

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019 年 12 月 24 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0029

住所 札幌市手稲区手稲本町2条1丁目4-5

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 17-001

代表者氏名 鈴木 正子



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	高村 一文	組織運営管理	第0053号
	(2)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(3)	木村 靖子	福祉医療保健	第0033号
	(4)	長濱 章雄	総合	第0252号
	(5)	鈴木 正子	総合	第0129号
サービス種別	障害者支援施設(施設入所支援+日中活動事業)			
事業所名称	障がい者支援施設 ないえ			
設置者名称	社会福祉法人ないえ福祉会			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人ないえ福祉会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2019 年 4 月 1 日	～	2019 年 12 月 12 日	
利用者調査実施時期	2019 年 5 月 13 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2019 年 11 月 21 日			
評価合議日	2019 年 12 月 1 日			
評価結果報告日	2019 年 12 月 24 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

サード・アイ合同会社

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人ないえ福祉会

代表者氏名：理事長 林 裕章

所在地：〒079-0313 空知郡奈井江町字東奈井江77番地

TEL 0125-65-5301

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

別紙参照

◇改善を求められる点

別紙参照

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めて第三者評価を受けさせていただき改めて気づきや振り返りの良い機会となりました。日々、支援を行う上でまだまだ創意工夫や改善の必要性があると感じる部分もあり、今後更に質の向上に向けた取り組みをするためにもマニュアルの見直しや職員のスキルアップに向けた指導なども必要に感じました。今回の結果を分析し今後の支援に役立てていきたいと思っております。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

総評

<評価の高い点>

1、「実践的な災害時訓練」

事業所では、昨年度の胆振東部地震の経験を踏まえ、非常食の入れ替え時に発電機とガス調理器を使用した炊き出しの訓練を実施しています。訓練では、職員・利用者合わせて120食分のアルファ米を主食として、提供に必要な時間や作り方を確認できました。また、新しく購入した大型発電機の取り扱いにも慣れるように体験しています。3日分の非常食は、焼失や倒壊のリスクを避けるために事業所内3か所に分けて保管しています。

災害時の利用者・職員の安全確保のためには実践的な訓練が必要として、今年9月には緊急速報の専用ブザーを鳴らして、地震を想定した避難訓練を実施しました。非常時の利用者行動をより把握できるよう、継続的な訓練を今後も予定しています。

2、「手作りのスヌーズレンルーム」

「スヌーズレン」は、オランダ語由来の造語で、「自由に検索する」「くつろぎ」を意味しています。光、音、におい、振動、触覚の素材などで様々な感覚を体験できる空間は、重度の障がいをもつ利用者と支援者にも安らぎを与えます。

「障がい者支援施設ないえ」は「スヌーズレンルーム」を、10年以上前にいち早く取り入れました。バブルチューブやプロジェクターなど毎年少しずつ買い集め、空きペットボトルやクッションなど職員の手作りで工夫した物も活用しています。

現在は作業室「ゆここむ」内と女子棟内に、設置されている「スヌーズレンルーム」は障がいの軽い利用者にも大変好評です。

3、「施設機能の地域還元」

奈井江町まちづくり町民委員会へ職員が出席し、町の福祉ニーズを把握するように努めています。また、奈井江町の「障がいのある人にやさしい地域社会形成事業」にも参加し、その一役を担うことに専心しています。

施設は、災害時における町会地区の避難所となっており、緊急時には施設に隣接する体育館に住民が避難することになっています。豪雪地帯に位置しており、町会地区の除雪には町会長をとおして要望を聞き除雪車を出しています。奈井江町社会福祉協議会には職員がボランティア登録を行っており、施設職員として定期的な要請にも応じています。近隣の高校で行われる救命講習会では、職員が消防士の助手を務めるといった活動も行っています。

<更なる改善のために求められる点>

1、「日中活動の多様化」

近年、委託作業の受注が激減してしまい作業の種類がなくなりました。これに伴い日中の作業に係る時間等が減少しています。午前中の日中活動は散歩が中心となり、施設の周りや時には近隣の公園等に出かけています。冬の間は施設内の廊下を何度も往復して歩きますが、通院以外の外出の機会が夏よりは少なくなります。午後は入浴や製作等で過ごしています。通所の利用者から活動のマナー化について意見がありました。対応策として職員が考え出した手作りのゲームは、入所利用者の日中プログラムにも追加できています。また、利用者の「鍋が食べたい」の声から始まった調理実習は、月に1回程度の割合で継続して実施されています。

この10年で入所利用者が齢を重ね、従来の障がいに認知症も加わってきました。以前と同じ対応では利用者が思うように動けなくなっています。職員は多くの研修に参加して、専門的な実践を学んできています。ないえ福祉会の基本方針の一つに、「自らの発想と創意工夫で、よりよい支援を目指します。」とあります。そして、今回の第三者評価の受審では1年以上をかけて自己評価の課題抽出に努めていました。手作りゲームを考案したように、毎日を過ごす利用者の潜在能力を少しでも引き出せるように、今後も職員のチームワークに期待します。

2、「地域生活移行の可能性」

地域生活への移行について、職員は個別支援計画の見直し時に利用者や家族にグループホームに入りたいかどうかを確認しています。しかし、希望する利用者・家族がないため地域移行は進んでいません。当法人のグループホームは現状、定員を満たしており、事業計画には入所利用者の地域移行に関する記載は見あたりません。ないえ福祉会の基本理念として、「共生できる地域社会の実現」があります。障がいを個性と考えると、利用者に見学や体験の機会を用意して、家族や相談支援事業所と連携した地域移行の可能性について検討することが望まれます。

3、「職員個々の研修計画」

施設は「北海道知的障がい福祉協会」、その支部会である「空知知的障がい福祉協会」や「社会福祉協議会」等が主催する外部研修へ職員を派遣しています。他には、外部講師及び管理者等が講師を務める施設内研修が実施されています。外部研修は、管理者が個々の職員のスキル等により適正と思われる研修への参

加を促しています。

事業計画では「スキルアップのための外部研修への積極的参加」を職員に求めています。しかし、職員一人ひとりの育成に関する個別の計画書の作成まではありません。職員個々の能力を高めるには、施設が職員とともに目標設定をして支援することが有効です。それは、職員のモチベーションと帰属意識を高めることにもつながります。施設と職員が面談で目標を話し合い、職員個々の育成・研修の計画を作成することが望まれます。

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日：		令和 1 年 10 月 1 日	
経営主体 (法人名)	社会福祉法人ないえ福祉会		
事業所名 (施設名)	障がい者支援施設ないえ	事業種別	障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業）
所在地	〒 079-0313 空知郡奈井江町字東奈井江77番地		
電話	0125-65-5301		
FAX	0125-65-5215		
E-mail	naiegaku@heien.ocn.ne.jp		
URL			
施設長氏名	須崎 正寿		
調査対応ご担当者	萬 由美子 (所属、職名：生活介護主幹)		
利用定員	40名	開設年	昭和 54 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>基本理念</p> <p>(1) 私たちは障がいを個性と考え、共生できる地域社会の実現を目指します。</p> <p>(2) 私たちは知的障害福祉法を遵守し、ノーマライゼーションの実現を目指します。</p> <p>(3) 私たちは人格と個性を尊重し、差別や虐待のない社会づくりを目指します。</p> <p>基本方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・私たちは利用者一人ひとりの笑顔を大切に職員自ら笑顔で対応します。 ・私たちは利用者一人ひとりの意思を尊重し、常にニーズに応えるよう努めます。 ・私たちは自らの発想と創意工夫で、よりよい支援を目指します。 ・私たちは法令を遵守し、情報公開を積極的に行う透明性のある福祉サービスに努めます。 			
<p>施設・事業所の特徴的な取組：事業所の特徴的な取り組みは、行事や外出が多い点です。年間行事以外に毎週末の買い物外出、外食などを多く取り入れています。日中活動では、健康活動の散歩の他、スヌーズレンルームなどを利用する活動も取り入れています。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		0 回	（平成 年度）
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

<p>(例) ○○事業 (定員○名)</p> <p>短期入所事業 (定員4名)</p>

【利用者の状況に関する事項】（令和元年10月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	2名	3名	4名	2名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
10名	8名	3名	7名	3名	6名
					合計
					48名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
40名	8名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	1名	2名	2名	1名	2名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	1名	名	名	39名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 8年3ヵ月)

【職員の状況に関する事項】(令和元年10月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	サビ管	
常勤	34名	1名	5名	1名	名
非常勤	10名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	19名	名	2名	名
非常勤	名	9名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	4名	名	1名
非常勤	名	名	1名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	名 (名)
介護福祉士	9名 (10名)
	名 (名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	1879.91 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	8年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²	
(2) 園庭面積	m ²	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行って外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制		
(2) 建物面積	m ²		
(3) 敷地面積	m ²		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 30 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

5 人

・ボランティアの業務

草刈り、雑巾縫い等

【実習生の受け入れ】

・平成 30 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 _____ 人

その他 4 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

食堂への意見箱の設置、第三者委員との定期的な面談等を行っています。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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・周知されている。			
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	基本理念・基本方針は、パンフレットへの明示はないがホームページに掲載されている。また、職員が携帯している職員身分証明書の裏側に印刷し、いつでも職員が確認できるようにされている。理念・基本方針については、会議等で確認することがなく、利用者家族等への周知についても、積極的な対応は行われてこなかった。このため、今後は年初の会議等で職員への周知を行い、継続されることを期待したい。

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b	北海道政策委員会入所部会の委員を務め、空知知的障がい福祉協会に加入、奈井江町「障がいのある人にやさしい地域社会形成事業」に参画している。これらをとおして、北海道内及び空知圏域の障がい者の福祉サービスの利用現状についての確認や情報収集に努めている。管理者は地域情報の分析にも意欲をみせているので今後期待したい。
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	経営の安定化を課題とし、施設の入所率を高めるよう努めている。入所待機者でもある通所サービス利用者等とのコミュニケーションは欠かさない。利用者の高齢化や障がいの重度化と、このための介助や生活を支援する職員の確保を課題としているが、具体的な対策までにはなっていない。経営課題に対する具体的な中長期計画の立案が期待される。

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
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	災害に強い施設づくり、人材確保対策等が、中・長期的ビジョンとして打ち出されている。計画達成のために、非常自家発電機やナースコールの設置が予定されている。一方、施設建て替えに向けた積立はあるが、中・長期の収支計画の策定までではない。計画実現には財務面の裏付けも不可欠なため、今後を見通した中長期の収支計画の作成にも期待したい。

5	1-3-(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。	b	中・長期計画を踏まえた単年度計画として、非常用自家発電装置の設置などがある。単年度計画には、新卒者確保に向けてのホームページのデザイン更新や、外部講師による年一回以上の事業所内研修等があげられているが、中長期計画には掲載がない。入所施設の中長期計画は、設備などのハード面の記載に留まり、ソフト面は他事業と共通する事業方針としてある。中長期計画が十分に反映した単年度計画となるには、より具体的なビジョンを中長期計画に盛り込むことが期待される。
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	1-3-(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。	b	毎年12月の職員会議では、翌年度の事業への要望を職員からくみあげている。年度末には全職員が参加する全体会議で、当年度の反省が行われている。これらの意見を考慮した、事業計画が管理者によって策定されている。毎年度、事業計画への職員の参画はあるが単年度毎の見直しが十分でないため、中長期的な計画にまで及んでいない。全職員が施設経営を中長期的に考えられるように理解を深めることにも期待したい。
7	1-3-(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	事業計画は家族会の総会や会報で、利用者家族等への周知が図られているが、利用者本人への周知は行われていない。事業計画が利用者理解されるような資料の作成や説明など、工夫に期待したい。

1-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
1-4-(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。			
8	1-4-(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。	b	毎年、行政監査の評価基準を基にした自己点検が行われている。自己点検により判明した問題点は、会議等で改善の対策についての検討が行われているが機能するところまでは至っていない。福祉サービスの質の向上を目的とした自己評価は、今回の第三者評価受審を機に実施した。自己点検で判明した問題点も第三者評価の課題も、ともにPDCAのサイクルにのせて機能することが期待される。
9	1-4-(1)-② 評価結果にもと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	自己点検の結果、利用者の高齢化による歩行困難への対策として手すりが設置されている。自己点検と第三者評価受審により判明した結果については、職員共有の課題として改善策を検討し、中・長期計画に記載してサービスの質の向上を目指していくことを期待したい。

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

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
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	社会福祉法人ないえ福祉会の「組織図」及び「管理規程」により、管理者の役割と責任が示されている。管理者は、利用者を長時間直接支援する職員のメンタルヘルスに留意して、いつでも職員が相談できるように現場の環境作りに努めている。
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、各種の研修受講や外部機関の会議等へ参加して施設運営に関連する法令等の理解に努めている。職員に特に理解が必要な法令・通知などは、会議において説明するとともに、外部講師による研修を行っている。但し、公益通報相談窓口等の倫理に向けた職員への周知には乏しい。何故、内部告発等の社会問題があるのかも含めた利用者の人権について学ぶ機会にも期待したい。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	b	管理者は、利用者の健康と安全のため事故防止に注力し、「誤薬防止マニュアル」については職員に重要性の理解を促して改訂を続けて誤薬ゼロまでに改善させた。設備面では、利用者サービスの質の向上のために、エアコンと手すりは全室と全ての廊下へ設置するという徹底ぶりである。また、プライバシー確保のために二人部屋から一人部屋への改装や、高齢化対策としてのベッドの導入も促進させた。これらの指導力をもって、今後は自己点検や第三者評価の結果を活用して分析することで更なるサービスの質を定期的に図ることが期待される。
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。	b	人事、労務、財務等に関しては事務長等庶務と役割分担や連携して業務の実効性を高めている。経営に関しては、入所施設のニーズとして空床となることがないように、入所支援を必要とする利用者を常に受け入れる姿勢を職員に会議で伝えている。短期入所利用者は、将来的に入所利用に結びつくので、本人と家族へのサービス利用時の安心・安全をアピールするためにも連絡や会話に留意するように職員へ指導している。この他の面でも同様に全職員が管理者と同様の意識が持てる指導力に期待したい。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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。			
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。	c	人材確保のために、地元の空知圏域や札幌内外近郊の専門学校・大学等での就職ガイダンスの実施のほか、採用情報の地域広報誌への掲載や新聞への折り込み広告、またスマートフォンの就職情報サイトへの掲載など様々なことに骨をおっている。しかし、単年度の事業計画において、人材確保の必要性和働きやすい職場作りが掲載されているが具体的ではない。計画は、実施後に見直しを図りPDCAを展開していくものである。今後の人材確保と定着に関する具体的な計画立案に期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	2018年度より、人事考課表を使用した人事管理が行われている。職員個々が自己評価した表を主幹が評価し、管理者が確認した人事評価表を基に、年度末において管理者と職員の面接が行なわれる。目標達成度合いや課題、今後期待する職務等についての協議がなされる。人事考課表を利用した人事管理については、始まったばかりなので、キャリアパス等も含めて総合的な人事管理となることに期待したい。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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。	b	事務長からの指摘により、残業時間の見直しが行なわれている。今まで行われていなかった入所者の一泊旅行に職員が同行した場合の日当や、時間外手当の支給が実施された。入所者の外食希望が増加し、同行する職員の勤務時間外となることが増えてきた。今までは時間外手当の支給がなかったが、この改善も行われている。有給については人員不足もあり、職員の希望日どおりには取得できないことが多く、課題としている。前述の残業の慣例見直しにあるように、改善への努力が見られるので、今後の更なる改善に期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	c	事業計画では「スキルアップのための外部研修への積極的参加」を職員に求めている。しかし、職員一人ひとりの育成に関する個別の計画書の作成まではない。2018年度より人事考課面接で管理者と個別面談があるので、合わせて個々の職員の目標設定のある育成・研修の計画作成が望まれる。
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。	b	「年度研修・体育事業実施計画」において、研修事業は空知知的障がい福祉協会と社会福祉協議会、北海道・日本知的障障がい福祉協会等、事業所内研修事業の4つに分けて記載するようになっている。外部研修の他は、外部講師及び管理者等が講師を務める施設内研修が実施されている。外部研修は、管理者が個々の職員のスキル等により適正と思われる研修への参加を促している。研修自体は行われているが、研修の基本方針や目標の明示と個々の職員の研修計画がないことから研修計画に整合性がない。人員不足の中を都合しての外部研修への派遣があり、研修報告には読むに値する伝達内容がある。より効果的な研修の実施のためには、個別職員の研修計画と研修に関する基本方針を定めることが期待される。

19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b	管理者が職員個々のスキル等により適正な研修への参加を促している。救急救命、感染症予防、自閉症勉強会等の施設内研修が行われている。外部研修については、研修報告書の作成と、会議での報告をしている。外部研修の予定については回覧等で、職員への参加を呼び掛けている。しかし、全ての職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保する機会となるためには、習熟度に応じたOJTを始め、計画上の実施となることが期待される。
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
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。	b	実習生の受入れ担当者が決まっており、受入れが行われている。実習生へのオリエンテーション時に実習中の心得と注意事項が説明されている。一方、法人・施設としての実習生を受け入れる基本姿勢を示すものが見あたらない。福祉事業所の社会的責務として明確にすることが必要である。「実習生受入マニュアル」の見直し時には、受入れ実施体制とともに時代に即した基本姿勢の明文化が期待される。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
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	法人のホームページへ、決算及び事業報告として収支や事業計画書等、他に入札結果等が掲載されている。広報誌としては「にんまり通信」「ないえ会会報」を掲載している。苦情はなかったものの、苦情を含めた要望・意見等の掲載はない。施設に対する地域の理解を得るためには、利用者の状況が理解できる内容の公表を期待したい。
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	法人において内部の監査が行われ、税理士法人の月時監査を受けている。入所者預り金の出金については、経理担当職員と利用者の担当職員で2重のチェックを行うとともに、3カ月に一度、税理士法人の監査を受けている。発電機等の施設整備の発注に当たっては、入札を基本としている。

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。			
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。	a	施設は市街地から離れているため、利用者の街への買い物等には職員が車で送迎している。利用者の楽しみの一つである外食等は、自然なかたちで地域交流となるように意識している。施設周辺は田園地帯であるが、敷地を利用して「ないえ福祉会祭」を開催している。祭りには、地域住民や近隣の福祉団体等から約200名の参加がある。地元高校生のダンスや吹奏楽等が披露されている。近隣の奈井江小学校と「ポテトプロジェクト」（入所利用者と小学生が一緒に、ジャガイモの種植えから収穫までを体験する）を実施している。単独外出が困難な障がいの重い入所利用者のイベント外出と、子どもが早期に障がい者とふれあう機会の創出にもなっている。

24	II-4-(1)-② ボランティア等の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	「ないえ福祉会祭り」の実施に当たって、ボランティアの受入れが行われている。また、高校生のインターシップ受入も行われている。受入れの実績はあるが受入れ時の体制等が明確になっていない。施設の姿勢や受入れ方針が明文化されていないとトラブルや事故となる危険性もある。今後は、ボランティアやインターシップ等の受け入れについて、施設の基本姿勢等を文書化することを期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	b	社会資源リストは作成されているが、更新が不十分である。利用者の病状により、砂川病院地域医療連携室との連携で入退院の実施や、ケースによっては介護保険施設への変更が行われている。正確な情報を職員間で共有し迅速な対応を図るために、社会資源リストの定期的な更新が期待される。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	災害時における地区の避難所となっており、緊急時には施設の体育館に住民が避難することになっている。近隣の高校で行われる救命講習会では、職員が消防士の助手を務めている。施設の所在地は豪雪地帯でもあり、特殊車両を稼働して町会地区の主要な除雪が行われている。奈井江町社会福祉協議会へ職員がボランティア登録を行っており、施設職員として活動している。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	奈井江町まちづくり町民委員会へ出席し、町の福祉ニーズを把握するように努めている。奈井江町の「障がいのある人にやさしい地域社会形成事業」へ参加し、その一役を担うことに専心している。今後は地域の福祉ニーズに対応する活動が計画的に遡上させることが期待される。

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。			
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もつための取組を行っている。	b	理念に利用者の人権尊重を謳い、権利擁護に関する外部研修に職員を派遣している。研修報告は支援会議内で行い回覧している。「倫理綱領」は年度初めの支援会議で読み合わせを行い周知を図り、2019年度から食堂の壁に掲示をした。職員は、今回の受審を機に利用者の自己選択・自己決定の拡大を目指している。このためにも、利用者を尊重した基本姿勢を深める取組が期待される。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	居室内の立ち入りや、タンス整理も含めて利用者の私物に触れる時は、毎回本人や家族の同意を得ている。カーテンを閉めることを拒む利用者の部屋には、窓に目隠しシートを貼ったり、不安等でトイレのドアを開けがちな利用者には、声掛けをしたりと個々の利用者に合わせてプライバシー保護に努めている。二人部屋入所者には、父母面会室や会議室など空き室を利用してプライベートな空間を提供している。プライバシー保護等については、一部の支援マニュアルに記載されているものの十分とは言えない。利用者を尊重した福祉サービス提供について、職員が共通の理解をもつためにも、プライバシー保護のマニュアルを整備することが期待される。

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。		
30	III-1-(2)-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積極的に提供している。	b ホームページには年間行事やクラブ活動を写真入りで掲載し、利用者向け通信・家族会会報を公開している。高等支援校の見学会や、個別の見学相談にはサービス管理責任者が対応している。また、パンフレットは入所利用者の日中活動の様子などを紹介しているが、ルビはなく表現は家族向けとなっている。利用希望者本人への情報提供は絵カード等を用いて行っている。施設は、合理的配慮の面からもより分かりやすい資料の作成を検討しているので、今後に期待したい。
31	III-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b 利用者48名のうち40名が最重度・重度判定で、識字率は利用者の1割程度である。サービスの開始・変更については、本人・家族の意向を確認した上で個別支援計画を策定し、内容をかみ砕いて説明している。本人の理解が難しい場合は家族に説明し同意を得ている。契約時は「契約書」・「重要事項説明書」を本人に分かりやすい言葉に置き換えて説明しているが不十分である。利用開始にあたっての必要品や決まり事、権利擁護に関する事柄など、利用者本人に分かりやすい説明資料の作成が期待される。
32	III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等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 2016年頃より、継続的な医療ケアが必要となり病院の地域連携室、利用者本人・家族と検討を重ねた上で、高齢者施設や療養型病院へ変更したケースが複数ある。変更先には利用者の各記録をはじめコミュニケーション等の情報提供のほか、変更後の状況を把握している。サービス終了後も本人・家族には相談先として名刺を渡し口頭で説明はしている。職員は、引継ぎや申し送りの手順書等の必要性を感じており、その作成に期待したい。
III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	c 日常的に利用者の要求や意見を本人の言葉や表情からくみ取っているが、満足度に関する調査は実施していない。自治会活動への側面的支援が行われ、家族会との良好な関係性が保たれており、満足度調査実施への要望はなかった。2018年度から依頼した第三者委員は障がい者との会話に慣れており、その聞き取りでは施設へ対する不満はなかった。支援の改善点を明確し、サービスの質向上につなげる手段として、定期的に利用者調査を実施し、結果を分析することが望まれる。

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。			
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。	c	苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置している。「苦情解決のための要綱」では受付から解決までの流れをフロー図とともに記載し、内容の公表についても明記している。2018年度より新任となった二名の第三者委員は、利用者の率直な意見を収集するため毎月訪問して聞き取りを行い、その内容は本人の了解を得て事業所へ報告されている。家族へも行事の参加を通してコミュニケーションをとっている。第三者委員への申し出は訪問時のみならず常に行えるように、第三者委員の連絡先が公開されることが望ましい。また苦情受付の有無も含めて、ホームページ等で苦情解決状況の公表が望まれる。
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。	b	利用者が相談・意見を述べやすい環境として、意見箱の設置、定期的な第三者委員の聞き取りのほか、オンブズマンや相談事業所との面談などがある。利用者が相談や意見を伝える相手はどの職員でも可能で、家族も同様である。居室・相談室・父母面会室など面談の部屋も複数用意している。苦情・相談窓口担当者は顔写真入りで掲示し、本人・家族に周知している。今後の効果的な利用者周知のためには、相談する相手や場所が選択可能なことも書面で確認できることにも期待したい。
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。	b	利用者からの意見・要望は、担当グループ内で対応、解決できるものは迅速に実施している。内容により対応に時間を要する場合は、その旨を利用者に伝え、支援会議等で検討している。直近では食事の席替えの要望があり、栄養士の意見も聞き対応した。また、新しい日中活動プログラムを求める声には、支援会議等を経て手作りのゲームを提供した。利用者からの意見・要望・提案を、組織的に受付、対応、説明をするために、具体的な手順が記載された対応マニュアル等の策定が期待される。
III-1-(5) 安心・安全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。			
37	III-1-(5)-① 安心・安全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。	b	施設のリスクとして、利用者の高齢化・障がいや疾病の重度化を懸念している。嚥下障害予防には口腔体操の実施や食材提供の工夫、運動機能の維持のために歩行訓練を取り入れ、ハード面では廊下の前面に手すりを設置し、硬い備品へ緩衝材を貼るなどの対策をしている。安全衛生委員会では施設内外の危険箇所マップを作成し、写真入りで利用者や職員へ周知した。誤薬事故が多発していたことから、詳細な「投薬マニュアル」を作成した結果、誤薬事故は皆無となった。事故発生時は会議を行い検証・対策を重ねているが、ヒヤリハットの提出が2019年度は11月現在1件と少ない。事故の要因分析や改善策・再発防止策を講じ、事故防止につなげるためにはヒヤリハットの事例収集が欠かせない。職員の意識向上を図り、書式や提出方法の工夫等が期待される。

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確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	感染症対策委員会を設置して年に2回、感染予防やノロウイルス対策研修を実施している。施設内の床や手すりは毎日消毒を徹底している。「インフルエンザ対応マニュアル」「ノロウイルス対応マニュアル」では、職員家族の感染や、利用者帰省時に家族が感染した場合などの対応も詳細に記載している。インフルエンザの流行状況は、通院同行の際に看護師が情報収集に努め、朝礼や会議で周知している。日中活動を一緒に行っている通所利用者へも感染予防が必要なため、通所利用者送迎の際に家族へ口頭で感染症対策や発生状況を伝え、連絡ノートに記載し注意を促している。
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	「非常時災害対策計画」で災害時対応体制を整備している。2018年度の胆振東部地震の経験を踏まえ、非常食の入れ替え時に発電機とガス調理器を使用した炊き出し訓練を実施した。訓練ではアルファ米の提供方法に課題が見つかり、改善策を検討した。非常食は3日分を献立も含めて用意している。また冬季の停電を想定し、2台目は大型の防災型自家発電装置（195L搭載）を購入し、暖房器具や簡易トイレを準備した。災害時の利用者安全確保を利用者と職員それぞれが身につけるためには、繰り返しの訓練が重要と認識している。2019年9月の避難訓練では、緊急地震速報の専用ブザー音を鳴らすなど、実践的な訓練を実施した。視界不良となる冬季の荒天時の外出や送迎時のマニュアルも作成している。

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) 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。			
40	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。	b	服薬に関しては、写真入りの詳細な投薬マニュアルがあり、ダブルチェックを行うことで誤薬事故は起きていない。浴室には事故防止や個別対応の手順書が貼られている。介助方法等のマニュアルもあるがプライバシーへの配慮に留意した内容とはなっていない。職員のサービス水準を担保するものとして、施設独自の標準的な実施方法についての文書化が期待される。
41	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。	b	誤薬事故防止に対しては、事故発生の際のデータを詳細に取りマニュアルの改訂を繰り返してきている。他のサービス実施マニュアルについては見直しが行われていない。サービス提供に関する知識や技術・考え方は経年変化する。職員共通の意識を育てるためにも、組織としての標準的なサービスの実施方法について定期的に見直すことが期待される。

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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	<p>b</p> <p>既定のアセスメントの様式に基づいて担当職員が記入している。アセスメントの際には本人への面談や家族に電話にて聞き取りを行っている。個別支援計画作成の会議は担当職員とサービス管理責任者において開催している。個別支援計画の目標設定に対する考え方等は会議の中で話し合っている。しかし、様々な職種の参加はなく連携が不十分となっている。意思の疎通が困難な利用者も多いことからニーズの汲み取りが不十分となっており、多方面からの担当者会議への参加と検討を経た個別支援計画の作成が期待される。</p>
43	Ⅲ-2-(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。	<p>b</p> <p>個別支援計画の見直しは、半年に1回定期的に行われている。担当職員とサービス管理責任者において再アセスメントが行われ個別支援計画の評価・見直しを経た原案が立てられる。変更された個別支援計画の内容については、関係者で話し合い共有化しているが不十分である。施設として個別支援計画をどのような手順で職員全体に周知していくのかその方法を定め文書化されることを期待する。</p>
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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、職員間で共有化されている。	<p>a</p> <p>支援内容は、日報の形で支援日誌システムに入力し、個別のケース記録として自動的に反映されるパソコンソフトを使用している。記録の内容について不適切な表現がある場合は管理職が訂正指導している。担当グループごとに連絡ノートがあり情報漏れが起きないように工夫がされている。毎日の朝礼や支援職員会議は月1回開催し、議事録は職員間で回覧されている。支援を展開していくうえで職員全体に詳細な情報共有が必要な場合は共有フォルダを活用している。</p>
45	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。	<p>b</p> <p>2013（平成25）年に改訂された個人情報管理規程に管理体制が定められている。個人情報の廃棄に関しては庶務が管理し対応している。個人情報の取り扱いについての教育に関しては、新入職員は、6か月以内に受講する新人研修の中に含まれているが、職員に対しての継続的な研修は開催されていない。SNS（ソーシャルネットワークサービス）などの普及により情報の流出が容易となっている。個人情報に対する職員の認識を定期的に検めることが期待される。</p>

評価対象 障がい者・児施設 内容基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
1-(1) 自己決定の尊重			
A 1	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。	b	個々の障害の特性に合わせ、言葉でのやり取りが難しい場合はアンケート形式の質問用紙を用いたり、カード・写真を提示するなど自己決定への工夫が行われている。意思疎通が難しい利用者の場合は、家族に意見を聞きながら支援内容を決めることが障がい者の権利条約等の施行後にあっても増えている。利用者本人の意向について、様々な視点から問い続ける事が期待される。
1-(2) 権利侵害の防止等			
A 2	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c	障がい者への虐待防止をテーマに事業所内研修を開催している。自傷他害のある利用者の支援は、家族、主治医と相談して個別支援計画にその対応を記載している。「虐待防止・権利委員会」は設けられているが、職場での「セルフチェック」はここ数年、未実施となっている。職員相互において、日常の支援が独りよがりになっていないかを定期的に検証することが求められる。

A-2 生活支援

2-(1) 支援の基本			
A 3	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。	b	1日のスケジュールを写真やイラストなどを用いて視覚的にわかりやすいように提示するなど、利用者個々の特性に合わせ、安心して活動に取り組むことができるように配慮している。体力維持を目的にスタンプカードを用意することで、自発的な歩行運動に繋げている。利用者の年齢は20代から80代と幅が広く、自律・自立の考え方も多様である。年代や障がい特性に合わせた支援プログラムの多様化が期待される。
A 4	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。	b	職員手作りのカードや絵・写真を活用したり、行動や表情を観察する中で得た独自のサイン等の情報を生活支援員間で共有し、その意思を汲み取る為の話し合いが行われている。昨今は、技術の向上に伴いコミュニケーション能力をアップするための機器も登場してきた。利用者の状況に合わせた新たなコミュニケーション手段の検討や、関係する機関との連携強化が期待される。
A 5	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。	b	利用者の誕生日メニューは、写真や本を使用して本人が選択できるよう支援している。個別支援計画の見直しや相談があった場合は、本人から聞き取りを行い、利用者の個々の希望を叶えるために会議での職員の話し合いを大切にしている。本人の意思の確認が難しい場合は、支援員と家族で決定している場合がみられるが、その選択で良かったのかを検証していく姿勢が求められる。

A 6	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b	個別支援計画に基づき、活動や外出支援等のサービスを提供している。近年は、委託作業の受注と日中活動のプログラムも減少している。利用者の年齢差は大きく、心身の状態も異なる。一人ひとりに応じた選択ができるように日中活動のプログラムの多様化が期待される。
A 7	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。	b	障がい特性に合わせた支援方法については、強度行動障害の専門家を招いたり、研修会にも積極的に参加している。心地よい感覚刺激により心身の安定を可能とするスヌーズレンルームも計画的に予算を組み整備している。自閉症の利用者向けのスペースも設けている。利用者の不適応行動に対する支援方法の見直しに対しては、詳細な観察と記録の分析が必要である。しかし、現状としては人の配置が難しく実施までには至っていない。今後に期待したい。
2-(2) 日常的な生活支援			
A 8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a	管理栄養士、看護師、担当支援員、サービス管理責任者が参加する栄養会議が定期的に開催されている。食堂での座席配置や食器、食事形態など、個々の状況に合わせたサービスの提供が話し合われている。居室での食事提供も行うようになった。残食量を確認して、不人気メニューなどは外している。個別支援計画作成の会議は、多職種は入らないが、個々に対応した計画作成に努めている。入浴であれば、入りたがらない場合は無理強いをせず、シャワー浴や清拭を行っている。個々の移動能力に合わせ杖や歩行器・車イスを提供して、見守りや声掛けなどの介助が行われている。
2-(3) 生活環境			
A 9	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b	全居室にエアコンを完備して、それぞれの利用者が快適と感じる環境となっている。食堂・浴室・トイレは日々職員が清掃と消毒を行っている。安全対策として、テレビガードの設置や洗面所の要所に緩衝材を張り付けているほか、ゴミ箱等の備品の収納方法を工夫し、浴室の床材を変更するなどして試行錯誤を重ね事故防止に努めている。居室の全てが個室ではないので、体調が悪い時などは、短期入所用の部屋や通所室を一時的に利用している。一人部屋の改修が中長期計画にあることから、今後は、利用者一人ひとりが安心して寛ぐことができる環境づくりに期待したい。
2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A 10	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。	b	日常生活の中で機能を維持するために、高齢者向けの運動や口腔体操などを取り入れている。体力維持を目標に日中活動の時間に散歩を行い、活動量を増やしている。歩行運動に意欲的に取り組めるようスタンプカードを配付して押印したところ効果が出ている。病院から退院時にリハビリについて指導があった場合などは、施設においても継続して機能訓練を行っている。現在のところ一部の利用者にとどまっているので、今後の拡大にも期待したい。

2 - (5) 健康管理・医療的な支援			
A 11	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。	b	看護師は毎日巡回を行っている。日中活動の参加前に、検温や血圧の測定を実施している。検温の計測・記録を自ら行う利用者もおり、健康への意識向上をはかっている。排せつの支援場面を通じて排尿・排便の状況把握、入浴時には全身の観察など行っている。施設では定期的に健康診断を行い、体重の変化等も含め結果を家族に説明している。定期的な受診には職員が同行し状況を説明している。医師からの指示については実行しているが情報の共有が不十分な場面も見られる。連絡方法の在り方について検めることが期待される。
A 12	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b	服薬の支援を必要としている利用者は多く、「投薬マニュアル」に従って与薬されている。調理グループは、新しい利用者のアレルギー等を必ず確認しており、新人職員へも禁止食材等について、オリエンテーションを実施している。禁止食材の使用については、調理グループの朝礼では、毎日献立表を確認し禁止食材を蛍光ペンを用いてチェックしている。利用者の高齢化が進む中、医療的な処置に対する施設の方針、緊急時対応マニュアルの作成などが期待される。
2 - (6) 社会参加、学習支援			
A 13	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。	b	一人の利用者の「鍋物が食べたい」の発言を拾い、希望者を募り始まった調理実習は、月に1度位を目安に定期的に関催されている。調理中の音や香りが他の利用者の興味に繋がったり、調理した食事を職員にふるまうなど利用者の意欲を引き出す支援となっている。町内のクリーン作戦やふれあいフェスティバル等のイベント参加や、小学校との交流会の開催、フライングディスク大会への参加など地域社会への参加を支援している。職員が教えることで、名前を文字で書く練習を始めた利用者や、食べたものなど自分の好きなことを日記に書く習慣を得た利用者もいる。意思表示が難しい利用者に対しても、関心があることから学習に繋げたいという職員の思いがあり、今後に期待したい。

2 - (7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A 14	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。	c 個別支援計画の見直し時には、利用者や家族に地域移行について確認は行っているが、希望される方がおらず地域移行は進んでいない。また当法人のグループホームは現状、空き室がない。見学や体験の機会を用意し利用者や関係者との話し合いも重ねつつ、その可能性について検討し地域移行への意欲を高めるための工夫を望みたい。
2 - (8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A 15	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。	b 開所式、ないえ福祉会祭りや餅つき、利用者の自治会が企画する行事などを通じて家族との交流を深めている。家族会からの提案で、二年前より草刈りや雑巾縫いなどの奉仕活動が行われている。家族会の会報誌には、災害対策・権利擁護等について職員が寄稿している。家族の施設に対する期待は「看取り」と把握している。現在の障がい福祉制度では、介護保険のような見取り加算はなく配置基準や設備も異なる。しかし、高齢者施設の見学会やターミナルケア研修に職員を派遣してできることはないかを協議した。家族の高齢化に伴い電話や書面のみでのやり取りが増えてきていることから、家族との相互理解を深めることにも期待したい。