

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）：56名（58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： https://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：23名	非常勤職員：35名
専門職員	（管理者） 1名	（生活支援員） 50名
	（サービス管理責任者）1名	（事務員） 1名
	（看護師） 5名	（管理栄養士） 1名
施設・設備の概要	（居室数） 65室	（設備等）訓練・作業室、浴室
		相談室、食堂、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、共感を持って寄り添い、支えます。

・施設・事業所

ともにいきる 彩彩（とりどり）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

・計画・目標に基づき、進捗状況の報告や事業所の課題解決、ビジョンの共有、職員教育の場として、毎月1回（同じ内容を3回実施）シンシア豊川全体で未来会議を実施している。
 そのことにより、職員全員が同じ目標に向かってベクトルを合わせることに繋がっている。
 ・強度行動障害等のご利用者への支援力を上げるため、未来会議の2か月に1度は「インシデントプロセス法」の勉強会（事例検討）を実施している。
 ・愛知県事業「令和5年度 障害及び障害者に対する県民理解促進事業」を受託し「見て 知って 味わって 障害者の世界」シンシアc a f e を実施し、県民に対し、障害の理解に関する啓蒙活動を実施した。
 その際、合理的配慮の提供について紙芝居（シンシア豊川オリジナル）でわかりやすく紹介し、事業終了後、紙芝居として自主出版し、その後も啓発活動を行っている。
 ・地域のレンタルカフェを月に1度お借りして、シンシアc a f e を継続し、障害の理解、啓蒙を続けている。
 ・この3年間で2名の看取り支援を実施した。看取り支援は、合計7名の支援経験があり、その人らしく生きること、亡くなることを当たり前に受け止め、みんなで支援し支える文化が醸成できた。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 5 月 2 3 日（契約日） ～ 令和 年 月 日（評価決定日） 【令和 6 年 12 月 9 日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1 0 回 （令和 3 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域活動、社会参加への取組み

重度の利用者が多い中、事業所としての目標を持ち、愛知県事業「障害及び障害者に対する県民理解促進事業」を受託し、「シンシアcafé」を運営している。地域の障害理解に関する啓蒙活動であり、その先にある共生社会の実現を見据えている。

◆参画意識、モチベーションの醸成

未来会議を通して、事業の主体となる計画・目標それに向けた各職員の取組みまで、職員主体で行っている。職員の意見が尊重されることで、職員個々の事業運営に対する参画意識やモチベーションが高いレベルで維持されている。その背景には、管理者のリーダーシップの下、意向を汲んで職員に伝える主任の活躍があり、すべての職員が一体的にシンシア豊川の運営を支えている。

◆利用者中心の支援

利用者の意向を確認し、それを支援や活動に反映させることで、利用者のニーズに応じた利用者中心の支援が行われている。また、SNSを活用して活動や取組みの様子を積極的に発信している。職員に対しては、具体的な事例を用いた研修を行い、実際の状況に即した知識やスキルの習得が可能となっている。定期的なセルフチェックの実施により、職員が自身の支援を振り返る機会を設けることで、継続的な自己改善とサービスの質の向上が図られている。さらに、24時間体制の医療連携により、健康管理も十分に行われており、利用者が安心して生活できる環境が整っている。

◇改善を求められる点

◆働き方改革への取組み

就業状況に配慮し、働きやすい職場づくりへの取組みについては確認できた。しかし、将来を見据えての人員確保、職員定着を目指していく上で、働き方改革への取組みは必要となってくる。ワーク・ライフ・バランスの対象を全職員に広げ、その取組みを強化する事で、今後の人員確保、業務効率の改善に期待をしたい。

◆利用者ニーズに対応する体制の整備

利用者の満足度を測る聞取りの場面では、内容のマンネリ化が感じられる。聞取り内容を多様化するために、定期的な見直しが求められる。また、利用者から出た意見に対する対応完了の確認が不十分であり、今後は仕組みの整備が望まれる。設備面では、改善箇所に対して優先順位をつけて対応し、利用者が快適に生活を送れるように配慮されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

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

	自己評価	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	b a・㉔・c
＜コメント＞ 事業所理念・方針を朝礼で唱和し、具体的事例を踏まえて行動期間に合わせて落とし込みを行っている。昨年度実施をした未来会議から、新たな長期計画をスタートさせて目標達成に向けて取り組んでいる。事業所内への掲示の確認はできたが、利用者や家族への周知は取組みの余地が残っている。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

	自己評価	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 ㉔・b・c
＜コメント＞ 県・知的障害者福祉協会の各研修に参加し、情報を収集している。また、同福祉協会の研修企画にも参画しており、当事業所のみ情報だけでなく、多角的な視野を持ち、その内容を未来会議にて事業所内に落とし込んでいる。地域福祉・知識ニーズの把握を行い、地域移行の実践も行っている。		
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 ㉔・b・c
＜コメント＞ 経営課題等は本部長とも共有できており、職員に詳細に周知をする事で、現場目線も活かした取組みとなっている。それらの解決、改善に向けた取組みを迅速に行うため、事業所内にチームを作って対応している。未来会議で出てきた内容を重点項目として、現場として目指す方向と課題を見据えた対応を行っている。		

Ⅰ-3 事業計画の策定

	自己評価	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	b ㉔・b・c
＜コメント＞ 法人理念・方針・目標が現場に落とし込まれ、職員参画の下、事業所の中・長期計画を策定する仕組みが出来ている。職員が自分たちで中・長期の計画を立てていることから、目標達成への取組みに対する意識は高い。		
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 ㉔・b・c
＜コメント＞ 単年度の計画に関し、職員全員が何がしかの活動に参画をしている。各グループより、実施を計画している事やその活動状況について報告し、振返りの機会を設けている。事業所全体で、それぞれのグループの進捗状況を把握できる体制が整っている。		

1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
1-3-(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・b・c
<コメント> 未来会議にて事業計画の内容についての共有が行われ、毎月、計画に対してPDCAサイクルを活用して確認する機会がある。事業計画の推進にあたり、大きく4つのグループが構成されており、それぞれの活動状況の把握、フォロー体制もできている。事業計画の目標達成に向け、職員個々の参画意識も高い。			
1-3-(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	b	①・b・c
<コメント> 事業計画は、家族会の中で詳細に説明が行われている。さらに事業所内にも、掲示板に掲示して周知を図っている。インスタグラムやブログの更新も頻繁に行われており、活動状況の周知が重層的に行われている。			

1-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		自己評価	第三者評価結果
1-4-(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。			
1-4-(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	b	①・b・c
<コメント> サーベイランスを毎月行っており、サービスの質を定期的にチェックして改善につなげる機会を作っている。今年度は、特に強度行動障害の利用者への支援力向上を計画として取り上げ、インシデントプロセス法の研修を2ヶ月に1度行っている。			
1-4-(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	①・b・c
<コメント> 定期的なサーベイランスや各委員会活動、事業所の各種計画が、未来会議を軸として取り組まれている。そこで課題の明確化や課題の共有、さらには改善計画の作成と、各プロセスが連動して実施されている。また、グループウェアが有効活用され、職員間の情報共有もできている。			

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

		自己評価	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	b	①・b・c
＜コメント＞ 朝礼や未来会議にて、事業所の経営、方針、管理者の責任や役割も周知されている。管理者が不在であっても、管理者の運営方針や考え方、発言内容等を主任が職員に伝え、事業所の目指す方向性に乱れが生じないようにしている。その点でも、グループウェアの有効活用が大きく寄与している。				
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	①・b・c
＜コメント＞ 管理者が、県・知的障害者福祉協会等の管理者向け研修を企画している。関係する法令等の改廃にも気を配り、行政機関からの情報収集はもとより、SDGsの取組みを通して、行政や地域の企業、事業者とのつながりも深めている。コロナ禍はあったが、過去5～6年間で関係先は10倍以上に増えており、共生社会の実現に向けた取組みは多岐にわたっている。				
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	①・b・c
＜コメント＞ 定期的に第三者評価を受審し、受審しない年度は自己評価を行い、定期的、継続的に提供するサービスの評価・分析を行っている。評価の結果、課題が見つければ未来会議で報告し、職員参画の下で課題の改善に取り組んでいる。管理者の指導の下、毎月1回、主任が職員への定期面談を行っており、すべての職員が有機的なつながりを持っている。				
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	①・b・c
＜コメント＞ 未来会議にて「職員福祉像」を作成している。その作成に職員が参画し、共有する事で、進むべき方向や目指すべき到達点等が明確になっている。職員も、自分たちが参画をして作成した福祉像なので、そこに向けての意識は高い。				

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価	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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 人材育成・定着等に対しては、計画的な採用活動や研修等が行われている。人材確保については、現状の課題として挙げており、ホームページのブログやInstagram、各種の就職フェアに参加する等の活動をしている。今後さらに厳しい状況の到来を予測しており、人員確保や地域格差、夜勤職員の不足等の課題への根本的な解決策が乱れ見出せていない。				
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	b	① ・ b ・ c
<コメント> 期待する職員像として「職員福祉像」が作成されている。人事効果で専門性や職務遂行能力、成果や貢献度などが評価され、職員も自身の目標に対しての振り返りを行っている。また、人事考課の評価内容の見直しを行うなど、専門性だけでなく資質を問う総合的な人事管理を目指している。新人職員への対応を「シンシアルール」から開始するなど、職員に合わせた人事管理を行っている。				

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	b	①・b・c
<コメント> 安全衛生委員会が組織されており、職員に対してのストレスチェックも実施されている、産業医との連携も取れており、個別で相談することもできる。法人特有の福利厚生施策もあり、職員個々に対して心身の健康ケア等も行えている。			
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	①・b・c
<コメント> 事業所としての期待する職員像を「職員福祉像」として明確化し、人事考課や定期面談での基準の指標としている。職員一人ひとりの目標を設定し、毎月の面談で振り返りを行っている。研修計画等も立てられており、職員個々に合わせた育成の取組みがある。			
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	b	①・b・c
<コメント> 期待する職員像（職員福祉像）を基に、人事考課や定期面談によって明確になった職員個々の課題に基づき、教育・訓練が実施されている。職員の希望も反映されており、事業所全体での職員育成に向けた意識は強い。また、職員個々に関しても、学びについてのモチベーションは高い。			
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	b	①・b・c
<コメント> 外部研修、階層別研修、職種別研修だけでなく、職員個々に合わせた研修計画を立てている。年1回は外部研修に参加できる機会を作り、目標、達成度を振り返る機会を作るなど、「研修を受けて終わり」という形にはなっていない。			
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	b	①・b・c
<コメント> 保育実習生や介護福祉士実習生等の受入れを行っている。受入れの際には、実習日・内容により実習時の目標などを定めて行い、日々の振り返りも実施している。また、実習生を受け入れるだけではなく、特別授業として大学等の養成校に出向いて障害者支援について講義を行うなど、積極的に関係作りを進めている。			

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		自己評価	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	b	①・b・c
<コメント> 新しい情報を入れ、必要に応じてパンフレットを更新している。ホームページの活用を行い、ブログやInstagram等で積極的に活動内容を紹介している。市に対し、広報誌に事業所の活動を掲載してもらうためにも働きかけており、地域の障害理解の推進や共生社会の実現を目的として活動をしている。			
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	b	①・b・c
<コメント> 会計事務所や社会保険労務士事務所に外部委託し、会計監査や業務監査等を実施しており、外部の専門家による相談・指導を受けている。内部監査等に関する規程も完備しており、年に2回（前期・後期）行われる法人監事による内部監査も適切に行われている。			

II-4 地域との交流、地域貢献

		自己 評価	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	b	①・b・c
＜コメント＞ 愛知県事業として「シンシア café」を受託し、継続的な地域交流の機会としている。非日常の取組みであり、利用者にとっても楽しみの一つになっている。「シンシア café」の活動を地域に知ってもらう取組を展開する中で、地域社会の共通した課題にも目を向ける機会となっている。			
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	b	①・b・c
＜コメント＞ 地域住民を招いての秋祭りを開催し、地元の高校の和太鼓部との関係を作っている。和太鼓の演奏や体験などのボランティアの受入れを行い、その取組を通して来場した方との地域交流の機会を作っている。			
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	b	①・b・c
＜コメント＞ 市が主導する地域生活支援拠点整備に関する検討会に参加している。自立支援協議会では、緊急時の受入れ体制等の検討のため、会議等に積極的に参加している。地域との関わりが多様化してきており、市との関わりも福祉関係のみならず、農務課や秘書課など、その関わりは広がりを見せている。			
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	b	①・b・c
＜コメント＞ 県・知的障害者福祉協会や市・社会福祉施設協会等の会議に出席しており、また地域生活支援整備に関する検討会等にも参加し、福祉ニーズの把握に努めている。地域に設置してある情報掲示板等から地域コミュニティに関する情報を収集し、合同防災訓練等とも関わりを作っている。			
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	b	①・b・c
＜コメント＞ 県の事業である「障害及び障害者に対する県民理解促進事業」を受託し、「シンシア café」を実施している。その一環として、地域に対して障害理解や合理的配慮に関するイベントを実施した。また、合理的配慮の絵本を作成し、事業所より情報発信を行っている。			

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

		自己評価	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	㉖・b・c
＜コメント＞ 理念や基本方針は、出勤時の職員朝礼にて唱和をしている。また、職員会議の中でも、事例を挙げて理念の理解を深めるための勉強会を実施している。さらに、半年に1度、職員が日々のサービス提供を振り返るセルフチェックを行い、定期的に共通理解を持つための取組が行われている。			
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	㉖・b・c
＜コメント＞ プライバシー保護に関する規程が整備されており、利用者や家族への説明も行われている。職員に対しては、新人研修や会議の中でプライバシーに関する教育を実施しており、日々の支援へ反映されている。利用者の生活環境も個室を基本としており、入浴や排泄の場面でもプライバシーが守られる環境が整えられている。			
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	a	㉖・b・c
＜コメント＞ パンフレットやホームページ、SNSを通じて積極的に情報発信が行われている。特にInstagramは、2日に1回のペースで更新されている。Instagramやブログは、写真や動画を活用して事業所のイベントや活動内容など、日々の様子を分かりやすく発信している。			
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	b	㉖・b・c
＜コメント＞ サービス開始や変更にあたっては、利用者、家族へ説明し、サインによる同意を得た上で文書を残している。説明時には、イラストの活用を図り、利用者一人ひとりに分かりやすい言葉を選んで説明している。意思決定が困難な利用者についても、日々の様子からアセスメントを行い、可能な限り本人の気持ちを汲むように配慮している。			
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	b	a・㉗・c
＜コメント＞ 事業所移行に際しての引継ぎの手順書が整備されており、サービス管理責任者が相談窓口となって対応している。移行にあたっては、相談支援事業所の担当者を含めてケース会議を実施し、スムーズに移行が進められるように配慮している。しかし、サービス終了時の説明文書が整備されていないため、整備が求められる。			
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	b	a・㉗・c
＜コメント＞ 毎月、利用者から生活の困りごとなどの意見を聞く機会が設けられており、その意見は事業所内の掲示板で周知している。しかし、意見に対して対応が完結していないケースもあり、確実に対応する仕組みの整備が求められる。また、サービス全般の満足度を把握するための取組として、利用者や家族へ満足度調査を実施するなど、さらなる満足度向上に向けた取組に期待したい。			
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	b	㉖・b・c
＜コメント＞ 苦情解決の仕組みが整備されており、契約時に利用者、家族へ説明されている。また、事業所内にも苦情解決についての掲示物を掲示して周知をしている。直近での苦情はないが、苦情にまで至っていないものに関しても、「ご意見ご要望シート」で同等の扱いをして対応している。それらの内容については、職員会議や回覧にて職員へ周知している。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 従来の利用者担当制度を変更し、利用者へは職員全員で対応することにより、利用者が相談しやすい体制を取っている。また、毎月実施されている利用者会を少人数で行ったり、議題を設けて一人ひとりが意見を述べやすくなるような配慮をしている。しかし、内容が形骸化している部分もあり、改善を図られたい。			
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	b	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 利用者会で挙げた意見については、委員会を通して対応している。意見はアセスメントシートに記載され、本人や家族が確認できるようになっている。しかし、内容によって対応に時間を要するものもあり、対応完了までの確認が抜けてしまうこともある。対応策の決定から実施完了までが確認できる仕組みを作るなど、今後の取組みに期待したい。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> ヒヤリハット委員会が設置されており、ヒヤリハット事例に関して要因分析や対応策について話し合っている。対策・対応が決まった際には、サイボウズや回覧、朝礼時の送り等職員に周知している。また、事故発生時の対応手順がフローチャートで明確になっており、有事の際の体制も整えられている。			
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	a	① ・ b ・ c
<コメント> 感染症の予防や対応についてのマニュアルが整備されており、研修も実施されている。マニュアルは適宜見直しを行い、更新した際にはその都度職員へ周知している。必要に応じ、更新されたマニュアルを使って研修も実施されている。感染対策委員会が設置され、医務職員を中心とした管理体制が整備されている。年3回委員会を開催し、その内容は職員へ回覧にて周知されている。			
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	a	① ・ b ・ c
<コメント> BCP（事業継続計画）が作成されており、「備蓄リスト」も随時更新され、災害時の体制を整えている。また、年3回避難訓練を行い、様々な災害を想定した訓練や地域の他法人施設との合同訓練も実施している。定期的に職員への防災教育も行っており、さらにLINEを活用して職員の安否確認や連絡が取れる体制も整えられている。			

III-2 福祉サービスの質の確保

	自己評価	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 ① ・ b ・ c
<コメント> 基本的な「業務マニュアル」や手順書が整備されており、それに基づいてサービスを提供している。また、利用者の生活の場面ごとに必要な支援を別紙で作成しており、より細部まで支援が行き渡るように職員への教育も実施されている。職員の力量を測るためのチェックも行っており、支援の実施状況を確認する仕組みも整えられている。		
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 ① ・ b ・ c
<コメント> 「業務マニュアル」や手順書は、日常業務において修正の必要が生じれば見直しが行われている。また、利用者の個別の生活支援についても、毎月のケース会議などで必要に応じて変更され、その内容はサイボウズや回覧によって職員全体に周知され、支援に反映されている。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 利用者および家族への聞き取りを基にアセスメントが作成されている。個別支援計画は、生活支援員や看護師、管理栄養士、歯科衛生士などの意見も含め、サービス管理責任者が利用者の意向や要望を反映させて作成している。計画内容については、利用者本人および家族に説明し、同意を得た上でサインをもらっている。			
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	a	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画の見直しについては、6ヶ月に1度実施しており、計画の策定時同様に利用者本人や家族、職員等から意見を集約した上で行っている。また、利用者の状況に変化があれば、その都度会議などで議題として挙げ、随時支援の見直しも行っている。変更内容は職員へ周知し、支援へ反映されている。			
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)-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 ・ b ・ c
<コメント> 日々の利用者の状況は、支援ソフト「ケアカルテ」に記録し、職員間で情報共有が図られている。また、タブレット端末を使用し、支援の内容が記入しやすいように工夫されている。職員ごとに、記録内容に差異が生じないように配慮もある。重要な連絡などの業務の送り事項については、周知文書の回覧やホワイトボードを活用して職員へ周知している。			
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 ・ b ・ c
<コメント> 個人情報の保護についての規程が定められ、新人研修や会議内で個人情報の取扱いについて説明している。セルフチェックによって職員の理解度を確認し、意識定着を図っている。個人情報を含んだ書類、記録等は鍵のかかる場所に保管されており、パソコン内のデータは使用の際のパスワードが設定されており、特定の人しか閲覧できないようになっている。			

【内容評価基準】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		自己評価	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	a ㉖・b・c
<コメント> 利用者の要望から、SST（ソーシャルスキルトレーニング）の取組を行っており、利用者がより主体的に生活できるように支援している。利用者の意見に対しては個別に対応しており、利用者一人ひとりのニーズが支援に反映されている。職員に対しても、利用者の権利についてセルフチェックや研修が実施されており、職員全体で共通理解を持つための取組が行われている。			

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-①	利用者の権利擁護のに関する取組が徹底されている。	障47	a ㉖・b・c
<コメント> 虐待防止や身体拘束についての研修やセルフチェックを行い、日々の支援や取組について、職員は共通認識の下に支援を行っている。身体拘束に関して、やむを得ず必要となった場合には、保護者へ説明して同意書を得ている。また、3ヶ月に1度状況確認を行い、拘束が必要かどうかの見直しを行っている。			

A-2 生活支援

		自己評価	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 ㉖・b・c
<コメント> アセスメントおよび個別支援計画に基づいて支援している。見守りを基本とし、利用者のできることとできないことを把握し、場面に応じて自立生活を送るための支援を行っている。支援の一環として、利用者が見通しを立てられるように「スケジュール表」を作成したり、言葉での理解が難しい利用者に向けては、写真や文字を活用するなどの配慮をしている。			
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 ㉖・b・c
<コメント> 利用者それぞれのコミュニケーション方法があり、言語コミュニケーション以外にもイラストや写真を使用した視覚的支援など、多様なコミュニケーション手段で対応している。また、利用者のコミュニケーション能力を高めるため、挨拶や対人コミュニケーションなどの勉強をする機会を設けている。			

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	b ㉖・b・c
<コメント> 利用者会で困りごとなどを聞き取り、個別で相談希望があれば随時話を聞いている。利用者から受けた相談内容は記録に残して職員間で情報共有し、適切な対応をしている。また、利用者の選択の幅を広げるために、職員側から選択肢を提示し、より利用者の意思が支援に反映されるように配慮している。			
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	b a・㉖・c
<コメント> 農作業や運動活動、芸術活動など、利用者の障害特性を考慮した活動が用意されている。毎月、活動に関して利用者へ聞き取りを行い、要望を活動メニューに反映させているが、内容がマンネリ化していると感じられる部分がある。新たな活動の提案を行うことで、より利用者のニーズを引き出し、充実した活動の提供となることを期待したい。			

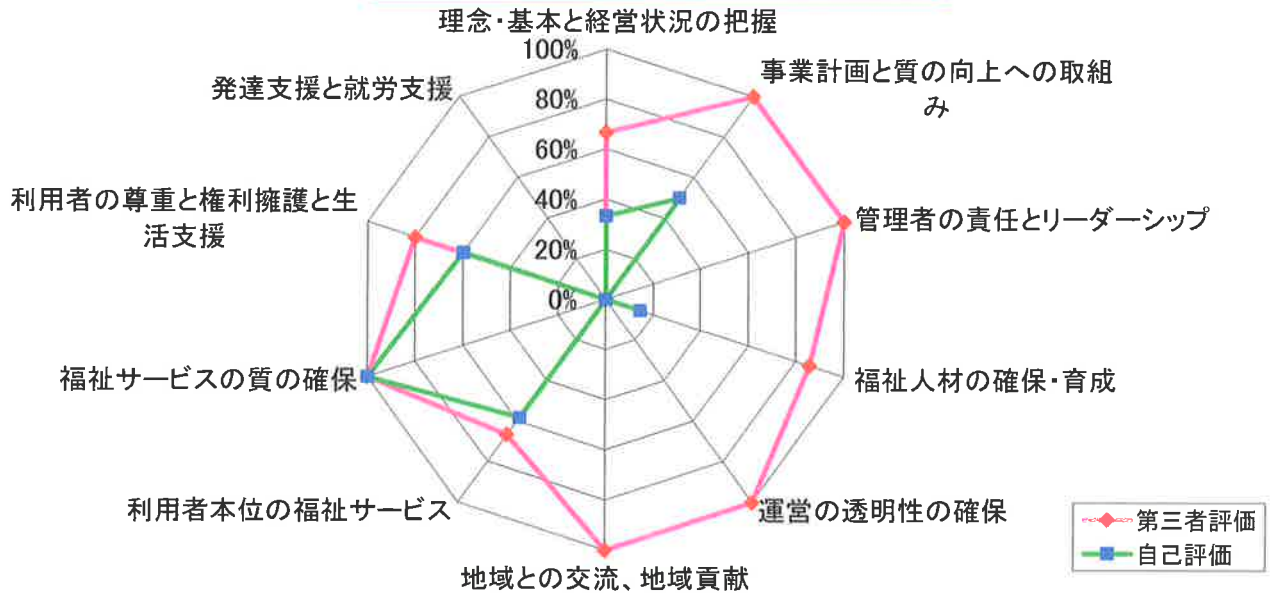
	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障52	a	㉑・b・c
<コメント> 強度行動障害の利用者に対しては、それぞれに「支援シート」を作成し、障害特性に合わせた個別的な支援を行っている。また、理学療法士などの専門職とも連携し、機能改善や機能維持の支援が提供されている。利用者の支援状況は記録や回覧にて情報共有し、必要に応じて対応の検討を行い、支援へ反映させている。				
A-2-(2) 日常的な生活支援				
	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障53	a	㉑・b・c
<コメント> アセスメントに基づき、利用者一人ひとりに合わせた個別的な支援が提供されている。食事は選択メニューを取り入れ、利用者の嗜好を考慮して提供している。食事形態も嚥下状態に合わせて提供している。入浴や排泄においても、同様に個別な対応を行っており、利用者に変化があれば支援の見直しを行い、状態に合った適切な対応が見られる。				
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	b	a・㉒・c
<コメント> 利用者の居室は個室となっており、プライベートな空間が確保されている。利用者が自由に行動できる一方で、所在の把握が難しく、勾配が急な階段があるため、今後の利用者のADLの低下によっては、危険につながることも危惧される。また、現在一部の居室で室温管理が難しい部分があり、ハード面での改善が望まれる。				
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	b	a・㉒・c
<コメント> 理学療法士や医師の指示に基づいて、活動の中で機能訓練を実施している。また、利用者の中には個別支援計画の目標として掲げ、定期的にモニタリングを行って支援の見直しを行っている。しかし、現在は一部の利用者のみの取組みとなっており、今後対象者を拡大し、より専門的な視点からの訓練の実施が期待される。				
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	b	㉑・b・c
<コメント> 毎朝の検温や排泄状況の確認など、日々の利用者の健康状態は支援ソフト「ケアカルテ」に記録され、職員間で情報共有している。週2回訪問診療が実施されており、体調不良時には医師に相談して対応している。また、体調不良時の対応に関するフローチャートも作成されており、迅速な対応ができるようにマニュアルも整備されている。				
	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	㉑・b・c
<コメント> 24時間体制で医師と連携しており、緊急時にも相談、対応が可能となっている。基本的に、医師や看護師が医療的なケアを実施しているが、職員にも医療的な対応についての理解を深めるために、医務研修が実施されている。緊急時に適切かつ迅速に対応するために、マニュアルが整備されている。				
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	a	㉑・b・c
<コメント> 芸術活動で制作した作品を作品展や地域の企業に展示するなど、日頃の活動の成果を発表する機会を提供している。また、農作業で作ったお米をふるさと納税の返礼品として提供し、地域社会とのつながりを築いている。事業所内でも、利用者の希望で消耗品の出張販売や小遣いの管理など、社会参加への学習の機会も提供している。				

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	b	①・b・c
<コメント> 利用者の地域移行への希望を確認し、希望者には地域移行に向けて支援している。希望者には、グループホームの体験や地域の就労継続B型事業所での利用などを提案し、より移行に向けてイメージがしやすいように配慮している。施設生活の中でも、洗濯やシーツ付けなど、日常生活のスキルを身につける機会を提供している。			
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	a	①・b・c
<コメント> 年1回、保護者会を実施している。また、家族や後見人との個別懇談会を行い、日々の様子を伝える機会も設けている。家族の高齢化によって交流の機会は減少しているが、利用者の体調不良などの変化があれば、緊急時のフローチャートに沿って都度連絡を行っている。			
A-3 発達支援			
		自己評価	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			

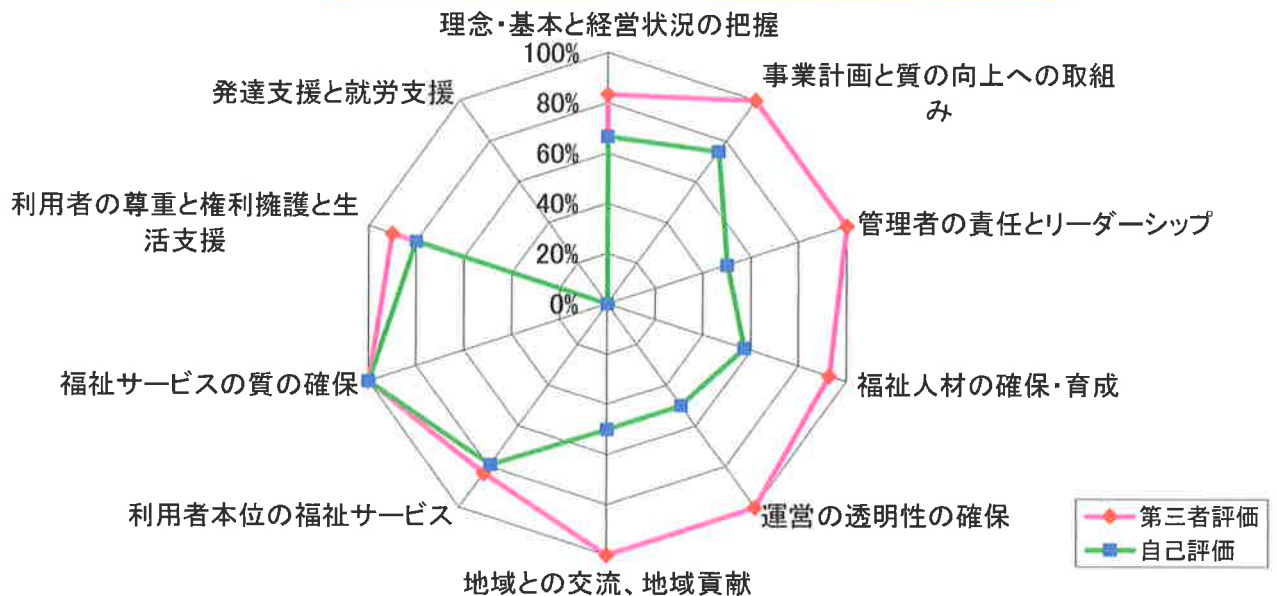
A-4 就労支援

		自己評価	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			

評価項目数に対してa(出来ている)項目数の割合



評価項目数に対してa+0.5b(ある程度出来ている)項目数の割合



	評価項目数	第三者評価							自己評価						
		結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b / 項目数	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b / 項目数
理念・基本と経営状況の把握	3	2	1	0	67%	33%	0%	83%	1	2	0	33%	67%	0%	67%
事業計画と質の向上への取組み	6	6	0	0	100%	0%	0%	100%	3	3	0	50%	50%	0%	75%
管理者の責任とリーダーシップ	4	4	0	0	100%	0%	0%	100%	0	4	0	0%	100%	0%	50%
福祉人材の確保・育成	7	6	1	0	86%	14%	0%	93%	1	6	0	14%	86%	0%	57%
運営の透明性の確保	2	2	0	0	100%	0%	0%	100%	0	2	0	0%	100%	0%	50%
地域との交流、地域貢献	5	5	0	0	100%	0%	0%	100%	0	5	0	0%	100%	0%	50%
利用者本位の福祉サービス	12	8	4	0	67%	33%	0%	83%	7	5	0	58%	42%	0%	79%
福祉サービスの質の確保	6	6	0	0	100%	0%	0%	100%	6	0	0	100%	0%	0%	100%
利用者の尊重と権利擁護と生活支援	15	12	3	0	80%	20%	0%	90%	9	6	0	60%	40%	0%	80%
発達支援と就労支援	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0%	0%	0%	0%
合 計	60	51	9	0	85%	15%	0%	93%	27	33	0	45%	55%	0%	73%