

(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 第2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 第2みずほ園 施設長 坂木 俊雄	定員： 生活介護 56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	http://www.sakura.ne.jp/dai2mizuhoen/

③ 総評

◆特に評価の高い点

◎利用者一人ひとりの意志を尊重したサービスの提供

理念に「利用者一人ひとりの尊厳を守り、人権の保障に努める」ことを掲げ、倫理綱領やスローガンに職員が留意すべき基本的な事項を明示して、朝会で声を出して読み上げることを徹底し体得するよう努めている。

個別支援計画は、詳細なアセスメントを行い、利用者の価値観や意欲、持っている力等も踏まえて原案が策定され、検討会議を経て利用者・家族に確認して全職員に周知されている。PDCAサイクルを継続して実施していくシステムが構築されている。

施設の生活は、食事や入浴の時間に幅をもたせ、消灯は各自の判断にまかせる等、個々のペースを大切にしたいアットホームなものとなっている。職員は、日常場面での利用者の要望やサインにさりげなく対応し、利用者の中にとけこんでいる感じである。利用者の表情や言葉は穏やかで明るく、安心した日々を送っていることがわかる。

平成6年の開設時より、施設の基本方針である基本的人権の尊重の実践として、「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。また、昨年より検討と準備をすすめてきた「夜勤4人体制」が10月より実施され、特に朝の個別対応がスムーズとなり利用者に喜ばれている。

◎生活しやすい環境の整備と工夫

増築の際、音の漏れにくい個室を造り、より利用者個々のニーズに合った対応が可能となった。また、浴室環境整備として、一般浴槽は利用者が少なくなっているため縮小し、中間

浴槽（車椅子浴槽）を特浴室に設置して、車椅子使用者の入浴がより安全でゆったりと出来るようになった。これらは、利用者にも職員にも喜ばれ、サービスの質の向上に繋がっている。

居室はほとんどが個室で、住む人に便利のように私物が配置され、整理整頓が行き届いている。トイレは、利用者個々の特性や状況に応じて多様な使い方ができる構造である。食堂脇の自動販売機は、商品に番号をつけてわかりやすく表示し、車椅子の方も容易に使えるよう工夫されている。

利用者主体とエンパワメントの視点を大切にしていることがわかる。

◎栄養バランスのとれたおいしい食事の提供

食材は地産地消と地域還元をモットーとし、栄養バランスや嗜好に留意しながら、家庭的で季節感のある食事を提供している。食事への利用者の関心は高いので、利用者の代表4名が食事委員会に入り、職員と一緒に献立や行事食等の検討を行っている。複数献立や屋外食・外注食の日もあり、利用者は楽しみにしている。嗜好調査や残食調査は定期的に行われ、献立に反映させてより満足度の高い食事の提供を目指している。

食事の時間には幅をもたせ、利用者は時間内に自分のペースでゆっくり食事を摂ることができる。訪問した日の献立はラーメンだった。食堂に入ると、調理室カウンターからできたてのラーメンがトレイにのって出てくる。それを好きなテーブルで食べ、終わったらカウンターにトレイと食器を返す。一般の社員食堂のような雰囲気が醸し出されていた。

食事形態の配慮や介助が必要な利用者には、個別支援計画に基づいた支援が行われ、利用者アンケートにより満足度の把握も行われている。

◎地球環境にやさしい経営

電解質による洗濯システムを導入し、水道水・洗剤の使用量や廃棄処理の削減により、地球環境への負荷低減に取り組んでいる。また、電解水を洗濯以外にも有効に利用して施設内の除菌・脱臭を図っており、施設全体がクリーンでさわやかである。廊下には加湿器が設置され、インフルエンザ等感染症予防対策が効果的に行われている。

施設の情報共有や管理には、主としてパソコンネットワークを活用し、ペーパーレスに取り組むとともに、紙類は環境適応タイプの植林木紙を使用している。

◆改善を求められる点

◎策定された計画の周知に向けて

施設の現状認識と将来への展望を、職員から「私の主張」と題するレポートで提言してもらい、中・長期計画に反映させていることは大変好ましいことである。しかしその計画が「検討課題」「重点課題」「改修予定表」等複数の文書に渡り記載されている。計画の実現に向けた組織的な取り組みを進めていく上で、理念、基本方針、中・長期計画、年度運営計画の4つの柱が、整理されてわかりやすく表示されることは大切と思われる。

今後は、各計画書を4つの柱に分けてわかりやすく表示し、職員や利用者への一層の周知と意識付けに繋げていくことが期待される。

◎今後の取り組みが更に期待される事項として

①人事考課制度の導入に向けて

人事考課の目的と役割は、人材の能力開発、育成に活用されること、公正な職員処遇を実現すること、個々の意欲を喚起し組織活性化に役立つことである。施設長は、その必要性について十分理解しており、実施に向けた準備も進めているところである。キャリアパスの構想も含めて今後の取り組みを期待したい。

②在宅障がい者への支援強化に向けて

地域のニーズに基づいて、通所事業と短期入所事業を実施しているが、身体障がい者ケアホーム、グループホーム事業も計画に挙げて検討中である。そこで暮らす人たちの日中の過ごし方や、生活の利便性も考慮しつつ慎重に進めている。計画の実現に向けた取り組みが更に進展す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

(H22.12.01)

当施設における、今までの取り組みの評価、現状把握、そして今後の課題整理のために第三者評価を受審しました。

高い専門性と客観性を有する第三者評価機関の評価結果を、真摯に受け止めます。

提起をいただきました課題や、利用者・職員からのコメント等を精査し、改善・向上を図る新たな一歩といたします。

今後も、質の高いサービス・支援の提供と、職員が誇りを持って仕事に専念できる環境づくりに努め、地域の大切な社会資源としての役割を果たしていく所存です。

ご協力をいただきました皆様に感謝いたします。

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 坂木 俊雄)

(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 】

（公表様式2）

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

	第三者評価結果	コメント
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1)-① 理念が明文化されている。	a	「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」と三つの理念が掲げられ、法人のホームページやパンフレット、広報紙、事業計画等に記載されている。利用者の尊重や提供するサービスの質、地域福祉の推進等、法人の目指す社会福祉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	理念に基づく基本方針が策定され、計画書に掲載されている。利用者の個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る内容となっている。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	年度末に、資料を配布して理念・基本方針・事業計画についての説明会を設けている。年度初めの職員会議でも説明し、朝会で施設長が理念や基本方針の周知に向けた継続的な取り組みを行っている。
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	家族にはわかりやすい資料を作成し、年度初めの家族会でプロジェクトも活用して説明している。利用者には、わかりやすい資料を配布して説明会を設けるだけでなく、朝会で施設長が理念や基本方針に関する内容を噛み砕いて話し、周知を図っている。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (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)-① 中・長期計画が策定されている。	a	社会の動向や地域のニーズを把握し、職員の現状認識や将来展望の調査結果も踏まえて中・長期計画を策定し、内容は重点的目標とその具体的な方法を示している。必要に応じてプロジェクトチームを作り、目標達成に向けた取り組みを行っている。年度末に評価・見直しを行っている。
I-2-1 (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・地球環境にやさしい運営等が掲げられ、計画書全般にわたって具体的な内容が詳細に記載されている。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	年度運営計画は、業務分担任で定められた担当チームが、前年度の総括や利用者の意見等を参考にして作成し、支援会議で検討し、生活支援課長がまとめている。必要に応じて年度途中にも変更が行われる。
I-2-1 (2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	職員には計画書を配布し職員会議で周知を図っている。各種会議でも、随時説明が行われている。利用者・家族には資料やパワーポイントを使ってわかりやすく説明され、朝会等でも必要に応じて説明が行われている。

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	施設の組織図に、管理者の役割と責任が示され、会議や朝会の場でも表明の機会を設けている。自らが信頼を得られているかどうかの把握については、日常的な関わりの中で信頼関係の構築に努めるとともに、職員自己チェック表・利用者アンケートの実施により客観的な評価も得て、見直しのチャンスとしている。
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	組織が遵守しなければならない法令については、各種研修会や資料等により把握に努めている。また、法令を正しく理解するため関係機関との連携を密にしている。知り得た情報はマニュアル化したり、研修会を開催したり、回覧や掲示、各種会議や朝会等で、職員への周知を図っている。
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	提供しているサービスの質については、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が定期的に検討されている。管理者は、記録や報告により現状や課題を把握するとともに、自らも多様な場に参加してサービスの質の把握に努めている。
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	法人全体で、人事・労務・財務等の検討を毎月行っている。「適切な人員配置や、職員が働きやすい環境づくり」への具体的な取り組みの結果、中間浴や夜勤4人体制の導入・準職員を正職員にあげる対応等が実現した。業務の更なる効率化や改善のため、課題別にチームをつくり検討・評価を繰り返し行っている。

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 ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	社会福祉全体の動向については、福祉新聞や業界の上部団体の会議・研修会への出席等により、アンテナを高くして情報の把握に努めている。必要があれば国の機関にも確認する等、より正確な情報の把握に努めている。また、市の相談事業や養護学校との連携により、地域のニーズを把握して、中・長期計画に反映させる等、環境の変化に適切に対応している。
Ⅱ-1-1-2 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・財務等のデータは、運営会議・施設長会議等で前々年からの比較検討をし、経営分析がなされて課題を明確にし、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 ③ 外部監査が実施されている。	c	計理士による毎月の状況確認を行い、年1回の法人内部監査もなされて、経営改善には積極的に取り組んでいる。今後は、公認会計士等による外部監査により、一層の経営安定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 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	組織に必要な人材や人員体制は、組織図で示されている。人事についての新たな課題（準職員比率を30%以内に抑える等）は法人運営会議で検討され、理事会の承認を得て実施される。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。
Ⅱ-2-1-2 ② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	施設長は、人事考課の目的や効果など、その必要性については十分理解しており、実施に向けて準備を開始したところである。キャリアパスの構想も含めて今後の着実な取り組みを期待したい。
Ⅱ-2-2 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-2-1 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、チェックして担当部署で検討し、業務配分等の改善に繋げている。職員の状態や意向を把握する方法として、相談しやすい雰囲気づくりや、必要に応じた面談を実施している。施設長は、職員一人ひとりととの面談が自らの課題と認識しているため、組織の活性化や次世代の人材育成のために、課題解決に向けた取り組みを期待したい。
Ⅱ-2-2-2 ② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	ソウエルクラブへの加入のほか、法人として福利厚生のしくみがあり、ボウリング大会、忘年会、暑気払い等職員の親睦を図るための支援を行っている。インフルエンザ予防注射等健康管理面の費用補助も行っている。加入している福利厚生センターの有効利用を職員に周知することが望まれる。
Ⅱ-2-3 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-3-1 ① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	組織が職員に求める基本姿勢として、運営方針に「利用者サービス向上と良質な支援」が、具体的施策として「各種研修による職員の資質向上」があげられている。法人本部に研修委員会を設け、施設内外の研修が計画的に実施され、職員が希望する研修への参加を配慮するしくみもある。今後は、組織が職員に求める専門技術や専門資格を計画書に明示する等により、職員への周知が期待される。
Ⅱ-2-3-2 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	外部研修計画は、役職や経験、習熟度等に応じて立案、実施されている。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。今年度より職員個々の目標が食堂脇に掲示され、自己啓発を促進している。今後は、個別の教育・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 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。	b	研修終了後は復命書を作成し、復命研修も実施している。復命研修は、内容を発表して職員間で情報の共有化を図るとともに、研修に参加した職員のものとなる学びの場となっている。業務の中で研修成果が見られた事項は、施設長が個々に評価を伝えている。今後は、組織として研修後の評価・分析を行い、その成果を反映した個別の計画を策定する等、より効果的な研修の実施に向けた取り組みが期待される。

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	基本計画に基づき実習生を積極的に受け入れ、福祉の人材を育成すると同時に、実習生育成のプロセスを職員の研鑽の機会と位置づけている。マニュアルは整備されており、実習生受け入れの意義・方針については、施設長が利用者にも職員にも説明している。学校とは連携を蜜にしている。
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	a	実習のプログラムは学校と相談しながら作成し、会議等で職員に周知している。実習期間中は学校側との連絡を蜜にし、学習がスムーズに進むよう努めている。また、法人内の他施設も有効活用し、より豊かな実習となるよう配慮している。

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）の対応など利用者の安全・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、安全、安心を確保するための具体的な取組みとして、各種マニュアルの随時見直し、周知徹底（安全対策の徹底）、健康管理（感染症対策等）と安全な食事の提供、夜勤4名体制の実施等が明記されている。利用者個々の緊急連絡先・健康管理カードは整備され、関係機関や地域消防、隣接の法人内施設との協力体制も整備されている。利用者に対する職員の意識は高い。
II-3-(1)-② 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	法人でリスクマネジメント体制を確立している。ひやりハット報告書や事故報告書であった事例は、発生要因分析・未然防止対策の検討から安全確保策の実施状況や実効性についての確認まで、リスクマネジメント体制に組み込まれている。リスクマネジメントに関する研修を実施している。
II-3-(1)-③ 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、必要な対応が迅速にできるように作成され、リスクマネジメント体制は、最悪の事態を想定して策定されている。救急法等の研修は定期的実施されている。
II-3-(1)-④ 災害時においても、利用者の安全・安心を確保するために、迅速な対応ができる仕組みがある。	a	災害発生時対応マニュアルは、多数の災害や規模を想定して作成されている。防災訓練は毎月実施され、地元消防団の協力のもと、職員に防災に関する知識を周知している。関係機関や隣接施設との災害時協力体制は整備されており、備蓄品は一日の摂取カロリーも計算されたうえでリスト化され、適切に管理されている。

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 利用者と地域とのかわりを大切にしている。	a	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」が掲げられ、地域との関わりを大切にしていることがわかる。地域の行事に参加したり、施設の行事に招待したりして交流し、理解を深めあっている。利用者は、買い物等で外出する時には「福祉タクシー」や「まごころヘルプ」等の社会資源を利用している。保育園、小学校、中学校との交流は、「心のバリアフリー」事業促進のため意識的に実施している。
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	広報紙は地域にも配布し、理念や施設の活動の様子を伝えている。依頼があれば、車椅子の使い方等の講師に職員を派遣し、相談が寄せられれば随時対応に努めている。今後は、講演会や研修会の開催等、地域の人たちが自由に参加できる活動への取り組みが期待される。
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	マニュアルを整備し、社会福祉協議会とも連携して多数のボランティアを受け入れている。ボランティアには施設や利用者の理解に向け、事前説明を丁寧に行っている。また、施設の忘年会等の行事に招待し、参加者の交流を図っている。今後は、社会福祉協議会や法人本部と連携をとりながら、ボランティア育成に向けた講座・体験学習等、多様な活動の展開が期待される。

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化して、それをもとに行政（西区）でマップを作成して、ホームページで公開し各家庭にも配布している。広報紙の「バリアフリーおすすめスポット」欄に、利用者と職員で視察確認した「利用者が活用しやすい場所」を載せ、写真や簡単な地図もつけてわかりやすく説明している。	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	法人内の施設長会議や地区の自立支援協議会等は定期的に開催され、具体的な課題や事例の検討を行っている。また、国や県・市の身体障がい者関係各種協議会のネットワークでは、より広い視点で課題の検討を行い、具体的な取り組みとしては、国の制度改革についての意見・県や市の福祉計画についての提案等があげられる。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	民生委員は、年1回来園し連絡会を実施している。養護学校は、進路指導のため定期的に親も同行して来園し説明会を実施している。西蒲区の障がい者（児）相談支援センター内に相談所を開設して、地域のニーズを把握している。	
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、短期入所、通所事業を実施している。中・長期計画に、身体障がい者のケアホーム・グループホーム事業をあげ検討中である。そこで暮らす人たちの生活の質も考慮しながら慎重にすすめている。計画の実現に向けた取り組みが更に進展することを期待する。	

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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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	理念や運営方針、職員倫理綱領に利用者を尊重することが明示しており、朝会時に「理念」と「倫理綱領」を利用者と職員で声を出して読み上げ、共通の理解の場として取り組んでいる。第三者評価利用者アンケート結果にも周知されていることが現われている。開所当初から「同性介助」を福祉サービス提供の基本姿勢としている。
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	職員倫理綱領に明示されている。特に「同性介助」「個室化」「呼称」に力を入れ取り組んでいる。倫理委員会で周知徹底を図るためにコンプライアンスに関する研修等を繰り返し実施している。
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の向上に努めている。		
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ている。	a	利用者の自治会は現在休止しているが、利用者の声に耳を傾けることを最重点とし、個々のニーズの把握に努めている。必要に応じて個別支援計画に組み入れ実施しモニタリングが繰り返されている。定期的な利用者アンケート調査や意思疎通の状況に応じて家族との話し合いの場を大切にしている。
Ⅲ-1-1 (2)-② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	a	倫理委員会で年1回「利用者アンケート調査」を行い結果を分析検討し、結果報告、解答については見やすい廊下に掲示してある。改善課題については利用者との話し合いの上速やかに対応している。発言できない利用者が不利益にならない配慮もなされている。
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。		
Ⅲ-1-1 (3)-① 利用者が相談しやすい環境を整備している。	a	利用者が相談しやすいよう個別支援はグループで担当されており、そのことが利用者・家族等がわかりやすい場所に掲示されている。市の委託相談員が月1回来園し、色々な相談に対応している。西蒲区の「障がい者(児)相談支援センターわあらく」があることを施設内の掲示、広報紙等で紹介している。また、相談室でも随時個別に相談できるようになっている。
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	苦情解決体制については整備されており、その仕組みを説明した資料は掲示されている。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。受け付けた苦情については、種別の会議等で検討され、その結果はフィードバックされている。相手のある問題等については利用者同士が円満に今後の生活が続けられるよう配慮されている。特定の職員に対する苦情については職員の氏名を明示し対応している。
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。	b	利用者からの意見や提案に対しては、グループ会議で検討、必要に応じて職員会議で説明する機会をもつなど、システムは出来ている。今後「対応マニュアル」等の整備を構築することでより一層迅速な対応が望まれる。

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 (1) 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-1 (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	法人本部立ち上げより10年後を見据えた取り組みが進められている。この度の第三者評価受審結果を、更なる改善に向けた取り組みのスタートと捉え、今後も定期的な受審に向けた方針が出されている。
Ⅲ-2-1 (1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a	年1回実施する自己チェックの検討結果から明らかになった課題と改善策は、職員会議に報告され共有化が図られている。
Ⅲ-2-1 (1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	明確にされた課題の改善策として「中間浴槽」の導入や「夜勤4名体制」が実施されている。現在、職員からサービスの質の向上や業務改善に向けて、「私の主張」と題するレポートを提出してもらい集約中である。
Ⅲ-2-1 (2) 個々の福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-1 (2)-① 個々の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	開所当初からの理念として同性介助を実施している。各種のサービスマニュアルが整備され、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明記されている。新人職員には、1ヶ月間のマンツーマンによる指導と1年間の見守り体制がとられている。
Ⅲ-2-1 (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	定期的な見直しは半年に一回と定められているが、必要に応じて柔軟に見直しを行っている。職員の実施状況の確認は自己チェックで検証する仕組みがとられている。その他利用者のアンケート、実習生の反省会時の評価なども参考にしている。

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	利用者一人ひとりの「利用者個人票」は統一されている。全職員がパスワードを持ち日常の行動記録をその都度入力出来る方式をとっている。定期的にサービス管理責任者、施設長が決裁している。全てパソコン入力となっているが決裁時にはダウンロードし記録台帳に綴っている。
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	記録の保管、保存、廃棄については国の定めに従って内規等で定められており適正に管理されている。利用者や家族には契約時の契約書・重要事項説明書に明記されており個人情報保護と情報開示に関する書類と共に同意書を取りかわしている。
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	パソコンのネットワークシステムが導入され、職員間の情報の共有化が図られている。

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選択に必要な情報を提供している。	a	施設紹介のホームページを作成し公開している。施設パンフレット、広報紙は公共施設（郵便局、J A、市連絡所等）に置き、多数の人が手にする機会を作っている。見学者、体験入所者向けには、パワーポイントを使って詳しく施設の紹介もしている。
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	福祉サービス開始時には必ず見学してもらうことになっているが、来られない場合には職員が訪問し、重要事項説明書等で利用者の状態に合わせた説明を心掛け、了解を得た上で契約書が取り交わされている。現在スムーズな対応がなされているが、今後は、利用者の同意を得るまでの過程の文書化が望まれる。
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。	b	施設の変更は今までなかったが、家庭への移行の際にはショートステイを利用する等アフターフォローがなされている。今後は地域や家庭への移行についてシステム作りがより制度化されることが望まれる。

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	施設が定めた「利用者個人票」に福祉サービス開始前後におけるアセスメントが明確に把握され記録されている。年一回定期的な見直しが行われている。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別の福祉サービス場面ごとに明示している。	a	アセスメントの内容を踏まえてグループ会議や部門横断の会議等で具体的なニーズや課題の検討が行われ「個別支援計画」に繋げられている。
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	サービス管理責任者のもとで、利用者・家族参画でアセスメントされた内容を部門横断による関係職員の合議で「個別支援計画」が策定され、日常生活を支援する上での留意点をはじめ細部にわたる具体的な援助方法が記載されている。
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	個別支援計画の実施状況は担当グループで半年に1回定期的なモニタリングがなされ、責任者に確実に伝わる仕組みができています。個別支援計画の内容を緊急に変更する場合は部門横断の会議等で職員に周知される仕組みが整備されている。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

	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	利用者個々のコミュニケーション能力に応じて手段を検討し、個別支援計画に具体的な支援内容と方法を明示し対応している。言葉による意思疎通が困難な方には機器の導入等によって本人が持ち合わせている力が活用できるよう工夫されている。
A-1- (1) -② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	自治会は現在休止しているが、それに代わるものとして朝会時に自由な発言ができる場を提供し、施設長も参加している。各種のサークル活動が自由に参加できるよう準備されており、また希望によりパソコン操作などを個別に職員が指導している。
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	各居室、トイレ等利用者個々の障害の程度に合わせて自力で行えるよう各所に工夫がなされている。見守り支援はサポートの視点で実施されている。
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	朝会時、施設長が理念や倫理綱領について、噛み砕いて分かりやすく工夫しながら利用者に説明しており、それが定着している。本人の希望により各種サークル活動の利用で学習できるシステムができています。また社会生活を高めるために自由に外出できる配慮や情報提供がなされている。
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	「理念」「職員倫理綱領」に明文化されている。法人の研修会で虐待防止について外部講師による講演会を行ったり、職員自己チェック等で意識の啓発を講じている。家族会向けにも法人で「成年後見制度」について講演会を行う等の取り組みを行っている。
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	入所契約の時点で専門スタッフを交えて施設でやれること、やれないことを話し合って個別支援計画が立てられ、全職員で共有している。行動障害のある利用者に対しては、記録や観察により部門横断で話し合い、主治医とも連携して原因究明を行い、適切な対応を行う体制が整えられている。
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	利用者の日常対応は個別支援計画に基づいて行われている。職員が統一した対応が出来るよう、特に新人職員には1ヶ月間はマンツーマンで指導を行い、1年間は見守りがなされている。障害の特性や個々の利用者の状態に合わせたコミュニケーションの工夫には特に力を入れている。変化については適宜各種会議等で確認を行い必要に応じて見直しを行っている。
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	預かり金については自己管理を基本としている。全員の部屋に金庫が設置され手持ちの金銭の管理に活用されている。金銭管理のみ後見人制度を活用している人もいる。定期的に近くの金融機関が来所している。来所の日時や場所の掲示をして利用しやすい支援を行っている。状況によって預かる場合は内部牽制機能を持って不正が起きないように配慮している。

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	基本的な食事マニュアルが整備されている。、支援が必要な利用者一人ひとりについて、個別支援計画に身体状態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、その計画に基づいたサービスが提供されている。また、利用者の体調や、身体状況等必要に応じて個別の食事に変更できるシステムもあり、実施されている。
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	年1回嗜好調査や残食調査を実施し、利用者代表(4名)や看護師を含む食事委員会で検討し、献立に反映させている。食事委員会では、嘱託医の指導のもと、BMI方式による体重コントロールについても検討し、健康管理にも留意している。施設では地産地消と地域還元を心がけており、新鮮な食材を使用して季節感のある、おいしい食事を提供している。調味料は必要に応じて食卓に準備され、自由に使用できる。介助が必要な利用者には個別支援計画に基づいた援助が行われている。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	食堂の環境や食事時間等については食事委員会で検討され、必要に応じて改善を図り、現在では1時間15分の食事時間の中で、利用者一人ひとりが自由に食堂についての順に、待たされることなく、ごく自然にスムーズに適温の食事が提供されている。
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	開所時より同性介助を実施している。安全やプライバシー保護を含むマニュアルが整備され、個別支援計画には、障がい程度や健康状態等への留意事項が明記されている。実施状況については、通常はチェックリストに記録するが、特記事項は経過記録に記載される。
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、安全でゆったりと入浴が出来るよう、人的配置等の理由により週2回としている。失禁者等に対しては、個別支援計画に位置づけ対応している。夏場だけでも週3回にしてほしいという要望が出ていることもあり、今後はシャワー浴も含めた前向きな対応検討が望まれる。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	中間浴槽が導入され、利用者からも職員からも喜ばれている。浴室や脱衣場・給湯器等も利用者の重度化に伴い必要な改修が実施されている。冷暖房設備やプライバシー保護に関する設備も、必要に応じて会議を開催して改善工夫が行われている。より良い環境整備の為に、特浴室の洗濯機周辺の洗剤等の整理整頓の工夫が望まれる。
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄介助や排泄用具使用の結果は、所定の様式により記録されている。詳細なマニュアルが整備されており、利用者の健康状態や注意事項について、個別支援計画や個別チェックリストを活用し、それに基づいた支援が実施されている。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	こまめに清掃が実施され、臭気もなく清潔感溢れる環境維持に努めている。採光、照明、冷暖房はトイレごとに調節が可能で、個々の利用者の状況に応じた対応ができると共に、プライバシーに配慮された構造・設備になっている。個別支援計画に基づく支援提供時や、モニタリングの過程で明らかとなった設備や環境の改善点については、協議し改善に努めている。今後は更に尿器の収納場所についての工夫が望まれる。
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	衣類の選択については、利用者の意思を尊重している。必要に応じて個別支援計画に位置づけ、それに基づく支援が行われている。衣類購入に関しては、必要があれば相談にも応じているが、地域の衣料品店が衣類販売に来てくれているので、そこで気に入ったものを購入したり、通信販売やインターネットで自由に購入している利用者もいる。
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	利用者が着替えを希望した場合にはその意思を尊重し、必要な介助や支援を行っている。汚れや破損に対する速やかな対処の手順はマニュアルに整備されており、必要に応じて個別支援計画に位置づけ、それに基づく支援が行われている。
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	必要に応じて髪型や化粧を、利用者の意思を尊重するかたちで手伝ったり、個別支援計画に位置づけ、それに基づく支援を実施している。また理容・美容に関する資料は掲示もされているが、利用者はインターネットで情報を収集し、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。	a	地域の理・美容店の利用については、希望者には自分の責任において自由に外出してもらっている。利用する店には必要に応じて理解、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	居室はほとんどが個室になっている。寝具に関しては、敷布団はマットレスもしくは無圧布団を選択でき、個人の希望で自由に持ち込みも可能とするなど、安眠への配慮がなされている。また、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られ、実施の記録も行われている。防音対策がなされた居室が3室あり、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	利用者のための健康管理マニュアルは整備されており、必要に応じて個別支援計画に位置づけ、それに基づく支援が行われている。健康管理表は日中は医務室で看護師が管理し、夜間は職員室で夜勤者が管理している。利用者の健康状態については本人・家族に定期的または必要に応じて嘱託医、看護師が説明している。地域のインフルエンザの予防接種も本人・家族の了解のもとで実施されている。口腔衛生に関しては、年1回の歯科検診が行われ、法人内の歯科診療室に必要があれば受診できるようにしている。日頃は看護師と歯科衛生士の資格を持つ介護職員が中心となり、歯磨きや歯肉マッサージの指導等を実施している。	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	健康面に変調があった場合の対応手順は、詳細にマニュアル化されており、必要に応じて個別支援計画に位置づけ、それに基づく支援が行われている。また、車で15分程度で行ける範囲に、利用者かかりつけの病院がある。近くの嘱託医（内科）整形外科とも協力が得られる体制が整っている。	
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	利用者一人ひとりの内服薬を正確に把握するために、嘱託医に年2回服薬リストの確認をしてもらっている。服薬リストは食堂にも用意され、いつでも確認可能であり職員は随時活用している。また、マニュアルも整備され、服薬管理や、取り違え・重複服用等が発生した際の対応がきめ細かく明示されている。利用者の服薬確認は計5回のチェックが行われており、間違いのないよう徹底している。服薬に関しては個別支援計画にも位置づけがなされ、それに基づく支援の提供と記録が行われている。	
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	施設と家族との連携、交流には特に力を入れており、可能な限り信頼関係の維持、向上に努めている。生活の様子や健康状態については、家族が来所の度に面談を実施し報告がなされ、変化等については特に時間を多く設けて、分かりやすい説明を心掛けている。また、各種計画の伝達等は事後報告とならないように、事前に家族会を開催し、出席できない方には資料を送付して周知に努めている。日常的に家族は自由に訪問し、本人の様子を見たり共に行動することができている。家族会は定期的に開催されており、懇談会等も行われて、交流促進や個人的な相談への対応等、幅広い側面での関わりが持たれている。	
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	個室で気兼ねなく自由に過ごすことが可能なスペースや、少人数で寛ぐことの出来るスペースがあり、訪問者と自由に面会できる設備が整っている。施設内はバリアフリー化され、且つ段差昇降機も設置され、安全な移動が可能となっている。また、トイレや各部屋の案内もわかりやすく表示されている。施設内は清潔感があり、臭気もなく快適な環境が整備されているが、利用者の園芸用品（肥料・スプレー等）が、出入り口の手すりの上に置かれていたり、食堂内に終了した行事の装飾が整理されずにそのままになっている場面も見受けられた。利用者にとって使いやすい形での整理整頓の工夫や、装飾品の整理等についての配慮が今後は更に期待される。	
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。	a	施設のあり方として、利用者自身がしたいことをどのように支援できるかという視点を大切にしている。利用者の意向は、定期的なアンケート調査や日常の関わりの中で把握し、必要に応じて個別支援計画に位置づけ、対応している。ボランティアの活用も含め自主的にインターネット等で情報の収集ができるように、側面からの支援も行っている。地域の社会資源の活用を含め、利用者自身が主体的に企画立案した外出等で、自由な生活が楽しめる環境も整備されている。	
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	入所時に、新聞やテレビの個人購入は自由にできることは説明しており、ほとんどの人がテレビを持っている。新聞を取っている人もいる。施設のテレビをはじめ利用者もすべて地デジ化済み。テレビの共同利用に関しては利用者の自主性に任せている。	
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	煙草に関しては、喫煙室を設け分煙を実施している。個別に話し合い、ルールを設け、必要な人には個別支援計画に位置づけ、それに基づく支援が行われている。飲酒は、ドクターストップがかかっている人以外は自己責任のもとで自由である。	

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	外出マニュアルが整備され、利用者個々の責任において自由に外出することが可能である。また、必要に応じて個別支援計画に位置づけがなされ、各種の社会資源が利用できる体制も整備されている。地域のガイドマップ等も各自がパソコンで検索できるように助言が行われており、車椅子保険への加入や携帯電話の活用、個々の連絡先を家族より車椅子に貼付してもらおう等、不測の事態に備えた取り組みや工夫もなされている。
	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	外泊のマニュアルが整備されており、利用者は自由に外泊できるようになっている。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が行われている。盆や正月の外泊を施設で強制することはないが、外泊日数の多い人に対しては、本人や家族と施設のあり方について話し合いの機会を持っている。
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詳細なマニュアルが整備され、個別支援計画やチェックリストを活用した援助が提供されている。リフト付き送迎車の操作手順や移乗、移動介助の方法、福祉用具の活用も含めた内部研修を行い、安全面と共に利用者個々の自立にも配慮した支援が行われている。

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提供し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提供し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提供し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提供し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提供し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提供し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れるように、又退所後の生活を想定し、生活面経済面、人間関係面等の具体的な支援を、必要に応じて支援している。

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。	評価対象外	評価対象外ではあるが、個々の利用者の状態に応じ地域生活への移行に向けて、関係機関と連携が十分に図られている。利用者の了解を得て、退所後も定期的に連絡しあう体制を設けてもいる。退所後の緊急事態に備えて、相談窓口も設けている。