

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）：１５名（１４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：８名	非常勤職員：６名
専門職員	（管理者）１名	（サービス管理責任者）１名
	（支援員）９名	（看護師）４名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）温度調整室
		更衣室２室・喫茶店（作業室）

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） 重心の方の支援に特化した事業所である。
- ・喫茶店を併設し、利用者の作業に組み入れるとともに、客を迎えの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、3名の胃ろうのケアの必要な方・喀痰吸引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。また、法人内外の事業所から、医療的ケアが必要になった方も受け入れている。
- ・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。
- ・重症心身障害の方の支援事業所ではあるが、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7年5月1日（契約日） ～ 令和7年10月25日（評価決定日） 【 令和7年9月17日(訪問調査日) 】
受審回数 （前回の受審時期）	5回 （令和4年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆重要な社会的資源

重症心身障害等、特に障害の重い利用者に特化した事業所として開設された。看護師を4名配した中で、喀痰吸引や胃ろう対応等、医師からの指示による医療行為を実施する他、理学療法士によるリハビリテーションと指示を受けた職員による日常的な機能訓練、さらには入浴支援等の専門性の高いサービス提供を実施している。事業的には収支の問題はあるが、地域に欠かせない専門施設としての存在価値は高い。

◆共生社会へ向けた自立支援

「障害に拘わらず、利用者の意思を尊重し地域生活への支援を行う」という基本理念を具現化するものとして、喫茶事業を行っている。利用者の社会参加であることはもとより、地域住民と直接接する貴重な機会となっている。また、地域住民が、働く障害者や障害が重くとも自立に向けて取り組む障害者に触れることで、真の障害者理解の促進と共生社会への第一歩となっている。

◆職員の人権擁護への姿勢

日々の利用者支援において、意思表示が難しい利用者に対しても根気強く意思を汲み取る姿勢がある。利用者の状態と意向に沿った介助・支援を行っている点は、組織・職員の利用者への尊厳の尊重や権利意識がうかがえる。

◆重度障害者の地域生活への支援

自立に向けて、グループホームやショートステイの利用意向に対して、関係機関と協力して体験の機会を設けたり、地域生活への具体的な取組みを行う等、重症心身障害者の地域生活に向けての支援が丁寧に行われている点は評価できる。それに応えるかのように、看護師不在のホームへの入居の阻害要因だったCPAP（持続陽圧呼吸器）を自力装着できるまで練習し、利用可能となったケースもある。

◇改善を求められる点

◆研修のモニタリング

法人研修では階層別を中心にキャリアアップのための育成を、事業所内研修では専門性の向上を目指し全職員を対象とする研修を実施する等、多くの研修機会が確保されている。研修報告も行い、必要に応じて伝達研修も行われているが、研修がどのように業務に活かされたかといったモニタリングが行われていない。研修効果の測定あるいは今後の研修を考える上で検討を求めたい。

◆体系的なOJT

専門性の高い事業所ゆえ、職員の育成と専門性の確保は重要課題であり、OJTの重要性は高い。であるならば、特に新入者育成に向けては単なるジョブトレーニングではなく、目標、面談、評価、次目標設定といったように、段階的かつ体系的にOJTを実施することで、より確実性があり効果が上がる可能性がある。この点は課題としたい。

◆満足度調査の定期的実施

利用者・家族に対し、事業所の行う福祉サービスに対する満足度調査が行われていない。普段の面談等では把握できない課題や、利用者・家族の意向の把握につながるので、定期的の実施することを推奨したい。その上で、把握された課題について、全職員で検討することで、課題の改善とより良いサービスの向上につなげることを期待したい。

◆アクシデントとインシデントの対応

事故・ヒヤリハットの記録様式はあるが、事故とヒヤリハットが区別されていない。事故とヒヤリハットが区別できるよう、様式を工夫することが望まれる。その上で、事故・ヒヤリハットの発生傾向や原因を分析し、再発防止策を検討することは、利用者の安全の確保にとってリスクマネジメント上でも重要と思われる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

3年ぶりに第三者評価を受けました。前回もそうでしたが、自己評価と第三者評価に格差がありすぎると感じました。とくに、（できている）項目に多かったのが印象です。（ある程度できている）項目になると、格差が少なくなり、同じような割合グラフになっています。このグラフの形が、前回とあまり変わっていないのは、あまり改善されてなかったのだろうと想像できます。この結果をもとに、この事業所の弱点について、再度アドバイスに基づき、徐々に改善して行く必要があると感じています。そのことが、すなわち利用者サービスの向上につながっていくことになっていくと思われます。次回、数年後には、自己評価、第三者評価ともども、数値が向上していくことを目指していきたいと思っています。

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。

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、行動規範に関しては、中長期計画作成時に再検証し、法人として整合性のあるものに見直した。ホームページやパンフレット、事業計画に盛り込み、職員には年度当初の会議にて周知している。家族へは、保護者会への参加も少なく周知されているとは言いがたい。利用者へは、重障害ゆえの理解力の点もあるが、配慮と工夫を以て少しでも理解が得られるよう取り組みたい。				

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	① ・ b ・ c	
＜コメント＞ 行政の通知や自立支援協議会からの情報等により、法改正の内容等を把握している。また、法人の経営会議では、これらの情報を集約して経営に活かすべく協議している。特に、本部が事業所と同じ建屋にあることでより迅速な連携が図られている。			
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 ・ ② ・ c	
＜コメント＞ 毎月の管理者会議で財務状況の検討が行われている。法人内でも報酬単価に対してより手厚い職員配置を要する事業所である点に関しての理解は得られている。事業所としても、更なる利用者獲得による収益増を目指して取り組む必要性は認識しており、全職員が共通認識を持っている。ただ、事業所として検討会を設置する等、組織的に対処しているとは言えない状態である。			

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 ・ ㉔ ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>5ヶ年の法人中・長期計画が策定されており、計画の最終年度として現在総括を行い、次計画の骨子を作成中である。計画は「行程表」に沿って事業ごとに取り組んでいるが、数値目標の未設定等、具体性を欠く部分が多く、達成度評価が難しいことから改善が必要である。事業所によっては、事業の目的や方向性を明確にする意味で、独自の中・長期計画の策定が望まれる。</p>			
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 ・ ㉔ ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>単年度の事業計画は、理念や運営方針の再確認を行った上で前年度事業を各会議、各委員会さらに活動ごとに評価を行い、課題を明確にしている。その上で、個々の目標と行動計画を明確に示している。ただ、必ずしも法人の中・長期計画との連動は図られていない。</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	㉔ ・ b ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>各事業の担当職員が前年度の総括を行った上で、それぞれ担当箇所の次年度計画を作成している。それらを集計したものを主任と管理者で精査して素案を作成し、これを職員会議に提出して協議の上策定に至っている。職員目線での業務改善への意向は十分に反映されている。</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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 理解力に乏しい利用者への周知は大きな課題である。ただ、利用者はサービスの主体である以上、提供者としての説明責任と本人の同意が必要であり、分かりやすい資料の用意等、理解促進への配慮が求められる。		

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> 3年ごとに第三者評価を受審し、受けない年度も評価基準を用いて自己評価を行い、課題を明らかにしている。それらの評価結果を事業所内に掲示し、また職員会議で共有している。ただ、課題解決へ向けての組織的なチャートは無く、検証もされていないため、この点で検討を要す。		
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> 評価結果を受け、管理者を中心に改善に取り組んでいる。ただ、課題点と課題意識は職員間で共有されているが、改善計画を作成して計画的・組織的に取り組むといった段階までには至っておらず、この点で課題を残している。		

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 ・ ㉔ ・ c	
<p><コメント></p> <p>管理者を含む職員の職責に関しては、「運営規程」第4条に明記されている。管理者不在時は主任が職務を代行するが、その定めは「就業規則」等には見当たらなかった。管理者は広報誌に意見表明する他、会議の場でも自らの方向性を示して様々なアドバイスをを行い、円滑な事業運営を目指している。</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	㉔ ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>「法令遵守規程」や「遵守マニュアル」が整備されている。また、法人研修でもハラスメントはじめコンプライアンス関係の研修を実施し、法人として法令遵守に力を入れている。職員へは、新任研修やスキルアップ研修等の場でも修得機会がある。</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	㉔ ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>専門性の高い事業（支援）を提供しており、医療・介護両面で職員のスキルアップが求められる。その視点に立ち、法人の日中部会や医療看護部会で最新情報の共有を図っている。また、自立支援協議会の部会で他事業所の情報等を収集し、参考にしながらサービス水準の向上を図っている。</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 ・ ㉔ ・ c	
<p><コメント></p> <p>特に労務対策では、職員の意見を聞きながら人員配置を行っている。さらに、委員会と連携した安全衛生環境の改善を図り、安心感のある働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。ただ、経営改善に関する検討会や委員会といった組織は置いておらず、管理者の実行力に任せている現状である。</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	㉔ ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>採用に当っては、まず事業所の現況や障害福祉のやり甲斐、楽しさなどのプラス面を知ってもらうことを第一義として活動を手掛けている。明確な採用計画は無いが、専門資格については入職前、後に拘らず、積極的に取得して業務に活かすことを推奨している。事業所では第三号研修等の必要な専門資格の取得を勧めている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉔ ・ c	
<p><コメント></p> <p>職員面談や「ヒアリングシート」での評価等を人事につなげている。キャリアパスにより階層ごとの職員の職責は明確にされている一方で、考課制度を持たないためキャリアに応じた職責の遂行や業務成果あるいは貢献度は明瞭ではない。人事基準を含めた人事管理に関し、制度として体系的な仕組みを検討されたい。</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	㉔ ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>管理者は、職員の就業状況や労務環境を知るため、直接現場に入って意見を聞く機会を持ち、状況をつぶさに確認している。実際に行われて福利厚生施策として、健康診断の実施、メンタルチェックとその対応、福利厚生団体への加入、相談窓口の設置等々があり、働きやすい職場に向けての様々な取組みがみられる。</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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 業務管理は、面談にてシートを用いて業務上必要な事項に対して達成度を5段階で自己評価し、同様に上司評価を行っている。ただ、互いの評価結果の照合や確認作業が実施されていない。これを一歩進め、上司とすり合わせた適正目標に対し、段階的に達成度を評価してステップアップを図る目標管理による育成を検討されたい。			
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	④	・ b ・ c
<コメント> 法人研修計画が作成され、階層別研修を中心に様々な研修が組まれている。また、事業所内研修計画に沿って毎月研修が行われ、専門性の向上や最新の知見獲得を目指している。法人の研修計画は、概ね年間予定に沿って進められるが、事業所の研修計画については、新たな研修事項の必要性が生じたり、あるいは優先度が変化した場合などは柔軟に修正している。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 法人研修や事業所内研修、必要に応じた外部研修も加え、職員の研修機会は確保されており、研修受講の状況や保有資格等をデータ管理している。ただ、参加した研修がどのように業務に活かされているかの検証が実施されていない。OJTは、専門性の高さゆえ丁寧なジョブトレーニングやレクチャーが行われるが、PDCAによる体系的な実施方法ではなく、正確な成果測定面で課題が残る。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> 実習生を受け入れるためのマニュアルや実習手引書が整備され、介護実習に関しては指導者を配置して受入れ体制を整えている。今後は事業所の専門性を活かし、社会福祉士や看護師等の専門職の実習についても前向きに検討することが望ましい。			

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 ・ ㉞ ・ c	
<p><コメント></p> <p>ホームページで、基本理念や法人概要、財務状況、活動状況等の様々な情報を公開している。また、各種のSNSを用いて喫茶事業（喫茶らちえっと）の情報等も広く公開している。広報誌では、法人が地域関係機関向けに情報を発信し、事業所は利用者や家族を対象とした必要情報を伝えている。事業所への苦情についても、何らかのツールにて公表することで一層の透明性を確保したい。</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 ・ ㉞ ・ c	
<p><コメント></p> <p>「経理規程」や「決裁規程」が整備され、また現金管理は「小口現金取扱規程」に則って事務を進めている。監事による内部監査が実施され、何よりも法人本部が同じ建屋内にあることで連携の度合いは高い。外部監査の導入は今後の課題となる。</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	④ ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>喫茶事業は、利用者と地域住民とが直接接し、また地域共生としても絶好の機会となっている。来店の際に、来客が重症心身障害者の活動の様子を見学することもある。この他、恒例の「かしの木フェスティバル」や盆踊りなど、法人としても地域交流に力を入れており、事業所が地域で孤立することなく存在価値を示している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れマニュアルに沿って、音楽ボランティアや中学生の職場体験学習等を受け入れている。ボランティアは利用者と地域をつなぐ貴重な人的資源であり、今後は、ボランティアに依頼できる事項を整理して地域に呼び掛けることや、ボランティアにつながらないまでも事業所や利用者の様子を知ってもらう機会とすること等、事業所の使命と捉えて社会的責任を果たしたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>市の自立支援協議会や相談支援事業所、ハローワーク、行政、特別支援学校等と緊密に連携している。特に利用者にとっての貴重な社会資源は医療機関であり、「緊急カード」を用いて迅速に対応している。今後は、マイナンバーカードの活用を含め、利便性や緊急性の向上についても検討されたい。また重症心身障害者施設として、避難介助等の災害時の地域連携を考えたい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>特別支援学校はじめ相談支援事業所、自立支援協議会等の機関とつながる中で、喫緊の在宅ニーズを把握するよう努めている。学校関係からは在宅障害者の動向やニーズを取得し、喫茶事業を通しては地域の中での障害者の暮らしに関することなどを把握する機会としている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>喫茶事業では、地域の常連顧客も参加した防災訓練を実施している。日中一時支援の受入れもあるが、全体の支援度が高いため、さらなる受入れには職員の確保・増員が必須である。当事業所が地域の重要な社会資源の一つとして存続するためにも、在宅者ニーズに的確に応えられるよう、課題解決が求められる。</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	① ・ b ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>事業所の事業計画に、法人の基本理念・運営指針、事業所のモットーを明記しており、この事業計画を職員に配付している。虐待防止や権利擁護に関する法人研修・事業所研修を行い、利用者の尊重と虐待防止の意識を高めている。さらに、法人単位の虐待防止委員会を年4回行うことで、虐待や権利侵害につながる不適切な支援を早期に気づくことができるようにしている。</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 ・ ② ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者に対し、プライバシー保護に関する説明を行い、機関誌やホームページ等に写真を掲載することの同意を得ている。重症心身障害を持つ利用者の排泄に関して、オムツ交換が必要な利用者のプライバシーが保たれるよう、オムツ交換を行うための個室が複数ある。「プライバシー保護マニュアル」の内容について、再検証することが望ましい。</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	
<p>＜コメント＞</p> <p>利用希望者には、事業所の概要や利用日・時間、日課・行事等に加え、雰囲気が分かるように写真を記載したパンフレットを使用して、利用希望者に合わせて個別に説明している。情報提供の方法をその都度見直しており、パンフレットは現在更新中である。利用希望者には利用前に体験をしてもらっており、日数はその人に応じた期間とする等の配慮をしている。</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 ・ ② ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>サービスの開始や変更の際は、利用者・家族の意向を尊重している。「重要事項説明書」を用いて個々に応じた分かりやすい説明を行い、同意を得て書面に残している。変更の際は、変更箇所を明示した「変更のお知らせ」を用いて説明している。しかし、内容が利用者にとって分かりやすく工夫されていない点、意思決定支援の配慮がルール化されていない点等は課題となる。</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 ・ ② ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>事業所の利用を継続しながら、法人内の入所施設やグループホームの利用を開始する利用者には、情報の引継ぎや連携を密に行っている。事業所の利用終了や移行に関しては、これまで利用者が亡くなった場合にあってのみで、利用終了時の引継ぎや手続き等を記載した手順書は作成していない。また、利用者・家族向けの退所後の相談窓口や相談方法等が記載された書面も作成していない。</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 ・ ② ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者や家族からの相談は、送迎時や個別支援計画のモニタリングの面談時に聞いている。年に2回の家族会に管理者等が出席し、半期の報告や行事予定等を説明して家族会からの要望を聞いている。給食に関する嗜好調査を行っているが、利用者満足度に関する調査は第三者評価受審時に評価機関が行うアンケートのみで、定期的なアンケート調査の実施と分析・改善に向けた仕組みがない。</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	① ・ b ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>苦情解決の規程に基づいて体制を整備しており、苦情解決の仕組みと受付方法等を記載した文書が事業所の入り口に掲示してある。利用契約時には、それらの内容を記載した文書を使って説明している。受け付けた苦情は、事業所内で検討・対応し、結果を申出人にフィードバックしている。一連の対応も含め適切に記録も残され、年度単位で苦情解決第三者委員会と理事会で報告している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者からの相談は、申し出やすいように心がけており、内容に応じて他事業所の管理者や他の職員に引き継いでいる。相談の際は、個別の相談室を使用することができる。利用者家族からの相談もあるが、言い出しにくい家族への相談方法等の配慮が望まれる。さらに、相談方法等に関するお知らせを利用契約時に配付して説明しているが、定期的な再配付と周知はできていない。</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>＜コメント＞</p> <p>日々の支援や介助等の場面において、利用者の意向を確認したり希望を申し出てもらえるように配慮している。その上で、申し出のあった相談を職員間で話し合って適切に対応している。しかし、利用者や家族に対して積極的に意見を聞くための取組みがない。さらに、相談の受け付けから対応に関するマニュアルはあるが、相談の記録に関する定めがないなど、見直しが必要である。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>法人が安全衛生委員会を設置し、感染症や熱中症対策等の研修会を行っている。支援現場では各種マニュアル等で利用者の安全確保について示しており、事故やヒヤリハットの報告と記録は、「ハッ！としてGood報告書」を使用している。しかし、リスクマネジメント体制が未整備であり、様式はあるが類型の区別ができず、発生原因の傾向分析や効果的な事故防止策に課題が残る。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>法令で定められている感染症対策の指針と感染症BCP（事業継続計画）が作成されており、管理体制が示されている。また、研修等によって指針や感染症BCPの理解を深め、感染症の予防のための研修・訓練も行っている。事業所内には、感染症発生時に個別対応（感染者の隔離）ができるような個室もあり、清掃も行き届き消毒等の準備も行われている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>法令に定められている消防計画や災害BCP（業務継続計画）を作成し、災害時の対応体制を整備している。法人として防災対策委員会を設け、事業所として立地的に懸念される風水害時のマニュアルも作成している。避難訓練は、消防署や近隣の同法人事業所と連携して実施し、事業所が運営する喫茶店の顧客にも参加してもらう等、地域や関係機関と協力して行っている。</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>＜コメント＞</p> <p>重症心身障害者の支援や入浴、排泄、記録作成、個別支援計画作成等のマニュアルがある。事業計画に「日課表」を掲載しており、標準的な実施方法としての要領や配慮点を記載している。事業計画には部門ごとの取組みの実施目的や日程、内容等を記載し、確実に実施できるようにしている。しかし、マニュアルが周知されておらず、実施方法にずれがないかの確認の仕組みが未構築である。</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	a ・ ㉔ ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>標準的な支援方法として支援における各種マニュアルを作成しているが、その見直しは業務や介助の場面で必要に応じて行う形をとる。利用者介助に関しては、標準的な実施方法に加えて利用者個々の介助マニュアルも作成し、職員・利用者の意見を反映させている。しかし、各種マニュアルの見直し時期・方法の定めがない点と、周知・理解を図る取組みが十分でない点が課題である。</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	㉔ ・ b ・ c	
<p>＜コメント＞</p> <p>個別支援計画策定の責任者は、管理者を兼務するサービス管理責任者である。計画作成の手順書もあり、アセスメントからの流れは出来ている。アセスメントにあたり、相談支援専門員やグループホーム関係者、他の福祉サービス事業所等からも話を聞いている。個々のニーズに基づいた計画を策定しており、個別支援会議で検討し、利用者と保護者の同意を得た後、職員にも周知している。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画のモニタリングは手順書に定められた時期・方法で行われており、個別支援会議にて関係職員にて検討する仕組みもできている。また、変更した個別支援計画は、職員への周知を徹底している。しかし、個別支援計画作成の手順書に、利用者の状態の変化に応じて個別支援計画を緊急・臨時に見直しを行うための手順が記載されていない。</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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>体温等を記した「健康記録」と、利用者の様子を手書きした「個人ノート」がある。その記録を家庭やホームとの連絡に使うファイルに転記し、支援の記録としている。毎日の利用者も含めた朝礼で情報を共有し、体調確認や連絡事項を周知している。個別支援計画に基づく支援の記録の様式・方法が確立しておらず、「記録マニュアル」が十分に活用されていない。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>「個人情報保護規程」を策定しており、全職員が個人情報の取扱いに関する「誓約書」を提出している。また、利用者・家族に対しても利用契約時に個人情報の取扱いに関して説明を行い、「同意書」を得ている。しかし、「個人情報保護規程」の見直しや職員への周知も含めた研修の機会がなく、十分理解できているとは言い難い。</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>＜コメント＞</p> <p>日々の介助場面において、介助方法や食事をどの皿から食べるか、調味料の種類等、本人の意向を尊重しながら支援している。給食の嗜好調査を行い、月に1回の給食会議で食の好みや食事への配慮等を検討している。週1回のラチャット会では、一週間の予定を利用者と確認して何をするかを決めている。意思決定支援や権利擁護に関する研修を通して、職員の意識向上につなげている。</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	① ・ b ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>虐待防止・身体拘束適正化に関する規程を整備し、法人の虐待防止等委員会を年に4回開催している。委員会では、虐待の可能性や不適切な支援に関する事案を話し合い、権利侵害に早期に気づけるよう取り組んでいる。「セルフチェック表」や身体拘束改善のためのマニュアルを作成し、予防と再発防止の仕組みがある。職員研修で、虐待防止や意思決定支援等の権利擁護の意識を高めている。</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>＜コメント＞</p> <p>意思の確認が難しい利用者に対し、目の動きや表情を見て意思を確認している。日常生活でも、可能な限り利用者自身で行えるように支援している。歯磨きは出来なくても歯ブラシを持つ、着る服を選ぶ、月1回の清掃活動で掃除に取り組む等を支援している。ホーム入居の支障になったCPAP（持続陽圧呼吸器）を、練習して自力での装着が可能となり、看護師不在時のホーム利用が実現した。</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	① ・ b ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者の理解度に応じた会話や選択肢を提示し、利用者の気持ちを汲み取っている。会話が難しい利用者には分かりやすく質問し、目の動きや表情を見て利用者の意思を確認している。言葉にならなくても、発生して伝えてもらうように発生を促す取組みを行ったり、アゴラ（木管楽器）で表現できるようにしたり、職員を呼ぶための呼び鈴を活用したりしている。</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>＜コメント＞</p> <p>利用者が相談したいことがあれば、管理者に相談できる雰囲気や関係性がある。また、職員にも相談しやすいように、様々な職員と関われるように配慮している。相談があった際には、受け付けた職員だけでなく、管理者や相談支援専門員、担当の成年後見人に引き継ぐ等、適切に対応している。</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	① ・ b ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>クラブ活動では、屋外・屋内活動それぞれ5種類、計10種類の活動の中から利用者が希望の活動を選んでいく。買い物外出や日帰り旅行等の事業所全体の行事では、職員が下見を行い、その際に写真を撮影してきて、事前に利用者に情報提供している。また、近所の喫茶店の演奏会の情報や、法人内の事業所の行事の情報を提供する等、利用者の選択の幅が広がるよう支援している。</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>＜コメント＞</p> <p>積極的に職員に喀痰吸引3号研修を受講させる等、専門性の向上のための取組みを行っている。介護と看護の両面から利用者個々の状態を話し合うケースカンファレンスの機会を設け、より良いサービスの提供に努めている。行動障害のある利用者はいないが、利用者同士の相性等によってトラブルにつながる可能性があるケースにおいては、位置関係等の環境的な配慮も行っている。</p>		

A-2-(2) 日常生活支援			
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。		障53	㉔ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者の咀嚼・嚥下機能の状態に合わせ、刻みや荒刻み、ペースト、とろみ付け等で安全に摂食できるようにしている。嗜好調査と月1回の給食会議で、利用者の嗜好にも配慮している。排泄支援は個々の状態に合わせて行い、オムツ交換も個室で行う等、プライバシーにも配慮している。希望者にはシャワー浴の支援も行い、重症心身障害や医療的ケアの必要な利用者にも対応可能である。			
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	㉔ ・ b ・ c
＜コメント＞ 事業所内は十分な広さがあり、明るく清潔で、温度も快適に保たれている。重症心身障害者が車いすから降りて休息できるよう、横になれるスペースが利用者ごとに確保されている。オムツ交換用トイレも3部屋確保され、安全面・プライバシーの両面で配慮がある。体調不良時等に他の利用者から離れて過ごせるような個室が確保され、感染症発生時にも適切な対応がとれる環境にある。			
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	㉔ ・ b ・ c
＜コメント＞ 毎週水曜日の午後に、非常勤の理学療法士による個別の機能訓練がある。その際に、理学療法士から各利用者に応じた機能訓練について助言をもらい、職員がリハビリ計画を作成している。それを基に、日々職員が訓練を行って記録に残し、定期的にモニタリングも行っている。かけ声をかけることで筋トレに前向きになり、張り切って意欲的に取り組む利用者もいる。			
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	㉔ ・ b ・ c
＜コメント＞ 健康状態の把握については、毎朝のバイタル確認から始まり、様々な介助場面で異常がないことを把握している。月に1回の嘱託医の診察時には、看護師が報告をまとめ、適切に相談できるようにしている。年に2回の健康診断・毎月の嘱託医診察・インフルエンザ予防接種等の進め方は、事業計画に取組みの詳細が記載されている。			
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	a ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞ 医療的ケアが必要な利用者には、医師の「医療ケア指示書」を基に看護師を中心に個別に支援している。服薬介助の必要な利用者には、「服薬チェック表」を用いて誤薬や服薬忘れがないよう管理を徹底している。喀痰吸引3号研修を受けた介護職員が、看護職員の確認の下で適切な医療的ケアを行っている。しかし、服薬の管理に関しての手順書がないため、整備が望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
＜コメント＞ クラブ活動は選択制であり、利用者の趣向を反映したプログラムを用意し、意向を聞きながら支援している。これらの機会を通し、様々な活動を体験してもらっている。さらに、日帰り旅行や地域の喫茶店の利用等を通して、重症心身障害があっても社会参加ができるよう取り組んでいる。体調不良等で参加できなかった利用者には、代替活動を提供して参加・学習の機会を保証している。			
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	㉔ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者・家族の意向や希望は、家族会や個別支援計画の面談時等で把握している。利用者・家族よりショートステイやグループホームの利用についての希望があれば、法人の入所施設や市・医療療育センターと連携して外泊体験を支援している。活動の中で、看護師不在のホームへの入居の阻害要因だったCPAP（持続陽圧呼吸器）を自力装着できるまで練習し、利用可能となったケースもある。			

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> 利用者の事業所での様子は、「連絡ノート」と送迎時の申し送りで日常的に行っている。また、個別支援計画の面談の際に利用者家族と意見交換する機会を設けている。さらに、法人のバックアップ団体の「檜の木会」や家族会を通して意見交換もしている。			
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	① a . b . c
<コメント> 主な授産品目は喫茶事業で、事業に携わる利用者の特性に応じた役割を法人理事長からの「辞令」として交付している。その「辞令」を誇りに、利用者が喫茶事業に意欲的に取り組んでいる。喫茶事業以外の利用者は、障害の状態に応じて、野菜の販売や軍手、靴下の絞り染め作業に携われるように支援している。			
	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	② a . b . c
<コメント> 喫茶事業においては、喫茶店内での役割分担や就労時間等の仕事への関わり方も利用者の状態に合わせて配慮されている。利用者への工賃の支払についても取決めがあり、客観的に計算できるようになっている。			
	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			