

総合評価

受診施設名	みずなぎ学園	施設種別	生活介護 施設入所支援 短期入所
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和2年3月23日

総 評	<p>社会福祉法人 みずなぎ学園は昭和55年に法人認可され、舞鶴市内で障害のある人の活動や暮らしの拠点として事業を展開されています。現在は舞鶴市内の東西に広い範囲で、日中の支援として多機能型の通所事業を3カ所、生活の場として、入所施設が1ヶ所とグループホームを3カ所、加えて2カ所の相談事業所を運営されています。</p> <p>法人内で唯一の入所施設である障害者支援施設 みずなぎ学園は昭和58年に定員60名で開所され、平成19年に現在の場所に移転、同年に障害者自立支援法に基づく事業体系に移行されています。</p> <p>施設の実施事業としては定員60名の施設入所支援と生活介護に加え、短期入所が10床用意されています。建物は2階建てで、集団的な生活の場ではなく、より個別的で家庭的な暮らしの場となるように8つのユニットで構成されています。ユニットの定員は4名～10名となっており、障害や年齢など個々の利用者の方々の特性に合わせた編成でより普通の暮らし・豊かな暮らしを提供する事を目指しています。すべての居室は余裕のある広さが確保された個室で、明るく清潔感があり安心や落ち着きを醸し出す環境上の工夫がされていました。日中活動は利用者の障害の重度化、高齢化に伴い時間と内容を限定しながらも継続的に実施をされています。</p> <p>運営面では舞鶴市における障害福祉の動向を法人としても常に把握をされ、施設の持つ機能的役割を管理者の会議で確認の上で施設管理をされていました。また利用者の障害の重度化や高齢化などに対応すべく、これらの運営上の問題解決について現場職員が中心の委員会で協議され、具体的な対応が行われていました。ただ、支援の標準化を目指すマニュアルは一定整備されていましたが見直しや改定についての指針が明確化されていませんでした。今後検討いただければと思います。</p> <p>地域に向けた取り組みとしては、法人全体で「マールまつり」を開催するなど積極的に地域と関わる姿勢が確認できました。また非常災害時の福祉避難所の指定を受けており有事の際にも施設の機能を地域に還元する準備をされていました。</p> <p>これまで舞鶴市における障害者福祉の担い手として取り組んでこられた実績を活かし、さらに地域の福祉サービスの充実に向けて取り組んでいかれる事を期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-4 質の向上に向けた取り組み 2カ月に1回の頻度で「業務振り返りチェックシート」に基づくセルフチェックを実施。セルフチェックで明らかになった課題に対して「虐待防止委員会」で集約し、必要に応じて研修を企画するなど、組織的にサービスの質の維持向上にむけた取り組みをされていました。</p> <p>II-2 人材育成 「職員倫理規程に基づく行動指針」冊子を策定され、職員として遵守すべき事を理解しやすく整理すると共に、期待する職員像を明確に示されていました。「目標設定シート」を用いて業務の自己評価を行い、管理者とのフィードバック面談を定期的実施するなど積極的に職員の育成に取り組んでいました。</p> <p>II-4 地域との連携 ともすると閉鎖的になる可能性が高い施設入所支援ですが、地域との関係作りに重きを置き、学校と連携した福祉体験の取り組みや交流を実施しています。地域のイベント「マルシェ安寿の里駅」については利用者の地域参加という側面だけではなく地域の中で担い手が不足している部分を施設と障害のある本人で担うといった、地域への貢献としての役割も確認できました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-3-(1) 中長期ビジョンと単年度計画 中長期計画が策定されていましたが、数値目標や達成時期が明確に示されていませんでした。単年度の事業計画にも可能な限り数値化できる目標を設定し、数量的に評価をする事が望ましいと考えます。</p> <p>II-1-(1)② 法令のリスト化 管理者は様々な情報を得るために研修等に積極的に参加し施設運営に活用をされていました。管理者不在時の緊急対応がある事も想定し、事業所運営に関わる法令についてはリスト化をしておく事を検討いただければと思います。</p> <p>II-2-(4) 実習生等の人材育成 II-4-(1)② ボランティアの受け入れ II-1-(4) 意見等を述べやすい環境 上記の項目に関して、個々の項目において具体的な対応がされている事は確認できましたが、マニュアルや規定の整備に不十分な部分がありました。マニュアルや規定については法人のスケールメリットを活かし法人単位で整理を進められるのも一つの方法だと考えられます。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-1 理念、基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	A	A

[自由記述欄]

1. 基本理念、方針は法人設立時から変更はなく、法人の役割を反映した具体的な内容となっており、パンフレット・ホームページへに記載されている。職員に向けては年度最初の職員会議で事業計画の読み合わせを行い周知・確認しておりスタッフルームにも掲示をしている。ご家族へは利用開始時面談でパンフレットを活用し説明し、保護者会での周知も実施している。ユニットで支援に関する議論を行う際にも、基本理念に立ち返って考えるように施設長から働きかけることもある。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	① 法人として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。	A	A
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	B	A

[自由記述欄]

2. 知福協・経営協・セルフ協に加盟。舞鶴市の福祉計画や社協の計画策定委員として関わり様々な情報を得るようにしている。法人で併設している地域生活支援センターが支援学校等の地域の機関と連携し、地域の動向を常に把握している。把握した地域ニーズに対して現在高齢者対策も念頭にグループホーム整備を進めている。施設の利用率は分析し本部に報告することで法人全体で把握している。施設長会議は数ヶ月に1回の開催され、必要に応じて管理職会議が随時招集される。法人全体の経営状況は理事会、評議員会で分析を実施している。
3. 経営課題への対応は管理者中心に進め、職員へは改善策の時期や内容が具体的に合ったタイミングで周知をする事が多い。人員配置に関しては単年度の「施設運営の基本方針」に人材確保についての方針が明記されているが、人材不足の背景もあり計画的な人材確保・育成が進められていない。加算要件としての研修受講は計画的に進めており経営状況の改善にはつながっている。施設入所の希望者状況については法人内の支援センターで把握し、空床ができた時にはセンターと舞鶴市に連絡し概ね半月以内には新規入所者が決定できている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	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	① 法人として中・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	B
		5	② 中・長期的なビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。	B	B
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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	B
		7	② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。	B	A

[自由記述欄]

4. 目標年度や数値を明確にして明文化された計画立てはできていない。それぞれの事業所としての事業計画・報告はあるが法人全体として取りまとめた文章はない。
5. 数値目標を定めた事業計画とはなっていない。事業報告書で年間の状況をまとめているが、数値的な観点での評価は行っていない。ヒヤリハット件数、誤業等事故の件数、経費削減など、支援現場で取り組みやすく質の向上に繋がる事柄で、職員の達成感・励みにつながるような工夫をして実行可能な部分から取り組まれてはいるが、職員が理解している。しかし、PDCAサイクルを意識して、計画に基づき職員会議で検討を行う事はできていない。委員会のメンバーも年度で変更になる事もあり単年度の取組になりがちである。
7. 保護者会総会で施設長から口頭で説明している。行事や旅行等については年間計画に基づき、その都度具体的な形で入所者からの意見も聞きながら具体化するようになっている。「生活向上委員会」が生活の中での要望や意見を聞き取り、支援や取組に反映できるようにしている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	I-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 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	A
		9	② 評価結果に基づき組織として取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	A

[自由記述欄]

8. 各ユニットから代表職員が集まる「ユニット代表者会議(月1回)」にて課題を検討、次の職員会議に繋げている。委員会は常勤・非常勤問わず、多職種で構成。テーマごとに検討した内容を職員会議で提案している。第三者評価の定期的な受診はできていないが、職員個別に「業務振り返りチェックシート(1回/2ヵ月)」を実施し、上がってきた課題を虐待防止委員会で集約する事でサービスの質の向上に繋げている。
9. ユニット単位で検討が必要な状況がある場合「ユニット会議(不定期)」を開催し課題を整理。ユニット会議で意思統一された提案を代表者会議で取り上げている。チェックシートの分析を文書で共有している。呼称に関して、トップダウンで取り組むが効果が上がらず、「虐待防止委員会」を中心に職員で議論をして自責的に取り組みを進めた結果「業務振り返りチェックシート」の呼称に関する項目の結果に変化が見られることがあった。

Ⅱ 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-1 管理者の責任と リーダーシップ	Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	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	A
		11	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	B
	Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。	B	A
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。	B	B

[自由記述欄]

10. 職務分掌表で職責が明確に示されている。職員会議の冒頭に施設長からコメントをしている。年に2回人事考課に基づくフィードバック面談を個別に実施している。施設長の意向は口頭で伝えることが多いが、変則勤務者などには文書伝達することもある。ご家族に配布している「入所だより」の冒頭の文書で方針・考え等について触れている。非常時の権限は、「土砂災害対応マニュアル」に「施設管理者の責務」として具体的に明記されている。マニュアルはスタッフルームでいつでも閲覧できるようにしている。

11. 知福協等、関係団体からの情報収集を行っている。関連法令の把握に努めてはいるが、現場に関わる部分を全て把握はできていない。関連法案に関する冊子を事務所に整えているが、一覧をリスト化して管理できていない。リスト化をする事で事故等の発生時に関連する法令の確認が容易になるためリスト化をしておかれる事は有効だと考えます。

12. 「業務振り返りシート」を用いたサービスの質に関する評価・分析に取り組んでいる。職員の研修参加を積極的に進めている。職員の研修は受講状況一覧で把握している。自閉症協会が主催の「超！入門自閉症支援講座」は支援上必須であると考え、ここ10年来継続して受講している。法人内部では「虐待防止委員会」による研修を行うなど取り組んではいるが、全体的には少なく外部研修に頼りがちである。

13. 各委員会には施設長も参加している。財務、経営については事務が中心となって状況把握をしている。昨今の人材不足に対して、短時間勤務を導入して財政状況を踏まえつつ人員確保をするなどの取り組みを進めている。法人内では唯一の入所施設という事もあり、入所特有の経営課題が法人全体で共有されるには至っていない。事業所内に「虐待防止委員会」「安全衛生委員会」「営繕・美化委員会」「給食委員会」「生活向上委員会」を設置しそれぞれが具体的に業務改善に向けた取り組みを実施している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・ 養成	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	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。	B	A
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	B	A
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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り組んでいる。	B	A

[自由記述欄]

14. パート職員から正規職員登用の仕組みを法人で作成し、年2回登用の機会を設けている。福祉人材育成認証制度の認証を受けている。「職能資格等基準フレーム」を策定し職能に対する基準は定めている。「目標管理シート」で個々の目標に基づいた人材育成が実施されている。

15. 法人「『職員倫理規定』に基づく行動指針」冊子をH25年に策定し、「期待する職員像」を明記し周知している。人事考課規定に基づき常勤職員については昇級・昇格・賞与への反映を行っている。(非常勤にも実施しているが給与等への反映はしていない。正規職員への登用試験には合否判定の一部に反映している。)短時間勤務の導入で必要な人員を確保し業務の改善を図っている。「職能資格等基準フレーム」を策定し各役割に必要な資格や技能を明確にしている。

16. 施設長を中心に各種就労に関する規定を定め労務管理体制を定めている。新たにICカードによる勤怠管理システムを導入。年休取得については「付与日数の半分は取得する」ことを目標に事務で取得状況を集約し、取得が進まない職員には管理職から取得を促している。ハラスメント対策の中で職員の相談窓口を定め周知している。法人としてワーク・ライフ・バランス推進宣言をしている。職員親睦会を組織している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・養成	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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	B	A
		18	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	B
		19	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	B
	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	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	B	B

[自由記述欄]

17. 人事考課のための「目標設定シート」を活用。年2回のフィードバック面談時の材料として活用している。
 18. 「職員行動指針」に期待する職員像を明示している。今後は、職能資格や加算に関連する研修や資格取得について整理することが課題として挙げられる。
 19. 資格取得状況は事務で把握している。施設外研修受講状況は一覧で集約している。施設内研修の機会が少なく不十分であると認識している。全体での研修受講状況の把握に加えて職員個人の研修受講履歴の整備を検討されてはどうか。
 20. 実績としては同じ学校から保育実習生を受け入れ最終日には実践発表をする事で成果を学生と共有している。しかし、実習生受け入れマニュアルがない。社会福祉士の有資格者がいない事もあり実習の受け入れはしていない。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-3 運営の透明性の確保	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	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。	C	B
		22	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。	B	B

[自由記述欄]

21. 法人ホームページでの掲載は無いが経営協ホームページ、WAMNETの法人紹介ページで必要な情報が公開されている。ホームページからのリンクを作成するなど検討されてはいかがでしょうか。
 22. 法人で経理規定が策定されている。法人全体は定期的に、施設には年1回、会計士によるチェックを受けている。しかし、外部監査は実施していない。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	① 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。	A	A
		24	② ボランティア等の受け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	B
	Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	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	B
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	B	A
		27	② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	B	B

[自由記述欄]

23. 法人理念・基本方針に基づき、事業所の年度の「施設運営の基本方針」にも位置づけ取組を進めている。地域のイベント等のチラシを施設内に掲示している。6月に「マールまつり」を通所と合同で開催。地域の方に足を運んでもらい施設を知ってもらう機会としている。小学校低学年の地域の事業所巡りの受け入れや、中学年の福祉施設訪問（卓球パレーなどを一緒に楽しむ）、学童保育の取り組みの一環としての交流などを実施している。
 24. 単年度の「施設運営の基本方針」にボランティアの積極的な受け入れについて明記している。「受け入れ簿」を整備しているが基本姿勢やマニュアルの整備はされていない。ボランティアに関する取り決め（保険・交通費の扱いなど）や利用者の権利擁護（守秘義務等）を明確にするためにもマニュアル等の整理に着手をされてはいかがでしょうか。
 25. 困難事例の受け入れに対して舞鶴市・府・後見人と定期的なカンファレンスを実施しているケースがある。市が発行する「福祉の手引き」などを活用し圏域の社会資源の把握をすると共に自立支援協議会等の地域でのネットワークの活用について取り組まれてはいかがでしょうか。
 26. 北近畿タンゴ鉄道の活性化を目的にKTR東雲駅で定期的開催される「マルシェ安寿の里駅」にて利用者が販売を担当する事で、地域交流の機会とするとともに地域課題の解消に向けた取り組みの一翼を担っている。施設の多目的ホール(アリーナ)は市や地域包括支援センターが主催の「農閑期の高齢者の健康教室」開催場所として開放する事もあり、災害時の福祉避難所としての位置づけにもなっている。
 27. 主任児童委員より地域の人形劇に招待され参加することや民生委員と関わりのある学童の活動でアリーナを使用してもらおう等単発的な実績はある。地域ニーズを踏まえ、グループホーム整備を進めているが公益的な取り組みという視点では施設単位では取り組めていない。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。	28	① 障害のある本人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	B
		29	② 障害のある本人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	B
	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	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	B
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人(家族・成年後見人等含む)にわかりやすく説明している。	B	B
		32	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。	A	A

[自由記述欄]

28. 「利用者のより豊かな生活のために」各種委員会を組織しそれぞれの提案について職員会議で検討している(例:呼称について半年かけて話し合った)。障害のある本人を尊重する事をかみ砕いて説明している「行動指針冊子」を作成し配布、冊子に基づく学習も実施している。しかし、入浴や排せつ等個別に必要な配慮に取り組んでいるが共通マニュアルはない。

29. 「職員倫理規程に基づく行動指針」に、プライバシーの保護、人権の尊重と対等な立場での支援、介護、援助、体罰、虐待等の禁止に関する内容が明記されている。「虐待防止委員会」が中心になってやまゆり園の事件をテーマとした施設内研修を開催している。「業務振り返りチェックシート」にプライバシー保護に関わる項目がある。しかし、利用者や家族への周知、不適切な事案が発生した場合の対応手順の整理が不十分である。

30. 利用希望者には個別に見学等の機会を設定している。事業所のパンフレットは公共の機関などに設置はなされていない。パンフレットには写真を多く掲載されているが、より見やすくするために文字数やルビウチなどの工夫を検討されてはどうか。

31. 契約書・重説の説明は原則ご本人同席で実施(同席困難な方は除く)。分かりやすい表現を工夫して行っている。意思表示の困難な方への配慮は個別ケースによって対応にばらつきがあるため、検討課題とする。

32. 入所の場合は従前の支援計画・記録等を引き継いで実施。退所のケースは現在死亡以外は無いが、受け入れに当たって要求する資料と同等の物を準備する事で考えている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 障害のある本人のニーズの充足に努めている。	33	① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		Ⅲ-1-(4) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	B
	35		② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。	B	B
	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。	36	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。	A	A
		37	② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	B	A
		38	③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。	B	B

[自由記述欄]

33. 「井戸端会議」(利用者自治会のような機能のもの)で行事や旅行等に関する希望を聞き取っている。本人ニーズを反映した個別支援計画を立案するようにしている(今後利用者本人や家族からの具体的な要望を掲載できるような様式の工夫は必要)。ニーズ充足に向けた組織として「生活向上委員会」を設置している。保護者会懇親会への職員参加は年に2回ほどある。個別支援計画の聞き取りはユニットの共有スペースで行っている。要望や苦情を書面に残して対応する仕組みはあるが、実際に運用できていない。

34. 家族からの意見はよく出されており、その都度対応しているため、特に出しやすい工夫はしていない。本人は「出しにくい人」「推察するしかない」という思い込みがあるかもしれない。公表のケースも現在は無い。苦情解決については事業所の運営上のリスクを回避する意味合いもあるため対応手順についての掲示をされる事が望ましいと考えます。

35. ユニット日誌に記載され、ケース記録に反映される事はあるが、手順を取り決めたマニュアル等は無い。引継ぎは一日3回行うが、引継ぎすべき内容が確実に記録されていない事もある。グループホームの希望など時間がかかる事はきちんと説明している。「生活向上委員会」が中心に支援現場の意見の取りまとめを実施している。

36. ヒヤリハットの取りまとめは「安全衛生委員会」を中心に実施。事故対応については「安全衛生委員会」で必要な各種マニュアル「安全衛生関連資料」を整備し、職員会議で学習している。「緊急時発生マニュアル」で事故種別ごとにフロー図でまとめている。インフルエンザの流行等、状況に応じて随時必要なマニュアルを整備するようにしている。利用者毎に「医療状況及び配慮事項確認表(個人基本情報)」を整備している。

37. 「感染予防マニュアル」「インフルエンザ感染対策マニュアル」を策定している。「安全衛生委員会」が中心になり、職員会議で学習会をしている。マニュアルの見直しは必要な状況がある際に随時行っている。より組織的な対応とするために、感染状況に対する判断や指示を誰がするのかを明確に位置付けておかれてはどうか。

38. 「土砂災害対応マニュアル」「緊急発生時マニュアル(自然災害時)」、「放射線に対する対応マニュアル」が整備されている。土砂や水害のリスクをハザードマップに基づき把握し、施設が立地上被災する可能性がある事や建物に影響がなく電気があれば併設するカフェで非常食(パン)の作成が可能など具体的な対応を想定されている。大災害時の対応については職員の招集など実際の場面を想定した検討がされている。備蓄リストは必要性は強く感じているが作成には至っていない。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立している。	39	① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。	B	B
		40	① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定している。	B	B
		41	② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。	B	B
		42	① 障害のある本人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。	B	B
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	43	② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	B	B

[自由記述欄]

39. 「生活支援マニュアル」が整備されており、プライバシー保護や権利擁護に関して明示されている。職員倫理規定に基づく行動指針冊子」を配布し周知している。しかし、検証・見直しはされていない。「
40. 所定の様式を使ってアセスメントを実施している。個別支援計画の策定（年1回）に合わせて実施している。全利用者がみずなぎ支援センターでサービス等利用計画を立てているが、個別支援計画と十分に連動はできていない。モニタリング（年3回）を実施、個別の面談で意向を把握し同意を得るようにしている。
41. 担当者が立てた計画案をサビ管がチェック、利用者ニーズに見合っていない場合差し戻し検討しなおす場合もある。計画見直しのタイミング・手順は決まっている。確定した支援計画はユニットで周知されている。本人の状態が大きく変化した場合、個別支援計画を見直すルールになっているが十分に運用できていないケースもある。
42. フェイスシートはデータで入力されている。記録の書き方研修を受講した職員による伝達研修を実施したり、管理者から指導をしたりする事で一定以上の記録の質を担保している。しかし、意見の集約や引継ぎの方法に課題がある。
43. 「個人情報管理規定」を定めている。職員から誓約書を取り、違反があった場合の対応についても明記されている。利用契約の際に個人情報に関する同意書を取っており、職員へは会議で周知している。開示請求があった場合の対応方法は策定していないため今後の検討課題としたい。

A 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-1 支援の基本理念	A-1-(1) 自立支援	44	① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	B	B
		45	① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	B	A
		46	① 誰もが当たり前で暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。	B	A

[自由記述欄]

44. 支援場面では利用者個々の意向や好みを尊重し、必要に応じて個別に課題の解決方法を利用者本人と検討するなどの対応をしている。個別支援計画が支援者主体になっている場合もあるため、より本人の視点に近づけるように検討をしたいと認識している。
45. 共用スペースへのカメラの設置についてはご本人・家族の了解を得ている。「業務振り返りチェックシート」でのチェックを通して、気になることについては管理者から職員にフィードバックしている。「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」を用い、理由、内容、時間、留意点、期間等を本人・家族と確認をしている。権利侵害に当たる事例については「虐待報告書」を作成し通報をする手順としている。虐待に関する取組は「虐待防止委員会」を中心に実施している。
46. 法人の基本方針に「ひとりひとりをみつめる」と明記されており、実際の支援場面でも個々の特性や理解に合わせた支援が展開されている。重度の知的障害がある人への通院スケジュールを動画作成して事前に提示、見直しをもっといただく取組をして通院ができたケースがある。小学校との連携による福祉体験やマルシェの取組等を実施。職員には「職員倫理規程に基づく行動規範」を用いて研修を実施している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(1) 意思の尊重とコミュニケーション	47	① 障害のある本人（子どもを含む）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	B
		48	② 障害のある本人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	A
		49	③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。	A	A
	A-2-(2) 日常的な生活支援及び日中活動支援	50	① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。	B	B
	A-2-(3) 生活環境	51	① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。	B	B

[自由記述欄]

47. 写真提示や動画の活用等、個別の配慮やコミュニケーション手段の検討は随時行っている。本人の能力を高めるような取り組みはまだこれらと認識して、今後の課題としたい。
 48. 日常的な働きかけのほか、定期的な個別面談の機会を設けている。管理者としては十分ではないとの意識はあるが、取組としてはされている。
 49. ユニットの構造や個別配慮の工夫をされている。必要な人には重度加算の対象有無に関わらず、行動支援計画・支援手順書を定めている。
 50. 摂食の状況に応じてユニットのキッチンで刻みやトロミ等の食事の二次加工を実施している。作業プログラムに乗らない方の個別のメニューや「参加しない」という選択肢もある。入所の方は現在は施設内の生活介護を利用しているが、今後グループホームとの入居調整で新規利用者が来られるようになれば、通い慣れた生活介護を継続しながら入所したいというケースも想定できる。今後は多様な日中活動利用も検討する必要性は認識している。
 51. 個室化されている。睡眠について本人のリズムと健康とのバランスで判断が難しいケースはある。他者に影響を及ぼす事がある場合に、状況に応じて使える部屋があったが、ショートステイ利用者が増え現在は難しいと考えている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	52	① 障害のある本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	非該当	非該当
	A-2-(5) 社会生活を営むための支援	53	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。	B	B
	A-2-(6) 健康管理・医療的な支援	54	① 障害のある本人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。	A	A
		55	② 医療的な支援について適切に提供（連携）する仕組みがある。	A	A

[自由記述欄]
 52. 非該当
 53. 外出・買い物の際にお財布を自分で管理して自由に買い物をする、レジで支払いを自分でやらせよう等の取組をしている。入所者の状況も踏まえ、社会生活・自立生活に向けた支援となっていない現状がある。
 54. 2名の看護師が中心となり利用者の健康管理を担っている。食事への配慮や低体温傾向の人に「足湯」を取り組むなどの個別の健康への配慮を考えた現場発信の取組がされている。
 55. 薬は医務室で看護師が一括管理して各ユニットに確認して配布、服薬介助はユニット職員が実施する等誤薬を防止して確実な服薬支援ができるよう手順やマニュアルが策定され工夫されている。「安全衛生委員会」が中心となって対応の整理をしている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	56	① 障害のある本人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	B
	A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	57	① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	A	A
	A-2-(9) はたらくことや活動・生活する力への支援	58	① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。	B	A
		59	② 障害のある本人に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	非該当	非該当

[自由記述欄]
 56. 利用者の特性・状況もあり地域移行への取り組みができていない。大きな課題だと認識しており、今後のアプローチの仕方について考えていきたいという思いはある。今後整備される新しいグループホーム（高齢者対応）への移行も踏まえて相談支援との連携も含め対応を始めている。
 57. 年3回連絡票を郵送し、様子をお知らせしている。総会、懇談会（年2回）、懇親会と家族が集まる機会を設けている。「通院等報告書」により通院や入院時のお見舞いの状況を家族に報告するかどうかの確認をしており案件に応じて組織的に判断をしている。
 58. できる限り生産活動に取り組みお金を稼ぐという思いを持って欲しい（入所に長くいると「もらっている」という意識になりがち）という思いから、下請け作業も含めて準備できるようにしている。コクヨや地元の若手の農業グループから仕事を請け負っている。
 59. 非該当

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-3 就労支援	A-3-(1) 就労支援	60	① 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	非該当	非該当

[自由記述欄]
 60. 非該当