

〔川崎市福祉サービス第三者評価結果報告様式〕
 (障害福祉サービス事業所版)

対象事業所名（定員）	障がい者支援施設みずさわ （ 80人 ）
経営主体（法人等）	社会福祉法人三篠会
対象サービス	施設入所支援
事業所住所	〒216-0012 神奈川県川崎市宮前区水沢3丁目6-50
事業所連絡先	044-978-3238
評価実施期間	平成30年6月～平成30年12月
評価機関名	株式会社ケアシステムズ

評価実施シート （管理者層合議用）	評価実施期間 平成30年9月14日～平成30年10月20日
	（評価方法） ・施設長と主任による合議により作成し、職員会議においても合議内容を確認している。
評価実施シート （職員用）	評価実施期間 平成30年9月14日～平成30年9月30日
	（評価方法） ・全職員を対象とした職員説明会を開催し、職員一人ひとり全員に自己評価シートを配付した。質疑応答にも対応し分かりやすさに努めた。密封できる封筒を用意し、評価機関が直接回収した。
利用者調査	（聞き取り日）平成30年9月14日
	（実施方法） ・事業所で利用者に個別に聴き取りを行った。
評価調査者による 訪問調査	評価実施期間（実施日）／平成30年11月9日
	（調査方法） ・3名の調査員が施設を訪問し、現場観察・書類確認・職員の面接ヒアリング（施設長ほかの職員）および利用者の観察を行った。

[総合評価]

<施設の概要・特徴>

1. 立地条件

小田急線生田駅から川崎市バス「稗原小学校前」下車徒歩2分、JR南武線武蔵溝ノ口駅・東急田園都市線溝ノ口駅から市営バス「稗原小学校前」下車徒歩2分の距離に位置している。

2. 施設

社会福祉法人三條会が運営する障がい者支援施設。平成19年4月に開園。定員は80名。現在の利用者は80名である。

[全体の評価講評]

<特によいと思う点>

日常的な支援が適切に実施できるような支援計画書作りに入れている

利用開始前の面談では利用者と家族の希望を具体的に聞き取り記録を行うことで個別に配慮したサービスの提供に努めている。個別支援計画書の作成は家族構成などの生活基盤のほか、健康・日常生活動作・コミュニケーション・社会参加・作業などに関して細かく記載することで、日々の支援に反映するよう努めている。個別支援計画は毎月の個別支援計画会議で検討し、定期的に見直しを行っている。

利用者の持っている力を最大限に引き出す取り組みを行っている

生産活動は個々の状態に合わせて複数の活動を設定し軽作業の機会を提供している。生産活動時は活動始めと終了時にタイムカードに打刻してもらい、働いているという意識付けを持てるような取り組みを行っている。生活空間では障害特性に合わせて机やイスを配置し、必要に応じて仕切りを利用して落ち着ける空間を設定し、また日中活動は個々の特性に合わせて活動グループ分けを行うなど個々の特性に合わせた支援に努めている。

日常生活圏での買い物、散歩など、行きたい場所への外出支援を行っている

利用者の行動範囲の拡大を支援の基本方針としており、それぞれの利用者の希望する行先へ1年に1回は行けるように外出支援に取り組んでいる。行先は多岐に及び、1～4人の少人数で行っている。また、社会力を身につけ、地域での生活を目指すために、日常生活圏への外出を重視している。毎週土日にコンビニへ買い物に行くほか、外食も実施し「仕事の後に仲間と飯を食いに行く」を実現している。日中活動としても、グループによって防犯活動を兼ねた公園清掃、散歩などで外出している。

<さらなる改善が望まれる点>

利用者や家族の意向や要望を日々の支援に具体的に反映させることを目指している

保護者からは毎月実施している保護者面談や行事を通して意見や希望を聞き取り、満足度などの把握に努めている。また1年間の実践の総括として実践発表会を開催し、家族や関係機関の理解を深める取り組みを行っている。栄養士は利用者を対象に嗜好調査を実施し、利用者が満足感を得られるような献立や環境づくりを目指している。さらに、利用者を対象にしたアンケート結果を日々の支援にどのように反映させるかを検討している。

強度行動障害に対しての支援の向上を目指している

噛みつき、器物の破壊など他の利用者に危害を及ぼす行動障害や洗剤、おりものシートなど何でも食べてしまう行動障害のある利用者があり、現在個室に施設するなどの身体拘束を余儀なくしている。時間を決めて監視下でユニットの共同生活室に出る訓練をしており、出る時間を徐々に長くしているが、夜間は施設せざるを得ないのが現状である。複数の職員が強度行動障害支援者養成研修を受講し、相談員と部署リーダーをメンバーとする個別支援計画・強度行動障害支援委員会を設置して取り組んでおり、さらに専門性の高い支援を目指している。

事業報告書と計画書が適切にリンクしているかを検証することが望まれる

事業の進捗状況については、現場レベルではユニット内のミーティング、事業所全体としてはユニットリーダー会議や主任者会議において毎月検証する仕組みが整っている。また、法人内では、法人連絡会議・エリア会議においても検証され、必要に応じて修正する流れも定着している。事業計画書と同様に、単年度の事業報告書を作成しているが、当初計画の達成状況を確認できる内容の記載には至っていない。計画書の作り込みについても、個別事業の分かりやすい目標を掲載することが望まれる。

<サービス実施に関する項目>

<p>共通評価領域 1 サービスマネジメントシステムの確立</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の情報はホームページや川崎市の障害冊子、区役所の広報誌に記載し情報提供している。見学時はパンフレットやショートステイのしおりを使用して施設を案内し、その後、事業所の方針やサービス内容など1時間ほどかけて説明を行っている。利用開始前はショートステイの利用や、以前に利用していた施設の職員と一緒に過ごす時間を作るなど、不安やストレスの軽減に取り組んでいる。また、職員は利用者の様子を詳しく観察し、コミュニケーションに努めている。 ・個別支援計画は「個別支援計画 作成マニュアル」に則って作成し、一人ひとりの心身の状況に応じて目標を設定しており、配慮点などを記載することで個別支援を目指している。作成した計画は利用者と家族に説明を行い同意を得ている。利用者の様子は各担当者がタブレットを使用して「記録一覧（日常）」に入力し、食事・行動面・介助・入浴・特記事項の記録を行っている。記録内容は各階の職員室や事務所のパソコンで職員が情報共有できる仕組みになっている。入力情報は毎月紙ベースに印刷して個人ファイルで保管している。 ・標準的な実施を行うためのマニュアルを作成している。マニュアルは職員全員が各自で保有し、いつでも確認できるよう周知に努めている。避難訓練は年2回行っており夜間を想定した訓練も実施している。避難訓練は利用者全員が参加し、地域の自治会や小学校には事前に連絡を入れ協力・参加の声かけを行っている。災害時に備え非常食・水等の緊急時に必要な備品は指定の場所に保管しており、栄養士が賞味期限等の管理書面を作成して定期的に在庫の管理を行っている。

<p>評価分類 (1) サービスの開始・終了時の対応が適切に行われている。</p>	<p>A</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の情報はホームページや川崎市の障害冊子、区役所の広報誌に記載し情報提供している。見学時はパンフレットやショートステイのしおりを使用して施設を案内し、その後事業所の方針やサービス内容など1時間ほどかけて説明を行っている。 ・契約時には利用者と家族に面談を実施しており、重要事項説明書に沿って説明を行い、個人情報の取り扱いについては文書で同意を得ている。必要があれば看護師、栄養士から健康面、アレルギーの相談・確認を行うことにしている。 ・利用開始前はショートステイの利用や、以前に利用していた施設の職員と一緒に過ごす時間を作るなど、不安やストレスの軽減に取り組んでいる。また、職員は利用者の様子を詳しく観察し、コミュニケーションに努めている。 ・利用者が他の事業所に移行する場合には、移行の1か月前から3日ほど職員が移行先の施設に同行し、体験や実習に付き添うことで不安を解消できるような取り組みを行っている。 	
<p>評価項目</p>	<p>実施の可否</p>
① 利用者等（利用希望者を含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○
② 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。	○
③ サービス利用開始後に、利用者の不安やストレスが軽減されるような支援を行っている。	○
④ 事業所の変更や地域への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○

評価分類 (2) 手順を定め、その手順に従ったアセスメントを行い、サービス実施計画を策定している。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・利用開始前の面談では利用者と家族の希望を具体的に聞き取り、個別に記録を行っている。個別支援計画書の作成は、家族構成などの生活基盤のほか、健康、日常生活動作、コミュニケーション、社会参加、作業などに関して細かく記載し、日々の支援に反映するよう努めている。 ・個別支援計画は「個別支援計画 作成マニュアル」に則って作成し、一人ひとりの心身の状況に応じて目標を設定しており、配慮点などを記載することで個別支援を目指している。作成した計画は利用者と家族に説明を行い同意を得ている。 ・個別支援計画は毎月の個別支援計画会議でユニットリーダー、部署リーダー、相談員、支援員と検討を行っている。半年に1回の見直しの際は、看護師や栄養士も参加した会議で検討を行い見直しをしている。変更した計画は利用者と家族に面談で説明を行い同意を得ている。面談が出来ない家族には電話で説明を行い、書類を郵送して同意を得ている。 		
評価項目		実施の可否
①	手順を定め、その手順に従ってアセスメントを行っている。	○
②	個別支援計画を適正に策定している。	○
③	状況に応じて個別支援計画の評価・見直しを行っている。	○

評価分類 (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の様子は各担当者がタブレットを使用して「記録一覧(日常)」に入力し、食事・行動面・介助・入浴・特記事項の記録を行っている。記録内容は各階の職員室や事務所のパソコンで職員が情報共有できる仕組みになっている。入力情報は毎月紙ベースに印刷して個人ファイルで保管している。 ・利用者の記録など機密性の高い重要書類は、各階の職員室や事務所の施錠できる棚に保管しており、適切な管理体制が整っている。 ・利用者の情報は個人ファイルやパソコンで確認できる仕組みになっており、日々の状況は「支援員日誌」で各フロアの様子を記録し、薬や体調に関しては「医療記録」に記録して情報の共有を図っている。通院などの特記事項は申し送り時に「特記事項」書類に記入し、各階の職員室のホワイトボードにはすぐに確認してほしい内容を記載して、口頭での伝達も行うよう努めている。 		
評価項目		実施の可否
①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	○
②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○
③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有している。	○

評価分類 (4) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施を行うためのマニュアルを作成している。マニュアルは職員全員が各自で保有し、いつでも確認できるよう周知に努めている。個別計画は個別支援計画作成マニュアルをもとに作成し、利用者のサービスに対しては職員行動規範、虐待防止、入浴、感染症利用者対応、服薬のこころえ、送迎などのマニュアルを作成し、必要があれば見直しを行っている。 ・サービス実施方法の見直しは利用者や家族の意見をもとに、定期的に行われる個別支援計画会議、ユニットリーダー会議、栄養ケアマネジメント会議等の会議や、安全委員会、リスクマネジメント委員会等の委員会、また組織改革プロジェクト、通所改革プロジェクトなどの会議で検討・見直しを行っている。変更があった場合は職員全員に紙ベースで配付し、必要があれば説明会などを開き説明を行い周知を図っている。 		
評価項目		実施の可否
①	提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	○
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。	○

評価分類 (5) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故や感染症の対応については、事故報告書マニュアル、感染症利用者対応マニュアル、服薬のころえ、などを作成し職員に周知を図っている。 ・ 避難訓練は年2回行っており夜間を想定した訓練も実施している。避難訓練は利用者全員が参加し、地元の自治会や小学校には事前に連絡を入れ協力・参加の声かけを行っている。消防署との合同避難訓練でアドバイスを受けた内容はすぐに会議などで検討を行い改善に努めている。災害時に備え非常食、水等の緊急時に必要な備品は指定の場所に保管しており、栄養士が賞味期限等の管理書面を作成して定期的に在庫の管理を行っている。 ・ 毎月のリスクマネジメント委員会で「事故報告書」や「ヒヤリハット記入紙」の内容を検討し改善に努めている。職員には定期的に「リスク通信」を配付し、「服薬について5つの確認」で投薬ミス防止の周知徹底の取り組みなどを行っている。また感染症対策研修の実施も行っている。 		
評価項目		実施の可否
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確保のための体制が整備されている。	○
②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	○
③	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	○

<サービス実施に関する項目>

共通評価領域 2 人権の尊重
<ul style="list-style-type: none"> ・「言葉は意識を作る」との外部のスーパーバイザーのアドバイスを受け、不適切な行動をとる前に、まず言葉が「親しみ」「馴れ合い」「呼び捨て」「暴言」と崩れていき、虐待に繋がる恐れがあると指導・助言を受けている。支援の最初のアクションである利用者の呼称を「〇〇さん」に統一する取り組みを、平成28年度から行っている。一定の距離感を持ち尊厳を守り、言葉を整えることでそれを発する者の意識や行動を整える意識改革に取り組んでいる。浸透してきても後戻りしがちな取り組みであり、本年度も引き続き徹底を目指している。
噛みつき、器物の破壊など他の利用者に危害を及ぼす行動障害や洗剤、おりものシートなど何でも食べてしまう行動障害のある利用者があり、現在個室に施錠するなどの身体拘束を余儀なくしている。時間を決めて監視下でユニットの共同生活室に出る訓練をしており、出る時間を徐々に長くしているが、夜間は施錠せざるを得ないのが現状である。複数の職員が強度行動障害支援者養成研修を受講し、相談員と部署リーダーをメンバーとする個別支援計画・強度行動障害支援委員会を設置して取り組んでおり、さらに専門性の高い支援を目指している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ユニットによっては支援員ステーション側のガラスに目隠しを貼っていた。共同生活室で裸になったり、用を足すなどの行動障害が見られる利用者のプライバシーを保護するためであったが、他の職員の目の届かない空間で困難な支援を行う場合のリスクを考慮して、目隠しをはずす結論に至っている。 ・利用者の訴えに耳を傾け、表情や行動から気持ちを読み取り、できる限り意に沿えるよう努力している。

評価分類 (1) サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	A
<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画作成時には利用者から仕事や活動でやりたい事、行きたい所、食べたい物などを尋ねている。 ・利用者の障害特性を把握し、必要な場合ユニットの共同生活室の一角に食事を摂る為のパーテーションで囲ったコーナーを設け、廊下のソファも腰掛ける高さの物と床に座る高さの物を設けている。 ・自由時間は、いつも共同生活室の床に寝ている利用者、いつも共同生活室の同じ場所で自分で考案した遊びに集中している利用者など、思い思いに過ごしている。 ・利用者を尊重した支援に関しては、倫理綱領を定め、個々の事例の共通理解を図るため、申し送り、ユニット会議、個別支援計画会議、個別支援計画・強度行動障害支援委員会、インシデントプロセス法による事例検討会を行っている。 ・全職員を対象に虐待防止研修を年1回行い、今年度虐待防止マニュアルを作成し、虐待防止委員会を発足して月1回協議を行っている。ユニットの窓の目隠しをはずす、個室に外から施錠する身体拘束の解除を検討するなど、虐待の防止・早期発見に向けて取り組んでいる。 	
評価項目	実施の可否
① 日常生活の支援にあたっては、個人の意思を尊重している。	○
② 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。	○
③ 虐待の防止・早期発見のための取組を行っている。	○

評価分類 (2) 利用者のプライバシー保護を徹底している。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個人情報の病院や関係機関への提供については、契約時に利用者・家族に個人情報使用同意書を説明し、同意を得ている。 ・職員自己評価で、改善する必要がある点として「家族には同意を得ているが、本人には得ていない」という声が聞かれており、意思決定支援の重要性という観点からは、適切な指摘だと考えられる。 ・ユニットによっては支援員ステーション側のガラスに目隠しを貼っていた。共同生活室で裸になったり、用を足すなどの行動障害が観られる利用者のプライバシーを保護するためであったが、他の職員の目の届かない空間で困難な支援を行う場合のリスクを考慮して、目隠しをはずす結論に至っている。 ・利用者の訴えに耳を傾け、表情や行動から気持ちを読み取り、できる限り意に沿えるよう努力している。 ・大学と共同で「こころかさねプロジェクト」のミーティングを月1回開催し、心を読み取る方法を研究している。 ・新任職員研修で、直接処遇に必要な基礎知識と技術に加えて、権利擁護や人権についての研修を実施している。利用者調査問2「利用者の気持ちに沿った支援を行っていますか」では、17人中12人が「はい」と答えている。 		
評価項目		実施の可否
①	利用者に関する情報（事項）を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている。	○
②	利用者の気持ちに配慮した支援を行っている。	○

<サービス実施に関する項目>

<p>共通評価領域 3 意向の尊重と自律生活への支援に向けたサービス提供</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・「本人らしさ」を尊重した生活支援を目指し、利用者の声や行動に目を配るよう努めている。保護者とは毎月実施している保護者面談や行事を通して意見や希望を伺い、満足度などの把握に努めている。また1年間の実践の総括として実践発表会を開催し、家族や関係機関の理解を深める取り組みを行っている。 ・苦情窓口担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。施設の相談先や川崎市役所障害課の相談窓口を重要事項説明書に記載し、契約時に説明を行っている。また、施設の1階に相談窓口の連絡先や「サービスに対する苦情・相談について、苦情解決に向けて」の解決までの手順を書いた書類を掲示している。 ・生産活動はクレヨンの紙巻き・チラシ折り・掃除と個々の状態に合わせて設定を行い軽作業の機会を提供している。生産活動時は活動始めと終了時にタイムカードに打刻してもらい、働いているという意識付けを持てるような取り組みを行っている。個々の特性に合わせた支援を行うため、生活空間では障害特性に合わせて机やイスを配置し、必要に応じて仕切りを利用して落ち着ける空間を作るなどの配慮をしている。日中活動は個々の特性に合わせて活動グループ分けを行っている。

<p>評価分類 (1) 利用者の意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる。</p>	<p>A</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・「本人らしさ」を尊重した生活支援を目指し、利用者の声や行動に目を配るよう努めている。 ・保護者からは毎月実施している保護者面談や行事を通して意見や希望を聞きとり、満足度などの把握に努めている。また1年間の実践の総括として実践発表会を開催し、家族や関係機関の理解を深める取り組みを行っている。 ・栄養士は利用者を対象に嗜好調査を実施し、食事の量、彩りや盛り付け、食べたい料理など9項目についてのアンケートを行い、利用者が満足感を得られるような献立や環境づくりを目指している。 ・利用者や保護者を対象にした無記名式のアンケート調査や意見箱の設置なども検討されたい。 	
<p>評価項目</p>	<p>実施の可否</p>
<p>① 利用者満足の把握に向けた仕組みを整備している。</p>	<p>○</p>
<p>② 利用者満足の向上に向けた仕組みを整備し、サービス向上に取り組んでいる。</p>	<p>○</p>

評価分類 (2) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの要望や意見は、会話が不自由な利用者も含め、職員がコミュニケーションを取り、汲み取るよう努めている。通いの利用者には送迎の際に保護者への声掛けや会話を心がけ、相談や意見を言いやすい雰囲気作りに努めている。 ・苦情窓口担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。施設の相談先や川崎市役所障害課の相談窓口を重要事項説明書に記載し、契約時に説明を行っている。また、施設の1階に相談窓口の連絡先や「サービスに対する苦情・相談について、苦情解決に向けて」の解決までの手順を書いた書類を掲示している。 ・利用者の意見などに対して、その場で対応した場合は職員が毎日確認する個人の記録や共有ファイルに記録し職員が確認できるようにしている。 ・事業所に出された意見は「苦情等受付書」に記録し施設長に報告を行っており、毎月「苦情解決月次報告書」を川崎市障害福祉施設第三者委員会にも報告する仕組みになっている。 ・利用者からの意見は迅速に検討を行い、担当職員が家族と話し合い、場合によっては行政や相談支援センターなどの関係機関に助言をもらい解決に努めている。 		
評価項目		実施の可否
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。	○
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。	○
③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○

評価分類 (3) 個別支援計画等に沿った、自立した生活を送るための支援を行っている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者と円滑なコミュニケーションを取るために、一人ひとりの特徴や介助方法の把握に努め支援の組み立てを図っている。 ・生産活動はクレヨンの紙巻き・チラシ折り・掃除と個々の状態に合わせて設定を行い軽作業の機会を提供している。生産活動時は活動始めと終了時にタイムカードに打刻してもらい、働いているという意識付けを持てるような取り組みを行っている。 ・日常生活動作は、できるだけ自分で行うことを基本に見守りを行っている。自宅に帰ってもできるだけ自分で行うことができるよう配慮した介助を心がけている。 ・生活空間では障害特性に合わせて机やイスを配置し、必要に応じて仕切りを利用して落ち着ける空間を設定し、また日中活動は個々の特性に合わせて活動グループ分けを行うなど個々の特性に合わせた支援に努めている。 		
評価項目		実施の可否
①	利用者と円滑なコミュニケーションをとるための支援や工夫がなされている。	○
②	エンパワメントの視点に立って、利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守り・支援を行い、主体的な活動を尊重している。	○
③	利用者一人ひとりを受容し、個別性に配慮した働きかけや支援を行っている。	○

<サービス実施に関する項目>

共通評価領域 4 サービスの適切な実施
<ul style="list-style-type: none"> ・同法人が経営する市内の重症児・者福祉医療施設と兼務の小児科医が月4～6回来所し、外部に主治医をもたない利用者の診療を行い、訪問歯科が週1回、訪問皮膚科が月2回診療を行っている。障害者歯科、精神科など外部の医療機関への通院支援も行っており、年2回定期健診を行い、血圧・尿検査は年2回、胸部レントゲン・心電図・血液検査は年1回行い、疾患の早期発見、早期治療に努めている。今年6月から10人の夜勤専門看護師のローテーションで24時間看護師を配置し、利用者の健康管理に努めている。 ・利用者の行動範囲の拡大を支援の基本方針としており、それぞれの利用者の希望する行先へ1年に1回は行けるように、利用者の心身状況に応じた付き添い体制を組んで、外出支援を実施している。行先は多岐に及び、1～4人の少人数で行っている。社会力を身につけ、地域での生活をめざすために、日常生活圏への外出を重視している。毎週土日にコンビニへ買い物に行くほか、外食も実施し、「仕事の後に仲間と飯を食いに行く」を実現している。日中活動としても、グループによって防犯活動を兼ねた公園清掃、散歩などの形で、外出している。 ・今年3月に別棟の自立訓練棟「えとわる」を開設し、地域での生活場面での夜泊まるなどの訓練と生活介護の日中活動を連携させて、24時間を通じた総合的な支援を行っている。地域社会の中での普通の生活を実感し、当たり前前の社会参加の経験ができるように支援している。相談支援事業所と連携し、今年度1人の利用者がグループホームを3日間体験利用したが、本人の意向に合わず入居には至らなかった。来年の4月には同法人が入居者7人のグループホームを開設する予定で、当施設から5人の利用者の移行を計画して訓練を進めている。

評価分類 (1) 利用者の健康を維持するための支援を行っている。	A
<ul style="list-style-type: none"> ・同法人が経営する市内の重症児・者福祉医療施設と兼務の小児科医が月4～6回来所し、外部に主治医をもたない利用者の診療を行い、訪問歯科が週1回、訪問皮膚科が月2回診療を行っている。 ・障害者歯科、精神科など外部の医療機関への通院支援も行っており、年2回定期健診を行い、血圧・尿検査は年2回、胸部レントゲン・心電図・血液検査は年1回行い、疾患の早期発見、早期治療に努めている。 ・年1回歯科検診とブラッシング技術の指導を受け、インフルエンザ予防接種を行っている。 ・夜勤専門看護師には日勤帯に実習マニュアルに従って新任研修を行ってから夜勤業務に就いてもらい、日勤看護師と連携するため、個々の利用者の注意事項を記載する特記用紙を使用している。 ・利用者が受診を要する状態となった場合や緊急時には、看護師が付き添って協力医療機関または近隣の総合病院で受診したり、救急搬送を行っている。 ・内服薬・外用薬は1人の日勤看護師がセットし、他の看護師が確認して準備し、投薬時に支援員がチェック表で確認している。 	
評価項目	実施の可否
① 日常の健康管理が適切である。	○
② 必要時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	○
③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	○

評価分類【食事の提供を行っている事業所のみ】 (2) 栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・3か月毎に多職種が連携して栄養状態スクリーニングを行い、リスクを低中高の3段階で判定し、高リスクと判定された利用者については2週間ごとにモニタリングを行っている。 ・3か月毎にモニタリング・アセスメントを行い、月に2回開催する会議で多職種連携により栄養ケアの課題を抽出し、栄養ケア計画を立て食事提供を行っている。 ・提供する食形態は、同法人の重症児・者福祉医療施設の理学療法士による咀嚼・嚥下評価に基づいて、副食は一口大、とろみをつけた刻み、軟菜食、固さを調整したミキサー食で、主食はご飯、全粥、凝固剤を加えたミキサー粥で提供している。 ・医師の指示によりエネルギー制限食、低脂肪食、減塩食、食物アレルギー対応食を提供し、BMIに応じて主食の量の調整、低カロリー米の提供を行っている。喫食状況に応じてパウダー・流動・ゼリーなどの栄養補助食品を提供している。 ・年2回写真を使って嗜好調査を行い、夏祭り・クリスマスのメニューは利用者と多職種で話し合って決定し、誕生日には事前に聴取した希望メニューを献立表に誕生者名を記載して提供している。年中行事食、月1回のご当地メニューを提供している。 		
評価項目	実施の可否	
① 個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	○	
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工夫されている。	○	

評価分類【施設入所支援・宿泊型自立訓練】 (3) 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上で必要な支援を行っている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・居室にテレビ、たんす、布団、工作の材料などを持ち込めるようにし、安眠できるような環境を整えている。寝床は木製ベッド、介護用ベッド、畳に布団の3種から選択できる。約2割の利用者が眠前薬を服用している。 ・入浴介助は毎日、大浴室・家庭浴室のうち利用者の心身状況に合った浴室で、午後4時～5時半または6時半～9時の希望する時間帯に行っている。身体介助を要する利用者については、午後の日中活動の時間帯にリフト浴で、または入浴の時間帯にシャワー浴で介助している。 ・排泄介助は、おむつ交換をする利用者については、定時及び訴えのあった時に行っている。トイレやポータブルトイレを利用する利用者の3～4割はリハビリパンツやパットを使用しており、心身状況に応じて声掛け、見守り、一部介助を行っているが、共同生活室内のトイレ以外の場所で排泄する利用者もいて、排泄の支援には課題がある。 ・毎日翌朝着る服を利用者の意思に沿って選び、セットしている。服装へのこだわりが強い利用者の衣服セット計画表が支援員ステーションに貼ってあり、間違いを防いでいる。 ・新聞を購読している利用者、買い物外出で雑誌を購入する利用者がいる。 		
評価項目	実施の可否	
① 安眠できるように配慮している。	○	
② 入浴は、利用者の希望や介助方法など個人的事情に配慮している。	○	
③ 排泄介助は快適に行われている。	●	
④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択や整髪等について支援している。	○	
⑤ 新聞・雑誌の購読やテレビ、嗜好品（酒、煙草等）等は利用者の意思や希望が尊重されている。	○	

評価分類【施設入所支援】 (4) 利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取組を行っている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者から意向や要望を聴取し、余暇活動に反映するよう努めている。敷地内でバーベキュー、流しそうめん、花火などを行い、施設内でお食事会を行っている。 ・10周年記念式典では、アカペラの鑑賞、クレープなど10の模擬店を設営したり、夏祭りでは地域の方や家族と一緒に太鼓演奏、射的などのゲーム、屋台の食べ物を楽しむ機会を設けた。 ・イラストの色塗りなどの余暇活動を企画しているが、自由時間にもジグソーパズル、自作の鉄道カードゲームなど、独自の活動に集中する利用者も見受けられた。 ・土日はおやつを提供せず、コンビニへ買い物同行をしている。利用者調査に回答した17人中7人が、問5「外出・外泊は、ルールを守って自由にできますか」の自由意見で買い物を挙げている。 ・外出は行きたい場所を聴いて計画し、昨年度は24種の観光施設、街、公園、博物館などへ1～4人の利用者と外出している。近隣での外食も昨年度は48回行っている。コンサート、フェスティバル、マラソン大会への参加や、個別の外出支援も行っている。 ・家族からの申し出通り外泊できるように、イベントなどの日程を早めに知らせてかち合わないようにしている。 		
評価項目		実施の可否
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。	○
②	外出は利用者の希望に応じて行われている。	○
③	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	○

評価分類【生活介護】 (5) 日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・日中活動は平日の午前午後に、利用者の強みを発揮できる特性、関心、熱中できる好きな活動、心身の状況などを考慮し、5つの活動グループを編成している。 ・個人で課題に取り組むグループでは、作業室や廊下の一画に上の空いた壁を3面に巡らして机と椅子を置き、名前・写真入りの作業のタイムスケジュールなどが貼ってある作業環境で、各人の課題に取り組んでいる。 ・他の2グループでは、集団で体操・散歩・シュレッダー・ビーズの糸通し、芋ほりなどの活動をしている。身体介護を要する方のグループでは、ヒーリング音楽の鑑賞、屋上や近辺の散歩などを行っている。 ・生産活動に従事するグループでは、出退勤のタイムカードを設置し工賃として支払っている。受注作業はクレヨンの紙巻き・箱詰め、ちらし広告折りで、工程を細分し、得意な作業に就いてもらっている。 ・ペットボトルのキャップ集め、防犯パトロールを兼ねて防犯チョッキを着ての公園清掃、作業室の清掃当番などの業務に従事している。 ・どのグループでも可能な限り誘導、手順の説明などの声掛け、手伝い、見守りで作業できるよう工夫している。 		
評価項目		実施の可否
①	一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動等の支援を行っている。	○
②	自分でできることは自分で行えるよう働きかけている。	○
③	【工賃を支払っている事業所のみ】工賃等の仕組みについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している。	○

<組織マネジメントに関する項目>

共通評価領域

5 運営上の透明性の確保と継続性

・法人理念については法人会会議などにおいて幹部職員に対して周知に努め、施設では主任者会議などを通じて職員への理解を深めることに取り組んでいる。また、施設の運営方針が明文化されパンフレットや事業計画に明記して関係者にも伝えている。年度初めには法人の理念に沿った事業目標を明示しており、それを基本に部署目標や個人目標を定めている。個人目標は半年ごとリーダー職が個別面談で進捗状況などを話し合っており、その場で施設や部署の方針を改めて確認することに取り組んでいる。

・単年度事業計画は主任者会議で振り返り、次年度事業計画を策定する流れとしている。それを基に各部署の目標や個人目標が展開されている。また、職員主体の6会議・6委員会を設置しており、事業計画策定にあたっては各会議や委員会で前年度の事業を振り返り、成果や課題を明確にし、課題を当年の事業計画に反映させることが望まれる。また、中長期計画として「改善のための3プロジェクト」を立ち上げており、それぞれ定例会において検証し達成を目指している。

・施設長は毎月の主任者会議などの場で、施設の方針や自らの考えを表明している。安全衛生委員会や身体拘束廃止委員会にも出席して職員とコミュニケーションを取りながら施設の方向性を示唆している。また、職員とは個別の面談を実施し就業状況を把握するとともに、個人目標の達成に向けて支援している。施設の案件は施設長、サービス管理責任者、各部門長など各部署の代表が参加する主任者会議で検討され決定される。決定した内容は参加メンバーより各部署の職員に周知される。

評価分類

(1) 事業所が目指していること(理念・基本方針)を明確化・周知している。

A

- ・法人の理念や基本方針はホームページをはじめ、事業計画書の巻頭に掲示している。
- ・年初の主任者会議では、事業計画書を説明する際に法人理念に触れ、職員への周知に努めている。
- ・利用者や家族(保護者)に対しては利用開始時に契約を行う際や家族懇談会などを通じて、具体的な支援の説明を行う際に触れ理解を深めてもらえるようにしている。
- ・重要事項説明書には運営方針「関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かいサービス提供」を掲げ、読み合わせを行い周知に努めている。

評価項目

実施の可否

①	理念・基本方針を明示している。	○
②	理念・基本方針について、職員の理解が深まるような取組を行っている。	○
③	理念・基本方針について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取組を行っている。	○

評価分類 (2) 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・年度をまたがる事業計画として、平成29年～31年の3年間を期間と定めた「改革プロジェクト」を掲げており、「こころかさねプロジェクト」「通所改革プロジェクト」「組織改革プロジェクト」の3プロジェクトより構成されている。 ・各プロジェクトの骨子は、「支援の効率アップ」「専門性のアップ」としており、それぞれ専門部会を開催して達成を目指している。 ・単年度事業計画に掲げられている個別事業は、各プロジェクトの骨子を盛り込んだ内容としている。 ・単年度事業計画の策定にあたっては、主任者会議において前年度の総括を行いながら次年度計画を策定する流れとしている。 ・単年度事業計画は、職員参加のもとに作成され、年初の主任者会議において説明することで職員への周知に努めている。 ・利用者や家族に対しては、個別支援計画を策定する際の個人面談や家族懇談会において説明し、理解を深めてもらえるようにしている。 		
評価項目		実施の可否
①	理念・基本方針の実現に向けた中・長期計画が策定されている。	○
②	中・長期計画を踏まえた年度単位の事業計画が策定されている。	○
③	事業計画の策定が組織的に行われている。	○
④	事業計画が職員に周知されている。	○
⑤	事業計画が利用者等に周知されている。	○

評価分類 (3) 管理者は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、主任者会議・安全衛生委員会・身体拘束廃止委員会などの主要会議に出席しており、それぞれの会議体において事業所運営をリードしている。 ・中期事業計画である「改革のための3プロジェクト」についても、施設長出席のもとに定期的に会議を開催して検証に取り組んでおり、指導・助言を行い改革の方向性を示唆している。 ・年度内の事業の進捗状況については、主任者会議で行うことにしており、利用稼働率、リスクマネジメント、職員の育成状況（研修）などの重要な案件を検証し、職員の合意を図り事業推進に取り組んでいる。 		
評価項目		実施の可否
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。	○
②	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。	○
③	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。	○

評価分類 (4) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所では6委員会（安全衛生・身体拘束廃止・広報・個別支援計画・強度行動障害支援・リスクマネジメント）、6会議（主任者・個別支援計画・ユニットリーダー・ユニット・調理・栄養ケアマネジメント）などの各種の定例会を定期的を開催しており、それぞれ専門分野ごとに単年度事業計画に沿って個別事業の進捗状況・課題などを検証している。 ・各委員会や会議体において検証した内容をもとに、現在3プロジェクトを立ち上げており、「支援の効率アップ」「専門性のアップ」をそれぞれ専門部会を開催して目標達成に取り組んでいる。 		
評価項目		実施の可否
①	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。	○
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。	○

評価分類 (5) 経営環境の変化等に適切に対応している。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・事業形態として措置事業であることから、利用稼働率、長期・短期の入院者、事故、虐待防止などが事業経営を判断する内容となる。 ・平成29年度は、入所事業に関しては定員で推移しており、入院者も年間を通じて1名以下（短期0.3名、長期0.6名）、安全に関しても大きな事故はない。ただし本年度に入り、虐待に類似する事例が2件報告されてお入り、改善に取り組んでいる。 ・個別支援会議において支援計画書の見直しに取り組み、本年度新たな計画書を完成させている。 ・強度行動障害委員会では、現在、利用者の約7割が強度行動障害であることを踏まえ、利用者一人ひとりの支援の向上を目指して、「状況把握の向上」「記録の取り方の改善」「適切な研修への参加」などの検証に取り組んでいる。 		
評価項目		実施の可否
①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	○
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。	○

<組織マネジメントに関する項目>

共通評価領域 6 地域との交流・連携
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内の多目的ホールを貸し出しており、地域の放課後デイサービスや地域住民のコーラスなどの練習で使用するほか、駐車場を地域のサッカークラブや小学校に貸し出している。さらに多目的ホールや駐車場の貸し出しを広報誌でも案内することも検討されたい。そのほか、本年度は開業10周年を迎えたことを踏まえ、利用者、家族、関係者、地域住民などを招待した記念式典を開催した。式典では、「発達障害 強度行動障害の支援及び地域移行について」と題して講演を行い、地域社会に対しての啓発活動にも取り組んだ。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域のコンビニへ行くことを通して、利用者と地域の人々が共に安全に買い物ができる環境作りに取り組んだり、地域の夏祭りへに参加している。また、それぞれの実績については、事業報告書において総括している。ボランティアの受け入れも積極的に行っており、地域の小学生との交流（月1回約10名）、傾聴ボランティア（月1回1名）、日中活動支援（月1回1名）などが活動している。なお、ボランティアに関する規定や、プライバシーの尊重、守秘義務などをまとめた手引書を整備し、誓約書などを取り交わすことも望まれる。
<ul style="list-style-type: none"> ・行政が主催する事業所連絡会にはサービス管理責任者などが参画しており、各種施策に関する通達や新たな利用者に関する情報などを把握している。業界団体などの各種団体へは案内があった際には積極的に参加して、福祉ニーズの把握に取り組んでいる。そのほか、福祉新聞や法人の会議などで行政や福祉事業に関する情報を収集している。サービス管理責任者は、行政や社協などから地域情報を収集している。なお、地域のネットワークなどの参加や構築も視野に、更に地域との交流を深めることを期待したい。

評価分類 (1) 地域との関係が適切に確保されている。	A
<ul style="list-style-type: none"> ・A4判二つ折りのパンフレットや広報誌「みずさわの道」などの媒体を設けており、行政をはじめ地域の関係機関などに配布して情報提供に取り組んでいる。 ・地域社会に対して事業所の理解を深めてもらうことに力を入れており、様々な機会を通じて地域と関わり合い、開かれた事業所運営に取り組んでいる。 ・事業所の専門性を地域に還元する取り組みとしては、駐車場や多目的ホールの貸し出し、地域のコンビニの利用、地域の夏祭りへの参加に取り組んでいる。また、それぞれの実績については、事業報告書において総括している。 ・ボランティアの受け入れも積極的に行っており、地域の小学生との交流（月1回約10名）、傾聴ボランティア（月1回1名）、日中活動支援（月1回1名）などが活動している。 	
評価項目	実施の可否
① 地域社会に対して、開かれた組織となるよう、事業所に関する情報を開示している。	○
② 事業者が有する機能を地域に提供している。	○
③ ボランティア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。	○

評価分類 (2) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・行政が主催する事業所連絡会にはサービス管理責任者などが参画しており、各種施策に関する通達や新たな利用者に関する情報などを把握している。 ・地域の自治会（ゆーず連絡会）に参画しており、夏祭りへの出店依頼に対応したり、多目的ホールや駐車場の貸し出し依頼を受けて連携を図っている。 ・業界団体などの各種団体へは案内があった際には積極的に参加して、福祉ニーズの把握に取り組んでいる。 		
評価項目		実施の可否
①	関係機関・団体との定期的な連絡会等に参画している。	○
②	地域の関係機関・団体の共通の課題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	○
③	地域の福祉ニーズを把握するため事業・活動に参加している。	○

<組織マネジメントに関する項目>

共通評価領域 7 職員の資質の向上の促進
<ul style="list-style-type: none"> ・目標管理制度を導入し、半期ごと職員ひとり一人が定めた目標について、チャレンジシート（目標管理シート）をもとに上長が個別面談を行い、達成に向けて支援をしている。法人として一次評価者であるリーダー職員の研修も実施し標準化を図っている。また、内部研修はテーマを決めて開催し、外部研修については職員の希望を尊重している。受講後は報告書や振り返りシートで成果を確認している。この目標管理の取り組みを、組織全体の質の向上に結びつけることを目指している。 ・法人全体のサービスの向上を図ることを目標として、各事業所単位で1年間の取り組みを発表・表彰する研修企画「ベストサービスアワード」を設けて、職員のやる気を支援している。各事業所から提出された取り組みを選考して、上位の提案については法人本部が所在する広島県において発表会を開催し、表彰する仕組みとしている。事業所一丸となって取り組むことから、職員のモラルやモチベーションの向上につながっていることがうかがえる。 ・法人としての充実した資格取得奨励制度のもと職員のキャリアパスを支援しており、毎年、介護福祉士、社会福祉士などの有資格者の育成に力を入れている。資格取得の支援によって専門性を高め、円滑な採用につなげることを目指している。また、職員の就業状況を把握し上長が相談に乗るとともに、心の健康などは外部の相談窓口を紹介している。福利厚生の一環として法人として福利厚生センターに加入している。また、施設長は日頃より職員に分け隔てなく声かけし、懇親を図る機会も設け職員との交流を図っている。

評価分類 (1) 事業者が目指しているサービスを実現するための人材構成となるよう取り組んでいる。	A
<ul style="list-style-type: none"> ・職員に求めている人材像や役割を「みずさわの倫理綱領の実践と共に、職員自身のプライベートも大切にす者」として掲げている。 ・利用者支援は、計画・実行・見直しのサイクルであることを踏まえ、そのサイクルの「継続」が支援の重要であることを理解し、個別支援を実施する人材育成に力を入れている。 ・日々の積み重ねが、職員一人ひとりのスキルアップにつながり、利用者の生活の質の向上に繋がることとしている。 ・運営規程にて虐待の防止や身体拘束の廃止、秘密保持などについて明文化している。事業所では身体拘束廃止委員会があり、規程を整備し施設長を委員長として活動している。 ・目標管理制度を導入し、半期ごと職員一人ひとりが定めた目標について、目標管理シートをもとに上長が個別面談を行い、達成に向けて支援をしている。 ・複数の学校からの実習生受け入れをしており、受入れと育成が積極的に行われている。 	
評価項目	実施の可否
① 必要な人材や人員体制に関する具体的な考え方が確立している。	○
② 具体的なプランに基づく人材の確保に取り組んでいる。	○
③ 遵守すべき法令・規範・倫理等を正しく理解するための取組を行っている。	○
④ 職員の育成・評価・報酬（賃金、昇進・昇格など）が連動した人材マネジメントを行っている。	○
⑤ 実習生の受入れと育成が積極的に行われている。	○

評価分類 (2) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の質の向上への取り組みとして、法人研修、事業所内研修、専門機関が主催する外部研修などへ参加する機会を設けている。 ・ 内部研修（キャンバス研修）として、昨年度は「新任研修6回」「事例検討3回」「スキルに関わる3回」を開催しており、本年度も同様に研修計画を策定している。 ・ 研修は人事考課の際に職員個別目標を確認して、業務や自己啓発の目標を設定している。定期的な面談において達成状況を確認し、給与や昇格昇進につなげている。 ・ 資格取得についての支援にも取り組んでおり、合格した際には受験料などを全額給付している。 ・ 法人全体のサービスの向上を図ることを目標として、各事業所単位で1年間の取り組みを発表・表彰する研修企画「ベストサービスアワード」を設けて、職員のやる気を支援している。 		
評価項目		実施の可否
①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	○
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。	○
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。	○

評価分類 (3) 職員の就業状況に配慮がなされている。		A
<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の就業状況を把握し上長が相談に乗るとともに、心の健康などは外部の相談窓口を紹介している。 ・ 福利厚生の一環として法人として福利厚生センターに加入している。また、施設長は日頃より職員に分け隔てなく声かけし、懇親を図る機会も設け職員との交流を図っている。 		
評価項目		実施の可否
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。	○
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。	○