

(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 管理者 瀧澤 千代美	定員：施設入所支援 50名 短期入所 4名 生活介護 60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	https://www.nmf.jp/
【施設・事業所の概要】	
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 サービス管理責任者 2名 管理栄養士 1名 生活支援員 36名 看護師 2名 作業療法士 1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 ○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) 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、地球環境にやさしい運営に努めます。
- (4) 日頃からの感染症対策の強化や業務継続に向けた取り組みの推進に努めます。
 - ①新型コロナウイルス感染症のまん延の防止等に関する取り組みの徹底
(委員会の開催、指針の整備、訓練の実施)
 - ②業務継続に向けた取組の強化
BCP(業務継続計画)の策定)研修・訓練を行い、自然災害・感染症などにより業務を中断させることのないよう努める
 - ③地域と連携した災害対応の強化(訓練に当たっての地域住民との連携)
- (5) 虐待防止に対する職員の更なる意識向上を図り、障がい者の権利擁護の推進に努めます。
 - ①虐待防止検討委員会及び身体拘束・行動制限廃止検討委員会において虐待の未然防止や虐待発生時の検証、再発防止対策の検討
 - ②年2回(5月、11月)全職員に対しセルフチェックを実施し、集計と分析結果を周知し権利擁護意識及びサービスの質の向上につなげる
- (6) 支援の継続を見据えた障がい福祉現場におけるICTの活用を努めます。
 - ①運営基準や報酬算定上必要となる会議等について、テレビ電話等を用いた対応を可能とする。

【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) 職員の確保及び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。
- (8) 「地域連携推進会議」を設置して、地域の関係者を含む外部の目を定期的に入れます。

3 評価結果

(1) 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年5月1日（契約日） 令和7年1月22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成30年度）

(2) 総評

◆ 特に評価の高い点

○人材の確保や定着、人材育成、働きやすい職場づくりに向けた取り組み

中長期計画や事業計画において人材確保や人材育成の見通しが示され、働きやすい職場を目指して職員の適正配置に努めている。また、法人が期待する職員像について専門職や格付けごとに明示されており、自分の将来像が描きやすくなっている。

人材確保においては、法人の将来を担っていく若い世代に興味を持ってもらえるよう、SNSを活用して法人の魅力や日々の取り組みを発信し、インターンシップによる体験や実習生の受け入れを積極的に行っており、また、プリセプターシップ制度により業務の習得支援だけでなく、ひとり立ちした後も引き続き相談できる体制があり、新入職員や異動した職員の心理的安全性を確保することで人材の定着に繋げている。

人材育成では、新入職員の育成におけるプリセプターシップ制度があり、プリセプターである先輩支援員が新入職員に対してマンツーマンで教育を行っている。運営方針に基づいた職員研修実施計画が作成され、施設内研修以外にも法人研修や外部研修、サポーターズカレッジでのweb研修と学べる機会が豊富にあるため、職員一人ひとりが必要な知識や技術を習得しやすくなっている。

今年度から新しい人事考課システムに移行しており、一人ひとりの役割や目標を明確にし、定められた評価基準を達成しようとする中で、ケアの質が高まっていくようになっている。また、職員が働きやすいように、職員の状況に合わせた勤務や配置への配慮がなされている。有給休暇については事前に相談することで取得しやすく、男性の育児休業についても取得実績がある。時間外勤務が必要な場合は事前に申請し、管理者が業務内容の確認や時間管理についてのアドバイスをを行うことで長時間労働とならない配慮がなされている。

○標準的な実施方法の見直しの取り組み

法人で標準化されたマニュアルがあり、それを基に各施設や事業所の実情に合わせて内容の追加や変更がなされ、みのり園としてのマニュアルが作り上げられている。マニュアルは事務所に置いてあり、いつでも確認できるようになっている。マニュアル検討委員会が施設や利用者の状況に応じてマニュアルを見直し、内容の変更や追記がなされている。また、法人内のマニュアル検討員が集まり、それぞれの施設の変更点を持ち寄って法人のマニュアルの見直しを検討する仕組みが図られている。

個別支援計画は、誕生月を基準として半年に一度見直しを行うこととされ、利用者ごとに見直しの時期を決めて見直しのスケジュールを立てている。モニタリング

や家族との情報交換、日々の支援記録を基に、毎月のグループ会議で情報を共有し、変更の必要性の有無を見極めている。個別支援計画の作成や見直しの手順書が作成され、いつでも確認できるようになっている。

今後もマニュアルの見直しや検討が継続される中で、制度や施設の実情に合わせて必要なマニュアルを作成していくことが期待される。

○利用者の視点に立った環境の工夫

一人ひとりの障害特性に合わせて家具や椅子等が配置され、テレビ台や棚、手すりを手作りで設置する等、利用者の視点に立った環境の工夫が随所に見られる。周囲が気になって食事に集中できない利用者には個別のブースを作成して集中できる環境を整え、テレビの音をあえて出さないようにするなど、刺激をコントロールできるよう支援に努めている。ボタンを押すことに拘りがある利用者には、壁におもちゃのボタンを設置し、近くを通った際に好きなだけ押してもらえるようにすることで、利用者にとっても支援員にとっても負担やストレスが少なくなるような工夫が実践されている。一日のスケジュールを時計のイラストで示す、本人の言葉でも記入する、時計はアナログとデジタルの両方を設置する等、視覚的に理解できるような工夫がなされている。また、事務室前と共有スペースにテレビを設置し、利用者が立ち止まって注目できる空間を設けている。掲示物があると利用者が持って行ってしまうことがあるが、「掲示物を貼らない」ではなく「どのようにしたら情報を伝えられるか」という視点で、利用者に伝えたい情報をガラス越しに掲示する工夫が実践されている。

◆今後取り組みが望まれる点

○地域との交流・地域貢献への取り組み

法人の基本理念に「地域に親しまれる、安定した福祉の拠点づくりと、豊かな社会福祉の実現に努めます」と明文化され、事業計画には「心のバリアフリーの促進を図る」と明示し、地域との「つながり」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。コロナ禍を経て、以前のような取り組みまでは至っていないが、地域の保育園、近隣小学校体、看護学校等へ、利用者の障がいや事業所の理解を得るための取り組みが積極的に展開している。また、利用者個々の希望に沿って、日常的な地域への外出支援も柔軟に行なわれており、「みずほ福祉会まつり」等を通して地域住民と相互交流の場となるよう実施されている。

しかし、利用者の高齢化や重度化、地域の高齢化等諸事情に伴い交流の機会が減少、利用者に掲示板等で地域の情報提供発信ができていない現状が見られる。地域交流し良好な関係を築くことは、利用者の活動範囲を広げ、QOLを高めるため、地域社会の一員として社会的役割を果たすことに繋がる。今回の第三者受審アンケートに職員からも「地域との交流に」について、前向きな意見が聞かれている。今後は、職員参画の下、利用者への社会資源や地域の情報発信が検討工夫され、利用者が地域活動へ参加しやすくなるための体制構築に期待したい。

○福祉サービスの質の向上に向けての取り組みについて

事業所は福祉サービス第三者評価検討チームを設定し、今回3回目の第三者評価を受審している。

法人基本理念「利用者の視点に立ち、安心して利用できる質の高い福祉のサービスの提供に努めます。」事業所基本方針には、「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」を掲げ、サービスの向上、利用者の満足に繋がるよう日々の生活支援の中で、利用者一人ひとりのニーズの把握に努め、より良い方法の試行錯誤と実践に努めている。

また、利用者満足度調査や第三者評価の受審が行われ、集計、課題抽出が行われ職員間で共有認識もしている。しかしながら、抽出された課題についての見直しや検討は行われていない現状が窺えるのである。福祉サービス第三者評価検討チームにて、抽出された課題について、分析、検討されるとともに職員参画の下で、組織的に福祉サービス質の向上に向けた改善取り組みが継続的かつ計画的に行われることに期待したい。

(3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(R7.1.10)

新潟県福祉サービス第三者評価の受審は6年ぶり、3回目となりました。法人としても定期的な受診を推奨しており、職員が「自ら気づくことの大切さを知り、改善する意欲を高めること」につなげています。

この度、専門的かつ客観的に評価いただいた内容は真摯に受け止め、職員間での共通理解としていきます。そして、法人基本理念や基本方針の職員への浸透をより一層深め、施設のあるべき姿、職員の目指すべき姿を共有し、信頼される施設として地域に貢献できるよう努力をしてまいります。

障害者支援施設みのり園
管理者 瀧澤 千代美

(. .)

(. .)

(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

1 プリセプターシップ制度を導入した新人教育

新人教育は、資格や経験がなくても大丈夫なように、先輩職員（プリセプター）がモデルをしながら、マンツーマン方式で1年間かけて実践能力を教育している。

- ① 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、不安・不満が早期に解決できる。
- ② 個々の成長に合わせた目標設定がおこなえる。
- ③ 法人全体でサポートすることで、プリセプティ・プリセプターともに成長できる。

プリセプターはプリセプティの一番身近な存在で、関係性は継続され、悩みを相談できる環境も続いていく。先輩・新人共に教え・教わることを職場全体で包括的にサポートしている。

2 新・人事制度の導入

安定的な法人運営並びに事業運営を進めるため、職員一人ひとりがその役割に応じた職務に精励し、利用者やご家族の信頼や期待に応えられるよう、人事制度改革を進めている。職員一人ひとりの役割を明確にするとともに、その取り組み度合いに応じた評価を処遇（昇給や賞与、人材登用）に反映することで、職員同士が互いに切磋琢磨しながら互いを高め合い、協調と尊敬を礎とした働き甲斐のある職場を目指している。

3 研修

人事制度に基づき、自身の役割を意識できるよう働きかけることを目的として企画されている。新採用研修、法人研修（若手・中堅・ベテラン・管理職）、内部研修、外部研修、交換研修、WEB研修など、仕事内容や役割に合った研修を実施。新採用研修は3日間かけて、新しい職場への不安を払しょくできるよう丁寧に研修を行っている。

4 資格取得制度

教育訓練資金支援制度を設け、資格取得（社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士）にかかる費用を一部法人が負担。資格取得の日程に合わせて優先的に休暇が取得できるよう配慮している。

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(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)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	法人の基本理念である「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」は、ホームページやパンフレットに明示され、運営方針は事業計画に明文化されている。また、基本理念に基づいた倫理綱領が策定され、朝会での復唱を継続的に行っており、個人面談の際に周知状況を確認している。

I-2 経営状況の把握

I-2-1(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)-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	社会福祉事業全体の動向については、新潟市知的障がい者施設連絡会や新潟県知的障害者福祉協会などの会議から情報を取り入れ、障害福祉制度や利用者の動向を分析して今後の予測を立てている。今後5年間の事業収入、施設設備、職員や利用者の状況についての分析がなされ、利用率の目標や予算に反映されている。経営状況については、毎月の利用率や執行状況を確認することで収支を把握している。
3 I-2-1(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a	法人を取り巻く状況について、「政策・報酬」「法人運営・経営」「人材確保・育成」「施設建て替え」に分けて予測が立てられ、それぞれに具体的な提案が示されている。みのり園の収支状況や課題については、法人の代表会議の内容と合わせて職員会議において周知している。人材育成と人材確保が喫緊の課題となっており、プリセプターシップ制度での新入職員や異動職員のフォロー、職員の状況に合わせた働き方の提案など、働きやすい職場づくりに向けた取り組みがなされている。

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。	b	2020年に法人全体の経営や人材、設備等に関する7～8年後のイメージ像が作成され、2023年には今後10年間を見据えた中長期計画が策定されている。施設の老朽化に対する建て替え計画、人材確保と人材育成の継続、利用者の確保、法人運営の継続について、法人の基本理念を基に具体的な提案や数値目標が記載されているが、継続的に見直す仕組みがない現状が窺える。今後は、地域や法人の状況の変化に応じて、様々な世代や職種の意見を取り入れながら計画の変更や追加がなされる仕組みづくりに期待したい。
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	単年度の事業計画には、昨年度の課題や中長期計画で提案された内容が盛り込まれ、事業運営(予想利用率・算定する加算・職員配置等)や権利擁護、サービスの質の向上、人材育成等について記載されている。「保健衛生計画」「行事計画」「機能訓練計画」「防災計画」「職員研修実施計画」については、時期や内容が具体的に記載され、実施状況について評価しやすいものになっている。
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。	a	事業計画は、年度当初の職員会議で説明がなされ、出席できなかった職員に対しては資料を添付して周知している。事業の実施状況や予算の執行状況については、法人の代表者会議で報告がなされている。次年度の事業計画は年度中の実績を踏まえて策定され、「保健衛生計画」「行事計画」「機能訓練計画」「防災計画」「職員研修実施計画」等の各担当職員が実施状況を把握し、2～3月にかけて最終案がまとめられている。次年度の予算案については、利用率の目標や算定する加算、人員体制、設備の修繕等から収支を予測して作成されている。
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	サービスの提供内容や施設の設備等に関しては重要事項説明書に記載があり、契約時にも説明がなされ周知に努めている。事業計画の内容については、年度初めの事業説明会で利用者家族への周知がなされ、出席できなかった方には資料を郵送しているが、利用者への周知が十分でない現状が窺える。今後は、障害の特性から利用者への周知は難しい部分はあるが、まずは大切な項目だけでも伝えていく取り組みについての検討が望まれる。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	a	今年度から開始となった新しい人事考課システム(年2回)で目標達成度や支援内容の確認を行っている。また、虐待防止のためのセルフチェック(年2回)で利用者への関わりについて振り返りを行い、施設や職員のサービスの質の向上に繋がるよう努めている。2021年度には満足度調査が実施され、抽出された課題を職員間で共有している。定期的に第三者評価を受審しており、福祉サービス第三者評価検討チームが中心となって評価結果を分析し、改善に向けて取り組んでいく予定である。

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。	b	「倫理委員会」が主体となり、職員一人ひとりから毎月の目標を記入してもらい、他の職員や利用者が見えるように掲示している。今回の第三者評価の結果を基に、「福祉サービス第三者評価検討チーム」が中心となって改善に向けて取り組んでいく仕組みがある。しかしながら、2021年度に実施された満足度調査結果はまとめられているが、その後の展開がなされていない現状が窺える。今後は、第三者評価の結果と合わせて分析や検討がなされ、施設運営の改善やサービスの質の向上への取り組みに活用されることを期待したい。
---	---	---	--

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。	b	新潟みずほ福祉会組織図や事務分掌、委員会担当表などに管理者としての役割や責任が明記されており、いつでも確認できるようになっている。管理者として、職員がストレスなく業務に集中できるような職場を目指したいとの思いがあるが、自らの役割や責任について職員に表明する機会が十分でない現状が窺える。また、有事における管理者の役割や責任については業務継続計画(BCP)等に記載されているが、権限移譲について明確になっていない現状が窺える。今後は、管理者としての役割や責任、みのり園や職員に対する思いについて伝える機会を増やし、職員との信頼関係がさらに深まっていくことを期待したい。
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	管理者は、北陸地区知的障害者福祉協会や新潟県知的障害者福祉協会、新潟市知的障がい施設連絡会の会議への出席や各種研修の受講で、事業継続計画(BCP)や加算、制度など法令に関する情報収集に努めているが、職員への周知が十分に行えていない状況が窺える。今後は、収集した情報や自身の取り組みについて運営会議や職員会議等で伝達したり、デスクネット等で発信していくことが望まれる。
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	管理者は一つひとつのインシデントに対して目を通し、内容や対応策で気になるところがあれば確認し、改善を重ねてより質の高いサービスに繋げている。また、日頃の支援での困りごとや苦慮しているケースについて検討したり、職員のセルフチェックを行ったりすることで、不適切なケアに繋がらないように努めている。サービス管理責任者の配置を2名とすることで、支援内容に関する情報収集、改善策の検討や発信がスピーディに行われるようにしている。法人研修や施設内研修、サポーターズカレッジでのweb研修、外部研修だけでなく、日々の普段の気づきを大切に、支援方法等の気づきに対する検討や研修を短時間で行っている。
13	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。	a	みのり園の稼働率や収支状況などを把握し、本部と連携を取りながら改善に努めている。施設の経営状態についても把握しており、業務の効率化に向けた取り組みとして、離れた場所にいる職員との連絡手段としてスマートフォンやトランシーバーの活用や、職員が把握できなかった事故について迅速かつ的確に確認するための防犯カメラの活用などが行われている。職員が働きやすいように、それぞれの事情に合わせた勤務や配置への配慮がなされている。また、職員がゆっくりと休憩できるように、会議室を休憩場所として使用できるように整備している。

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	中長期計画や事業計画において人材確保や人材育成の見通しが示され、働きやすい職場を目指して職員の適正配置に努めている。人材確保においては、インターンシップによる体験や実習生の積極的な受け入れ、職員紹介制度等の取り組みが行われている。また、法人の将来を担っていく若い世代に興味を持ってもらえるよう、SNSを活用して法人の魅力や日々の取り組みを発信している。プリセプターシップ制度により、業務の習得支援だけでなく、ひとり立ちした後も引き続き相談できる体制があり、新入職員や異動した職員の心理的安全性を確保することで人材の定着に繋げている。
15 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人が期待する職員像についてを専門職や格付けごとに明示されており、自分の将来像が描きやすくなっている。今年度から新しい人事考課システムに移行し、自分たちで作上げた明確な評価基準を基に評価して次年度の昇給や賞与に反映される仕組みとなった。一人ひとりの役割や目標を明確にし、定められた評価基準を達成しようとすることで、ケアの質が高まっていくようになっている。職員の自己評価を基に上司が一次考課を行い、目標や項目の達成度を確認している。二次考課は管理者が行っている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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組んでいる。	a	勤怠や時間外勤務の管理は管理者と補佐で行っている。時間外勤務が必要な場合は事前に申請してもらい、業務内容の確認や時間管理についてのアドバイスをを行うことで長時間労働とならないような配慮がなされている。勤務変更や時間外勤務の申請、月ごとの管理は職員自身に行ってもらうことで、自分の勤務について責任が持てるように促している。申請や決済についてもパソコンの管理ソフトで行うことができ、業務の効率化に繋がっている。有給休暇については事前に相談することで取得しやすく、男性の育児休業についても取得実績がある。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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	倫理綱領に期待する職員像が示されており、新しい人事考課システムにおいて職員それぞれの目標を年度初めに設定し、職員一人ひとりの面談を通して目標設定の支援やアドバイスをを行っている。半年後の面談時に目標の進捗状況や達成状況を確認している。新入職員の育成においてプリセプターシップ制度があり、プリセプターである先輩支援員が新入職員に対してマンツーマンで教育を行っている。運営会議で進捗状況を報告しながら、2～3ヶ月でのひとり立ちを目指している。プリセプターは、新入職員がひとり立ちした後も良き相談相手となり、安心して働けるようにフォローしている。
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	運営方針に基づいた職員研修実施計画が作成されている。施設内研修以外にも、法人全体の職員を対象とした法人研修や外部研修の計画が作成されている。サポーターズカレッジでのweb研修もあり、職員がいつでも学べる機会が提供されている。キャリアパス要件に法人として取得を目指してほしい資格や受講してほしい研修が示されておりサービス管理責任者等の法定資格の研修については法人全体で計画的に進めている。介護福祉士や社会福祉士等の資格取得には教育訓練資金制度を設けている。
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。	a	法人研修では、法定研修だけでなく職員のスキルアップに繋がる研修が企画されている。また、参加する職員を役職や勤続年数等を設定して照準を絞り、それぞれに必要な知識や技術が習得しやすいようになっている。外部研修の年間計画には対象となる職員が記されており、研修案内が届いたときはデスクネット等で情報提供を行う等、職員一人ひとりが研修の場に参加できるように配慮がなされている。また、日々の支援の中でも、支援方法や対応についての検討や研修が短時間で終わっている。
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。	a	実習生対応マニュアルや実習係手順書が作成され、実習係が中心となり積極的に受け入れを行っている。実習生の受け入れの際は、実習生ごとに実習日程表や個別のプログラムを作成し、実習目標が達成できるような配慮がなされている。また、利用者の特性等について実習生が理解しやすいように、実習生用利用者プロフィールが作成されている。実習生対応マニュアルや実習係手順書は定期的に見直しがなされ、法人内の他の施設とも共有することで、法人内での実習生の受け入れ手順や対応方法の統一が図られている。

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。	b	ホームページにおいて、基本理念や倫理綱領、事業所の概要、提供するサービス内容、事業計画、予算、事業報告、決算報告、監査報告、定款、各種規定、苦情の状況、苦情解決の流れ等、様々な情報が適切に公開されている。また、第三者評価の受審結果についても公開されている。みのり園周辺の地域コミュニティにおいては、コロナ禍を機に活動の機会が減少しているが、みずほ福祉会まつりの開催や小中学校へのゲストティーチャーの派遣、利用者の作品の出品を通して地域との「つながり」を作る取り組みがなされているが、地域へ向けての情報発信が十分に行われていない現状が窺える。今後は、地域との「つながり」を継続していく中で、地域に法人やみのり園で行っている活動等について情報を発信していく取り組みが検討されることに期待したい。
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	ホームページで調達事業についてのページがあり、入札のお知らせや入札結果について公表されている。経理規定の中で、会計や資産管理、契約、取引のルール等に関して記載されており、年1回、5月に法人内の会計や業務が正しく行われているのかを確認するための内部監査が実施されている。また、2ヶ月に1回会計事務所による巡回指導があり指摘や助言を受けている。

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	法人の基本理念に「地域に親しまれる、安定した福祉の拠点づくりと、豊かな社会福祉の実現に努めます」と明文化され、事業計画には「心のバリアフリーの促進を図る」と明示し、地域とのつながり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。近隣小学校に職員が出向き「ポッチャ」体験、看護学校の文化祭に利用者が制作した作品を展示するなど、利用者の障がいや事業所の理解を得るための取り組みが積極的に行われている。また、利用者個々の希望に沿って、日常的な地域への外出支援も柔軟に行われている。コロナ禍を経て開催の「みずほ福祉会まつり」は地域住民と相互交流の場としても実施している。利用者の高齢化や地域の高齢化に伴い老人会や婦人会、回覧がなくなるなど地域の情報を得る機会や利用者の参加の機会が減少する中ではあるが、今後は、社会資源や地域の情報を収集し、掲示物等の危険性を考慮しつつ利用者社会参加に向けてどのように情報提供を行くかを検討し、地域住民と交流の機会が広がることに期待したい。
24 II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	ボランティア受け入れマニュアル、実習生マニュアルは整備され、手順が明確になっている。ボランティア用に作成された「利用者プロフィール」を活用し、障害特性や活動時の諸注意事項等を説明することで利用者の安全への配慮が行われている。「次世代への教育」と学校教育への協力も積極的に行われ、インターンシップ(学生の職場体験)や小学校への「ポッチャ体験」等、計画的に受け入れ実施されている。また、実習実施後には反省会を行い職員へ回覧し情報共有を図っている。コロナ流行感染症の5類移行に伴いボランティアの受け入れも再開している。

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。	a 法人内各事業所との連携体制は構築されており、パソコン（メーリングリスト）のネットワークシステムを活用した情報共有が行われている。新潟県知的障害者福祉協会、新潟市知的障がい者福祉連絡会など関係機関と連携している。障害福祉課、健康福祉課とも情報を共有し連携に努めており職員会議等で職員にも周知している。また、連絡先一覧にて職員が確認できるようになっている。新潟市地域生活拠点事業への登録を行い、緊急短期入所の受け入れも行われている。今後は、更なる多様な利用者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が行われ、職員の理解に向けた取り組みがなされることに期待したい。
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 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。	a 法人は、潜在利用者の把握にサービス管理責任者が相談事業所や福祉施設等に出向き情報収集を行っている。新たに作成した事業所紹介用フライヤーを配布し、各福祉施設・事業所の福祉ニーズ・生活課題の実情について情報交換するなど積極的な取組を行っている。訪問後、訪問先、対応者内容を一覧化し、法人本部に報告、関連施設と運営会議等で情報共有に努めている。地域住民との消防訓練後に福祉ニーズや生活課題等について話を聞くようにも努めている。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a 新潟県・新潟市・新潟県社会福祉協議会等に職員を研修講師や各役員等へ派遣を行っている。また、災害福祉ネットワークへ職員派遣・にいがたセーフティネット事業・新潟市「災害時要援護者への避難援護協力」等、別棟を提供する災害支援の他、地域の小・中学校へ職員をゲストティーチャーとして派遣するなど、地域ニーズに基づく事業活動を行っている。また、事業計画内容を分かりやすくした内容文章を家族にも配布している。

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 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。	a	法人の倫理綱領・基本理念に利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が明文化され実践に努めている。毎朝「倫理綱領」等の項目を決め、職員間で話し合い理解する取り組みを行っている。新潟県主催「新潟県虐待防止・権利擁護研修」への主任クラスの参加をはじめ、法人新人研修・施設内部研修において、全職員へ「身体拘束適正化のための研修・虐待防止のための研修」が行われている。身体拘束適正化検討委員会・虐待防止検討委員会の会議にて、毎月状況の把握と見直し検討が行われている。倫理委員会より支援の質を高めるため提示される目標に対し、職員は毎月自己評価を行っている。評価結果は集計公表し、日々の支援に繋げる取り組みも行っている。管理者は、職場の巡視、ストレスチェックの分析、満足度調査を通して、利用者を尊重した福祉サービスの共有理解に努めている。
29 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。	b	法人の倫理綱領・基本理念に明文化され、入浴排泄は、同性介助を基本としている。また、利用者一人ひとりの特性、状況に応じた食事場所や居室の工夫をしている。入浴・排泄等の支援マニュアルの各項目にプライバシー保護の視点が明記されている。また、事業所を知ってもらう、家族に様子を伝える手段として取り入れたSNSは、投稿マニュアルが整備され同意を得ていない利用者や職員の一覧が保管されている。インシデントなど、検証に用いられる防犯カメラは家族に説明同意を得て、プライバシー保護の観点から共有スペースに配置している。今後は、社会福祉事業に携わる者としてのプライバシー保護について、法人事業所についての姿勢・資料等を明記したマニュアルが整備され職員研修により理解が図られることに期待したい。
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 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	法人ホームページやパンフレット等に法人の基本理念や写真等を使用しサービス内容が明記されている。また、Facebookを開設、SNSでは写真入りで情報を更新しており、家族等は、利用者の施設での様子を把握できる。その他、新潟市のガイドブックやWAMネット等に事業所の情報を掲載し幅広い周知を心がけている。利用希望の方には、可能な限り本人に見学、体験してもらっている。利用、入所申し込みの際は、見学、体験の対応記録を作成し職員間で情報共有されている。県外からの家族からの申し込みに対しても丁寧に対応し計画作成者に相談するよう支援に努めている。
31 Ⅲ-1-(2)-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	サービス開始前にケアプラン会議を開催し、個別支援計画書を作成している。契約時に管理者またはサービス管理責任者より、契約書・重要事項説明書と合わせ、個別支援計画書も分かりやすく説明し書面にて同意を得ている。サービス内容の変更時には、事前に家族に変更サービス内容を説明し、ケアプラン会議に利用者との同席を得て書面にて同意を得ている。家族等が来園が難しい場合には事前に電話にて説明しサービス計画書を送付し同意を得ている。今後は、利用者本人の理解に向け、障がいの特性や理解状況に応じた資料の作成や説明方法とともに意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化されることに期待したい。

32	Ⅲ-1-(2)-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。	a	他の福祉施設事業所や地域・家庭移行時には、事前事後の支援を行っている。利用者、家族より移行の申し出に関係機関に情報提供を行い移行に向けて会議を行っている。また、移行先に利用者本人と職員が事前訪問し、浴室、トイレ、生活状況等を確認し、段取り支援した内容はケース記録に残している。サマリー・支援記録(ケース記録)等、歯科受診などサービス内容についても、著しい変更や不便が生じないよう配慮し対応を行っている。また、移行後も引き続き、生活介護など利用する場合にも支援の継続に努めている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
評価細目		評価結果	コメント
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	福祉サービス第三者評価検討チームが設定され、第三者評価を受審している。第三者評価以外にも利用者満足度調査を実施し、集計、課題を抽出、職員間で共通認識に努めている。調査アンケート結果は、年度初めの家族総会にて事業計画と併せて報告している。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て利用者の把握に努めている。意思疎通の困難な利用者へは、日常生活の様子観察と行動を予測し、個別の課題や過ごし方に留意し、より良い方法の試行錯誤と実践に努めている。しかし、2021年度実施された満足度調査結果はまとめられているが、分析・検討・改善が実施されていない現状がある。今後は、利用者満足度調査や利用者懇談会等が定期的開催する体制の整備と、利用者満足度調査や第三者評価での課題を分析・検討され、具体的な改善策が提供される仕組み作りに期待したい。
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。			
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。	a	苦情解決マニュアルが整備されている。受付から確認解決への話し合い、記録等手順・周知方法も記されている。利用契約書に苦情解決についての一文があり、重要説明事項説明書には、苦情申し出窓口(担当者)、苦情解決責任者・苦情受付機関の記載があり丁寧に説明を行っている。事業所内では「ご意見・ご要望」リーフレットに苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員、新潟県福祉サービス運営適正化委員会の記載がルビを振られ掲示されている。家族へは連絡ノートを活用し、苦情内容、要望を申し出やすい工夫もなされている。苦情内容や対応については対面にて聞き取り、パソコン内のフォルダーに記録保管し職員へ周知報告される。事業報告と合わせ広報誌やホームページにて報告している。
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。	a	男性棟に繋がるデイルーム隣接の指導員室には、職員の顔写真入りが掲示しており、顔の見える関係性と気兼ねなく話せる環境について工夫し意見や要望をくみ取るよう努めている。障害特性で意見要望等訴えに混乱をきたす場合、話された内容を担当者が分かるようにケース記録に残し、利用者への対応がスムーズに図られるよう連携に努めている。また、利用者が相談や意見を述べやすいよう時間を設定し相談室を活用するなど、環境にも配慮している。管理者は利用者が話しやすい体制、環境を心がけ日頃より利用者とのコミュニケーションを語るよう心がけている。
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。	a	日々の生活支援の中で意見や要望、思いをくみ取るよう努めている。意思表示の難しい利用者が表す表情等行動などから把握に努めている。また、事業所は担当制を取っており、利用者家族からの意見や要望はまずは担当に集約される。集約された内容は、グループ会議で検討され、課題や改善点等あれば迅速に対応検討しパソコン内の申し送り簿にて、周知・情報の共有が図られ支援している。

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	安全対策検討委員会があり、月1回会議を開催しインシデント・アクシデント報告書を基本に統計や対策の検討・分析を行っている。「リスクマネジメントマニュアル」は整備され、事故発生時から訴訟に至るまでの手順、対応、報告対策について記載がある。組織的な取り組み体制が整備構築されており、法人としての体制、責任が明確化されている。事業所の各車両には、交通事故対応マニュアル、対応フローチャート、緊急時の連絡先を常備しており、緊急かつ即応が必要な場合も迅速に行われている。各支援マニュアル、腰痛予防マニュアルや研修を通し場面を通した理解に努めている。リスクマネジメントに基づく安全・安心な福祉サービスの提供が行われている。
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	感染マニュアルは整備され、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。法人全体の「施設における感染マニュアル」を基本に事業所では「ノロウイルス・インフルエンザ対策マニュアル」フローチャートが作成されている。「新型コロナウイルス感染症対応」マニュアルはパソコン内にて、利用者感染時、職員感染時のフローチャートが整備されている。保健衛生計画に基づき定期的に予防接種が行われ、感染予防対策研修と感染対策に係る安心・安全の確保がなされている。BCP(事業継続計画)を作成し、マニュアルの見直し検討がなされ、発生時の感染対策備品類を新たに備えるなど、感染症発生にあたっても事業継続がなされるよう体制の整備を行っている。
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	火災対策、地震対策、地震発生時の対応、不審者への緊急対応など「防災関係マニュアル」は整備されている。年間防災計画策定の基に「訓練実施計画書」を立案し、利用者も参画し日中・夜間想定火災避難訓練や地震避難訓練、三園合同避難訓練の他、防災機器研修、消火器訓練、火災通報訓練など様々な事態を想定し実施している。訓練後は、「防災訓練結果報告書」を作成し情報を共有している。避難時は、居室一覧表を使用し利用者の確認をするとともに利用者緊急連絡先ファイルにて連絡する仕組みとなっている。災害時はスマホの火災緊急連絡網にて一斉メールが行われる。隣接する同一法人事業所と緊急時にはサイレンで警告体制が整備されている。管理者不在時は、当日のリーダーが指揮を執る体制となっている。新たにBCP(事業継続計画)作成し、災害時の備品類は倉庫で管理、非常食は、利用者、職員に缶詰・レトルト食品・ミキサー食・トロミ・水を3日分、準備保管している。栄養士が消費期限が近いものは平時に提供するローリングストックとして使用している。
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は整備されている。夜間救急車対応マニュアルや発熱、転倒、外傷意識障害、誤嚥、感染症等利用者の容態変化や急変が生じた際の対応が記されている。食堂には、異物混入の際の気道確保方法がラミネートされ掲示されている。事務所には救急要請時のアクションカードがある。利用者の容態変化や急変が生じた場合に速やかに医療機関へ繋げる体制が整備されている。重大事故発生時には、法人弁護士と相談連携できる体制が整っている。

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。	a	理念や倫理綱領において、利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関する姿勢が示され、排泄や入浴等のマニュアルの中でもプライバシー保護の姿勢が明記されている。また、個人情報保護や虐待防止については例規集に明記されている。みのり園のマニュアルは事務所に置いてあり、いつでも確認できるようになっている。日々の支援は実施書を基に行われ、一人ひとりの支援内容について食事や排せつなどの項目に分けられ記載されている。利用者の状態に変化があったときに見直しがなされ、変更内容は職員に周知されている。小研修による支援内容の振り返りやプリセプターシップにより、画一的なサービスが提供できるよう取り組みがなされている。
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。	a	法人で標準化されたマニュアルがあり、それを基に各施設や事業所に合わせて内容の追加や変更がなされ、みのり園としてのマニュアルが作り上げられている。マニュアル検討委員会が施設や利用者の状況に応じてマニュアルを見直し、内容の変更や追記がなされている。個別支援計画は、誕生日を基準として半年に一度見直しを行うこととされ、利用者ごとに見直しの時期を決めて見直しのスケジュールを立てている。モニタリングや家族との情報交換、日々の支援記録を基に、毎月のグループ会議で情報を共有し、変更の必要性の有無を見極めている。個別支援計画の作成や見直しの手順書が作成され、いつでも確認できるようになっている。
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。		
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	サービス管理責任者が個別支援計画策定の責任者となり、定められた手順書に沿って作成されている。今年度より、サービス管理責任者が2名体制となり、アセスメントやモニタリング、関係者会議の開催等、個別支援計画策定に関する体制が強化されている。関係者会議には担当支援員だけでなく、看護師や作業療法士、栄養士など様々な専門職が出席し、それぞれの意見を取り入れながら定められた手法を用いてアセスメントが行われている。アセスメントから抽出された課題、利用者や家族の意向を基にニーズを導き出し、必要な支援だけでなく本人の楽しみや大切にしていることを盛り込んだ個別支援計画が作成されている。
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	個別支援計画の実施状況については、毎月開催されるグループ会議で確認している。個別支援計画は、誕生日を基準として半年に一度見直しを行うこととされているが、利用者の状態の変化や対応の変更により個別支援計画書の変更が必要になった場合においても、評価と見直しが行われている。評価と見直しの際はケアプラン会議が開催され、利用者、家族、サービス管理責任者、担当支援員、看護師、作業療法士、管理栄養士等が参加している。家族の出席が難しい場合は、電話等での連絡対応がなされている。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	個別支援計画に基づくサービスの実施状況や日々の様子についてはパソコンの記録ソフトに入力し、記録した内容が職員で共有できるようになっている。記録の内容や書き方についての取り決めはないが、入職時に記録の書き方の研修が行われ、管理者や上司が毎日の記録を確認して書き方についての指導がなされている。今後はさらに、職員間の情報共有や伝達がスムーズとなるよう、記録の書き方についてのマニュアル等が作成されることが望まれる。
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。	b	文書管理規定に基づいて記録の保存や処理の方法が定められており、個人情報の取り扱いについては個人情報保護規定に定められている。情報漏洩のリスクマネジメントとして、USBメモリの使用制限や内容によって閲覧できる職員の制限をかける、パソコンから離れる時はログアウトする等の取り組みが行われている。今年度は「介護記録の書き方研修」には参加しているが、記録の管理に関する研修が行われていない現状がある。今後は、記録の管理や保管等に関する研修が行われ、職員全員が記録の管理体制への理解が深まっていくことを期待したい。

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 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。	a	施設内における日常生活の支援は、個別支援計画に基づいて行われている。個別支援計画は6ヶ月に1回見直しが行われている。利用者、サービス管理責任者、担当職員、看護師、作業療法士、管理栄養士等が参加し、支援の内容について本人の希望や意志を確認しながら、利用者の自己決定を尊重したものとなるような配慮がなされている。月1回食事の選択メニューがあり、用意されたメニューの中から食べたいものが選択できるような支援が行われている。月3回、施設で理美容が利用できるようになっているが、本人の希望で地域の美容室へ外出する支援も行われている。
A-1-(2) 権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A② 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。	a	利用者の権利擁護は基本理念に明文化され、朝会時に倫理綱領を唱和することで職員への意識付けを行っている。成年後見制度に関する資料を家族に配布し、制度を利用する家族へのサポートが行われている。虐待防止の取り組みとして、倫理委員会が中心となり「虐待防止セルフチェック」を実施している。職員セルフチェックシートを用いて結果を集計し、数値が良くない項目については対策の検討と実施がなされている。また、セルフチェックの結果を基にした研修の立案も行われている。虐待発見時の対応についての手順が定められ、利用者の権利擁護に向けて迅速な対応が図られている。身体拘束については、緊急やむを得ない場合に一時的に身体拘束を行う手順や解除について定められおり、ケアプラン会議で慎重な検討がなされ、家族への説明と同意を得て行われている。内容や実施時間を記録するとともに、「身体拘束・行動制限廃止検討委員会」や「身体拘束適正化会議」で解除に向けての検討がなされている。今後も権利擁護のための取り組みが、継続して行われていくことが望まれる。

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 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	「本人の行動を制限するのではなく、本人が行いたいことをどの場面で行えるのかという視点」で、利用者の特性や動きに合わせて生活環境が整えられている。施設にあるものを活用だけでなく、職員が手作りして設置するなどの工夫がなされている。視覚からの情報が得られやすい利用者には、スケジュール表やイラストを作成して居室の見やすいところに貼っておき、自分で確認して行動できるようにしている。また、選択が必要な場面では、カードや写真を見て判断を促している。必要な行政手続きについては、利用者や家族と一緒にいったり代行したりするなどのサポートが行われている。
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。	a	利用者一人ひとりの実施書を基にしたコミュニケーションが図られている。利用者の特性にあわせて、職員の動きで伝えたりイラストや写真、実物を見てもらって伝えたりと、コミュニケーションの手段を選択している。伝えるときも、スマートフォンやカードを使用する等、利用者が理解しやすい方法で行われている。手洗い場に手洗いの手順や方法が掲示されており、手洗いに必要な時間をタイマーで伝えている。
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。	a	一人ひとりの利用者に担当職員が付いており、利用者や家族が相談しやすい体制となっている。利用者のことを理解している担当職員が利用者の意思を引き出し、意思決定支援に繋げている。家族からの要望や相談があった際は、利用者の状態や日々の生活状況と照らし合わせて個別支援計画に反映させている。月1回、食事のメニューを選択する機会があり、利用者が選択しやすいように写真やイラストをカードにして選んでもらっている。
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。	a	日中活動は利用者の希望を確認し、十分なアセスメントを行い個別支援計画に反映させている。外出支援は3ヶ月に1回を目安に行われ、担当職員が中心となって計画を立てている。コミュニケーションが取りにくい利用者に対しての要望や意向は、日々の生活の様子や行動、出てきた言葉から考察している。集団での活動が難しくなってきたが、食堂に集まって歌ったりレクリエーションを行うなど、限られた時間で楽しみを提供できるような取り組みが行われている。
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。	a	障害特性の多様化に対応するため、法人研修や施設内研修、外部研修に参加する機会を作り、専門知識や技術を習得した職員を育成している。強度行動障害がある利用者との関わりや支援が適切に行えるよう、強度行動障害支援者養成研修を毎年受講し、専門知識や技術を身に付けた修了者を少しずつ増やしている。施設内の掲示物を利用者が勝手に持っていき破いてしまうこともあるため、ガラス越しに掲示している。また、ボタンを押すことにこだわりがある利用者には、壁におもちゃのボタンを設置し、近くを通った際に好きなだけ押しもらえるような環境を整備している。利用者の特性に注目し、利用者にとっても支援員にとっても負担やストレスが少なくなるような工夫がなされている。

A-2-(2) 日常的な生活支援		
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	利用者への支援は、個別支援計画書や実施書を基に行われている。入浴は週3回となっており、午後から女性が使用し、夕食後(18:30~20:00)に男性が使用している。入浴時間中は入り口に暖簾を掛け、入浴中であることが視覚で分かるようにしている。入浴時に使用するシャンプーやボディソープは、施設で用意したものもあるが、利用者自身が好みのシャンプーやボディソープを用意して使用することも可能である。食事は栄養ケア計画書を基に提供されており、献立は事務所のガラス越しに掲示されている。献立表には提供するメニューの内容が視覚的に伝わるようにイラストも描かれている。管理栄養士は昼食時に利用者の食事の様子を確認し、支援員からも情報を得ている。食べ方や飲み込みに不安がある利用者の食事形態を管理栄養士と支援員で検討し、医師からの指示がある場合は病院で造影検査を行い、嚥下機能についての評価をしてもらっている。外泊の際には、施設での食事の様子等を家族に伝え情報を共有している。
A-2-(3) 生活環境		
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	施設内の温度管理は職員が行っている。浴室においては、脱衣室から浴室にダクトを通してエアコンの風が両方に行き渡り、脱衣室と浴室の温度が均一となるようにしている。一人ひとりの障害特性に合わせて家具や椅子が配置され、テレビ台や棚、手すりを手作りで設置する等、利用者の視点に立った環境の工夫が随所に見られる。周囲が気になって食事に集中できない利用者には個別のブースを作成して集中できる環境を整え、テレビの音をあえて出さないようにするなど、刺激をコントロールしている。一日のスケジュールを時計のイラストで示す、本人の言葉でも記入する、時計はアナログとデジタルの両方を設置するなど、視覚的に理解できるような工夫がなされている。事務室前と共有スペースにテレビを設置し、利用者が立ち止まって注目できる空間を設けている。掲示物があると利用者が持って行ってしまうことがあるが、「掲示物を貼らない」ではなく「どのようにしたら情報を伝えられるか」という視点で、利用者に伝えたい情報をガラス越しに掲示する工夫がなされている。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
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	事業計画に機能訓練計画が盛り込まれ、疾患や障害特性に合わせた訓練内容が示されている。リハビリテーション実施計画は6ヶ月に一度、個別支援計画書の更新に合わせて作成され、利用者一人ひとりの障害特性に合わせた機能訓練が行われている。作業療法士が担当職員から情報を収集し、骨折の既往がある利用者との関わり方や移乗移動時の指導助言がなされている。今後も、利用者の意向や心身状態を踏まえながら、重度化防止に向けた機能訓練を継続していくことが望まれる。

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	医師が月1回来園し利用者の健康状態を確認している。体調に変化があった時は看護師が状態を確認し、状態に応じて嘱託医へ報告して判断してもらっている。夜間の急変時の対応は、夜間対応マニュアルを基にして救急要請や家族への連絡等が適切に対応できるように周知されている。現在、吸引が必要な利用者はいないが、日中のみ経管栄養を実施している利用者があり看護師が対応している。
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	事業計画に保健衛生計画が盛り込まれ、年間を通して保健行事が計画的に実施され、健康状態の把握と管理に努めている。健康管理マニュアルは医務室に保管され、看護師を中心に健康管理が行われている。服薬マニュアルが整備され、マニュアルに沿った支援が行われている。誤薬や飲み忘れを防ぐために、配薬時は利用者の氏名と配薬トレーの顔写真でダブルチェックが行われている。施設内での感染拡大防止に向けて、感染症対策の研修の実施や個人用防護具の着脱の指導も行われている。
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	新型コロナウイルス感染症の5類移行後から外出支援を再開している。外出支援は3ヶ月に1回を目安に行われ、担当職員が中心となって計画を立てている。地域の行事などは、余暇活動係が中心となり参加を募っている。外出時は、利用者の状態に合わせて付き添いの職員を増やしたり、段差でのつまづき等のリスクを予測するなど、利用者の安全面への配慮がなされている。今後も利用者の意向を確認しながら、地域社会への参加や交流、学習する機会を増やしていくための支援が期待される。
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。	a	地域生活への移行希望は少ないが、必要な情報や資料が用意されており、支援体制は整っている。地域生活へ移行する際は、利用者の希望や意向を個別支援計画に記載し、本人や家族、相談支援事業所、関係機関との協議が行われている。今後も本人の意向を確認しながら地域生活への移行が検討され、事業所や関係機関と連携を取りながら支援体制を維持していくことが期待される。
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	利用者の身体状況や排せつの状況等の情報が記載された連絡ノートやケース記録を利用者家族に渡すなど、家族と情報が共有できるようにしている。施設の情報については、年度初めの事業説明会で家族に周知がなされ、出席できなかった家族には資料を郵送している。利用者家族の高齢化に伴い、2023年度で家族会は解散となったが、解散後も利用者家族との交流や連携が大切であると考え、個別支援計画書にも利用者家族との連携についての記載が記録されている。今後は更に、地域連携推進会議等で利用者家族との交流や情報を交換する機会を増やし、関係性を深めていくような取り組みが期待される。

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

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