

## 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： らでうす	種別： 生活介護	
代表者氏名： 大川 哲弥	定員（利用人数）： 20名（17名）	
所在地： 愛知県一宮市富田字砂原2141番地		
TEL： 0586-63-1631		
ホームページ： <a href="http://www.kasinoki.jp">http://www.kasinoki.jp</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成29年 4 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： 4名	
専門職員	(管理者・兼務) 1名	(サービス管理責任者・兼務) 1名
	(生活支援員) 6名	(看護師) 1名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 作業室・多目的室、
		相談室・医務室・食堂・厨房
		ロッカー（男女別）・事務所
		トイレ（男女別、多目的トイレ）

### ③理念・基本方針

#### ★理念

#### ・法人

私たちは、どんなに大きな「差」があろうと、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、社会がその価値にめざめ、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く願っています。

#### ・施設・事業所

利用される方の個性を尊重し、充実した活動を提案することで、安定できる環境を提供します。

## ★基本方針

1. 主人公は利用者である(障害福祉サービス事業所において、主人公は利用者であり、私たちは利用者とその家族の声無き声、声無き言葉に傾聴し、必要な援助を適正に提供して参ります。)
2. 利用者の同伴者と責務(私たちは、利用者に対し、障害福祉サービスに関する各種マニュアル及び重要事項説明書に記載されている内容に従って、様々なサービスを提供するに留まらず、利用者の人生のあらゆる節目に同伴する事業所として、自覚と責任性をもって当該事業に当たります。)
3. 事業所として地域との共生を育む(私たちは、障害福祉サービス事業所として、レクレーション、避難訓練、フェスティバル、福祉体験実習などの行事において地域を呼び込むとともに、地域の主催する社会奉仕活動、お祭り、バザーなどの機会に参加することにより、同じ街の住民として相互に支え合い助け合う共生の精神を積極的に育てていく事に努めます。)
4. 事業所全体の管理運営体制を向上させる(私たちは、利用者への処遇の質の向上については第一の目標と考えなければならないことであり、その実現に向け従事する職員の自覚、意欲、スキル、チームワーク体制など、その増進を図るための人材育成に関する取り組みや、障害福祉サービス事業所の健全な経営、施設の管理など片手落ちなく図って参ります。)

## ④施設・事業所の特徴的な取組

午前と午後の活動に違いを持たせることで、活動のメリハリと1日のリズムを作る事で、らでうすが掲げる「充実した活動の提案、安定できる環境の提供」の実現を目指している。

特に力を入れているものとして、午前の作業的な取り組みとして、農業関連の作業を行っている。内容として、ハーブのローゼルの栽培や実の皮むき、またローゼルの加工商品の飴や紅茶、ジャムのパッケージングやシール貼、販売を行っている。生産活動に取り組むことで、社会経済活動に参加すると共に、利用者の「働きたい」と思うニーズに応えている。

午後の活動の機能訓練については、ウォーキング、フォークダンス、サーキット運動、ストレッチ等を通し、利用者の現在の体力や筋肉、関節の可動域を維持するため、また自分の体の使い方を知ってもらう機会として、健康や機能維持に向けた取り組みとして行っている。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年6月30日(契約日) ~ 平成31年 4月 2日(評価結果確定日)  【平成30年11月14日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	0 回 (平成 年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆管理者の牽引力

事業所開設と共に初代の管理者として赴任したが、これまでも同法人内の他事業所の管理者経験を有することから、その経験を活かした事業所運営を行っている。事業所開設2年目ではあるが、「利用者の障害特性に合った作業メニューを提供したい」との思いが強く、ハーブのローゼルの栽培、収穫、加工に留まらず、協力する食品会社と連携してローゼルを使った自主製品の開発にも取り組んでいる。管理者含め8名の少数精鋭の集団が、管理者の強い牽引力によって疾走している。

#### ◆働きやすい職場環境

かつてメンタル面に問題があって、職員が退職に至ったケースがあり、その反省を活かして管理者と職員との面談を重視している。定期的な面談のほか、希望があれば随時の面談を行っている。時間を有効に使うことで、時間外労働時間の短縮を図っている。夕方の送迎時間帯を利用し、送迎を担当する職員以外は施設内外の掃除を担当している。土曜日の午後2時半から終業時刻まで、職員のミーティングや平日にやり残した業務を片付ける時間に当て、日常業務を翌週に残さない工夫をしている。子育て中の職員のワーク・ライフ・バランスに配慮し、早上がりや短時間勤務等で要望に応えている。有給休暇の取得に関しても、職位や職種による取りづらさはない。

#### ◆全職員の情報の共有

「個人記録」や「作業室日誌」と呼ばれる書類に毎日の支援内容等を記載し、情報を蓄積している。それらの記録物についてはいつでも見られる環境となっており、情報を収集するツールとして用意されている。「らでうす定例会議」と呼ばれる正規職員で構成させる職員会議（毎月1回開催）にて、これら蓄積した情報を基に情報共有する仕組みがある。また、この会議に参加しない非常勤職員へは、就業時間の中で管理者が個別に説明しており、正規職員4名と非常勤職員4名が共通認識の中で支援にあたっている。

#### ◇改善を求められる点

#### ◆マニュアル等の文書に作成日、改訂日の記載を

マニュアルとして定められた文書の中の一部に、作成日や改訂日の記載のないものが散見された。マニュアル等の文書は、支援の統一・均一化を図る上で「最新版管理」が必要となる。最新版と判断される根拠が、「作成日」もしくは「改訂日」である。質の高いサービス（支援）の重要要素として、「支援の均一化」が挙げられるが、それを下支えするのがマニュアル等の手順書であり、それには「最新版」として管理されたものが必要となる。

#### ◆苦情情報の公表を

苦情解決の仕組みは十分整っており、掲示物も用意されている。申し出しやすい工夫の一つに、自由記述式のヒアリングシートのような書面を作成・配付し、家族等から聞き出す仕組みもある。課題は「苦情」と「要望」の判断が明確ではないこと、苦情のフローチャートは整備されているが、苦情に至らず要望や意見等を聞いた際の手順が曖昧であることである。苦情については、公表が必要であるため、法人全体の課題として取り組まれたい。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開所2年目の運営に対する評価として、課題であろうと想像していたものが、想像通りの部分とそうでなかった部分があり、非常に参考になったと考えている。

具体的には、現場スタッフのマニュアル等の理解について、充分把握していなかった点や、療育に対する支援の計画や見通し、評価といったものが体系化されて作成されていないため、これらについては計画を立て改善を図っていく。

また、中長期計画や苦情の公表については、法人と同調する形態で行う必要があるため、各法人事業所と連携を図り進めていきたい。

高評価を頂いた点については、スタッフのモチベーションアップにつながる確認を行う。

#### 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(64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			
利用者17名(定員20名)を、正規職員4名、非常勤職員4名の少数精鋭で支援している。総勢8名のまとまりのある職員集団であり、理念や基本方針、管理者の考え方等、職員周知も図られている。家族や利用者には、個別支援計画の説明時に理念を絡めて話している。			

### 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			
管理者は、市の自立支援協議会のメンバーとして参画し、障害者の自立や権利擁護に取り組んでいる。法人内では管理者会議のメンバーとして、事業所内外の情報を収集して事業所運営に反映させている。経営的には、事業所開設2年目であり、定員20名を割り込んでいる状態であるが、次年度(平成31年度)には定員が満たされる予定である。その後、地域のニーズを参酌しながら、徐々に定員を増やす計画を持っている。			
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			
事業所の大きな目的として、利用者の障害特性に合わせた作業メニューを用意することを挙げている。そのためには、既存の作業やプログラムでは対応が難しいため、理解のある食品会社と連携して新たな自主商品(ハーブのローゼルを加工した飴や紅茶、ジャム等)の開発に取り組んでいる。ローゼルの栽培、皮むき加工等は季節的な繁忙期があるため、閑散期の作業メニューの開発が課題である。			

### 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			
当該事業所の開設は法人の長年の課題(通所事業所の新設)の解決の一つとなったが、その後、法人としての中・長期ビジョンが見えづらくなっている。管理者は、事業所の将来的な姿(定員増と職員育成)を頭に描いているが、明文化されたものはない。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>拠りどころとなる中・長期計画が策定されていないことから、平成30年度の事業計画は、前年度の事業計画を評価し、そこで明らかとなった課題を重点項目に取り上げている。重点項目の一つである「人材育成」に関しては詳細な実行計画が策定されているが、その他については実行計画の策定はなく、数値目標の設定もない。</p>			
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			
<p>平成29年度事業計画の終了評価を見る限り、各重点項目に目標数値の設定や到達目標が明確になっていないために、評価が曖昧にならざるを得なくなっている。中間評価で取り組みの進捗を把握したり、期末の終了評価で「目標達成」の可否判断を明らかにするためにも、重点項目には可能な範囲で数値目標を設定することが望まれる。</p>			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>2～3ヶ月に1度の保護者会を行っており、毎回10名前後の保護者が参加している。保護者会の参加者には、管理者から詳細な事業説明や取り組み姿勢等を話し、相応の理解は得られている。課題は、保護者会を欠席する保護者の存在であり、彼らを無関心派として事業所から遠ざけるのではなく、何らかの形で事業所運営に興味を持って参画できるような工夫を願いたい。</p>			

#### 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			
<p>少数の職員によって少数の利用者が支援を受けており、様々な取り組みに柔軟性が感じられる。作業環境一つを取ってみても、自閉傾向のある利用者専用スペースを用意する等、利用者の障害特性に配慮した支援が行われている。それ故、利用者・家族の満足度は高い。キャリアステージの考え方を推進し、職員個々が向上することによって事業所自体の向上を目論んでいる。</p>			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者一人ひとりを大切に支援が行われているが、精神障害や強度行動障害を持った利用者に対しては、適切な活動や作業メニューを提供するためのプログラムが不足している。ローゼル栽培では地域の農家と連携したり、自主製品の開発では食品会社とコラボレーションを図ったりと、地域資源を巻きこんでの新たなプログラム開発に意欲を持って取り組んでいる。</p>			

## 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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>新たな事業所開設を機に、初代の管理者として赴任した。事業所の理念を管理者自らが考案し、「各スタッフの業務内容」や「管理者の業務」を明文化した。事業所運営には強い信念を持って臨んでおり、会議や朝礼等の機会あるごとに自らの考えを職員に伝えている。総員8名の職員体制であるが、「組織体系図」を作成することによって、職員の意識づけともなっている。</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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>今年4月の法改正によって加算要件等の変更があり、職員会議でその内容を伝えている。職員会議は正規職員だけの参加となるため、非常勤職員に対しては、勤務時間の中で管理者が個別にフォローを行っている。小さな組織ではあるが、情報の共有化を事業運営の重要なファクターと考え、正規職員対象の研修や勉強会への非常勤職員の参加を推奨している。</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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>小さな組織だからこそできることも多い。利用者一人ひとりに丁寧に向き合い、それぞれに合った充実した支援を目指している。「JOYSOUND」を導入したことにより、これまで発語のなかった利用者が口を動かすようになり、今では発音ができるようにまで改善した。個別支援を徹底的に推し進めることにより、利用者・家族の満足度を高め、サービスの質の向上につなげようとしている。</p>		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>時間を有効に使うことで、時間外労働時間の短縮を図っている。夕方の送迎時間帯を利用し、送迎を担当する職員以外は施設内外の掃除を担当している。土曜日の午後2時半から終業時刻まで、職員のミーティングや平日にやり残した業務を片付ける時間に当て、日常業務を翌週に残さない工夫をしている。</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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>明文化された中・長期計画がないため、将来にわたる人材確保の方針は示されていないが、今後の事業所の定員増加計画を考えると、職員の不足感はない。法人と連携し、福祉人材の確保についての計画的な取り組みの展開を期待したい。事業所における職員の定着対策は、これまでの“働きやすい職場づくり”を継続して実施されたい。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
<p>期待する職員像はキャリアパスの構築によって明確になっているが、職員間の周知に欠ける。法人に人事考課制度の運用がないため、事業所独自の人事考課を実施している。「考課表」を独自で作ったり、法人の「ヒアリングシート」を活用したりと、各所に工夫が見られる。しかし、職員が自らを“自己査定”するプロセスがなく、上司査定との意識の差異を把握することができない仕組みになっている。</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り組んでいる。	障 16	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
かつてメンタル面に問題があって退職に至ったケースがあり、その反省を活かして管理者と職員との面談を重視している。定期的な面談のほか、希望があれば随時の面談を行っている。時間を有効活用することによって時間外労働時間を短縮し、子育て中の職員のワーク・ライフ・バランスに配慮し、早上がりや短時間勤務等で要望に応えている。有給休暇の取得に関しても、職位や職種による取りづらさはない。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
キャリアステージの考え方により、職員が自ら将来的な姿を描くことは可能であるが、職員数8名(正規職員4名)の職場環境を考慮すると、現段階ではキャリアステージが現実味を帯びてこない。個人目標を設定して職員育成を図ろうとしているが、個人目標は人事考課(個人査定と上司査定の差異分析)から得られたものではない。目標管理制度と人事考課制度との連動を図りたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
職員個々の研修計画を綿密に組み、その計画に沿って職員が研修に参加している。法人主導の階層別研修では、新人職員～3年職員対象のものと、上層部向けの研修がある。その他に全体の職員を対象として研修も組んである。また、内部研修として、法人内の専門性を持った職員を講師に招き、知識や技術の習得に努めている。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
職員間の勤務シフトの調整を図って、極力職員の研修参加を増やそうとしている。事実、職員一人当たりの研修参加率は高いと思われる。研修履修後には「研修報告書」の提出を求めている。しかし、この「研修報告書」で研修が完結しており、研修効果の確認・検証のプロセスが欠落している。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士実習生の受け入れは、事業所内に受け入れのための資格者がおらず、法人内の他事業所が受け入れた実習生の見学・立ち寄り程度である。早期に事業所内に社会福祉士実習生受け入れの有資格者を養成し、福祉職の育成に寄与されたい。			

### 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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人のホームページ上で、法人の沿革や運営する事業についての説明がある。さらに、財務的な基盤については各種の財務諸表等を公開することによって透明性を担保している。苦情情報の公表に関しては、「苦情解決規程」に、「事業報告書及び広報誌によって公表する」とあるが、ホームページを活用しての公表も視野に入れることを望みたい。			

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			
事業所の事務、経理、取引に関しては、「経理規程」や「小口現金規程」の定めに従って執行されており、ルールの逸脱は見られない。しかし、職員の数が少ないことから、管理者が会計責任者を兼務しており、内部牽制の面からは改善の余地を残している。			

## 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			
法人を挙げて地域との良好な関係の構築を目指しており、当該事業所についても例外ではない。事業所周辺に民家がないため、積極的に外出支援を行い、美術館等に行った際には行き交う人たちと挨拶を交わしている。約2,000名が訪れる法人の一大イベント「かしの木フェスティバル」には自主製品「ローゼル」を販売し、地域の人たちと交流している。			
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			
「ボランティア対応マニュアル」、「桜の木福祉会でボランティアをされる方へ」等の手順書、説明文書を用意し、ボランティアの来訪を待っている。毎月一般企業に勤務する人がボランティアとして来訪し、作業の手伝いや外出支援の付き添い、イベント時のスタッフ等で活躍している。「かしの木フェスティバル」にも、学生ボランティアの姿が目立つ。課題としては、マニュアルに作成日や改訂日の記載がないことである。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の社会資源を明確にし、支援の現場で連絡等が必要となる関係先については、作業室に貼り出している。家庭では、児童相談所と係わるほどの大きな権利侵害事案は発生していないが、軽度の虐待案件があり、相談支援事業所と連携を図って対処した事例がある。障害福祉に理解のある食品会社と、新商品の開発を目的として連携して取り組んでいる。			
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			
木曽川外堤防の内側河川敷に立地することから、豪雨による河川の増水、氾濫には絶えず注意を払っており、液状化も心配される地盤である。大規模災害時には、福祉避難所として地域に貢献する意を示している。しかし、BCP(事業継続計画)の作成が進んでおらず、課題を残している。			
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 27	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域の福祉ニーズは、市の自立支援協議会・日中活動連絡会に参加することで把握している。日中活動連絡会には、行政機関、特別支援学校や聾学校、日中活動事業所、相談支援事業所等、障害福祉に関する様々な分野からの参加があり、的確な情報が得られている。現時点では、日中の生活介護サービスの需要を認識しており、事業所としても定員を増やして対処しようとしている。			

## 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り組みを行っている。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の基本的な人権尊重について理解を深める内部研修会を実施し、職員教育に努めている。また、会議等を通じて個別支援計画の内容に関する「利用者尊重」や「人権への配慮」を含めた情報共有を行っている。「倫理綱領」や人権尊重に関する規程類についてはその存在があまり周知されておらず、理解促進に課題を要する。</p>			
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			
<p>契約時における個人情報提供に関する同意はもとより、写真等の使用に関する同意書も全利用者から取得しており、プライバシー保護に関して適切に取り扱われている。プライバシーに関するマニュアルも整備されている。利用者が活動するスペースでは、個々の障害特性に合わせた空間をパーティションで作るなどの工夫が随所に見られる。不適切な事案が発生した際の対応については、全職員に周知されていないことが課題として残る。</p>			
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			
<p>ホームページ委員会が事業所を横断した組織として定期開催され、適宜情報提供を行う仕組みがある。パンフレットはA4サイズの三つ折りタイプのを事業所単独のツールとして用意している。情報量は最低限にまとめられているため、口頭での説明や事業所内の掲示物でカバーしている。体験希望の受け入れ体制が整っており、その実績もある。</p>			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所の提供するサービスについて、書面や口頭だけでは伝わらない部分があり、その点をカバーする目的で1日体験してもらおう仕組みがある。保護者より「体験があって良かった」との声があり、一定の効果が確認できる。書面の説明では、特にルビが振ってあったり、かみ砕いたような簡易の書類が別で用意はされておらず、あくまで基本の書類を分かりやすく説明するに留まっている。文字の理解がある程度可能な利用者もあり、書面の整備が急がれる。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>同法人の相談支援事業所はもとより、外部の相談支援事業所とも連携を取り、サービス移行に関する体制を整えている。サービスの継続性に関するマニュアルも細かく整備され、様々なパターンを想定した内容となっている。ただ、新しい事業所のため、まだ他施設等への移行がなく、記録もない。現場としては「担当窓口」、「文書を渡す手順」等の理解に不安があるとのことだが、取りまとめ役の管理者が把握しており、適宜指示が出せる環境が整っている。</p>			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎年、家族向けの満足度調査が書面にて行われている。また、家族が集まる機会が2ヶ月に1度用意されており、管理者が毎回参加して情報共有を行いながら、家族の意向や申し出を把握している。課題としては利用者にて特化した明確な満足度調査がないこと、家族向けの満足度調査においては実施されているがその後の処理(集計及び公表・フィードバック等)がないことであり、今後の取り組みに期待したい。</p>			

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		
苦情解決の仕組みは十分整っており、掲示物も用意されている。申し出しやすい工夫の一つに、自由記述式のヒアリングシートのような書面を作成・配付し、家族等から聞き出す仕組みもある。課題は「苦情」と「要望」の判断が明確ではないこと、苦情のフローチャートは整備されているが、苦情に至らず要望や意見等を聞いた際の手順が曖昧であることである。苦情については、公表が必要であるため、法人全体の課題として取り組まれたい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者が話しやすい環境については、パーソナルスペースが多く用意されていることから十分な対応が可能である。スペースの確保やいつでも相談に対応できる体制は整っているものの、その周知は口頭のみとなっている。写真や挿絵を使った分かりやすい掲示物等で、「いつでも相談受け付けます」と伝わるようなツールが欲しい。		
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出てくる機会はそれほど多くないものの、出てきた際は速やかに対応するよう心がけている。工夫の一つとして「意見箱」を設置したが、取り組み始めたばかりで、その効果は未知数である。課題としては、相談の受付からフィードバックまでの一連の流れについて曖昧な部分が残っていることであり、これらの整備がなされることを期待したい。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ヒヤリハット及び事故報告に関する細かなマニュアルが整備されており、その手順をはじめ記録様式も整っている。当該施設で起きたヒヤリハットや事故報告書は施設横断で組織された「安全対策委員会」にて話し合われ、その結果について再び施設に持ち帰り周知する流れができています。リスクマネージャーの選任はなされていないが、施設長や安全対策委員が主となり活動している。記録様式を新たにリニューアルするなど積極的に取り組む姿勢が見られる。		
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		
安全衛生委員会が法人内に組織され、各事業所の職員が参加して情報共有している。昨年度はインフルエンザの罹患もなく、感染症対策は十分に効果が発揮されたものと思われる。マニュアルについては一般的なリーフレットが食堂に掲示されていたり、マニュアルファイルに綴られていたが、あくまで一般的な情報が記載されたものであり、当該事業所における独自マニュアルではない。事業所の状況に即したマニュアルの整備を望みたい。		
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
非常災害対策に向けた書類が整備されている。ハザードマップにて事業者周辺の災害状況の把握等を行い、その体制は整備されつつある。ただ、非常食等の備蓄類がないため早急な整備と、木曽川が真横にあることから、万が一(想定外)のことを踏まえた更なる対策が必要である。		

### 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		
マニュアルについては、全ての業務を網羅したものではないがある程度整備されている。作成日付も記載してあり、いつ作成されたか追跡することができる。ただ、作成されたマニュアルが関係する職員に上手く周知されていないこと、目次がないため検索に時間がかかることなど、作成するに留まった形となっているため、「活用されるためのマニュアル」となるような工夫を求めたい。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>開設間もないことから大きな見直しがされるようなことはないが、1件については更新されていることが確認できた。ただ、どの部分について更新(変更)されたのかが明確でないため、職員周知の目的も兼ねて「新旧」が分かるような資料が欲しい。また、「誰が、いつ、何を見直すのか」というルールがないため、その点についても文書化されることを期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人で定められたアセスメント様式があり、個別支援計画作成に役立っている。担当職員以外にサービス管理責任者や看護師等も参加して計画を作成しており、内容についても適切な記載がある。日々の支援と個別支援計画の連動については、「個人記録」を活用して毎日記録を残し、その情報を基に中間評価(モニタリング)や終了時評価を行っている。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>見直す時期は概ね半年後であり、多くの利用者が4月スタートとなっている。そのため9月頃にモニタリング、3月頃に終了時評価を行い、その都度書類を作成している。個別支援計画やモニタリング資料は、全職員が目を通したことがわかるように押印欄を設け、全職員に周知する仕組みができています。</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、職員間で共有化されている。	障 44	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>「個人記録」や「作業室日誌」と呼ばれる書類に毎日の支援内容等を記載し、情報を蓄積している。それらの記録物についてはいつでも見られる環境となっており、情報を収集するツールとして用意されている。「らでうす定例会議」と呼ばれる正規職員で構成させる職員会議(毎月1回開催)にて、これら蓄積した情報を基に情報共有する仕組みがある。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「個人情報保護規定」があり、個人情報に関する細かな取り決めがなされている。教育については採用時に行われているものの、その後の取り組みは計画されていない。「プライバシー保護」や「コンプライアンス」に絡めて研修を組む等、定期的な取り組みが望まれる。</p>			

## 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			
A①	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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所内で開催される「らでうす定例会議(正規職員で構成)」や「作業室会議(作業室ごとで話し合われる会議)」等で利用者の個別支援について話し合う機会が用意されている。ただ、障害特性の問題もあって、利用者の「主体性」や「自己決定」、「意思の尊重」等については、十分に反映させる取り組みにたどり着いていない。</p>			

A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A② A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障 47 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
権利侵害の防止を目的に、「業務振り返りシート」を活用している。定期的に全職員対象に決められた項目(利用者の人権に関するもの)に従って自己評価するもので、職員自身が自らを振り返ると共に「虐待」について考える機会となっている。身体拘束についても、細かな手引きと記録用紙が用意されており、体制は十分に整っている。		

## A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③ 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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
自立のための課題を個別に用意して日々取り組んでおり、日中活動の一つとして積極的に導入している。ただ、これら自立課題がどのような目的を持っているのか、最終的に利用者の「自立」にどのようなつながっていくのか、等については職員間での情報共有が弱い。明確な目的(なぜその取り組みを行うのか、行った結果どういう効果が得られるのか等)の周知がなされることを期待したい。		
A④ 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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
言葉でのコミュニケーションが難しい利用者が多く、身振り・手振りや絵カードなどを使う機会も多く見られる。理解が難しい利用者については家族の協力を得ながら対応し、利用者の意思を汲み取る努力を行っている。一方で、利用者理解については、新しく始まった事業所で事例が少ないこと、今後様々な利用者が利用されるであろうことを踏まえ、常に新しいコミュニケーション手段の情報収集を図られたい。		
A⑤ A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等適切に行っている。	障 50 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
利用者の意思決定について、組織としては意識しているが、個々の職員レベルで考えると十分に拾い切れておらず、改善の余地を残している。利用者が適切な選択や意思表示をするための情報提供についても、行事に関する情報提供程度に留まっている。日々の活動においても、適切な選択や意思決定支援の更なる可能性を追い求められたい。		
A⑥ 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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
日中活動としてハーブ(ローゼル)の下処理作業や自立課題、機能訓練としてストレッチや体操活動、JOYSOUNDの機械によるレクリエーション活動、創作活動、映画鑑賞、カラオケ等、様々なプログラムを用意している。職員の発案によるものも多いが、中には利用者の希望に沿ったものや家族からの情報を参考にしたプログラムもある。		
A⑦ 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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員の資格一覧を法人で作成しており、当該事業所においては管理者が主となり把握している。その情報を基に、必要な外部研修に職員を参加させている。内部研修においては人権に関すること、タッチケアに関すること、口腔ケアに関すること等、支援スキルを高める取り組みがある。それらの研修によって、様々な障害特性を持った利用者に対して、職員の適切な支援が担保されている。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧ 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
食堂は落ち着いて過ごせる環境であり、一口大の食事やアレルギーによる代替食の対応も行っている。誕生日月には、利用者の希望する食事を提供している。嗜好調査については、写真付きメニュー一覧を用いて「好き」、「嫌い」、「食べられない」等の項目にてヒアリングを行っている。入浴は希望者にのみ提供しており、事情があって家庭で入浴できない利用者にとってはうれしいサービスである。		

A-2-(3) 生活環境			
A <sup>⑨</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の障害特性に合わせてパーティションを適宜設置したり、個別な空間や個人で横になれるようなスペースを作るなど可能な限り小回りの効いた柔軟な対応をしている。飲水傾向にある利用者に対して、その元となる洗面所が扉で目隠しできるような工夫もあり、多くの利用者が安心して利用できる工夫がなされている。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A <sup>⑩</sup> 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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人と契約を結んでいるPT(理学療法士)が、他施設を含めた持ち回りで半年スパン(その期間は毎月1回来訪)でリハビリを行っている。整体師の資格を持った職員がおり、理学療法士と合わせて専門的な支援を受けながら機能訓練を実施している。ただ、プログラムがまだ発展途上であること、利用者が主体となって取り組むには至っていないこと等が課題として残っている。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A <sup>⑪</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>1日3時間、週に4日間従事している非常勤専従の看護師がおり、投薬支援や健康チェック、各種通院付き添い等を行っている。医療機関については、車で3分の所に嘱託医が、さらに10分弱の所に協力病院がある。いずれの病院も協力的であり、安心して医療面の支援が受けられる。</p>			
A <sup>⑫</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>医療的な支援については専従の看護師に一任しており、薬のセットや投薬支援、通院介助など責任を持って行っている。不在の時は看護師の指示の下に職員が対応している。医務室で薬の管理を行っているが、通所施設で在宅障害者が多いにも関わらず、家族支援や利用者の個別対応の必要性から、昼だけでなく朝・夕の薬のセット支援も行うなど、目を見張る活躍・奮闘がある。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A <sup>⑬</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>障害が重い利用者が多い中でも、買い物を通じて金銭のやりとりを習得するための機会を提供し、SST(社会生活技能訓練)を導入するなど、積極的な取り組みが見られる。利用者が希望する社会参加については、本人のみならず家族からもヒアリングを行った上で、事業所が様々な外出機会を作っている。その際に、ルビを振った説明文書等を用意し、学習支援の一環として学習効果も期待されている。</p>			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A <sup>⑭</sup> 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>家族会やモニタリング等における面談時に、地域移行に触れた確認を行っている。また、利用者が望む様々なサービスやプログラムを実際に体験させることで、利用者が持っている「強み」や「弱み」を新たに発見する機会となっている。その経験や情報が地域生活へとつながっていくという考えの下、地域生活へ移行した時の利用者の姿をイメージして支援している。</p>			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A <sup>⑮</sup> 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
評価機関のコメント			
<p>2ヶ月に1回、家族が集まって話し合いを行う会に管理者が参加し、情報交換を行っている。単に保護者からの話を聞くだけでなく、事業所の近況や取り組み状況、法令関係等について積極的に情報を提供している。法人としての取り組みとして家族会の総会があり、事業所を横断して保護者が一堂に集まって意見交換や情報を共有する機会となっている。</p>			

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A <sup>16</sup> 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 非該当
評価機関のコメント		
非該当		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A <sup>17</sup> 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 非該当
評価機関のコメント		
非該当		
A <sup>18</sup> 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 非該当
評価機関のコメント		
非該当		
A <sup>19</sup> 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 非該当
評価機関のコメント		
非該当		