

社会福祉法人 県央福祉会
御幸日中活動センター 御中

**【平成29年度】
第三者評価結果報告書**

<p>1</p>	<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) 所長はじめ各職員は、利用者さんが元気で明るく活動し、手芸品等の創作を行い、魅力ある活動を行えるよう、取り組みます。</p> <p>2) 健全な財務経営のための取り組みを検討し、実践します。</p> <p>① 地域の方たちに事業所をよく知っていただく事ができるよう、作品の販路を広げていきます。</p> <p>② 通所する日数を多くしていただけるよう、楽しく活動できる内容を増やします。</p> <p>3) 現状の事業の遂行状況を正しく把握できるよう、SWOT分析を行っていきます。</p>
<p>2</p>	<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>福祉・介護に従事する職員の社会的地位(ステイタス)の向上と自尊心(プライド)の持てる職員となるよう専門性を高めまます。職員1人ひとりが主体的に取り組める研修システムを構築します。</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>① 国家資格をはじめとする、多種多様な資格や修了書の取得を目指すよう、職員の意識の高さを保ちます。また、取得のためのサポートを法人と事業所で行っていきます。</p> <p>② 法人内外を問わず、専門的な研修に積極的に参加します。研修レポートを作成し、研修の確認とキャリアアップが図れるように研修会に参加します。事業所内で、他職員に研修の内容を周知し、事業所全体のスキルアップを図ります。</p> <p>③ 事業所内において、医療職や理学療法士や作業療法士などの専門性の高い外部講師をお招きするなどし、専門性を持った質の高い研修となるよう計画を立てます。</p>

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は18名となりました。有効回答人数は16名となりました。

調査方法

職員から利用者へアンケートの主旨を伝えてもらい、アンケート用紙を配布しました。施設で回収し、まとめて評価機関へ送ってもらいました。

利用者総数

18

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
18	0	18
16	0	16
88.9	0.0	88.9

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(%)

利用者調査全体のコメント

総合的な評価は、「大変満足」0人、「満足」7人(44%)、「どちらともいえない」6人(37%)、「不満」1人(6%)、「大変不満」2人(13%)、「無回答」0人でした。

自由意見は、「本人は施設へ行くのを楽しみにして生活のリズムが安定しています。」「現在医療ケアのある重度重複障害者の受け入れはどこの事業所も引き受けたがらない状況だからこそ、御幸日中活動センターの使命は大きいと期待しています。どうか利用者、保護者の心のオアシスとなるようお願いします。」「今回の調査が反映されることを願っています。」一方で、「様々な配慮があって欲しい。」「職員さんの連携が取れていない。」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	8	7	1	0
「はい」が50%、「どちらともいえない」が44%、「いいえ」が6.0%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は「こどもが困った時、助けてくれるかどうかは職員さんによります。」などがありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	8	5	0	3
「はい」が50%、「どちらともいえない」が31%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が19%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	9	6	1	0
「はい」が56%、「どちらともいえない」が38%、「いいえ」が6%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	8	7	0	1
「はい」が50%、「どちらともいえない」が44%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が6%となりました。 自由意見は「いろいろな活動があってとても楽しいです。」「職員と遊ぶのが楽しいです。」「暇な時があります。」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	10	3	1	2
「はい」が63%、「どちらともいえない」が19%、「いいえ」が6%、「無回答・非該当」が12%となりました。 自由意見は「作業をする机の上がたまに乱雑に見えます。」「支援員さんがクツを脱がずに、そのままトイレに入るところを見ました。」などがありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	8	5	2	1
「はい」が50%、「どちらともいえない」が32%、「いいえ」が12%、「無回答・非該当」が6%となりました。 自由意見は「新しい職員さんはまだ慣れていないようです。」などがありました。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	8	6	2	0
「はい」が50%、「どちらともいえない」が38%、「いいえ」が12%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は「暑い日の水分補給、体温調整等細かい気配りをして欲しいです。」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	4	7	2	3
「はい」が26%、「どちらともいえない」が44%、「いいえ」が12%、「無回答・非該当」が18%となりました。 自由意見は「未経験の支援員さんがいるので心配です。」「そういう場面をあまり目にしないので分かりません。」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	7	7	1	1
「はい」が43%、「どちらともいえない」が43%、「いいえ」が7%、「無回答・非該当」が7%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	9	5	1	1
「はい」が55%、「どちらともいえない」が31%、「いいえ」が7%、「無回答・非該当」が7%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	7	6	1	2
「はい」が44%、「どちらともいえない」が38%、「いいえ」が6%、「無回答・非該当」が12%となりました。 自由意見は「要望を伝えているが、ちゃんと聞いてくれているかは分かりません。」「本人自身が自分の気持ちや要望を正確に把握できていないところもあるので伝えられているか、伝わっているか分かりません。」などがありました。				
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	9	5	2	0
「はい」が56%、「どちらともいえない」が32%、「いいえ」が12%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は「しばらく内容が変わっていないので、説明も変わらないです。」などがありました。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	3	7	4	2
「はい」が20%、「どちらともいえない」が43%、「いいえ」が25%、「無回答・非該当」が12%となりました。 自由意見は「子供は口にマヒがあり、上手に自分の気持ちを伝えることができません。親もきちんと聞きとるのに苦労します。職員さんがどこまで聞きとってもらえているのか不安です。」「不満や要望は特にありません。」などがありました。				
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	4	7	3	2
「はい」が26%、「どちらともいえない」が44%、「いいえ」が18%、「無回答・非該当」が12%となりました。 自由意見は「話はして頂いたそうですが、内容を理解することは難しいです。」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 8/9
	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(〇〇〇〇)	
	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(〇〇)	
	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●)	
	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

カテゴリー1の講評

施設長自ら自分の言葉で、法人や事業所の考えを職員や利用者家族に伝えています

施設長自ら、日常のあらゆる場面を使って、法人や事業所が目指している事について、職員や利用者家族に、自分の言葉で繰り返し伝えています。職員に対しては、4月の就任時に資料を配付して、法人や事業所の考え方や、自身の考えを丁寧に説明しました。その他、日常のやりとりの中で、法人理念にある「共生社会(ソーシャルインクルージョン)」について、具体的な事例をあげて分かりやすく伝えています。利用者家族に対しては、事業所だよりでの発信や、家族会の場での説明の他、施設長自ら現場に入り利用者家族と接する中で、考えを伝えています。

「職員職務分担表」の早急な完成と、職員への周知徹底が望まれます

施設長就任時に、施設長の役割と責任について、施設長自ら職員に周知しました。施設長は、その役割と責任に基づいて、対外的な対応や、支援上の指揮・判断を行っています。一方で今年度、昨年度までなかった「職員職務分担表」を法人内の他事業所の書式を参考に作成しましたが、まだ正式なリリースには至ってはおらず、いまだ作成途上の段階にとどまっています。文書化することで、施設長を含めた管理職の役割や責任が、これまで以上により明確になりますので、早急な完成、及び周知徹底が望まれます。

重要な案件を検討し決定する手順について、明確に定まったものではありません

重要な案件を検討し決定する手順については、明確に定まったものはないのが実情です。現状では、施設長自ら発案することが多く、施設長の発案を職員会議や日常の打合せの中で職員同士検討し、最終的には施設長が決定する、という流れが多いようです。最近の事例としては、入浴サービスに季節湯を取り入れた決定や、10月の外出行事の際、これまでは閉めていた事業所を、家族の要望を受けて、外出行事中も開けておく事を決定した例等があげられます。これらの決定事項や決定経緯については、利用者にはお知らせ、家族には家族会や懇談会で伝えています。

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 6/7
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(〇〇●)		
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

カテゴリー2の講評

マニュアルファイルの配布、人権研修の実施等で、規範・倫理の徹底を行っています

守るべき法・規範・倫理については、事業所内に心得等を掲示している他、倫理行動綱領等のマニュアル類一式をファイルにして、一人ひとりの職員に名前を入れたもので配付しています。内容の説明や読み合せについては、4月の採用時研修で説明する他、法人内の横浜エリア合同の人権研修において、「支援について」や「記録の取り方」等、根本的なものについて、周知を行いました。また、それらと並行して、個別の面談等を通じて、施設長自ら指導や業務改善指示を行い、守るべき法・規範・倫理について周知徹底を図っています。

AED講習会の開催等、利用者に支障ない範囲で事業所の機能を地域に還元しています

事業所の機能や専門性の地域への還元としては、AEDの設置があげられます。事業所の中だけでなく、地域の方々にも利用して頂く事を想定しています。今年度は、事業所に併設されている「老人いこいの家」と共同で、AEDの講習会を実施しました。講習会には、職員、利用者だけでなく、利用者のご家族も招待し、広く情報提供を行いました。一方、今後、地域の方々にも広くAEDを活用して頂く事を考えるのであれば、このような講習会には地域住民の方へ参加を呼び掛ける等の活動も必要になろうかと思われれます。

自立支援協議会等のネットワークに参画し、地域の課題に協働して取り組んでいます

自立支援協議会のつながる委員会メンバーとして、事業者間のネットワーク作りに率先して取り組んでいます。今年度は当事業所を会場にして、サービス管理責任者交流研修を企画・実施しました。その他、幸区福祉避難所ネットワーク協議会や幸区二次避難所施設連絡会に参加し、災害時における要援護者に対する支援という地域共通の課題に対して、地域ネットワーク内で協働して取り組んでいます。一方、ボランティアの受け入れに関しては、基本姿勢等は明確にしておらず、今後の方針策定が期待されます。

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 6/8
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●●)		
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		
<p>第三者委員について周知していますが、今後はより利用しやすい工夫が期待されます</p> <p>第三者委員制度について案内を掲示し、利用者や家族へ周知を図っています。第三者委員には定期的に事業所を訪問してもらっており、来所当日には利用者に伝えています。今後は事前に告知をしておく等、より利用者が利用しやすいような配慮が期待されます。利用者の意向把握に関しては、今年度「みんなの声BOX」をリニューアルした事で、投書が増えました。具体的な要望としては、「寒くなったので温かいお茶を出して欲しい」との声があり、それを受けて現在は温かいお茶、冷たいお茶両方出しようにしています。</p> <p>行事等以外の日常の支援や生活の中での要望を把握するまでの取り組みが求められます</p> <p>10月の外出行事に関して、利用者アンケートを行い、利用者一人ひとりの希望を聞き取りました。具体的には、上野動物園とディズニーシーのどちらに行きたいかの希望をとり、希望の多かったディズニーシーに決定しました。ただし、行事等ではない日常の支援についてや生活の中での要望について、利用者の意向を吸い上げる仕組みがありません。1対1では要望を出しにくい利用者に配慮し、利用者同士で事業所に対する要望事項について話し合う場のサポートなど、多様な利用者意向の把握に向けた取り組みが期待されます。</p> <p>学校の先生との情報交換によって、地域の福祉ニーズの把握に努めています</p> <p>地域の福祉ニーズの収集に関しては、主に学校の先生との情報交換に力を入れており、来年度の利用希望者数等の情報を得ています。得られた情報については、職員会議で共有しています。また、川崎市の指定管理施設でもある当事業所において、川崎市の障害者施策の動向についても非常に重要な情報になります。ただし、現在、川崎市の方向性がはっきりしない面もあり、事業所としては事業所側の考えや要望を市に伝え、事業所の今後の方向性を定めようとして取り組んでいます。</p>		

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
		9/11
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(○○○)
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(○○○○)
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(○○●●)
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

4/4

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(〇〇〇〇)

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

法人として5年のマスタープランを策定し、事業所として事業計画書を策定しています

平成26年から31年まで5か年の法人マスタープランを策定しています。立派な表紙のついた冊子の形に製本されており、法人の想いの強さが見て取れます。内容についても、現況から始まり、ビジョンや戦略、年次計画等多岐に渡ります。一方、ほぼ全ての取り組み課題が計画期間である5年間通しての取り組みとなっており、年度毎の重点課題が見え難い点が気になります。単年度の計画に関しては、事業計画書を作成していますが、こちらは法人マスタープランとの関連性があまり見られません。中期計画と単年度の事業計画のリンクが今後の課題と言えます。

計画の策定にあたって現場の意向のより一層の反映が期待されます

1月に理事長から各事業所に示される重点課題をベースに、事業計画案を作成しています。作成にあたっては、経験のある職員に担当を割り振り、施設長がとりまとめています。職員面談等を通じて、現場の意向を吸い上げていますが、非常勤職員の意向がうまく吸い上げられない点が課題であると施設長は認識しています。計画への職員意向の反映については道半ばといった状況ですが、まずは全体像や方向性を職員に理解してもらってから現場意向の把握に努めていきたいと施設長は考えています。

事故報告書やヒヤリハット報告書を活用し事故原因分析と再発防止に取り組んでいます

事故報告書やヒヤリハット報告書を活用して、事故原因の分析と再発防止に取り組んでいます。特に事故報告書では、事故分類や起因行為といった項目について予め選択肢が用意されており、後で容易に集計し易くなるよう工夫されています。また、初期対応を記入する欄と再発防止に向けた取り組みを記載する欄が分かれており、これも初期の暫定処置を再発防止策と混同させない工夫と見て取れます。その他、一日の終わりには、必ずその日のヒヤリハットやインシデントについて職員全員で確認し、危機管理意識の高揚に努めています。

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 5/8
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

今年度リリースした「新人事評価制度」において、求める人材像が明示されています

元々あった人事考課制度を昨年度法人内でプロジェクトを組んで見直しを行い、今年度「新人事評価制度」としてリリースしました。理事長から職員に向けたメッセージや、評価項目についての考え方等、職員に求める人材像が明示されています。特に「チャレンジシート項目一覧」という様式には、階層別に求められる要素が整理されており、階層毎の求める職員像がより理解し易くなっています。また、そこから項目を選んで自身のチャレンジシートに目標として設定する仕組みとなっている為、職員個々が求める職員像に近づく事を促す仕組みとなっています。

面談で職員の意向を聞き取っていますが、それらを活かした育成計画は未整備です

8月に職員面談を実施し、次年度の意向や事業所への意見、キャリアビジョン等を聞き取っています。ただし、当該面談の記録は残されていません。面談結果をその後の育成に活かす為にも何らかの記録に残されることを期待します。また、面談結果を踏まえての個人別育成計画についても未整備の状態です。ただし、外部研修については職員に周知しており、研修を受講した職員は研修報告書を提出しています。研修が役に立ったかについて、施設長は個別の声掛けで確認するようにしていますが、研修報告書に項目を設ける等の仕組み化も今後の課題と言えます。

ストレスチェック制度を活用し、職員のストレス状態の把握・改善に努めています

ストレスチェックを実施し、高ストレス者に対しては面接を行う等、ストレスの把握・改善に努めています。具体的には、「良い事も悪い事も話し合う場が少ない」という現場の意見を受けて、職員間で情報を共有する機会を意識的に増やし、ストレスの低減に努めています。その他、施設長は日常の業務の中で、職員をほめる事を意識的に行っており、やりがいの創出に努めています。また、福利厚生に関しては、法人として福利厚生会を設置し、慶弔祝等、福利厚生の充実に努めています。

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		7/7
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(000)		
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(0000)		
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>重要な情報は、法人内のクラウド上で、適切に保護・管理されています</p> <p>事業所の情報は全て法人のクラウド上で厳密に管理されています。情報の重要性や機密性を踏まえ、クラウド上でアクセス権限を設定しています。クラウド上で全ての情報を整理・保管している為、職員はいつでも必要な時に必要な情報にアクセスする事が出来、業務効率化に繋がっています。また、職員間の情報共有も一段と容易になり、職員間で統一した支援の提供にも繋がっています。便利さの一方、情報保護に関するリスクも増大する事となりますが、それについては「情報システム管理規程」で厳格なルールを定め、安全な運用に配慮しています。</p> <p>個人情報保護規程を定めている他、個人情報の提供に関し利用者の同意を得ています</p> <p>個人情報保護規程を定め、利用目的や開示請求に対する対応方法を明示している他、「個人情報の提供について」という書面を用いて、全ての利用者から個人情報の提供に関する同意を得ています。また、個人情報の漏洩事故を防ぐ為に、「情報システム管理規程」とは別に「情報セキュリティポリシー」を策定し、情報セキュリティに関する厳格なルールを定めています。具体的な例としては、法人で登録されたUSBメモリ以外が使用禁止とする等、厳格な管理が徹底されています。</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 checked="" 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 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>今年度新たに就任した施設長より、事業所の課題や方向性が内外に明示されました</p> <p>今年度新たに就任した施設長が、事業所の課題について、職員と話し合いの機会を持ち、事業所の方向性を明確にしました。また、利用者家族や行政、地域の関係機関に対しても、事業所の方向性を伝え、信頼関係構築に向け、粘り強くコミュニケーションを取り続けた結果、職員や利用者家族からの評価も変わり始めています。行政とは相談を継続しており、今後の事業所の方向性を考えていく材料として活かしています。</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>人事考課制度の試行運用や面談、研修等、職員育成に力を注いで来ました</p> <p>今年度新たな人事評価制度を試行的に実施した他、目標設定と面談を実施し、職員個々の現状や将来に対する希望等を聞き取りました。また、「記録の取り方」「支援の考え方」等、基本的なことについて、施設長自ら説明する機会を設けました。日々の打合せの中でも、それぞれの職員が感じた課題等について共有し、互いに学び合う機会を多く持つようにしています。一方、今年度は離職者も多かった為、教育活動の成果が形となって表れるまでにはまだまだもう少し時間がかかりそうです。今後の取り組みに期待します。</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」	<input checked="" 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 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	
利用者の意向の把握に努めています	

今年度は施設長の交代や職員の入れ替わりがありましたが、職員間では利用者の意向把握に力を入れています。利用者からの意見を入れる「みんなの声ボックス」を新しく作り替えたことにより、利用者からの意見を入手しやすくなっています。その成果として利用者は温かいお茶がいつでも飲めるようになりました。月に1回の外出では、利用者の希望を聞き取って、外出先を決定しています。また、入浴のサービスでは施設長からの提案で、季節湯を提供しています。それぞれの季節に合った香りを楽しんでいます。このような取り組みはまだ始まったばかりですが、今後も利用者、家族の意向の把握に努めていきます。

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

利用者数の確保、利用日数の増加に向けて、職員と一丸になって取り組みました

利用者数の確保、利用日数の増加に向けて、職員と一丸となって取り組んで来ました。利用者確保に関しては、2名追加を目標に、病院と連携して中途障害の利用者の利用に繋げる活動を行いました。現在の利用者について、週1日以上の利用日数の増加にも取り組みましたが、現実には難しく、現在のところ、成果にはつながっていません。今後、行政と事業所の方向性について、意見が合致すれば、それに沿った利用者確保に向けて、さらに具体的に取り組みますので、今後の取り組みに期待がかかります。

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

みんなの声BOXのリニューアル等、利用者の意向把握に前向きに取り組んでいます

みんなの声BOXをリニューアルした事で、投書の数が増えました。外出イベントの行き先についてアンケートをとる等、利用者意向の把握については昨年度よりも改善しています。また、利用者の要望を踏まえ、今年度からイベントの開催数を大幅に増やしました。昨年度までは、イベントは毎月までは行っていませんでしたが、今年度よりイベントを毎月開催する事にし、新たにハロウィン等も実施し、利用者の満足度向上に繋がっています。

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 4/4
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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>		
	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		
<p>事業所の情報はホームページやパンフレットにより提供しています 事業所の所在地等の情報は法人が運営しているホームページに記載しています。また、年4回発行している機関紙「みゆき」で、事業所の活動状況を伝えています。この機関紙を特別支援学校等に配布することで、事業所のいろいろな活動を知ってもらえるように努めています。ただし、事業所としては現在の状況では十分に情報を発信しているとは言えないと考えています。今後はさらに広く情報の発信を行うことが望まれます。</p> <p>利用希望者等に対して掲示物や発行物はわかりやすく工夫されています 事業所内には利用者と職員が協力して作成した、季節ごとに行ったイベント等を紹介した掲示物が貼ってあります。事業所としては活動の様子を利用者、家族や利用希望者が見て、楽しめるように写真やイラストを取り入れて掲示しています。発行物では機関紙「みゆき」やパンフレットで、日々の活動の様子や利用者の作品等を紹介しています。利用者や利用希望者にとってわかりやすいように写真を多く取り入れる等工夫を凝らしています。</p> <p>利用希望者等に対しては希望者の状況に合わせて対応しています 見学時の対応は施設長が行っています。見学は特別支援学校等の状況により1日や半日の見学や実習となる等、学校ごとに異なりますが、どの状況に対しても見学者の状況を配慮して時間の調整等も行い、随時対応しています。利用希望者が事業所の選択にあたり自由に選択しにくいという川崎市独自の制度もあり、最近の3年間は新しい利用者がいない状況にあります。今後は利用希望者がより増えていくように日々検討を行っています。</p>		

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		
利用契約時には丁寧な説明を心がけ同意を得ています 利用契約時にはサービス利用における基本的なルールや重要事項の説明を行っています。事業所では利用者にもわかりやすいように、利用契約書にはルビがふってあります。利用契約書、重要事項説明書のわかりにくい文章に対しては、丁寧に説明をして、利用者や家族からの同意を得ています。また、同時に利用者や家族からの意向や事業所を利用する上で必要な健康に関すること、日常生活や社会生活における情報を聞き取ってフェイスシートに記入しています。		
利用開始時には安心して過ごせるように家族との連絡を密にしています 利用者の事業所での様子は日々の記録に入力しています。また、家族からの情報は連絡帳を通じて連絡を取り合っています。ただし利用開始時は利用者、家族とも不安になることが多く、職員は家族と密に連絡を取るようになっています。利用者は利用開始時において、事業所での活動が学校と違いがあるために戸惑いも見受けられます。事前入手している生活歴などの情報を職員が共有し、生活歴に合わせたスケジュールで利用者が活動できるように支援しています。今後は今まで以上に家族との連絡を密にできるように心がけていこうと考えています。		
利用終了時には支援の引継ぎ等を行っています 利用終了時の利用者の状況や終了する事情は利用者それぞれに異なっていますが、事業所としては更生相談所等や特別支援学校などと連携を図り、継続して支援ができるように、次の事業所等に引継ぎを行っています。当事業所は利用者に関する生活歴や支援歴の情報を他の事業所間とお互いに共有し、支援が途切れることなく行えるように心がけています。利用者に対しては送別会を行ったり、それまで一緒に活動してきたことに対して感謝を伝えるようになっています。		

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

3/10

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(○●●)

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(○●●)

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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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

個別支援計画を作成するにあたり利用者や家族から同意を得ています
 利用開始時に得ている特別支援学校や厚生相談所からの情報からアセスメントを作成しています。このアセスメントには利用者の身体状況や服薬状況など詳しく書かれており、支援計画作成に活用しています。また、職員は利用者、家族との面談により今後の活動に対する意向を確認し、個別支援計画を作成しています。作成された個別支援計画については利用者、家族の同意を得ています。事業所では現在使用している個別支援計画の書式の見直しを検討しており、今後はより詳しい支援計画を作成するよう努めていこうとしています。

個別支援計画に対する職員同士の情報共有に力を入れています
 事業所では今年度採用された職員が多数占めているため、職員間の利用者に対する情報の共有には力を入れています。職員からの意見にもありますが、情報共有に対する職員の意識も高まってきています。しかしながら、職員が利用者の個別支援計画を把握し、支援方法を周知している点ではまだ、十分に達成されているとは言えない状況です。事業所として利用者の意向が反映された個別支援計画の作成、見直しを検討しているところでもあるので、今後の成果を期待します。

個別支援計画の緊急な変更には随時対応しています
 個別支援計画は年に2回見直しを行っています。利用者の状況に応じて緊急に見直しが必要になった場合は、外部機関と連携して個別支援計画の変更を行っています。変更にあたっては、利用者の状況に対して更生相談所による判定と指示を書面にして提出しています。それにより、「更生相談所指示書」を根拠にして変更を行っています。事業所は日々の記録を活用し、利用者の体調面等を注視して支援を行うことで、変化に対応できる体制を整えています。

サブカテゴリ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5の講評

相談支援機関やグループホームなどへの情報提供について予め同意を得ています

利用者の個人情報や外部とやり取りするケースがあります。相談支援機関や更生相談所、グループホームなど利用者が当事業所以外に利用しているところが該当します。例えば、利用者の心身状態が不安定な時には、グループホームの世話人に生活の様子を確認することがあります。事業所での様子も伝えることで、双方で不安定な原因を探り、対応方法を決定することがあります。このようなケースに備え、予め利用者及び家族に同意を得るようにしています。

プライバシー保護を最重要ポイントとして所長は周知徹底を図っています

利用者のプライバシーに配慮する支援の1つとして、利用者にロッカーを提供して各自で私物を管理するようにしています。鍵も渡していますが、利用者によっては職員に任せている人もいます。施設長は職員に、事業所内で利用者のプライバシーに関する話は周囲に人がいるときは話さないよう指導し、また勤務外においても利用者の名前を出さないなどの基本的なことを伝えています。このプライバシーの保護を最重要ポイントの1つとして施設長は周知徹底を図っています。なお、介助は同性の対応を原則としています。

所長は職員に対して倫理観の醸成に取り組んでいます

職員の言動が利用者の気持ちを傷つけないよう、職員に倫理研修等を行っています。入職前の研修で倫理行動マニュアル説明するほか、DVDによる研修、修行規則等をまとめたファイルを渡すなどの取り組みが確認できました。日常の支援は職員単独にならないよう複数でかかわるようにしています。それによりお互いに抑止効果が働き、あわせて施設長が手本を示すことで職員の意識を高めています。利用者の生活習慣に配慮した支援としては、無理には活動部屋に入らない、集団活動ではなく個別活動をするなど、その人に応じた対応をしています。

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

5/11

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(○○○○●)

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

既存のマニュアルは活用されていないため、見直しと活用が望まれます

マニュアルは法人として職員ハンドブックが作られているほか、事業所として入浴、販売会、清掃・消毒、レク代金取り扱いなどが作成されています。しかし、実際に活用はされておらず、見直しもしていないのが現状です。今年度から施設長が代わり、新たな取り組みが行われていますので、それに合わせて見直し等に取り組むことが望まれます。

職員間の情報共有など改善の取り組みが進められています

今年度に入り、いくつかの業務が見直されています。例えば、翌日の予定を前日の帰りの打ち合わせで確認することでスムーズに1日の活動を進められるようにしたり、会議録などの書類を回覧して職員間での共有化を図るなど、職員間のコミュニケーションを活発にするようにしました。以前は職員間の情報共有ができていなかったという課題からの改善でした。また改善の取り組みにおいて、職員からの意見でイベントを企画したり、利用者からの声を聞きやすくするようみんなの声ボックスを新しくするなどし、現場の意向を反映するようにも配慮しています。

看護師、外部アドバイザーによる専門的知識を学ぶ機会を職員に提供しています

支援に関して専門的なスキル等を学べる機会として、看護師によるレクチャーや外部のアドバイザーを導入しています。看護師からは医療面や感染症対策等に関することを教えてもらい、外部のアドバイザーには定期的に来所してもらい利用者の様子や支援活動をみてアドバイスをもらっています。利用者の安全に関しては、ヒヤリハットを毎日の帰りの打ち合わせで報告し合い、書面を提出してもらっています。今年度取り組んだ事例の一つとして、鍵の開閉について利用者の危険を回避するために見直した事例を確認できました。

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	20 / 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(○○○●)</p>		
	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>個別支援計画の支援方法を具体的に変わっていく必要があります 利用者の個性が高いため、支援方法は利用者の特性を考慮して行われています。しかしながら、個別支援計画の内容が抽象的なため、職員の間では個別支援計画に沿って何をどのように支援していけば良いか把握されにくくなっています。実際に支援を行う際には、個別支援計画と結びつけにくい状況にあります。事業所としては、現在個別支援計画の書式や内容を見直し、今後は個別支援計画をより具体的な内容にして、職員が支援しやすくなるように検討しています。</p> <p>利用者の特性によりコミュニケーションの取り方を工夫しています 事業所には自閉症の方から重症心身障がい者まで幅広く利用者が生活しています。そのため、職員はそれぞれの特性に応じたコミュニケーションをとっています。言語でのコミュニケーションが苦手な方には文字盤を使用したり、1日の行動予定を表示することでコミュニケーションを図れるなど、工夫を凝らしています。また、声の大きさや身体への接触の方法を配慮することで、職員との関わりがスムーズに行われるように努めています。</p> <p>利用者と周囲との関係づくりを支援しています 利用者が自立した生活を送るために必要としている情報を、事業所では提供できるようにしています。自立した生活に向けては、利用者、家族との面談を実施し、面談を通じて必要と思われた場合は身体のリハビリテーションやグループホームに関する情報などを提供しています。そのために、日頃より就労支援センターや厚生相談所との連携を図るようにしています。また、社会経験を増やしていく目的のため、外出や地域との交流にも力を入れています。</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>利用者の個性を大切に多様な活動を提供しています 利用者の心身の状況により個別の対応が多いことを考慮し、多様な活動を提供しています。個別活動としては、組みひも、紙すき等を行っています。組みひもや紙すきからはストラップやしおりやはがきを製作し、地域のイベント等で販売も行っています。また、重症心身障がい者等の人には「感覚プログラム」としてフットバス、ポールプール、ハンモック等を提供しています。希望者には安心して入浴を楽しんでもらえるように、職員が介助して機械浴による入浴サービスを提供しています。</p> <p>利用者が安心して生活できるように環境に配慮しています 事業所は重症心身障がい者の人も利用されていることも考慮し、衛生面には特に配慮しています。毎日の清掃は清掃分担表を作成し、担当者、清掃箇所を決めて取り組んでいます。また、清掃だけでなく、感染症予防の観点から手すりやトイレ等は消毒を行っています。入浴を提供しているため、入浴後の清掃、消毒、洗濯に関しては清潔性を重視しています。冬場の感染症予防としては、加湿と空気清浄等の対策をしています。</p> <p>食事が楽しい時間となるように工夫しています 昼食は外部業者へ委託し、食堂で時間を決めて2交代で取るようにしています。食事内容は毎月、職員が委託業者とメニュー会議を行い決定しています。利用者の特性を考慮して普通食の他に刻み食、ペースト食も提供しています。また、特徴として毎月季節メニューを取り入れています。クリスマスやお花見等といったイベントに合わせた食事も提供しており、利用者にとっての楽しみになっています。胃ろうが必要な利用者に対しては看護師が対応しています。</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>来所時は常駐している看護師が健康チェックを行っています 毎日看護師は来所時、利用者のバイタルチェックを行っています。バイタルチェックに関しては、利用者の特性を考慮して当事業所の「バイタルチェック一覧表」によってチェックしています。事業所では看護師が常駐しているため、常に利用者の心身の状況を把握しています。利用者の自宅での健康状態や服薬状況に関しては、職員は送迎時に家族からの情報や連絡帳を確認して、看護師に伝えています。職員同士では職員連絡ノートや引継ぎノートを通じて利用者の状況を共有しています。</p> <p>看護師は利用者の状況把握に努めています 家族からの通院や服薬の調整等の報告は連絡帳を通じて看護師が対応しています。特に服薬状況の回数や種類の変化に対しては処方箋を提出してもらっています。緊急時の対応として、災害時に持ち出す服薬の預かりも行っていきます。また、利用者の中には、バランスの良い食事の摂取方法での相談もあり、事業所では看護師が家族と連絡と取り対応しています。看護師は利用者の家族からの健康状態に関する相談には連絡帳に記入し応えています。</p> <p>定期的な健康相談会を行っています 事業所では利用者の特性を考慮して健康維持のため、外出活動やトランスフィットネスという体操等を提供しています。また、月に1回は体重測定を行ったり、嘱託医による健康診断も行われています。その結果は常駐している看護師が記録し、把握しています。その他に、法人のクリニックが3か月に1回来所し、利用者に対する家族の相談会を行っています。事業所では、家族と医療機関が連携することで利用者への支援に活かしています。</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>送迎時の会話や連絡帳を通じ利用者の様子を知らせています</p> <p>毎日の送迎時に家族と顔を合わせています。日々の様子は連絡帳を通じて連絡を取り合っています。また、必要に応じて電話で連絡を取る場合もあります。日々の生活の中で、利用者の特性によりコミュニケーションが取りにくい人もいます。それ故に利用者とのコミュニケーションを図る手段のひとつとして、家庭での利用者の様子を家族から聞くようにしています。利用者が好きなテレビ番組等を家族から聞き、活動中の会話に取り入れてコミュニケーションを図っています。</p> <p>利用者支援に向け家族と連携しています</p> <p>半年ごとに行われている個別支援計画の見直し時には利用者への意向の確認を行っています。その際には利用者、家族と面接を行い同意を得ています。職員は利用者、家族との横の連携を大切に考えており、自立に向けたアドバイス等も行っています。また、2～3か月に1回家族会を開催しています。事業所からは事業所の運営や日々の活動報告をしています。ただし、家族会に参加される人はほぼ決まっています。家族会からは課題や意見が出され、利用者支援に向けた話し合いを持っています。</p> <p>利用者に関する情報を職員間で確実に共有できる取り組みに期待します</p> <p>現在、送迎時に家族との会話から得た情報は事業所に持ち帰り、朝礼で口頭で職員に伝えています。朝礼は8:30と9:30の2回行われています。参加した職員は各作業室に持ち帰り、職員連絡ノートに記入しています。しかし情報を共有する機会は設けられていますが、情報共有が周知徹底されているかという点はまだ十分ではないようです。たとえば、職員が連絡ノートを確認したかどうかチェックする仕組みはありませんでした。情報の共有には職員調査の意見からも改善の取り組みを望む声が出ており、今後の検討に期待します。</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>事業所としては利用者が地域参加できるように動き出しています</p> <p>地域のお祭り等のイベントには利用者が参加できるように支援しています。年に1回は地域の方々も参加できるように、事業所内で地域交流イベントを開催しています。ただし、事業所としては、利用者がどの程度社会参加を行うことで十分と言えるのか、現時点では検討しているところです。今後の事業所の方針としては、利用者の社会参加の目的を「社会に役立つこと」とし、その上で利用者が地域とのつながりを持つことを大切に考えています。来年度は町内会長と相談を行い、地域で利用者とともに古本の回収に取り組んでいく予定です。</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(○○○●)

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

個別性を重視した創作活動や生産活動を行っています

事業所には多様な特性の利用者がおり、一人ひとりの意向に応じて、創作活動と生産活動を提供しています。事業者内では2つのグループに分かれて活動しています。1つのグループでは絵を描く事や組みひもを編むことなどの創作を行ったり、もう一つのグループでは感覚プログラムを取り入れたり、それぞれのグループごとで活動を行っています。全体活動としては、今年度より講師を招いてトランスフィットネスやフラワーアレンジメントに取り組み、活動の幅を広げていくように努めています。

生活面の支援では主体性を大切にしています

生活面においては、利用者の主体性を大切に考えて支援を行っています。職員は支援を行う上で、利用者の生活面における可能性を大事にしています。利用者の行動に対しては、職員は一瞬待つことで利用者が表出してくれる表情や言語を読み取るように心がけています。このようにすることで、利用者の主体的活動を支援し、入浴や排せつ等におけるリハビリテーションに活かしています。また、月に1回の外出に関しても、利用者からの意見を取り入れて活動しています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	1-1-1	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
タイトル①	理念・方針、価値観等を事業所の内外に向けて様々な手法で積極的に発信しています	
内容①	法人パンフレットや職員ハンドブック、法人マスタープラン等、法人内外に理念や方針、価値観を発信するツールが充実しています。事業所の中では、全職員が毎日目にするように、タイムカードが設置されている場所に理念等をパウチをして掲示しています。理念や方針について、職員の理解が深まるよう、年度初めや職員会議、日々の打合せの中で、施設長が様々なエピソードを交えながら説明しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	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
タイトル②	利用者の状況の応じた活動を提供しています	
内容②	事業所には多様な特性を持った利用者が多い状況にあります。そのため、それぞれ利用者の特性に合わせた活動を提供しています。個別活動では、利用者が絵画や組みひもの作成などを通じて創造性、集中力や持続性を高め、いくことができるように支援しています。また、重症心身障がい者に対しては、身体の感覚を通して変化を感じてもらうためフットバスやハンモック揺らし等を提供しています。その際、利用者からの意見を取り入れることを大切に考えています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-2	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
タイトル③	職員間の情報共有など、業務全般の見直しと改善に取り組んでいます	
内容③	今年度より所長が代わり、これまでの業務の進め方等について見直しと改善が進められています。たとえば、職員間の情報共有に関して以前は課題がありました。利用者の送迎があるため職員が一堂に会する機会がありませんでしたが、帰りの会を毎日開いて翌日の予定を確認する、ヒヤリハットを報告してもらい、特徴ある行動のあった利用者について報告してもらいなどに取り組みました。その他、利用者のケース記録の取り方や支援の考え方についてなど、所長自ら会議等の場を通じて伝えるなど、事業所としての標準化へ向けて取り組んでいます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	法人の理念や方針の元、施設長のリーダーシップが発揮されています
	内容	マスタープランや職員ハンドブック等で、法人の理念や方針、行動指針等が明確にされ、職員に周知徹底されています。事業所としては、今年度、新たに就任した施設長が方針を明確にし、職員や利用者家族との対話や外部との連携においてリーダーシップを発揮しています。利用者家族との関係も改善に向かい、今後益々の施設長のリーダーシップの発揮に期待がかかります。
2	タイトル	複数の看護師を配置して、医療と福祉の両面からの支援の充実を図っています
	内容	事業所には看護師が常駐しており、医療的ケアが必要な利用者には医師の指示のもと、看護師による対応が行われています。看護師は毎日の利用者のバイタルチェックから昼食時の胃ろうの処置等も行っています。また、月に1回は利用者家族からの相談に対応することで、家族との連携を図っています。看護師は2名おり、「医療会議録」に記録することで、お互いに利用者や家族に関する情報を共有しています。事業所はこの記録を職員も確認することで、医療と福祉の連携を図っています。
3	タイトル	作業室や食堂、入浴設備などを備え、利用者が安心して活動できる室内環境となっています
	内容	建物内には複数の作業室と食堂、事務室とあるほか、入浴施設も備えており、利用者にとって余裕あるスペースが確保されています。入浴施設は設立後に附属設備が追加されるなど、より使いやすくなりました。日中の活動は利用者特性に応じてグループ分けされ、身体的な介助が必要な利用者には畳のスペースも用意されています。車いすで移動するためのスロープも確保されていました。利用者が安心して活動できる環境になっているといえます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	法人としての5か年の中期計画から事業所としての単年度の事業計画への繋がりが不明確です
	内容	法人としての5か年の中期計画と、事業所として単年度の事業計画が策定されていますが、両者のつながりが不明確です。法人の5か年計画が単年度の計画に分解され、法人の単年度計画が各事業所の事業計画に分解される、といった構成が望ましいと言えます。また、中期計画そのものについても、ほぼ全ての取り組み課題が5か年通して実施となっており、年度の取り組みを積み上げて中長期の目標を達成していく視点に乏しいと言えます。一方で事業所単体で考えるのであれば、事業所としての中期計画を策定し、そこから事業計画に展開していく事も可能です。
2	タイトル	面談結果を踏まえた職員個々の育成計画の策定が望まれます
	内容	今年度、新たに人事考課制度を試行運用し、個別の面談等も実施しました。ただし、面談の記録がなく、また、面談等で把握した職員個々の意向を踏まえた個別の育成計画がない点が、今後の課題としてあげられます。まずは面談の記録を残すことや、面談時に聞き取る内容を整理し、面談内容を記録するシートの様式に落とし込む事等が早急に取り組むべき課題と言えます。その上で、職員個々の意向を踏まえた育成計画の策定が望まれます。
3	タイトル	書類等の整備を充実させることで、職員の情報共有に力を入れています
	内容	利用者の個別支援計画の内容は不十分なため、職員が個別に支援を行う際に支援方法がわかりにくい状況にあります。事業所としては、個別支援計画の書式を見直し、より具体的な支援内容に変更していくことが必要であると考えています。また、情報共有に関しては、現状では新しい職員が多いことや職員間の情報共有の時間が少ないこともあり、まだ不十分になっています。今後は会議録の作成を始め、職員連絡ノートの活用も含めて見直ししていく必要があります。