

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： 障害者支援施設シンシア豊川	種別： 施設入所支援、生活介護	
代表者氏名： 寺部美代子	定員（利用人数）： 67名（67名）	
所在地： 愛知県豊川市平尾町諏訪下10番		
TEL： 0533-88-7500		
ホームページ： http://www.apatheia.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 9年 8月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人アパティア福祉会		
職員数	常勤職員： 28名	
専門職員	(管理者) 1名	(生活支援員) 52名
	(サービス管理責任者) 2名	(事務員) 1名
	(看護師) 4名	(管理栄養士) 1名
	(医師) 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 70室	(設備等) 訓練・作業室
		相談室、食堂、浴室、洗面所
		便所

③理念・基本方針

★理念

- ・法人 すべての人を尊重し、共感をもって寄り添い、支えます。
- ・施設・事業所 ともにいきる 色彩のかがやき みち照らす

★基本方針

- ・一人ひとりが、主体的に自分の人生を生きることができるよう支援します。
- ・一人ひとりの尊厳が護られ、豊かに生活できるように支援します。
- ・一人ひとりが、社会を構成する一員であると実感できるような、機会と場の支援をします。
- ・一人ひとりの思いに寄り添い、理解して、多様さを認め合えるような地域づくりに努めます。
- ・一人ひとりに誠実に向き合い、自分を磨き、貢献できるように成長します。

④施設・事業所の特徴的な取組

法人全体目標(H29年度～H34年度)「地域にいつも存在される存在になる」に基づき、シンシア豊川では「緊急時や使いたいときに受け入れ可能な短期入所事業にする」「生産活動の実績を上げる」という目標を立て活動している。

1. 短期入所の事業計画は、「新規ご利用者を増やす。土日のニーズに応える」それに対する成果の指標としては、「土日の利用実績稼働率50%」を目指している。緊急時に受け入れる体制には、まだ至ってはいないが、地域の利用者にとって、気軽にご利用してもらえるような短期入所を目指している。まずは、計画的な利用により、シンシア豊川に慣れてもらい、その利用者にとって「シンシア豊川で過ごすことができる」「シンシア豊川で過ごしたい」地域資源の一つになれるように取り組んでいる。

2. 生産活動に関しては、H29年度より、自然栽培による米作りを始めた。そのことにより、地域の耕作放棄地を借り、地域の農家の方に協力してもらい、利用者の社会参加と地域交流ができるようにした。さらに今年度は、収穫したお米が豊川市のふるさと納税の返礼品になることが決まり、シンシア豊川の理念・方針に基づき「共生社会の実現」を目指している。今年度の目標は、「安定した生産力をつける」。多くの課題があるが、農作物を計画的に栽培・収穫し、年間を通じて、生産・出荷・販売のサイクルができるように日々奮闘している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 5月24日(契約日) ~ 平成31年 4月30日(評価結果確定日) 【平成31年 1月23日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	8回 (平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆サービス向上への組織体制

サーベイランス、各種委員会、戦略・マネジメント会議等により、サービスの立案から評価、改善まで組織として重層的に取り組み、サービス向上に向けてPDCAサイクルを活用する体制がしっかりと機能している。

◆情報共有の徹底

勤務帯による連絡会を一日の中で逐次開催し、勤務職員に周知が図られるしくみがある。また、ウェブ上のグループウェアを活用し、職員がいつでもどこでも最新の情報を確認できる態勢がとられ業務効率を上げている。

◆農作業を通じた地域貢献

自然栽培によるブランド米の生産は、農作業を単なる作業活動として捉えるのではなく、地域の住民やボランティア、行政を巻き込んだ地域共生活動として発展的に取り組んでいる。活動が行われている田んぼは、地域の耕作放棄地を借り受けたもので、市のふるさと納税の返礼品として社会的価値を生み出している。

◇改善を求められる点

◆利用者同意と周知

運営方針や計画、活動内容など、支援の主体である利用者に対する周知や同意確認という点で、課題が残る。コミュニケーションや言葉理解が難しい利用者に対し、合理的配慮と工夫をもったインフォームドコンセントを目指されたい。

◆中長期計画の具体性

法人、事業所運営の指針となる中・長期計画について、収支予定や目標値設定など実効性があり、期中の進捗評価や最終的な成果の判定が可能な形に改められたい。これにより、年度計画がより信頼性の高いものとして位置付けられる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で9回目の受審となり、改めて事業所の課題を整理する機会になりました。支援の主体であるご利用者に対して、今まで以上に合理的配慮と工夫を持ったインフォームドコンセントを目指したいと思います。ありがとうございました。

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。

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人理念、事業所理念とも明文化され、ホームページやパンフレットに記載している。また、事業所内にも掲示され、朝礼の際に職員唱和を行って周知されている。事業所理念については、職員の話し合いにより選定され、行動規範としての役割も果たしている。一方で、基本理念等の利用者への周知については、生活での会話の中で話題に挙がるが、分かり易く理解するための工夫等については、更なる配慮を望みたい。			

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
評価機関のコメント			
福祉動向については、管理者は県の知的障害者施設福祉協会での会議や研修を通して、また法人の戦略会議でも情報提供され把握している。また、法人の相談支援事業所を通じて地域のニーズ把握を行い、市の福祉計画も意識した運営を行っている。利用率等のデータ分析や、会計事務所による収支分析も実施されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
経営課題に関して、法人経営に直結する事項については戦略会議で、事業・サービス等に関してはマネジメント会議の場で検討され、改善へ向け取り組んでいる。内容の周知に関しては、会議や朝礼での説明の他、ネットワークを使ったグループウェアにて詳細に実施している。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画に関しては、最重点項目が掲げられ、目標達成に向け毎年度取り組みがなされるが、計画そのものの具体性に欠け、数値目標や収支計画も明示されていない。目標への到達状況や成果が測りづらく、実効性という点でも課題が残る。事業所の方向性を明確にする意味でも、再考が望まれる。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画は、中・長期計画の方針を受けたものとなっており、目的としての方向性に齟齬は無いが、事業全般を網羅しておらず具体性に乏しい点は否めない。実施状況や成果測定が見える形に改められたい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
支援内容に関しては、棟別会議やケース会議で検討され、また各部署からあがった事業や活動等の内容に関してはマネジメント会議で検討され、集約の上策定されている。期中や最終の評価に関しても同様の過程を経ている。周知に関しては、朝礼等での口頭伝達の他、グループウェアでも詳細に示されている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
毎月の利用者会の折に説明され、活動内容は掲示なども行われている。支援の主体は利用者であり、より理解を得られる説明や同意に向け配慮と工夫を望みたい。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
担当者を決めた職員モニターとして「サーベイランス」が毎月実施されている。サービス項目ごとに評価、改善策が示され支援に反映されている。また、ヒヤリハット対策に関しては、ヒヤリハット委員会で検討され、支援上のリスク対策としている。内部監査も実施され、重点項目のチェックがなされるなど、重層的なサービス管理体制が敷かれている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サーベイランスやヒヤリハットの集計と評価を基に課題を抽出している。各委員会とマネジメント会議で検討から改善策までがまとめられ、周知されている。どのサービスに関しても、何れかの網にかかる仕組みとなっており、効率的にも一日の長がある。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は、事業所の方針等については朝礼や会議にて表明し、グループウェアにも補足記載して周知している。職務分掌に関しては、等級フレームとして示され、職員に周知されている。管理者不在時の役割については、主任が代行している。</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 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者セミナーへの参加や、法人会議等にて関係法令を把握し、必要事項に関しては職員周知がなされている。事業運営に関する法令遵守の徹底に向け、研修会の開催等により更なるコンプライアンス強化を図られたい。</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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の基本的人権、ヒヤリハット、安全衛生、虐待防止等々、管理者は部門毎の委員会に参画し、職員意見と課題を把握している。それらの課題解決に向けて、強いリーダーシップの下、サービス向上に意欲的に取り組んでいる。スキルアップや意識向上に向けて、研修参加への配慮も行っている。</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 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人として、人事・労務・財務対策を一体的に実施している。労務に関しては、管理者面談の実施や社会保険労務士との相談を行い、またセクハラ・パワハラ対策も組織的に実施している。財務に関しては、月次報告を会計士がチェック・分析している。経営・改善部門としては、戦略会議、マネジメント会議が、課題に応じて対応している。</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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人理念の中に、育成方針として「職員の能力を発揮できる組織作り」が示されるが、人材確保に関しては明確な方針は無く、人員補充が優先されている現状である。採用活動に関しては、ハローワークや学校訪問、ウェブ募集など様々な媒体を使って行われている。来年度より、市の広報誌に法人案内を掲載予定であり、業務内容の理解と共に人材確保にもつながることを期待したい。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>人事考課制度が導入され、体系的・組織的な人事管理を行っている。昇級、昇格の基準等も明確になっている。一方で、法人として「期待する職員像」が明確に示されていない点は、職員がキャリア設計し、将来を設計する上での目的やモチベーションといった部分で疑問符が付く。</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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年次有給休暇や産休・育休の取得促進、休日の増加、時間外労働時間のデータ管理、職員相談窓口の設置、メンタルチェック、健診の実施など、安全衛生対策の充実を図っている。事業所を挙げて、それら働きやすい職場づくりに向けての様々な取り組みがなされている。しかし、取得促進を呼び掛けている有給休暇が取りにくい現状は、ワーク・ライフ・バランスを考える上で障壁の一つとなる。効果的な対策を検討されたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
「目標管理シート」を用い、月次目標設定と面談による成果確認、評価を実施している。年度総括はなされないが、毎月成果を判断し、次なる目標へつなげる形となっている。目標管理での目標は等級毎の職務職階を目指すものとなるが、到達目標となる「期待する職員像」が不明瞭である。これを明確に示すことで、本人目標と経営側の育成目標が合致する形となる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
研修計画が策定されているが、研修予定に近いものとなっており、内容の評価や見直しが図りにくい。実効性の高い計画策定に向け、検討されたい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
新任、階層別、職種別、テーマ別研修など、様々な研修機会が確保されている。また、OJTについても項目別の評価が可能な管理シートを用いた個別の研修体制がとられている。資格手当の支給、受験手数料の補助、社会福祉士養成への添削支援など、専門資格取得への支援も実施されている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士、介護福祉士、保育士、大学生・高校生のインターシップなど、様々な実習の受け入れがなされ、必要に応じ実習プログラムを組んで対応している。また、指導者養成もなされている。一方で、受け入れマニュアルが無いため、各々の実習毎に個別対応している状況である。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページにて基本理念やサービス内容、事業収支、第三者評価結果等の様々な情報が公開されている。一方で、苦情に関する情報は一切公開されていない。事業の更なる透明性の向上に向け、公表を検討されたい。地域に向けては、回覧板にて「ゆうあいの里だより」として事業所情報を3ヶ月に一度公表している。			

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			
「経理規程」に会計や取引等のルールが定められている。財務に関しては、会計事務所に業務委託して会計チェックとアドバイスを、また内部監査委員による監査を年2回実施しており、公正な財務処理を心がけている。客観性と透明性の一層の向上を図る意味で、「社会福祉法」が求めるレベルの外部監査の導入も検討されたい。			

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			
法人基本方針の中に、「地域社会に貢献し信頼ある施設作り」が明記されている。夏まつり、田植え、餅つきなどの行事を通じての交流活動では、事業所内にプロジェクトチームを組織している。また、農作業で収穫した米を市の“ふるさと納税返礼品”として登録するなど、地域共生への取り組みもある。日常的にも、利用者が買物や外食などの外出で地域との交流機会を持つなど、地域との接点を大切にしたい運営を展開している。			
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			
ボランティアに関しては、手順書や活動記録により受け入れを行っている。理容・美容、草取りなどのボランティア、また学生インターシップの受け入れなども実施している。ボランティア団体との協働態勢もあり、積極的な受け入れ姿勢がうかがえる。学校教育への協力も含め、社会との貴重な窓口であるボランティアや学生受入れの基本方針を定め、目的意識を明確にしたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
市の自立支援協議会の活動を通し、障害福祉に関する様々な課題や困難事例解決に取り組んでいる。事業所として必要な社会資源の情報に関して、利用者提供分も含めて整理しておきたい。また、福祉以外の団体も含めた地域機関との更なる連携についても考えられたい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
防災に関しては、地域事業所との協働での取り組みを実施するとともに、福祉避難所として登録して地域での役割を明確にしている。利用者の書いた絵画が地域の金融機関や商業施設等に展示され、訪れた顧客の心を和ませている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業所を通し、地域の様々なニーズを把握している。重要なニーズとして、在宅障害者を受け入れるショートステイ事業を実施している。ふるさと納税の返礼品登録などの地域活動を行うが、今後は地域貢献計画策定による事業展開といった更なる地域福祉向上への取り組みを示したい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念や基本方針は朝礼時に全職員が読み上げ、管理者が話をした内容などは回覧して周知を図っている。「倫理綱領」の策定や理解するための倫理研修は、全職員対象に行われている。新人職員としての教育プログラムも組まれており、入職時には“シンシアルール”の説明を実施している。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
人権保護委員会の編成があり、研修の実施やセルフチェックの機会が3ヶ月に1度ある。ただチェックを行うだけでなく、フィードバックの機会も取られている。以前から行われていた「人権パトロール」から「シンシアグローイング」と活動内容が変わったが、完全実施とは言えない状況である。			
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			
パンフレットやホームページだけではなく、フェイスブックやYouTubeなどの情報発信を行い、利用希望者を意識した積極的な情報提供の姿勢が見られる。希望者については短期入所や日中一時での受け入れも行い、短期入所は「土日の利用実績稼働率50%」を目標に柔軟な受け入れを行っている。			
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
評価機関のコメント			
サービス開始時・変更時には、「契約書」、「重要事項説明書」等によって説明し、個別支援計画を作成して同意を得ている。また、その日の活動についても2種類の選択制とするなどの工夫をしている。課題として、利用者に対する分かりやすい資料等の作成がなく、利用者が理解したか否かを確認するプロセスもない。			
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの内容の変更、他施設・事業所への移行対応についての手順書がある。現状としては法人内での対応事例が多く、相談支援事業所に繋げるなどの対応もできている。福祉サービスの利用終了後の相談方法や担当窓口について、案内文書等の作成が期待される。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
月に1度利用者会を行って、意見や要望を聞いている。その内容について、「ご利用者の生活を楽しくする委員会」で検討を行い、振り返りや改善をする事で、満足度の向上に繋げている。また、利用者会の実施方法については、各部署ごとに行うなど、意見が出やすくなるような工夫もされている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の仕組み、組織図、苦情の申し立てについての掲示がされている。意見要望を拾える体制が取られており、その情報も共有されている。課題として、法人、事業所の経営・運営の透明化を示すために、苦情情報の公表についてのルール化を進められたい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
苦情に発展する前の段階で、意見や要望が聞けるように利用者会で「困っている事はありませんか？」を聞く体制が取られている。また、毎月利用者会のテーマを変えるなど、意見を聞き取る工夫がされている。利用者の様子や発言などを、ヒヤリハットで事前にキャッチするなどの対応も取られている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの相談・要望内容については記録ソフト「クレヨン」にて管理をし、職員間に共有できている。「ご意見・ご要望シート」及びヒヤリハット報告にて、利用者や家族から上がってきた内容を検討する流れになっている。意見をいつでも受け入れる体制や迅速な対応という部分については、まだ課題として残っている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ヒヤリハットの取り組みを推進し、月に1度ヒヤリハット内容を検討する会を行っている。ヒヤリハット提出件数については、職員の目標になっていたり、検討内容がフィードバックされる事により活性化される仕組みとなっている。職員にも積極的に意識喚起を行っており、多い職員では1ヶ月に30件近くの提出があり、検討件数が増えているという現状である。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
感染対策委員会の設置があり、内部・外部の研修に参加し、手順書等も整備されている。事業所内の動きや利用者支援のみの感染対策だけではなく、そこに関わる支援者(職員、家族、ボランティア、来訪者等)の感染対策の実施も十分にされている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
防災委員会があり、備蓄品管理や避難訓練の実施、周辺環境に合わせて土砂災害時の対応なども取られている。福祉避難所としての機能を活かすべく、行政との調整等も行われている。災害時の職員連絡網として伝達方法等が確立しており、大規模災害想定BCP(事業継続計画)が作成されている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
記録ソフト「クレヨン」にて、日常の記録の打ち込みや、実施することが必要な業務が管理できるなど、十分に活用ができています。アイパッド等の機器を使って管理が出来ている部分もあるが、通信不良等による不具合(連絡漏れ)が発生するリスクもあり、不便を感じている職員もいる。		

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			
定期的なケース会議の実施をしている。会議では、支援内容の実施状況の確認、見直しが行われている。記録内容について、職員による温度差やバラつきがあるため、改善の必要がある。			
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			
利用者の意思を確認した上で個別支援計画を作成し、多職種連携した支援の組み立てができている。ただ、利用者本人の意思が掴めなかったり、支援困難な利用者の取り組みについては、対応が遅れてしまう場合もある。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の定期的な見直しや、緊急に変更が必要な場合についても随時見直す体制が取られ対応している。平成29年度にアセスメントの方法が見直された事により、個別支援計画の実施支援内容や、なぜその支援をするのか？の意味が分かりやすくなった。			
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、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
担当する職員の力量差によって、現場支援や記録の作成面での適否が出ている。強度行動障害等、支援困難ケースにも適切に対応でき、支援内容を記録支援ソフト「クレヨン」に確実に入力できるだけの専門的なスキルを身につけられるよう、職員の育成を課題として取り組んでほしい。この件に関し、記録の基本的な書き方等について、管理者から具体的な指示が出ている事から、今後はその部分の改善を期待したい。			
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			
記録支援ソフト「クレヨン」により管理されており、シフト制による休み中の出来事についてもポイントを絞って確認する事ができる。グループウェアの活用により、情報共有という部分ではその機能性を十分に活用してきたが、「個人情報保護規程」等の観点により利便性のみならず、情報を管理するという意味でその活用方法等が見直しを余儀なくされる状況である。			

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			
可能な限り利用者の意向を尊重して支援をしている。しかし、趣味、衣服等の嗜好品等については、利用者本人が欲する情報を適切に提供することが難しく、提供する情報量が限定的であったり、これまでの習慣に流されて偏ってしまう部分もある。			

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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
人権保護委員会で、全職員対象に利用者の権利擁護に関する事例検討の実施や研修、啓蒙を行っている。身体拘束に関する同意書は3ヶ月に1度見直しを行い、利用者個々に合わせて使用内容、使用目的を明確にし、利用者・家族に説明して同意を得ている。利用者情報の発信（ホームページや機関誌への掲載等）については、時代とともに内容が多様化していることから、様式を変更し利用者個々に意思の確認を行っている。		

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		
介護福祉士の資格を持った職員が集まり、支援方法や介護方法についての提案を行って検討している。全体的に一律ではなく、利用者自身でできることは見守りに徹し、1人で行うための環境づくりや整備をしている。ただ、状況（職員の配置等）により、すべて個別での支援が行えない状況の時もある。		

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 (a) ・ b ・ c
-----------------	--	------------------

評価機関のコメント		
必要に応じて、絵カードや写真、アイパッド等を使ってコミュニケーションを取る方法を検討したり、工夫をしたりしている。すべての利用者に配慮が来ている状態ではないが、既存の情報や利用者サイドからの情報の受け取りだけでなく、職員側から新しいコミュニケーション手段の探索や検討を行っている点は評価できる。		

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を適切に行っている。	障 50 a ・ (b) ・ c
-----------------	--------------------------------	------------------

評価機関のコメント		
意思決定支援等を行っているが、すべての利用者に対応はできていない。利用者会、ヒヤリハット等にて意見要望を聞く機会は設けているが、その都度相談等を受ける事もあることから、個別に相談を聞く機会や場所の設定は行っていない。個別支援の原点は、「意向の把握」であることから、個別懇談をはじめあらゆる機会を設けて、利用者の意思の表出を促す取り組みを期待したい。		

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		
毎月行う利用者会にて、参加したい活動や活動メニューの要望など聞き、可能な範囲で取り入れている。活動内容については複数のメニューを用意し、利用者が選択できるようにしている。活動内容によっては、事業所内での活動のみではなく、外で活動できることは外で実施しており、活動の幅が広がってきている。		

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		
ケース会議や各種情報の回覧によって、支援についての情報を共有している。内部・外部を含め研修機会が多くあり、研修報告・研修評価がされていて研修内容の共有もしている。支援現場でのケースによっては、担当職員の個人の判断によってタイムリーに動く部分もある。		

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		
食事については、セレクトメニューを実施しており、利用者の要望等にも対応ができています。食事の形態、自助具等の情報は、個別支援計画より反映されて統一した対応が取られている。入浴支援については、介助の職員配置の関係から時間を事業所側から指定する事もある。しかし、利用者からは特段の苦情やクレームは聞かれず、適切な入浴支援が提供できていると評価したい。		

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
窓ガラスが割れてしまい、ダンボールでふさいでいる所があったが、利用者の状況により対応できるように環境面の改善を検討している。生活環境面についても、利用者会で話をする機会が取られている。入浴の順番についても、利用者の意向が反映されている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
併設されている通所の生活介護事業所「パレット」のPT(理学療法士)の指示を受けて、機能訓練やリハビリの実施をしている。連携部分での不具合もあり、一部の利用者に活用されるに留まっている。PT(理学療法士)を講師とし、職員が機能訓練や生活訓練の基礎的な知識や技術を習得することを望みたい。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴・排泄の記録をとり、内容に応じて引き継ぎや看護師への連携も取れている。医師・看護師により、感染症対策委員会等職員への研修も実施されている。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
体調不良者のチェックシートが整備され、投薬を行う職員については、年1回の力量テストを受けたり、看護師より指導を受けたりしている。医師との24時間連絡体制も取れており、緊急時や夜間でも指示、指導が受けられる体制がある。それらの仕組みが十分に機能を発揮し、事業所にて利用者の看取りを行う事もできた。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
絵画を出展する機会があったり、最近の活動では農作業(ブレンド米の生産)を行っている事で販売や配達、ふるさと納税返礼品を配送するため郵便局に出向くなど、農作業により活動範囲や活動の幅が広がっている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
地域生活移行への支援を積極的に行っており、28年、30年とグループホームの開設に合わせて移行者がでていく。地域生活をイメージできるよう、年に1~2回の清掃活動や地域のお祭りへの参加を支援している。地域移行先をグループホームと限定せず、自律・自立支援の延長線上にある“地域での一人暮らし”をも視野に入れて取り組まれない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
年1回の懇談会だけでなく、家族に対して定期的に活動の様子や内容が伝わるような情報発信をしている。行事や夏祭りの参加なども呼びかけている。しかし、利用者の高齢化以上に家族の高齢化は深刻であり、介護保険の居宅介護支援事業所と障害福祉サービスの相談支援事業所との連携による家族一体型支援が必要となってきている。間近に迫っている将来的な課題に備え、それらの事業所のネットワーク化を図りたい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>農作業にて米作りの取り組みを行い、職員のみではなく、農作業を通してのボランティアに参加する地域住民やインターンシップ、協力してくれるオーナー企業など、働く幅、仕事内容、販売で得られる収入など、多くの事が得られる活動を実施している。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者一人ひとりに合わせた活動メニューの提供、企業の協力もあり多くの活動内容がある。健康面についても、医師等の指示を受け労働時間や脱水、熱中症対策を含め相談の上活動をしている。工賃面でも、販売が好調な時期には、多く支給をする事ができている。</p>			
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			