

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 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	訪問調査日：平成27年11月12日(木)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称：らちえっと	種別：生活介護	
代表者氏名：石田 和夫	定員（利用人数）：15名	
所在地：愛知県一宮市富田字砂原2147番地		
TEL：0586-62-6117		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成14年10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 樫の木福祉会		
職員数	常勤職員： 19名	
専門職員	(管理者) 1名	(サービス管理責任者) 1名
	(生活支援員) 12名	(看護師) 5名
	(嘱託理学療法士) 1名	(嘱託医師) 1名
施設・設備の概要	(居室数) 室	(設備等)

### ③理念・基本方針

<p>樫の木福祉会</p> <p>◆基本理念◆</p> <p>「ひとりひとりひかる」地域の中で豊かな暮らしをめざして</p> <p>1 個人の尊厳を尊重します          私たちは全ての人々の基本的人権を積極的に擁護し、利用者一人ひとりをかけがえのない大切な存在として尊重します。</p> <p>2 自己選択・自己決定を尊重します          私たちは、利用者があらゆる生活領域で自らの意思によって選択し決定する権利を保障します。自己選択・決定にあたっては、十分な説明や同意を得ることに配慮し、また不当、過度な干渉は行わないことを保障します。</p>
---

### 3 プライバシーを尊重します

私たちは、利用者の生活におけるプライバシーを守り、また個人の情報が承諾なしに使用されないことを保障します。

### 4 財産権を尊重します

私たちは、利用者の年金、預貯金等の財産が不当に侵害されることなく、適切に管理されることを保障します。

### 5 知る権利を尊重します

私たちは、利用者が必要とする情報を理解できるようにわかりやすく提供し、利用者の知る権利を保障します。

### 6 体罰・暴力・身体拘束を行いません

私たちは、利用者一人ひとりが、安全で安心な生活が送れるよう体罰、暴力を禁止し、身体拘束に至らない質の高い生活を提供します。

### 7 質の高いサービスを受ける権利を尊重します

私たちは、利用者一人ひとりのニーズに基づきその人らしい生活が送れるよう福祉サービスを提供します。

### 8 意見・質問・苦情を申し立てる権利を保障します

私たちは、利用者の些細な意見、質問、苦情であっても、誠実に受け止め、具体的な解決、改善を図って行くことを保障します。

人は皆、一人ひとりに様々な「差」があります。そのことは、その人全体の価値を決めるような事柄ではありません。私たちは「障害」と呼ばれるハンディもそうした「差」のひとつであり、「人」としての重さを決めるものではありません。

けれどもこのハンディは、彼らが大人として自力で世間を生きていくうえでは大変な困難をもたらします。社会の経済的な仕組みを「知的」に操作し理解したり、複雑な日常技術等を獲得することが「苦手」であったりするからです。

私たちは、どんなに大きな「差」があろうと、その人その人の個性を認め、その個性的な自己実現を尊重し、彼らができるかぎり遅しく、楽しく、豊かに生活していけるための条件を考え続け、実践していく活動を行い、その活動を通して「人が人を理解する」ということの深い意味を探求し、社会がその価値に目覚め、このことを認め合える社会創りのための活動を行っていきたいと考えます。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・重症心身障害者を対象としての事業を展開（平成14年より）  
（医療的ケア対象者10名、障害支援区分6が13名）
- ・スタッフは保育士、介護福祉士、看護師など。
- ・施設整備 平成24年整備（床面積590㎡、喫茶店、地域交流室、法人本部併設）
- ・保護者会 かの木のととの連絡連携。
- ・社会参加、地域交流をテーマの取り組み（買い物、外出、旅行、地域行事など）

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 8月 3日(契約日) ~ 平成28年 5月16日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成26年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆改善の跡

前回の第三者評価受審で得た気づきが随所で改善に移されていた。その一つは、以前から活発に行われていた外出の機会が一段と増え、法人の一大イベント「かしの木フェスティバル」には利用者全員が参加した。4名の利用者が5名の職員と共に岐阜県まで出かけ、ホテルで食事を摂ってきた。外出することさえままならない重症心身障害者の施設であることを思うと、一大快挙である。

#### ◆社会福祉法人の使命

「どんなに障害が重くても、要望があれば受け入れる」との管理者の強い信念があり、地域に住まう重症心身障害児・者やその家族にとっては心強い存在となっている。「子を思う親の篤い気持ちに背中を押されて・・・」との管理者の言葉はあるが、入所施設の一角で始まった「重症心身障害者の生活介護」を現在の形にまで進化させた功は大きい。経営的な収支は思い通りにはいかないが、社会福祉法人の使命として現況の継続を期待したい。

#### ◆ボランティアの有効活用

受け入れの手順には課題を残すも、ボランティアの活用が有効に図られている。訪問調査の当日、地域の音楽ボランティアがハンドベルの演奏を披露していた。「あじさい神社」と呼ばれている神社の宮司が事業所の周辺に紫陽花の苗を植えて小路を作り、チューリップの球根も植えてくれた。この小路は“あじさいロード”と銘打たれ、地域住民が草取りに訪れる。建物の壁面は、地元の小学生6名が制作したタイル画で飾られている。「かしの木フェスティバル」には地元のアイドルグループが大勢の追っかけファンを引き連れて登場し、会場を沸かした。その他にも多くのボランティアの協力がある。

### ◇改善を求められる点

#### ◆マニュアル整備の遅れ

前回評価でも指摘したが、標準的な実施方法の文書化が進んでいない。重症心身障害者に対する様々な支援は個別性が高く、ルーティン化したりマニュアル化が難しいことは理解できるが、統一すべき必要最低限の留意事項や配慮すべきルールはあるはずである。標準的な実施方法を確立すれば、支援の現場での迷いや間違いの減少ともなろう。

#### ◆実習生受け入れの仕組みづくり

社会福祉士実習生をはじめ、福祉サービスに係わる専門職を目指す実習生の受け入れがないう。実習生の受け入れが行われれば、県内でも数少ない重症心身障害者の通所施設でもあることから、実習生にとっては貴重な経験を得るはずである。さらに、実習生の受け入れによる事業所メリットもある。実習生を指導する職員にとっては自らの業務の振り返りとなり、職員育成の有効なツールとなる。実習生受け入れの仕組みづくりを期待したい。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価は、生活介護事業の目的やサービスの内容・準備事項、顧客満足、職員研修やチームワークなどの事業全体を再チェックする作業になります。今年度は、正規職員全員で取り組み、改善計画も各職員一人ひとりが意見を書きました。評価結果などをパートも含め回覧していきます。すぐできること、工夫すればできること、予算化して進めることなどを整理しています。個別支援計画や感染症対策等のマニュアル化とその周知徹底が改めて課題になっています。看護師や療法士などの配置と連携なども課題になっています。職員研修も毎月、取り組んでいくことにしました。重症心身障がい者支援の対象者は、障害支援区分6の内の2割弱を占めると考えられます。現行法の「生活介護事業」としてひとくくりにするのではなく、新たな枠組みとして「重症心身障がい児者支援事業」を特化する法整備が進められることを希望しております。地域交流としては、7月2日に、らちえっと夢ぽけっとまつりを開催する予定で、職員、ボランティア、保護者と話し合いを持ち、その準備を進めています。

### 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。

# 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(72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・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
評価機関のコメント			
定員15名の内、最重度の障害支援区分6が13名と、重症の心身障害者を対象とした通所事業所であり、崇高な法人理念をもって支援にあたっている。重症の心身障害者を対象とするだけに職員には覚悟が、保護者には篤い思いがあり、双方が協働して利用者を支えている。			

### 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
評価機関のコメント			
県内には重症の心身障害者を対象とする施設は少なく、それ故に同業事業所とは密な連携を取って運営にあたっている。「改正社会福祉法」の勉強にも取り掛かっており、時流を正しく読み取る力を持っている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
経営課題の大きなものとして、事業所収益の問題がある。現行制度に合わせての事業所運営や、利用者に満足していくサービスを提供するための職員の増配があっては、単年度黒字化は難しい。社会福祉法人に求められる「地域貢献」の一環として捉え、法人全体の収益バランスを見ながらの運営になろう。			

### 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
評価機関のコメント			
事業所としての中・長期計画の策定はなく、法人の“10年ビジョン”を念頭に置いて事業所運営にあたっている。支援のためのスペースに限度はあるが、地域のニーズ(重症心身障害者の受入れ要請)がある限り、現在15名の定員を改正して受け入れていく考えである。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は、前年度計画を評価・検証し、残された課題を次年度計画に反映させる仕組みによって策定されている。事業所の中・長期計画を策定し、それに連動させた事業計画の策定が望まれる。			
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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画はボトムアップ方式で策定されており、担当職員が案をまとめて職員会議に上げ、討議を経て決定した事業所案を理事会に諮り、承認を得たうえで職員に周知している。中間時点での評価・見直しがあれば、時流の変化にも対応が可能となろう。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
篤い思いを持った保護者が多く、毎月の保護者会では活発な意見交換が行われている。保護者会で事業計画の骨子や行事計画を詳しく説明し、個人面談(三者面談)でも補足して説明している。			

#### 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎年第三者評価を受審し、時間はかかるが職員全員で自己評価に取り組んでいる。全員の自己評価をサービス管理責任者がまとめ、職員に示して了解を得ている。この自己評価のシステムの中で改善の気づきが生まれ、課題となった点を改善することによってサービスの質の向上に繋げている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
抽出した課題は、毎月の職員会議の場で「月間目標」と「担当者(責任者)」を決め、責任の所在を明確にして取り組んでいる。			

## 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人本部においても中心的な存在であり、社会福祉法人のあるべき姿を現場での支援を通して具現化しようとしている。重症心身障害者の受け入れを積極的に進め、第三者評価の受審にも先鋭的に取り組んで来た。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
コンプライアンスの重要性を十分に理解し、関連する研修会には積極的に参加して法令の正しい理解に努めている。社会福祉法の改正に際しても勉強会を企画し、非正規職員に対しても受講を推奨している。ただ、職員それぞれの理解の程度や現場での実践に関しては、検証する仕組みがない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
早くから第三者評価の有効性を評価し、現在の定期的な受審の基礎を築いた。法人内への影響力が大きく、現在では10を超える法人内事業所が毎年第三者評価を受審している。			
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
篤い思いを持つ重症心身障害者の親の気持ちに沿い、入所施設の一角で始まった「重症心身障害者の生活介護」を現在の形に進化させた。課題は多く、経営収支の黒字化、人事考課やキャリアパスに連動させる総合的な人事管理システムの構築、職員の育成と看護師等専門職の確保、近隣に開設される重症心身障害者入所施設との連携・すみ分け等々であり、今後の伸展が期待される。			

### 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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
法人の「10年ビジョン」への落とし込みはないが、医療依存度の高い利用者が大半(定員15名中10名)を占めることから、看護師資格を有する職員の確保・育成が常に命題となっている。利用者の中にはグループホーム入居者も含まれており、看護職員はグループホームでの業務を兼務することとなる。その負担の大きさが職員採用にも影響しかねない状況である。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
人事考課制度が有効に運用できずに中断しており、キャリアパス制度も構築されていない。法人内に人事検討委員会が立ち上がったことから、委員会が機能して法人内の総合的な人事制度が前に進みだすことを期待したい。			

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り組んでいる。	障 16	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年2回、管理者が非正規職員を含む全職員と面談を実施し、就労面での意見を交換している。面談の目的は、職員育成に向けての「目標面談」と「効果確認面談(評価面談)」であるが、職員の就労面での希望や個人的な情報も聴き取られている。働きやすい職場づくりを目指しているが、重症心身障害者の対応には予定や計画以外にも手がかかることがあり、職種によっては有給休暇の取りづらさが残っている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の体系的な教育・研修システムがなく、職種別や階層別の研修は実施されていない。事業所独自に年間2回の面談を実施し、職員個々の目標管理による人材育成を画策しているが、時間や業務との条件がかみ合わず、「目標面談」と「評価面談」が有効に機能しているとは言えない状況である。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
支援の現場で直ぐに役立つ研修を企画し、正規職員を対象として年間2回の継続した勉強会を実施した。今回は「てんかん」を取り上げたが、今後は非正規職員に対しても参加を呼び掛けることとしている。勉強会についても、研修と同様に報告書を作成して記録として残すことが望ましい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
必要な知識や技術を習得するために、積極的に外部の研修に参加している。参加については強制しておらず、職員の自己啓発的な色彩が強いことから、職員ごとの研修参加の頻度には差が出ている。			
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	a ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
社会福祉士実習生をはじめ、福祉サービスに係わる専門職を目指す実習生の受け入れはなかった。当該事業所にて実習生の受け入れが行われれば、県内でも数少ない重症心身障害者の通所施設でもあることから、実習生にとっては貴重な経験を得るはずである。積極的な受け入れの仕組みづくりを期待したい。			

### 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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価を積極的に受審し、法人のホームページにも「らちえっと」の欄が設けられ、事業の内容を紹介することが可能となった。課題は、苦情等に関する公表の仕組み作りである。			



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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
財務・会計に専門性の高い法人監事2名による監査が実施されており、内部の監査制度は機能している。法による外部監査の義務化を待つことなく、外部専門家による定期的な監査を実施することが望まれる。			

## 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
心身に重い障害を持つてはいるが、地域との交流によって「ひとり ひとり ひかる」ことの具現を目指している。恒例の「かしの木フェスティバル」には、利用者全員が参加して地域住民と交流した。事業所の建物内に喫茶「らちえっと」があり、お茶や食事に訪れた客は、ガラス越しに支援の現場を目にすることが可能である。			
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。	障 24	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
訪問調査の当日、地域の音楽ボランティアがハンドベルの演奏を披露していた。神社の宮司があじさいの苗を植えて小路を作り、チューリップの球根も植えてくれた。この小路は“あじさいロード”と銘打たれ、地域住民が草取りに訪れる。建物の壁面は、地元の小学生6名が制作したタイル画で飾られている。その他にも多くのボランティアの協力があるが、受け入れに関しての事業所の基本的な考え方を述べたマニュアルが作成されていない。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	障 25	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
医療的なケアを必要とする利用者が多いことから、利用者それぞれが利用しているかかりつけ医との連携を重視している。さらに、市の自立支援協議会や法人の相談支援事業所とも連携を図って、利用者の地域生活を豊かにしようとしている。特別支援学校とも連携が図られている。同一地域に重症心身障害者を対象とする大型入所施設が開設されるが、そことの連携や協働が今後の課題となる。			
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所建物内に喫茶店や地域交流スペースを有している。喫茶「らちえっと」は来客の数を伸ばしているが、地域交流スペースの利用頻度は少ない。定期開催として、利用者も参加する手芸教室が開かれているが、さらに有効活用の道を切り開いてほしい。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障 27	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「どんなに障害が重くても、要望があれば受け入れる」との管理者の強い信念があり、地域に住まう重症心身障害児・者やその家族にとっては心強い存在となっている。			

## 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービス提供を明示しており、「倫理綱領」を始め、利用者の基本的人権を守るための研修が実施されている。職員間では意識に差があることから、職員が共通の理解を持ってサービス提供できるよう支援方法の統一を順次行っており、今後の取組みの充実が望まれる。			
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障 29	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護や虐待防止等の規程・マニュアルが整備されており、規程・マニュアルもとづいた福祉サービスが実施されているが、より一層職員の理解を図る取組みの充実が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
施設の利用希望者に対して、福祉サービス選択に必要な施設の情報を積極的に提供している。利用希望者には、今年作成したパンフレット(写真等を入れ施設をわかりやすく紹介している)により丁寧に説明した後に、施設内の見学を行い、必要に応じて体験利用を行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用にあたっての事前説明時には利用者本人にも同席してもらい、パンフレットや重要事項説明書・契約書等によりわかりやすく説明を行い、利用者や家族の同意を書面で得たうえでサービスを開始している。残念ながら、意思疎通のほとんどできない利用者もいる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
他の福祉施設・事業所への変更にあたっては、「移行支援計画書」を作成し、移行先事業所に個人調査票を提供し生活状況等を説明することで、継続したサービス提供ができるように心がけている。現在は実施されていないが、今後は、移行先に職員を派遣することも視野においた取組みを考えている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者・保護者との個別面談を適宜実施することにより、利用者満足に関する意見等を把握するようにしている。定期的開催される保護者会に職員が参加し、保護者の意見・要望を聞き取るようにしているが、今回第三者評価で実施したアンケート調査を参考にして、保護者への満足度調査を行うことが望まれる。障害の重い利用者の満足度評価について、どのような方法で行うのか検討することが望まれる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の体制が整備されており、その仕組みを説明した掲示物が掲示されている。苦情の受け付け記録、解決を図った記録、結果について申立者にフィードバックした記録が整備されている。苦情内容を集約し、原因や対応結果の検証等を行うとともに、広報誌、ホームページ等での公表についても検討することが望まれる。		
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
日常生活の中で利用者から意見や要望を聞けるような配慮をしており、必要に応じて相談室にて個別に面談を行い、意見等を聞き取るようにしている。熱い思いを持った保護者が多く、毎月開催される保護者会にて、事業所に対する意見を自由に述べている。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者から相談等があがってきた時は、職員会議で内容を検討して解決への対応を協議している。職員は日々の支援のなかで、利用者との接点を多く持つことで意見等を出しやすい環境作りをしているが、意見箱の設置やアンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みが望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
毎月開催される安全衛生委員会において「ヒヤリハット」や「事故報告書」の事例検討を行い、改善策・再発防止策について話し合われており、その結果は職員会議に報告され周知が図られている。リスクマネジメント体制の有効性や実効性を評価し、事故発生時の対応と安全確保について、改善の余地がないのか検討することが望まれる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
感染症対策マニュアルにより、予防や安全確保が図られている。感染症が発生した場合には、原則自宅待機となり、職員は看護師の指示により適切に対応している。職員により理解度や対応が異なることのないよう、研修(特に新人研修)等において、マニュアルの確認を行うとともに、吐瀉物の処理等は実技の研修を行うことが望まれる。		
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行っている。	障 39	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人として「非常災害対策計画」を作成しており、避難訓練を始めとして防災対策用の個人登録票(障害特性等を記入)を整備する等、災害時の対応体制が整えられている。		

## 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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の障害の程度が重度であることや医療の依存度が高いことから、個別的・専門的な支援が求められており、標準的な実施方法の文書化の整備が遅れている。食事の二次加工マニュアル、移乗時の支援マニュアル、衣類着脱マニュアル等の支援マニュアルが文書化されており、その他の支援マニュアルを加えて整備を図ることが望まれる。		

	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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>文書化された支援マニュアルについては、個別的な福祉サービスの実施方法との整合性が取れるよう見直しをして、実効性のある標準的な実施方法を確立することが望まれる。</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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>新しく作成したアセスメントシートを使用することにより、医療やリハビリ、心理面での支援を含めた様々な分野の職員が協議して個別支援計画を策定しているが、職員間での周知を図る仕組みを整備することが望まれる。</p>			
	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>適切な個別支援計画となるように定期的に中間評価を行い、見直しを行っている。見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員へ周知する仕組みを整備することが望まれる。</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)-① 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、職員間で共有化している。	障 44	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>「連絡帳」に利用者の事業所での生活状況を細かく記載するとともに、家庭での様子を保護者が記載することで一日の生活状況を把握できるようにしている。職員会議にて月間の看護記録や生活記録を報告し、職員間で情報共有するようにしている。</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	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個人情報の不適切な利用や漏えいに対し、職員と「個人情報保護契約書」を結び個人情報の取り扱いを規定しており、保護者とは、「個人情報提供同意書」を交わすことにより、必要に応じて情報提供の同意を得ているが、利用者や保護者から情報開示を求められた際のルール作りや規程の作成が望まれる。</p>			
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
	Ⅲ-2-(4)-① 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 46	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>定期的に地域の方と触れ合う場を提供し、地域移行のニーズがある利用者・家族にはグループホーム等の情報を積極的に提供している。地域移行希望者は個別移行計画を策定し、家族の理解を得ながら無理なく地域生活に適応できるように配慮している。心身に重度の障害を持つ利用者について、グループホームへの移行例はあるが、グループホームでの看護師配置の課題が解決されておらず、仕組みはまだ未完成である。</p>			

### Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(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 47	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者固有のコミュニケーション手段やサインがあるため、それを発見し工夫して意思疎通を図る努力をしている。職員の資質を高めるために、研修等を通して専門的な知識を習得する取り組みが望まれる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の主体的な活動を支援するため、利用者による自治会「らちえっと会」を毎週定期的に開催しており、担当職員が側面的な援助を行っている。「主体性」の支援は、利用者の思いや意向を把握することから始まるが、職員の経験の差や感受性によっては、利用者の思いを正確に把握できていない場合もある。			
Ⅲ-3-(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 49	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の残存機能の維持・向上のため、本人ができる行為は見守りの姿勢を保ち、必要に応じて介助するという方針を職員で統一している。			
Ⅲ-3-(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 50	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
施設外の社会資源を活用した活動プログラム(公共交通機関の利用・喫茶店・図書館・買物外出)や、調理実習・創作活動・自主製品作り・しいたけ栽培等の社会生活力を高めるための活動プログラムが数多く整備されている。エンパワメントの理念に照らし、潜在能力の発揮だけでなく、彼らの受け皿となる社会を巻き込んだ(社会を変えて行く)プログラムの開発が望まれる。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 51	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の体調や身体状況に応じて、普通食を二次加工して個別の食事形態での食事を提供している。利用者により支援の内容や方法が異なるため、個別の支援マニュアルにより留意点や支援の内容が明示されている。必要最低限、統一できるものを確認し、標準的な実施方法(支援)の手順を確立することが望ましい。			
Ⅲ-3-(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 52	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
定期的に嗜好調査を行い、利用者の意見を反映した食事内容にしている。ほぼ全員の利用者が普通食を食べられないため、摂食状況に応じた食事形態に二次加工するとともに、見た目にも楽しめるような工夫をして提供している。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の体調や身体状況に応じて、食事内容・食事場所・食事時間に配慮している。厨房職員との給食会議、二次加工職員によるミーティングを毎月実施し、喫食環境の改善を図っている。			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-①	入浴は、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 54	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の要望に応じて入浴サービスを行っている。障害の程度により介助の方法が異なるが、入浴介助マニュアルを整備することが望まれる。			
Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
入浴支援を希望する保護者側の強いニーズはあるが、全ての利用者の要望には応じられていない。全ての希望に応じられるよう体制の整備が望まれる。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
浴室に入浴機器の導入を図ることで、安全で快適な入浴環境となるよう整備している。機器導入にあたり、業者から説明を受け、複数の職員でデモ機を使った介助を試みている。			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者によって排泄介助の方法が異なるが、定期的におむつ交換や排泄介助をしている。排泄状況の結果を記録し、排泄物に異常が見られた場合は適宜看護師に相談し、必要に応じて家族への連絡を行っている。排泄能力の現状を維持することで手いっぱいの状態であり、排泄改善や排泄自立に向けた取り組みは実施が難しい。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
身体状況に応じた構造・設備になっており、個室とカーテンを用いてプライバシーに配慮している。利用者の多くがおむつを着用しており、おむつ交換のためのベッドを設置している。冷暖房設備があり、毎日清掃して清潔を保持している			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 59	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者毎に衣類を保管する個別のロッカーがある。衣服が汚れたり破れたりしたときには、利用者の意思を尊重して、ロッカーの中から衣類を選択してもらっている。			
Ⅲ-3-(5)-②	衣服の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 60	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
汚れや破損が生じたときは、速やかに交換するようにしている。破損した服は、可能な限り職員が繕うなどの対応をしている。着替えの介助は原則同性介助となっており、他者の目に入らないようにパーテーションで区切って着替えの支援をしている。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 61	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の希望に応じた髪形になるよう支援しており、整髪、ムダ毛処理なども適宜行っている。女性利用者に対して、おしゃれに興味を持ったり、「美」に対する意識、感性を育てる取り組みはない。		
Ⅲ-3-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 63	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
睡眠が必要な利用者は畳のスペースを使って寝ることになる。午睡を習慣としている利用者があり、安眠できるようにできる限りの配慮をしているが、音や光を遮断することはできない。		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 64	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の来所時には必ずバイタルチェックを行い、一日2回定期的に検温し記録を残している。職員は「てんかん」や「感染症」に関する勉強会に参加し、今後は医療的ケア実施規程にもとづき医療的ケアを実施する予定をしている。また、事業所として喀痰吸引等事業者登録を受けており、認定特定行為業務従事者として第一号研修を受けた職員がいる。看護師5名体制(常勤3名)も心強い。		
Ⅲ-3-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
年8回の健康診断を行っており、急な疾患時には緊急で受診できる体制が整っている。歯科検診を年1回、歯磨き指導を年2回行っている。緊急時の対応マニュアルの整備と、協力医療機関との意見交換会の開催を予定しており、実現が望まれる。		
Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
服薬チェック表を用いて、服薬の準備と確認を行っている。服薬に変更があった場合は、その都度家族から処方箋のコピーを提出してもらい確認している。誤薬事故は起きていないが、誤薬を起こさないための、あるいは起きてしまった時の対応のマニュアルは必要である。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 67	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
年間事業計画書に基づき、調理実習や創作活動、音楽活動、日帰り旅行、利用者が毎月楽しめる季節の行事等を行っている。「らちえっと会」にて、利用者からの意見を取り入れたレクリエーションを計画している。地域の行事にも利用者の意向を確認して積極的に参加している。		

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
家庭からの外出は難しい利用者であっても、積極的に施設外に連れ出す支援を行っている。秋の「かしの木フェスティバル」には利用者全員が参加した。有志を募り、利用者4名と職員5名が岐阜の都ホテルまで外出に出かけた。手馴れたホテルのスタッフに歓待され、フレンドリーなひと時を持った。		
Ⅲ-3-(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 69	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 70	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
入所利用者2名の小遣いを、小遣い用の財布で管理している。小遣い帳により収支を記録しているが、保護者への報告や連絡は行っていない。小遣いがたとえ少額であっても、金銭に関することでもあり、利用者(保護者)と契約を結ぶか、規約を策定するかの対応は必要である。		
Ⅲ-3-(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 71	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
テレビは共同のものを使用し、ラジオは個人所有のものをそれぞれが使用している。限られた(興味がある)利用者を対象にしてテレビでDVD画像を流している。DVDの内容は、利用者が参加したイベントの様子である。		
Ⅲ-3-(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 72	非該当
評価機関のコメント		
非該当		