

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： らちえっと	種別： 生活介護	
代表者氏名： 小関善之	定員（利用人数）： 15名（10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： http://www.kasinoki.jp		
【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： 4名	
専門職員	(管理者) 1名	(看護師) 3名
	(介護福祉士) 4名	(嘱託医師) 1名
	(准看護師) 1名	(嘱託理学療法士) 1名
施設・設備の概要		(設備等)

③理念・基本方針

★理念

「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

★基本方針

一人ひとりが楽しく健康に生活していくことを目標に、人と人とのつながりを基本として、利用者の意志と自己表現を尊重し、「障がい」の種類や重さにかかわらず、地域生活ができるように援助していく。生活の主体者は本人であることを忘れずに個別な配慮を充実し、その日常生活を継続的に支援していく。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・2002年より、重症心身障害者を対象としての事業を展開している。
(医療的ケア対象者5名、障害支援区分6が10名)
- ・スタッフは保育士、介護福祉士、看護師などの有資格者が多い。
- ・2012年に施設整備を実施し、現地に移設された。
(床面積590㎡、喫茶店、地域交流室、法人本部併設)
- ・保護者会「かしの木の会」との強固な連携関係にある。
- ・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)が充実している。

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 3月27日(評価結果確定日) 【平成30年 9月25日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆重度障害者のセーフティネット

重い障害を持っていても利用できる日中活動の場として、事業所の収支によらず、手厚い職員配置をもって個々の利用者のニーズに応じた様々な支援を提供している。地域の中でも、貴重な社会資源として認められている。

◆地域との交流

事業所の入っている建物内に地域交流室や喫茶店を併設している。常に地域との接点を持ち、また外出や買い物、行事などを通して、利用者が直接的に地域住民と触れ合う機会を持つことで、事業所の存在価値をアピールしている。ともすれば閉鎖しがちな重度障害者の生活を打破し、利用者の社会性を高める機会ともなっている。

◆医療ケアへの対応

3名の看護師を配置する以外にも、管理者やサービス管理責任者が喀痰・吸引の資格を取得している。これにより、経管栄養などの医療的ケアが必要な利用者を受け入れることが可能となり、医療的ケアに対応できる貴重な障害者施設となっている。

◇改善を求められる点

◆人事制度の構築と人材育成への取り組み強化

異動や昇格基準の明確化と透明化、人事考課制度による成果や貢献度評価、期待する職員像の明確化など人事管理を適正に行うことで、職員の将来設計の構築と意欲向上を促進されたい。その上で計画性のある人材育成を目指されたい。目標を持った業務遂行を目指す目標管理制度の導入、事業所としての研修計画と職員個々の研修計画の策定、組織的なOJTの実施など、さらなる人材育成への取り組みを検討されたい。

◆支援計画の整合性

事業所の作成する個別支援計画と、受給者証の支給期間及びサービス等利用計画の期間が合致していないため、中間評価の時期もずれ、支援目標や内容の不一致が生じかねない状態である。この不一致を統一させるための取り組みを進められたい。また、評価を実施するにあたっては、相談支援事業所の相談支援員や関係機関が同席しての面談が望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第1章

法人内で共有できる内容を調整できる機会となった。

また、事業所では経営実態に即した計画や対策を話し合う機会がもて、次年度に向けて取り組んでいる。

第2章

組織的な運営について取り組んでいる最中、事業所の裁量で動いていることも多いので体制づくりが課題であると痛感した。

人事考課や健全経営について、見えにくい部分を少しずつ改善できる取り組みを検討していきたい。

第3章

サービスについて、利用する人の目線で考えられているのかを再度検討する機会であった。体制が整備できていても、適切に判断出来る仕組みを十分といえない部分も見られたように感じた。

自己表出が出来ないと思わず、可能な限り本人が表出できるよう支援についても考えさせられる場であった。

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。

(別添)

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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
理念、基本方針は、ホームページやパンフレットに明記されており、職員に対しては法人研修や職員会議等で都度確認されている。一方で、利用者、家族に対しては周知の機会が無い。特に利用者に対しては、理解しやすいように工夫するなどの配慮も含めて、周知を徹底されたい。		

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 ㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人の管理者会議や各部会等で、経営課題が確認され、必要な情報は職員に伝えられている。コスト分析や利用率を毎月割り出し、県や市の障害福祉計画を理解の上、法人や事業所との関連性を把握している。収支の改善に向け、改善計画を策定中である。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
経営課題は法人内、事業所内ともに共有され明確になっているものの、人員確保といった点では有効な対策が取りにくく、解決策も見出せない状況である。また、利用率の向上、潜在利用者の把握・確保などの点についても、事業所内での再検討が望まれる。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
平成26年度からの10カ年計画が策定されており、基本方針とともに事業所毎の経営目標と収支計画も含まれる内容となっている。既に、修正が必要な部分も見られるが、計画の見直しが実施されていない。法人内外の事業環境や事業所の現況を踏まえ、適切な内容修正を図られたい。		

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
サービス内容を中心とした事業計画となっているが、必ずしも中・長期計画を反映した内容とはなっておらず、また数値目標などの具体的な目標設定を示すに至っていない。この点は、次のプロセスである確実な評価・見直しの実施に対しても課題として残る。			
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、管理者とサービス管理責任者との協議により素案が作られ、職員会議での意見聴取、検討の上策定される。年度末の職員会議で評価され、次年度計画に反映されていく形をとっている。しかし、事業計画に数値目標が設定されていないため、評価そのものが曖昧さを残すこととなっている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
家族会で事業計画の内容説明がなされるが、利用者に対しては説明の機会が設定されていない。サービスや行事などの具体的な説明は掲示物や毎週の「らちえっと会」にて行われるに留まっている。利用者は支援を受ける主体者であり、事業計画という支援の方向性や方針を示す重要な事項については、様々な配慮をもって説明責任を果たされたい。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
職員会議の場で業務改善の提案がなされて実行に移され、また日々のミーティングでも細かな反省点が出されれば改善への合意の下、実行されていく。個人目標とモニタリングのシステム同様に、サービスの質の向上に向けて、組織としてのサービス評価をより確実に実施していくためのシステムの構築等、具体的な方策(例えば職員のサービス自己評価やサービス向上委員会設置など)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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
現状では、支援上の問題が発生した時点で、職員ミーティングや職員会議で解決や支援の修正がなされている。計画的な改善の実施という視点からは、問題発生時の対応ではなく、先ず事業所としてのサービス評価による課題抽出から始め、改善内容の検討、実施という組織的な取り組みが望まれる。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、主に職員会議の中で自らの役割や方針を説明しているが、文章化されたものは無く、職務分掌についても明文化されたものは整備されていない。職員、利用者に向けて、自らの役割や責任の所在を明らかにしておく必要があり、その旨対処されたい。管理者不在時の職務権限については、サービス管理責任者に委任されている。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人では、「法令遵守に係る基本方針」が定められ、運用されている。管理者は、虐待防止や法改正等のセミナーや法人内外研修に参加し、会議の場を使って職員周知を図っている。事業所内で、コンプライアンスに関する勉強会や事例検証などの具体的な取り組みを進め、さらなる理解促進を図られたい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>同種の事業所の取り組みを参考にすることでサービスの質の向上に努めるとともに、職員をスキルアップ研修等に参加させ、各人の支援力向上を図っている。職員会議の中では、職員の意見を取り入れ、少しでも利用者に向けた支援を目指しているが、サービス向上委員会の組織化等、具体的なシステムは構築されていない。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、支援現場に入ったり、個別面談を実施したりして職員の意見、要望、提案を聞き、業務改善や環境改善に繋げるなど労務対策を行っている。一方で、業務の実効性を高めたり、適正化を図るための具体的な体制は事業所内に無く、管理者の個人対応となるため、組織的、効果的に改善がなされるような体制作りが課題となっている。</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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>人材の確保に関しては、法人として様々なツールを使った求人活動、そして採用選考がなされている。育成に関しては、法人内に人材育成委員会が設置され、研修企画を中心に職員のレベルアップが図られている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人としては、これまでに何度も人事考課のトライアルを行ったが、都度制度上の欠陥が検出されて実施に至っていない。また異動・昇格等の人事管理に関しては、職員の異動希望は聴取されるものの、法人としての方針や基準が職員サイドに非公開であり、周知されていない。適正且つ透明性の高い人事制度の構築を目指されたい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
有給休暇や時間外労働などのデータ管理がなされ、就業状況は把握されている。産休・育休については、取得可能な状況である。互助会制度があり、職員交流会やスポーツ大会などが催されている。職員の相談窓口の設置など、働きやすい職場づくりに向けてのさらなる取り組み強化を図りたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者が職員個々に面談を行い、本人の目標や研修の意向などを聞き出し、アドバイス等の対応をしている。ただ、目標管理をシステムとして行う体制は取られていないため、目標設定から中間評価、達成度確認などといった手順が明確になっていない。人材育成に向け、組織的な制度としての導入を検討されたい。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の研修予定に沿って、新任研修から管理者向け研修まで、階層別の研修が行われている。しかしながら、事業所の研修計画が策定されていないため、職員個々が研修、研鑽の予定が立たず、また研修内容の評価、見直しができにくい状況である。早急に事業所における研修システムの検討を要す。			
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
評価機関のコメント			
職員個々のレベルに応じた研修参加を心掛けているが、必ずしも合致した研修とはなっていない。資格取得やその他法人が認めた研修、講演に関しては、「職員の職務専念義務免除規程」により20日間までの職務が免除されることになっており、自己研鑽を奨励している。一方で、OJTに関しては、担当固定、目標設定、評価方法など、組織的に行うシステムがとられておらず、改善を要す。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「実習生受入れ要綱」が整備されているが、実際には受け入れがなされていない。人員配置の関係もあるが、事業所の専門性を示すべく受け入れの実施、独自プログラムの用意、管理者以外の指導者養成など、前向きな実習対応を考慮されたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページや広報紙「きぼう」にて、様々な情報公開を行っている。苦情に関する解決システムは整備されているが、手続きされた案件は殆ど無く、公表された実績もない。システムとして適切に機能しているか否かの疑問が残る。さらなる透明性を担保するため、情報の公開と地域への広報強化を期待したい。			

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			
ホームページでは、財務に関する情報を公開している。法人監事による内部監査が行われ、また会計事務所と契約して公認会計士と社会保険労務士による定期的なチェックがなされている。今後は、第三者による外部監査を実施し、一層の公平性と透明性のある経営を目指されたい。			

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			
法人の「地域の中で豊かな暮らしをめざして」という基本方針を受けて地域交流室が設置され、地域住民や地域で活動するグループが利用している。また、併設の喫茶店や法人主催の「檜の木フェスティバル」、盆踊りなどで地域住民との交流を図り、利用者は買物やレクリエーション外出などで日常的に地域との接点を持っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「ボランティア受入れマニュアル」が整備され、対応のフローチャートが示されている。また、法人にはボランティア育成部門がある。事前説明では「ボランティア説明書」により活動内容や持ち物等を明らかにしている。ボランティアの種類は多く、介護ボラや手芸、イベント補助などが来訪している。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会では、情報の共有や各種企画の実施、共通課題の検討などを行っている。また、医療的ケアネットワークに参加し、市内の医療機関と連携して利用者に対する医療支援を行っている。利用者が利用可能なイベント情報や社会資源のリスト化を含め、さらなる情報提供に努められたい。			
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
地域交流室のスペース提供や講演会の実施など、事業所機能の地域提供を行っている。また、AED設置を地域に周知している。災害時の地域連携や地域街づくり活動への参加といった、事業所機能の特性を活かした一層の地域還元を進められたい。			
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			
利用希望者の情報等、地域のニーズに関しては、自立支援協議会や特別支援学校、相談支援事業からの情報により把握している。何より、障害が重くても利用可能な事業所として、日中一時事業も含め地域の大変重要な資源として機能している点は、地域福祉の担い手の証である。			

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り組みを行っている。	障 28	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の基本理念や倫理要綱には、利用者主体や尊重したサービス提供について明示され、毎月開催される職員会議や保護者会でも基本理念を唱和している。利用者によって理解度や意識に差があることから、共通の理解を持つためにこれらの内容について、管理者、職員等から解説する機会を設けるなどの工夫を期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
虐待防止の規程・マニュアルは整備されており、非常勤職員も含めた全職員対象の虐待防止法の研修も実施している。今までに虐待通報はない。プライバシー保護についての規程及びマニュアル類が確認できなかったため、今後整備されることを望みたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の全事業所が紹介されているパンフレットには、事業所ごとの事業種別、特徴、外観写真がとても見やすく工夫されている。見学や体験の希望があれば、相談支援事業所と連携して対応している。施設利用希望者にはチェックリスト(おはじまりセット一覧)が用意されているが、施設パンフレットは利用者が分かりやすいような工夫を期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
管理者・サービス管理責任者が、可能な限り本人・家族の同席の下、チェックリストに沿って「重要事項説明書」、「契約書」等を丁寧に説明している。同意確認についても、極力本人に意思表示をしてもらうようにしているが、意思疎通が困難な利用者については工夫が必要となる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者及び家族から相談があれば、管理者もしくはサービス管理責任者が対応し、相談支援事業所と連携をとって対応している。退所した利用者にも、事業所のイベントの案内をするなど、関りをつなげる努力や工夫をしている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の会「らちえっとの会」(毎週)、保護者会(毎月)が開催されており、本人や保護者の意見や要望を聞き取る機会が設けられている。しかし、利用者や家族を対象とした利用者満足度調査は実施されていない。更に満足度の向上のために、どのような質問にするのか職員で検討し、早期に実施することを期待したい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の体制は整備されており、受付担当者や解決責任者、第三者委員等が明記された掲示物が掲示されている。最近では苦情受付はなく、数年前の「苦情解決報告書」は確認できた。しかし、苦情件数や内容などを公表する仕組みが確認ができなかったため、この部分の改善を期待したい。		
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		
利用者が意見を述べる窓口は特定されておらず、本人が話しやすい場所で話を聞いてほしい職員に相談できるように配慮している。また、毎週金曜日に「らちえつとの会(利用者の自治会)」が1時間開催され、利用者が意見を述べる環境が整えられている。利用者及び家族向けに相談や意見が言えるように、事業所内に掲示や朝礼等で告知し、意見箱の設置なども考慮されたい。		
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		
相談の希望があれば、職員体制を整えて速やかに対応している。相談内容は書面を起こし、本人の同意を得たうえで職員間に周知している。相談や意見に対して、公表の方法を内容別にするなど、再度検討が望まれる。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人内に「安全・衛生委員会」が設置され、職員、利用者の安全で健康的な活動環境の確保に向けて調査・検討・提案等が行われている。その結果等は、職員に報告・周知されている。「ヒヤリハット」を「ハッ!としてgood」に変更するなどの工夫が確認できた。引き続き、ヒヤリハット報告及び事故報告の要因分析と改善策・再発防止策の検討に取り組まれることを期待したい。		
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・衛生委員会が作成したマニュアルには、感染症の予防や感染時の対応等が定められている。インフルエンザ発生時には、各家庭に周知して蔓延を防ぐ対策もされている。非常勤の看護師が3名配置されており、利用者及び家族にとっても安心となっている。過去には看護師が講師となり、不定期ではあるが勉強会を実施していたが、最近では行われていない。再度この取り組みが復活することを期待したい。		
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		
法人内には防災対策検討委員会が設置され、大規模災害等への備え、対策を検討している。避難訓練も毎月実施し、災害時に落ち着いて安全に誘導できるようにしている。施設内には、避難場所や誘導経路等の掲示物が確認できなかった。早急に改善が望まれる。また、町内会等と一緒に避難訓練を行うなど、地域と連携した訓練の実施も検討の余地がある。		

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
重症心身障害の利用者が多く、医療依存度も高いことから、個別に専門的な支援が必要とされる。どの職員が対応しても違いがないように個別にノートが設けられ、個別支援計画や支援マニュアルを添付して、いつでも確認ができるように現場に置かれ、日常的に活用されている。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画は、利用者・保護者の意向に沿って立案され、半年ごとにモニタリングが実施されている。標準的な実施方法については、日々のミーティングで問題点などが検討されているが、記録簿等の確認はできなかった。標準的な実施方法の見直しの仕組みを明文化されることが望まれる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントは細かく記入され、利用者・家族のニーズに沿って個別支援計画の作成を心がけている。しかし、サービス等利用計画と個別支援計画の開始時期がずれているため、サービス等利用計画の支援目標が個別支援計画の目標に反映されていないケースがみられた。個別支援計画とサービス等利用計画との作成及び中間評価の時期を合わせ、整合性のある計画になるよう検討されることを期待したい。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の評価・見直しは定期的に行われている。しかし、個別支援計画の策定が全員同じ期間となっているため、相談支援員や関係機関との調整や連携について、見直しが望まれる。併せて、個別支援計画の変更事項を職員へ周知する方法の検討も望まれる。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の生活状況や健康状態等について「連絡帳」に細かく記載され、職員はいつでも確認できるようになっているが、過去の情報を確認するのに時間がかかる。「連絡帳」がケース記録となっているが、記録様式を活用しやすくするために、電子媒体を活用したOAシステムの導入の検討を望みたい。			
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			
個人情報については、利用者に書面で「使用同意書」を交わして適切に行われている。職員に対し、「個人情報保護法」や守秘義務等についての研修の機会がないが、利用者の権利擁護にもつながる事案でもあり、研修の実施を法人に働きかけるか、もしくは事業所独自の研修実施を望みたい。また、個人ファイルについては、管理体制や保管方法、保管場所などを定めた「記録管理規程」の整備も期待したい。			

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎週利用者と予定を話し合う機会を設けたり、毎月個別目標を設定するなど、利用者の主体性を尊重した取り組みがある。写真が好きな利用者の、「写真展を開きたい」という個人的な要望にも工夫して対応している。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人内に虐待防止委員会が設置され、不適切な対応について検討されている。虐待の報告はないが、発生した場合の公表方法等が明確にされていない。再度仕組みについて検討し、明確にすることを望みたい。			

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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントに基づき、利用者個々の障害特性に合わせたプログラムを取り入れている。利用者のエンパワメントに着目し、残存能力を活用した役割を担ってもらったり、潜在能力の発揮を促す試みを行ったりして、機能が衰えないように配慮した支援をしている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
コミュニケーション手段は、家庭で培われてきた方法を基本としている。主にタブレットを活用して、視覚的な支援を行っている。意思疎通が困難な利用者には、家族と職員との間で利用者の状態を連絡帳や送迎時の会話等から共有して、最適なサービス提供ができるようにしている。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
日々の活動は、必ず本人の意思を確認したうえで実施している。また、利用者から相談の申し入れがあれば、利用者が希望する職員や場所に対応できるようになっている。時には、利用者の希望する職員が勤務中の場合もあるが、職員配置を変えるなど可能な限り速やかに対応している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が選択できる活動として、エトセラ活動(個別活動ができる日)を毎週取り入れている。レクリエーションは、らちえつとの会で利用者皆で内容を決め、月1回実施されている。集団活動は、利用者の障害特性上ある程度の制約を受けることとなるが、バリエーションを持たせた取り組みを期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個別的な配慮を必要とする利用者が多く、詳細な個別支援マニュアルが整備されている。管理者とサービス管理責任者は、喀痰、吸引の資格を取得しているが、他の職員についても資格取得を目指されたい。また、計画的に専門技術向上のための研修を取り入れることを期待したい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
食事については、ミキサー食やきざみ食など利用者の状態に合わせて提供している。また、普段はきざみ食でも、その日の体調に合わせ、普通食で対応するケースもある。食事(昼食)のメニューを分かりやすく写真やイラストで示し、利用者の食事に対する期待や、家族に対しては夕食への参照となるような工夫が欲しい。入浴は希望者のみ対応しているが、脱衣室から浴槽までのリフト移動やパネルヒーターなどの設備が整えられている。			

A-2-(3) 生活環境			
A ^⑨ 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			
活動・食事場所はワンフロアで、全体の状況が確認しやすくなっている。車いすの利用者が多く、ゆったりとしたスペースが確保され、褥瘡予防も含め横になるスペースも設けられている。車いす等への移乗や排泄についても、利用者にも職員にも負担がかからないような設備が用意されている。			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A ^⑩ 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎週1回、個別にPT(理学療法士)による機能訓練を受けており、機能訓練プログラムも専門家に依頼して作成している。福祉施設ではあまり導入されていないレッドコード(ロープを使用したりハビリ機器)が2台設置され、好きな時にリハビリを行うことができるようになっている。また、ハンドケア(手のマッサージによるスキンシップ療法)やリフレクソロジー(足裏反射療法)なども取り入れている。			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A ^⑪ 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			
毎日検温を2回(基本的に朝と14時)実施し、血圧を朝礼前に測定している。それらの利用者のバイタルの数値は、朝礼時に職員に周知されている。体調変化時の対応は、看護師より適切な指導・助言が受けられる体制である。排泄については、所定の用紙に記録して管理している。			
A ^⑫ 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			
医療的な支援は、看護師の指導・助言の基に「支援マニュアル」に従って対応している。また、医療的なケアや経管栄養が必要な利用者には、研修を修了した職員、看護師が適切に行っている。服薬の管理については、看護師の責任の下で適切に行われている。			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A ^⑬ 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			
自主製品の販売も兼ねて、尾西まつりや一宮七夕まつりに参加している。七夕まつりは、七夕飾りの作成を利用者と一緒に取り組むなど、利用者の楽しみにもつながっている。また、施設横に併設されている地域交流室で開かれる手芸教室に利用者が参加し、自身の趣味を学習にまで高めている。			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A ^⑭ 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			
利用者の意向確認は、面談時に意思や希望を尊重して行っている。今までに、他法人の入所施設とグループホームへ移行した事例がある。グループホームに移行した利用者の健康管理については、事業所間で連携して対応した。重症心身障害の利用者については、地域移行を当初から欲していないケースもある。今後も相談支援じぎょう等と連携をして推進していくことを望みたい。			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A ^⑮ 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			
家族とは、連絡帳や日々の送迎時に情報交換をしている。その他にも、毎月開催される保護者会は、ほぼ全員が参加しており、意見交換や情報共有の場として有効となっている。内容によっては、相談支援事業所に連絡するなど、連携がとられている。			

A-3 発達支援

		第三者評価結果	
A-3-(1) 発達支援			
A ¹⁶ 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
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 ¹⁷ 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
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁸ 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
評価機関のコメント			
非該当			
A ¹⁹ 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
評価機関のコメント			
非該当			