

## 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：只井 秀明	定員（利用人数）：20名（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： <a href="http://kasinoki.jp/">http://kasinoki.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成24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： 11名	非常勤職員： 5名
専門職員	（管理者） 1名	（看護師） 4名
	（支援員） 9名	
	（サービス管理責任者）1名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 温度調整室
		更衣室2室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

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と考えます。

わたしたちは、どんなに大きな「違い」があろうとも、その「違い」を認め、それぞれの自己実現を尊重し、できる限り楽しく、豊に生きていく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、利用者の意思と自己表現を尊重し「障害」の種類や重たさにかかわらず、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

- ・重度心身障害者に特化した生活介護を展開している。前身は、平成14年度に重心障害者通園事業B型の県委託を受け、5名の定員からスタートした。
- ・平成24年に定員15名の生活介護に転換、施設整備を施し専用棟を建設。床面積590㎡、喫茶店、地域交流室、本部棟を併設。
- ・喫茶店を併設し、利用者の作業に組み入れるとともに、客を迎えて地域交流を図っている。
- ・看護師を4名配置し、医療的ケアの方も受け入れる。（現在は、4名の胃ろう的ケアの必要な方を受け入れる）
- ・特別支援学校の卒業生を受け入れ、特に身体障害、医療的ケアの方の相談に乗っている。
- ・保護者のバックアップ団体「かしの木の会」との強固な連携関係にある。
- ・社会参加、地域交流をテーマに取り組む。

#### 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 3月31日（評価決定日）  【令和 5年 2月20日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成30年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆管理者の経験値

利用者の多くが重症の心身障害を持っている。医療的な支援が必要な利用者もいる。利用者それぞれに異なった疾病や障害特性があることから、マンツーマンの支援が求められており、支援は煩雑を極める。そのような中で、管理者のこれまでの経験が活かされている。管理者は、圏域のアドバイザーとして、過去に6年間の実務経験がある。その時の幅広い人脈を使い、事業運営に関する必要な情報を取得している。

##### ◆地域に根差した事業所運営

重度心身障害者施設ではあるが、事業計画に喫茶店運営や利用者の社会参加の方針を示し、地域に根差した事業所運営を目指している。喫茶店「らちえっと」では、3名の利用者がウェイター、ウェイトレスとしてフロア業務に励んでいる。ここでは地域の固定客との接点も多く、地域の障害者理解の促進につながる取組みとなっている。また、喫茶店で働く3名の利用者は、社会参加に対する意欲と誇りをもって接客している。

##### ◆医療・福祉ニーズに応える支援

地域の医療・福祉ニーズに応えるべく、主治医からの「医療ケア指示書」に従い、看護師中心に医療的ケアが行われている。看護師4名の配置により、吸痰や胃ろうが必要な利用者4名に対しても、適切な支援ができています。地域への社会貢献度は高い。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆苦情情報の公表

法人のホームページでは、基本理念や沿革、情報公開、一般事業主行動計画等を掲載している。事業所のホームページでは、支援や活動の内容を詳細に伝えている。課題は、法人のホームページの情報公開のページに、苦情情報に関する記述がないことである。運営の透明性確保のため、適切な情報公開が求められる。

◆災害時の地域連携

災害時の対応マニュアル、避難訓練等消防計画、BCP(事業継続計画)が整備されている。防災訓練を毎月実施し、利用者と職員の安否確認のテストも行われている。ただ、広域災害の発生時には、地域の協力が不可欠となる。地域との連携体制を構築し、地域を含めた防災訓練の実施を望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回4年ぶりに第三者評価を受審しました。  
前回とは管理も変わり、色々な規定やマニュアルを見直しできるものからステップアップさせてきました。  
保護者の方からの色々な意見やアドバイスを真摯に受け止め、さらに改善していく必要があります。  
これからも毎年自己チェックを行い、利用者から信頼のおける事業所になるよう事業を進めていきます。

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	a	ⓑ・c
<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、職員に対しては法人研修や職員会議等で確認している。今年度の全職員を対象とした職員交流会では、クイズ形式で理念の周知状況を確認している。一方で、重度の心身障害を持つ利用者は別としても、家族に対しての周知の取組みが行われていない。家族と施設との意見のすれ違いに関しても、理念に立ち返っての話し合いが望まれる。			

##### 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	Ⓐ	b・c
<コメント> 管理者は、圏域の元アドバイザーとして6年間の実務経験がある。その時の幅広い人脈を使って、事業運営に関する必要な情報を取得している。情報は法人の経営会議や幹部会に挙げられ、分析・検討が行われる。これらの会議では、事業運営の基盤確立を目的として、事業収益に関する議論が行われている。会議での決定事項や連絡事項は、職員会議等によって職員に周知が図られている。			
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	ⓑ・c
<コメント> コロナ禍によって事業運営の不確実性、厚い職員配置による収益の悪化、身体介助による職員の体調不良（腰痛等）等を課題としている。コロナに関しては、BCP（事業継続計画）の見直しで対応している。収益面に関しては、利用者対職員の比率を変えることは難しく、報酬の単価改定を待つ状況である。腰痛対策としてパワースーツが検討されているが、導入は助成金頼みで先が読めない。			

##### 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	ⓑ・c
<コメント> 法人の中長期計画（令和3年度～7年度）がある。基本理念にはじまり、中長期計画策定の目的や意義が述べられている。その内容は詳細にわたり、数多くの課題や主要な取組みの5年後のビジョンが記載されている。しかし、それと整合した事業所単体の中長期計画は作成されていない。単年度の事業計画策定への枠組みを示すためにも、事業所の中長期計画を策定することが望まれる。			
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	ⓑ・c
<コメント> 各種行事計画を中心とした事業計画が策定されている。事業所としての中長期計画がないことから、前年度の事業計画の評価・振り返りを行い、その結果を反映させて次年度の事業計画を策定する仕組みである。行事計画は詳細で、責任者や起源、実施方法が示され、すべての計画に前年度の実績が添付されている。			

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	① a ・ b ・ c
<コメント> 事業計画（主に行事計画）の素案は担当する職員それぞれが作成し、それを管理者とサービス管理責任者とでまとめている。月に1度の職員会議は職員全員が出席し、そこでの協議を経て法人事務局経由で理事会へ付議される。行事計画に限定的ではあるが、職員意見を事業運営に反映させる仕組みは構築されている。		
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 ・ ② b ・ c
<コメント> 毎朝、通所した利用者と出勤した職員全員が朝の会を行い、当日の担当職員や日課の確認を行っている。この中で、事業計画や行事計画が伝えられている。利用者の理解力や判断能力には個人差が大きいですが、懇切丁寧に説明している。家族には、家族会等で事業計画の内容が説明されるが、正確に伝わっているとは言い難い。より多く、事業所と家族との接点を設けることが必要である。		

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	① a ・ b ・ c
<コメント> ほぼ3年ごとに第三者評価を受審し、受審しない年には同じ評価基準を使用して自己評価を行っている。前回の第三者評価で得た気づきや改善事項に関しては、可能なものから順次改善がなされていた。業務が多忙を極める中、改善のスピード感はないが、把握した課題に対して改善に進めていく仕組みは構築されている。		
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	a ・ ② b ・ c
<コメント> 把握した改善課題の多くは、管理者の手で改善が図られている。計画的な改善という点では課題を残すが、マニュアル作成や事業所内の掲示物に改善の跡が見え、職員研修の仕組みづくりにも手が入れている。支援に関する改善は、毎日の「朝の会」や夕刻4時半から行われる「夕の会」で話し合っ決めてられている。		

## 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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者の役割や責務は「運営規程」に明記されており、様々な会議の中で自らの考え方や運営方針を示している。管理者不在時の広域災害等の緊急事態発生の際には、実質的には主任が権限を委任されるとの認識であるが「運営規程」にはその記述がない。「運営規程」に主任の職務の内容を記述されたい。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「法令順守規程」や「法令順守マニュアル」が整備されており、コンプライアンスに関する取組みが手厚い。また「整備すべき必要書類」の一覧表があり、ルールに従って適切・適正なサービスを提供しようとする姿勢がある。マニュアル等を使って、職員研修の機会もある。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重症の心身障害者が利用者の多数を占め、職員には様々な専門的な知識が求められる。そのため、職員研修に力点を置き、サービスの質の向上を目指している。毎月1回、職員が交代で講師を務める研修を行っており、より多くの職員の研修参加を可能とするため、開催日を職員の出勤の多い日に設定している。</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	ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経営会議や幹部会で、法人経営や事業所の運営に関しての討議があり、コロナ禍における収益確保が話し合われている。事業所においても、事業運営を管理者個人の課題とせず、職員を巻き込んでの取組みとしている。職員会議は、より多くの職員が揃う日に設定し、会社都合で決めない配慮がある。</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	ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員採用は法人主導で行われており、中長期的な展望に立って計画が練られている。事業所においては、支援に必要な専門資格を有する職員の配置を望んでいるが、人件費等との絡みもあり、事業所収益を圧迫させない範囲での職員配置となっている。欠員が生じた場合には、派遣職員の活用も視野に入れている。</p>				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ヒアリングシート」を介して個別面談を実施し、目標管理を行って職員の育成につなげている。ただ、目標管理上の成果を評価する人事考課の仕組みがなく、総合的な人事制度の形が整っていない。非正規のパート職員を正規職員に転換する制度はあるが、昇格・昇進等の人事基準は職員に明確には示されていない。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者が直接支援の現場に入って職員の意見を聞いたり、職員の業務を手助けすること等により、職場の風通しがよくなっている。働きやすい職場づくりを目指しており、定着率の改善が図られている。子育て中の職員に対しては、子どもが小学3年生になるまで時短勤務が認められており、ワーク・ライフ・バランスへの配慮がある。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員研修が充実しており、さらに「ヒアリングシート」を使用して目標管理を行っており、職員の育成を図る仕組みがある。しかし、設定した個人目標に対して、期中での取組みの進捗を評価する機会がない。期首の目標設定面談、期中の進捗確認面談、期末の終了評価面談を、職員育成の仕組みとして定着させることが望ましい。</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 ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の主管する研修に加え、事業所においても毎月1回職員を講師とする研修を行っている。履修した職員からは「研修報告書」の提出を求めている。「研修報告書」には「業務に活かしたいこと」の欄があり、研修で得た気づきが記述されている。しかし研修が「気づき」で完了しており、実際に支援の現場で活用されたか否かを検証する仕組みがない。</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	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の研修体系として、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修があり、それを補完する形で事業所内研修を行っている。事業所内研修は、一人でも多くの職員の参加を得るために、出勤者の多い日に開催されている。職員にとっては、十分な研修機会が設けられている。</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	a ・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍にあっても、実習生の受入れを継続している。受入れの内容は、医学生の介護実習（1日体験）で、6名を受け入れた。本来の目的となる社会福祉士の実習受入れは、実習指導の資格を持った職員がいないため未実施となっている。社会福祉士実習が可能となるよう、実習指導者の養成が急務である。</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>情報公開のツールとして、ホームページが活用されている。法人のホームページでは、基本理念や沿革、情報公開、一般事業主行動計画等を掲載している。事業所のホームページでは、支援や活動の内容を詳細に伝えている。課題は、ホームページの情報公開のページに、苦情情報に関する記述がないことである。運営の透明性確保のため、適切な情報公開が求められる。</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	⑦ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の現金出納は「経理規程」や「事務決済規程」「小口現金取扱規程」に則り、5万円を限度とする小口現金制で適正に執行されている。事業所の事務室と法人の事務局が隣り合わせになっており、連携した動きがとりやすい。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画に、喫茶店運営や利用者の社会参加の方針を示し、地域に根差した事業所運営を目指している。喫茶店「らちえっと」では、3名の利用者がウエイター、ウエイトレスとしてフロア業務に励んでいる。ここでは地域の固定客との接点も多く、地域の障害者理解の促進につながる取組みとなっている。</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。	障24	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt; 「ボランティア受け入れマニュアル」があり、コロナ禍ではあるが様々なボランティアを受け入れている。これまでには、絵本の読み聞かせやフラダンス、オカリナ、バトントワリング等の受入れがある。新型コロナウイルスによる感染防止を優先し、バンド演奏のボランティアは「窓越しコンサート」として実施した。</p>			
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	
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の多くが医療依存度の高い重症の心身障害を有しており、最も重要な社会資源は医療機関である。疾病や障害の特性により、それぞれの主治医はまちまちであり「緊急カード」に医療機関や薬の情報を記載し、車いすに取り付けている。同じ「緊急カード」が、事業所の個人ファイルにも保管されている。</p>			
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 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。	障26	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt; 市の自立支援協議会の日中活動部会に参加し、特別支援学校の進路指導の教諭と意見交換を行い、卒業生のニーズを聞き取っている。法人の相談支援事業所と連携しており、在宅障害者の福祉ニーズも得られている。</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。	障27	a ・ ② ・ c	
<p>&lt;コメント&gt; 利用希望者の多くは医療依存度が高く、基準配置では十分なサービス提供ができない状況がある。現状では、定員15名全員が通所した場合には、支援困難な状況とならざるを得ない。そのような状況から、地域の福祉ニーズ（医療的ケアの必要な利用者の受入れ）に応えられる体制（職員構成）とはなっていない。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、運営指針は事業計画に明示されている。「倫理綱領」も明示され、掲示されているが、理念、運営指針が掲示されていなかった。掲示することで、職員はいつでも確認することができ、理解が深めることも可能となる。引き続き「適切でない可能性のある対応」の洗い出しを行い、基本的人権への配慮を期待したい。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「プライバシー規程」は整備され「個人情報保護指針」がマニュアルの役割を果たしている。個人情報について職員からは「誓約書」、利用者、保護者からは「承諾書」を取っており、その際に説明をし、周知もできている。パーテーションを利用してプライバシーを守る工夫もある。</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	Ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットは市役所、事業所玄関先に置き、多くの人が手に取ることができる。ホームページを活用し、事業所紹介、活動内容のお知らせをブログを通して発信している。特別支援学校の生徒の利用体験を受け入れている。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時には重要事項説明書、利用契約書を用いて、文字ばかりであることから掻い摘まんでのサービス内容説明となってしまうが、実際にサービス提供の様子を見て頂きながら利用者、家族からの同意を得ていた。写真やイラスト等を活用し、理解しやすい資料作成が望まれる。</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	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>他事業所へ移行する事例は少ないが、引き継ぎ文書の作成はあり、相談支援専門員と連携して対応は可能である。組織の仕組みとして手順等を明文化するとともに、相談窓口を設置するなど、事業所を退所した後のサービスの継続性を確保するための取組みが望まれる。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の送迎時の会話や連絡帳の内容、利用者自治会、保護者会において、利用者満足を把握する機会を設けているが、利用者満足度調査は実施されていない。利用者満足の向上を目指す取組みとしては不十分である。継続した満足度調査の実施と、その結果の分析や検討する取組み、その結果を事業計画に反映させることを期待したい。</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	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みについて「重要事項説明書」に記載があり、掲示物が掲示されている。また、苦情相談に関してのチラシを用意しており「苦情相談カード」も手に取りやすい玄関先に置いてある。法人単位での解決策になっている面があるので、現場サイドでの検討や解決策の提案が望まれる。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          毎月のらちえっと会議（職員会議）で、利用者や保護者の意見等を確認している。利用者からの相談や意見に関しては、必要があれば個室のスペースを活用して面談している。苦情相談のチラシを作成し、利用者や保護者に周知している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          意見箱を設置し「苦情相談カード」を活用している。利用者間のトラブルの相談があった際には、双方の利用者の距離を離すなどの対応を迅速に行っている。相談等を受けた後の手順や検討方法のマニュアルが整備され、年度初めには見直しもされていた。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          安全衛生委員会が月1回開催され、情報共有を図っている。「ハッ!としてgood」を活用し、リスクに関する情報収集を行っているが、管理者からの対策の提案が多い面がある。職員間の正しい理解と積極的なリスクマネジメント活動により、事故等の予防に努め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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          感染症対策のBCP（事業継続計画）、「発生時対応マニュアル」が整備されている。随時、看護師からガウンの脱ぎ着、手袋の外し方、手指の消毒の仕方などの指導を受け、積極的に感染予防に取り組んでいる。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          災害時の対応マニュアル、避難訓練等消防計画、BCP（事業継続計画）が整備されている。法人としての「備蓄品リスト」も作成されている。防災訓練を毎月行っており、連絡網を活用しての利用者と職員の安否確認も行われている。広域災害の発生時には、地域の協力が不可欠となる。地域を含めた防災訓練の実施を望みたい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          支援マニュアル、支援手順が場面ごとに細かく文書化され、職員が代わっても支援できる体制が整っている。医療的ケアをはじめ支援度の高い利用者の支援を行うにあたり、職員が事前にマニュアルを読み込み、個別に支援していくシステムが確立されている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          標準的な実施方法については、年に1回見直しを行っている。利用者一人ひとりについて、毎日手書きであるがノートに様子を記入し、情報共有を図っている。必要に応じてケース会議を行って検討し、見直しを「連絡・相談日誌」にて発信し、情報共有を図っている。</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支援計画を適切に策定している。	障42	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>適切なアセスメントが実施されている。個別支援計画は、必要な項目ごとに分けて支援内容が決められている。個別支援計画を立案するための会議は開かれていない。終礼時に話題にすることはあるが、そこでの意見が個別支援計画に反映されていることは確認できなかった。個別支援計画を策定する際の仕組みづくりを望みたい。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>誕生日月から半年ごとにモニタリングを実施し、誕生日月に年1回個別支援計画の見直しが行われている。個別支援計画に関しては、体調の変化によって変更が生じるが、基本は変わらない状態が続いている。家庭環境の変化によって、送迎サービスが必要になった利用者に対して、迅速に対応した事例がある。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎日、利用者一人ひとりの様子が手書きでノートに記載されている。ポイントを押さえて、必要な情報を記載する工夫をしている。サービス手順が記載されており、実施した証明のチェック欄が設けてあり、実施状況が確認できる仕組みが確立している。職員は、「連絡・相談日誌」で情報を共有している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護規程」は整備されている。個人情報の取扱いに関して説明し、職員からは「誓約書」を取り、利用者、保護者からは「承諾書」を得ている。情報の漏洩に対する対策と対応方法の規程が定められることを望みたい。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援度の高い利用者が多いことから、マンツーマンで行わざるを得ない支援も多く、食事の順番などは常に利用者を確認しながら支援している。コロナ禍での運動会での景品について、食べ物ではなく入浴剤に代替えするなどの配慮が見られる。らちえっと会議でも、利用者の意向を尊重して活動内容等を話し合っている。</p>			

### 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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>権利擁護に関する規程、マニュアルが整備されている。やむを得ず身体拘束を行う場合の手順を定めた文書や、使用する様式が周知されている。虐待等の権利侵害が疑われる場合の、行政への通報手順が確立している。年2回程度、虐待の芽を摘むための自由記述を含めたセルフチェックを、パート職員を含む全職員が行うことを望みたい。</p>			

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の半数は、グループホームを利用して生活している。常にマンツーマンでの支援であり、必要な時には、迅速に対応できる体制ができています。地域生活希望者には、同法人の入所施設での体験（ショートステイ）を行っている。</p>			
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 ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>口の動き、手を叩く、ベルを鳴らす等の行為で、意思を確認する手段が確立している。らちえっと会を通してコミュニケーションが図られている。利用者のコミュニケーション能力の変化や、技術革新に気を配り、定期的なアセスメントによる利用者の現状を把握し、最適なコミュニケーション手段を検討する仕組みづくりを期待したい。</p>			

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>マンツーマンでの支援に当たり、利用者一人ひとりの意思を確認しながら支援している。障害特性から、突発的に声が出てしまう利用者がある。そのことに対して、他の利用者から「うるさい」との訴えがあり、利用者間の距離を離して解決を図った。排泄の意思表示（サイン）を上手く受けとめ、失禁が減ったケースがある。職員の誰にでも相談できる体制ができています。</p>			
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 ・ ④ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>活動を選択できる機会を設けており、らちえっと会で活動内容の意向は確認できている。今後は、利用者個々のニーズに合わせて、地域の社会資源を含め、新たな活動やプログラムを取り入れたり、見直しをするなど、利用者一人ひとりの意向を尊重したサービスが利用できるような取組みを期待したい。</p>			

	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
<p>&lt;コメント&gt;  看護師を中心に、利用者の健康状態を確認しながら、医療的ケアを行って支援の質の向上を図っている。「連絡・相談日誌」にて支援方法の変更等を周知し、職員間で共有している。個別に配慮が必要な利用者には、席の配置に配慮するなどの環境的な工夫も行っている。</p>			
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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  誕生日のリクエストメニューは、希望を聞いて提供できている。利用者個々の状況に合わせたマニュアルが整備され、適切な食事支援が実施されている。排泄支援においては「排泄チェック表」を活用して適切に行われている。移動、移乗を常に2人体制で行い、安全が確保されている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  利用者一人ひとりの活動空間は十分に確保できている。車いすから降り、布団を敷いて休息できる場所が確保されている。高床で横になる際には、三角マットやクッションを利用して安心・安全に過ごせるように配慮されている。安静が必要な際に、一時的に過ごすスペースも確保されている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  毎週水曜日に理学療法士を招き、個々の心身の状況に応じたリハビリテーションが行われている。指導を受けた職員が、毎日訓練を実施しており「リハビリ記録」に状況が記入され、状況変化があった際には、カリキュラムの見直しが行われている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  健康状態は「看護記録」にまとめられている。月に1度の嘱託医検診の際に、看護師から嘱託医へ健康状態が報告され、嘱託医の指示を受けている。指示を受けた内容に関して、看護師が個別に職員へ指導を行い、健康管理が行われている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  主治医からの「医療ケア指示書」に従い、看護師中心に医療的ケアが行われている。服薬に関しては、薬の準備を看護師、投薬は職員が行い「チェック表」を活用して確実に服薬の管理ができていた。そばアレルギーの利用者には、代替のうどんを提供する配慮がされている。看護師4名の配置により、吸痰、胃ろうが必要な利用者に対しても、適切な支援ができています。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  日帰り旅行の場所に関しては、職員が事前にユーチューブで確認している。調理実習においては、料理手順をユーチューブで確認しながら行うなどの工夫がある。喫茶店で働く3名の利用者は、社会参加に対する意欲と誇りをもって接客している。</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
<コメント> 宿泊体験は、同法人の入所施設で対応しながら、泊まることが嫌にならないように、楽しいと思ってもらえる声かけを意識して行っている。家庭環境や医療的ケア、生活リズムに配慮が必要な利用者に対しても、積極的にグループホームへの移行を行っている。		
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 a · b · c
<コメント> 利用時には「連絡ノート」にてその日の様子を伝えており、家族コメント欄から保護者の意見や要望を汲み取っている。また、送迎時での口頭による要望等にも対応している。家族負担軽減のための要望にも、出来る範囲で応えている。保護者会にて、意見交換する機会を設けている。		
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		