

社会福祉法人 県央福社会
きらら御中

**【平成29年度】
第三者評価結果報告書
〈東京都版〉**

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)どんな人の人生も肯定される社会を作る 2)社会の仕組みや制度を変える 3)社会保障の第一線である</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>※作成お願いします※</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>利用者の側に立って行動し、人権尊重の思想を持ち使命感と豊かな人間性・福祉問題を社会科学的に捉え、積極的に解決しようとする広い視野と先駆的、開拓的問題意識・実践・経験を通して、適切な支援の在り方を追及することのできる専門的力量・施設運営の効率化を図る上で、必要な合理化や機能化に努め、原価意識・組織目標に基づき、職員研修に必要な点についての計画・実施能力、組織活性化と職員の職務の向上</p>

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は61名となりました。有効回答人数は36名となりました。

調査方法

利用者調査の方法は、聞き取り方式で実施致しました。聞き取り調査は事業所側に個室をご用意いただき、1対1で行い匿名性を確保しました。

利用者総数

61

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
0	61	61
0	36	36
0.0	59.0	59.0

利用者調査全体のコメント

総合的な評価は、「大変満足」6人(16.7%)、「満足」23人(63.9%)、「どちらともいえない」4人(11.1%)、「不満」1人(3.0%)、「大変不満」0人、「無回答」2人(6.0%)でした。

自由意見は、「バドミントンが楽しい。」「キャップの仕事が楽しい。」「製菓が楽しい。」「男子がさわってくる。職員さんが助けてくれる。」という意見がみられる一方「もっと一緒に遊んで欲しい。」「職員や他の利用者が部屋に入ってくるのがいやだ。」などの意見もみられました。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	29	3	2	2
「はい」が80.6%、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が6.0%、「無回答・非該当」が5.6%となりました。 自由意見は「物を落としたり拾ってくれる。たくさん話をしてくれる。」「多くの人々が助けてくれる。」「もちろんです」「歩行具を直してくれる」などがありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	30	1	1	4
「はい」が86.3%、「どちらともいえない」が2.8%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が11.1%となりました。 自由意見はありませんでした。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	31	2	2	1
「はい」が86.1%、「どちらともいえない」が5.6%、「いいえ」が6.0%、「無回答・非該当」が2.8%となりました。 自由意見は「ししゅうのアドバイス、話をする。」「買い物行ったり、テレビの事ははなしたりしている。」「まあまあ。」「友達がいる。」「関わりほとんどない。」などがありました。				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	33	1	0	2
「はい」が91.7%、「どちらともいえない」が2.8%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5.6%となりました。 自由意見は「ししゅうが楽しい。」「生地作りが楽しい。」「ぶどう狩り。」などがありました。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	30	1	1	4
「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が2.8%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が11.0%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	30	3	1	2
「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が2.8%、「無回答・非該当」が6.0%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	28	4	1	3
「はい」が77.8%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が8.0%となりました。 自由意見は「まあまあ。」「前にちゃんと対応してもらった。」などがありました。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	23	9	1	3
「はい」が63.9%、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が8.0%となりました。 自由意見は「たまにケンカする。その時職員さんが助けてくれる。」などがありました。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	31	0	1	4
「はい」が86.1%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が11.0%となりました。 自由意見は「やさしい。」「やさしくしてくれる。」などがありました。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	26	4	1	5
「はい」が72.2%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が14.0%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	23	5	0	8
「はい」が63.9%、「どちらともいえない」が13.9%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が22.0%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	19	9	0	8
「はい」が52.8%、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が22.0%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	29	1	1	5
「はい」が80.6%、「どちらともいえない」が2.8%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が13.9%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	23	5	2	6
「はい」が63.9%、「どちらともいえない」が13.9%、「いいえ」が5.6%、「無回答・非該当」が16.7%となりました。 自由意見は「話をしている。」「よく話しています。」などがありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/9
	評価項目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 評点(○○●●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○非該当
	○あり ●なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	○あり ●なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)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 評点(○○)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○非該当

評価項目3

重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	○ 非該当

カテゴリ1の講評

法人の理念やビジョンについて職員の理解を深める取り組みが期待されます

法人の理念やビジョンは、ホームページや利用者へ配布している年間予定表に記載されており、対外的な明示を行っています。職員に対しては、理念やビジョンの記載された「県央福祉会職員ハンドブック」を入職時に全職員へ配布しています。しかし配布後に定期的な読み合わせや、内容を確認する機会を設けるなど、理念やビジョンについて理解を深める取り組みについては確認することができませんでした。事業所独自の取り組みとして、「きららのきらり」という5項目の事業所のルールを朝礼時に読み合わせ、理解が深まるような取り組みを行っています。

経営層は職員へ福祉職員としての指針を伝えるなど、現場へ積極的に関わっています

経営層の役割や責任は、法人の職務権限規程に明記されています。事業所では業務分担表に経営層及び職員の業務内容を明記し、それぞれの役割を明確にしています。所長は今年度より新たに着任されました。そのため職員や事業所全体をリードしていただくこと、所長自ら直接職員へ、福祉職員の持つべき指針や考え方について折に触れて説明を行っています。また、所長は現場へ積極的に関わることで、職員への率先垂範を心掛け、リーダーシップの発揮に努めています。

法人のシステムを活用したワークフローが定着し活用されています

重要な案件の意思決定は法人のネットワークシステムを活用したワークフローに沿って、関係各所の承認を得る仕組みとなっています。事業所内ではその仕組みが周知されており、各案件の担当者がそれぞれシステムを活用して申請を行っています。重要な案件の内容と決定の経緯については、年二回実施している職員全体会議や毎月のグループ会議を通じて職員へ周知しています。利用者の家族に対しては月一回実施している家族会で報告を行っています。

2			カテゴリ-2
2			経営における社会的責任
			サブカテゴリ-1(2-1)
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している		○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる		○非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している		○非該当

サブカテゴリ-2(2-2)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況 **5/7**

評価項目1
事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	○非該当
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	○非該当

評価項目2
ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(○●●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○非該当
○あり ●なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	○非該当
●あり ○なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	○非該当

評価項目3
地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○非該当

カテゴリ-2の講評

職員会議時に所長から職員へ倫理観を伝えています
法人で作成した「職員倫理行動マニュアル」を職員へ配布したり、全職員を参加対象とした倫理に関する研修に参加することで、倫理観を高める為の取り組みを行っています。また、事業所では倫理行動綱領を事業所へ掲示を行っています。年2回実施している事業所の全体会議では、法人の研修で伝えている倫理観とは別の内容について所長がレジュメを作成し、職員へ共有しています。グループリーダーに対しては個別にその都度伝え、周知を図っています。

ボランティア受け入れ体制を整備することが課題です
事業所ではボランティアを月に平均10人～12人程受け入れています。ボランティアには毎週定期的に活動している方や、中学校の実習、事業所の祭り等イベント時の手伝いなど短期～長期にわたり様々な方がいます。ボランティア担当者を設置し、担当者はイベント時のボランティア募集やボランティアの交通費請求業務を行っています。様々なボランティアを受け入れている一方で、個人情報保護についての説明は口頭のみで行っており、書面では行っていません。また、受け入れに対する基本姿勢は明示されておらず、体制の整備が課題です。

相模原市障害者自立支援協議会等、様々な関係機関との連携を図っています
相模原市障害者自立支援協議会の関係会議に参画したり、相模原市障害福祉事業所協会へ加入し行政に対して要望の提出したり、行政からの情報収集を行うなど、地域の様々な関係機関と連携を図っています。相模原市障害者地域作業所等連絡協議会には設立当初より加入しており、現在は運営委員を行うなど特に深い関わりをもっています。今年度より「バオバブ」という同協議会の運営する福祉のアンテナショップの運営委託を受けており、地域の福祉向上のための取り組みを行っています。

カテゴリ3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 8/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
カテゴリ3の講評		
市民オンブズマンや意見箱の設置など、利用者が意見を言いやすい環境を整えています 事業所の入り口付近に苦情受付担当者、苦情解決責任者、苦情解決委員の名前と顔写真が掲載されたポスターを掲示し、苦情解決制度の利用者への周知を図っています。また、かながわ市民オンブズマンに定期訪問を依頼し、相談先の選択肢を利用者へ与えています。利用者意向を把握するための取り組みとして、「みんなの声」という利用者の意見を自由に入れられるポストを設置しています。また、年2回実施する利用者との個人面談時にも利用者、およびご家族の意見や要望の把握に努めています。		
余暇活動のアンケートや個別支援計画作成を通じて利用者意向の把握に努めています 旅行の行き先等の余暇活動については利用者へアンケートを実施し、希望を反映させた上で決めています。また、日常のサービスにおいては、個別支援計画の作成と半年後のモニタリングによって利用者の意向を把握するように努めています。個別支援計画作成時の調査票をご自身で記入することが出来ない方に対しては、ご家族から意見を聞いたり、できるだけ本人の気持ちを汲んで作成をし、利用者の意向把握に努めています。		
相模原市障害福祉事業所協会等に参画し、地域の福祉ニーズ等の情報を収集しています 地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向は、相模原市障害福祉事業所協会や相模原市障害者地域作業所等連絡協議会に参画し、会議等に参加することで把握しています。また、行政からの情報は相談支援事業を行っている所長のネットワークにより収集しています。地域の自治会に加盟し自治会の活動に参加をしていますが、現状では特に事業所としての役割はなく、今後役割を担うことなどを通じてより深く地域に関わっていくことが課題であると所長は考えています。		

カテゴリ4		
4 計画の策定と着実な実行		
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(000●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にすることの取り組みを行っている	○非該当
○あり ●なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当
○あり ●なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-4の講評

中期計画は法人が、単年度事業計画は事業所が現場の意向を踏まえて策定しています

法人ではマスタープランという第三期中期計画を策定し、平成26年度から5年間の中期計画を立てています。単年度の事業計画は、法人が策定する方針に沿って事業所の計画を策定しています。事業計画策定のための意見収集は、職員からは職員会議を通じて、利用者からは個別支援計画作成のための個人面談を通じて、利用者の家族からは家族会を通じて行っています。また、策定した計画は半年後に予算・内容の見直しを行い、計画の達成に向けて取り組んでいます。

計画は会議時に進捗状況を確認していますが、達成度合いを測る指標の設定が課題です

計画を推進していくために、事業所では業務分担表を作成し職員の役割を明確にしています。策定した事業計画は半年後に見直しを行っています。また、月に一回実施しているリーダー会議において、利用者の出勤率や予算達成度合いを確認し、計画に対する進捗度合いを確認することで着実な計画の実行に取り組んでいます。一方で、目標について達成度合いを測る指標を設けられておらず、客観的に目標の達成度合いを測るための指標を設定することが課題となっています。

事故発生後に再発防止の取り組みを行うことが課題です

災害への備えとして、防災マニュアルや非常災害時の具体的計画を作成し、非常時の対応や職員の役割を明記しています。また、防災訓練は年に2回実施しています。しかし、非常災害時の具体的計画は、担当者の見直しを毎年行っていますが、全体的な見直しは行われていません。感染症への対策では、看護師の資格を持つ非常勤職員から情報の提供を受けたり、予防接種の実施をしています。日々の業務では、ヒヤリハットや事故報告書を作成し、翌日の朝礼時に内容を共有し注意喚起を図っていますが、改善策の検討までは行えていません。

カテゴリ5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(○○●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
○あり ●なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(○○●●●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
○あり ●なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	○非該当
○あり ●なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当

サブカテゴリ-2(5-2)

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

6/7

評価項目1

職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

評点(○○●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	○非該当

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(○○○○)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-5の講評

採用面接を通じて事業所の方針に沿った人材を確保できるよう取り組んでいます

法人が職員に求める人材像は、全職員に配布される「県央福祉会職員ハンドブック」に明記されています。職員の採用は法人と事業所で役割が分かれており、常勤職員は法人が、非常勤職員は事業所が行っています。非常勤職員の採用面接時に「福祉の仕事を楽しめるか、利用者さんの送迎をできるか、プールや散歩等の活動に参加できるか」という点を所長は確認し、事業所の方針に沿った人材を採用するように留意しています。しかし、最近では募集に対する応募が少なく、所長は欠員が出た際の採用活動に課題を感じています。

人事制度を活用したやる気向上と、勤怠管理による就業状況改善に取り組んでいます

法人では今年度より新人事評価制度の運用を開始し、職員の育成と評価が連動した取り組みを行っています。人事制度の一環で「チャレンジシート」を職員との面談を通じて作成し、面談時に職員の業務に対する意向の確認を行っています。これら人事制度を通じて職員のやる気の向上に取り組んでいます。また、法人では職員のメンタルチェックを年2回実施し、就業状況の把握に取り組んでいます。事業所では就業状況を改善するために勤怠管理表や休憩管理表を作成し、勤務時間を厳格に管理することで過重労働の防止に力を入れています。

計画的な職員の育成に向けた取り組みが期待されます

事業所では各作業グループ毎のグループ会議を月に2回実施し、グループ内での困り事等について意見交換を行い、職員の学びの場としています。また、法人で実施している様々な研修に職員が参加し、職員の育成を図っています。しかし、個別職員の育成に関する計画はありません。職員との面談を通じて意向や課題を把握し、個別の育成計画を作成することで、職員の業務水準向上を図ると共に事業所全体の水準向上に向けた計画的な取り組みが期待されます。

7			カテゴリ7		
7			情報の保護・共有		
			サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		6/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(○○●)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		○非該当		
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		○非該当		
○あり ●なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当		
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(○○○○)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		○非該当		
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		○非該当		
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		○非該当		
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		○非該当		
カテゴリ7の講評					
<p>法人のクラウドシステムにより情報の機密性を確保しています 法人のクラウドシステムを活用して事業所では情報を管理しています。一般職員、管理者、事務職でアクセス権限をそれぞれ設定し、情報の機密性を確保しています。共有すべき情報は、事業所の共有フォルダや法人全体の共有フォルダに保存され、必要な人が必要な時に活用できる仕組みが整えられています。一方でファイルの整理が十分に行われておらず、新しいファイルと古いファイルが混在し、どのファイルが最新のファイルか分からない状態になっているため、今後の改善が必要であると所長は考えています。</p> <p>個人情報保護法の則り、様々な場面で配慮しています 個人情報の利用目的を重要事項説明書に記載し契約時に説明をすることで、利用者の周知に努めています。事業所で取り扱っている個人情報が記載された書類は、事務所内のキャビネットで施錠管理を行っています。また、実習生やボランティアを受け入れる際は、オリエンテーション時に個人情報保護に関する説明を行うと共に、同意書の提出を求めています。法人では個人情報保護法の趣旨を踏まえた個人情報保護規定が定められています。</p>					

カテゴリ8	
8	カテゴリ1～7に関する活動成果
サブカテゴリ1(8-1)	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>現場とのコミュニケーションを増やし、職員に福祉職員としての観念を伝えています</p> <p>所長は今年度より着任されました。現場との関係性を強化するために、職員とのコミュニケーションを積極的に図っています。所長ら職員へ福祉職員としての観念を積極的に伝え、事業所をリードしていくように取り組んでいます。</p>	
サブカテゴリ2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>研修報告会の実施により職員の知識向上に取り組んでいます</p> <p>今年度より、法人内外の研修に参加した職員による研修報告会を行っています。これまで研修に参加した職員がいても、他の職員へ研修内容の共有は行われていませんでした。研修内容の共有による職員全体の知識向上を目的として研修報告会を開始しました。この取り組みはまだ開始したばかりですが、今後職員へ浸透するよう継続した取り組みが期待されます。</p>	

サブカテゴリ3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリ7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

新所長の就任や担当職員の異動などにより、今年度は職員体制が落ち着きませんでした

今年度から所長が新たに就任したほか、担当職員の法人内の異動などがあり、利用者支援の面において大きな改善の取り組みには着手できませんでした。今後の取り組みに期待します。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

収入面・費用面のそれぞれで収益改善のための取り組みを行っています

収益改善のための取り組みが行われています。収入面では、実習生を積極的に受け入れたことで、前年度より利用者人数が3名増加し収入が増加しました。費用面では勤怠管理と人件費率の適正化に向け、職員の勤務状況改善に向けた取り組みを行っています。これらの取り組みにより前年度より収益が改善しています。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
 ・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

アンケート等を通じて意向把握に努めています

利用者意向は余暇活動についてはアンケートにより、日々のサービスについては個別面談により把握に努めています。また、相模原オンブズマンネットワークを利用し市民オンブズマンの定期訪問を依頼し、第三者へ利用者が相談することのできる環境も整えています。現状では利用者意向の把握に関して課題は認識しておらず、新たな取り組みは実施していません。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		
評点(○○○●)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当
○あり ●なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
外部への情報発信には現状、あまり力を入れていません 事業所の情報は、法人で作成している冊子と事業所のパンフレットを使って提供しています。現状、利用者定員数に対して大きく上回る登録者数となっていることや、利用希望等を受け付ける相談支援事業所を併設しているのですぐに事業所を見てもらうことができることなどから、外部への情報発信にはあまり力を入れていません。なおパンフレットには作業グループの紹介のほか、沿革、事業所方針、アクセス図が記載されていますが、利用者等の目線にたったものとはいえませんので、工夫が望まれます。		
相談支援事業所、養護学校へ情報提供し、見学へとつながっています 利用状況等の情報は、法人内外の相談支援事業所と近隣の養護学校へ提供しています。今年度は見学の問い合わせは市役所と相談支援事業所からあったほか、養護学校からの実習希望がありました。学校からの見学は親のみで来所することが多く、中には中学3年や高校1年の早い段階から情報収集する家族もいるとのこと。見学の対応は所長がしていますが、計画相談支援員を兼務していることで両立が難しくなっている点が課題といえます。		

サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー2の講評		
利用開始時に所長等が契約書、各種同意書を説明し、同意を得ています 利用するにあたっては実習を経てから、契約を結ぶようになっていきます。契約時には所長とサービス管理責任者が立ち会い、契約書、重要事項説明書のほか個人情報提供の同意書、必要に応じて医療行為等の同意書をそれぞれ説明し、記名・押印してもらっています。また、台風や災害時の緊急時対応マニュアルも説明し、万が一の際の対応について確認しています。利用者や家族の意向は、事前に渡す利用者プロフィールの書類に記入してもらおうよう願っています。		
家族との連携を密にし担当者を付けるなど、利用開始直後の不安軽減に努めています 利用開始前の利用者の情報は利用者プロフィールに記載してもらっています。それまでの生活の様子や成育歴、障がいの特性などを書くようになっていきます。ここで得た情報と実習時で確認した事項などを参考にして、事業所は受け入れの準備をします。本人が意思表示することが難しいことが多く、家族との連携を特に重視し、家庭での状況などを細かく聞くように努めています。また、担当職員を付けることで利用者が早く慣れるようにするほか、活動室で落ち着けるようパーテーションを使うなど配慮しています。		
退所にあたっての手続き書類の作成を検討しています 退所したケースは直近では1名のみで、理由は入院のためでした。その後はお見舞いをしているとのこと。今回のケースで発覚した事実として、退所にあたっての手続き等を行う書類が揃っていないことがありました。今後、必要書類等を揃えていこうと所長は検討しています。		

サブカテゴリ3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 9/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 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		評点(○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ3の講評

アセスメントシートを活用して半年に一度見直しています

利用者の生活状況等は利用者基礎帳票に記載し、支援計画作成の時に参考にしています。そして、所定のアセスメントシートに健康・医療関係、日常生活、仕事に関する内容を記載するようになっていました。その中の一つにエコマップという、利用者本人に関わる友達や趣味、医療機関などの周辺情報を図示する書式も含まれています。このアセスメントの見直しは半年に一度行っていますが、時期については利用者ごとに個別に定めています。利用者の課題に応じて、外部のアドバイザーからアドバイスをもらうなど、流れが確立されています。

利用者のニーズを把握する力を課題として所長は捉えています

支援計画を作成する上で利用者にはどのような課題やニーズがあるのか、職員は個々の状況に応じて把握しようと努めていますがまだ十分にはできていない様子が見えました。所長はこの点について、会議の進め方を見直すなどにより改善を図っていきたいと考えています。今後の成果に期待したいと思います。計画見直しの時期については、個別支援会議計画表を作成して年間単位で進行管理をしています。時期を個別に設定することで、同じ時期に集中しないよう工夫しています。

活動記録の書き方及び共有の方法は見直しが必要と思われます

利用者の日々の活動記録はクラウド上のソフトで入力し、保管するようになっています。月ごとに印刷し、個別ファイルに綴じて管理しています。記録内容に関しては、作業日記のようなものが多く支援計画を反映した活動記録とはなっていませんでしたので、改善が望まれます。また、日々の事業所の様子は業務日誌に記録していますが、本場と分場はそれぞれで入力しており、またファイリングもまとまっていない印象を受けました。月2回のグループ会議で共有する場を設けていますが、抜けもれなく共有できるよう見直しが必要と思われます。

サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	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、利用者の同意を得ようとしている	○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当
評価項目2 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		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○非該当
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー5の講評		
<p>プライバシー保護等に関して徹底しています</p> <p>個人情報の取り扱い等に関しては、契約時に同意書を利用者と家族に説明し、同意を得ています。法人としては個人情報保護規程を作成し、その方針を示しています。事業所内には鍵付きの個人ロッカーを設置し、個人の荷物を保管できるようになっています。普段の活動中、プライバシーに関するような相談や話をする場合には周囲に配慮し、場所を移して話を聞くようにしています。介助に関しては同性介助を基本とし、更衣室などを備えて外から見えないようになっています。</p> <p>研修や関連団体の集まりに参加するなどして、人権擁護の意識を高めています</p> <p>今年度に施行された障がい者差別解消法について職員の理解を深めるべく所長が全体研修で伝えたほか、職員倫理行動綱領を職員全員に配布して人権研修で確認するなど、利用者の人権擁護に関して力を入れて取り組んでいます。また、昨年に関わった相模原市の事件に関する集会に参加し、障がい者の権利を改めて確認し合うなどの取り組みもありました。事業所内ではセルフチェックなど事故の活動を振り返る機会がなかったため、今後の定期的な取り組みを期待します。</p>		

サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

7/11

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(●●●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
○あり ●なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	○非該当
○あり ●なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(○○●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当

サブカテゴリ6の講評

マニュアル等の整備により業務の標準化を図ることが望まれます

法人では共通のマニュアルとなる職員ハンドブックを作成しています。職員の心構えから支援に関する基本的な事項、マニュアルが記載されています。しかしながら活用はされておらず、その他の業務に関するマニュアルも整備されていない状況でした。業務に関しては、基本的にはOJTにより先輩職員から口頭と行動にて伝承されているようになってきています。それらを定期的に振り返る機会は特に設けられておらず、必要の都度、確認しているのが現状です。事業所としての標準化を図る上で、基本事項等の明確化及び見直し方法などを整備することが望まれます。

活動場所の見直しや作業方法の工夫などにより業務の見直しを進めています

日々の基本的な活動内容について、今年度はいくつか見直しを図りました。例えば、活動場所を内容と利用者の状況に応じて分けたこと、作業の内容が曖昧になっていたことから始めと終わりの状態を明確に利用者へ示すことなどを行いました。利用者の反応は上々で、見直しの成果が現れてきているようです。そのほか、法人の事例発表会などで他事業所の取り組みを参考に、業務の見直しをしていこうという意識が根付いてきています。継続した取り組みに期待します。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4																
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	22/22															
1	<p>評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当	●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当	●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当		
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当																
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当																
●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当																
●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当																
評価項目1の講評																		
<p>個々の状況に応じたプログラムを提供しています 本場・分場合わせて60名以上の利用者が登録しており、個々のニーズは様々です。障害支援区分や年齢も幅広くなっていますが、生産活動を中心にその他の活動を組み合わせて個々の状態に応じたプログラムの提供が行われています。登録者の中には入院等の理由により長期で欠席している人もいるため、全体での利用率はやや低くなってしまっています。事業所の運営上、1日でも通所できる人を増やすのではなく、利用率の低い利用者を1日でも多く来てもらえるようにプログラムを工夫したり、送迎を充実するようにしています。</p> <p>コミュニケーション方法を工夫し、室内環境も整備して楽しく過ごせるようにしています 自閉傾向の強い利用者が多く、コミュニケーションを図るのが難しいケースが少なくはないようです。そこで、コミュニケーションボードや文字カードを使用するなどの工夫をしながら、職員は利用者との関係作りをしています。また、利用者同士の相性を考慮して活動グループを組み、活動室の環境についてもそれぞれが作業に集中できるようパーテーションを使うなどして、一人ひとりが落ち着ける環境を整えています。それによって利用者同士のトラブルを避け、仲間同士で楽しく過ごせるようにしています。</p> <p>成年後見制度の周知など、自立へ向けた情報提供をしています 利用者の自立した生活へ向けて、一人ひとりが求める情報を必要に応じて提供しています。例えば、成年後見制度について専門のNPO法人があり、そこと協力して利用者や家族へ制度の周知を図っています。その他には、週末の活動などを補助してもらうガイドヘルパーの案内などを行っています。利用者が高齢化してきているため、今後はデイケアサービスなどの情報提供をしていきたいと考えていますが、現時点では十分にできておらず課題となっています。</p>																		

2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○ 非該当
評価項目2の講評		
<p>グループ活動と相談支援員との連携により、利用者が望む活動ができています</p> <p>利用者の日中活動は現在、4つのグループに分けて行っています。事業所の母体となっている団体が当初から取り組んでいた縫製グループを中心に、利用者の能力と希望に応じて分けています。また、利用にあたって相談支援事業所と連携していますが、同建物内に併設していることから情報共有が行いやすく、支援員と相談支援専門員が協力して利用者の意向をよく聞くようにしています。それにより利用者が望む活動に取り組みやすくなっています。</p> <p>意見箱やアンケート、オンブズマンなど様々な方法で利用者意向を把握しています</p> <p>活動について利用者からの希望を聞き取るために、「みんなの意見箱」を設けて自由に意見を伝えてもらうようにしているほか、旅行などの行事ではアンケートで行き先を決定しています。また、職員以外の人にも話せる機会を設けるよう月1回のペースでオンブズマンに来所してもらい、相談会を実施しています。このように利用者の意向を確認できる場が複数用意されていますが、コミュニケーション能力の問題もあり相談が特定の人からのものに偏ってしまっていることが課題となっており、すべての利用者の意向が反映できていない点が課題となっています。</p> <p>障がい特性に応じた環境づくりをしています</p> <p>活動場所は、利用者の障がい特性に応じて分かれています。自閉傾向が強い利用者にはパーテーションで周囲からの視線を遮ることで、作業に集中できるように工夫しています。製菓グループは衛生管理ができる利用者が活動しており、室内での服装には十分に配慮しています。室内を清潔に保つよう、床清掃を職員が毎日行い、利用者もできる人は一緒に掃除しています。食事は昼食を提供しています。1階の食堂で、所定の時間内で利用者ごとに時間割を作って順番に食べるようにしています。きざみが必要な時には、職員が対応しています。</p>		

3 評価項目3 利用者が健康を維持できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	○ 非該当
評価項目3の講評		
<p>職員と看護師、嘱託医等が連携して健康を見守っています</p> <p>看護師1名が常勤となっており、日頃から利用者の健康状態を確認できる体制となっています。月1回の体重測定では家族又はグループホームの世話人と連携し、全員を対象に健康診断を年1回実施しています。そのほかには、嘱託医と看護師が連携して生活習慣病の情報提供をしたり、運動プログラムを実施するなどの取り組みがあります。利用者がかかりつけ医に通院する際に、必要に応じて職員が同行することもあります。このように、職員と看護師、嘱託医等が連携して、利用者の健康を見守っています。</p> <p>運動プログラムやトレーニングサークル活動など健康づくりに取り組んでいます</p> <p>個別支援計画に「健康」をテーマにした項目があります。たとえば、プールに通年通って運動不足を解消したり、ソフトエアロと呼ばれるプログラムに取り組んでいる利用者がいます。また、市内の法人内事業所が合同で行うサークル活動の1つにトレーニングサークルがあります。月1回の頻度で、市内の体育館に集まってエアロバイクをこいで汗を流すなど、希望者が参加してします。このように支援計画に沿って活動が進められている一方で、加齢に伴う健康面での配慮や、体調不良等を言葉で伝えることができない利用者への対応が課題となっています。</p> <p>看護師が中心となって服薬管理をしています</p> <p>一部の利用者からは薬を預かっています。薬の説明書のコピーを薬と一緒に持参してもらい、看護師が管理しています。昼食時の与薬の際は、看護師を中心にチェック表を使って誤薬や飲み忘れがないように注意を払っています。なお、緊急時に備えて防災薬を3日分、事業所に保管しています。半年間で入れ替えて、万が一に備えています。</p>		

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている		○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている		○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている		○非該当
評価項目4の講評			
<p>家族会、個別支援計画面談などで家族と交流しています</p> <p>家族との交流を図る機会として、家族会を隔月で開催しています。参加率は約50%で、参加者の顔触れは同じ人になってしまっているのが現状のようです。内容は所長から事業所の活動報告や法人としての動きなどを伝えるほか、家族同士の意見交換や報告を行っています。このほかに、個別支援会議の面談で年2回話し合う場が設けられています。面談で利用者本人が意思表示をすることが難しい場合、家族の希望が強くなってしまふことがあり、その際の調整や協力体制の構築に関してはこれからの課題だと所長は捉えています。</p> <p>日々の送迎時や連絡帳を使って利用者の様子を家族に伝えています</p> <p>通所施設で送迎があるので、日々の送迎時に職員と家族が会話できる機会があります。少ない時間でも言葉を交わすことを意識して情報の共有を心がけ、さらに連絡帳を活用して利用者の様子を伝えています。不定期に発行するきらら新聞では、春には職員メンバーの紹介、秋には活動グループの様子やきらら祭りについて報告されていました。家族からの苦情・要望等に関しては、事業所のサーバーに情報を保管し、職員間で共有して再発防止に取り組んでいます。</p>			
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている		○非該当
評価項目5の講評			
<p>地域の情報を幅広く得て、活動の幅が広がっています</p> <p>当事業所は元々、複数の小規模作業所が集まってできた経緯があります。その影響から、地域の情報が幅広く入ってくるネットワークができています。他法人の事業所が開催するお祭りの情報を掲示で伝え、昔の仲間と会っている利用者もいます。また、法人が掲げている利用者の地域移行を積極的に進めており、3年間で約30名の利用者がグループホームでの生活へと移行した実績があります。そのほかでは、障がい者の当事者会が市内で開かれており、各部会に利用者が参加したりしています。</p> <p>日中活動プログラムや販売会など、多様な社会参加の機会があります</p> <p>日中活動の中で余暇活動や外出プログラムを通じて社会参加する機会があります。そのほかにも、福祉関係の販売会や福祉ショップの販売員など、多様な社会活動への参加をプログラムに取り入れています。一方で、きらら祭りを開催して自分たちから情報発信して地域の人たちとの交流する機会の方も作っています。</p>			

6 評価項目6		【生活介護】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		評点(〇〇〇〇)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている		○非該当	
●あり ○なし		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		○非該当	
●あり ○なし		3. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている		○非該当	
●あり ○なし		4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している		○非該当	
評価項目6の講評					
<p>3つの日中活動グループに分かれています</p> <p>日中活動は縫製グループ、製菓グループ、軽作業グループ2つの計4つの活動グループがあります。縫製グループでは「ART HOUSE」という独自のブランドを作って展開しており、数多くの作品を作っています。利用者調査で聞き取りの際に、楽しそうに作業に取り組んでいる姿を確認することができました。この縫製グループは現在は分室で活動しています。製菓グループでは、クッキーやケーキを作っており、衛生面の管理がしっかりとできる利用者が活動しています。軽作業グループでは、空き缶つぶしや教材セットなどの受注作業をしています。</p> <p>数多くの販売会に積極的に参加しています</p> <p>生産活動のほか、特に販売活動に積極的に取り組んでいます。市内で開催されるグリーンフェスタやぐるぐるつながりマーケットという販売会への参加のほか、市立建物内の売店等での販売、パラスポーツフェスタに出店、市内の同法人が運営する事業所のお祭りに出品など多数あります。利用者にとっての楽しみにもなっているようで、今後も継続した取り組みに期待したいところです。なお、工賃を支払っていますが、全体的に上げていきたいと所長は考えています。</p>					

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-2-2	職員のやる気向上に取り組んでいる
タイトル①	職員の就業状況改善を通じて、職員のモチベーション向上に取り組んでいます	
内容①	事業所では勤務管理票や休憩管理票を作成し、職員の就業状況の把握とともに環境の改善に取り組んでいます。勤務時間を把握することで、無駄な残業やサービス残業をしない風土が出来つつある、と所長は感じています。また定期的に職員と面談を実施し、勤務体制について等の話を聞くことで職員の状態把握にも努めています。これらの取り組みによって職員の働く環境を整え、職員のモチベーションの向上に取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-5	利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている
タイトル②	グループホームへ多くの利用者が入居するなど、地域に根付いた活動をしています	
内容②	法人の理念である地域移行をこれまで数多く実績を残してきました。法人内外を問わず、市内のグループホームができる情報が入ると利用者に提供し、この3年間で約30名の入居を実現しています。さらに、きらら祭りに留まらずに市内で行われる販売会や、スポーツイベントへの出品、駅前のお祭りで販売ブースを設けるなど、多くの販売の機会を通じて社会参加しています。販売だけでなく、余暇活動や外出プログラムなども企画し、利用者が地域に根付いて生活および活動できるように支援をしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-6	【生活介護】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
タイトル③	縫製グループでは独自ブランドを作り、多くの商品を販売しています	
内容③	生活介護事業所であるものの、利用者のほとんどが日中は生産活動に取り組んでいます。中でも縫製グループは当事業所が設立される前身の事業所時代から続いているものであり、「ART HOUSE」というブランドを確立しています。商品数も多く、利用者が自信をもって作業している姿がそこにはありました。作業に伴う工賃を支払っていますが、十分な金額とはいえないため、今後は工賃向上に向けた取り組みにも力を入れていきたいと所長は考えています。利用者のモチベーション向上にもつながると思われるので、実現へ向けた取り組みに期待します。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	相模原市障害者地域作業所等連絡協議会の運営するアンテナショップの運営委託を受けるなど、地域から事業所へ大きなニーズがあります
	内容	今年度より、相模原市障害者地域作業所等連絡協議会が運営する福祉のアンテナショップ「バオバブ」の運営委託を受けています。所長は同協議会の運営委員も務めており、深く関わっています。また、今年の9月に相模原市社会福祉協議会や民生委員主催の勉強会で、「発達障害について」という内容の講師を所長が務めるなど、事業所や所長の持つ専門性に対する地域からのニーズは非常に大きく、ニーズに応えるための取り組みを行っています。
2	タイトル	生産活動に対する意識が高く、利用者が満足している様子がうかがえました
	内容	事業所は元々、市内で活動していた複数の作業所が集まって現在に至った経緯があります。そのため、生活介護事業所ではありますが、生産活動を中心とした形態となっています。職員はもとより、利用者の生産活動に対する意識が高く、積極的に作業に取り組む利用者の姿が見学時に確認できました。生産したものは、市が運営する福祉ショップや販売会、お祭りなどで販売しており、利用者のモチベーション向上につながっています。利用者調査結果を見ても、活動に満足している様子がうかがえました。
3	タイトル	専門職や法人内外の事業所との連携など、多面的に利用者支援に取り組んでいます
	内容	事業所には相談支援事業所を併設しており、現在は所長が相談員を兼務しています。また、看護師が常駐しており、健康面における安心感が得られています。そのほか、市内には同法人が運営する事業所が複数あり、サークル活動などで協力する場面があります。このような法人内での専門職と各事業所との連携がよく図られており、利用者にとって活動の幅が広がっていくよい機会になっているといえます。市内で行われる販売会等では法人外の事業所とのかかわりもあり、ショップで他の利用者とは交流を持つ場もあります。多面的な活動による支援は評価できます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	計画的かつ継続的な職員の育成に対する取り組みが期待されます
	内容	現在事業所ではグループ会議や研修への参加を通じた職員の育成を行っています。しかし、職員の育成に関して計画的な取り組みが行われていません。所長は優秀な人材を採用したいと考えていますが、募集に対する応募が少ない現状に課題を抱えています。このような状況の中、職員を計画的に育成し優秀な人材を内部から確保するためにも、新人事評価制度による個別面談を通じて職員の意向や課題を把握し、個別の育成計画を作成するなど、計画的な取り組みが期待されます。
2	タイトル	事業計画策定にあたり、達成度合いを測る定量的な指標の導入が期待されます
	内容	法人で策定された中期事業計画を受けて、事業所では事業計画を策定します。計画の策定は職員会議時に職員から収集した意見を反映するなど現場の意見を取り入れています。事業計画の策定は生活介護というサービスの特性上、定量的な指標を定めることが難しく、現在は定性的な内容のみになっています。しかし、目標の達成度合いをより明確に測定し、その結果を翌年以降の計画に反映するためにも今後定量的な指標を取り入れることが期待されます。
3	タイトル	個別支援計画に沿った日々の活動と記録など、支援全般に関してその取り組みの振り返り及び見直しを期待します
	内容	利用者の活動に関する日々の記録と、その情報の共有に関しては全体的に課題が散見されました。記録方法は定まっていますが、内容は支援に対する反応等には触れられておらず作業内容を書き記した程度に留まっています。その背景には、職員が利用者一人ひとりの支援計画を十分に把握できていないのが原因と考えられます。また、職員間での利用者に関する情報共有の機会も十分とはいえず、記録の保管に関しては統一されていませんでした。支援計画を中心とする活動及び記録の改善に期待します。