

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：生活介護事業所 パレット	種別：生活介護
代表者氏名：寺部 美代子	定員（利用人数）：40名（45名）
所在地：愛知県豊川市平尾町諏訪下10番	
TEL：0533-88-8981	
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23年 4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：9名 非常勤職員：23名
専門職員	（管理者）1名 （生活支援員）23名
	（サービス管理責任者）1名 （専門講師）2名
	（看護師）3名 （医師）1名
	（理学療法士）1名
施設・設備の概要	（居室数） （設備等）訓練作業室、食堂
	洗面所、静養室、浴室、便所

③理念・基本方針

★理念

・法人

全ての人を尊重し、共感を持って寄り合い、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

・ご利用者の希望する自分らしい過ごし方、頑張りたいこと、成長できること、叶えたいことに応えることができるよう、生産活動、余暇活動、療育活動などの多様なサービス提供し、ご利用者が選択できるようにしている。

生産活動は3種あり、各ご利用者に合う作業班に所属できるようにしている。

余暇活動は日替わりで計画、リハビリや療育活動は個別に対応している。

・利用体験や見学を随時受け入れる体制になっている。

体験の機会を以前よりも幅を広げて対応するようにし、見学や体験を通してご本人が熟考や安心して事業所選びがしやすいように協力している。

・『豊川市中高生体験事業』参画により、将来サービス利用を見通す学生に、事業所選びの参考の機会とレスパイトの機会を提供をしている。

・職員の実践研究活動『E v i 研』を通して、支援の専門性を高める学びと実践を継続している。

強度行動障害支援の勉強会を市内の他事業所と協同で実施する機会をもち、市内の同業者と一緒に支援力を高める活動を進めている。

・学生ボランティアの受け入れ登録をしており、学生の福祉に関する学びの機会になるよう、希望者を受け入れている。

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 10 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

◆多面的な職員育成

事業所の「期待する職員像」について未来会議にて話し合い、独自のキャリアパスを作成し、階層毎の職責を明確にしている。職員は、これを目安に計画的なジョブトレーニングとしてのOJTや階層別研修、資格取得研修、就業規則や人事管理等の研修などに参加している。この他にも、多岐にわたる法人研修、更にはキャリアとして必要となった外部研修などを有機的に組み合わせ、職員個々に応じた育成を手掛けている。

◆社会人としての活動

日中活動で行う農作業やマルシェ販売、地元農家から委託された加工作業などによる農福連携に力を入れている。地域の会場を借りて「シンシアCafe」を開催し、利用者が地域住民と関わりを持ち、社会の一員として行動するサポートを事業所を挙げて支援している。

◆充実した個別支援

標準的な実施方法が項目ごとに文書化され周知されている。チェックリストを通じて見直しを行い、最低でも半年に1度の見直しの機会がある。看護師、理学療法士、管理栄養士等の意見も聞き、より利用者の身体状況に合わせたものになるようブラッシュアップしている。これをベースに利用者ごとに個別支援計画を立て、更に個別ニーズに合った支援を展開することで、リスクの回避とサービスの質向上を図っている。

◇改善を求められる点

◆実効性のある中長期計画

令和10年までの5ヶ年計画は、内容としては中長期の大きな目標と事業所の重点目標を示すものとなっている。ただ、具体的な方策等は示されておらず、また数値目標を欠くため進捗評価等が正確にできにくい点に加え、財源的な裏付けが無く、計画の見直しもなされていない。事業の方向性は明らかだが、実効性の点で検討の余地がある。

◆定期的な満足度の点検

支援の主体は利用者であり、そのニーズに合致するサービス提供が事業所の使命とするなら、利用者の視点でのサービスの点検が必要となる。また、利用者の満足度に関する調査を定期的を実施することで、そこから得られた利用者ニーズを会議等で共有し、個別支援計画に活かすための取組みを望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

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・⑥・c
<コメント> ホームページ、パンフレットに理念と基本方針が示されており、朝礼で唱和し支援に落としこんでいる。また、毎月の未来会議での活動報告の中で、理念に照らし合わせて課題を検討している。利用者に対しては、説明の機会や分かりやすくした資料等の用意は無く、課題が残る。		

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 ①・b・c
<コメント> 行政通知や所属団体からの情報提供により、福祉動向や法改正などの内容を把握しており、内容は未来会議で職員共有している。利用率やコスト等については、毎月本部とデータ共有しており、会計士のチェックを受けている。		
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 ①・b・c
<コメント> 高次脳機能障害など、多種多様な障害に対応するための職員の専門性確保、また利用者減・収入減の対策などの課題に対して、各種の会議が開催されている。毎週の管理者・主任による幹部会議、月1回の業務改善会議で課題の整理と検討を行い、未来会議で職員意見を聞いた上で改善策をまとめ、実践に向けて取り組んでいる。		

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 a・⑥・c
<コメント> 令和10年までの5ヶ年計画が策定されている。内容としては中長期の大きな目標を示すものであり、成果指標と計画からなる。ただ、具体的な方策等は示されておらず、また数値目標を欠くため進捗評価等が正確にできにくく、財源的な裏付けも不明で計画の見直しもなされていない。実効性の点で検討の余地がある。		
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 a・⑥・c
<コメント> 中長期計画の2つの目標を捉え、年度の成果指標と事業目標を定めて取り組んでいる。行事、サーベイランス、安全衛生、研修、防災まで項目ごとに示されているが、あくまで事業の指標にとどまり、具体性を欠く点是否めない。		

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 未来会議では、事業計画に関するワークをしながら毎月実施評価を行い、年度末に次年度目標を決めている。これらの行程を通して、職員の育成とチームワークの醸成に繋げている。			
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	a ・ ㉒ ・ c
<コメント> 事業計画は事業所内への掲示と、月1回の利用者会にて分かりやすく伝えることを心掛けている。ただ、利用者向けの分かりやすくした資料等は確認できなかった。利用者は支援の主体であり、本来であれば説明して理解と同意の下にサービス提供することが望ましい。更なる工夫と配慮を願いたい。			

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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 毎月サーベイランスを行ってサービスの妥当性を確認し、事業目標の進捗評価は未来会議にて行っている。利用者に対しては、利用者会議で意見を聞き、その内容を会議にかけ、次の利用者会議で改善方法等を回答している。第三者評価を定期受審し、未来会議で課題をまとめ、改善に向けて対処している。受審のない年度は、第三者評価基準を用いて自己評価している。			
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	a ・ ㉒ ・ c
<コメント> サーベイランスの結果や年3回の職員チェックリストの結果、各委員会での実施評価等を基に未来会議で確認し、対策を検討している。グループウェア上でも確認が可能である。ただ、明確な改善計画は策定されておらず、実効性のある有効な対策を考える必要がある。			

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

		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	㉑・b・c
＜コメント＞ 管理者は、日々の朝礼や未来会議、業務改善会議において運営や支援に関する自らの方針や方向性を示している。また、「業務分担表」にて自らを含む職員の職責を明確にしている。管理者不在の際は、主任が職務を代行する。			
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	㉑・b・c
＜コメント＞ 管理者は、所属団体の管理者セミナーや行政通知等により、法改正等の法令に関する情報を把握している。特に人権や虐待防止に関しては規程が整備され、委員会での事例検討や研修実施などに取り組み、虐待の疑われる不適切行為については、行政への通報を徹底している。			
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	㉑・b・c
＜コメント＞ 第三者評価の基準を用いて毎年自己評価を行い、結果を分析して課題を未来会議で検討し、改善に取り組んでいる。主任と協働して毎月面談を行い、聴取した意見を具体的に支援に反映させる手立てを講じている。同様に、ヒヤリハット案件については、緊急度8以上の案件は会議にかけ、対応策を検討した上でグループウェアを用いて職員全員への共有を図っている。			
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	㉑・b・c
＜コメント＞ 業務改善会議を毎月開催しており、業務の効率化や適正化について検討し、未来会議に提出している。同様に、安全衛生委員会では、職場環境の改善に向けた検討を進めている。毎月の面談は労務対策を兼ね、職員の業務改善への様々な意見を聴取している。いずれも、働きやすい職場へ向けての取組みとして評価できる。			

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・㉑・c
＜コメント＞ ハローワークや就職フェア、Webサイト等、様々な媒体を用いた求人活動を行っている。ブログやInstagram等で情報発信し、障害福祉に関心のある人を呼び込んでいる。人材確保について明確な方針は無いが、定着に関しては研修の充実を柱にして育成を進めている。強度行動障害の利用者については、短期目標を掲げ、事業所をあげて研修やワークを行っている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	b	a・㉑・c
＜コメント＞ 人事考課制度が導入され、「考課シート」により面談を通して評価している。事業所独自の「期待する職員像」を未来会議にて話し合い、独自のキャリアパスを作成し、階層ごとの職責を明確にしている。ただ、昇進・昇格については基準が曖昧であり、人事考課の結果との関係も不明瞭である。論点を整理し、新たな基準を設けるなどの対応策が求められる。			

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	a・b・c	
＜コメント＞ 出退勤は労務管理のソフトウェアにより管理されており、有給休暇や時間外労働等も問題はない。ハラスメントを含む相談窓口も設置されている。産業医が嘱託医を兼ね、利用者へは週1回の診察、職員へは健康診断やストレスチェックの他、適時診療も可能である。安全衛生委員会が労働環境をチェックして改善を進めており、業務上の支障は感じられない。				
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	a・b・c	
＜コメント＞ 「目標達成マネジメントシート」を用いた目標管理を実施しており、主任が毎月職員面談を行って進捗を確認し、年度末に評価している。「期待する職員像」は事業所として明確にしており、個人の設定目標もこれに対応する形で掲げており、目標達成に向けて取り組むことでキャリアアップを目指している。				
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	a・b・c	
＜コメント＞ 事業所としての「期待する職員像」が示され、各職員の業務上の指針となっている。研修計画は、法人内研修を中心に権利擁護、医療衛生など多岐に及び、プログラムの中からキャリアや職種に応じて組み立てられている。研修計画を年度毎に評価し、ブラッシュアップしている。				
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	a・b・c	
＜コメント＞ 職員個々の研修履歴がデータ管理され、受講する研修決定の根拠となっている。育成の要となるOJTに関しては、支援項目ごとのチェックシートを用い、計画的なジョブトレーニングを行っている。階層別研修、資格取得研修、就業規則や人事管理等の内部研修など、多岐にわたる法人研修と外部研修を組み合わせ、職員一人ひとりに応じた育成を手掛けている。				
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	b	a・b・c	
＜コメント＞ 併設されている入所施設本体で受け入れた習生を、通所事業所体験として受け入れている。実習マニュアルが整備され、実習担当による評価を行っている。保育士や介護福祉士の実習指導者を擁し、実習の受入れ体制を整えている。ただ、実習生受入れの方針や専門職育成に関する姿勢などが、明確に文書化されたものは確認できなかった。				

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	a ・ ㉑ ・ c
＜コメント＞ ホームページには、基本理念や法人概要、財務状況、第三者評価結果など様々な情報が公開されている。また、「広報とよかわ」の紙面を広報として活用し、広く市民に公開した実績もある。最近では、InstagramやブログなどSNSを使った紹介も積極的である。課題として、苦情や相談の内容を公開するなど、更なる透明性確保に努められたい。			
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	㉑ ・ b ・ c
＜コメント＞ 内部監査委員の制度があり、研修を受けた監査委員が法人内他事業所の内部監査にあたり、内部牽制している。また、会計士や社労士による経営上の支援を受けている。経営の透明化、適正化は高い水準にある。			

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＞ 日中活動での農作業とマルシェ販売、地元農家からの加工作業など、農福連携を通して地域と関わっている。また、県の委託事業である「シンシアCafe」を地域の会場を借りて実施するなど、住民との交流機会は多い。基本方針には、「地域社会に貢献し信頼ある施設作りを目指す」とあり、理念実現への具体的活動を進めている。			
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	①・b・c
＜コメント＞ ボランティアの受入れに関しては、事業所独自のマニュアルが整備され、受入れ手順や記録の記載方法等が示されている。社会福祉協議会を通じて中高生ボランティアを毎年受入れている。インターンシップの受入れに関しても前向きで、受入れ体制も整えられている。			
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	a	①・b・c
＜コメント＞ 自立支援協議会や知的障害者福祉協会の日中活動部会に参画し、情報共有や共通課題の検討などを定期的に行っている。ここでの情報はグループウェアに上げられ、職員に共有されている。また、全国の障害者が自然栽培に取り組む「自然栽培パーティー」では、利用者が参加して隔週で研修が実施されており、農福連携での当事者の声を伝えている。			
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	a	①・b・c
＜コメント＞ グループホーム連絡会や自立支援協議会、相談支援事業所など、多くの機関と連携し、地域ニーズの情報を得ている。また、「ジョブトレ出張講座」は地域の方に実践からの成果を伝える活動として実施され、これを通して地域ニーズを知る機会にもなっている。			
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＞ 地元企業とのコラボによる「SDGsかるた」の制作と配布、市民と共同で農作業を行う「一反パートナー」、自立課題への取組みを伝える「ジョブトレ出張講座」、レンタルスペースでの「シンシアCafe」等々、地域向けの様々な公益的活動を通じて障害者理解を進めることで事業所の存在価値を高めている。			

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	b	㉗・b・c
<コメント> 毎日朝礼時に理念・基本方針の読合わせを行い、組織として利用者を尊重した福祉サービスについて共通理解を図る取組を行っている。新人職員にはプリセプター制度を通じて、すべての行動に理念等が浸透する仕組みがある。引き続き、組織的に周知、理解を深めるための取組を行ってほしい。			
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	a・㉗・c
<コメント> 職員は利用者のプライバシー保護に心がけており、関連する規程やマニュアルも整備されている。しかし、事業所内で実施したセルフチェックの際、プライバシー保護に関して認識が異なっている職員もいた。プライバシー保護についての職員の理解と確実な実施のため、定期的な職員研修、周知の徹底が望まれる。			
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	b	a・㉗・c
<コメント> 利用希望者に対しては、パンフレットやインターネットを通じて個別に丁寧な説明をしている。内容が利用者に分かりづらいところは、パソコンのスライドショーを使用するなどの工夫もうかがえる。サービス選択に必要な情報を提供することは、事業所としての責務であることから、適宜見直しを実施されたい。			
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	a・㉗・c
<コメント> サービス開始時、変更時の説明と同意には、利用者の自己決定を尊重している。また、誰もが分かりやすいようにひらがなで記載した個別支援計画を作成するなど、工夫や配慮がみられる。しかし、「重要事項説明書」においては、理解しやすい配慮が見られないため、工夫が求められる。			
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> サービス変更時には、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。サービス終了時に関しては、事例が少ないことから手順書の確認ができなかった。事例の有無に限らず、手順、マニュアルを整備し、組織的に取り組むことが望ましい。			
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	a・㉗・c
<コメント> 利用者・家族のニーズは、日々の関わりや個別面談で把握している。しかし、利用者満足に関する調査は、定期的に行われていない。利用者満足度調査を実施し、そこから得られた利用者ニーズを会議等に諮って職員間で共有し、個別支援計画に活かすための取組が望まれる。			
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	b	a・㉗・c
<コメント> 苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した掲示物は確認できた。また、法人として苦情解決のマニュアル、仕組みも確認できた。さらに、苦情に至らない要望等の記録もあり、仕組みが適切に機能している。しかし、苦情があった際の理事会への報告、公表の仕組みが確立されておらず、改善の余地がある。			

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	b	a・㉞・c
<コメント> 利用者が相談や意見を述べやすくなるための文書が確認できたが、掲示物としての掲示が確認できなかった。利用者が頻繁に目にするであろう掲示物を作成し、利用者・家族への周知を望みたい。			
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・㉞・c
<コメント> 適切な相談対応と意見の聴取に努め、意見を述べやすい環境づくりの意識は職員一人ひとりが持っている。相談や意見等に対する対応も、職員会議等で迅速に行っている。しかし、手順やマニュアルが整備されているものの、定期的な見直しが十分ではない。必要とされるサービスを継続するためにも、組織的な取組みが望まれる。			
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	b	㉠・b・c
<コメント> 事故発生時の対応と安全確保についての手順は明確にされ、職員に共有されている。ヒヤリハットや事故報告等が点数化され、点数が高く重要性の高いものから優先的に改善に取り組んでいる。また、手順書などの見直しも、定期的実施されている。			
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	㉠・b・c
<コメント> 感染症対策は、常勤の看護師を中心に安全確保のための体制を整え、必要な取組みが行われている。県が示している新型コロナウイルス感染症予防の基準を基に、マニュアルに沿って適切に対処している。また、感染症が発生した際のBCP（事業継続計画）も策定され、組織的に研修、訓練が行われる仕組みがある。			
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している。	障39	b	㉠・b・c
<コメント> 災害時の対応体制は防災計画に定められている。規定どおりに避難訓練も実施しており、昨年の集中豪雨では河川氾濫の危険性を予測し、安全に避難、自宅への帰宅を実践した。災害発生の際、事業継続のための取組みとしてのBCP（事業継続計画）も策定され、組織的に研修、訓練が行われている。			

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 ㉠・b・c
<コメント> 標準的な実施方法が文書化され、職員研修で活用して周知している。質の高いサービスを継続して提供していくには、標準的な実施方法を全職員が理解する必要があるが、「サービス研修チェックリスト」を通じて、定期的に確認できる仕組みも構築されている。		
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	b ㉠・b・c
<コメント> 標準的な実施方法が明文化、文書化されている。組織的に作成され、最低でも半年に1度定期的な見直しの機会がある。身体的変化に応じて、看護師や理学療法士等、専門職の意見を聞き、より身体状況に合わせたものになるよう努めている。		

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	①・b・c
<コメント> サービス等利用計画の内容をふまえて、利用者のニーズが明示された個別支援計画が作成されている。アセスメント手法も職員間に周知されており、継続的に適切なアセスメントが実施されている。アセスメントには、必要に応じて看護師や理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士などの専門職が加わり、適切な個別支援計画の作成に努めている。			
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	b	①・b・c
<コメント> サービス管理責任者が中心となり、半年に1度面談を行い、個別支援計画の評価・見直しを行っている。その内容は、常勤職員にはパソコンのネットワークシステムを通じて周知を図っている。パソコンのネットワークシステムを見られない非常勤職員には、回覧等で内容を周知している。			
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)-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、職員間で共有化されている。	障44	b	①・b・c
<コメント> 「アセスメントシート」や「フェイスシート」、「個別支援計画」、「ケース記録」等は確認でき、「ケース記録」の記録は支援現場でも入力しやすいiPadなどを活用している。また、職員によって記録のバラツキがでないよう、極力定型文で簡便に入力できるよう工夫している。職員間の情報共有はグループウェアなどを活用し、適切に行われている。			
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	b	a・②・c
<コメント> 「個人情報保護規程」があり、その定めにより利用者の個人情報の取扱いが決められてる。職員へは雇用時に情報の取扱いについて説明し、退職時には守秘義務の説明を行っている。しかし、個人情報保護について、職員に対しての継続的な教育や研修が不十分であり、改善が望まれる。			

【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	b ①・b・c
＜コメント＞ 利用者の自己決定を尊重する個別支援を行っており、利用者の主体的な活動についても、必要に応じて職員がニーズを代弁するなど、利用者の意向を尊重する支援を行っている。また、利用者一人ひとりへの合理的配慮についても、個別支援計画に支援上の留意点を記載するなど、組織的に取り組む姿勢がある。			

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	b	①・b・c
<コメント> 虐待防止委員会、身体拘束適正化検討委員会が組織されており、職員の研修も2ヶ月に1度実施されている。虐待に対する通報事例はなく、身体拘束のケースはあったが要件は備えており、常態化もしていない。また、全職員を対象に虐待のセルフチェックを定期的実施し、組織として権利擁護について十分な取組みが行われている。				

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	b ㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者の自律・自立生活についての支援を実施しており、見守りの姿勢を基本とした側面的な支援内容になっている。利用者の希望する活動の機会を増やすため、主体的にできるよう環境を整えたり、カリキュラムの工夫を行っている。家族から希望のあった「受給者証」の更新等の行政手続きの支援にも対応している。			
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	b ㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者の心身の状況や障害特性に応じ、コミュニケーションボードやiPad等を活用してコミュニケーションをとっている。利用者のコミュニケーション能力を高める支援も、口頭だけでなく、イラストや写真等を活用して工夫しながら実施している。必要に応じて、家族等の代弁者の協力を得ることもしている。			

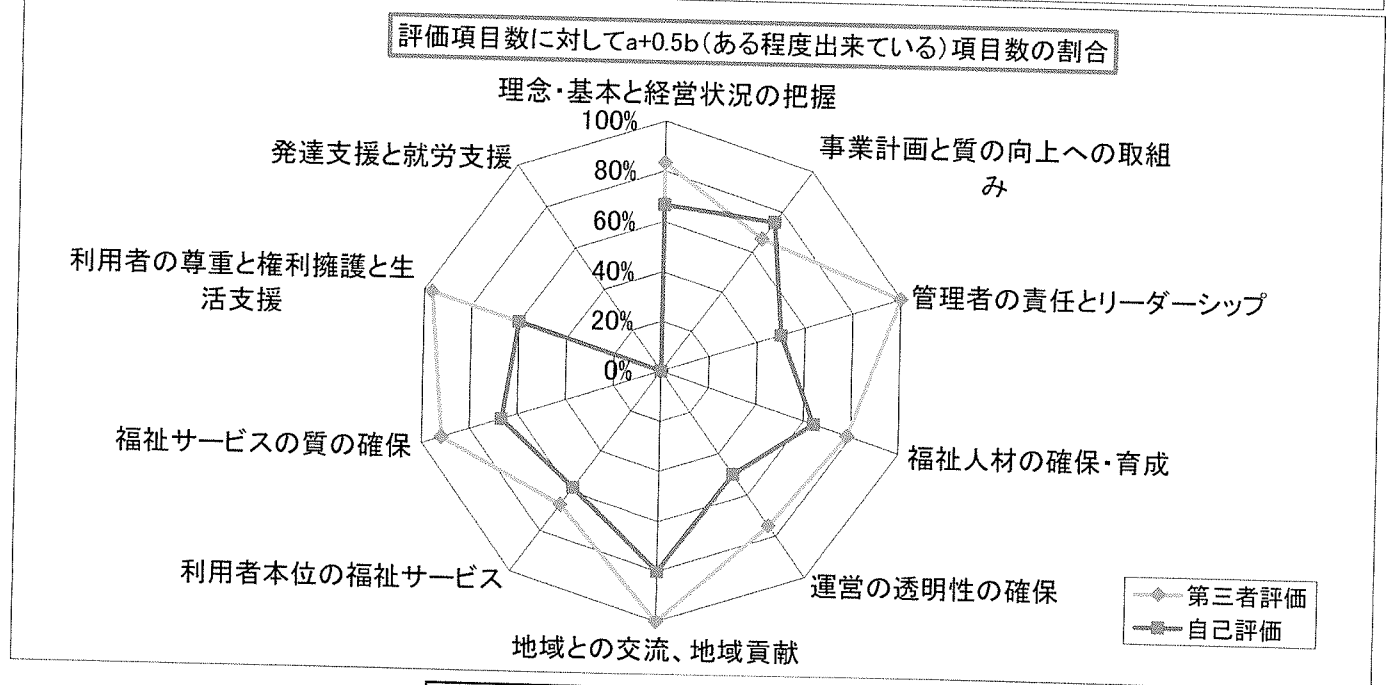
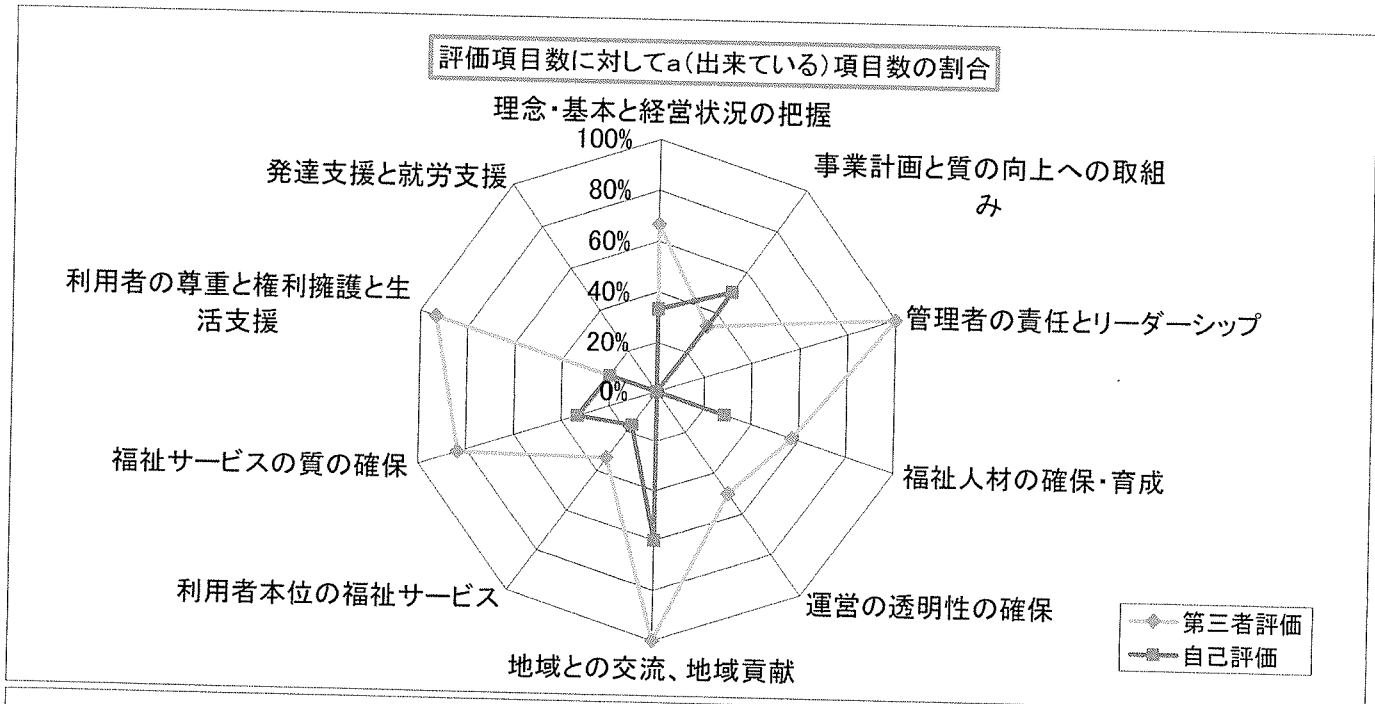
A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	b	①・b・c
<コメント> 個別面談に限らず、日々の支援の場面での相談も折にふれて実施している。利用者の意思決定支援についての組織的な取組みも実施され、職員はゆとりのある支援を心がけ、相談しやすい環境を整えている。相談内容は、サービス管理責任者に集約され、個別支援計画への反映と支援の調整が適切に行われている。				
A-2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	a	①・b・c
<コメント> 個別支援計画を作成し、その内容に沿って利用者の生活の幅が広がるよう支援している。利用者ニーズの中の実施可能なことから支援し、個別支援計画の見直しに合わせて、日中活動や支援内容の再検討につなげている。地域のさまざまなイベントの利用支援として、シンシアCafeなどへの参加支援を行っている。				

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	b	①・b・c
＜コメント＞ 必要な知識習得のため、外部研修や内部の勉強会が実施されている。今年度から、強度行動障害についての研修に重点的に参加して理解を深め、これまでの経験による支援から変化が出てきている。利用者の障害特性の変化に対応した適切な支援が行えるよう、支援内容の検討、見直しや環境整備を進めている。				
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	①・b・c
＜コメント＞ 食事については、年に1度嗜好調査を実施し、残食チェックを行って、利用者ニーズに合った食事を提供している。日常的生活支援については、個別のマニュアルに沿って支援されている。入浴支援は、利用者合わせて機械浴を活用し、移動には介護用リフトを活用するなど、利用者の安全に配慮して支援しており、職員の負担軽減も図っている。				
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	①・b・c
＜コメント＞ 個別に配慮が必要な利用者にとっても過ごしやすい環境となるよう、個室を利用したりパーテーションを活用するなど、活動場所のレイアウトにも工夫が見られる。活動場所や食堂も整理整頓、清掃がなされ、職員が清潔や安全を保とうとする姿勢がうかがえる。				
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	①・b・c
＜コメント＞ 機能訓練・生活訓練のニーズを面談で聴取し、個別に提案している。リハビリテーション実施計画に基づき、理学療法士中心に機能訓練を行い、ADLの維持を図っている。看護師や理学療法士、管理栄養士等に意見を聞き、関係職員と連携して日中活動を支援している。どの職員でも対応できるよう、図式化されたマニュアルを作成している。				
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	b	①・b・c
＜コメント＞ 看護師が常勤職員1名、非常勤職員2名と手厚い配置であり、利用者の健康管理に努めている。利用者の体調変化による対応が分かりやすく文書化され、迅速に対応できる仕組みがある。健康維持については、利用者の障害の状況に合わせ、理学療法士によるリハビリテーションや体操のメニューを取り入れている。				
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	b	①・b・c
＜コメント＞ 受入れができる医療的ケアの内容が明確になっており、実際に医療的ケアの必要な利用者を受け入れている。必要とされる医療的ケアについては、看護師がマニュアルに沿って適切に実施している。安全衛生委員会があり、医師及び看護師の助言を受け、委員会が定期的開催され、研修も実施されている。				
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	①・b・c
＜コメント＞ 利用者の希望と意向を尊重した社会参加の機会として、地域のイベントにアート作品を展示したり、地元農家へ出張作業に出向いている。利用者の「計算したい」や「手話を覚えたい」との希望は、プログラムを作成して実施している。地域の活動や行事に対する動機付けにも取り組んでいる。				

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> 地域生活への移行は、利用者本人や家族の希望を聞いて情報提供を行っている。希望が1件あったが、実現には結びつかなかった。その反省を活かし、相談支援事業所とも連携し、地域生活への移行の支援をどのように展開するかを話し合い、将来にわたり利用者が地域で安心して暮らせるよう、環境づくりに取り組んでいく。			
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	b	a・②・c
<コメント> 家族等との連携や交流は、日々の連絡帳を活用したり、個別面談時の聞き取りで適切に行われている。体調不良時の家族への連絡や報告のルールは、どの職員でも迅速に対応できるよう、分かりやすく示されている。しかし、保護者会がないため、家族の意見を聞く機会が少ない。利用者満足度調査等を通じて、把握できるように検討されたい。			
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	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	2	4	0	33%	67%	0%	67%	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	4	3	0	57%	43%	0%	79%	2	5	0	29%	71%	0%	64%
運営の透明性の確保	2	1	1	0	50%	50%	0%	75%	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%	3	2	0	60%	40%	0%	80%
利用者本位の福祉サービス	12	4	8	0	33%	67%	0%	67%	2	10	0	17%	83%	0%	58%
福祉サービスの質の確保	6	5	1	0	83%	17%	0%	92%	2	4	0	33%	67%	0%	67%
利用者の尊重と権利擁護と生活支援	15	14	1	0	93%	7%	0%	97%	3	12	0	20%	80%	0%	60%
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	41	19	0	68%	32%	0%	84%	16	44	0	27%	73%	0%	63%