

(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 施設・事業所情報

名称：社会福祉法人 新潟みずほ福祉会 障害者支援施設 第2みずほ園	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：障害者支援施設 第2みずほ園 施設長 渡辺 幸治	定員：生活介護56名 施設入所支援50名	
所在地：〒950-2137 新潟市西区小見郷屋58番地4		
連絡先電話番号：025-261-2211	FAX番号：025-261-5502	
ホームページアドレス	<a href="http://www.nmf.jp/office/di2">http://www.nmf.jp/office/di2</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成6年5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： 39名 非常勤職員 6名	
専門職員	(専門職の名称)	
	施設長 1名	
	サービス管理責任者 1名	
	生活支援員 32名 (うち介護福祉士 15名) (うち社会福祉士 2名)	生活支援員 5名
	看護師 3名	
	機能訓練指導員 (作業療法士) 1名	
	管理栄養士 1名	医師 1名(嘱託医)
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)
	1人部屋(個室) 13室	食堂(多目的ホール兼)
	2人部屋(準個室) 16室	浴室2(中間浴槽・特殊浴槽)
	3人部屋(準個室) 2室	(特殊浴槽)
		医務室・静養室・機能訓練室・相談室・談話室・短期入所室 便所5所・洗面所4所

③ 理念・基本方針

<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づくりと、豊かな社会福祉の実現に努めます。

ます。

<基本方針>

- 「障害者総合支援法」に基づき適正な事業運営に努めます。
- 利用者の人権を尊重し、障害者の虐待防止・権利擁護に努めます。
- 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。
- 在宅障がい者（児）福祉の増進に努めます。
- 次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。
- 地球環境にやさしい運営に努めます。
- 職員の専門性の向上に努め、職員のメンタルヘルスケアを図ります。
- 家族、成年後見人等との連携を図ります。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

羞恥心を伴う排泄、入浴、着脱の際は同性介助を行っている。その他、性差のない食事介助、移動、コミュニケーションは男女協力して支援にあたっている。また、ノーマライズされた支援を行っている。

施設運営についても、植林木紙の使用、ペーパーレス化の工夫、電力マネジメントシステムによる節電、熱効率化の工夫、電解水洗濯システムの導入など、地球環境にやさしい運営に努めている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年8月8日（契約日） 平成29年2月21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成22年度12月）

⑥ 総評

**◆ 特に評価の高い点**

**○サービスの質の向上に繋がる取り組み**

施設長及び職員全員が、常にサービスの質の向上に意欲を持ちながら業務に取り組んでいる。

理念や基本方針に利用者尊重が明文化されており、倫理委員会では基本的人権や利用者主体のセルフチェックを年2回行っている。

法人合同研修及び当該施設の内部研修では、「接遇マナーや聞く力チェック」「コミュニケーション」「身体拘束、虐待防止について」など、利用者一人ひとりのエンパワメントを引き出す具体的な研修が実施されている。

利用者一人ひとりの課題については、グループ会議や職員会議で討議され、安全対策、食事、マニュアル等についても、それぞれ専門の委員会で定期的に検討するなど、質の向上に向けての取り組みが組織的に行われている。

プリセプター制度を導入し、新人育成を行うと共に、法人全体で研修や見学等を共同で行うことで職員の更なる向上や気づきを促している。

また、「入浴」「排泄」「更衣」等の羞恥心を伴う介助には同性介助を行っている。

夜間の勤務体制においては、男性職員2名、女性職員2名で実施されており、夜間の支援対応、緊急時の迅速な対応ができるなど、職員への心身の負担軽減が、利

利用者への質の高いサービスの提供にも繋がっている。

### ○生活環境の改善と工夫の取り組み

利用者の身体状況（車椅子利用者が大半）に応じた施設内の環境整備に積極的に取り組んでいる。

食事については、食事時間に幅を持たせ、自力で移動できる利用者は時間内の好きな時間に食事を摂ることができるよう、テーブルは固定せず、個人対応できる体制に工夫を施している。月に3回、メニューを選択する日を設けており、利用者にも大変喜ばれている。

入浴については利用者の重度化に合わせて、一般浴槽を改修し特殊浴槽を導入することで、快適に安全に入浴することができるよう配慮されている。

排泄については車椅子で利用しやすいように手すりや広さが確保され、また、新たにトイレが増設されるなど、利便性も向上されている。移動できる脱臭機を導入し、排泄後に使用することで防臭効果を上げている。

電解質による洗濯システムを導入し、洗剤の使用量の削減を行うと共に、施設内は電解水を活用した除菌、脱臭が図られており、施設全体がクリーンで爽やかである。

食堂、廊下には加湿器が設置されており、インフルエンザ等の感染症予防対策が効果的に行われている。

また、施設内の廊下は広く、余裕で車椅子同士が交差でき、廊下の所々には円形カーブミラーを設置するなど、利用者が移動する際の安全が保たれるようになっている。居室環境においても、個室、準個室化により一人で過ごすことのできる環境が整備され、音の漏れにくい工夫もなされている。

施設全体としての利用者主体の安心安全が保たれた住環境となっている。

### ○地域との交流と心のバリアフリー促進の取り組み

施設は障害者自立支援法への移行時、新潟県内で最初に移行した施設であり、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作りと、豊かな社会福祉の実現に努めます」と明文化され、地域との関わり方を強く重視している。

地元の保育園、小中学校との交流活動には、利用者と共に事前説明に出向き、障害に対する理解と交流がより深められるよう努めている。

また、日常的に地域に出かける利用者や他の事業所へ出向いてサービスを受ける利用者もおり、生活の視野を広げた、地域との触れ合いの機会を大切にした支援にも積極的に取り組んでいる。

地域の敬老会「親子三代ふれあい会」に参加し、歌を披露したり、法人全体で行う「みずほ園福祉会まつり」等で、利用者と地域住民やボランティアとの交流を広げる取り組みが継続的に行われている。

加えて、新たな取り組みとして障がい者（児）生活支援センターと連携し、「ぷれジョブ」の受け入れ事業所の受託、補導委託制度に基づく「補導委託先」の受託等、地域における幅広い分野のニーズも積極的に取り入れている。利用者も共に学べる機会になり、心のバリアフリーの促進に向け取り組んでいる。

## ◆ 改善を求められる点

### ○中・長期計画策定の明確化に向けて

法人「みずほ福祉会 将来構想 中・長期計画書（素案）」が掲げられているが、サービス全体として目指すビジョンに基づく課題や問題点等が具体化されておらず、不明確である現状が窺える。

今後、問題解決に向けた組織的な取り組みを進めていく上でも「中・長期計画」「中・長期計画に基づく、中・長期収支計画」「単年度計画」、これらの3つの計画が全て策定されていることが大切である。

法人、施設が共に共通認識の上で進めていくためにも、①現状からの展望、②現状に基づく課題設定、③目標ビジョンの明文化、④組織整備、職員体制、人材育成等の観点で整理された計画の策定システムの構築が期待される。

今回の第三者評価は2回目の受審である。提供する質の向上や検証も行なわれ、振り返りが組織的に行われている。今後は、中・長期計画に基づきPDCAのサイクルを繰り返しながら改善策、改善計画を立て実施していくことを、組織全体で取組んで行かれることを更に期待したい。

### ○今後の取り組みが更に期待される事項として

#### ①人事考課制度の取り組みについて

今年度から「職員成長ステージ表」に沿った職務、職階に与えられた業務の役割、責任等を確認するための面接システムがスタートした。

半年毎に、面接前に職員各自から「自己目標」を提出させ、それを基に面接を実施している。面接者は客観性、公平性、透明性を確保するために、法人3園のサービス管理責任者（支援課長）が、違う施設の職員の面接を行い、結果については職員各自にフィードバックされている。

面接者においても正確な評価眼を養うために、法人内で人材育成支援のための研修を実施している。

今後は、この取り組みを活かしながら、人事考課の目的や効果を再検討し、法人全体で目指す人材育成に繋がる取り組みが期待される。

#### ②質の高い職員間の情報共有に向けて

現在、パソコンネットワークにより、施設や利用者の情報について事務室、職員室等で確認することができる。

環境に配慮したペーパーレス化への取り組みでもあるが、パソコン上の情報が十分整理されていない状況もあり、検索に時間を要している現状が窺える。

今後は、こうしたネットワーク化の推進と並行しながら、職員間での記録内容や書き方に差異が生じないように統一が図られると共に、定期的に記録台帳に綴られる等のシステムの構築が望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H29. 2. 21)

今回は、平成22年に受審後、2回目の受審でした。

サービスの質の向上に繋がる取り組み、生活環境の改善と工夫の取り組み、地域との交流と心のバリアフリー促進の取り組みについて評価していただきました。反面、中・長期計画策定の明確化に向けてなど改善を求められる点について指摘がありました。真摯に受け止めます。

1回目受審後、提起いただいた課題や、利用者・職員のコメント等精査して、改善に努めてきました。しかし、時間の経過の中で職員メンバーの入替等で全職員に周知できていない部分や達成できていない部分を今回浮き彫りにしていただきました。改めて定期的な福祉サービス第三者評価受審の重要性を痛感しているところです。

今後も、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、地域の社会資源として役割を果たし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 第2みずほ園 施設長 渡辺 幸治)

(H . . )

(H . . )

⑧ 評価細目の第三者評価結果 (別添：公表様式2のとおり)

# 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 第2みずほ園

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、基本方針が確立されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅰ-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	理念は法人開設時に基本理念として策定され明文化されている。法人のホームページ、広報紙、パンフレットにも記載されている。「利用者一人ひとりの尊厳、人権の保障」「利用者の視点に立った質の高い福祉サービス」「地域に親しまれる福祉の拠点作り」等、法人の目指す社会福祉施設としての方向性が明示されている。
Ⅰ-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づいて運営方針が策定され、事業計画書に明文化されている。利用者の個別性の尊重やエンパワメントの視点が盛り込まれ、職員の行動規範となっている。
Ⅰ-1-1 (2) 理念や基本方針が周知されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅰ-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	法人の運営方針については、年度初めの新任職員研修会、及び職員会議において資料に基づき施設長から内容説明が行われている。また、理念に基づき「職員倫理綱領」が定められており、朝会時に声を出して復唱されるなど、理念の継続的な周知が行われている。
Ⅰ-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	利用者には年度初めに資料に基づいた内容が施設長から噛み砕いて説明されている。中には障がいの程度によって理解が困難な利用者もあり、職員が代弁して周知に努めるようにしている。家族には年度初めの「家族会総会」時において、資料により施設長から前年度の概要及び新年度の理念に基づく基本方針が説明されている。理念は施設内各所にも掲示されており、常に周知に向けて継続的に取り組まれている。

I-2 事業計画の策定

I-2-(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
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	b	法人「新潟みずほ福祉会 将来構想 中・長期計画書（素案）H27.3.24理事会承認」が提示されているが、それを具体化した計画書が策定されていない現状がある。今後、サービス全体として目指すビジョンに基づく課題や問題点等を掲げ、解決に向けた組織的な取り組みを進めていく上で、「中・長期計画」「中・長期収支計画」等の具体的な計画の策定システムの構築が望まれる。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	「中・長期計画」及びそれに基づく収支計画は策定されていないが、単年度の事業計画、収支予算書は策定されている。今後は「中・長期計画」を具体化し、単年度の計画に反映していくことが望まれる。事業計画は、具体的な活動や数値目標等を設定して実施状況の評価ができるよう工夫検討が期待される。
I-2-(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
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	事業計画は、年度の終わりに利用者からの意見、要望や職員から出された業務改善の提案等を職員会議や生活支援課会議の場で検討し、評価、見直しが行われている。それを基に運営会議で検討を加えて、次年度の事業計画が決定されている。今後は、評価、見直しや計画決定の経過を記録化し、各種会議の場で報告されるシステムの構築が望まれる。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	前年度の評価や改善点を明記した事業報告と新年度の事業計画についてを、資料に基づき、職員会議で説明されている。しかし、現場職員（会議欠席者、パート職員等）に資料の配布だけでなく、十分な理解に繋がる工夫等がされていない現状が窺える。今後、組織全体で各計画を周知して進めていく上で、日常的に各種会議等で事業計画の具体的な方策等をPDCAサイクルの実施で周知していくことが望まれる。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	利用者には年度初めの朝会等で資料に基づき、施設長から噛み砕いて説明がなされている。家族には家族会総会時に資料に基づき、施設長から説明がされている。総会不参加者には、資料を郵送すると共に面会時等に説明して周知に努めている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(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
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	組織図一覧表、委員会担当表、組織内役割分掌に、施設長の役割と責任が明らかにされている。また、有事（災害、事故等）及び平時の両面において施設長の役割と責任についてマニュアル等で明確化されている。年度当初の運営会議、職員会議の場で施設長自らの思いや役割と責任を表明している。
I-3-(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	組織が遵守しなければならない多様な法令については、各種研修会や資料等で把握に努めている。また、法令を正しく理解するための関係機関との連携も密にして、時間外労働の是正、不審者侵入への対応、地球環境に優しい運営等を具体化して、各種会議や朝会等で職員への周知に取り組んでいる。今後は遵守の対象となる関連法令について、分野別にわかり易くリスト化し、最新の内容も取り込み、職員に正しく認識してもらうよう努めることが望まれる。
I-3-(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
I-3-(2)-① 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	提供しているサービスの質については、施設長及び職員全員が常に意識しながら業務に取り組んでいる。利用者一人ひとりの課題についてはグループ会議で、安全対策、食事、マニュアル等については専門の委員会で定期的に検討されている。施設長は報告や記録により現状や課題を把握すると共に、自らも多様な委員会等の場面に参加して、職員と共にサービスの質の向上に取り組んでいる。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	人事、労務、財務等については、法人幹部会議で毎月の実績を基に効率的な予算執行と経営の安定化に向けて分析検討が行われている。また、適切な人員配置や職員の働きやすい環境の整備等については、各種会議、委員会で出された検討課題について収支に基づく現状分析を行い具体化している。今年度は特殊浴槽の導入、低床ベットへの入れ替え、加湿器の導入等が実現している。



評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－１ 経営状況の把握

Ⅱ－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
Ⅱ－１－（１）－① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	社会福祉事業全体の動向については、厚生労働省からのメールや通知等で確認、全国身体障害者施設協議会（全身協）主催の研修会参加、新潟県、新潟市の福祉計画や通知等から把握するように努めている。地域内の福祉に対する需要の動向については、西区自立支援協議会等からデータやニーズの把握を行い、環境の変化に適切に対応している。
Ⅱ－１－（１）－② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	毎月の利用率、経費、財務等の執行状況を把握し運営会議で協議され、法人幹部会議に報告されている。前々年からの比較検討を行い、経営分析がなされ課題を明確にして組織全体で改善に向けた取り組みが行われている。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	b	会計の専門家による毎月の経営状況の確認は行われているが、財務状況以外の組織運営や事業内容等の外部監査は行われていない現状がある。今後は広く法人の外部の専門家によるチェックを通じて法人運営の透明性の確保に資することが望まれる。

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

Ⅱ－２－（１） 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
Ⅱ－２－（１）－① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	法人の運営方針に「人材の確保、人材育成」が掲げられており、事業計画にも「職員の専門性の向上、メンタルヘルス対策」を掲げて、それに基づく取り組みが行われている。現実には人材の確保がスムーズにいかず、派遣職員に頼らざるを得ない現状があり、人手不足が生じており苦慮している。資格取得を希望する職員には、研修や受験のための休暇や勤務シフトについて配慮している。今後は早急な人員確保とプランの見直しが望まれる。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	人事考課の一つの取り組みとして、「職員成長ステージ表」に沿った職務、職階に与えられた業務の役割、責任等を確認するための面接システムが今年度からスタートした。半年毎に面接前に職員各自から「自己目標」を提出してもらい、それを基に面接を実施している。面接者は客観性、公平性、透明性を確保するために、法人のサービス管理責任者（支援課長）等が違う施設の職員の面接を実施している。面接者は正確な評価眼を養うために、法人内で人材育成支援のための研修を行っている。結果については、職員各自にフィードバックされている。今後は人事考課の目的や効果を再検討し、法人、施設が目指す人材育成に繋がる取り組みが期待される。

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
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータは、担当部署で集約し、職員の意向の把握を行い業務配分等の改善に繋がれるよう努めている。法人3園で行う年2回の成長ステージ一覧表に沿った面接、プリセプター制度導入で職員が相談しやすくなり、職員の意向の把握についても組織内での工夫が効果を上げている。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	民間の福利厚生組織であるソウエルクラブへ加入して有効活用できる支援を行うと共に、法人の互助会への補助の仕組みもあり、職員の余暇活動や日常生活における支援が行われている。インフルエンザ予防注射等、健康管理の費用補助も行っている。今後は職員の健康上の悩みの相談窓口の設置と、解決に向けたシステムの構築が望まれる。
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
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	運営方針に「利用者のニーズを尊重し、サービスの向上と良質な支援を目指す」と基本姿勢が示されている。施設内研修の充実、各種会議、研修会への参加を掲げ、職員研修実施計画が定められており、それに基づき実施されている。また、介護福祉士、社会福祉士等、各種資格取得を推奨し、試験日には特別休暇扱いする等の配慮も図られている。今後も組織が職員に求める基本的姿勢や意識を持った研修計画を策定されることが望まれる。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	b	個別の職員に対する研修計画は策定されていない現状があるが、法人職員全体の研修実施表で資格の取得状況、研修への参加状況、技術水準、習熟度が把握されている。外部研修は、組織の成長ステージ一覧表に沿って参加する人を決定している。施設内研修は、法人合同研修も含めて毎月計画され、職員全体のレベルアップを目指している。業務の都合で研修に参加できなかった職員にはDVDを作成して周知徹底を図っている。今後は、職員一人ひとりの教育、研修計画を作成し、人材の育成に更に取り組んでいくことが期待される。
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	研修を修了した職員は復命書を作成し、職員会議等で発表することで情報の共有化が図られている。また、研修会で知り得た情報を基に研修委員が中心となり、早速実践の中に取り入れる姿勢や、法人内部研修後には、勤続2～3年職員のフォローアップ面談やアンケートを実施している。これらを基に運営会議等で研修内容の評価、見直しを図られ、次年度の研修計画に反映させるように取り込んでいる。
II-2-(4) 実習生の受入れと育成が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	近年、実習生の応募が減少している現状がある。事業計画に基づき実習生を積極的に受け入れ、次世代を担う福祉の人材を育成すると同時に、職員の研鑽の機会と位置付けている。受け入れマニュアルも整備されている。介護福祉士や社会福祉士を目指す実習生には、「実習指導者資格研修修了者」が指導に当たっている。今までにない取り組みとして補導委託制度に基づく「補導委託先」を受託している。

## II-3 利用者の安全・安心の確保

II-3-(1) 利用者の安全・安心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
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全・安心を確保するための体制が整備されている。	a	緊急対応時のフローチャートが整備されており、医療機関や警察、消防署、法人内の他施設との情報交換、連絡、協力体制が図られている。事故発生、衛生管理等の対応マニュアルが整備されており、それに伴う施設内外の研修会に参加し整備に努めている。利用者一人ひとりに対しては各自の健康管理票（これだけ情報）に基づき対応している。また、夜間は4名体制で利用者の安心安全の体制が整備されている。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全・安心の確保のための取組を行っている。	a	事業計画に防災、安全対策の具体的内容が示され、年間防災計画が作成されている。災害の種類によって、火災、地震、台風、水害、昨年からの雪害が追加され、法人施設共通のマニュアルとなっている。建物の設備類については、建物が増設された際に防火扉に変わる排煙トップライト（煙を天窓に出す）が設置され、作動時のマニュアルと人員確認チェック票がその場所に整備されている。また、「火災一斉メールシステム」の活用と「自衛消防隊組織図」に基づく体制が整備されている。防災訓練時には地元消防団の協力の下、法人内各施設と連携して実施されている。災害時の食料備蓄品については栄養士が管理責任者となり、3日分対応できるようになっている。備蓄品には収納箱に大きな字で品名と個数が表示されている。大規模災害等を想定して、新潟市と「災害時要支援者への避難援護の協力」に関する協定が締結されており、利用者のみならず地域住民の安全安心にも繋がっている。
II-3-(1)-③ 利用者の安全・安心を確保するためにリスクを把握し対策を実行している。	a	安全対策検討委員会を月1回開催し、ひやりハット報告書や事故報告書の事例についてをリスクマネジメントすると共に、職員会議で安全確保の実施状況や実効性について討議する等、意識啓発に努めている。また、防犯カメラを常設すると共に不審者への緊急対応マニュアルを作成して利用者の安全確保に努めている。
II-3-(1)-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	事故発生時の対応マニュアルは多様な状況を想定して、必要な対応が迅速にできるよう作成されている。緊急時に迅速な対応ができるように内部研修（救急法、看護師による医務説明やAEDの使用法、嘔吐物の処理等）が計画的に実施されている。夜間の勤務体制は男性職員2名、女性職員2名となっており、利用者の安心に繋がっている。

## II-4 地域との交流と連携

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
II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a	「新潟市障がいのある人もない人も共に生きるまちづくり条例」に添う、地域における障がい部門総合センターの核としてのさまざまな事業を行なっている。また、施設は障害者自立支援法へ移行時、新潟県内で最初に移行した施設であり、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作りと、豊かな社会福祉の実現に努めま
II-4-(1)-② 事業所（施設）が有する機能を地域に還元している。	a	地域の介護予防教室で職員が講師として依頼されたり、施設の活動を印刷物、広報紙で、年3回希望の利用者・全家族・地域・関係機関に配布している。
II-4-(1)-③ ボランティア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	生活者としての利用者の中には、個人で年会費を支払い有償ボランティアを利用している方が数名おられる。施設のボランティアの受け入れに対するマニュアルが作成され、事前説明や学生ボランティア等に研修を行っている。広報紙等で、ボランティアに関する活動を伝えることで、今後も継続して受け入れていきたいと考え活動している。今後は地域ボランティアの高齢化が進むことが予測されるので、新たな地域ボランティアの育成に向けた講座や学習などを整備していくことを期待したい。
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
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	福祉サービスの質を向上させていく為に、地域や行政を含めた連携作りに参加している。具体的な活動として、新潟市のガイドブックに載せ、相談支援の事業所からの支援要請が増えてきている。施設としては在宅生活を続けるために施設を利用する支援を考慮しており、職員にはその都度状況を伝え、生活者としての入所者、通所者としての対応をするように、お客様にしてみわらないよう、必要で、適切な支援を確認している。今後も活動のリスト化、記録化を継続し、地域のニーズを把握し、少しでも長く地域で生活出来るよう支援していきたいと努めている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	新潟県、新潟市、地域、相談支援事業所との連携を図り、自立支援協議会等、地域の関係機関や団体との共通の問題に対して解決に向け、具体的に取り組んでいる。個別ケース検討会で、法人・個人と取り巻く環境やネットワークを検討することも多い。

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
Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	<p>広報紙の年３回発行や地域の環境整備活動が継続して行なわれている。また、地域の民生委員と年１回定期的に会議を行い、地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。また、地域住民に対する相談事業を実施しており、共生フォーラムでは法人の「障がい者（児）生活支援センターわぁ～らく」が年１回継続的に実施し、アンケートを取りするなど実績を積み上げている。今後も地域での活動が期待される。</p>
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。	b	<p>法人としては、福祉ニーズに基づく独自の取り組みを計画し、実施している。地域での生活の継続を大切にしており、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、相談事業等、さまざまな事業や活動が行なわれている。現在、新たなグループホームの計画など、地域のニーズや必要性を把握している。今後は把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業、活動の中・長期計画に記載し明示していくことが期待される。</p>

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実践

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1 (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
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もつための取組を行っている。	a	理念や基本方針に利用者尊重が明記されており、倫理委員会では基本的人権や利用者主体等のセルフチェックを年2回行なっている。また法人全体で勉強会、研修会も行なわれている。具体的には接遇マナーや聞く力チェック、コミュニケーション、身体拘束、虐待防止の不適切な行為についての研修等が計画・実施記録・アンケートが計画表に基づいて行なわれ、記録がまとめられている。また内部研修でも、法人全体がそれぞれ職員に呼び掛け合いながら出来るだけ受講の機会を持てるよう工夫している。
Ⅲ-1-1 (1) -② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	社会福祉事業に関わる施設として、利用者のプライバシー保護に関する基本的な知識や姿勢の意識を徹底していく事や、既存の建物の中で、個室化への工夫や個別のスペースの確保などが行なわれている。規程やマニュアルがあり、権利擁護チェックリストを行なっている。倫理委員会は集計結果をフィードバックしており、その中で、「居室に入る際は必ずノックしましょう。意志疎通が困難な利用者への言葉掛けを怠らない。利用者に（～ですね？）と決めつける聞き方はせず（～ですか？）聞くようにしましょう。」等の具体的な改善点を見つけている。
Ⅲ-1-1 (2) 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
Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者が通る廊下に職員の顔写真が掲示されており、毎月テーマを決め、職員が各自の目標を記入し公表している。また、職員間でその職員の良い処を見つけて記入している。職員がお互いによくなっていく仕組みを利用者にも見えていく形で、それらの事が利用者の目に触れるような仕組み作りをしており、利用者の月例会で内容について話したり連絡している。利用者からの質問・意見が上がり、利用者の思いや利用者満度に繋がるケアをくみ取るシステム作りや利用者へ伝える工夫を継続して行なっている。
Ⅲ-1-1 (3) 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
Ⅲ-1-1 (3) -① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	利用者・家族に対して、問題や相談などを解決に向けた相談窓口のシステムがあることを公開している。利用者が相談したい意見を言い易いよう、なかなか声が出にくく発言が少ない人の声を聞く事を大切に、場合によっては、法人の「障がい者（児）生活支援センターわあ〜らく」と連携し対応している。
Ⅲ-1-1 (3) -② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	施設では、苦情解決の体制は整備されている。苦情解決のマニュアルがあり、苦情解決の仕組みがわかりやすく記載されている。また、施設長名で「苦情解決結果報告書」として、年3回発行する広報紙に苦情受付の件数等、内容を公表しフィードバックの仕組みが出来ている。
Ⅲ-1-1 (3) -③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	利用者の苦情とまではいかない意見や思い、提案等は「意見の対応マニュアル」に沿ってグループ会議で検討し、職員会議で説明するシステムがあり、それを基に利用者や対応すべきところへ連絡している。

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1)-① 福祉サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	全身協の主導で進めている評価基準に基づき、評価に取り組み始めている。昨年はスキルアップ研修として、数名職員の外部研修として参加した。今年は全職員が参加して「ケアガイドライン自己評価」を実施した。今年の施設集計結果を分析し、職員会議で「余暇・外出が弱い」と報告され、今後の支援に生かしていく予定である。今後も組織として、良質且つ安心・安全な支援の為のシステム作りとして、継続的に実施されることを期待したい。
Ⅲ-2-(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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	今回、2回目の第三者評価受審である。検証も行ない、振り返りが出来ている。受審の次の年は振り返りの年とし、職員間で課題を共有した。今後は中・長期計画に基づき、職員参画の下、PDCAのサイクルを繰り返しながら課題を明確にし計画を実施されることを期待したい。
Ⅲ-2-(2) 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
Ⅲ-2-(2)-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	利用者尊重やプライバシーに関する研修やマニュアルがあり、業務手順等、実施する福祉サービスが文書化されている。また、パソコンでの記録があり職員共有出来るシステムもある。個別支援計画担当者会議の記録があり、参加者や話し合いの状況が記載されている。
Ⅲ-2-(2)-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	個別支援計画担当者会議には、利用者本人、サービス管理責任者、看護師、作業療法士、担当職員、支援員等が参加し会議記録もあり、見直しも行なわれている。また、利用者一人ひとりに行なわれており、その都度、意見や思いが反映されるような仕組み作りがなされている。
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
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ている。	a	利用者のサービス計画に基づいて実施記録がなされており、職員の中で、介護記録の書き方と活用方法等、外部研修から内部研修へと具体的に理解が出来るような取り組みを実施している。また次の研修へ生かしていく為にも研修後には、アンケートを取り記録する内容で書き方に差が生じないように努めている。
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。	a	記録の責任者、保管、保存、廃棄等が職務規定に記載されて実施されている。また、利用者や家族から情報の開示を求められた場合の対応についても記載されており、個人情報保護のマニュアルや研修で職員に対しても管理体制が確立している。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	職員は利用者に関する情報の把握、事業所内で行なわれるサービス実施に関わる情報等を仕事に入る前に、見逃しがないように、記録やパソコン（ほのぼのシステムには日々の記録、支援計画の内容記録等）入力されている。確認、看護師も記入しており、共有出来るようにしている。定期的なカンファレンスも行なわれており、緊急の場合には、職員のメール発信等、さまざまな場合を想定し、情報を共有する仕組みを組織全体で意識しながら取り組んでいる。

### Ⅲ-3 福祉サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) 福祉サービス提供の開始が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ-3-(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提供している。	a	ホームページ、広報紙や開設20周年の記念誌など、いろいろな形でわかりやすく公開している。また、最近、法人でフェイスブックをスタートしており、見学や一日利用や体験入所等、地域の必要とされる情報発信する事で、施設としての役割を果たしたいと取り組んでいる。
Ⅲ-3-(1)-② 福祉サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	福祉サービス開始時には、契約書や重要事項説明書に記入のある事を丁寧に説明し、契約書を取り交わし、その様子を同意を得て、記録に残している。
Ⅲ-3-(2) 福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ-3-(2)-① 事業所（施設）の変更や家庭への移行など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。	b	施設から地域や在宅への移行にあたり、福祉サービスの利用が継続できるよう支援に努めている。本人、家族、兄弟など、いろいろな形で説明が必要な場合があり、第2みずほ園でのサービスが終了しても利用者の安心に繋がるよう配慮している。今後も地域生活に移行した利用者支援の窓口を施設の中に設けるなど、継続的に支援できるよう期待したい。

### Ⅲ-4 福祉サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	施設が定めたアセスメントがあり、入所時に利用者の状況が記入されている。アセスメントの定期的な見直しや手順を定めることやモニタリング時には、多職種によるアセスメントの見直しをすることで、よりその利用者のニーズに合ったサービス計画策定に繋がるよう努めている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対する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
Ⅲ-4-(2)-① 福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	サービス計画書の責任者が配置され、利用者の合意を得てサービスが実施されている。新規利用者が必要に応じて3ヶ月後の見直しを行なうこともあるが、通常6ヶ月ごとに見直している。サービスの実施については、生活支援員はパソコンに記載し、看護師や作業療法士等、それぞれの専門職が確認出来るシステムが図られている。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	個別の支援計画の実施状況は6ヶ月ごとに担当職員が中心になり、利用者、サービス管理責任者、看護師、作業療法士が参加して福祉サービス計画の見直しが行なわれている。利用者本人の意見や要望の意思確認が出来るよう促し、思いや生活への意欲が反映される会議が行なわれ、会議録を作成し周知されている。緊急に変更する場合の仕組みも整備されている。



評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

A-1-1 利用者の尊重		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-1-1-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a	利用者とのコミュニケーションは特に重要と考えている。発語の難しい状況や意思伝達に制限がある利用者にはそれぞれのコミュニケーション能力に応じて、一人ひとり個別支援計画に使用する器具や支援内容を記入しており、職員研修や職員アンケートなどを取り入れながら具体的に工夫し、支援が的確に行われているのかを確認している。
A-1-1-1-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者の主体的な活動を大切にしている。利用者の中には、日中他事業所のサービスを利用する方もおり、生活の形はその利用者の意向や今後の生活への視野を広げた形で、きめ細やかに支援が行なわれている。施設長や職員による利用者への連絡や情報を丁寧に伝えられている。今後もさまざまな形での利用者の意向を尊重し、主体的な活動を支援できるよう望まれる。
A-1-1-1-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a	利用者が自分で行える日常生活動作の見守りを大切にし、個別支援計画の中に取り入れている。動作確認は担当職員と作業療法士と連携しながら確認し、それを基に個別支援計画担当者会議で周知している。
A-1-1-1-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b	個別支援計画は、利用者のエンパワメントの理論に沿って立てられている。施設としての学習プログラムは用意されていないが、利用者の要望に応じて情報提供等を行い、支援に繋げている。また、コミュニケーションの手段として、利用者の思いを各職員が汲み取るよう努めていると共に、筆談やトーキングエード、文字盤等のコミュニケーション機器を活用している。今後は、利用者一人ひとりの可能性を引き出せるような仕組みの構築が望まれる。
A-1-2 利用者の権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-2-1-① 利用者の権利を擁護する具体的な取組が行われている。	a	利用者の権利擁護に対しては、施設の基本理念等に明文化されており、職員朝会時に倫理綱領を出席職員が交代で復唱している。虐待防止に関してのマニュアルの整備や虐待防止検討委員会等での議論を行うなど、研修を取り入れている。身体拘束に関してもマニュアルが整備されており、車椅子乗車時のベルトやベッド柵、ミトン等の使用時は、所定の用紙に記録されている。成年後見制度については、施設側から積極的に情報提供を行っていないが、必要に応じて対応している。職員対象のストレスチェックを行ったが、現在、結果の集計を検証中であり、今後、職員に対してフィードバックされる予定である。
A-1-2-1-② 行動障害について、その原因を究明するとともに、適切な対応が行える体制がとられている。	b	個別支援計画や生活支援実施書に基づいて支援が提供されており、職員室に置いてあるファイルやパソコンで各職員が確認することができる。データは必要があれば随時、変更を行い、職員に周知している。また勤務職員が引継ぎを行い連携し、利用者支援にあたる体制が出来ている。自宅と施設の環境を近づけることにも意識しており、自宅で愛用していた物品を施設に自由に持ち込むことができる。今後は、行動障害の方に対する支援方法等、具体的に定めることが望まれる。

A-1- (3) 福祉サービス実施計画に基づく支援		
評価細目	評価結果	コメント
A-1- (3) -① 福祉サービス実施計画に基づいて、適切に福祉サービスが提供されている。	a	個別支援計画は、利用者の誕生日を目安に年2回検討が行われている他、必要に応じて随時、見直しが行われている。計画の検討時には、利用者本人も参加し、担当職員や看護師、栄養士等の多職種間で話し合いの場を設けている。見直し、変更後は、回覧により職員に周知されている。個別支援計画や生活支援実施書に基づいて支援が提供されており、PDCAサイクルを意識した取り組みが行われている。
A-1- (4) 所持金・預かり金の管理		
評価細目	評価結果	コメント
A-1- (4) -① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	預かり金は自己管理を基本としているが、利用者自身で金銭管理が難しい方は、マニュアルに基づき施設が金銭の管理を行っている。各居室に鍵付きキャビネットを整備し、現金等の自己管理ができる環境を整えている。また、定期的に近くの金融機関の訪問も行われている。訪問日時は施設内に掲示してあり、利用しやすい環境を整えている。

A-2 日常生活支援

A-2-(1) 食事		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(1)-① 福祉サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a	食事介助、支援の方法に関するマニュアルが整備されている。栄養士や看護師、生活支援員等が参加して栄養ケア検討委員会を開催し、食事形態や摂取カロリー等について検討を行い、個別支援計画や日々の支援に繋げている。食事形態は常食、軟菜食、ミキサー食に分かれており、性別や身体活動レベル、血液検査の結果等を総合的に判断し、食事が提供されている。また、体調不良時等には随時、食事形態等の変更も行われている。
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a	本人の好き嫌いやアレルギーに関しては、利用開始時に確認を取っている。利用者の好みを確認するために、個別支援計画の見直しを行う月に残食調査を2週間かけて実施している。食事の献立は、廊下や食堂に掲示してあり、いつでも見ることができる。適温の食事を提供するための工夫や選択メニューの実施、献立に季節感を取り入れる取り組みも行われている。食事を摂るにあたり、箸やスプーン、滑り止めマット等を活用し、利用者が自分で食べやすいように配慮されている。食事介助についても本人のペースで安全に摂ることができるよう配慮している。調味料に関しては、施設で提供する食事の塩分量は一日7gを目指して調理しており、出汁の活用等で対応している。食卓には調味料を出していないが、塩分制限のない利用者で調味料を希望する方には、調味料を振り掛ける対応を行っている。今後も健康維持への取り組みと共に、利用者一人ひとりの好みを取り入れる工夫を期待したい。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	食事検討委員会を定期的に開催し、検討を行っている。食事摂取時間には幅を持たせており、移動できる利用者は時間内の好きな時間に食事を摂ることができる。月に3回程、メニューを選択することができる日を設けており、利用者に喜ばれている。
A-2-(2) 入浴		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a	利用者個人の入浴介助の方法は生活支援実施書に記載されており、それに基づいて支援が提供されている。車いすの方が多いため、特殊浴、中間浴を取り入れ、快適に安全に入浴することが出来るよう配慮している。同性介助を原則としており、利用者の羞恥心やプライバシーにも配慮している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	マニュアルが整備され、入浴は週2回と決まっている。必要に応じてシャワー浴を行うことができるが、入浴回数、時間等は職員が決めている。通院や体調不良により入浴できなかった場合は、別の日に入浴してもらい、清拭を行う等の対応を行っている。今後は、利用者が入浴について話し合いの場を設け、希望に添った入浴が行える体制作りが望まれる。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	b	必要に応じて入浴検討委員会を開催し、検討を行うことになっている。脱衣場や浴室にエアコンを整備し、室温の調整が行えるようになっている。定期的に水質検査を実施し、滑りにくい床材の使用や特殊浴槽や中間浴槽を導入することで、利用者が安全に快適に入浴することができる環境を整えている。浴室隅の床に洗剤が置いてあり、収納場所を変更する等の対策を取ることを期待したい。

A-2-(3) 排泄		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄支援のマニュアルが整備されている。必要に応じて個別支援計画に基づいた支援が行われており、排泄チェック表を活用し、排泄リズムの把握や健康管理に繋げている。尿器は毎日消毒されている。同性介助を原則としており、利用者の羞恥心やプライバシーにも配慮がなされている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	施設内トイレは車椅子の利用者が利用しやすいように手すりや広さを確保すると共に、新たにトイレを増設し、利便性を向上させている。移動できる脱臭機を導入しており、トイレや居室での排泄後に使用することで防臭に効果を上げている。トイレ内に冷暖房設備を配置し、温度差の解消も図っている。トイレ用洗剤等は、トイレ上部に設置した棚に収納されている。
A-2-(4) 衣服		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a	衣類の購入に関しては、カタログやインターネット販売の活用や月1回衣料品店が施設を訪問した際に購入している。他に本人や家族、有償ボランティアと共に外出して購入して来る利用者もおられる。衣類を筆筒から出す際に利用者を選択してもらうこともある。必要に応じて生活支援実施書に記載があり、それに基づいて支援を行っている。
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a	本人の希望に沿って衣類の選択が実施されている。必要に応じて生活支援実施書に記載されており、それに基づいて支援を行っている。衣類が破損した場合は、利用者を確認をとり処分するかどうかを決めてもらっている。
A-2-(5) 理容・美容		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a	髪型等は自由であり、利用者に任せられている。理容、美容の有償ボランティアが施設を訪問し、カットやカラーを施設内で行うことができる。予め日程を説明し、利用者希望を取り実施している。カットの際は、髪の毛の長さを撮った写真を見てもらい、利用者の希望を聞いている。化粧をしている利用者はいないが、マニキュアをつけている方もおり、おしゃれを楽しんでいる。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院について配慮している。	b	現在、地域の理髪店や美容院へ出向いての利用は行っておらず、施設に訪問し、理容、美容を提供してくれている方々は、継続的に訪問しており、利用者の特性等も考慮して対応してくれている。今後は、地域の社会資源も活用する仕組み作りが望まれる。
A-2-(6) 睡眠		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a	マニュアルが整備され、利用者が夜間安眠できるよう配慮されている。居室は個室と準個室である。夜間の支援について必要に応じて生活支援実施書に記載し、支援が行われている。寝具等も利用者が希望する物を持ち込み、使用することができる。不眠等の利用者に関しては、居室を移動してもらう等の対応を取っている。

A-2-(7) 健康管理		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	医務室には、利用者個人の健康記録表が用意されており、緊急時に必要な情報は「これだけ情報」として整理されている。マニュアル等も整備されており、健康に関する情報は、利用者、家族に対して随時説明をしている。口腔ケアについては、歯科検診を年1回実施している。他に隣接する法人の他施設で行われている歯科診察室を受診することもでき、治療に繋げている。洗面台は車椅子の利用者が使いやすいよう高さが調整でき、必要なものが置けるようになっている。インフルエンザ予防接種は、保護者の承諾を得て実施している。施設内には加湿器が点在しており、空気の乾燥による感染症の予防に努めている。今後も日々の健康維持、増進のための更なる取り組みが望まれる。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	マニュアルを整備し、関係医療機関との連携を図っている。近隣の病院との協力関係を築き、多岐にわたる障害や重度化、利用者の状態に合わせた対応が出来るよう医療機関を選定し、受診している。また、主治医と長い付き合いをすることで、利用者の特性にも配慮している。今後も医療機関との良好な協力関係が保たれることが望まれる。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b	内服薬、外用薬の内容は利用者個人ごとに情報が整理されており、変更があった際には随時更新が行われている。内服薬は利用者一人ひとりで一包化され、食事ごとに色別のラインが引かれている。服薬の際は、複数名の職員で確認を行い、誤与薬の防止に努めている。服薬に関するマニュアルは整備されているが、誤薬時の対応についてのマニュアルや記載がないため、今後の改善が望まれる。
A-2-(8) 家族との連携・交流		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(8)-① 家族との連携・交流が積極的に行われている。	b	年度の初めに家族会総会を開催し、年間の予定等を伝えており、出席できない家族には資料を送付し、周知に努めている。家族、保護者の面会は、自由に行うことができる。個別面談の機会は設けていないが、家族が訪問した際に利用者の近況を伝えている。広報紙を送付する等、家族との連携を大切にしている。今後は定期的に個別面談の機会を設け、面会に来ることが難しい保護者への情報提供や報告の仕組み作りを期待したい。
A-2-(9) 生活環境づくり		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(9)-① 利用者が過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。	a	個室、準個室化により、一人で過ごすことのできる環境が整備されている。居室の日当たりは良く、明るく整理整頓されている。訪問者と面会できる部屋は用意されておらず、利用者の居室や談話室で面会している。施設内の廊下は広く、余裕で車いす同士が交差でき、廊下の所々には円形カーブミラーが設置されており、利用者が移動する際に安全に移動できるよう配慮されている。

A-2-(10) 余暇・レクリエーション		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(10)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	b	利用者にアンケートを取り、希望者には個々の余暇プログラムを用意し、週1回余暇活動を行っている。また、月に1回、英会話やパソコンを教えてくれるボランティアの方が訪問し、希望する利用者が活動に参加している。余暇・レクリエーション活動の企画、立案を利用者が行うことはなく、職員が行っているため、今後は利用者が計画に参加できる体制作りが望まれる。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	施設利用開始時にテレビや雑誌等の個人購入ができることを伝えており、希望のあった場合は個別支援計画に位置付け、それに基づき支援している。ほとんどの方がテレビを持っており、雑誌を個人購入している利用者もおられる。
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	b	現在は喫煙している利用者はおられない状況である。飲酒に関しては、ドクターストップのある利用者以外は、本人の意思により行われている。今後は利用者と共に、飲酒、喫煙についてのルール作りが望まれる。
A-2-(11) 外出、外泊		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(11)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b	外出届を提出することで外出することができる。一人で外出できる方は、利用者個人の責任において自由に外出することが可能である。職員の付き添いが必要な利用者は、なかなか外出する機会を設けることが難しいという問題点もあるが、必要に応じて有償のボランティアを活用する等の支援を行っている。今後は介助が必要な利用者の外出ニーズに答えることができるよう、ボランティアの活用及び育成を行うことで、外出したい利用者が外出できる体制作りが望まれる。
A-2-(11)-② 外泊は利用者や家族の希望に応じるよう配慮されている。	a	外泊届を提出することで外泊することができる。利用者は自由に外泊することができ、必要に応じて個別支援計画に基づき支援を行っている。利用者が楽しく外泊することができるよう、家族との連絡調整を職員が行っている。
A-2-(12) 移乗・移動		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(12)-① 移乗・移動介助は、利用者の身体状況や介助方法など個人的事情に配慮している。	a	公用車は車によって操作方法が異なるため、各自動車ごとにマニュアルを備え付けてある。年度初めに公用車の操作についての研修を行い、操作手順等の訓練を行うことで、安全に運行できるようにしている。公用車は、車椅子のまま乗車することのできる車両を整備している。移乗、移動介助については、必要に応じて個別支援計画、生活支援実施書に記載されており、それに基づいた支援が行われている。内容を周知することで、介助の標準化を図っている。ベッドや車椅子等の福祉用具は、利用者の身体状況に合った物が使用されている。

### A-3 就労支援

A-3-(1) 就労支援		
評価細目	評価結果	コメント
A-3-(1)-① 就労移行支援・就労継続支援のメニューは利用者の希望や状態に応じて選択できるよう配慮されている。	対象外	評価対象外項目
A-3-(1)-② 利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。	対象外	評価対象外項目
A-3-(1)-③ 工賃の支払いは適正に行われている。	対象外	評価対象外項目
A-3-(1)-④ 働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	対象外	評価対象外項目
A-3-(1)-⑤ 技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。	対象外	評価対象外項目

### A-4 自立訓練

A-4-(1) 自立訓練・支援		
評価細目	評価結果	コメント
A-4-(1)-① 利用者の状態に応じて、自立に向けた訓練、又は作業等に参加する機会を提供している。	対象外	評価対象外項目
A-4-(1)-② 利用者の自立を支援するための取組を行っている。	b	必要に応じて個別支援計画や生活支援実施書に記載し、利用者個人の残存機能や能力に配慮した支援を行っている。今後は施設内での生活だけでなく、退所に向けた利用者、家族への意思確認や情報提供、協力体制の整備等の取り組みに期待したい。

### A-5 地域生活への移行・支援

A-5-(1) 地域生活への移行・支援		
評価細目	評価結果	コメント
A-5-(1)-① 利用者の状態に応じて、地域生活への移行についての支援を行っている。	b	施設は利用者を取り巻く資源の一つと考えている。利用者の状況に合わせてケアホーム等への移行も可能であり、必要に応じて支援している。退所後の相談窓口としては、法人の「障がい者（児）生活支援センターわあ〜らく」が対応している。今後は重度の利用者の方でも本人の希望があれば、地域生活へ移行できるような取り組みと配慮を期待したい。