

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 新潟みずほ園	種別： 障害者支援施設 (生活介護・施設入所支援)
代表者氏名： 障害者支援施設 新潟みずほ園 施設長 川村 雅代	定員： 生活介護 53名 施設入所支援 50名
所在地： 〒950-2137 新潟県新潟市西区小見郷屋107番地2	
連絡先電話番号： 025-262-0044	FAX番号： 025-261-5483
ホームページアドレス	http://www.nmf.sakura.ne.jp/mizuhoen

③ 総評

◆特に評価の高い点

◎利用者の目線に立った支援の提供

新潟みずほ園は、「新潟県ミニコロニー構想第一号施設」として開設後35年が経過し、地域と連携し「一つの地域そのもの」として存在している。

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、人権の保障に努める」「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る」「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る」が堅持され、時代や制度が変化しても、変えてはならない基本事項として継続されている。

全職員へ三つの理念が周知され、職員も十分に理解しており、利用者の自己決定の尊重、同性による介助、身体拘束をしないケア、利用者のプライバシーの保護等、人権尊重の視点に立ったサービスを提供している。利用者一人ひとりとのコミュニケーションを大切に考え、言葉による意思疎通が困難な場合は、ボード・パソコン・携帯電話等の機器を活用し、言葉の表出に時間がかかる場合には、ゆっくり時間をかけて話を聴く等、個々の持てる力に応じた方法を工夫している。コミュニケーションの充実化は、サービスの提供における基本であり、利用者の表情も明るく言葉も穏やかであった。

また個別支援計画は、利用者・家族・各専門職員の参画により、詳細なアセスメントに基づいて作成され、生活支援実施書に具体的な支援内容がわかりやすく明記されている。定期見直しも年2回行われ、PDCAサイクルを継続していくシステムが構築されている。

今後の重要課題として、地域生活を希望する利用者向けサービスの充実を掲げており、新規事業検討委員会を立ち上げ、実現に向けて取り組んでいる。

◎利用者が過ごしやすい環境整備と工夫

開設後35年が経過し、居室の個室化等充分整備されていない現状ではあるが、順次施設改修を実施し、環境整備を進めている。

昨年度は耐震診断による建物の安全性の確認や、管理棟と地域交流ホームのエアコン設備、大型洗濯脱水機、車椅子搭載用軽車両の設置更新がなされた。今年度は、ナースコールシステムを改修し、利用者対応がよりスムーズになった。またトイレ棟を新築し、トイレの増設及び便器や手すり、床、照明等も利用者個々の特性や状態に応じた工夫がなされている。トイレ棟の一角には、汚物洗濯機やシャワーコーナーも設置されており、排泄に関する環境がより充実した。

また、利用者に合わせて洗面台の高さを調整出来るようにしたり、居室入口の自動ドアスイッチを、利用者が使いやすい位置や大きさに設置する等、利用者が常に使いやすく、自立を促進する設備環境の工夫が随所に取り入れられている。

◎利用者満足度の高い食事の提供を目指して

給食は直営で運営しており、厨房職員が利用者の状態に応じた食事を提供している。栄養士や調理員が食事の際に必ず利用者の様子を見守り、食事摂取状況やニーズ、好みを把握して献立に反映させている。

食事は生活の中の一番の楽しみと捉え、複数献立、バイキング食、外注食、行事食等変化に富んだ食事内容となっている。食材も可能な限り地産地消を心掛け、季節感のある安全安心な食事を提供している。また、利用者個々の状態に応じた食事形態や、食器、自助具（スプーン、フォーク、ストロー等）の工夫により自力で食べられるよう配慮がなされている。

より良い食事提供を常に心掛け、利用者に対する嗜好調査を年2回、食事を考える会を年4回実施し、且つ食事委員会には利用者代表4名も参加され、日々の食事や行事のメニュー、食事提供に関する意見、要望を協議している。

◆改善を求められる点

◎今後の取り組みが更に期待される事項について

①地域支援・新規事業への取り組み

新規事業として、平成24年度を目途に身障者ケアホームの創設に向けた具体的な取り組みが開始されている。今後は新たにホームヘルプ事業等の地域向けサービスの提供への取り組みを構想している。これらの地域支援事業が計画どおりに行われ、在宅障がい者の生活がより充実したものとなることが期待される。

②人事考課制度の導入に向けて

法人全体で人事考課制度を検討するプロジェクトを立ち上げ、目標管理制度についての検討を実施している。今年度の具体的な取り組みとして、6月に職員個々で目標を設定し、年度末の取り組み状況の総括及び施設長との面談を経て、次年度の各自の目標に繋げることを目指している。また次年度の取り組みとして、「目標管理制度の趣旨を法人職員全体で理解し共有する」ことを挙げている。

人事考課の目的と役割は、人材の能力開発・育成、公正な職員処遇、個々の意欲喚起と

組織の活性化であり、最終的には職員個々のステップアップを促進し、利用者へのサービスの質が向上することである。人事考課制度の目的や効果を、全職員に正しく周知・理解されるとともに、適正に実施されることが期待される。

③職員一人ひとりを対象とした研修計画の策定について

運営計画に職員の専門性の向上をめざす基本姿勢が明示され、研修委員会等で具体的に実施計画を立案し、研修を定期的に行っている。今後は、職員一人ひとりの技量等を評価・分析し、その結果に基づいた個人別目標の設定と、それを達成するための研修プログラムが策定され、体系的な研修受講及び支援体制が必要であると考えられる。このような職員教育とスキルアップの視点から、今後の人材育成に更に取り組まれることが期待される。

◎ボランティアの育成と活用について

ボランティア受け入れにおける年間計画が策定され、受け入れ状況も把握されているが、新規ボランティアがなかなか見つからない現状である。

利用者のエンパワメントの観点から、日中活動を更に充実させるための方策として、多彩な分野（陶芸・フラワーアレンジメント・ハンドマッサージ・メイク・アロママッサージ・絵手紙等）の専門家によるボランティア発掘が期待される。他団体及び各種制度を活用した情報収集により、積極的な取り組みが期待される。

また、ボランティアに対する研修マニュアルを整備し、組織全体として地域ボランティア育成も含めた総合的な取り組みがなされていくことを期待したい。

④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(H24.1.10)

新潟みずほ園は開設から35年、法人の理念に基づいた事業展開を脈々と継続してきました。

次々と福祉を取り巻く制度が変化する中で、これまでの検証と、透明性のあるサービスへの新たな手がかりを模索するため、法人2事業所目として「新潟県福祉サービス第三者評価」を受審しました。

職員自己評価（パート職員も含んだ全職員を対象）、利用者アンケートの時点から現段階での課題を実感する良い機会になりました。

今回示された[評価の高い点][改善を求められる点][職員自己評価][利用者の声]を真摯に受け止め、客観的な分析を行いながら適正な福祉サービスに努めていく所存です。

今回の受審に際しましてご協力いただいた皆様に心から感謝申し上げます。

新潟みずほ園施設長 川村雅代

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 】

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、人権の保障に努める」「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る」「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る」を、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。
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、職員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。
Ⅰ－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、年度当初の月例会で施設長から基本的な理念や基本方針をわかり易く説明している。家族には年度当初の「運営計画等説明会」及び「家族会研修会」の場で説明し、欠席者には文書を送付し、周知している。

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	平成20年度より地域支援、新規事業構想を踏まえた中・長期計画が策定され、実施に向けたプロジェクトチームを立ち上げるなど、法人の中・長期計画に運動した内容の取り組みが策定されている。
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	年度運営計画は、法人の中・長期計画を踏まえて作成されている。運営方針に、経営の安定・利用者サービスの向上・在宅障がい者福祉の増進・人材育成等が掲げられ、計画書全般にわたって具体的な内容が記載されている。
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	事業計画の策定は、現場からの意見要望を集約し、職員会議での検討を行った上で、運営会議で協議・決定されている。
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、施設長から職員会議で詳しく説明し周知を図っている。各計画の進捗状況は各種会議で検討され、職員会議へ提起されている。
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、年度当初の月例会で施設長からわかり易く説明している。家族には年度当初の「運営計画等説明会」及び「家族会研修会」の場で説明し、欠席者には文書を送付し、周知している。

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所信表明を行い、各会議でも随時表明の機会を設けている。有事の際の取り組みに際しても、迅速にリーダーシップを取り対応している。
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。	a	法令等を正しく理解するために、関係機関との連携や、国・県で行う研修会に積極的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、マニュアル化する等して職員会議で周知を図っている。
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	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	法人幹部会議や施設の運営会議で人事、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常に心がけて指導している。年度末には各部署や各委員会等で一年間を検証し、次年度への取り組みに繋がるよう指導している。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	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	全身協等上部団体の会議、研修会へ積極的に参加し情報の把握に努めている。また同法人の相談支援センターから地域の情報や潜在的利用者に関するデータの収集に努めている。把握された情報やデータが中・長期計画や毎年度の運営計画に反映されている。
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、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。	c	毎月外部の経理事務所の経理士より指導助言を受け、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。	a	法人全体で人事管理の体制が整備されており、特に資格取得希望者の受験、研修への環境整備に配慮が行われている。
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	法人で人事考課制度導入に向けてプロジェクトチームで検討し、今年度の具体的な取り組みを始めたところである。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げ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より良い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。	a	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て担当部署で検討して業務配分、人員配置の改善につなげている。施設長は毎月の給与明細書を手渡す際に、一人ひとりとの意見交換を大切にしている。今年度より、職員の希望がある際は、法人顧問弁護士に各種相談が出来るシステムが整備され、今後の活用が期待される。
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。	a	法人として福利厚生を重視している。ボーリング大会、暑気払い、忘年会等職員間の親睦を図るための助言、支援を行うとともに、インフルエンザ予防注射等健康管理面の費用補助や、職員の苦情窓口の開設にも取り組んでいる。加入している福利厚生センター「ソウエルクラブ」の有効利用を助言して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めざ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、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。今後はその他の研修においても職員一人ひとりの技術水準、知識、専門資格の有無等に応じて個別の職員の教育・研修計画を作成し、人材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て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。
II-2-(4) 実習生の受入れと育成が適切に行われている。		
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	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。実習のプログラムは学校と相談しながら作成している。実習生を指導する実習指導者の育成にも積極的に取り組んでいる。

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	運営計画に利用者の安全安心確保のための具体的な取り組みを掲げ、マニュアルが整備されている。安全管理に対する検討会は定期的開催され、必要時には利用者も参加している。利用者の外出・外泊時の災害・事故等緊急時については、関係機関及び家族・地域住民との連携協力があり、施設長のもとでの管理体制がしっかりと整備されている。
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	相次ぐ大地震後耐震構造検査を受け、ハード面の安全確認をした。また、防災マニュアルに沿った職員研修や、利用者と共にビデオ学習を行っている。毎月実施している避難訓練の中に、消防署と地域消防団立ち合いの訓練を組み入れ、災害に備えている。備蓄品は管理者を定め、地域住民の避難も想定して充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	インシデント・アクシデント報告を基にしたマニュアルの周知徹底と、安全確保・事故防止の法人研修を実施し、発生要因の分析や未然防止策についても毎月検討している。
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	事故発生等緊急時の対応マニュアルは多様な状況を想定した迅速な対応が可能ないように作成され、最悪の事態も想定した内容になっており、職員研修等で周知徹底している。

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。	a	新潟県のミニコロニー構想第1号施設として、開設後35年が過ぎ、しっかり地域と密着し、一つの地域そのものとして存在している。年月を経て利用者の参加のかたちなどに変化が見られてきてはいるが、地域行事には地域の人々に参加を望まれている。利用者個々のニーズに合わせた支援も行われている。施設前の道路が、通学道路になっていることから、子供110番の家として地域にも貢献している。
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	広報紙の地域配布により、法人の理念や、施設の活動状況等の伝達は行われている。介護相談をはじめとして、各種の相談が持ち込まれ、適切な対応を実施している。ガイドヘルパー養成講座の講師等で職員を派遣している。今後は、法人として各種の資格を持った職員の経験を活用し、地域の人たちが気軽に楽しみにして参加できる講習会等の機会への取り組みに期待したい。
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方針は明文化されており、職員もボランティア研修を受講し理解を深めている。今後は、訪問するボランティアに対する事前説明等資料やボランティア育成等に関しての整備と、小中学校への出張ボランティア講座等の更なる取り組みにも期待したい。
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	必要な社会資源はリストアップされホームページで公開しており、地域家庭にも配布している。職員も情報共有している。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	西蒲区障害者（児）相談支援センター「わあ〜らく」を法人の自主事業として、入所登録者からの相談や養護学校卒業後の相談等を実施しており、自立支援協議会でのケア会議や事例検討等に施設から職員が参加している。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	第三者評価結果	コメント
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	相談センターが地域の福祉ニーズの把握に貢献しており、短期入所や、困難事例等どんな相談でも断ることなく施設にあげてくる。その他民生委員や、地域代表者会議、時には施設長宛に直接電話がくることもある等、ニーズが把握できる環境が整っている。
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	福祉ニーズの高い、地域生活利用者向けのケアホームやグループホームを中長期計画に掲げ、入所サービス以外の地域生活希望者向けのサービス充実に取り組んでいる。計画の早期実現が望まれる。

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、運営方針、職員倫理綱領に利用者尊重が明示されている。朝会で倫理綱領を読み上げ、同性介護を基本姿勢とした福祉サービスの提供が実施され、職員に周知徹底されている。第三者評価利用者アンケートの結果でも利用者にも周知されていることがわかる。
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	倫理綱領に明示され、マニュアルも細かく整備されており、同性介護を基本としたサービスが提供され、個室化に向けた取り組み、個別ニーズに合わせたスペースの確保等、古い施設をよりよく利用してもらえる工夫が見られる。研修も繰り返し行われ、利用者も周知している。
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	満足度調査は年1回実施され、家族会には職員も出席し利用者満足の把握に努めている。月1回の月例会でも意見を聞き、倫理委員会やグループ会議で結果を検討し、必要な改善を行っている。分析検討結果は公表している。
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	個別支援は、利用者が相談しやすいように担当者を含むグループ制がとられており、居室のドアに掲示されている。他にも市より、月1回市の相談員が来訪し相談に対応している。西蒲区障害者(児)相談支援センター「わあ〜らく」についても施設内で掲示し、パンフレットや広報紙でも紹介している。相談室や園長室での個別相談や、携帯メールによる施設長への相談など、自由に相談できる体制が整備されている。
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。	a	苦情解決の体制は整備され、施設内にも掲示されている。発言ができない利用者に対しても、パソコンや、携帯メールを利用したりで、苦情が申し出やすい方法がとられている。内容や対応については記録を残し、本人や家族には直接フィードバックしている他、公表も行っている。職員の処分規程も定められている。
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	利用者の意見や提案に関しては、「待たせない介護」を目指し、グループ会議で検討し対応している等体制はできている。今後は、そのシステムをマニュアル化し、きめ細かな利用者への対応に向けた整備が期待される。

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	「良質なサービスを、安定的・継続的に提供すること」を法人の使命として重点課題に掲げ、PDCAサイクルに沿って取り組んでいる。年1回の自己評価・年1回の利用者アンケートの集計結果を踏まえた対応を公表する等、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。第三者評価の受審についても検討部署を設置し、今回の受審となっている。
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	毎年度当初に昨年度の重点課題の進捗状況を検証し、運営計画に反映させている。担当部署での検討結果については職員会議・朝会等で全職員及び利用者へ周知徹底している。今回の受審結果についても同様に、職員・利用者へ公表の上対応していくことが決定している。
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	各種のマニュアルが整備され全職員に配布の上、徹底されている。利用者の身体状況に応じた対応が必要なため、きめ細かくアセスメントされて、個別支援計画に位置づけられ、各職員はマニュアルに基づいたサービスを提供している。
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、原則として半年1回とされているが、状況の変化に応じて見直しが行われている。サービス提供に関しては、職員の自己チェックや、利用者アンケート結果、実習生の評価等も参考にしている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	職員各自がパスワードを持ち、記録はパソコンで実施している。また、記録についてのばらつきがないように、資料配布による自己学習や、外部講師による勉強会等も実施している。定期的に担当責任者、施設長が決済し、利用者台帳にファイルされている。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	記録管理責任者を定め保管・保存している。これまでに廃棄した物はなく開設以来の記録は全て保管されている。情報開示、個人情報保護に関しては、利用者及び家族に対し、契約書・重要事項説明書に明記されたもので説明し、同意書も取り交わしている。職員室のパソコンの位置も記録中に利用者の目に触れぬよう配慮されている。
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	月1回グループ会議で看護師・栄養士等も参加し、情報の共有を計っている。早急に共有が必要な情報に関しては連絡表をパソコンの設置場所に貼り出している。パソコンのネットワークシステムにより必要な情報を入手できるが、個人名により入手範囲が決められている。

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、パンフレット、広報紙は公共施設（郵便局、ＪＡ、市連絡所等）に置かれ、誰でも手にすることができる機会を作っている。見学、体験入所、１日利用等の希望に対しては、パワーポイントを使って説明するなど快く対応している。
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。	a	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、利用に繋げている。病院経由での利用者に対しては、医療行為についての理解を求め、十分な引継ぎの上利用契約を結んでいる。今後は、利用者の同意を得るまでの過程を文書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	地域への移行に関しては、市の相談員の参加も行われ、利用者の希望の実現に努めている。施設職員のみでの相談対応では、安全確保が優先される傾向になるが、違う視点を持つ相談員の助言が、利用者の可能性を引き出すことに繋がることを学んだ事例もあり、より効果的な移行を促進している。また、地域へ移行した利用者についても、支援継続に取り組んでいる。

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	利用者・家族の希望と、各利用者の身体状況に応じた対応に向け、所定の様式にきめ細かくアセスメントがなされ、ニーズ把握も行われている。年２回の定期見直しを実施され、利用者・家族と共に各専門職員が参加している。
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	アセスメントされた内容をもとに、部門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、具体的な援助方法が留意点と共に記載されている。
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	評価は毎月実施されており、年２回の定期見直しを実施している。見直しによる変更は、月１回の会議で関係職員に周知している。また、緊急に変更する必要がある場合には、緊急会議で担当グループ職員、看護師、栄養士の参加により実施している。

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	利用者全員のコミュニケーション方法が把握されており、支援を要する利用者には個々の持っている力に応じた方法が工夫されている。言葉による意思疎通が困難な場合は、ボード、パソコン、携帯等の機器を活用したり、言語の表出に時間がかかる場合はゆっくり時間をかけて話を聞くようにする等、具体的な内容と方法が個別支援計画に明記され、それに基づいた支援を行っている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者の総意で自治会は解散となったが、月例会で利用者の意見を確認・協議している。利用者が意見・要望を言いやすいように生活支援はグループ制とし、意向には即応するよう心掛けている。利用者は自分の生活を自己決定しており、主体性が尊重されている。
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	利用者が自分で行えることは見守り、必要時には支援することを基本姿勢としており、生活支援課会議等で確認している。利用者が自力で行える場面が増えるよう、食堂のスペースや食卓の高さ、食器や自助具、居室内の機器・道具の位置、トイレの便座や手すり等の工夫をしている。利用者の状況が変化した時は、本人の意向を確認し、グループ会議で相談して支援方法を決めている。
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論に基づいて立てられており、計画に沿った支援が提供されている。自主的な外出の尊重や、出張販売店の活用等による日常生活上のトレーニングが行われ、車椅子でも利用できるタクシー会社や各種イベント等の社会資源を掲示板で情報提供し、買い物やコンサート等の希望に応じた支援を行っている。利用者自身が人権意識を高められるように、施設長は月例会で人権に関する話を分かりやすく工夫しながら話している。利用者の表情は明るく穏やかである。現在、作業療法士による訓練がプログラムに基づき実施されている。
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。	a	利用者の権利擁護については、理念や倫理綱領、服務規程に明記され、倫理綱領は毎日職員朝会で読み上げ周知を図っている。虐待や身体拘束のマニュアルには具体的な例が示され、万一の場合の対応は服務規程で明確にしている。また、職員の苦情受付制度があり、業務中のストレス軽減を図っている。成年後見制度の勉強会は家族と一緒に実施し、制度を活用している利用者もいる。
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って申し送りやパソコンネットワークで情報共有を図っている。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誘因をいろいろな角度から検討し、必要があれば専門医の協力も得て対応策を検討し、結果を個別支援計画に明示し統一した対応をしている。
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	利用者の日常支援は、個別支援計画に基づいて実施されている。計画及びケース記録はパソコンネットワークでいつでも確認できるようになっており、職員は情報を共有しながら統一した対応に努めている。新人職員には1ヶ月間マンツーマンで指導を行い、1年間は指導職員による見守りがなされている。6ヶ月毎にグループ会議で計画の見直しを行い、支援内容が利用者の現状に即しているかどうかの検討を行っている。個別支援計画の利用者への説明は、本人に合わせたコミュニケーション方法で丁寧に行っている。
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	金銭、預金通帳、印鑑管理マニュアルに基づき適切に管理されている。現金取り扱いは複数職員で対応し、自己管理をしている利用者は金銭出納簿をつけ、居室の引き出しに鍵をつけて対応している。

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	食事介助マニュアルが整備されるとともに、個別支援計画に利用者の身体状況に応じた留意点や支援内容がきめ細かく記載されており、それに基づいた支援が行われている。利用者の体調等に応じて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	嗜好調査を年2回、食事を考える会を年4回開催している。食事委員会には利用者代表(4名)も参加し、日々の食事や行事食のメニュー、食事提供に関する意見・要望を協議し献立に反映させている。献立表は廊下の掲示板の見やすいところに掲示されており、食事内容は季節感があり、食器や盛り付けも工夫されている。調味料は食堂の冷蔵庫に用意されており自由に使用できる。食堂に温冷配膳車が設置され、時間差があっても適温の食事が提供できるように配慮されている。食事介助は本人のペースに合わせて行われている。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	食堂の設備等については給食委員会で検討し、必要に応じて改善を図っている。利用者の重度化がすすみ、車椅子使用者が増えたため、現在、ふれあいルームも使って2箇所ですべて利用している。利用者一人ひとりが自由に食堂についた順に適温の食事が提供されている。食堂は明るくて清潔であり、厨房職員の利用者への対応もよい。
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	個別支援計画に入浴時の留意点や介助方法が記載され、それに基づいた入浴支援が行われている。入浴介助マニュアルが整備されており、安全やプライバシー保護の面も配慮されている。同性介助を行っている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	週間入浴回数については安全でゆったりとした入浴が出来るよう、人的配慮等の理由により週2回としているが、希望に応じた対応を心掛けている。失禁や汗をかいた時はシャワーで対応している。しかし、本評価における利用者調査では、毎日入浴したいとの要望が出ており、今後は入浴回数についての前向きな検討が望まれる。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	浴室・脱衣場の設備や入浴器具については随時生活支援課会議や運営会議等で検討している。利用者の重度化に伴い、21年度に特殊浴槽の入れ替え、今年度は簡易特浴器具を導入し利用者にも職員にも喜ばれている。また、安全確保のため浴槽にスロープや手すりをつけたり、浴室入り口引き戸を工夫して脱衣場からも中の様子が確認できるようにした。脱衣場・洗い場にはバスマットが設置され滑りにくいようになっており、冷暖房の調整は可能で、プライバシーへの配慮もなされている。脱衣場のカゴ・敷物等の整理整頓が望まれる。
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄介助が必要な方は、個別支援計画に留意事項を明記し、それに基づいた支援が行われており、必要に応じて結果を記録している。排泄介助マニュアルが整備され、安全面やプライバシー保護、用具の使用法や後始末についても記載されている。同性介助を行っている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	中庭に新しくトイレ棟を建設し、トイレの増設や、便器・手すり・床・照明等利用者個々の特性に応じた各種工夫がなされている。また、汚物洗濯機やシャワーコーナーも設置され、排泄に関する環境がより清潔で快適なものとなった。

A-2-(4) 衣服	第三者評価結果	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	衣類の選択は利用者の好みを尊重している。衣類の購入については、地域の衣料店の出張販売を利用したり、大型店に出かけて購入したり、インターネットで流行の服を見て買ったりしている。職員は側面的な支援をしている。
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	利用者の衣類は清潔に保たれており、着替えの希望があれば本人の意思を尊重して必要な支援を行っている。更衣介助マニュアルが整備され、汚れや破損が生じた場合は速やかに対処している。衣類の整理や破棄についても利用者の意向を尊重している。
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	理容・美容については、利用者個々の意思を尊重しており、髪型や化粧は希望に応じて職員が相談ののたり手伝ったりしている。爪きり、ひげそり、歯磨きについては必要に応じて個別支援計画に位置づけ、それに基づく支援を行っている。理・美容に関する情報は掲示板に掲示している。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院について配慮している。	a	地域の理髪店（1軒）と美容院（2軒が交互に）が定期的に来所し、利用者の希望に添ったヘアスタイルとなるよう配慮している。来所日が掲示され、当日は放送で案内している。外出を兼ねて自分の好きな店に行く利用者もあり、個人で利用する店には理解と協力のための連絡・調整を行っている。
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a	居室は1～2人部屋で、畳部屋とベッドルームがあり、障害の状況や本人の希望で選ぶことができる。寝具は事業所で用意するが、好みに合わせて私物の持ち込みも自由で、利用者が安心して就眠できるように配慮している。身体状況に応じてエアマットや電動体位変換機の使用も可能である。夜間対応マニュアルが整備され、不眠時の対応等が詳細に示されており、必要に応じて個別支援計画に位置づけ、対応の記録が行われている。防音対策のなされた部屋があり活用されている。
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	利用者一人ひとりの健康管理票が整備され、必要な情報が詳細に記録されている。健康管理票は医務室に置かれ、支援職員も必要に応じて確認できる。健康診断は年2回行われ、結果は利用者・家族に説明されている。毎週水曜日午前に歯科医が来所して診療を行っており、口腔衛生に関しては入浴後に指導を実施している。インフルエンザ予防接種は希望をとるが、事業所から料金の補助がありほとんどが受けている。健康管理・治療及び疾病管理についてのマニュアルを整備し活用している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	協力医療機関との連携は密に行っており、必要時には迅速・適切な医療が受けられる体制となっている。健康管理マニュアルには、緊急時の迅速な対応方法・手順が、休日や夜間の場合も含めて明示されている。利用者の状況に応じて個別支援計画に位置づけ、それに基づく支援を行っている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	利用者の内服薬・外用薬の性質・効果・副作用等については医務で資料を管理するとともに、年度末に医務のまとめとしてファイルしたものを職員室にも置き、職員は随時確認している。マニュアルに薬の保管方法や配薬・服用時の確認事項、誤薬が発生した場合の対応が明示されている。利用者一人ひとりの内服薬は、袋に記名し朝昼夜の色分けをして毎回本人確認、薬の内容確認、服用確認を行っている。
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	広報紙を年3回発行し施設の様子を伝えている。家族会も定期的に関催し、年度計画の説明や障害者福祉の動向・成年後見制度の研修・職員との親睦会等を行っている。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、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。家族会との共催行事もあり、施設と家族の連携・交流は積極的に行われている。

A-2-(9) 生活環境づくり	第三者評価結果	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	築35年経過し個室の提供等は充分でないが、順次改修し環境整備をすすめている。昨年度は、建物の耐震診断と管理棟・地域交流ホームのエアコン更新・設置、大型洗濯脱水機更新、車椅子搭載用軽車輛の入れ替えをした。今年度はトイレ棟を新築し排泄に関する環境が整備され、ナースコールシステムの改修も予定されている。各室の案内はわかりやすく表示され、廊下等の手すりや床の段差も配慮され、臭いもなく清潔が保たれている。入り口は全自動ドアとなっており、スイッチは利用者が使いやすい位置に設置されている。また、廊下窓ガラスにボランテアによる美しい装飾がなされて心を和ませる。利用者は、居室・ふれあいルーム・談話室・集會室等で、それぞれ自由に寛いでいる。今後は、トイレ・廊下・洗濯室等に置かれている物品の整理整頓が望まれる。
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	毎月1回施設で行うレクリエーション（玉入れ・ボーリング・散歩等）には参加の声かけをするが、その他は利用者がやりたいことを支援するという視点を大切にしている。買い物や映画、理・美容等の外出は個々の希望に基づき、ボランテアも利用して行っている。カラーリングやオセロは希望者を募って練習し、県身協の交流会に参加している。また、パソコンや携帯を使ったゲーム、ジグソーパズルで楽しむ利用者もいる。利用者の意向把握は月例会やアンケートで行っているが、重度化に伴い把握できないケースが増えてきており、対応を検討中である。本評価の職員調査や聞き取り調査でも日中活動に対する意見が挙がっているため、今後は、検討中の課題の具体化に向けた取り組みが期待される。
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	利用者用の新聞を2紙とっており、自由に閲覧できるが個人購入も可能である。共有のテレビはふれあいルームと食堂にあり、ゲーム中心とカラオケ中心に使い分けている。居室のテレビは自分に合わせた使い方（DVD等）をしており、職員は側面的な支援をしている。二人部屋ではイヤホンの使用等の配慮もしている。
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	酒やタバコについては、身体への影響を説明した上で本人の自由としている。喫煙場所は決まっており、飲酒は居室としている。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。	b	マニュアルに基づいて外出は基本的には自由である。車椅子には安全確保のための反射テープや、万に備えた施設の連絡先をつけている。地域のガイドマップやイベントは掲示板等で情報提供している。本評価の利用者調査で「散歩や外出を職員としたい」という希望が挙がっていた。今後は、一人で外出できない利用者等に対して職員同行での外出支援にも取り組まれることが期待される。
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	外泊マニュアルが整備され、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が、外泊日数の多い利用者に対しては本人・家族と施設のあり方について話し合いを持っている。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、マニュアルが整備されるとともに、利用者一人ひとりの障害の状況等に合わせた支援することを大切にし、グループ会議等で十分な検討の後、個別支援計画に明示しそれに基づいた支援を行っている。リフト付き送迎車輛の操作手順や車輛内での安全確保、安全運転等については内部研修を行い、徹底されている。

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。	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-(1)-② 利用者の自立を支援するための取組を行っている。	評価対象外	評価対象外項目ではあるが、家族・親族・友人・地域の人などと有効な人間関係が作られるよう、月例会で話し方や社会生活についてのアドバイスを行っている。また、退所後の生活を想定し、市の相談員と共に実態に沿った具体的なアドバイス（金銭のこと等）も行っている。

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	利用者の重度化・高齢化がすすんでいる中で、地域生活への移行希望者は少ないが、希望があれば本人や家族と話し合いをしながら、市の相談員、関係機関とも連携し必要な支援を行っている。退所後も定期的に連絡し合う体制や緊急事態に備えた相談窓口を設けている。