

(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

社団法人 新潟県介護福祉士会
----------------

② 事業者情報

名称： 社会福祉法人 新潟みずほ福祉会 障害者支援施設 みのり園	種別： 障害者支援施設
代表者氏名： 障害者支援施設 みのり園 施設長 北島 淳	定員：生活介護50名 施設入所支援50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="http://www.nmf.sakura.ne.jp/fukusikai/minori.html">http://www.nmf.sakura.ne.jp/fukusikai/minori.html</a>

③ 総評

◆ 特に評価の高い点

1. 理念の実現に向けた取り組み

みのり園は、「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、質の高いサービスの提供に努めます」「地域に親しまれる、安心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」を運営理念に掲げ、施設長をはじめ全職員が一致した認識で理念の実現に向けた取り組みを行っている。

また、理念を更に具現化するため、過去の反省をもとに新潟みずほ福祉会職員倫理綱領を定め、職員の心の拠り所として、時代や制度が変化しても変えてはならない基本事項を施設内の各箇所に掲示し、毎日一項目ずつ読み上げている。職員は、倫理綱領の項目ごとに自らの目標を立て具体的な場面で達成できるように取り組んでいる。

施設長は、各種委員会に参画し、自分の考えを伝えるとともに業務のバランスを取りながら、リーダーシップを発揮し、運営理念の具現化に努めている。

支援内容では、一人ひとりの利用者を尊重し、利用者の自主性を支える個別支援の提供、個別の能力に合ったグループ活動を取り入れた支援が提供されている。また、各種マニュアルも整備され、見直しも行われている。

中・長期計画では「構造化」「普遍化」をキーワードに掲げて取り組んでいる。とりわけ「住」の部分の「生活の落ち着き」をテーマに、ユニット化を見据えた居室の個室化を図っている。また、地域生活移行を念頭においた「あゆみ棟」での生活支援を推進し、今年度は実際に「あゆみ棟」から2名がケアホームに移行した。施設一丸となって地域生活移行に取り組んできたことが実を結んだと言える。

地域生活移行に関しては、家族や関係機関との連携を十分に図り、移行後も出来る限りの支援を継続し、障がいをもった人たちが普通に暮らしていくために必要なサービスの構築のために鋭意努力している。

## 2. 発達障害の対応に向けた取り組み

自閉症等の発達障害のある利用者に対して、一貫した支援が出来るよう研修には力を入れ、個々の障害状況に応じた自立支援を目指している。施設長は「今は、自閉症の利用者への対応に一番力を入れなければならない」と認識しており、先進施設の見学や関連する研修に職員を積極的に参加させている。職員からは「研修で学んだことが、現場で活かされている」との声があがっている。

現在、自閉症の利用者への対応として、絵や写真を使ったTEACCHプログラムを取り入れることが検討されており、効果が期待される。

また、意思伝達に制限のある利用者には、日々接する中で固有のコミュニケーション方法やサインの発見に努め、ジェスチャーやボディタッチ等の方法で意思確認をするなど、職員間で支援内容を共有して取り組んでいる。

個別支援計画は、詳細なアセスメントに基づいて利用者・家族・各専門職の合議により作成され、具体的な支援方針が明示されている。日常生活を支援するうえでの留意点や介助方法は生活支援実施書に記載され、定期的にモニタリングが行われている。PDCAサイクルを継続していくシステムが構築されている。

## 3. 人材育成及び働きやすい、やりがいのある職場環境の整備

施設長は、ヒアリングのなかで、「職員にやりがいを持って働いてもらいたい」と福祉の仕事の魅力について語る場面があった。仕事は、トップダウンでなく、職員からの声を大切にし、ボトムアップを図り、現場の意見を仕事に反映したいと考えている。

そのために、目標管理制度を取り入れ、職員は多様な研修に参加することができる。学んだことを業務に活かしながら各自の目標達成に努めている。職員自らの目標達成が、仕事のやりがいやサービスの質の向上に繋がっている。今後は、個々の目標に応じた研修計画を立て、更に職員の積極性を引き出すことを期待したい。

職場環境の整備については、経営状況をみながら、新体系への移行に伴い、看護師の配置等利用者の支援に合わせた形で職員配置を行っている。勤務体制は変則シフトであるが、緊急な休みが出た場合でも施設内でバックアップ体制が取れる仕組みがあり、職員からは「安心して休みが取れる」「みんなが協力して働きやすい」との声があがっている。施設長は、職員を生き生きとした働き方のできる人員体制の構築とともに、「いかにやる気を出させるか」を考えており、従来の組織のあり方を変更し、職員の成長が施設の成長につながる仕組みを考えている。今後は、管理職が職員面接等を活用し、スーパービジョンやメンタルケアができるスキルを磨いていくことを期待したい。

施設にとって最大の資産は「人」と考え、福利厚生を重視している。歓送迎会、暑気払い、忘年会等、職員間の親睦を図り働きやすい職場環境を整えつつコミュニケーション能力の向上ための取り組みを行っている。

## 4. 高齢化・重度化に向けた生活環境の「構造化」の推進

みのり園は利用者個人の特性に合わせ、多くの生活環境の工夫がなされている。従来の多床室から個室への改修を計画的に進め、部屋に間仕切りを入れて個室化するだけでなく、静養室や作業室も活用し個室の整備に努めている。個室化の意義は、「集団生活の中であって自分だけのスペースが確保される」「面接者や友人、職員などとゆっくり話ができる」「身辺介護が行いやすい。本人も他の者への気兼ねをしなくてすむ」があげられている。障害者施設における個室とは、単なる一人部屋を意味するものではない。個人の尊厳を守り、自分にふさわしい

暮らしの基本的な拠り所となる必須の生活環境である。

また、個室化だけでなく、車椅子用トイレの設置や給湯設備の整備を行い、すぐにシャワーが出るようにしたり、食堂についても利用者が個別に食事を取れるようにパーソナルスペースを設けるなどの整備に努めている。支援を行う職員も環境であり、今後も暮らしやすい環境の整備に力を入れていくことを期待したい。

## 5. 情報システムの取り組み

記録の電子化を推進し、職員間での情報共有がネットワーク化されている。一人の利用者に対して、様々な職種が支援を提供する際の情報共有がスムーズとなり、効率化が図られサービスの質の向上に繋がっている。パソコン内で掲示版があり、全体の情報をタイムリーに流し把握できるようになっている。施設長も積極的に活用し、自らの考え方を伝えている。会議においてもパソコンを活用し、共通理解を図っている。

## ◆ 改善を求められる点

### 1. 身体拘束廃止に向けた取り組みの推進

利用者の自傷、他害行為がある為、他の利用者、本人の安全を確保する目的で、一時的に居室に施錠をするなど行動制限をやむを得ず行う場面がある。しかし、このような利用者に対する行動制限が契機となって、利用者に対する身体的虐待や心理的虐待へと発展することがある。真に利用者の人権や安全のために、やむを得ないものなのか検討・研究に期待したい。

また、身体拘束廃止に向けた取り組みの一つとしては、施設長がリーダーシップをとり、職員・支援員の障がい者観の共有や個別支援計画の具体的実践を行い、支援内容を支援計画へと可視化することが大切である。虐待防止のための自己チェック表を活用し、職員が業務を自らチェックすることなど、業務内容を見つめ直すことで問題が浮き彫りになることもある。

本評価のための施設見学时には、事務室を含め、共有スペースの大多数の場所が施錠を必要とされていたが、本当に職員が在室中でも必要なのか再度施設内での検討が望まれる。

### 2. 地域活動の更なる取り組み

ボランティア受け入れの年間計画を作成し、受け入れ状況も把握されており、農耕作業手伝い、園外整備、美容等のボランティアが来園している。入所施設の場合は、親が高齢になると今まで定期的にあった面会も疎遠になる傾向があり、外部との交流が乏しくなる。これからも、地域との交流行事を引き続き行うとともに、家族、地域ボランティアや実習生等が出入りしやすい環境づくりをして、利用者が外部の人たちと多様な形で、たくさんの交流が行われることを期待したい。積極的に第三者が出入りできる環境づくりを進めることは、開かれた施設づくりに繋がる。また、地域ニーズや情報交換の場として、民生委員をはじめとする地域各種団体の集いにも法人として参加しており、地域の様々な社会資源との交流や活用から、地域の相談機関として今後も役割を担うことを期待したい。

### 3. 生活、居住環境の更なる整備

利用者にとって居心地がよく、落ち着いて生活できる施設を目指し、順次改修し、環境整備を進めている。これまでに車椅子トイレの増設や既存のトイレにシャワー室の設置を行っており、今年度は、居住棟3居室の2人部屋を準個室に改修変更している。しかし、利用者が小人数で寛げる場所や部屋、面会室等が未整備である。今後は、共有スペースの充実を図

っていくことが期待される。また、施設内の掲示物や各室の表示版が全体的に高い位置にあり、利用者に見やすい工夫が望まれる。玄関ホールや廊下等は常に整理整頓を心掛け、ちょっとしたところにソファや椅子を置いたり絵画や花・置物などの装飾をすることで、暮らしをバリエーション豊かにすることができる。利用者が安心して快適に暮らせる様な生活空間づくりに取り組まれることを期待したい。

#### ④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(H25.2.26)

第三者評価を受審して利用者・ご家族・職員そして外部の評価者から貴重な多くの声をいただきました。話しづらい話や、耳の痛い話をまさに受信することができ、すぐに改善をしなければならぬものも多く、いただいた課題を整理し、きちんとした軌道修正を図っていきたい。これから利用者にとって「住みやすい施設とは」を考えた場合、何が一番大切なのか。そして、住みやすい社会を考えた場合、みのり園はどんな施設であればよいのかがテーマであり、これからも試行錯誤の毎日になると考えます。初代施設長はよく「仏作って魂入れずにならぬよう」と話されていました、建物や設備を用意することも大切だが、支える人の心を一つにし、最後まで諦めずやり遂げることにあるという話として、受け止めさせていただいた。あれから30年、皆さんも歳をとり、支える人も変わりましたが、この「人を遇する」を考えていく時、支える組織の在り方や、支える人の和と、想像力が大切な要素であることを、改めて今回の第三者評価を受審する中で、確認させていただくことができました。今回いただいた多くの課題をさらに吟味し、あるべき姿に近づけていけるよう、こころを一つにし、利用者・ご家族の思いに寄り添ってまいりたいと考えます。人は住みやすさを選びますし、支える人を選びます。選ばれる施設としての使命と、選ばれる支援者としての自信と自覚を、皆で分かち合えるみのり園を目指せたらと考えます。ご協力していただいた利用者、ご家族をはじめ調査に参加してくれた多くのスタッフに感謝いたします。

障害者支援施設 みのり園 施設長 北島 淳

(H . . . )

(H . . . )

#### ⑤ 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 みのり園 (障害者支援施設)

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

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	法人が掲げる三つの理念「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」が、法人の運営計画、ホームページ、広報紙、パンフレットに明示されている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づく基本方針が事業所の運営計画に明示されている。サービスの理解や利用者主体の方向性等、職員の行動規範となる内容となっている。また、過去の反省から倫理綱領が作成され、職員の基本的な姿勢を表し、事務室、玄関等施設内の各箇所に掲示し、常に職員の目に届くように工夫されている。
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	年度当初に運営計画を全職員に配布し、施設長から運営会議及び職員会議で詳しく説明し、周知を図っている。また、年度途中においても、運営会議等で運営計画の継続的な取り組み状況の確認を行っている。施設長は、倫理綱領を作成した経緯を職員に説明し、遵守することの大切さを繰り返し伝えている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	家族には、家族連絡会で施設長が「みのり園からの報告」をまとめ、基本方針や施設の動向をふまえて説明しているが、利用者に対しての説明が十分ではない。今後は、日々の朝礼や利用者の自治会を通して、施設の基本的な考え方をわかりやすく説明することを期待したい。

I-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	法人全体として、理念の実現に向けた中・長期計画が策定されている。計画には、過去5年間の総括が盛り込まれており、キーワードを「構造化」「普遍化」としてまとめられており、わかりやすい内容になっている。障害者虐待防止法施行への取り組みも盛り込まれており、福祉制度の変化についても反映している。また、課題別の役割も分担されており、具体的な事業内容や支援内容が示されている。
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。	a	運営計画は、中長期計画を踏まえて作成されている。運営方針には、「利用者にとり、居心地の良い居住の場・落ち着くことのできる生活施設を目指し、安全で快適な生活環境の整備に努めます」等、5項目が示されている。また、中・長期計画に向けて、今年度の取り組み内容と目標別に5グループに分かれて検討し、職員の意見を事業計画に反映している。今後は、より具体的な数値目標を定めることを期待したい。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	運営計画は、各種委員会や現場からの意見要望を集約して、運営委員会で協議し決定されている。運営計画の進捗状況についても定期的に会議で報告、検討されている。会議録も活字だけでなく、写真や図形を使用し、より検討内容が詳細に伝わるように記録されている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	年度当初に運営計画を全職員に配布し、運営会議及び職員会議で詳しく説明し周知を図っている。欠席者にも会議録を回覧し、確認印をとり共通認識を持つための取り組みを行っている。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	家族には、家族連絡会で施設長が、「みのり園からの報告」をまとめ、基本方針や施設の動向をふまえて説明しているが、利用者に対する説明が十分ではない。今後は、日々の朝礼や利用者の自治会を通して施設の基本的な考え方をわかりやすく説明することを期待したい。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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	施設の組織図やマニュアルで施設長の役割と責任が具体的に示されている。年度当初に施設長が運営方針の説明を行い、各種委員会に参画し、法人及び施設方針を伝えている。施設長は、長年の現場経験を基にして、自分の経験を伝えて、仕事のやりがいや理想とする職員像を理解してもらうために鋭意努力している。施設の組織図に施設長の位置づけは、明示されているが、職務分掌には明示されていないので、明文化し職務を明確化することを期待したい。
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。	a	職業倫理に対する意識が強く、多様な法人内外の研修に参加し遵守すべき法令等の把握に努めている。各委員会で検討し、マニュアル化して職員会議で周知を図っている。作業活動をするにあたり、自然環境にも配慮した対応を行っている。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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	社会福祉の動向、利用者や家族の意向等の把握に努め、サービスの質の向上に配慮している。常に利用者個々の障害程度に応じた対応に心掛けるよう職員を指導しており、自閉症をもつ利用者への対応に重点を置いている。また、県内外の先進施設に見学に行ったり、施設長同士の交流等で情報収集を図っている。
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	法人幹部会議や運営会議で人事、労務、財務それぞれの視点から検討を行い、必要に応じて改善に取り組んでいる。特に経営や業務の効率化と改善については常に心がけて指導している。また、新体系の移行に伴い、パート職員を増員する等の人員体制の充実にも努めている。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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	地域やサービス利用者のニーズがどこにあるのかを常に念頭に置いている。地域住民に向けての相談窓口を開設し、利用者ニーズの把握に努めており、不便・不満をサービスの向上に繋げる取り組みを行っている。相談受付票を作成し、地域の声を大切にしている。
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	月別の利用率、財務状況の把握と分析を法人幹部会議等で行い、職員会議で報告し、組織全体で改善に向けた取り組みが行われている。予算書、決算書についても報告し、職員のコスト意識の高揚に向けた取り組みを行っている。中・長期計画の項目のなかで、在宅障がい者支援の充実として、地域の分析がされている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	年1回の法人内部監査も行われているが、今後は公認会計士等による外部監査により一層の経営改善に向けた取り組みが期待される。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
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	有資格者は、保育士が中心である。介護福祉士や社会福祉士の重要性やサービスの質の向上について、認識しているものの人事に対しての具体的な計画はない。今後は、利用者の多様化も見据えて多くの専門職の配置を推進するための具体的なプランの策定に期待したい。
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	施設長は、組織の中での人事考課の目的や効果について理解している。全職員と面談を行い、意欲を高める働きかけを行ったり、職員の意向を聞いたり、生の声を大切にしている。自己目標を提出し、年度末に目標についての総括を行い、その結果を次年度の各自の目標に繋がられるよう取り組んでいる。今後は目標管理制度について、職員全体で理解を深め個人の積極性を引き出す人事考課へ発展していくことが期待される。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	b	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータをチェックし担当部署で検討して業務配分、人員配置の改善に繋げている。勤務シフトは緊急な休みが出た場合でも施設内でバックアップ体制が取れる仕組みがあり、職員からも「安心して休みが取れる」「みんなが協力して働きやすい」との声がある。今後は、職員に希望があれば相談できる各種専門家（カウンセラー等）の配置を期待したい。
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。	a	法人として福利厚生を重視している。歓送迎会、暑気払い、忘年会等職員間の親睦を図り、働きやすい職場環境を整えるとともにコミュニケーション能力の向上のための取り組みを行っている。加入している福利厚生センター「ソウェルクラブ」を有効利用し、心身のリフレッシュを図っている。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	運営計画の中に職員の専門性の向上を目指す基本姿勢が明示され、職員研修実施計画を立て実施している。具体的には法人本部の研修委員会で研修の定例化を図り、企画実施している。その他、自主研修、技能講習等時間外にも実施されており、利用者の多様化に向けて、職員全体のレベルアップを目指している。
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	県社協による施設外研修は、役職や職務経験年数等に応じて参加している。職員からも「研修体制が充実している」「研修内容が、現場に活かされている」との声がある。今後は、一人ひとりの技術水準、知識、専門資格の有無等に応じた個別の職員の教育・研修計画を作成し、人材育成の更なる取り組みに期待したい。



<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>北海道の先進施設に研修に行く等、資質の向上のための外部研修を課題をもって積極的に行っている。研修参加者は復命書を作成し、職員会議等で研修内容を発表し職員間で情報の共有を図っている。研修委員会では研修実施後の評価、分析を行い次年度に反映させている。今後は、個別の職員に対する研修計画を策定し、実施・評価・見直しを行い、専門技術や専門資格の取得に向けた更なる取り組みに期待したい。</p>
<p>Ⅱ－２－（４） 実習生の受入れと育成が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>運営計画の中に実習生の受入れが明文化されており、会議等で職員・利用者に説明している。実習生受入れの連絡窓口が設置されており、マニュアルも整備されている。今後は、実習生の目的や実習段階に応じた体制を整備し、より効果的な実習教育となるよう期待したい。</p>

II-3 利用者の安全・安心の確保

	第三者評価結果	コメント
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。		
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	安全対策委員会は定期的開催されている。安全・安心確保の具体的な取り組みとして、感染症マニュアル、事故対応マニュアル、配薬・服薬マニュアルなど各種マニュアルが整備されている。現在、「誤薬ゼロプロジェクトチーム」があり利用者の安全に配慮する取り組みが行われている。
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	災害発生時対応マニュアルは、多くの災害や規模を想定し作成されている。防災訓練は毎月実施し、地元の消防団や消防署なども組み入れて行っている。限界時間なども明示されている。備蓄品は1日の摂取カロリーも計算し非常食の献立が3日分作成されている。また、管理者を定め適切に保管されており、地域住民の避難も想定し十分な量が用意されている。
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	リスクマネジメントの体制が確立している。インシデント・アクシデント報告であがった事例は、発生要因を分析し安全を確保するため、すぐ対策が検討され実行されている。23年度分の安全対策の分析も行っている。リスクマネジメントの研修を実施しており、職員の意識は高い。
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	緊急時対応マニュアルは、利用者の夜間、休日の急変・無届け外出事故・交通事故が発生した場合など、具体的に迅速な対応が出来るように作成されている。感染症はノロウイルス、インフルエンザウイルス対応などマニュアルが整備されている。救急法の研修は定期的に行なわれている。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	b	「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」と理念に掲げ、地域との関わりを大切にしている。利用者が地域の行事に参加したり、施設の行事に地域の方々を招待したり、保育園や小学校との交流も行っている。しかし、地域との日常的な交流は少なく、管理者・職員とも地域交流をより活発化することを課題として認識している。今後は、職員と利用者が、地域の活動に企画から加わることなど、地域との積極的な交流を推進していく継続的な取り組みを期待したい。
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。	b	広報紙を関係機関や地域に配布し、理念や施設の活動を紹介している。また、在宅障害者やその家族の相談には随時対応し、電話での相談も含めて相談件数は多い。また、要請があれば、体育館を地域住民の活動の場として提供している。今後は、隣接の同法人施設と連携しながら、福祉を理解するための研修会や、地域住民に役立つ講演会等を企画し参加を呼びかける等、地域との関わりを深めるための取り組みを期待したい。
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	ボランティア受け入れに関するマニュアルは整備されている。事前に施設や利用者の理解にむけ、丁寧な説明を行っている。現在は、農耕作業手伝い、園外整備、美容、個人ボランティアが来ている。今後は、利用者の生活が豊かになり、さらに充実するような新たなボランティアの育成に向けた取り組みに期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	関係機関の施設や、窓口など必要な社会資源はファイル化されており課長が管理している。課長が運営会議で職員にも情報は伝えている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	利用者の出身市町村、医療機関、地域振興局等とは常に連絡を取り合っている。新潟市内の事業者の集まりである連絡会への参加や、隔月に行われる圏域の施設の課長会議等で情報交換や共通問題解決に向けた協議をしている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
コメント		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	地域の具体的なニーズを把握するための取り組みとして、年に1回の民生委員をはじめとする各種団体との集いがある。近年、地域のニーズが大変増えてきており来園や電話による相談が多く、なかでも児童や困難事例の相談が多い。相談は受付票に記入して分析し、ニーズの把握に努めている。その後の対応は丁寧に行われている。
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。	a	地域のニーズに基づいて、日中一時支援や短期入所などを可能な限り受け入れている。また、グループホーム、ケアホームも設置運営している。今後も継続して地域ニーズの把握に努め、それらに応えるための事業や活動を、中・長期計画に反映させていく予定である。

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

	第三者評価結果	コメント
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。	a	理念や運営方針、職員倫理綱領に利用者を尊重することが明示されている。朝会時、倫理綱領を毎日一項目ずつ読みあげ、職員全体で取り組んでいる。身体拘束廃止や、虐待防止についての研修を実施している。新任職員には法人理念、倫理綱領等の研修を4月に実施している。
Ⅲ-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	職員倫理綱領と各種マニュアルに、プライバシー保護がきちんと明示されている。生活場面におけるマニュアルでは、排泄、入浴、更衣援助にあたってはプライバシーに配慮した援助をすると明文化されている。2人部屋を個室化に向けて改修工事が順次行われおり設備面でもできるだけの対応をしている。今後も個室化に向けての取り組みを期待したい。研修も実施し職員への周知を図っている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-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	意志表示の難しい利用者もいるが、利用者満足のための取り組みを行っている。食事委員会には3名の利用者が出席し、食事についてのアンケートは毎月実施している。自治会で、行事の献立などを利用者の意見のもと決めている。食事だけにとどまらず、利用者の生活全般について、可能な限り担当が利用者の意見を聞いて利用者満足に向けた支援をしている。
Ⅲ-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。		
Ⅲ-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	グループ担当制であり、複数の職員で利用者の相談相手となっている。施設長もいつでも相談に応じられるよう関わっている。施設長室が相談室となりプライバシーが保護されるよう配慮されている。家族とは面会や電話連絡等で情報交換している。相談しやすい関係づくりに努めている。
Ⅲ-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。	b	苦情解決の体制は整備されており、マニュアルは最悪の事態を想定したものとなっている。また、入所契約時の重要事項説明書に明示し、利用者、家族に説明している。申し出のあった苦情に対しては、迅速に対応し公表している。職員の処分等の規定もある。今後は、利用者や家族が苦情を申し出やすいように、苦情記入カードの設置やアンケートを実施するなど、更なる取り組みが期待される。
Ⅲ-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。	b	利用者からの希望や意見は、主として担当職員が把握し、随時速やかな対応を心がけている。利用者の自治会が組織されており、そこでの意見や提案もサービスの改善に繋げている。今後は職員が共通認識を持って統一した対応が図られるように、対応マニュアルの整備が期待される。

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
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	平成１２年度より定められた評価基準に基づいて定期的に自己評価を行い評価結果を分析・検討し、サービスの質の向上を図ってきた。一昨年からは、第三者評価基準を用いて自己評価を行い、具体的に検討課題を共有し組織としてサービスの改善に取り組んでいる。
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。	a	昨年の自己評価の結果を検証し、２４年度の運営計画に反映させている。課題を職員間で共有し、入浴や食事について改善された。今回の第三者評価受審結果についても分析を行い、改善課題を明らかにし、更なるサービスの質の向上に取り組んでいくことが期待される。
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。		
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	各種マニュアルに標準的なサービスの実施方法が定められ、利用者本位の視点が盛り込まれている。施設におけるマニュアルの位置づけとして、マニュアルは施設サービスの基本となるものであること、原則として６ヶ月を単位に見直ししていく等があげられている。マニュアル検討委員会が設置されている。
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	定期的な見直しは、原則として６ヶ月ごとに行われている。必要があれば、その都度検討会議を行い現状にあったものになっている。
Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	利用者一人ひとりの福祉サービス計画に基づいてサービスが実施されており、実施状況は適切に記録されている。記録はパソコンで行い、職員各自がパスワードを持ち、日常生活の記録をその都度入力している。定期的に施設長、課長が決裁している。
Ⅲ－２－（３）－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	記録の保管、保存、廃棄については、規定に定められており適正に管理されている。個人情報の保護と必要に応じた情報の開示については、利用契約書、重要事項説明書に明示し契約時に同意を得ている。しかし、個人情報保護法に関する研修は行われておらず、職員への理解浸透が課題となっているので、達成に向けた取り組みが期待される。
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	パソコンのネットワークシステムで、職員間の情報の共有化が図られている。視覚に訴えてわかりやすい画面で、工夫された内容になっている。また、月１回のグループ会議や棟会議で情報を交換し共有をしている。

Ⅲ－３ 福祉サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ－３－（１） 福祉サービス提供の開始が適切に行われている。		
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	ホームページが公開されており、分かりやすく施設の紹介がされている。また、パンフレットには理念や実施する福祉サービスの内容が紹介されており、広報紙と共に関係機関や公共施設に置いてあり気軽に手にとってみることができる。見学や体験入所、一日利用の希望には、随時、柔軟に対応している。
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。	b	入所に際しては、契約書、重要事項説明書等の資料を用いて、十分な説明を行い、了解と同意の上で、契約書がとりかわされている。今後は利用する方にわかりやすい資料にすることや、契約の同意を得るまでの過程を記録し文章化することが望まれる。
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。		
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。	a	事業所の変更や移行の際は、サービスの継続性に配慮した引き継ぎ書類を作成している。地域生活への移行に関しては施設全体でバックアップし、移行後も安心して生活できるよう支援している。１０月にケアホームに移行した利用者２名は、生活介護事業を利用して施設で作業を行い、送迎も職員が行っている。今後は利用者や家族に、移行後の相談方法や担当者等を文章化して渡すことが望まれる。

Ⅲ－４ 福祉サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ－４－（１） 利用者のアセスメントが行われている。		
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	統一した書式を用いて、利用者個々の詳細なアセスメントが行われ、具体的なニーズが明示されている。定期的な見直しと手順が定められている。
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。		
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	きめ細かくアセスメントされた内容をもとに、部内横断による関係職員の合議により、個別支援計画が策定される。日常生活を支援する上での留意点や介助方法が具体的に記載されている。実施している福祉サービスの適否は日常的にチェックし、随時計画の見直しを行っている。
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	モニタリングの時期や手順が定められており、定期的に利用者や家族の意向を確認し、本人の視点に立った個別支援計画の見直しが行われている。新たなニーズが生じた時は緊急に検討会議を開き、新しい個別支援計画が作成されている。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-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	コミュニケーション支援マニュアルが整備され、利用者との信頼関係に基づいた支援を行うことが明記されている。個別支援計画に具体的な支援方法を明示し、個々に応じた対応を行っている。意思伝達に制限のある利用者には、日々接する中で固有のコミュニケーション方法やサインの発見に努め、ジェスチャーやボディタッチ等の方法で意思確認をするなど、職員間で支援内容を共有して取り組んでいる。自閉症の利用者への対応として絵や写真を使ったTEACCHプログラムを取り入れることが検討されており、効果を期待したい。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	自治会が組織されており、補佐として担当職員が出席している。毎月の出来事を記載した新聞を作ってデイルームに掲示したり、行事内容や行事食について話し合いをし、結果を運営に反映させている。また、日常生活についての利用者の意向は担当職員が把握し、即応するよう努めている。しかし、本評価のアンケートでは、自治会の機能が弱いことがあげられているので、今後は、自治会活動が利用者のエンパワメントに基づいて活発に行われるように取り組まれることを期待したい。
A-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	利用者の日常生活上の行為への支援については、個別支援計画に明示し、生活支援会議で検討しながら、見守りや声かけをしたり、本人と一緒に行動するなど、出来るだけ本人が自力で行えるよう支援している。食堂にパーソナルスペースをつくったり、食器や自助具の工夫をしたり、施設内に手摺りを設置するなど、利用者の生活と活動の範囲が広がるよう検討し実施している。
A-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。	a	個別支援計画はエンパワメントの理念に基づいて立てられており、計画に沿った支援が行われている。買い物や外食等の希望外出を計画的に行ったり、利用者の状況に応じて洗濯が自分で行えるよう専用の洗濯乾燥機も備えてある。また、ハウスキーピングの仕事は隣接する同法人施設にも手伝いに行き、アルミプレスや廃油石鹸づくり、園芸や絵画等で能力を発揮している利用者もいる。地域生活への移行を目指すあゆみ棟では、献立をたて、食材を買いに行き、調理実習もして地域生活移行への準備が行われている。



A-1-(2) 利用者の権利擁護		
A-1-(2)-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。	b	理念や職員倫理綱領に、利用者の権利擁護についての方針を明示し、職員朝会で読み上げて周知を図っている。また、施設長を中心とする「倫理委員会」を設け、委員会で虐待についての具体的な例を示し、職員室やデイルームに掲示している。虐待や身体拘束が行われた際の対応は明確に定められている。成年後見制度については、家族会で話をしたり、個別に説明するなどして理解に向けた取り組みをしている。しかし、本評価の施設見学時に、事務室をはじめ施設している場所が多くあった。真に利用者の安全のためにやむを得ないものなのかどうか全職員で検討し、施設場所を少なくするための取り組みを期待したい。また、新しく施行された障害者虐待防止法について、職員全員で定期的に学ぶ機会を持ち、人権擁護に対する意識を更に高めていくことを期待したい。
A-1-(2)-② 行動傷害について、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。	a	利用者の日々の記録は細かくとり、パソコンネットワークで情報を共有している。行動障害のある利用者については、観察した資料をもとに生活支援課会議で色々な角度から対応方法を検討し、パソコンの掲示板で全職員に周知を図っている。現在、自閉症の理解と対応について職員全員で研修しており、専門家や先進施設に学びながら、自閉症の利用者が暮らしやすい環境づくりに取り組んでいる。
A-1-(3) 福祉サービス実施計画に基づく支援		
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	業務マニュアルに個別支援計画・ケース記録・モニタリングに関する事項が定められている。アセスメントを通して担当職員が個別支援計画を作成し、検討会議を経てパソコンネットワークで全職員に周知し、情報を共有しながら統一した支援に努めている。6ヶ月ごとにモニタリングを実施し、計画を見直している。利用者に説明する際には、個々の状態に応じたコミュニケーションの工夫をして丁寧に行っている。
A-1-(4) 所持金・預かり金の管理		
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	所持金・預かり金については、金銭・預貯金通帳等の管理マニュアルに基づき適正に管理されている。自己管理をしている利用者は個別支援計画に位置付けて、金銭出納簿をつけ居室に鍵をつけた金庫を置いて対応している。必要に応じて成年後見制度の利用に繋げている。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 食事		
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	栄養ケア計画書を作成して、利用者個々の身体活動レベルに応じた栄養量を提供し、食事形態も刻み食、軟菜食、ミキサー食など多岐にわたっている。支援を要する利用者には個別支援計画に支援方法が明示され、計画に基づいた支援を行っている。また、利用者の体調等により個別の食事が提供されている。
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	嗜好調査は、担当職員が聞き取りを行う形で実施している。食事委員会が毎月行われ、利用者の代表3名が参加して、季節感があり、バラエティーに富んだ食事を、楽しく食べるための検討をしている。1週間分の献立表を、写真や絵入りでわかりやすいように工夫してデイルームに掲示している。お好みメニューと称して、2種類の献立から選ぶ日があったり、誕生日には本人の希望メニューを提供したりして喜ばれている。調理室に保温庫があり、時間差があっても適温の食事が提供できる。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	喫食環境については給食委員会で検討し、食事時間は利用者のペースで食べられるよう幅を持たせている。席は自由であるが、いつも同じ場所がいい利用者には、テーブルに記名して指定席としている。集団の中で食べることに抵抗がある利用者は、今まで居室で食事を摂っていたが、食堂にパーソナルスペースを作ることにより食住分離ができた。また、利用者の身体状況に合わせて、テーブルの高さや椅子の高さを調整したり、食器の工夫をしたりして食べやすい環境づくりに取り組んでいる。
A-2-(2) 入浴		
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	利用者一人ひとりの障害の状況や健康状態、入浴時の留意点や介助方法は個別支援計画に明示され、それに基づいた支援が行われている。入浴援助マニュアルが整備され、安全やプライバシー保護の面も配慮されている。同性介護を原則としている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	入浴は週3回としているが、何時に入浴したいかは利用者の希望に応じた対応に努めている。トイレに冷暖房付きのシャワー室があり、失禁時の対応は安全にスムーズに実施できる。本評価のための利用者アンケートに、夏場はもっと入りたいとの要望が出ており、今後は利用者と入浴について話し合う機会を持ち、可能なかぎり希望に沿った入浴支援が行えるよう前向きな検討を期待したい。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	b	浴室、脱衣場の設備や入浴器具については、生活支援課会議で検討している。脱衣場の冷暖房設備は調整できるようになっており、清掃や使用器具の整理整頓もなされている。しかし、浴室も脱衣場も開設当時のものをそのまま使っており、施設で対応できない利用者は、隣接施設の生活介護を利用している。今後は、利用者の高齢化に伴う身体状況の変化にも対応できるような浴室・脱衣場の整備を期待したい。

A-2-(3) 排泄			
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	b	排泄介助が必要な方は、個別支援計画に留意事項が明示され、それに基づいた支援が行われている。必要に応じて排泄チェック表を活用して健康管理や排泄の自立につなげている。排泄援助マニュアルが整備され、安全面やプライバシー保護、失禁等について記載されている。今後は、排泄用具の使用法についても、衛生や防臭を考慮したマニュアルの整備が望まれる。
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレにはエアコンが設置されており、プライバシーが保護される構造となっている。清掃専門の職員による毎日の清掃で清潔保持や防臭対策、感染症対策に努めている。
A-2-(4) 衣服			
	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	毎日どの服を着るかは、自分で選んでいる利用者もいるが、職員が本人の好みや個性を考えて決めている利用者も多い。衣類の購入は、職員同伴の外出で個々に応じた支援をしている。素材や色調、デザイン等に配慮を要する利用者については、個別支援計画に位置付け、それに基づく支援を行っている。
	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	更衣援助マニュアルが整備され、出来るだけ清潔な衣服で気持ちよく生活できるよう心を配っている。こだわりが強い利用者への対応については生活支援課会議で検討している。
A-2-(5) 理容・美容			
	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	施設内に理美容室があり、定期的に地域の理髪店・美容院が来訪し、本人の希望を聞きながら実施している。意思伝達に制限のある利用者場合は、職員が代弁をして本人の意向を伝えている。化粧をしている利用者は現在いないが、髪にリボンをつけたり、ピンでとめたり、その人なりのおしゃれを楽しんでいる。整髪や洗顔、つめきり等に支援を要する利用者は、個別支援計画に位置づけ、それに基づいた支援を行っている。
	A-2-(5)-② 理髪店や美容院について配慮している。	a	施設内の理美容室を利用する利用者が多いが、希望外出で地域の理美容室を利用する場合は、利用者の意向に応じて連絡調整を図り職員が送迎している。
A-2-(6) 睡眠			
	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	b	居室は1～2人部屋で、畳の部屋とベッドの部屋があり、障害の状況や本人の希望で選ぶことができる。寝具は個人の持ち込みも可能である。夜間対応マニュアルが整備され、心地よい睡眠を確保するための留意点、睡眠障害のある利用者への適切な対応、失禁やおむつ交換の際の手順等が記載されており、必要に応じて個別支援計画に位置付け、それに基づいた支援が行われている。また、夜間の個別支援は細かく記録されている。しかし、不穏者や不眠者がいた場合、一時的に使用する部屋がなく、適切な対応をしにくい状況が生じているため、設備の整った予備室の整備を期待したい。

A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	利用者個々の健康管理表や、健康管理マニュアルが整備されており、日々接する中で健康状態の把握をしている。歯科医師、歯科衛生士による口腔衛生の指導を全員が受けている。インフルエンザ予防接種は家族の承諾も得て実施している。老化や服薬等により便秘となる利用者が増えてきており、繊維質の多い食材や、納豆・オリゴ糖の摂取や便秘体操の実施等、対策に力を入れている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	関係医療機関とは日常的に連携を取り合っており、利用者の健康面に変動があった場合は、緊急時対応マニュアルにより対応している。マニュアルには、容態の見かたや救命・応急手当の手順、救急車の呼び方、連絡応援対応等が明記されている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a	配薬・服薬マニュアルが整備され、薬の保管や配薬に関する注意事項、服用時の確認事項が定められている。また、服薬ファイルに利用者個々が服用している薬についての情報が綴られている。利用者一人ひとりの内服薬は、一包装して薬袋に記名し、朝・昼・夜の色分けをして個別ケースに入れ、毎回本人確認を行っている。事故が発生した場合は看護師に連絡し、看護師は医師の指示を仰ぐことになっている。現在「誤薬ゼロプロジェクトチーム」を立ち上げ、事故防止対策を検討中である。
A-2-(8) 家族との連携・交流		
A-2-(8)-① 家族との連携・交流が積極的に行われている。	a	家族会（自由参加）が組織されており、総会や家族の集い、施設の環境整備等を行う活動日を設けて交流を行っている。また、利用者個々の生活の様子や健康状態、金銭関係については、面会や外泊、行事等で家族が来所の折に面談を行い、その中で報告したり相談に応じたりしている。施設長は、地域生活に移行する利用者のことを考え、障がい者が住みやすい社会をつくるために、家族の方々にも協力をいただくような方向でいきたいと考えている。
A-2-(9) 生活環境づくり		
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。	b	利用者にとって居心地がよく、落ち着いて生活できる施設を目指して、順次改修し環境整備をすすめている。今年度はベッドの居室を増やし、車椅子トイレやトイレ内シャワー室を整備し、より暮らしやすい環境となった。しかし、利用者が少人数で寛げる場所や部屋、面会室等が未整備である。今後は、共有スペースの充実も図っていくことを期待したい。また、施設内の掲示物や各室の表示板が全体的に高い位置にあるので、利用者に見やすくなりやすい工夫をすることが望まれる。

A-2-(10) 余暇・レクリエーション		
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	余暇・レクリエーション活動は、職員の趣味や特技を活用して行っている。DVD鑑賞は、利用者の希望に沿ったものを、食堂でプロジェクターを使って上映し、映画館のような雰囲気が楽しめるようにしている。生け花教室やボランティアによる「おどりこワークショップ」も行われており、自主的に花壇づくりを楽しむ利用者もいる。今後は、社会資源の活用や各種ボランティアの導入も検討し、多様なプログラムの中から利用者がやりたいことを選んで活動したり、利用者自身が主体的に企画・立案に関われるような支援に取り組みられることを期待したい。
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	新聞・雑誌は希望があれば個人購入できる。テレビは本人の希望で購入し居室で見ている。2人部屋には施設のテレビを配置し共同で利用している。
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。	a	タバコについては、身体への影響を説明した上で本人の自由とし、喫煙場所は決まっている。飲酒は行事の時に希望をとって提供する。必要に応じて個別支援計画に位置づけそれに基づいた支援が行われている。
A-2-(11) 外出、外泊		
A-2-(11)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	余暇時間を利用して、職員と利用者が一緒に出かける「希望外出」を実施している。ルールや手続きが定められており、個々の利用者の意向に沿った外出となっている。なお、不測の事態に備えて、GPSを所持している利用者もいる。
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	外泊についてのマニュアルがあり、利用者や家族の希望に応じて行われている。盆や正月の外泊を要請することはない。必要に応じて個別支援計画に位置づけ、それに基づいた支援を行っている。
A-2-(12) 移乗・移動		
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	移乗・移動介助については、利用者一人ひとりの心身の状況等に合わせて支援することを大切にしている。安全運転管理者を定め、送迎車輛の運行前チェックを必ず行い、操作手順や車輛内の安全確保、安全運転等については内部研修を毎年行っている。法人全体で交通安全に取り組んでおり、事故のニュースがあると安全体制について指示があり、今年度は三角板の整備を行った。

A-3 就労支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 就労支援		
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。	評価対象外	該当するサービスを行っていない事業所につき、本項目は対象外とする。
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。	評価対象外	該当するサービスを行っていない事業所につき、本項目は対象外とする。
A-3-(1)-③ 工賃の支払いは適正に行われている。	評価対象外	該当するサービスを行っていない事業所につき、本項目は対象外とする。
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。	評価対象外	該当するサービスを行っていない事業所につき、本項目は対象外とする。
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。	評価対象外	該当するサービスを行っていない事業所につき、本項目は対象外とする。

A-4 自立訓練

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 自立訓練・支援		
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。	a	日常の場面でADLの自立を目指した支援を行い、必要に応じて個別メニューに基づくリハビリを実施している。また、利用者の心身の状況や希望に応じて、療育活動と生産的活動にグループ編成をし、療育活動では音楽や運動等で心身機能の促進を図り、生産的活動では廃油石鹸づくりやアルミ缶プレス作業等を行い、収益金を行事等に活用している。グループ活動は利用者の生きがいや楽しみに繋がっている。
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。	a	個別支援計画に、日常生活行為の自立に向けた支援内容を盛り込み実施している。居室の個室化や車椅子トイレの設置等設備面でも配慮している。また、社会生活のスキルアップを目指した「ハウスキーピング」活動は、隣接施設にも出かけて洗濯物たたみや喫茶の手伝い等を行い、自立に向けた訓練となっている。

A-5 地域生活への移行・支援

	第三者評価結果	コメント
A-5-(1) 地域生活への移行・支援		
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。	a	「あゆみ棟」5居室を地域生活移行への拠点として支援に取り組んでおり、10月に2名がケアホームに移行した。地域生活への移行に関しては、家族や関係機関との連携を十分にとっているが、特に家族の理解が必要不可欠であり、移行後も施設では出来る限りの支援を継続することとしている。