


社会福祉法人 県央福社会
ふじさわ爽風舎 御中

【平成29年度】 第三者評価結果報告書

かながわ福祉サービス評価認証機関 第28号

 日本コンサルティング 株式会社

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) 障がい児者、高齢者のノーマライゼーションの実現からソーシャルインクルージョン（共生）を目指します 2) 社会・福祉・介護ニーズに応えるべく先駆的で開拓的な事業を展開します。 3) 利用者さん・ご家族を大切にな「お客様」と受け止めより質の高い支援に努めます。 4) 人間尊重主義（人間として当たり前のことをすること、自分も他の人にしてもらいたいと思うことを、他の人にもすること） 5) 笑顔を大切にした職場づくり</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>理念方針でも記述したように、利用者さん。ご家族はもちろんのこと職員間も人間尊重主義と礼儀正しくいること。思いやりを持つこと等。</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>利用者さんご家族の立場に立ち、利用者主体の支援ができるよう様々な勉強をしてほしい。 職員間はチームワークをよくし支援にあたってほしい。</p>

調査対象

利用者数40名全員を対象に行いました。

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部屋を用意してもらい、1対1で行い匿名性を確保しました。

利用者総数

40

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
0	40	40
0	20	20
0.0	50.0	50.0

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」3人(15.0%)、「満足」7人(35.0%)、「どちらともいえない」7人(35.0%)、「不満」0人、「大変不満」1人(5.0%)、「無回答」2人(10%)でした。

自由意見は、「わりばし入れや、餃子作りなど作業が楽しい。」「箸の数をやりたいけど機会がない。」「土日で休みの時は家の手伝いをしている。給料を上げてほしい。実習に行きたい。」などの意見がみられました。

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	14	0	4	2
「はい」が70.0%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が20.0%、「無回答・非該当」が10.0%となりました。 自由意見は「作業は好きでやっている。」「頼んだ時は助けてくれる。心配してくれた。」「東日本大震災の時に助けてくれた。」などがありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	13	1	4	2
「はい」が65.0%、「どちらともいえない」が5.0%、「いいえ」が20.0%、「無回答・非該当」が10.0%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	13	2	4	1
「はい」が65.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が20.0%、「無回答・非該当」が5.0%となりました。 自由意見は「テレビや野球の話をしています。」「楽しいことも嫌なことも言われることがある。」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	14	2	4	0
「はい」が70.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が20.0%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は「今回旅行は行かない。お手洗いが心配なので旅行に行くのが不安。」「ディズニーランドに行った。公園にドライブに行った。」「河口湖に行った(お泊り)。」「仕事や、休憩時間に話しているのが楽しい。」「以前やっていた仕事をまたしたい。」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	12	2	3	3
「はい」が60.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が15.0%、「無回答・非該当」が15.0%となりました。 自由意見は「みんなで掃除している。」「自分で帰る時に掃除している。」などがありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	13	3	3	1
「はい」が65.0%、「どちらともいえない」が15.0%、「いいえ」が15.0%、「無回答・非該当」が5.0%となりました。 自由意見は「普通だと思う。」「言葉遣いがよくない。友達感覚で話してくる。グループホームでも同じです。」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	12	3	4	1
「はい」が60.0%、「どちらともいえない」が15.0%、「いいえ」が20.0%、「無回答・非該当」が5.0%となりました。 自由意見は「薬を飲ませてくれた。」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	14	1	3	2
「はい」が70.0%、「どちらともいえない」が5.0%、「いいえ」が15.0%、「無回答・非該当」が10.0%となりました。 自由意見は「他の利用者が人の悪口を言っている時に相談している。」「自分で対応するように言われる。」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	11	3	4	2
「はい」が55.0%、「どちらともいえない」が15.0%、「いいえ」が20.0%、「無回答・非該当」が10.0%となりました。 自由意見はありませんでした。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	9	5	3	3
「はい」が45.0%、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が15.0%、「無回答・非該当」が15.0%となりました。 自由意見はありませんでした。				
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	5	4	4
「はい」が35.0%、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が20.0%、「無回答・非該当」が20.0%となりました。 自由意見は「お母さんの話ばかり聞いていた。」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	7	6	3	4
「はい」が35.0%、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」が15.0%、「無回答・非該当」が20.0%となりました。 自由意見はありませんでした。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	6	3	3
「はい」が40.0%、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」が15.0%、「無回答・非該当」が15.0%となりました。 自由意見は「ポスターは見たことがあるが、説明は聞いていない。」「わからない。」「1度話したことがある。」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	6	4	7	3
「はい」が30.0%、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が35.0%、「無回答・非該当」が15.0%となりました。 自由意見はありませんでした。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 9/9
	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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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

カテゴリー1の講評

運営法人の理念・基本方針が明示され、その浸透に努めています

運営法人の理念、使命(ミッション)、職員行動指針それに基本方針は、事業所内に掲示され、職員全員に配布されている「県央福祉会職員ハンドブック」に明示されています。この内容については、入職時研修や全体研修、エリア内研修で法人理事長が自ら説明する機会を持つなどしてその浸透に努めています。事業所においても、他の福祉関係の施設で虐待事件などが報道された時などの機会をとらえて、所長自らが理念や基本方針に触れ、その内容を職員が思い返す様な働きかけを行っています。

所長は事業所の運営を各局面でリードしています

所長は、法人のエリアマネージャー業務、グループホーム2カ所の責任者を兼務しており、それらの関係事業所を巡回するなど多忙な毎日です。そのような中、職員が参加する定例の職員会議(月1回第三金曜日開催)、作業室会議(月1回第一金曜日開催)、朝礼にも極力参加し、法人で行われる施設長会議の報告や通達事項の説明を行っています。年度事業計画の作成や人事考課や目標管理等の人事面談など重要な各局面で、所長としての役割と責任に基づいて行動しています。

職員や利用者・家族に必要な情報が適宜伝達されています

法人全体の重要案件は、施設長会議で報告され、その内容は朝礼や職員会議、作業室会議で職員に伝達されています。急ぎの用件は常勤職員にはメール、または回覧という方法で全職員に周知されています。利用者や家族に関係する伝達すべき情報は、日々の連絡帳やその都度「お知らせ」という文書で通知されています。重要案件は、職員会議で討議、決定され、その内容が法人エリアマネージャーが主宰するエリア会議にて報告されます。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々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	<input type="radio"/> 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(●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(○○)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-2の講評

人権擁護の考えを徹底する為、「人権ツール」を使った取り組みを行っています
福祉サービスに従事する者が守るべき法・規範・倫理は、全職員に配布される「職員ハンドブック」に明示され、研修などの場面でも徹底されています。並行して運営法人では、人権擁護、虐待防止の観点から「人権ツール」を使った取り組みを各事業所で実施するよう指示しています。事業所においても年2回、このツールを使った取り組みを全職員対象に実施し、「グレーゾーン(不適切なケア)」や「不当な差別的扱い」「合理的配慮」に気づき、自分たちの意識を変えるための活動を計画的に行っています。

第三者評価の受審、機関誌の発行など開かれた事業所に向けた活動が始まっています
今回初めて、神奈川県で第三者評価の受審が行われ、今後その結果の公表がされ、より開かれた組織になる取り組みのひとつが始まっています。また、この9月には「爽風だより」という機関誌を発行する運びとなりました。開所してから10年、遅ればせながらの機関誌第1号が発行され、今後、2か月に一度のペースで家族をはじめ関係者に配付される予定です。第1号では所長の挨拶の他、新しい利用者の紹介、各作業室の近況報告、職員の紹介等が掲載されています。今後地域に向けての重要な発信基地としての活躍が期待されます。

藤沢市の法人連絡協議会に加盟し、他の法人と連携した活動を行っています
藤沢市には知的障がい者の事業所が20カ所前後あり、その運営法人が8法人あります。8法人は法人協議会を組織し、その幹事メンバーが集まり、協議会で障害者支援の在り方の提言、市への要望、職員の研修や第三者委員の選定など共同で取り組んでいます。また、藤沢市の養護学校で卒業生の進路指導をするにあたり、法人連絡協議会加盟の障害者施設を訪問したりする活動を協働で行っています。

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 7/8
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ3の講評		
苦情解決制度のポスターが掲示され、意見箱も設置されています 事業所の分かりやすい場所に、苦情解決制度のポスターが掲示されており、施設内の苦情受付担当や解決責任者だけでなく、施設外で相談できる外部の第三者委員の方も顔写真入りで載っています。近くに「みんなの声」という意見箱も置かれていますが、投書はほとんどなく、何か要望がある時には担当職員に直接言うように普段から伝え、実際に要望は担当職員が聞いています。希望や要望は利用者同士の人間関係に関わる点が多いとのこと。		
利用者・家族の意向は個人面談の場で直接把握しています 当事業所では、定期的なアンケートは実施していませんが、年2回家族を交え支援計画の見直し・作成の際に面談を実施し、一人ひとりの意向を聞いています。最近の利用者・家族の主たる要望は、作業以外での活動、例えば外出する機会を増やしてほしい、体を動かし肥満にならないような工夫をしてほしい、プールや散歩、調理などの活動をもっと多くしてほしい等です。事業計画にその要望を反映させ、実施回数を多くするなど対応しています。		
養護学校の先生との連絡会により、将来のニーズを把握しています 福祉業界全体の動向は、福祉関係の新聞や運営法人から提供される情報や施設長会議等を通じて情報を収集しています。また、地域の福祉関連情報は行政や法人連絡協議会等との会議の機会を得ていますが、直接的に関係してくる養護学校を卒業予定の生徒の情報は、養護学校の先生との情報交換の場である進路業務連絡会で把握しています。この会議は年2回開催されており、事業所の受け入れ余力の説明や他の施設の受け入れ状況の把握も行っています。		

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 7/11
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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

法人マスタープランに沿って事業所の事業計画がたてられています

運営法人では、第三期中期計画(平成26年～31年の5年間)のマスタープランがあり、そのビジョンもたてられています。「困難な時代での新たな成長を目指して、選ばれる事業所を目指して、拡大から成熟へ」というキーワードで表現され、その流れに沿って年度の事業計画と重点課題が設定されています。具体的には、給食をよりおいしく食べられるように提供方法を変更する為の調理室改修、利用者の生活の質を向上する為の運動や創作活動の導入、人権擁護の考え方を職員へ周知徹底、自閉症への理解と支援技術の向上等が挙げられています。

選ばれる事業所になるため、魅力あるプログラムの企画をしています

現在利用している利用者が満足し、欠員が出た際には新規の利用者がすぐ集まるような事業所になるには、魅力あるプログラムの企画が重要です。そのプログラムの1つに挙がる秋の宿泊旅行には、事業所職員全員で精力的に取り組み、複数回実施することで多くの利用者が支持しています。日々の中活動が作業だけではマンネリ化するため、その防止策として外出活動、プールや調理、外食など魅力あるプログラムの企画・実施を行っています。

利用者の安全の確保・向上に向けた諸施策があります

年4回以上火災による避難訓練を実施し、3月と9月には法人全体で地震想定防災訓練を行っています。ノロウイルスやインフルエンザなどの感染症対応については、法人としてのマニュアルが整備されています。また、利用者の年2回の健康診断受診、職員への予防接種補助等の施策が実施されています。ヒヤリハットや事故関連の報告は毎日帰りの打ち合わせで確認し、職員間で情報共有しています。事故が起きた場合は、報告書を必ず提出し、再発防止策を話し合うルールになっています。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-5の講評

法人と連携して人材の確保にあたっています

運営法人では常勤職員を、各事業所では非常勤職員の採用活動をそれぞれ行っています。常勤職員は各事業所からの要望に基づき新卒を中心に採用しています。新人研修の後、各事業所へ配属され、計画的に研修や資格取得を行うよう育成計画がたてられています。非常勤職員は各事業所で候補が決まった後、エリアマネージャーによる面接と採用前実習で適性があるかどうかチェックした上で最終的に決まるようになっています。人権擁護、法や規範が守れるか等、福祉を担う人材として適性があるかについて特に気を付けています。

事業所内研修とケース検討により職員の質の向上を図っています

事業所内では専門職として様々な障がい者への理解を深めると共に、特に自閉症の支援技術向上の為に年3回の施設内研修を行い、職員の質の向上に努めています。外部の自閉症セミナーや研修に積極的に参加し、その後職員が内部で伝達研修を行い、全職員のレベルアップを図っています。また、作業室会議で行われる特定の人を対象にしたケース検討も参加者の教育効果があり、職員の質の向上に寄与しています。

運営法人が職員のやる気向上に力を入れて取り組んでいます

運営法人は職員のやる気向上策のひとつとして、年1回の意向調査を行い、異動希望があるかどうか確認しています。又、常勤職員には「チャレンジシート」の人事面接を試行的に開始しました。これは業務の目標設定と達成状況について、上司と年2回面談を行うものです。目標管理と共に人事考課も同時に行われています。その他、ストレスの自己チェック「めんたるさっち」の全職員への実施、法人全体の歓迎会と忘年会)での表彰(資格取得者、社会貢献を行った人等)があり、職員のやる気と働き甲斐向上に取り組んでいます。

7			カテゴリ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(〇〇〇)	
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(〇〇〇〇)	
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>法人の情報システム管理体制の中で情報の保護と共有化が図れています</p> <p>法人の情報システム課が全事業所の情報管理を行っており、その体制の中で情報の保護と共有化の仕組みができています。情報の重要性や内容によってアクセス制限が掛けられています。例えば、職員の給与に関する情報は所長と事務しか見られないように情報の保護されています。一方、各利用者の支援の状況は共有フォルダーにあり、全員が閲覧できるようになっています。また、文書情報も鍵のかかるキャビネットに保管され、随時更新されています。</p> <p>個人情報は、個人情報保護法の趣旨に則り、個人情報の保護・管理を行っています</p> <p>法人として「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて個人情報保護規程が定められています。規程の中で個人情報の収集、管理、利用及び提供、開示及び訂正等の申出などが細かく決められており、それに沿った個人情報管理と保護が行われています。サービス開始時の契約書の締結と同時に、個人情報の提供に関する同意書を利用者との間で交わっています。所内に入るボランティアや実習生に対してもオリエンテーション時に個人情報取り扱いのレジュメを配付しています。</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	
法人理念や倫理行動綱領を職員へ周知徹底を図る努力が見られます 法人の掲げる理念、使命(ミッション)、基本方針や職員の倫理行動綱領を職員へ周知徹底するために、事業所内に掲示すると共に、会議で所長が説明する等、日常的に行っています。また、エリア内研修では理事長が講師として、理念をはじめ、規範や倫理について説明し浸透に取り組んでいます。今回の職員調査では、理念等の明確化・周知に関する問いではまだその浸透は確認できませんでした。引き続き取り組み、成果へつながることを期待します。	
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 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	
自閉症に関する研修等を充実させ、専門性を高めています 利用者の多くが自閉症であることから、職員の自閉症に関する専門性を高めるよう取り組んでいます。年3回の施設内研修のほか、外部で開かれているセミナー等にも参加し、学んできた内容は職員間で共有する流れになっています。職員調査では、自閉症に関する専門性の高さを良い点としてあげている意見もあり、成果につながっています。	

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

法人共通のクラウドシステムを導入して情報管理するようになりました

情報管理に関して、今年度から法人全体で共有できるクラウドシステムを導入しました。これまでは事業所ごとに管理する方法をとっていましたが、法人本部で管理することで、たとえば人事異動で他事業所へ行ったとしても共通の書式を使えるというメリットが出ています。また、これにより保護体制が強化されています。

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

年度途中で5名の新規利用者を受け入れたことで収入面が改善されました

近隣に法人のグループホームを開所した経緯から、年度途中で新規利用者を5名受け入れることができました。昨今、市内には生活介護の事業所が増えてきている影響もあり新規の受け入れが難しい状況でしたが、収入面で改善が図られる結果となりました。

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

利用者の希望に応え、外出の機会が増えています

これまで利用者から外出の希望が出ていましたが、十分に活動できていませんでした。そこで今年度は試行的に増やしていこうという方針を立て、実践へと移しました。たとえば、プールに行きたいという希望を叶え、運動不足解消の目的も兼ねて散歩に出かけるなど、外出する機会が増えています。今後も希望に応えられるようにしていきたいと考えています。

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 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
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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なっている
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
		○ 非該当
		○ 非該当
		○ 非該当
	サブカテゴリ1の講評	
	<p>「爽風だより」第1号を発行し、事業所の様子を知らせています</p> <p>事業所を紹介する機関誌「爽風だより」第1号を9月に発行しました。「爽風だより」には、所長の挨拶、各作業室の近況報告、職員紹介がカラー写真入りで載っています。担当職員が作成を行い2ヵ月毎に発行し、利用者、家族の他に公民館、市役所などにも配付し、事業所の情報を提供していく予定です。パンフレットには運営方針、事業所の活動内容の紹介、案内図などが記載されていますが、利用希望者の特性に配慮するなどの工夫は確認できませんでした。今後の見直し、改善に期待します。</p> <p>進路業務連絡会に参加し、事業所の情報を提供しています</p> <p>毎年夏と秋の実習前に実施する養護学校の進路業務連絡会に所長が参加し、家族を対象に事業所の概要を説明しています。養護学校を卒業予定の生徒から利用希望があった場合には、個別に見学を受け入れています。藤沢市のホームページでは「日中活動支援・就労支援の案内」から、業種別、所在地、定員、活動内容などを見ることが出来ます。相談支援事業所へ利用者定員枠の空き情報を提供したり、利用希望者の有無を問い合わせをするなど頻繁に連絡を取っています。</p> <p>見学は希望者の状況に合わせ、個別に受け入れています</p> <p>見学希望の問い合わせは、利用者の家族から直接来る場合と相談事業所経由の場合があります。見学は、できる限り希望者に合わせて日程調整し、所長が個別に対応しています。利用者希望者本人と家族にまずは事業所内を案内し、活動内容を丁寧に説明しています。養護学校の先生が見学に来ることもあります。卒業生の仕事(活動)の様子を見に来るなど、事業所と養護学校が相互に情報交換をするなど連携が取れています。</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 6/7
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(○○○)</p>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(○○○●)</p>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
サービス開始時に契約書、重要事項説明書を説明し、同意を得ています サービス開始時には、利用者本人と家族に対して所長またはサービス管理責任者から契約書、重要事項説明書を説明し、同意の署名をもらっています。重要事項説明書には、給付費の対象となるサービスと、対象外の食費、送迎費用、余暇活動にかかる費用などが分かりやすく明記されています。サービス開始時に要望書を配布し、成育歴、自宅での過ごし方などを記入してもらい、これからどのように過ごしたいかなどの要望を本人、家族から聞いて記録しています。		
サービス利用前に本人、家族と面談し、要望などを「面談記録」に記載しています サービス利用開始前に利用者本人、家族と個別に面談を行っています。家庭での様子、面談時の様子、服薬内容や体調などを「面談記録」に記録しています。また個別支援計画を作成する上で、サービス内容や事業所での過ごし方などの要望を聞き、「ニーズ調査表」に記録しています。送迎やショートステイの利用希望なども確認し、個別支援計画に取り入れています。サービス開始後も、毎年2回4月と10月に本人、家族との面談を行い要望を聞き、「ニーズ調査表」、個別支援計画を見直しています。		
実習を通じて活動内容や事業所の様子を知ってもらった上で、利用を開始しています 利用開始前に3日～1週間の実習を行い、通常の作業を在籍中の利用者と一緒に体験してもらいます。利用希望者の様子を観察などで把握し、本人の希望を聞いた上で不安が無いように配慮し、作業室やグループを決めています。養護学校からの卒業生が利用を希望する場合は、実習期間中に担任の先生が同行することもあります。先生から、学校での様子や本人の得意なこと、苦手なことなどを聞いてサービスに活かしています。利用開始直後は家族に電話連絡し、帰宅後の様子を聞くなど不安を解消するように努めています。		

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

8/10

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(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(00●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		
<p> 年2回利用者・家族との面談時にアセスメントを行い、記録しています 年2回利用者本人・家族と職員が面談し、利用者の身体状況や家庭での生活状況、困っている行動、好きなことなどについてアセスメントを行い、「利用者プロフィール」に記録し状態を把握しています。加えて、利用者と家族の要望を聞き、「ニーズ調査表」に記録して個別支援計画を作成しています。アセスメントと個別支援計画は6ヵ月毎に見直しを行っていますが、緊急時の見直しをするケースはこれまでになく、また変更する場合の流れは特に決められていません。 </p> <p> 利用者の日々のケース記録は、法人共通のソフトを活用しています 日々の利用者のケース記録は、法人共通のソフトを活用しています。常勤職員はパソコンで利用者の行動などその日の様子を入力しています。非常勤職員は毎朝、入力されたケース記録を印刷し、前日までの活動内容と利用者の様子を確認しています。日々の利用者の行動や変化などの記録はしていますが、個別支援計画に沿った支援内容を記録するまでには至っていません。サービス実施状況の確認やモニタリングを行うためにも、今後は個別支援計画をより意識した記録となるよう心がけることが望まれます。 </p> <p> 非常勤職員は印刷されたケース記録を毎朝出勤時に確認し、情報を共有しています 非常勤職員は、毎朝出勤時に印刷したケース記録の内容を確認してから支援に入ります。ケース記録は毎日印刷し、2、3ヵ月分の記録をファイルしているので、遡って確認することもできます。常勤、非常勤の全職員が利用者の状況を共有し、統一した支援が出来るように努めています。「活動日誌」に活動内容、給食状況、特記事項なども記録しています。月1回、作業室毎に作業会議を実施し、担当職員間で情報の交換や共有をしています。 </p>		

サブカテゴリー5		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー5の講評			
<p>サービス開始時に個人情報提供に関する同意書を取得しています</p> <p>サービス開始時に、利用者本人と家族に「個人情報提供について」という同意書を説明し、同意を得た上で署名をもらっています。同意書には同意を必要とする理由や提供する情報の範囲、提供先などが記載されています。写真を情報誌などに掲載する場合は、「写真使用承諾書」をもらっています。また、法人内で利用者の事例検討をする場合も、その都度同意を得ています。個人ファイルや支給決定書など個人情報に関する書類は事務室の鍵のかかる戸棚に保管し、個人情報の管理を行っています。</p> <p>「人権擁護ツール」を用いて職員の権利擁護意識を高め、支援に活かしています</p> <p>法人の人権委員会が作成している「人権擁護ツール」を用いて、毎年全職員が人権擁護についてチェックをしています。職員の対応で、不適切な対応が無かったかなどを自己チェックをしながら、自己の行動の振り返りを行っています。「人権擁護ツール」で自己チェックをすることで、職員の利用者に対する人権擁護意識が高まっています。また、人権委員会では全職員を対象に虐待防止に関する研修を毎年行っています。事業所では各作業室ごとに支援者の対応、身だしなみ、個人情報への配慮などについてチェック表で確認しています。</p> <p>同性介助を徹底し、利用者のプライバシーを保護しています</p> <p>トイレ介助や車いす介助、着替えの介助は同性が対応しています。着替え時は更衣室など他人の目の触れない場所で行うように羞恥心に配慮しています。利用者の個人ロッカーは鍵付きのものを用意し、私物を入れて自分で鍵をかけています。鍵の管理が難しい利用者には職員が代わりに鍵をかけ、他の人が開けられないようにしています。法人が作成した「倫理行動マニュアル」を全職員に周知し、日々の利用者支援において実践するよう努めています。</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

8/11

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改変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

手順等の支援活動内容をマニュアルにまとめていくことが課題となっています

入職時に配られる「職員ハンドブック」には、法人の理念から職員としての心得、各種マニュアルが記載されています。しかし、これは現場ではあまり活用されていませんでした。事業所の作業手順等は主に作業室会議で話し合い、決定しています。そして現場では、経験年数の長い職員がいるので、新人職員と一緒に働きながら仕事を覚えてもらうようになっています。また、半期の時点で業務を全体的に振り返り、見直しをしています。これらの内容を記録し、マニュアル等にまとめ基準を明確にすることが課題と所長は認識しています。

各種研修が用意されており、積極的に参加してもらっています

法人では階層別なものから、専門的な知識を学べるものまで幅広く研修内容を整備しています。それに加え、エリア内研修、外部研修もあり、これらの情報を職員へ提供して学べる機会を数多く設けています。特に自閉症に関するものは積極的に参加してもらうことで、支援に活かしてもらうようになっています。研修参加後は事業所内で情報共有し、全体で知識や技術の向上を図っています。

非常勤職員から作業手順についての意見がしやすい環境になっています

作業手順に対して、非常勤職員から意見が出やすい職場環境になっています。非常勤職員から分からないことを聞いてきた際には、常勤職員が指導するOJTの形式をとっています。今年度から常勤職員が1人増員になり、少し余裕が出来ました。職員調査では「非常勤職員が意欲的」、「非常勤職員への伝達、周知事項が増えた」とあり、働きやすい環境へと改善が図られてきている様子がうかがえる一方で、「コミュニケーション不足」、「職員間の連携が弱い」という意見もあることから、今後も継続した改善の取り組みが望まれます。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	21 / 22
1	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	評点(〇〇〇〇)	
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>絵や写真、文字など視覚的に工夫をしてコミュニケーションしています</p> <p>時計の絵を用いて時間を示したり、作業や休憩、食事の時間等を絵や文字で分かりやすく掲示したスケジュール表を作成するなど、利用者に合わせてコミュニケーションのとり方を工夫しています。また、言葉だけでなく指差しや動作などで伝えることもあります。個別支援計画の支援内容にもコミュニケーションのとり方を具体的に載せており、職員間で個別支援計画を読み合わせ内容を確認しています。個別支援計画に基づいて作業や余暇活動などが行われています。</p> <p>自閉症の特性に配慮した専門的な支援を行っています</p> <p>利用者の約7割は自閉的な利用者のため、その点を配慮した環境づくりに配慮しています。作業室は6室あり、周りの人が気になってしまう利用者にはパーテーションで空間を仕切り、不安が強くなる大きな声を出してしまう利用者には1~2人用の作業室を準備する等、対応しています。時には気持ちが落ち着かず壁を叩いてしまう利用者もいるため、そのようなときにクールダウンできる部屋も用意し、他の利用者トラブルなどが起こらないよう職員が見守っています。</p> <p>利用者に応じた必要な情報を提供し、自立した生活を支援しています</p> <p>医療的なケアが必要な利用者には、法人のクリニックに勤務する医師が月1回実施している巡回医療相談を紹介しています。また、居宅介護事業のホームヘルパーや、市町村事業のガイドヘルパーなどの情報を提供し、自立した生活を支援しています。福祉用具の必要な人には福祉用具の利用方法、制度改正などを知らせています。他のサービスが必要な利用者には市内の相談支援事業所を紹介し、連携をとっています。地域でのスポーツ大会など、利用者が参加できる行事などを掲示板に掲示して情報提供もしています。</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(○○○●)
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>毎年1泊旅行を実施し利用者の親睦を図り、楽しい時間になるように支援しています 毎年1泊旅行を実施し、今年はテーマパークと山梨県の温泉に行ってきました。事前にアンケートで利用者と家族から旅行先の希望を聞いた上で、職員会議で検討し行先を決めています。旅行には希望者が全員参加できるよう、複数回に分けて実施しました。利用者調査の「活動は楽しいか」という質問では、「ディズニーランド」「温泉」「ドライブ」などが楽しかったという回答があり、利用者が楽しみにしていることが伺えます。土曜日に実施している余暇活動では、調理室でスイートポテトやクッキーなどの菓子作りを行っています。</p> <p>事業所内は窓が多く採光に恵まれ、掃除も行き届いています 事業所の建物はガラス扉や窓が多いため採光が良く、事業所全体が明るくなっています。掃除専門の職員が作業室、トイレ、階段、廊下などを掃除しているので、清潔な環境が保たれています。温度に敏感な利用者には室内の換気を意識的に行い、光に敏感な利用者にはカーテンで採光を調整しています。建物がやや古くなってきたこともあり、トイレの換気や室内の温度調整の一部には修繕が必要と思われる場所もあるため、対応が望まれます。</p> <p>毎月給食会議を開催し関係者で話し合いを行い、食事内容の改善に努めています 給食は、委託業者によって調理された食事が事業所に届き、事業所内の厨房で盛り付けと味噌汁のみ温めて利用者に提供されます。月1回給食会議を実施し、委託業者の栄養士と職員で、日直が書いた検食簿を基に話し合いを行っています。献立や量、味、盛り付けなどについてチェックし、味噌汁の味付けが改善されたこともあります。献立に揚げ物が多かったり、冷めた食事が配膳されるなどの不満があるため、来年4月からは事業所で調理をして食事が提供できるように計画しています。</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>通院時に利用者・家族に同行し、主治医の意見を確認しています 服薬している利用者が通院する際に担当職員が家族と共に同行し、日中の事業所での様子を報告しています。主治医からの指示を聞き、日常の支援に活かしています。また家族からも食事量、運動など健康に関する意見を聞いて、意向に沿った対応に努めています。月1回法人の運営するクリニックの医師が巡回医療相談に来るため、前もって家族から医師に相談したい内容を書いてもらい、医師からのコメントを家族に返しています。年2回の健康診断や、毎週看護師が実施する体重測定などにより、利用者一人ひとりの健康状態を把握しています。</p> <p>「緊急時対応個人情報カード」を作成し連絡体制を整えています 「緊急時対応個人情報カード」には、アレルギー、服薬状況、発作などの医療情報と、かかりつけ医や現在の疾病などについての情報が記録され、緊急時対応に役立っています。利用者の体調の急変など緊急時には主治医と家族に連絡し、指示を受けて対応しています。内服薬を預かる場合は1週間分として、その日の担当者が薬預かり者とダブルチェックし、服薬介助者が記録し誤薬防止に努めています。</p> <p>仮眠場所を確保し、体調がすぐれない時は休息できる環境を整えています スペースの都合上、医務室には仮眠ベッドが置けないため、会議室に折り畳みベッドを置き利用者が仮眠できる場所を確保しています。毎日定期的に仮眠が必要な人が利用したり、体調がすぐれない時に休める場所としています。また利用者が一時的にパニックになったり、興奮した場合には、落ち着くまで過ごせる部屋も用意しています。利用者一人ひとりの心身の状態に応じて、本人と周りの人たちも安心して過ごせる場所を確保しています。</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>2カ月に1回、家族会を法人内の3事業所合同で開催しています</p> <p>2カ月に1回、法人内の生活介護事業所であるモンド湘南藤沢、グランツ遠藤、ふじさわ爽風舎の3事業所合同で家族会(湘南青葉会)を開催しています。各事業所からは所長が参加し、午前中は各事業所の状況や行事、事業所・職員に関する事などを報告し、家族からの意見を聞くなど、家族と事業所の連絡調整の場としています。午後からは各事業所に分かれ懇親会を行っています。家族会(湘南青葉会)で話し合われた内容は議事録を作成し、参加出来なかった家族に送っています。</p> <p>年2回利用者・家族と面談して得た情報を支援に繋げています</p> <p>年2回、4月と10月に利用者・家族と面談を行い、家庭での状況、服薬状況などを聞いています。面談時の様子や内容は「面談記録」に書いています。また個別支援計画に対する、本人と家族の意向も聞いています。支援内容を継続するか、変更を希望するかなどの意見を「ニーズ調査表」に記録し、個別支援計画の見直しに反映しています。毎日の送迎時にも家族から利用者の身体状況などを聞き、職員からは連絡事項を伝えています。</p> <p>法人の基本理念である「利用者中心の支援」の実践に努めています</p> <p>法人の基本理念には利用者の人格を尊重し、「利用者中心の支援」を実践することが掲げられています。職員は法人の基本理念を理解し、実践に努めています。家族と連絡をとる場合には、事前に利用者へ伝え同意を得ています。家族との面談も出来るだけ本人の同席のもとに行ない、利用者の「自己選択、自己決定の出来る環境」作りにも努めています。職員全員が法人の基本理念を理解し、日々の利用者支援で実践するように努めています。</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>地域のお祭りやスポーツ大会などの情報を利用者に伝えています</p> <p>地域のお祭りやスポーツ大会、体育館で行われるスポーツイベント、他事業所の行事などを玄関前に掲示し利用者に伝えています。余暇活動では、近隣のプールで水泳をしたり、体育館で運動プログラムに参加するなど地域資源を利用しています。また、利用者と一緒に近隣のスーパーに買い物に行き、店員と話したり、土曜日に公園や図書館などで過ごしたりするなど、地域へ積極的に出掛け地域住民と交流の機会を持っています。地域の自治会や社会福祉協議会の活動にも参加しています。</p> <p>餃子販売を通し、地域との関わりや交流を図っています</p> <p>地域の夏祭りや公民館祭り、遠藤アジサイ祭りなどに参加し、事業所で作っている餃子を販売しています。テントを設営して必要な器材を持参し、お祭り会場で餃子を焼いています。職員が焼いた餃子を利用者が接客して地域の人達に販売するなど、地域の人達との交流を図っています。今後、餃子販売でより積極的に地域の行事に参加して地域と交流する機会を増やし、地域とのつながりを大切にしていきたいと考えています。</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

利用者の状態に応じたグループで作業活動を実施しています

作業活動として、餃子の製造・販売を行っています。午前は5～6人の利用者と職員と一緒に厳選した材料を用い、キャベツをみじん切りにしたり、ひき肉を合わせたりして具を作り、午後はラッピング作業を行います。受注作業では箸の袋入れ、アルミ剥がし作業などがあり、6作業室のグループに分かれ行っています。作業室の割り振りは利用者の障害特性、相性、希望などを考慮して決めています。大声を出すなど他の利用者と一緒に作業ができない場合は小さな部屋で作業をするなど、状況に応じて作業環境を考慮しています。

余暇活動を通して、楽しみながら社会参加を行っています

余暇活動は土曜日に行い、希望する利用者が参加しています。主に調理と外出プログラム、創作活動を行っています。調理は食堂と調理室でクッキーやカップケーキ、スイートポテトなどを楽しみながら作っています。外出プログラムは、ドライブや近隣の体育館のプールで泳いだり、運動プログラムを実施するなど地域の社会資源も活用しています。創作活動では、季節に応じた製品やカレンダー作りをしています。毎年実施している1泊旅行も利用者が楽しみにしているプログラムの一つです。

利用者の状況に合わせた食事提供をしています

昼食は3階の食堂で12時から摂っています。車いすの利用者は12時より早く来て、食堂が混雑する前に済ませています。また、利用者同士の相性を考慮して、昼食の時間をずらすなどの工夫もしています。塩分やカロリーの制限をしている利用者には、食事量を調整し名札を付け区別したり、刻み食、おかわり希望者にも対応したりするなど、利用者の状況にあわせ個別対応をしています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-1-2	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
タイトル①	旅行や作業以外に外出プログラムも企画して、利用者ニーズに応えています	
内容①	利用者からの要望が多い旅行は、この秋は7回と多数回実施しています。職員の配置体制から一回に連れて行ける利用者人数に限界があるため、複数回に分けて実施しています。利用者が楽しめるよう、職員は準備と同行にエネルギーをかけて実施しています。また、作業以外の外出プログラムへの要望も多く、運動不足対策としての外出、散歩の他、楽しみの要素が高いプールや調理などの新たなプログラムを企画し、利用者ニーズに応えています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	4-1-3	着実な計画の実行に取り組んでいる
タイトル②	利用率の安定・向上に向け、所長を筆頭に職員が目標達成に向け取り組んでいます	
内容②	利用率の安定と向上は収支状況に直結する数値であり、所長は運営上、推移を見守っています。登録人数に対する利用者人数、定員数に対する利用者人数などの数値がどのようにすれば上がるかを職員と常時討議し、改善を図っています。それは利用者の満足度を高め、新規の利用希望者を増やすために、ここにいることが楽しい、魅力ある施設になる事が共通の認識であり、旅行や外出プログラムの開発に取り組んでいます。今年は近隣のグループホームの開設も手伝って5名の新規利用者を獲得でき、収入面がよくなっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-5-2	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
タイトル③	「人権擁護ツール」を用いて、職員の利用者に対する権利擁護の意識を高めています	
内容③	法人の人権委員会が作成している「人権擁護ツール」を用いて、毎年全職員が各項目のチェックを行っています。不適切な行ないがないかなど、自己の行動の振り返りを行っています。「人権擁護ツール」で自己チェックすることで、職員の利用者に対する人権擁護意識が高まっています。また、人権委員会が全職員に対し虐待研修を毎年実施し、虐待防止にも努めています。日常の活動においては作業室毎にチェック表を作り、支援員の対応、身だしなみ、個人情報への配慮などを確認できるようにし、職員同士で話し合いをしています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の多くが自閉的な傾向があるため、自閉症の特性に配慮した専門的な支援を実施しています
	内容	利用者の約7割が自閉的な特性をもっているため、コミュニケーションをとる写真や絵カード、文字などを使用したり、スケジュール表を作成するなど工夫しています。職員は言葉以外に指差し、身振りなどでもコミュニケーションをとっています。他人のことが気になり落ち着かない利用者にはパーテーションで仕切りをしたり、大声を出す利用者には小部屋で作業をしたりなど環境にも配慮しています。気持ちが落ち着かない時にはクールダウンできる部屋も用意しています。職員は自閉症の研修に積極的に参加し、自閉症に関する専門性を高めています。
2	タイトル	通院同行で家族・主治医と連携、医師の定期巡回、緊急時対応の体制など利用者の健康状態に配慮しています
	内容	服薬している利用者が通院する際には家族と共に職員が同行し、日中の状況を報告して主治医からの意見を聞き、健康管理に役立てています。家族から食事量や運動量などの意見を聞き、意向に沿うように対応しています。法人が運営するクリニックの医師が、毎月巡回医療相談に来所し、作業室を廻り利用者の様子を見て健康状態を把握しています。家族から相談したいことがあれば前もって書面でもらい、医師からのコメントを返しています。また、「緊急時対応情報カード」を作成し、医療情報、かかりつけ医などの情報を把握し、緊急時に備えています。
3	タイトル	人事制度や研修制度が整備されており、人材の確保と育成が体系的に行われています
	内容	新卒職員の採用は法人本部と事業所で体制を確認した上で、協力して行っています。中途採用は常勤は法人本部、非常勤は各事業所とエリアマネージャーで、それぞれ役割分担しています。また、目標管理制度や人事考課制度も整備され、職員の意向把握のうえ、異動や昇進・昇格、能力開発等の人事施策が取られています。職員の育成、研修についても法人の職種別・階層別の体系的な研修の他、事業所内で職員を講師とする実践的な研修も行われており、法人として組織的に体制を整備して組織の能力向上に取り組んでいます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	地域との交流の機会をもっと多くして、開放的な事業所になることが望めます
	内容	従来、障がい者施設は地域の中で孤立しがちな傾向にありましたが、社会的弱者(高齢者、障がい者)に対する福祉の考え方の変化や人権擁護、個人の尊厳を守る事の重要性の認識など、社会の受け入れる環境が改善されてきています。事業所においてそのスタートとして「爽風だより」という機関誌を今秋発刊し、事業所の情報を家族や関係者に開示することを開始しました。今後は事業所を開放する「お祭り」の実施、更には地域のイベントに施設として参加するなど、地域との交流機会を多く設けることが望めます。
2	タイトル	職員間の連携を向上するために、情報交換会や勉強会等の機会を設けることが望めます
	内容	職員数が少ないためか、あるいは年齢差や経験差があるためか、職員の連携が不足しているように見受けられ、孤立している職員がいるのではないかと所長が課題として捉えています。今回の職員調査でも「連携不足」、「コミュニケーション不足」などが改善したい点として意見が多く挙がっていました。業務に関する情報交換の場やベテランが経験の浅い人に指導する勉強会の実施など、職員間の交流の場をより増やす工夫がされることが望めます。
3	タイトル	ケース記録には日々の利用者の行動などは記録していますが、個別支援計画に基づいて支援した内容が記録されていません
	内容	ケース記録は法人共通のソフトを活用し、常勤職員が入力しています。作成したケース記録は毎朝印刷し、非常勤職員に配付して共有しています。しかしながらケース記録には利用者の日々の行動などは記録していますが、計画に基づいた支援内容や利用者の変化などについては言及されていませんでした。計画は職員同士で読み合わせ、内容を共有した上で支援を行っていますので、それらの活動内容を記録にも反映させ、モニタリング等に活かせるよう工夫していくことが望めます。