を通じて、一般向けの就職フェアである「いちのみや福祉ジョブフェスタ」に関わり、就職説明会だけでなく、福祉の啓発イベントを開催している。</p>		

### 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 利用者を尊重した福祉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28	a . b . c	
<コメント> 「施設運営の方針（理念）」が「かしの木の里事業計画」に記載され、全職員に配付されている。さらに、人権への配慮として「職員倫理綱領の遵守」が明記され、法人内研修や施設内研修で周知されている。			
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	a . b . c	
<コメント> 利用者のプライバシー保護については、基本理念にも「プライバシーを尊重します」と明記されている。また、利用者や家族には「重要事項説明書」の中で、プライバシー保護に関する取組みを周知している。浴室やトイレはカーテン等を利用してプライバシー保護への配慮がなされている。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障30	a . b . c	
<コメント> 事業所のパンフレットは、利用希望者向けにルビを振ったものを用意しており、相談支援事業所に配布している。また、感染症拡大の時期は、万全の感染防止策を講じた上で、施設見学は随時受入れており、分かりやすく丁寧な説明を心がけている。			
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	障31	a . b . c	
<コメント> サービスの開始時はルビ付きの資料を用意し、施設見学の時に丁寧な説明をしている。また、サービスの変更時は「連絡ノート」にその経過が記録されている。意思疎通が困難な利用者への配慮については、利用者の理解度に合わせた説明方法のルール化が求められる。			
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障32	a . b . c	
<コメント> 他事業所等への移行にあたっては、事例ごとに「移行会議」が開催され、相談支援事業所と連携しながら対応している。福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書はなく、福祉サービスの利用が終了し、その後の相談方法や担当者について記載した文書の用意もない。移行時に利用者到手渡す文書については、作成を検討されたい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	a . b . c	
<コメント> 利用者満足に関しては、2階、3階、4階のフロアごとの自治会が毎月開催され、意見聴取を行っている。そこでの意見・要望は、検討され改善が図られている。食事についての嗜好調査が行われ、各フロア、作業室、厨房が参加して給食委員会を開催している。しかし、食事に関する改善が進んでいるとは言い難く、利用者が満足できる食事の提供を図られたい。			
Ⅲ-1-(4) 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-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	障34	a . b . c	
<コメント> 苦情解決の体制が整えられている。意見箱が設置されているが、職員に直接申し出があることが多い。苦情の内容に関する記録を保管し、利用者や家族等にフィードバックしている。苦情の申立者が公表を希望しないとのことであるが、苦情を申し出た利用者等が不利益を被らないよう配慮した上で、公表を検討されたい。			

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障35	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員から「何かある？」と声をかけることで、意見を出しやすい雰囲気づくりに努めている。フロアや部屋、相談室に利用者が相談したり意見を述べたりすることができることを、分かりやすく説明した文書が掲示されている。また、利用者本人に直接その文書を渡すこともあり、意見を集約しやすい工夫がされている。</p>		
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	障36	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情があれば「受付書」に記録し、月末に行われる「全体会議」で周知が図られる。さらに、フロアや作業のグループ間で共有される。グループラインも活用され、聴取した意見・要望を迅速に情報共有し、組織的に対応している。相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討について定めたものはなく、マニュアル等の整備が求められる。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	障37	a ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントは安全衛生委員会で対応している。また、ヒヤリハットについては「ハッ！として good！」という報告書で事例を収集している。また「ハッ！として good！」の職員研修も実施している。事故発生時の対応と安全確保についてのマニュアルは整備中であり、早期に完成させることを期待したい。</p>		
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障38	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症のBCP（事業継続計画）が作成されている。衛生委員会を中心に、看護師と役職者が連携して感染症対策を行っている。看護師が講師となり、定期的に感染症の予防や安全対策についての研修会を行っている。「感染症対応マニュアル」も定期的に見直しが行われている。</p>		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	障39	⑤ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災訓練を毎月実施している。年1回、消防署が立ち合う総合避難訓練を行い、年2回、防火設備の点検を実施している。また、防災の日に備蓄品を確認し、備蓄品の試食を行っている。正規職員の安否確認は、LINEで行う体制ができている。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	障40	⑥ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な支援の実施方法の手順書（マニュアル）がフロアごとに作成されている。その手順書には、基本理念に謳うプライバシーの尊重や権利擁護に関わる姿勢が記載されている。マニュアルに基づいた支援が行われていない場合は、役職者に報告される仕組みができている。</p>		
Ⅲ-2-(1)-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41	a ・ ⑦ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な支援の実施方法に関しては、毎月フロア会議や作業室会議で話し合いが行われ、検証や見直しが行われている。また、年に1回マニュアルを見直し、変更点は文字色を変えて表記し、見直しの日付も記載している。利用者等の意見や提案を、標準的な支援の実施方法に反映させる仕組みが無い場合、今後の仕組みづくりに期待したい。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	障42	⑧ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に1回、「利用者生活希望調査表」に沿って利用者のニーズ調査が行われ、一人の利用者に対し、担当者3～4名でニーズを探る話し合いが行われている。支援困難ケースへの対応はグループリーダーの会議で検討され、利用者の状況に応じて適切にサービスの提供が行われている。</p>		

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障43	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          最長で6ヶ月で個別支援計画の見直しを行っている。見直しは、担当者がアセスメントを実施し、主任も関わりながら、サービス管理責任者が新たな個別支援計画を作成している。定期的な見直しの他、入院等、利用者の状況や状態に変化があった場合は適宜見直しを行っている。見直しの内容は職員全員で共有している。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	障44	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          記録ソフトである「福祉見聞録」を使用して実施状況を記録し、全職員が情報を共有することが可能となっている。「記録のマニュアル」があり、職員ごとの記録内容や書き方に差異が生じないようにしている。加えて「連絡ノート」にも情報共有したい内容を記載し、交代勤務で職員同士が一堂に会することが困難な中、情報共有の漏れがないようにしている。</p>		
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45	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          法人の「個人情報保護規程」と「檜の木の基本理念」により、記録の保管・保存の管理体制が構築されている。利用者の個人情報の取扱いについても「かしの木の里職員個人情報保護契約書」を一人ひとりの職員と交わしている。</p>		

## 【内容評価基準】

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障46	① ・ b ・ c
<コメント> 「かしの木の里事業計画」の「主目標」に「自分のことは、自分が決める選択活動のある暮らし」が明記され、部屋替えや各フロアのリーダーを決めることも利用者の話し合いで決定されている。また、利用者一人ひとりの合理的配慮も、利用者の意見により常に見直しが図られている。		

### A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障47	① ・ b ・ c
<コメント> 「樫の木の基本理念」に権利擁護が明記され「虐待防止マニュアル」が整備されている。権利擁護の取組みは保護者会でも説明しているが、今年度は文書を送付して家族に周知している。権利侵害を見逃さない風土づくりと防犯カメラを設置することで、施設内の風通しを良くしている。法人として「虐待0委員会」を開催し、虐待防止マネージャーも配置している。		

### A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障48	① ・ b ・ c
<コメント> 「樫の木の基本理念」を基にフロアごとのマニュアルが作成され、職員間で共有している。利用者自身ができることと職員ができることが明確に別れ、場面に応じて自律・自立生活を送るための支援を行い、必要な見守りや直接的な支援を実施している。		
A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障49	① ・ b ・ c
<コメント> 言葉による意思の疎通が困難な利用者には、絵カードを使用してコミュニケーションを図っている。また、視覚支援ツールを活用し、一人ひとりに合わせたスケジュール等を示して、スムーズに生活が送れるよう支援している。		

A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	① ・ b ・ c
<コメント> 「樫の木の基本理念」に「意見・質問・苦情を申し立てる権利を保障します」と明記されている。利用者から相談があった場合には、個別に話を聞く機会を設けて対応している。また、相談内容は職員間で検討し、情報を共有している。		
A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	① ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画に基づき、利用者の希望やニーズに沿った日中活動が行われている。余暇活動やクラブ活動だけではなく「はたらく」ことを権利として捉え、一人ひとりがスムーズに作業できるよう、視覚支援や作業の道具の工夫もみられる。「作業評価基準」に基づいて工賃が支給され、月平均4,000円が支給されている。利用者は、作業に集中して取り組んでいる。		
A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障52	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の障害特性に応じた支援を実践するため、自閉症や介護技術についての法人研修や施設内研修が行われている。強度行動障害の研修に関しては、ほとんどの職員が受講している。支援方法の検討や見直しは各フロア・作業室単位で行われ、職員個々の支援力の向上を図っている。		

A-2-(2) 日常的な生活支援				
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障53	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づいて、食事提供や入浴支援、排泄支援等が行われている。給食委員会が開催され、嗜好調査も行われているが、食事については利用者の要望が通りにくい状況である。外部委託業者とさらなる連携を図り、利用者が満足できる食事の提供が望まれる。入浴は毎日実施され、希望すれば「生活介護」の通所利用者も入浴が可能である。</p>				
A-2-(3) 生活環境				
A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障54	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「かしの木の里事業計画」に、修繕内容が金額と共に記載され、計画的に施設維持の取組みを行うことで、快適な生活環境の維持・向上に努めている。また、他の利用者に危害や影響を及ぼす可能性のある場合は、一時的に他の部屋を使用する等の対応と支援を行い、利用者の安心・安全に配慮している。</p>				
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練				
A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障55	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>嘱託職員であるOT（作業療法士）が定期的に助言・指導を行い、利用者の高齢化や障害特性に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。また、必要な利用者は主治医の指示に従い、機能維持のためのリハビリを行っている。</p>				
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援				
A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障56	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>検温はフロアごとに行われているが、血圧は看護師が巡回して計測し、利用者の健康状態の把握をしている。感染症に関しては、嘱託医が検査を実施して対策について指示をしている。看護師が講師となり、利用者の健康管理に関する研修会を毎年実施している。</p>				
A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障57	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師が内服薬を振り分け、一日分を各フロアのスタッフルームで保管している。施薬は、複数の職員が確認しながら行っている。ストマ（人工肛門）の管理については、看護師が中心となって対応し、生活支援員も看護師の指導・助言の下で行っている。</p>				
A-2-(6) 社会参加、学習支援				
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新型コロナウイルスへの感染防止対策を万全にした上で、利用者の意向・要望で買い物やバッティングセンター等の外出を行い、利用者の社会的な学習の機会としている。また、選挙の投票への付き添い支援は、利用者の希望に沿って行われている。</p>				
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援				
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障59	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新型コロナウイルスへの感染防止対策を万全にした上で、地域生活に必要な体験の機会として、グループホーム、警察署、消防署の見学を行っている。地域生活の移行については、利用者の意思や希望を尊重している。相談支援事業所とも連携を図り、過去にグループホームへの移行の事例もある。</p>				

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障60	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者の生活の状況について、定期的に家族に電話連絡をしており、後見人には文書で報告している。コロナ禍のため、個別支援計画は郵送し、電話で確認をとったり、家庭訪問で確認を行っている。利用者の体調不良や急変については、主任や管理者の判断で、通院が必要になった場合には家族に連絡している。高額な家電等の購入についても家族の了解を得ている。		
A-3 発達支援		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障61	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		

#### A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障62	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		
A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障63	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		
A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障64	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		