

## 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：小関 善之	定員（利用人数）：25名（23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/radius.html">http://www.kasinoki.jp/radius.html</a>		
【施設・事業所の概要】		
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： 9名	非常勤職員： 8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） 13名	（看護職員） 1名
	（理学療法士） 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（静養室）・食堂
		厨房・ロッカー（男女）・事務所
		トイレ（男女、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逞しく、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、リクレーション、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んでいく事に努めます。)
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

利用される方の個性が、らでうすに集い、またその個性が地域へつながるようになると思いのもと、ラテン語のラディウス(光の放射)をベースにして名前をつけました。

活動の内容として、午前は作業的な活動を、午後からは機能訓練や創作活動を中心とした活動を行っており、スタッフが利用されている方をイメージしながら活動内容を提案しています。

午前の作業的な取り組みとして、自立課題、軽作業、農業園芸関連の作業を行っております。自立課題については課題を完成させることで、取り組まれている方の達成感や自信につなげてもらうと共に、利用されている方が獲得しているスキルの確認や生産的な活動への強化につながるために、活動として組み入れています。

軽作業所は、個々のスキルに合わせた治具を利用しながら箱折りや金属部品の組み立てなどを行っています。

農業園芸関連の作業においては、サツマイモを栽培。植え付け、草取りなどを行い収穫した実を地元企業に卸しています。不揃いのものは、法人内の店舗にて加工して商品にしていきます。また、寄せ植えを作り地域の歯科医院に納品しています。土に触れ、花の種や苗を買う、納品することで地域の方と接点を持ちながら活動しています。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、利用される方が「働きたい」と思うニーズに応えています。

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、利用されている方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ます。

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日のリズムを作り、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ます。

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 1月23日(評価決定日)  【令和 4年10月14日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成30年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆地域とのつながり

さつま芋を栽培し、地元企業に販売している。ねじに関わる作業について、利用者がどんな作業ができるのか地元企業の担当者に見学してもらい、地元企業から作業の提供を受けている。また、近くの病院に寄せ植えを8～10個納品している等、地域との強いつながりがある。それらの取組みを職員の業務とせず、利用者の社会参加の機会として捉えている。

#### ◆保護者が活発に機能している

保護者に自らの体験談（障害児・者を育てる苦勞）を話していただく機会を設けることで、他の利用者・家族の満足度を高めている。また、保護者会の協力で40食、3日分の食糧備蓄品も確保している。

#### ◆利用者の安心・安全に配慮

作業用の机にウレタンを貼り、発作でうつぶせに倒れた時に頭をぶつけないように工夫している。利用者個々に、どの曜日に不調になってしまうのかを見極め、曜日によって利用者を一時的に他の作業室を使って支援する等、一人ひとりの利用者の状況を観察し、安心・安全に配慮した対応と支援を行っている。

### ◇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、単年度の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、期中の進捗確認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。

#### ◆サービスの質の向上の取組み

定められた基準による自己評価が実施されていない。また、改善計画も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）という具体的な計画の策定、分かりやすい資料作成等の工夫を期待したい。

#### ◆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、仕組みやマニュアル等の総点検が求められる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審するたびに新たな気づきを頂いております。評価を得た内容、改善が必要な内容を職員間で共有、確認し取り組める内容から進めていきたいと思っております。評価いただいた内容については継続できるよう努めてまいります。

## 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、ホームページやパンフレット、事業計画等に記載がある。職員へは、毎朝のミーティングで読み合わせをすることで周知が図られている。利用者及び家族へは、理念・基本方針の記載がある事業計画を渡し、直接説明をすることで周知を図っている。		

##### 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＞ 事業所の利用率や収支については毎月分析し、法人の管理者会議において議論をすることで継続的な課題解決に取り組んでいる。地域のニーズについては、自立支援協議会や相談支援専門員からの情報共有により把握し、事業運営に反映させている。		
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
＜コメント＞ 事業所の課題については、前年度まで収支がマイナスであったため、定員を増やして利用率を上げていくという目標がある。作業については、以前から取り組んでいたローゼルの栽培の代わりにさつま芋を栽培し、地元企業に納入している。ねじに関連する地元企業が、利用者がどんな作業ができるのか見学・確認し、ねじの組立て作業を提供してくれた。		

##### 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、今後の課題となる。		
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・②・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。数値目標の設定がなく、期中での進捗評価や年度末の最終評価が曖昧になってしまっている。可能な範囲で数値目標や具体的な到達点を設定する等、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	a・①・c
＜コメント＞ 事業計画については、職員会議において評価し、それを反映させた次年度の事業計画を策定している。重点項目に対する事業報告はあるが、数値目標の設定がないため、曖昧な部分がある。職員へは職員会議において説明して周知を図り、理解を促している。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業計画について、家族に対しては保護者会において説明をしている。欠席した家族へは、送迎時に資料の手渡しをして説明することで理解を促している。利用者の事業計画に対する理解を促すための、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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 第三者評価を定期的に受審し、自己評価も実施している。利用者向けの嗜好調査を行っているが、内容が給食（食事）のみとなっている。事業全般について利用者や家族の評価を受け、それらの結果を集計・分析してサービスの質の向上に繋げる取組みに期待したい。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業計画作成時に課題を明確にし、計画へ盛り込んでいる。しかし、誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）といった具体的な計画（工程表）の策定はなく、計画的な改善策の作成・実施とは言い難い。		

## 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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      現管理者は、4月より法人内の他事業所より異動となり、管理者として赴任した。事業所の方針や今年度の取組みについては、職員会議や毎日のミーティングごとに内容を伝えている。職務分掌および有事のマニュアルを作成し、不在時の対応等も含め明確化して職員周知を図っている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      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法人本部より周知がある。改正事項については、関連文書を事務所で回覧し、職員会議において詳細に説明している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      福祉サービスの質の向上のため、職員より課題や提案についての意見を聴取している。保護会が活発に機能しており、保護者が自らの体験談（障害児・者を育てる苦労）を話す機会を設けることで、他の利用者・家族の満足度を高めることに寄与している。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      経営の分析・改善の取組みについては、分析資料を管理者会議に提出した後に職員会議において周知し、実施をしている。事業所だけでは実行が困難な加算の取れる人員配置や財務の課題については、法人の方針もあって実行できていない状況がある。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      法人主導で、人材の確保が実施されている。人材の確保計画については事業所では把握できていない。定員増加や事業所に対するニーズを考えると、事業所内の有資格者や職員数の不足感は否めない状況にある。法人との連携の下、人材確保や定着対策に期待したい。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      法人理念に基づいた「期待する職員像」は明確になっているが、法人作成の「人材育成カリキュラム」については、それぞれの事業所や職員間への周知が不足している。法人全体で、総合的な人事管理の仕組み構築の検討が期待される。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;                      職員に対して、年に1度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と、事業所内の相談窓口がある。有給休暇については勤務表作成時に希望を聞き、取得しやすい工夫がなされている。人材の定着のため、職員向けの福利厚生の取組みの検討が期待される。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 年に1度実施される個人面談において、法人共通の「ヒアリングシート」を用いて個人の目標設定を行い、達成度の確認をしている。目標管理のための目標の設定、進捗状況と目標達成度の確認の仕組み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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 法人内の研修委員会において研修計画が策定され、それに基づいて研修を実行している。受講後には報告書を作成し、職員が確認できるようにし、情報共有に努めている。研修受講後の意識変化について確認する仕組みづくりを検討されたい。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 法人主催の階層別、職種別、テーマ別研修の機会があり、外部研修の受講についても積極的に行っている。事業所内においては、必要に応じ研修を実施している。入社からの研修の受講履歴が分かる、職員個々の履歴管理の仕組みの構築が望まれる。</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	㉒ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 実習生の受入れマニュアルと教育プログラムを整備している。法人内の他事業所より実習を受け入れることもある。これまで法人共通の課題であった社会福祉士実習であるが、次年度より社会福祉士実習指導者の下、実習生の受入れが予定されている。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 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。第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 法人として、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。職員の数が少なく、小口現金の管理を管理者が行っているため、内部統制を機能させるべく他職員がチェックする体制を整えることが望まれる。</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	㉓ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 地域との交流については、「らでうす」の基本方針で明確にしており、積極的に地域行事に参加するよう取り組んでいる。感染対策をし、余暇活動において散策や利用者の作品が展示されている美術館へ出かけている。法人全体で開催している「かしの木フェスティバル」については、コロナ以前とは形を変えて開催できるよう工夫している。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 法人内においてボランティア委員会を設置し、学習会を実施している。受け入れているボランティアは、中・高生の夏休みボランティア、行事や作業のボランティア、音楽鑑賞やソーラン節など、多岐にわたっている。</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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 地域の関係機関とは、自立支援協議会や地域活動連絡会を通じ、ネットワークを広げ地域ニーズや問題解決に取り組んでいる。社会資源を明示したリストや資料の作成がないため、定期的に更新する仕組みを含め、今後の検討に期待したい。</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	③ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 自立支援協議会に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人内の情報共有については、管理者会議を通じて行っている。また、法人内外の相談支援事業所や他法人の居宅介護事業所とのつながりもあり、積極的な把握に努めている。</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	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 一宮市の自立支援協議会を通じて、福祉の仕事について深く知ってもらうためのバスツアーや「いちのみや福祉ジョブフェスタ」に関わり、福祉の啓発に努めている。地域の防災対策として、一宮市総合政策部危機管理課とともに、資器材組立てや災害時用のベッドやトイレの組立ての研修を実施している。</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	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の基本方針、倫理綱領が一体となっており、「個人の尊厳の尊重」が明記されている。事業所の基本理念にも「利用される方の個性の尊重」が謳われている。それらが「らでうす事業計画」に記載され、全職員に配付されている。また、法人の研修でも利用者を尊重した福祉サービスの実施が周知されている。</p>			
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	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の基本方針に「プライバシーを尊重します」と明記され、事業所の基本方針にも「利用者の同伴者としての責務」にプライバシー保護が記載されている。利用者や家族には「重要事項説明書」の中で、プライバシー保護の取組みを周知している。改善点としては、浴室にカーテン等が無いこと。利用者のプライバシーの保護について、工夫が必要となっている。</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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページやInstagramは、ホームページ委員が「定例会議」で報告して更新している。事業所のパンフレットは、写真や図・絵を多く用いてコンパクトにまとめられ、相談支援事業所にも配付している。また、施設見学や体験希望は随時受け入れており、分かりやすく丁寧な説明を行っている。</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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始時には、必ず事前にヒアリングや利用体験を実施している。体験の際には、理解できるようにスケジュールや絵カード等を活用している。「意思決定支援会議」を開催し、理解や同意を確認しながら利用と結び付けている。</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	a . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの内容の変更にあたっては、移行先の事業所との「担当者会議」が開催され、引継ぎが行われている。利用終了後の相談方法や担当者については口頭で説明をしているが、利用者が分かりやすいように工夫した資料の作成を検討されたい。</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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事については、写真を活用した嗜好調査が行われ、家族や職員が聞き取りを行っており、誕生日の利用者への特別メニューに反映されている。2ヶ月に1回の保護者会は要望等を聴く機会となっている。しかし、把握した結果を分析・検討していくという点では改善の余地がある。</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 . b . c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制が整えられている。送迎時や電話で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は「苦情受付様式」に記載され、利用者や家族等にフィードバックしている。苦情を申し出た利用者等に不利益にならないよう配慮した上で公表を検討されたい。</p>			

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談や意見についての案内は掲示されている。また、事業所内の空いているスペースで、相談ができるようにしている。利用者に対して、相談の方法や相談する相手を選ぶことができるといった内容を分かりやすく伝える説明文書の作成が望まれる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、利用者からの相談や意見に対して、迅速に対応するよう心がけている。しかし、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたものがないため、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	㉗ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、リスクマネジメントは安全衛生委員会で対応している。ヒヤリハットは、「ハッ!として good!」という報告書で事例(月7~8件)を収集し、発生要因の分析や改善策・再発防止策を安全衛生委員会で検討している。検討後、注意喚起が法人内の全事業所にされている。また、利用者の安全確保と事故防止のためのマニュアルも整備されている。</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	㉗ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症の予防と発生時の対応について、「感染症対応マニュアル」とBCP(事業継続計画)が作成されている。安全衛生委員会を中心に、定期的に感染症の予防や安全対策、発生時の対応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行っている。	障39	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>浸水被害が予想されるため、「防災計画」と「避難確保計画」が作成されている。防災訓練を毎月実施しており、保護者会の協力を得て40食、3日分の食糧備蓄品も確保している。利用者と職員の安否確認は電話であるため、電話が使えない場合の安否確認の方法を検討されたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法のマニュアルが作成されている。利用者への標準的な支援の実施方法は、「利用者調査票」に基づいて作業室会議で対応方法が検討され、権利擁護に関わる姿勢を含めながら作成されている。作業室毎に検証や見直しが行われているが、職員への周知徹底という点で課題が残る。また、業務ごとの手順書またはマニュアル整備も期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な支援の実施方法は、個別支援計画作成時やモニタリング時に作業室毎に検証・見直しが行われている。利用者から出された意見もケース会議で話し合われ、標準的な実施方法に反映される仕組みがある。標準的な実施方法(マニュアル)の見直しにあたっては、職員、利用者の意見をさらに反映させることが望ましい。</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	㉗ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「アセスメントシート」を担当者が作成し、パート職員も含めて確認をしている。アセスメントに基づいて作成される個別支援計画は、ケース会議や他事業所も含めた関係者で行われる担当者会議で検討されている。支援困難ケースへの対応も含め、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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  半年ごとに個別支援計画の見直しを行っている。定期的な見直しの他、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している。しかし、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みが整備されているとせず、職員に周知が図られない等の課題が残る。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  サービス提供の記録は、決められた様式に記載している。また、「記録の書き方マニュアル」で職員の記録内容や書き方に差異が生じないようにしている。情報共有は「業務日誌」やメールで行われているが、スムーズに職員間の共有が図られるよう、ネットワークシステムの導入を検討されたい。</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	㉒ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  法人の「個人情報保護規程」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、「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。また、個人情報に関する研修や教育が行われている。</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> 法人の「檜の木福祉社会基本方針」に「自己選択・自己決定を尊重します」と明記されている。また、利用者の希望を取り入れた活動が行われ、土曜日の余暇活動は選択ができる日を設けている。利用者一人ひとりに対する合理的配慮も、構造化をはじめとして個別支援や取組みを通じて具体化されている。		

### 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	a ・ ① ・ c
<コメント> 「檜の木福祉社会基本方針」に権利擁護に関する記載がある。利用者の権利擁護の取組みは、保護者会で文書を配付して説明している。権利侵害の防止と早期発見については、「ハッ!としてgood!」や「業務振り返りシート」が活用され、研修や定例会議で話し合っている。権利擁護の取組みに関するマニュアルが明確となっておらず、早期の整備を期待したい。		

### 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	a ・ ① ・ c
<コメント> 環境変化が苦手な利用者に対して、グループホームの見学や通所方法の相談等を行い、2名の利用者がグループホームの利用に結びついた。自律・自立生活のための支援は見守りが基本となっているが、動機づけや自己管理等、積極的な自律・自立生活のため支援について検討されたい。		
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> 意思表示が困難な利用者には、絵カード等の視覚支援、分かりやすい言葉を使用してコミュニケーションを図っている。また、利用者の声の出し方でその時々のお気持ちを推し量っている。利用者との関係性を築くことによって、コミュニケーションが円滑に図られるよう努めている。		

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> 「檜の木福祉社会基本方針」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。利用者からの相談は個別に話を聞く機会を設けて対応している。また、相談内容は定例会議等で職員間の情報の共有化を図っている。		
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> 個別支援会議にて利用者の希望を取り入れた活動を検討し、土曜日の余暇活動は選択ができる日を設けている。荻須記念美術館での絵画展の鑑賞やアール・ブリュット展への出展等、利用者の意向に基づいた余暇やレクリエーションが提供されている。近くの病院に寄せ植えを8~10鉢納品しているが、花の苗の購入、寄せ植え作り、納品に利用者に参加している。		
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が行われるよう、支援に専門性（知識、技術）が求められる自閉症やてんかん、強度行動障害等に関する研修に参加している。障害特性に合わせ、パーテーションや個室で作業ができるよう工夫し、「重度支援記録」も整備されている。		

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	①	a ・ b ・ 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。毎年、嗜好調査が実施され、誕生日には誕生者自身が選んだ「誕生日メニュー」が提供されている。利用者によって、刻み食やアレルギー食で対応している。入浴は希望者を実施している。紙パンツの利用者もトイレでの排泄を基本とし、コロナ下であっても歯磨きの支援を行っている。</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	①	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>作業用の机にウレタンを貼り、発作でうつぶせに倒れた時に頭を打たないように工夫している。浴室やトイレにクーラーを設置し、快適な温度で過ごせるようにしている。畳の部屋で休息できるようになっている。生活環境の整備をしている。利用者ごとに、どの曜日に不調になるのかを見極め、曜日によって利用者を一時的に他の作業室で支援する等の配慮がある。</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	①	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>PT（理学療法士）が、定期的に高齢化や障害特性に応じた機能訓練を行っている。機能訓練の一環として、タオルやチューブ、椅子を使った体操を実施している。また、必要な利用者は嘱託医の指示に従い、機能訓練・生活訓練を行っている。</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	①	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月1回、嘱託医が健康診断を行っている。また、血圧や検温、体重の測定は看護師が計測し、利用者の健康状態の把握をしている。感染症に対しては、安全衛生委員会が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	①	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師が1週間分の内服薬を分け、薬品庫に入れて保管している。その一日分を各作業室職員が薬入れに入れ、投薬を複数の職員で確認しながら行っている。食事のアレルギーについては除去食で対応し、誤食の防止に努めている。</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	①	a ・ 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しながら、利用者の意向・要望で138タワーパーク、木曾川祖父江緑地（サリオパーク祖父江）のサンドフェスタ等の外出を行い、利用者の学習の機会を設けている。また、事業所と家庭での支援の方向性に違いが生じないように、保護者対象の勉強会も実施している。</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	①	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に対し、地域移行に必要な社会資源について情報提供を行っている。地域移行については利用者の意思や希望が尊重され、相談支援事業所とも連携を図りながら行われている。過去に2人の方がグループホームへの移行（入居）を果たした。</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> 利用者の家族等との連携・交流は、定期的な個別支援計画作成時やモニタリング時に家族と情報交換を行っている。緊急に家族の意見や意向の確認が必要になった場合には、電話や家庭訪問で確認を行っている。2ヶ月に1度の保護者会は意見交流の場となっている。		
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		