

(別記)

(公表様式1)

## 新潟県福祉サービス第三者評価結果公表基準

## 1 第三者評価機関名

公益社団法人新潟県介護福祉士会
-----------------

## 2 受審施設・事業所

## (1) 施設・事業所情報

(評価結果確定日現在)

名称：社会福祉法人 新潟みずほ福祉会 障害者支援施設 みのり園	種別：障害者支援施設 施設入所支援・短期入所・生活介護
代表者氏名：障害者支援施設 みのり園 施設長 多賀 邦夫	定員：施設入所支援 50名 短期入所 4名 生活介護 59名 (利用人数) 63名
所在地：〒950-2138 新潟県新潟市西区藤野木51番地	
連絡先電話番号： 025-262-0075	FAX番号： 025-262-1439
ホームページアドレス	<a href="https://www.nmf.jp/">https://www.nmf.jp/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日：昭和58年 4月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 新潟みずほ福祉会	
職員数	常勤職員： 43名 非常勤職員： 3名
専門職員	(専門職の名称)
	施設長（管理者） 1名 医師（嘱託医） 1名
	サービス管理責任者 1名 生活支援員 2名
	管理栄養士 1名 看護職員 1名
	生活支援員 35名
	看護職員 2名
施設・設備の概要	(居室数)
	○1人部屋 × 44室 ○2人部屋 × 3室 ○短期入所室（個室） × 4室
	(設備等)
	○食堂×1室 ○デイルーム×1室 ○医務室×1室 静養室×2室 ○浴室×3ヶ所 ○洗面所×6ヶ所 ○相談室×1室 ○トイレ×9ヶ所 ○会議室×1室 ○中央支援員室×1室 ○体育館×1棟 ○生産活動棟×1棟 ○生活介護棟×1棟 ○プレールーム×2室

## (2) 理念・基本方針

### 【法人の基本理念】

- ・利用者一人ひとりの尊厳を守り、人権の保障に努めます。
- ・利用者の視点に立ち、安心して利用できる、質の高い福祉サービスの提供に努めます。
- ・地域に親しまれる、安定した福祉の拠点作りと、豊かな社会福祉の実現に努めます。

### 【法人の運営方針】

- (1) 社会福祉資源の創出や次世代を担うマンパワー育成等に努めます。
- (2) 広報紙の発行、ホームページ等を活用し、情報の開示に努めます。
- (3) エネルギーの効率化等を工夫し、地域環境にやさしい運営に努めます。

### 【障害者支援施設 みのり園 運営方針】

- (1) 効率的な予算執行と経営の安定に努めます。
- (2) 「新潟みずほ福祉会職員倫理綱領」に基づき、利用者の人権を尊重し、障がい者の虐待防止・権利擁護に努めます。
- (3) 利用者一人ひとりのニーズを尊重し、サービス向上と良質な支援に努めます。
- (4) 在宅障がい者（児）の福祉増進に努めます。
- (5) 次世代を担う良質なマンパワーの育成と心のバリアフリーの促進に努めます。
- (6) 職員の専門性の向上に努め、腰痛・メンタルヘルス対策の推進を図ります。
- (7) 家族、成年後見人等との連携を図ります。

## (3) 施設・事業所の特徴的な取組

### ○「新潟みずほ福祉会 職員倫理綱領」の策定と周知

法人基本理念・法人運営方針に基づく職員倫理綱領5項目を策定し、毎日の朝会で1項目ずつ唱和し、職員の理解と浸透に努めている。この倫理綱領は、職員行動規範としても位置付けられ、目指すべき職員像の明確化にも繋がっている。

### ○利用者の特性に合わせたコミュニケーションの工夫

多様な障害の特性に合わせたコミュニケーションの工夫に向けて、強度行動障害支援者研修の内容を応用し、時間や場所等を絵カードを用いて伝えたり、色の変化を持たせた○・△等の記号で日課を提示する等、多様な工夫がなされている。

## 3 評価結果

### (1) 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 9月 1日（契約日） 平成31年 3月 8日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成24年度）

## (2) 総評

### ◆ 特に評価の高い点

#### ○サービスの質の向上に向けた現状把握と人材育成

毎月の運営会議で、事業計画に基づく運営状況・収支状況の評価・分析が行われており、実情の可視化とともに、今後の課題や改善策を抽出し即応が図られている。また、各委員会等による月単位・半期ごとの振り返りや見直しも行われ、職員参画での要因分析に基づくサービスの質の向上に向けた取り組みがなされている。

人材育成において、多様な法人研修・内部研修の実施に加えて、インターネット研修「サポーターカレッジ」システムを用いた、職員会議前のミニ研修も行われている。このシステムは、15分程度の短時間での開催が可能であり、サービス提供や制度説明等のタイムリーなテーマを用いて運用されている。また、入職後の階層別による人材育成は、職員成長ステージの作成により、職員個々の到達度や成長の可視化が図られている。資格取得支援も積極的に行われており、現在は「強度行動障害支援者養成研修」の全職員受講に向けたバックアップ体制が図られている。

継続的な現状分析と多様な人材育成は、利用者支援の充実化とサービスの質の向上をもたらすものであり、今後も継続した更なる取り組みに期待したい。

#### ○安心・安全な福祉サービスの提供に向けて

各種マニュアルを整備し、利用者の安心・安全確保に努めている。

- ①緊急時対応マニュアル・事故発生時マニュアルが整備され、手順に基づき情報収集・要因分析・対策の検討が行われている。安全対策検討委員会を中心とした、緊急且つ即応が必要な場合の対応も迅速に行われている。
- ②防災関係マニュアル及び年間防災計画を策定し、地元の消防団や地域住民も交えた防災訓練を毎月実施し、緊急時に備えた実践がなされている。
- ③感染マニュアルが整備され、発生予防と発生時の両方における対応が明確化されている。発生時の使用物品には、使用方法がセットされ、緊急対応時に慌てず的確な対応が図られるよう工夫している。

また、虐待防止・身体拘束防止の視点が、法人倫理要綱に定められており、朝会時の唱和を通して全職員の共通理解を深めている。全職員対象のセルフチェックを実施し、倫理委員会で年2回集計し注意喚起もなされており、安心・安全なサービス提供に向けた組織的な体制整備・取り組みが行われている。

#### ○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に向けて

法人倫理綱領における「その人らしい生活の支援」の実現に向けて、利用者の特性に配慮した生活支援実施書を作成し、一人ひとりに必要とされる個別支援の実施に努めている。日常的な支援を通じた「声」の把握も行われ、グループ単位での情報共有・検討に基づく即応により、支援方法を柔軟に工夫し実践している。

また、職員には「強度行動障害支援者養成研修」の受講機会が設けられ、研修を通じた学びや気付きは、積極的に利用者支援に取り入れている。日常の関わりの中で発する意向や、生活上の行動パターン等の把握・分析が行われるとともに、意志疎通の難しい利用者には、色の変化を持たせた○・△等の記号を用いた行動確認や説明が行われ、柔軟且つ多様なコミュニケーション手段の確保に向けた取り組みがなされている。

## ◆ 改善を求められる点

### ○法人基本理念・各種計画・各種マニュアルの理解に向けて

法人基本理念及び法人運営方針の達成に向け、「新潟みずほ福祉会 職員倫理綱領」5項目が策定され、毎日の朝会で1項目ずつ継続して唱和し、職員の理解と周知に努めている。しかし、事業運営の根幹である、法人基本理念・各種計画・各種マニュアルの周知と理解状況には、現状から勘案して以下の課題が挙げられる。

- ①毎日の朝会で「職員倫理綱領」の唱和が行われているが、朝会に出席した職員のみで唱和となっており、全体への周知・浸透には至っていない現状である。
- ②職員倫理綱領の根幹となる「法人基本理念」「法人運営方針」は、入職時研修で説明がなされているが、その後の継続した周知と理解に向けた取り組みは行われていない状況である。
- ③事業計画の周知と理解に向け、年度当初の職員会議で説明がなされているが、会議欠席者には資料配布のみとなっており、計画そのものの理解状況に大きな乖離が生じている。
- ④各種マニュアルが整備され、定期的な見直しも行われているが、その内容の理解と周知は、各職員が自己責任で確認する仕組みとなっている。その為、理解状況の把握と確実な運用・活用がなされているかの把握が必要となっている。
- ⑤パソコンのネットワークシステムを有効に活用し、多様な情報が随時確認出来る仕組みとなっている。しかし、ファイル保管されたマニュアルは、内容が更新されないままとなっている等、情報の不一致が生じている。マニュアル等の即時活用が可能となる仕組みのあり方について、再考が必要である。

上記5項目に基づき、事業所として事業運営の根幹をどのように職員へ周知し理解を図るのか。全職員が会議に参加することは現実的に不可能であるが、複数回の説明やグループ単位の説明等、小単位での説明も取り入れ、職員の理解状況に乖離が生じない為の工夫がなされていくことを期待したい。

### ○地域生活への移行と地域生活の支援に向けて

地域や家庭へのサービス移行を目指して、同一法人のグループホーム入所を介した移行支援に取り組んでいる。小規模空間での共同生活及び生活支援を通して、その方の可能性を見出す取り組みを実践しているが、その他サービスへの移行は行われていない現状である。

今後は、利用者の意向や可能性に基づき、サービス利用の選択肢を更に拡充することが出来るよう、職員が多様な福祉サービスや社会資源を把握する機会を設け、多彩な提案や相談援助がなされていくことを期待したい。

(3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H31. 3. 8)

福祉サービス第三者評価を法人で計画的に受審することとし、平成24年以来2回目を受審しました。

**高い評価を受けた点**

●サービスの質の向上に向けた現状把握と人材育成

人材育成において、多様な法人研修・内部研修の実施、インターネット研修（サポーターカレッジ）を用いたミニ研修の導入。

●安心・安全な福祉サービスの提供に向けて

各種マニュアルを整備し、利用者の安心・安全確保の実践。

●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に向けて

利用者の特性に配慮した生活支援実施書を作成し、一人ひとりに必要とされる個別支援の実施、支援方法を柔軟に工夫し実践している点、意思疎通の難しい利用者には、色の変化を持たせた○・△等の記号を用いた行動確認等柔軟かつ多様なコミュニケーション手段の確保に向けた取り組み。

**改善を求められる点**

●法人の基本理念・各種計画・各種マニュアルの理解に向けて

定期的な見直しも行われているがその内容の理解と周知は、職員会議参加以外の各職員は自己責任で確認する仕組みとなっている。そのため理解の状況の把握と確実な運用・活用がなされているかの把握が必要。

●地域生活への移行と地域生活の支援に向けて

利用者の移行や可能性に基づき、サービス利用の選択肢をさらに拡充する事が出来るような職員が、多様、多彩な提案や相談援助できることを期待する。

受審過程の中で、利用者・家族からのアンケート、職員の自己評価から新しい課題が見つかり、調査員の方のアドバイスから多くのことを気づかせていただきました。改めて定期的な福祉サービス第三者評価受審の持つ意義を実感しています。

今後も、法人の理念である、利用者一人ひとりの尊厳を守り、質の高い福祉サービスの提供と地域の拠点となるべく、真摯に研鑽を重ねていきたいと考えます。

ありがとうございました。

(障害者支援施設 みのり園 施設長 多賀 邦夫)

(H . . )

(H . . )

(4) 評価細目の第三者評価結果 (別添：公表様式2のとおり)

**【参考情報】 福祉人材育成の取組に関する施設・事業所のコメント**

人材育成について、プリセプターシップ制度、成長ステージを活用した人事考課面談、研修等に取り組んでいます。

◎新採用者へのプリセプターシップ制度

新人生活支援員（プリセプティ）が、早く職場と日常業務に適応できるようにするために、一年かけて先輩生活支援員（プリセプター）がモデルをしながら、マンツーマン方式で実践能力を教育し、事業所・法人全体で包括的にサポートするシステムです。（プリセプティ・プリセプターの関係はその後も継続される）

同一プリセプターが継続的に指導することにより問題点・課題が明確となり、不満も早期に解決でき、加えて個々の成長に合わせて目標設定もできます。また、法人全体でサポートするので両者が一緒に翠帳することが利点です。

◎成長ステージを活用した人事考課面談、研修

経験年数ごとに成長ステージを設け、人事考課面談を年2回実施しています。

また、法人研修としては「若手研修」「中堅研修」「ベテラン研修」「管理者研修」「合同研修」「交換研修」を行っています。

# 評価細目の第三者評価結果

## 【 障害者・児事業所(施設)版 】

## 障害者支援施設 みのり園

### 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

Ⅰ-1-1 理念、基本方針が確立・周知されている。		
評価細目	評価結果	コメント
1 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。	b	「利用者主体・人権保障・地域貢献」の3つを柱とした、法人基本理念及び法人運営方針が策定され、更にみのり園の運営方針として7項目を策定し、事業計画・広報紙・ホームページ等で公開・明文化されている。また、「新潟みずほ福祉会職員倫理綱領」5項目も策定され、毎日の朝会で1項目ずつ唱和し、目指すべき職員像(行動規範)の理解と周知に努めている。しかし、その基盤である「理念及び基本方針」は、入職者研修及び年度当初の会議説明のみとなっている。今後は、「理念・基本方針」の周知と理解にも着目し、職員倫理綱領と併せた法人運営の根幹の理解に向けた、定期的・継続的な取り組みがなされることを期待したい。

#### Ⅰ-2 経営状況の把握

Ⅰ-2-1 経営環境の変化等に適切に対応している。		
評価細目	評価結果	コメント
2 Ⅰ-2-1-1 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	毎月開催される「法人事業所代表者会議」において、法人事業全体の運営状況や各種動向に関する情報を収集し、その内容は事業所の運営会議及び職員会議にて周知している。また、収支及び稼働状況等は毎月分析され、分析結果を職員会議で提起し、改善策の周知と共有も行われている。法人内相談支援部門や行政を通して、圏域の福祉ニーズや動向の確認も行われており、多角的な情報収集と内部の現状把握に努めている。
3 Ⅰ-2-1-2 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	毎月の運営会議において、収支状況等の推移が分析され、その内容は職員会議で職員に周知している。また、現在介入中であるコンサルタントの助言指導に基づき、内部統制の具現化にも着手している。多様な情報の発信・周知は、主に職員会議で行われている。しかし、全職員の出席は現実的に困難である上、欠席者には資料配布のみとなっており、職員の理解状況には乖離が生じている現状である。今後は、説明や周知の機会を複数回開催する等、「職員への周知と理解」に向けた取り組みがなされることを期待したい。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
4 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。	a	「新潟みずほ福祉会 将来構想 中・長期計画」が5年単位で策定され、次年度(平成31年度)より第2期計画期間となっている。各計画事項には、第1期計画の評価を基にした目標数値が設定され、事業整備目標が明確となっている。また、プロジェクトチームを中心に、制度改正等に基づく柔軟な見直しが行われる仕組みも構築されている。今後も、多様化するニーズや社会情勢に基づき、継続且つ発展した取り組みがなされていくことを期待したい。
5 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。	a	中・長期計画に基づく事業計画が策定され、毎月の運営会議で事業実施状況の分析・検討が行われている。各委員会・会議による月単位・半期ごとの振り返りも行われ、より詳細な現状分析に努めるとともに、項目に応じて運営会議に提示し、改善策の検討・即応にも繋げられている。また、計画の項目毎に実施予定月や経費、職員数等も明記され、計画実行に係る指標ともなっている。今後も継続して、次期中・長期計画と連動した計画策定がなされていくことを期待したい。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
評価細目	評価結果	コメント
6 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。	b	各委員会・各係単位で、振り返りに基づく年間活動計画を立案し、運営会議にて最終的な計画確定がなされている。毎月の運営会議における評価・分析や、各委員会等による月単位・半期ごとの振り返りも行われ、年間を通した実施状況の把握に努めている。また、年度当初の職員会議で計画の説明が行われ、会議欠席者には資料の配布が行われている。しかし、会議欠席者に対する資料配布のみでは、周知と理解は現実的に困難であり、職員の理解状況には乖離が生じている。今後は、事業運営の根幹である事業計画の周知と理解に向け、説明会を複数回開催する等の取り組みがなされることを期待したい。
7 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。	b	年度当初に家族への説明会が開催され、事業計画の周知と運営に対する意見交換が行われており、欠席者には資料を郵送し計画の理解に努めている。また、利用者の理解に向けて、個別支援計画策定時に事業所の取り組みを説明しているが、事業計画の内容説明等は今後の課題と捉えている。今後は、利用者の特性に応じた説明方法や資料作成を検討し、利用者参画の事業運営における工夫と実践がなされていくことを期待したい。

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。		
評価細目	評価結果	コメント
8 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。	b	毎月の運営会議における現状の評価・分析や、各委員会等による月単位・半期ごとの振り返りに基づき、年間を通じた現状把握が行われている。抽出された課題や現状は、各グループリーダーからスタッフへ提起し、職員参画での改善策検討と実践が図られている。福祉サービス第三者評価は、平成24年度に続く2回目の受審であり、受審結果はホームページで公開されているが、継続した自己評価実施等には至っていない現状である。今回の受審結果を基に、実情に即した形での継続した取り組みがなされ、更なるサービスの質の向上に向けた取り組みがなされていくことを期待したい。
9 I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り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。	c	毎月の運営会議における現状分析や、各委員会等における月単位の振り返りが行われ、スタッフ参画での改善に向けた取り組みがなされている。しかし、事業計画の遂行状況に基づく評価や分析はなされているが、評価基準等を用いた自己評価等は実施していない状況であり、サービスの質の評価に向けた取り組みは今後の課題であると捉えている。今回の福祉サービス第三者評価受審結果を活用し、定期的な自己評価を通じた継続的且つ段階的な取り組みがなされていくことを期待したい。

#### 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

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
10 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。	a	施設長は年度当初に訓示を行い、人権擁護や安心・安全な生活支援の視点に基づく、相手の思いを尊重したサービス提供の実施について説明し、職員個々の気付きを促している。また、毎月の運営会議資料には、施設長が職員へ伝えるべき重点事項や周知徹底事項が明記され、職員全員に配布し意識統一を図っている。各種マニュアル等には、有事や不在時の対応手順も明記され、緊急時にはメール配信システムで一斉に情報伝達が行われる等、柔軟な対応が可能な体制が構築されている。
11 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。	b	各種研修参加や法人内各種会議等を通し、多様な法令に関する情報収集が行われており、毎月の職員会議や日々の朝会を通じたタイムリーな周知に努めている。また、法人内ネットワークシステムにより、全職員へ情報が一斉配信される仕組みも構築されている。今後は、多様な事案を織り交ぜた研修等を開催し、職員の周知と理解を深めるとともに、情報の有効に向けた取り組みがなされることを期待したい。

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
評価細目	評価結果	コメント
12 Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。	a	毎月の運営会議における現状分析や、各委員会等における月単位の振り返りが行われ、年間を通じた現状分析が行われている。また、法人内各事業所の課長職が他事業所へ向うき、職員に現状をヒアリングし、その内容を施設長へ報告する仕組みも構築され、職員の声の把握に向けた法人独自の工夫がなされている。また、施設長自らがフロアを巡回し、実態把握と利用者の様子観察も行われており、生活の場に対する職員への意識啓発も行われている。インターネット研修「サポーターカレッジ」システムを用いた、職員会議前のミニ研修も行われており、サービス提供や制度説明等のタイムリーなテーマでの研修体形も構築されている。
13 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。	a	毎月の運営会議において、運営状況と収支状況に基づく現状分析が行われている。また、現状に基づく改善策の構築や課題抽出後の取り組みは、運営会議で集約後に該当職種へと提起される仕組みとなっており、施設長も参画し即応と実態把握に努めている。また、利用者の多様な障害の特性に基づき、業務改善や職員配置の工夫等が柔軟に行われている。「慣れ」がもたらす不適切なケアが生じないように、職員との個人面談等による意識啓発や職場環境の充実化にも取り組まれており、今後も継続した取り組みに期待したい。

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

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。		
評価細目	評価結果	コメント
14 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。	a	事業計画において、次世代を担う良質なマンパワーの育成及び職員の専門性の向上を目指した考え方を位置付けており、職員教育に向けた研修体形の構築や資格取得の推奨が明文化されている。企業ガイダンスへの参加やインターシップ制度の受入も行われており、法人本部と連動した多様な情報発信にも努めている。また、入職後の階層別による人材育成は、職員成長ステージの作成により、職員個々の到達度や成長の可視化が図られており、現在は「強度行動障害支援者養成研修」の全職員受講に向けたバックアップ体制が図られている。離職率低下に伴う職員の定着化も安定して推移しており、今後も更なる取り組みに期待したい。
15 Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	職員一人ひとりに「職員成長ステージ」が作成され、法人が求める職員の成長過程を明示し、研修受講や資格取得等に基づく到達状況を明確にしている。また、事業計画に求める職員像が明文化され、職員が段階別・階層別に成長出来る仕組みが展開されている。今後は、人事考課制度や成長ステージに係る人事基準を職員にも周知し、職員がその制度や目的を正しく理解し、同じ視点で成長過程を歩むことが出来る体制へ進むことを期待したい。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
評価細目	評価結果	コメント
16 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。	a	衛生委員会を中心に、職員の就業状況に基づく課題抽出や現状分析が行われ、検討・改善事項は運営会議へと提起されている。福利厚生センター(ソウェルクラブ)の加入や、職員のスポーツ活動(野球・フットサル・ウォーキング等)に対する活動助成も行われ、余暇活動も含めた福利厚生の充実化も図られている。育児・介護休業の取得も支援され、職員個々の実情に対する配慮やサポートの体制も構築されている。今後も継続して運用されるとともに、職員参画による働きやすい職場環境のあり方の実現に向けた、更なる取り組みにも期待したい。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
評価細目	評価結果	コメント
17 Ⅱ-2-(3)-① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	職員個々の目標設定は、「成長ステージ」として書面化され、6か月毎の個人面談を通じた目標設定が行われている。また、職員個々が自らの目標をカードに記入し、事業所内に掲示することで、職員の意識啓発に向けた工夫も行われている。職員個々の異動希望や各種意向等は、パソコンのネットワークシステムを用いて申告することも可能となっており、職員個々の実情に応じた人事管理にも努めている。人事考課制度と連動した、階層別のステップアップを目指しており、今後の継続した運用に期待したい。
18 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。	a	事業計画及び運営方針にて、職員の専門性の向上や必要とされる資格、人権尊重や権利擁護の視点に基づく職員の資質向上が明文化されている。研修委員を中心とした多様な内部研修も行われており、研修実施後の振り返りに基づくテーマ設定や計画の立案がなされている。また、インターネット研修「サポーターカレッジ」システムを用いて、職員会議前のミニ研修も行われており、多様な「学び」の方法の工夫にも着目している。資格取得に向けた勤務配慮等の支援も行われており、職員教育の充実化に向けた組織的な取り組みが行われている。
19 Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	b	多様な法人研修や内部研修が行われ、各職員の経験年数や必要とされる知識に基づき、段階別・階層別の研修プログラムが策定されている。また、外部研修参加者は復命書を作成し、一括回覧による情報共有が行われているが、定期的な伝達講習等は行われておらず、職員個々の教育研修計画も策定されていない現状である。今後は、職員個々の目標設定に基づく教育・研修体形を構築するとともに、伝達研修や復命書の確実な回覧により、教育・研修の組織的な充実が図られることを期待したい。
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
20 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。	b	実習生対応マニュアル及びオリエンテーション受入マニュアルが整備され、実習係を中心にプログラムを立案し、受入が行われている。事業計画に後継者育成の視点が明記され、実習生の気付きや視点は、他者評価の一環としても位置付けている。今後は、実習指導の意義や目的を職員にも周知し、学習内容の理解と統一した対応に向けた取り組みがなされることを期待したい。

## II-3 運営の透明性の確保

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。		
評価細目	評価結果	コメント
21 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。	a	ホームページにおいて、理念・基本方針・各種計画・財務諸表、第三者評価受審結果等が公開されている。また、苦情解決体制や実際の苦情解決策も公開されており、広報紙や理事会会議録、更には日常的な取り組みも広く公開されている。広報紙は、近隣の学校やコミュニティセンター等に配布され、自治会等に出向いて事業所紹介を行う等、地域との関係性の構築や事業所の理解に向けた情報発信が行われている。
22 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。	a	経理規程に基づく会計処理が行われ、法人本部への月次報告を通じた助言指導が行われている。また、法人監事による内部監査や経理事務所による外部監査、社労士の介入による就業規則等の見直し改定、更にはコンサルタントを有期で導入し、経営改善に向けた助言指導等も行われている。事業運営の透明性の担保に加え、多角的且つ専門的な視点に基づく経営改善に取り組まれており、法人組織全体としての今後の更なる取り組みに期待したい。

## II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
23 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。	b	「心のバリアフリーの促進」を図る姿勢が事業計画に明示され、地域との交流促進や開かれた事業所運営に向けた取り組みが行われている。小学校との野菜贈呈式を通じた交流や、大学生とのレクリエーション交流会、文化祭や納涼祭の開催による地域住民との交流、保育園児との野菜収穫を通じた交換交流等、行き来出来る関係性の構築に向け、積極的に取り組まれている。また、利用者個々の希望外出に対する支援や、シルバー人材センターの活用による外出等、利用者の特性に応じた柔軟な方法も取り入れられている。今後は、地域の各種情報を利用者全体に発信出来る仕組みを構築し、掲示物等の危険性を考慮しつつも、利用者の社会参加に向けた情報提供をどのように実施していくのか、検討に基づく工夫がなされることを期待したい。
24 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。	b	ボランティアマニュアルが整備され、受付から受入に係る起案までの手順が明確となっている。オリエンテーション時には、利用者の障害特性や活動時の諸注意等を説明し、安全性への配慮も行われている。また、学校教育等への協力も積極的に行われ、野菜を通じた交流や総合学習の受入等も継続して行われている。今後は、ボランティア受入の意義及び方針、留意点等を明文化し、職員の周知と理解を深め、統一見解に基づく対応が図られることを期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
25 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。	b	法人内各事業所との連携体制が構築されており、定期的な合同会議やパソコンのネットワークシステムを活用した情報共有も行われている。新潟市知的障がい施設連絡会への参加や、定着支援センターとのケース会議を通じた課題解決も行われており、法人内外における各関係機関とのネットワーク作りに努めている。今後は、多様な利用者の特性に応じた社会資源や制度の有効活用に向け、概要説明や資料整備による情報共有を行い、直接支援に従事する職員の理解に向けた取り組みがなされることを期待したい。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
評価細目	評価結果	コメント
26	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。	b 福祉避難所としての児童受入体制の整備や、地元消防団参加による防災訓練の年1回開催等、災害時における地域との連携に向けた取り組みが行われている。また、地域団体による「踊り子クラブ」の活動場所として、体育館を開放したり、地域の体操教室に講師として作業療法士を派遣する等、多様な方法での交流促進も図られている。今後は、地域住民の健康増進や制度理解に向けた研修会開催等を検討し、事業所主催による地域交流と貢献に向けた活動が行われることを期待したい。
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a 法人内事業所が実施する相談支援事業に寄せられた情報と併せて、まちなかさろんを通じた民生委員との情報交換を実施し、地域の情報収集や現状把握に努めている。冬休み期間中は、事業所の送迎により地域の子供たちが事業所で宿題を行う等、地域に根差した活動も行われている。法人内各事業所との連携による地域ニーズの把握や、アールブリュットの参加を通じた芸術活動による交流促進、障害者の地域生活の拠点作りに向けたグループホームの建設等、多様な取り組みがなされている。

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

Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

評価細目		評価結果	コメント
28	Ⅲ-1-1-1-① 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持つための取組を行っている。	b	職員倫理綱領を、土日を除く毎日の朝会で1項目ずつ唱和し、基本的な人権の尊重や行動規範の理解と実践に努めている。入浴・排泄などの同性介助に向けた人員配置や、強度行動障害支援者養成研修の受講を通じた、その研修内容に基づく対応の工夫と実践も行われている。また、職員会議前の時間を活用した「サポーターズカレッジ」研修により、多様な障害の理解に向けた職員教育も行われている。今後は、事業運営の根幹である法人基本理念の理解にも着目し、職員行動規範と併せた周知と理解に向けた取り組みがなされることを期待したい。
29	Ⅲ-1-1-1-② 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。	a	法人基本理念・職員倫理綱領に明文化され、排泄・着替え・入浴等の各種マニュアルには、場面ごとにプライバシー保護の視点が明記されている。また、入浴や排泄は同性介助を原則とし、利用者一人ひとりの状況に応じて、食事場所や居室の工夫にも取り組まれている。インシデントやアクシデントを通じた、様々な事案に基づくレイアウト変更等、試行錯誤を繰り返しながら、利用者の安心・安全な生活空間作りがなされている。

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。

評価細目		評価結果	コメント
30	Ⅲ-1-2-1-① 利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	ホームページやパンフレット等に、法人基本理念やサービス内容が明記されている。近隣の施設や学校等にパンフレット等を配布し、幅広い周知と理解を心掛けている。また、施設見学希望にも随時対応しており、利用されるご本人に可能な限り事業所内を見学して頂き、生活環境やサービス内容の理解に向けた工夫が行われている。その方の特性に応じて、写真・カードなどを用いて分かりやすく説明し、意思確認と自己決定が行われるよう工夫するとともに、対応内容は記録を作成し情報共有がなされている。
31	Ⅲ-1-2-1-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。	b	契約書・重要事項説明書を用いて、サービス内容を分かりやすく説明するよう心掛け、ご家族・後見人等より同意を得ている。また、説明内容や状況は調査票に記録され、個別ファイルに保管している。利用者本人の理解に向けて、ルビ付きの資料を用いた説明の工夫も行われているが、事業所として利用者の理解不十分であり、今後の課題であると捉えている。今後は、利用者の理解に向け、多様な障害の特性や理解状況に応じた資料作成や説明方法の更なる工夫がなされることを期待したい。
32	Ⅲ-1-2-1-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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。	b	サービス管理責任者を窓口とし、退所後も相談介入出来る体制が整備されている。地域や家庭へのサービス移行を目指して、同一法人のグループホーム入所を介した移行支援にも取り組んでおり、情報共有の徹底によりサービスの継続性にも努めている。今後は、退所後の相談体制等を明文化し、利用者・利用者家族へ説明され、安心且つ継続した対応及び円滑な移行支援がなされることを期待したい。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
評価細目	評価結果	コメント
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b 年2回の個別支援計画作成会議において、アセスメント・モニタリングを通した利用者の声の把握が行われている。意思疎通の難しい利用者には、日々の様子観察・行動予測に基づき、個別の課題や過ごし方に留意するとともに、1つの行動や対応を安易に捉えず、より良い方法の試行錯誤と実践に努めている。また、対応や状況を記録に残し、職員間の情報共有もなされている。今後は、利用者満足度の把握・向上に向けて、利用者との個別面談や懇談会等を開催し、利用者参画での事業運営のあり方について検討されることを期待したい。
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。		
評価細目	評価結果	コメント
34	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。	b 苦情解決マニュアルが整備され、内容に応じた解決方法や苦情解決体制が明記されている。また、契約時の体制説明や年度当初の家族会では、顔写真付きの組織図を配布し、顔の見える関係性の構築と、気兼ねなく話せる環境について周知がなされている。相談しやすい環境の確保に向け、施設長室も個室環境として有効活用する等の工夫も行われている。対応における一連の流れは記録保管され、処理内容の公開もなされている。しかし、苦情解決マニュアルは、パソコンのネットワークシステムで保管されており、且つ印刷されたマニュアルは内容の更新がなされておらず、内容の不一致が発生している。今後は、マニュアルの有効活用と職員への周知と理解に向けた取り組みを期待したい。
35	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。	b 意思疎通が難しい利用者には、日常の様子観察に基づき、本人が嫌なことは何かを察知するよう努めている。また、そのサインを意見として捉え、速やかな行動分析による対応がなされている。家族に対して、顔写真付きの組織図を年度当初の家族会で配布・紹介し、顔の見える関係性の構築による相談や意見を述べやすい環境整備を心掛けている。今後は、利用者の特性に合わせた文書等を作成・掲示し、利用者が相談体制を理解・確認出来る工夫がなされることを期待したい。
36	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。	b 日常の生活における様子観察に基づき、意思疎通が難しい利用者が表す、好き・嫌い・参加する・参加しない等の行動から、その方の思いの把握に努めている。その行動・動作を1つの声及び意見として取り入れ、各グループで内容を検討し、施設長への報告も含めた即応出来る体制が整備されている。今後は、利用者や家族の生の声の把握に向け、定期的なアンケート調査や、玄関スペース(風除室)を活用した意見箱等の設置などの取り組みが行われることを期待したい。

Ⅲ-1-(5) 安全・安心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。		
評価細目	評価結果	コメント
37 Ⅲ-1-(5)-① 安全・安心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。	a	マニュアルが整備され、手順に基づき情報収集・要因分析・対策の検討が行われている。安全対策検討委員会を中心に、緊急且つ即応が必要な場合の対応も迅速に行われている。また、安全確保・事故防止に関する研修は、腰痛体操などの研修に織り交ぜて実施しており、場面を通じた理解に努めている。インシデント・アクシデント報告書は、必要に応じて写真等をプラスし、分かりやすい情報共有が工夫されており、パソコンのシステムを活用した、情報発信・情報共有も行われ、紙面掲示と併せた周知徹底と再発防止にも努めている。パソコンのシステムで発信した情報における職員の閲覧状況の把握は、システム内で確認することも出来る仕組みとなっており、リスクマネジメント体制に基づく安全確保がなされている。
38 Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全・安心を確保するための体制を整備し、取組を行っている。	a	感染マニュアルが整備され、発生予防と発生時の両方における対応が明記されている。衛生委員会と安全委員会で、マニュアルの見直し・検討が行われ、マニュアル委員会でその内容を反映させる体制であり、新型インフルエンザマニュアルを新たに追加し、内容の充実化が図られている。また、保健衛生計画に基づく定期的な感染予防等の研修が行われており、発生時の対応に必要な用具一式が予めセットされ、更には対応手順を用具に添付し、職員が慌てずに対応出来るよう工夫している。組織全体で、感染症対策に係る安心・安全の確保がなされている。
39 Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全・安心の確保のための取組を組織的に行っている。	a	防災関係マニュアル及び年間防災計画を策定し、地域の消防団や地域住民も交えた防災訓練を毎月実施している。備蓄品リストは事務所で保管され、水・缶詰・レトルト食品等、3日分の食品を施設外倉庫に保管している。隣接する同一法人事業所と、緊急時はサイレンで警告し合う体制が整備され、消防署とのホットラインも繋がっており、非常災害時における連絡体制と職員の応援・協力体制も構築されている。
40 Ⅲ-1-(5)-④ 緊急時(事故、感染症の発生時など)に、迅速な対応ができる仕組みがある。	a	緊急時対応マニュアル・事故発生時マニュアルが整備され、連絡体制・対応手順が明確となっている。利用者の容態変化や急変が生じた場合は、主治医及び家族に連絡し、速やかに医療機関へ繋げる体制も整備されている。保健衛生計画に基づく感染対策の研修も実施しており、ノロウイルスやインフルエンザが発生した際の迅速な対応に向け、日常的な確認と体制整備がなされている。また、評議員には弁護士がおり、緊急時や最悪の事態における必要に応じた介入も可能となっている。

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。		
評価細目	評価結果	コメント
41 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。	b	生活支援実施について、サービス場面ごとのマニュアルが整備され、手順や留意点が明文化されている。また、同一法人事業所で排泄ケア研修を受講し、みのり園で実践する等、事業所横断での学びの機会も設けられている。しかし、整備されたマニュアルは、パソコンのネットワークシステムで保管されており、且つ印刷されたマニュアルは内容の更新がなされておらず、内容の不一致が発生している。今後は、マニュアルの有効活用と職員への周知と理解に向けた取り組みを期待したい。
42 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。	b	年度単位でマニュアルの見直しが行われ、現状に基づく課題や弊害を各係より提示し、実情に即した改定に努めている。手順や対応方法に変更が生じた際は、業務内容も新たに更新し、改定に基づく実践がなされる仕組みとなっている。しかし、見直し及び改定の記録が作成されておらず、改定理由の共有や振り返りの根拠として活用出来ない現状である。今後は、これらの記録を作成し、経過に基づく継続的なマニュアルの充実と、サービスの質の向上に取り組まれることを期待したい。
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。		
評価細目	評価結果	コメント
43 Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。	a	個別支援計画システムに基づき、アセスメント・計画・評価・見直しが行われている。利用者個々の個別支援計画は、グループ会議で内容の評価・検討が行われており、情報共有に基づく適切な個別支援に繋げる仕組みが構築されている。支援困難なケースの対応について、事業所内での判断や対応が難しい場合には、外部の関係機関にも相談し、適切且つ柔軟な対応に努めている。
44 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。	a	個別支援計画の評価・見直しは、年2回定期的に行われている。日々の生活支援における、各職員の気付きは担当職員と都度共有し、必要に応じてグループ内で検討され、計画内容の変更が行われる仕組みも構築されている。緊急時と同様であり、柔軟な対応と適切な支援が行われている。変更された個別支援計画は、個別ファイル及び管理システムで管理され、全職員が随時情報を確認・共有出来る体制となっている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
45 Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービスの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。	a	「ほのぼの」システムが導入され、日々の身体状況・生活状況等の記録、利用者の状況に基づく個別支援計画の作成が行われている。また、グループ会議でのケース検討に関する事項は、管理システムを用いて情報共有が行われている。記録は5W1Hを基本とし、簡潔で誰が見ても分かりやすい記録に向けて、家族への開示も想定した書き方を職員に周知し実践している。
46 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。	a	記録管理に関するマニュアルが整備され、個別支援計画や各種記録は、「ほのぼの」システムで一元管理されている。個別にパスワードを付与し、更にはタイムアウトの設定も設け、パソコンのシステム活用に係る管理体制も徹底されている。個人情報使用に係る利用者・家族への説明・同意も行われ、求められた際の開示も可能となっている。また、コンプライアンスや守秘義務の研修も行われており、個人情報保護に関する職員への周知に努めている。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-1 自己決定の尊重		
評価細目	評価結果	コメント
A① A-1-1-1-① 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。	b	法人倫理綱領における「その人らしい生活の支援」の実現に向けて、個別支援計画とは別に、各利用者が生活する中で必要となる支援を集約した「生活支援実施書」を作成している。また、意思疎通の難しい利用者の趣味活動や、嗜好品等の意向確認には、カードを用いた選択や普段の関わりを通じたサインを読み取り、グループ会議にて共有・検討する機会を設けている。以前は、利用者や家族同士が話し合う自治会が開催されていたが、双方の高齢化に伴い現在は開催が困難となっている。しかし今後は、実情に即して開催方法を再考し、利用者参画の対話の機会が設けられることを期待したい。
A-1-2 権利侵害の防止等		
評価細目	評価結果	コメント
A② A-1-2-1-① 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。	b	虐待防止・身体拘束防止の視点は、法人倫理要綱に定められており、朝会時の唱和を通して全職員の共通理解を深めている。また、全職員対象のセルフチェックを実施し、倫理委員会で年2回集計し注意喚起もなされている。法人研修の身体拘束・虐待防止研修に加え、サポーターズカレッジ研修として、障害者虐待防止法（「その時あなたはどうしますか？」）も開催している。また、マニュアルも整備され、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合の手順も明確化されている。事例発生時は、グループ会議やグループリーダー会議にて分析・検討し、更に毎月の身体拘束廃止委員会にて報告・検討が行われ、利用者の同意書に基づき、実施内容の記録も行われている。以前は絵や文字で掲示物を作成し、権利侵害防止について利用者に周知していたが、掲示物の危険性等に基づき現在は実施されておらず、周知に向けた取り組みが再開されることを期待したい。

A-2 生活支援

A-2-1 支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A③ A-2-1-1-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	利用者一人ひとりの「生活支援実施書」が作成され、利用者が望む生活支援に向けた職員の共通理解を促している。居室環境はセルフケアを優先し、自由にアレンジ利用してもらう取り組みを実践している。外出等の希望には、地図やカードを作成の上、職員との下見を通じた自立支援を個別に実施しており、選挙の際は投票に向けた取り組みを行う等、個別ニーズに応じた柔軟で多様な取り組みがなされている。行政手続の相談も個別に対応しており、成年後見制度の活用もアドバイスや助言を行い、家族の手続きをサポートしている。
A④ A-2-1-1-② 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。	a	コミュニケーション支援マニュアルが整備されており、各利用者の特性に基づくコミュニケーション手段を、個別支援計画及び生活支援実施書に位置付け実践している。意思疎通が困難な利用者に対しては、強度行動障害支援者研修を応用し、時間や場所等を絵カードで伝えたり、色の変化を持たせた○・△等の記号で日課を提示する等、コミュニケーションの工夫がなされている。毎月のグループ会議にて実践経過を共有・分析し、コミュニケーション手段についての振り返りも実施している。
A⑤ A-2-1-1-③ 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。	a	定期的な個別支援計画の見直し時や、日常的な随時の意思・意向確認は、居室や相談室等の場所を利用者に選択してもらい、話しやすい環境の確保に努めている。意思疎通の難しい利用者には、写真・絵・文字カードでの選択や、日々の生活の関わりを通じた意向を読み取る工夫も実施している。各利用者の意向等は、毎月のグループ会議で情報共有し、意向に沿った対応に努めている。

A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	b	利用者の日中活動については、個別支援計画に基づき、アルミ缶潰し等の作業活動やレクリエーション要素を含めた手遊び等の療養活動が設けられており、集団活動が難しい利用者には、個別的な支援も実施している。また、アールヴリュットへの参加を促し、日課の中で個別的な創作活動の支援を実践しており、地域の文化祭への出品や法人のお祭りでの展示も行われている。利用者の高齢化や重度化により、作業活動や療養活動の活動範囲が制限されているが、今後は利用者の状況に応じた多様な活動や、プログラム等の更なる充実を期待したい。
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。	a	定期的な内部研修・外部研修の受講により、専門的知識を学ぶための環境が整備され、習得した知識は個別支援計画や生活支援実施書に反映し、高い専門性に基づく生活支援に努めている。利用者の不適応行動に応じた居住空間の変更や、利用者同士のトラブルが生じた際の居室変更や生活棟の変更等、職員の共通認識に基づき、関係性の改善も目指した支援を実施している。
<b>A-2-(2) 日常的な生活支援</b>			
評価細目		評価結果	コメント
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	a	食事に関しては、各利用者の状況に基づく栄養ケア計画を作成し、適切な栄養管理を実践している。献立作成における利用者の嗜好確認の為、写真付きカード等を用いた聴き取りも行われており、地域の学校で育てた野菜を取り入れた献立も定期的に提供する等、食の充実に向けた多様な取り組みがなされている。個別空間の提供や食席に間仕切りを設ける等、個別の環境面での配慮も行われている。また、入浴・排泄に関しては、各種支援マニュアルが整備され、原則として同性支援を実施するとともに、プライバシーには十分配慮されている。利用者の状態に応じた入浴形態に向け、一般浴・特浴・シャワー浴機が整備され、必要に応じて床マット上での入浴支援も実施している。環境面では利用者の安全な移動にも配慮し、ダイルームの椅子やテーブルの高さ調整や、作業療法士が足のサイズを測定し、靴を見直すことで転倒予防に努める取り組みも実施している。
<b>A-2-(3) 生活環境</b>			
評価細目		評価結果	コメント
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安全・安心に配慮した生活環境が確保されている。	a	正面玄関に事業所案内図が掲示され、居室や共用部が分かりやすく表記されている。施設内は明るく清潔な環境となっており、男女各棟にて、利用者の特性に応じた生活空間の工夫が行われている。利用者同士の人間関係や安眠出来る環境確保に向けて、必要に応じて居室や棟の変更を行う取り組みも行われている。利用者のプライバシー保護や生活環境の個別化に配慮し、多床室や共用部を改修し、順次個室化にする等の環境整備も行われている。ハード面を最大限に活用し、出来得る限りの最善策が行われており、今後の継続した取り組みに期待したい。
<b>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</b>			
評価細目		評価結果	コメント
A⑩	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。	a	リハビリテーション実施計画書が作成され、3ヶ月毎に検討・見直しが行われている。利用者の障害等に応じた機能訓練・生活訓練を実施し、遊び要素を取り入れた集団リハビリや、利用者のバス乗降に向けた階段昇降訓練等、ニーズと目的に応じた個別的なリハビリを実施している。排泄・移動支援等、個別的な支援方法が必要な場合には、作業療法士より指導・助言を受ける事が可能となっており、部門横断による関係職種が連携した支援に努めている。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
評価細目	評価結果	コメント
A⑪ 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。	a	健康管理表及び管理システムを活用し、利用者個々の健康状態の把握・管理がなされている。また、排便確認が難しい利用者には、日課の観察を通じた行動パターンの予測に基づき、排便のタイミングを見逃さない取り組みを実践している。医療機関の受診結果や所見等は管理システム上で確認出来、職員間での情報共有が可能となっている。緊急時対応マニュアルも整備され、発熱時や救急搬送等を想定した対応が職員間で共有されている。
A⑫ A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制の下に提供されている。	a	配薬・服薬マニュアルが整備され、配薬時にはいつでも確認出来るよう準備されている。また、内服薬は各利用者の顔写真と併せてセットされ、配薬時には顔と名前での確認により、誤薬防止の徹底がなされている。利用者の疾患やアレルギーは、嘱託医や薬局にも情報提供がなされており、連携した管理体制が構築されている。看護師が講師となり、医療的なケアに関する内部研修や感染症発生時の指導も実施され、組織的な安全管理の徹底が行われている。
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
評価細目	評価結果	コメント
A⑬ 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。	a	利用者の外出希望時は、利用者と担当職員が外出時の道程や手順の確認を行い、必要に応じて支払い等の訓練も実施している。社会参加や体験を通し、楽しみを兼ねた外出の機会の工夫に努めており、外出後は職員間で振り返りを行い、次回に向けた課題等を検討している。外泊時には、必要に応じて手順書等を作成し対応を説明する等、家族の状況に応じた柔軟なサポート体制も構築されている。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
評価細目	評価結果	コメント
A⑭ 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。	b	地域や家庭へのサービス移行を目指して、同一法人のグループホーム入所を介した移行支援に取り組んでいる。現状として、その他サービス等への移行事例はないが、障害の特性やニーズの多様化に伴う支援の必要性が想定される。今後は、各職員が多様な福祉サービス及び社会資源を理解し、その方が望む生活の実現に向けた移行支援が行われるよう、多角的な相談支援と職員教育がなされていくことを期待したい。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
評価細目	評価結果	コメント
A⑮ 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。	a	緊急時対応マニュアルに基づき、家族との連絡体制が事前に確保されている。また、個別支援計画作成時には家族と意見交換する機会を設け、計画の振り返りと併せた相談対応も実施している。利用者の外出・外泊時には、必要に応じて家族との連絡ノートを作成し、事業所からの情報提供と家族からの状況報告が行われる仕組みも設けられている。家族との交流促進に向けて、親睦会を年1回開催する等、日常的な連携と信頼関係の構築にも努めている。

### A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援		
評価細目	評価結果	コメント
A⑯ 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。	対象外	評価対象外項目 原則として18歳以上の方を入所受入要件としており、本評価項目は評価対象外とした。しかし、緊急的な短期入所や日中一時支援において、障害児の受入体制は整備されており、実際の受入も行われている。その際は、家族や学校等からの情報提供に加え、法人内関連施設からの助言を基に、適切な支援の実施に努めている。

### A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援		
評価細目	評価結果	コメント
A⑰ 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。	対象外	評価対象外項目
A⑱ 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。	対象外	評価対象外項目
A⑲ 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。	対象外	評価対象外項目