

社会福祉法人 県央福社会
パステルパレット 御中

**【平成28年度】
第三者評価結果報告書
〈東京都版〉**

平成28年12月26日

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> <ol style="list-style-type: none"> 1) ソーシャルインクルージョンの理念のもと共生社会を目指します。 2) 先駆的で開拓的な事業を展開します。 3) 福祉の現場は、「社会の仕組みや制度を変える」使命があります。 4) 福祉の現場は、「社会保障の第一線である」と認識し活動する使命があります。 5) 福祉の現場は、「どんな人の人生も肯定される社会を作る」使命があります。
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> <ol style="list-style-type: none"> ①人と人との関係性やつながりを楽しいと感じるちから。 ②他の人の想いや気持ちを理解しようとするちから。 ③他の人たちと関係性の結ぶちから。 <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ol style="list-style-type: none"> ①自分たちの仕事のもっている大切さをしっかりと自覚すること。 ②その進むべき方向を見極め、どんな困難があっても前を向き進んでいくこと。 ③同じ思いをもつ仲間を大切にすること。

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は74名となりました。有効回答人数は56名となりました。

調査方法

利用者調査の方法は、アンケート方式で実施致しました。アンケートは無記名で返信用封筒に入れて機関に送付いただき、回答者が特定されないように配慮しました。

利用者総数

74

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
74	0	74
56	0	56
75.7	0.0	75.7

利用者調査全体のコメント

調査対象74名に対し、有効回答56名と回答率は46.7%でした。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が64.3%という結果となり、回答した6割以上の利用者が満足している様子が窺えます。事業所に対する総合的なコメントを見ると、「利用者さんの人数に対して職員が少ないのが気になる。」「職員の方には大変良くして頂いて、とても楽しそうに通っています。が、職員の異動が多くて、(ほぼ毎年)ほとんど全員が変わってしまったこともあって、特に体のことなど、毎年伝えないといけなくて不安。本人も、毎回不安定になりとても困る。」「利用者さんの人数に対して職員が少ないのが気になる。」という意見もありました。

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	45	7	1	3
回答割合は、「はい」が80.3%、「どちらともいえない」が12.5%、「いいえ」が1.8%、「無回答・非該当」が5.4%という結果となっています。自由意見では「通常困ったことを感じない。」「時間などの面でかなりの面で優遇してもらって助かっています。」という意見がありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	36	15	2	3
回答割合は、「はい」が64.2%、「どちらともいえない」が26.8%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が5.4%という結果となっています。自由意見では「ウォシュレットがない。」「安心して使える設備がない。」「トイレの中に呼び出しボタンがないから、職員を呼ばず、トイレが終わってもしばらくそのまま待っていた。」という意見がありました。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	34	15	3	4
回答割合は、「はい」が60.6%、「どちらともいえない」が26.8%、「いいえ」が5.4%、「無回答・非該当」が7.2%という結果となっています。自由意見では「交流の場がほとんどない。」「時と場合による。」という意見がありました。				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	33	16	4	3
回答割合は、「はい」が58.9%、「どちらともいえない」が28.6%、「いいえ」が7.1%、「無回答・非該当」が5.4%という結果となっています。自由意見では「仲間との交流、買い物等楽しい。」という意見がありました。一方「自由時間の過ごし方がよくわからない。」「年代や障害の度合いに適していない時もある度合いにより活動を考えてもらいたい。」「リハビリをもっと強化(時間・内容)してほしい。」という意見がありました。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	40	12	2	2
回答割合は、「はい」が71.4%、「どちらともいえない」が21.4%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が3.6%という結果となっています。自由意見では「新しいこともあり、きれいだと思います。」という意見がありました。一方「トイレの具合悪し。」という意見がありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	42	10	2	2
回答割合は、「はい」が75.0%、「どちらともいえない」が17.8%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が3.6%という結果となっています。自由意見では「全員がではないですが、ほとんどの方は適切です。」という意見がありました。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	38	15	1	2
回答割合は、「はい」が67.8%、「どちらともいえない」が26.8%、「いいえ」が1.8%、「無回答・非該当」が3.6%という結果となっています。自由意見では「体調管理等は信頼していますが、食事介助や一人遊びでの擦り傷、うちみがたまにあります、把握していないときもありました。」という意見がありました。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	27	14	5	10
回答割合は、「はい」が48.2%、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が8.9%、「無回答・非該当」が17.9%という結果となっています。自由意見では「まだそのような状況を見たことがない。」「何件かはあるかもしれないけど、いじめはないと信じて。職員は多分きちんと対応していると思います」という意見がありました。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	43	10	2	1
回答割合は、「はい」が76.8%、「どちらともいえない」が17.8%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が1.8%という結果となっています。自由意見では「どこまで理解してくれているかわからないが、頑張っている。」という意見がありました。一方「すべての方ではないです。」という意見がありました。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	39	11	2	4
回答割合は、「はい」が69.6%、「どちらともいえない」が19.6%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が7.2%という結果となっています。自由意見では「名字が変わったことがばれたと思います。」という意見がありました。				
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	35	14	2	5
回答割合は、「はい」が62.4%、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が9.0%という結果となっています。コメント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	32	13	6	5
回答割合は、「はい」が57.1%、「どちらともいえない」が23.2%、「いいえ」が10.7%、「無回答・非該当」が9.0%という結果となっています。コメント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	33	12	4	7
回答割合は、「はい」が58.9%、「どちらともいえない」が21.4%、「いいえ」が7.2%、「無回答・非該当」が12.5%という結果となっています。自由意見では「基本、優しく接してくれていると思います。」という意見がありました。一方「帰りの送迎時間(順番)に関しての要望(理由も)を伝え、その時は「OK」してもらいその通りになったが、何年かしたらその要望はどこかに行ってしまう「突然」元に戻ってしまった。」という意見がありました。				
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	20	16	4	16
回答割合は、「はい」が35.8%、「どちらともいえない」が28.6%、「いいえ」が7.1%、「無回答・非該当」が28.5%という結果となっています。自由意見では「第三者委員の方自体になかなか意見が通っているのか(理解されているのか)わからない。」という意見がありました。				

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 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(○○●)	
	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

運営法人の目指す理念、基本方針、使命(ミッション)は様々な場面で明示されています

当事業所の運営法人は神奈川県全域で高齢・障がい・保育の3分野で100施設以上を運営しています。この法人の理念は(1)ソーシャルインクルージョン(共生社会)を目指します(2)先駆的で開拓的な事業を展開しますであり、これに加え法人の福祉に対する3つの使命や11の基本方針が、パンフレットやホームページの他、職員全員が持っている職員ハンドブックや施設内の事務室や掲示板等で明示しています。しかしこの内容に関して、利用者本人や家族などに理解が深まるような取り組みがなされていることは確認できませんでした。

経営層の強いリーダーシップで事業所職員をリードしています

所長は、運営法人の常務理事として法人全体の経営も担っており、大半の時間を本部の仕事に費やしています。残りの限られた時間しか当事業所の経営に割けない状態ですが、部下の主任などへの権限委譲と存在感・発信力の強さで当事業所職員をリードしている様子が窺えます。職員と個別に面談をすることを重視し、事業をめぐる状況などを直接伝えることにより経営者としての役割と責任を職員に示し、併せて職員のモチベーションの向上を計っています。

法人や事業所の目指していることは事業所内の会議を通じ職員に伝えられています

事業所の常勤職員が全員参加し、月2回開催されるセンター会議が職員間の情報交換や重要事項の決定の場となっています。この会議で、法人の全事業所が参加する所長会議の報告が行われるとともに、事業所内での非常勤職員会議やナース会議での現場職員の声が汲み取られる仕組みになっています。運営法人の経営を兼務している所長がこのセンター会議に出席しており、法人や事業所の目指す方向を職員に伝えています。運営法人の重要な意思決定の内容と決定経緯が利用者・家族に伝える決められた手順の存在は確認できませんでした。

2			カテゴリ2	
2			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	
2			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		7/7
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

オンブズマン制度の導入や地域向けイベントの実施で外に開かれた組織を目指しています

相模原市の地域ネットワークのオンブズマンに参加し、1か月に1回オンブズマンの訪問を得て、直接利用者の方との意見交換の場を設けています。利用者の要望や声を聞き、事業所の中で利用者の権利が擁護されているかどうかを第三者であるオンブズマンが確認し、その内容を意見交換する仕組みが存在しています。また、今年で2回目となる地域向けイベントを同じ建物の介護施設と共同で10月に実施しています。模擬店出店などのお祭りですが、多数地域住民が来場します。オンブズマンやイベントにより地域に開かれた組織を目指しています。

利用者支援の姿勢が「職員倫理行動綱領」として制定されています

法人の職員は日本国憲法の「基本的人権の尊重」や国際連合による「人権に関する世界宣言」「障がい者権利宣言」等の考え方に基づく利用者に対する支援の理念と基本的支援姿勢を示した「職員倫理行動綱領」を制定し、職員への周知・浸透を図っています。この綱領は、パンフレットやホームページで公開されるとともに、常勤・非常勤職員全員に配布されている「職員ハンドブック」に明記されています。法人に新しく採用された職員は各エリア毎に実施される新任職員研修や入所1～2か月目に行われる振り返り研修の場でこの内容の周知が行われています。

地域の身体障がい者への支援事業で関係先との連携を図っています

相模原市の身体障がい者への支援活動は、法人全体で古くから取り組んでおり各種関係先との連携も図っています。市や県の障害者事業所協会、重症心身障害者地域ネットワーク、さがみはらオンブズマンネットワーク、市自立支援協議会等との連携が図られるとともに、その中には所長が役員を務め中心的に活動しているところもあります。また、同一建物内で法人が運営する相談支援事務所があり、新規利用者・家族の相談の拠点となっており、この事務所との連携で障がい者支援の地域のニーズに応える体制が取られています。

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		
入浴サービスのニーズは高いが、それ以外の魅力あるサービスの提供も開始しています 在宅では支援するのが難しい「入浴」に対する利用者のニーズは高くなっています。現在この「入浴」ニーズに応えるべく、「入浴」を中心に日中のプログラムを組んでいますが、風呂の数や支援の要員数の制約もあり、課題となっています。また、「入浴」のない日にどう過ごすかという点でも入浴以外の魅力あるサービスの提供が喫緊のテーマとなっています。リハビリやパソコンに関するプログラムは既に導入し、指導できる専門職の配置も進め利用者からの高い評価も得ています。今後はスヌーズレンの導入等も検討しています。		
アンケートによる満足度調査や苦情解決制度で利用者の意向や苦情を把握しています 利用者に対して年1回実施されるプログラムに対する満足度調査や秋の旅行アンケートなどで、外出やショッピングの場所等、希望のプログラムが選べる選択プログラムの内容や旅行の行先などを決めていきます。苦情についても館内での「みんなの声BOX」を設置する他、事業所内の苦情受付担当者名や、事業所外の相談機関の紹介や苦情解決のための第三者委員制度の存在を掲示しています。現時点では、職員やオンブズマンに直接訴えることが多くなっています。		
障がい者支援の今後のあり方、将来の事業構想の為の情報収集活動を行っています 相模原市の福祉政策課や福祉サービス課などの行政の窓口、各種外部団体や全社協経営者部会などに参加し、障がい者支援サービスの情報を収集しています。身体系の事業所が市内に数少ないこともあり、職員も含めて、将来的なニーズ動向を見越しての今後の事業展開のあり方などを意識しています。同一地域での新しい施設の立ち上げの必要性などが検討されています。また、直近の課題として市内の特別支援学校の在籍者の把握や自閉症、発達障がいなどの医療的ケアの必要な子供たちの把握にも努めています。		

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 11/11
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(〇〇〇)		
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(〇〇〇〇)		
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(〇〇〇〇)		
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

法人で中期計画を作成し、事業所では年度計画を作成しています

運営法人は、中期計画と年度計画があり、その考え方や内容をホームページや中期計画資料として明示しています。中期計画は第三期中期計画(平成26年4月～平成31年3月)の5か年計画として取りまとめられています。計画の概要は現状分析と5年後のビジョン、ビジョン実現のための戦略目標と年次計画になっています。また、当事業所の年度計画も常勤職員が全員参加で討議し、事業計画書としてまとめられています。年度の重点課題と利用実績目標もこの中で明記しています。しかし、法人の中期・年度計画との連動性は確認できませんでした。

計画推進にあたり利用実績は毎月重要な指標として確認しています

年度事業計画の推進にあたって年度の重点課題については、毎月2回開催するセンター会議で個別テーマごとにその進捗状況を確認しています。また、収支の基礎となる利用実績については、月別に計画と実績の差異・達成度合いをチェックし、その予算実績対比表は職員室に職員全員に分かる形で掲示されています。必要に応じて併設の相談支援事業の相談員と連携して新しい利用者の獲得に繋がるケースもあります。その他、経費支出や借入返済などの収支の実績も幹部職員の間で確認を行っています。

看護師の重点配置により利用者の安全の確保に取り組んでいます

日常生活に恒常的に医療ケアを必要とする利用者が多いこともあって看護師の重点配置に取り組んでいます。配置基準はサービス提供時間から見れば1名であるところ、常勤雇用の看護師1名を加え常勤換算で+1.9名分の非常勤看護師の配置を行っています。看護師の増員は、利用者の安全の為、心のケアの為、医療との連携の為、配置しています。また、看護師が増えたことで事故や感染症のマニュアルの充実にも寄与しています。

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 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

現場の意見を吸い上げる仕組みがあり、職員のモチベーションが高く保たれています

現場の職員一人ひとりの気づきや工夫を組織全体の業務改善に活かそうという主旨から、通常の定例会議に加え、看護師や非常勤職員それぞれのミーティングを定期的に行っています。利用者への対応や支援の在るべき方向性についての週1回の個別ケアの検討会議での意見交換の場で看護師や非常勤職員ミーティングの意見も取り上げられるようになってきました。このような仕組みができたことにより奏功し、常勤・非常勤問わず、また、専門職まで含めて、メンバーのモチベーションが高く保たれています。

収支の改善と並行して業務過多に対する人員の適正配置に取り組んでいます

個人の業務レベルの向上、仕事のスピード化等の改善工夫による効率化等、人員を増やさずに利用者を増やし、収入増に繋げるという目標に取り組んでいます。一方、業務過多が恒常化しない様に必要な人材は採用し適正な人員配置になるよう努力もしています。採用は常勤職員が法人本部採用、非常勤職員が各事業所採用となっており、採用前には実習を行い適正を判断した上で雇用しています。福祉サービス業界の人材不足の中、子育て世代のパート職員の採用増と戦力化にも取り組んでいます。

法人内外の研修参加に加え、今後は個別の育成計画の策定が期待されます

法人の研修制度は、社会人・組織人としての人格形成から専門職としてスキルアップに寄与する内容のものまで、各階層別に年間研修予定を立てています。資格取得に必要な講座の紹介や基礎的な福祉資格については法人独自に合格のための講座を開設し、無料で参加できるようにしています。また、法人外で実施される研修にも参加できる体制になっています。このように研修制度はあり、参加も後押しする環境にありますが、職員個別の育成計画や研修計画については確認できませんでした。今後は事業所の計画に沿った人材育成計画の策定が期待されます。

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		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>必要な情報は法人のクラウドコンピューターにより管理、保護、共有されています</p> <p>共有の情報は、法人本部のクラウドコンピューターで集中管理しており、職種別にフォルダが用意されアクセス制限もしています。職員は必要に応じて共有フォルダーからいつでも必要な情報を取得する事ができ、適宜更新もされています。割り振られたアカウントとパスワードがあれば情報は別事業所からもアクセスする事ができ、作業の利便性に優れた環境になっています。パソコン自体にはパスワードが設定され、職員以外の方がアクセスする事は出来ない環境になっています。</p> <p>「個人情報保護法」の趣旨を踏まえた個人情報の取り扱いがされています</p> <p>「個人情報保護法」の趣旨を踏まえた個人情報の取り扱いが、『プライバシーポリシー』として法人で取りまとめられ、ホームページなどで公表され、個人情報の保護に関する方針等が記述されています。その中で個人情報の施設内での利用目的、施設外への情報提供を伴う利用目的などの具体例も明記されています。また、利用者との入居時の契約には個人情報の利用目的などを伝えた上で、契約書の署名をもらっています。</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>経営層が目標達成の為に課題を設定、その目標が職員の着実な実行により達成されました</p> <p>経営層が事業の黒字転換の為に、一定の追加人員により事業の幅を広げ利用実績を伸ばす事という課題を設定し、職員のモチベーションを上げながらリーダーシップを発揮しそれを実現させることができました。一方的に利用者を増やすのであれば職員の負増が増し意欲低下を招くと考え、人員増によるプログラムや日課の充実により利用者にとっての満足度も上げながら同時進行で利用者の増加を図ってきました。その結果、利用実績も増加し、要員増もあって職員のモチベーションの高さは維持できました。全職員に利用実績水準を意識してもらうために、職員室内に月毎の目標と実績を表示し、到達度合いを常時意識させたことも職員の参加意識を高め、目標達成への着実な実行に寄与したと思われまます。</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 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>現場の声を汲み取る会議の定例化により職員の意欲向上が図れています</p> <p>全職員の定例会議の他、非常勤職員や看護師などの雇用形態や業務分類ごとの会議を定例化し実施することにより、現場の声を汲み取り、それを組織としての動きに反映させる努力を行ってきました。会議への参加によって職員全般に仕事に対して「やらされる」仕事からの脱却、自分で仕事に取り組む、主体的に仕事に関わる意識が育ってきています。その変化の中で、職員全体にモラルアップが浸透しており、非常勤職員の中から介護福祉士の受験に向けての動きも見られます。</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」	<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	
基準を超えた看護師配置により、利用者の安全を確保しています	

看護師は配置基準の常勤換算1名を超えて常勤換算1.9名となり、手厚い看護を目指しています。常時活動室に看護師が2名程勤務する体制は、医療的ケアを必要とする利用者が安心できる環境になっています。定期的な健康診断や身体測定を実施し、バイタルサインの測定を行い、利用者の健康状態を把握しています。個別ファイルには、血圧、脈、体温を記録し、入浴後にも必要な処置を行う場合もあります。発作を伴う利用者にとっても、看護師がいる事で、主治医や医療機関との連携もしやすい環境になっています。看護師は、身体状況や皮膚の状態の観察も十分に行い、職員が迷った時に頼りになる存在となっています。

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

収入増の目標数値を職員にも分かりやすく提示し、実行に繋げ黒字化を実現しました

年度初めの事業計画作成時に事業所の予算の特質として①曜日ごとに利用予定者の総数が異なる②施設整備関連の支出が大きいという事を職員に説明し、経営安定化の必要性を職員と共有する事が出来ました。利用実績の増加と事業収入の関連を意識させ、利用者の月毎の目標値を算出し、それを職員室に掲示し月毎の目標と実績値の差異が分かるように可視化しました。その事により現場職員の予算に対する理解が向上し、利用者増による職員に対する負担増についても一定の理解と納得を得られることができました。結果として、職員のモラルを維持しながら事業拡張による黒字化の実現に繋がっています。

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

利用者への対応について対策をとりましたが、成果には至らず今後の課題となっています

プログラム実施時の職員の動きが各プログラムに分散され、活動室での対応が手薄になる傾向が前年度まで顕著でありました。そこで①活動室での自由な時間の中で利用者の方々の個々の話や要望にきちんと応えることが出来るよう活動室への職員の配置を重視する。②職員個々の動きをわかりやすくするために職員の居場所が分かるボードを作成する等の対応策を講じました。しかし、利用者増によって職員の動きに余裕がなくなり、利用者の方の向き合う時間が減ってゆく傾向は、非常勤職員の補充にもかかわらず変わっていません。障がい支援区分の高い利用者が増えており、介助が多くなっている事が大きな要因で対応策の効果が吸収される状態になっています。

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		評点(0000)
	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>事業所ホームページの作成で、利用希望者の理解が進むようにしています</p> <p>事業所独自のホームページを作って利用希望者に広く情報提供しています。ホームページには、事業所が生活介護事業・日中活動グループとして、入浴やリハビリ、余暇活動としての日帰り旅行、社会参加としての買い物や散歩を実施し、相談支援事業所が併設されていることも案内しています。今後は、実際の活動が判るような写真なども掲載したいと考えています。法人のホームページは概要、経営理念、決算報告、事業計画などを掲載しており、法人が目指す方向性が分りやすく掲載されています。</p> <p>カラー刷りのリーフレットの作成で、事業所の具体的な内容を紹介しています</p> <p>3つ折りのハンディータイプのリーフレットは、多色刷りでイラストを多く使っています。表紙に建物の全景写真を掲載し、入浴、送迎、室内活動、創作、送迎など、実施しているサービスを紹介しています。実施している日帰り旅行については「利用者の声」「職員の声」を掲載し、読み手にイメージしやすいようにしています。他に事業案内として「パステルパレット・利用のご案内」を配付しています。作業グループの「プリントパステル」では得意のパソコン印刷で、案内や各種ポスターを作って配布しています。</p> <p>見学や問い合わせには随時対応しており、施設の専門性など丁寧に案内しています</p> <p>利用希望者は、相談支援事業所の相談員と一緒に見学に来る場合が多く、事前に見学申し込みの連絡を受け、日時を設定しています。見学時には送迎をすることもあります。身体介護の利用希望者が多く、施設案内では、施設の専門性についても丁寧に説明し、希望者と同性の職員が説明するようにもしています。見学の様子は活動日誌や「生活介護実績記録票」に記録しています。利用希望者以外は、地域の自治会員や特別支援学校の先生が見学に来ることもあり、現状を理解できるように丁寧に案内しています。</p>		
	サブカテゴリ-2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ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		評点(000)
	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		評点(0000)
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 checked="" type="radio"/> あり <input 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		
<p>重要事項説明書や契約書を用いて、通所の開始前に必要な説明をしています</p> <p>見学を終えた利用希望者から通所の意思を確認すると、事業所の職員が自宅または入院先等を訪問し、面談しています。この面談では同性の職員が訪問し、アセスメント表を作成しています。主治医の診療情報提供書や手帳のコピー、受給者証などの書類の提出を受けて、事業所内では「新規受け入れ会議」を開催し、受け入れの準備をします。契約時には、利用希望者に、「重要事項説明書」及び「利用契約書」に基づき丁寧に説明し、利用希望者が納得した上で契約を結んでいます。契約後、初回利用日の設定等も行います。</p> <p>利用開始当初は、今までの介助方法を引き継ぎ、支援の統一にも注力しています</p> <p>通所介護では、入浴の道具など持ち物の用意や、決まった時間の送迎など、在宅や入院生活では体験しないことも多く、慣れるまでの時間をかけています。利用開始後、日々のプログラムでは、事業所側の慣例を優先することなく、自宅での介助方法を提供できるように努め、利用者に不安が生じないようにしています。また、初めは見守りを強化し、職員間の綿密な情報交換で支援方法の統一について話し合っています。話し合いの内容は申し送りシートの配慮事項にも記述して共有しています。</p> <p>サービス終了時には、個別の行き先に対して情報提供しています</p> <p>転居などでサービスを終了する場合は、活動グループや馴染の仲間とお別れのセレモニーをすることもあります。高齢のサービスを受けることが可能な年齢になると、同敷地の棟続きの建物で同法人が運営する介護保険のデイサービスに移行する利用者もおり、介護保険への移行手続きをしています。また、同敷地内という事で、引き続き様子を見たり、情報を提供できる環境にあります。入院などの場合は、個別の事情に応じて、利用者や家族の要望に沿って必要とされる情報提供をしています。</p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/10
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(000)
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、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
サブカテゴリー3の講評		
アセスメントや面談を通して利用者の要望を把握し、個別支援計画に反映させています アセスメント表や利用者台帳に情報を収集し、個人別にファイルしています。個別支援計画の作成では、支援員は利用者自身の力を信じ、目標(ニーズ)に対して、アプローチと支援方針を明確にしています。通所の目標は「生活の場に潤いを」であり、無理にレベルアップを求めることは無く、利用者自身が課題と考えている点を聞きながら計画を立案しています。相談支援事業所等のサービス等利用計画もファイルに綴じて支援に活かしています。計画が新しくなると、担当職員は家庭に出向き、直接家族等に対して説明しています。		
個別支援計画は定期的に見直し、個別支援会議、定例の会議で情報共有しています 個別支援計画は、年2回、中間期と期末に見直しを実施し、モニタリング用紙を使って達成度を確認しています。職員一名あたり10名程度の利用者を担当する担当制を採用しており、計画作成時と見直し時の個別支援会議には担当者が利用者の意向を代弁しています。支援上の留意点や利用者特有の支援ポイントは、ミーティングで常勤・非常勤合わせた全職員に周知しています。計画作成の参考資料である、基本情報や面談記録などの個人の情報は1冊に集約し、通所時の様子は「活動のまとめ」として詳細に記録しています。		
日々の「申し送りシート」を活用し、職員が状況把握と情報共有に努めています 朝8時45分からの申し送りは、壁に貼ってある「申し送りシート」の内容を確認しています。非常勤職員の提案で導入した「申し送りシート」は、一日の活動の流れと配慮事項が一目で確認できるシートになっています。前日の終了時に利用者の様子や支援方法を検討し、共通認識を持った上で翌日分のシートを完成させます。翌朝、職員はその日の追加情報をシートに入れて確認後に支援に入ります。このシートにはヒヤリハットとインシデント、服薬についても欄があり日々確認できるようになっています。		
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	○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

個人情報の取り扱いと、利用者のプライバシーの保護を意識して支援しています
 利用開始時には、個人情報提供同意書を用いて、利用者情報の取り扱いについて説明しています。職員は利用者のプライバシーに関する情報を、他の人に聞こえるような場所で話さないように気を付けており、面談の際や個人的な相談を受ける時も、場所の設定に気を配っています。利用者情報を事例検討等に使用する場合も利用者の了解を得ています。その他、ロッカーの提供や個人宛に配布物を名前が見えないように渡したり、車いすの背面のバックの中身の出し入れの際にも逐一利用者に確認を取っています。

声掛けに気を付け、利用者の羞恥心に配慮した支援をしています
 個人を呼ぶときには苗字に「さん」を付け、愛称や下の名前で呼ぶことはありません。親しみを込めて友達と話すような言葉かけを禁止し、程よい距離を保って丁寧語を使用しており、職員が明るくハキハキと利用者に話かける姿は、訪問調査でも確認できました。トイレ介助や入浴介助時、利用者の下着の着脱時には「失礼します。」の言葉をかけ、トイレ介助の職員間の会話では隠語を使用しています。入浴時も着替えは人目に触れないようにカーテンで仕切ったスペースでゆっくりできるように配慮しています。

マニュアルや会議等で、利用者の人権への姿勢を確認しています
 利用者の人権への配慮に関しては、法人共通の権利擁護規定や虐待防止対応マニュアルがあり、職員全員に配付する「職員ハンドブック」にも掲載して内容の確認を徹底しています。無意識に相手を傷つける言動がないかを、職員間でチェックすることもあります。会議では「利用者への言葉遣い」「利用者との適切な距離」を取り上げ、同性介助の視点を含めて検討しています。法人が全事業所に導入した利用者に対する教材「人権ツール」は知的障がいを対象としているため、今後は身体障がいに向けた文言に加筆修正して使用したいと考えています。

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化 サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 9/11

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(〇〇●)
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(〇〇●)
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

サブカテゴリー6の講評

法人のマニュアル類の他に事業所独自の手順を明確にし業務の標準化を図っています

法人が作成したマニュアル類が整備されており、危機管理、個人情報、衛生・安全管理・苦情処理等を使用しています。加えて様々な事業所独自の手順を明確にして標準化を図っています。業務分担も明確で、その日の業務の流れを時系列で表した「本日の流れ」も白板に書き出しています。利用者個人別のファイルにも配慮事項を明記しています。各種マニュアル、手順書整備や書類の書式変更は、主任と副主任が中心となって整備しています。今後は改訂の基準を定め、定期的な点検と見直しの実施が期待されます。

利用者が安全に過ごせるように職員全体で取り組んでいます

身体介護に関する支援方法など、個人別の配慮事項と支援の標準化について、常勤職員と非常勤職員が話し合って統一しています。壁には「申し送りシート」が貼ってあり、一日の活動の流れと利用者への配慮事項がいつでも確認でき、ヒヤリハットとインシデントについても確認する事ができるようになっています。また、帰りの打ち合わせ時には職員間でヒヤリハットの確認をしており、利用者が安全に過ごせる様に取り組んでいます。

常勤職員は様々な研修に参加しスキル向上に努めています

職員の教育面では、法人内部研修、外部研修に多く参加し、職員のスキル向上の努めています。27年度は法人内部研修は延41名が参加し、外部研修にも延26名が参加しています。研修の内容は技術に関するものはもちろん、人権やマナー、また法人内研修の課長・主任向け研修では「予算執行表を読む」や「面接の実施と願いを込めた業務分担」など、様々な種類に参加しています。このように研修には多く参加していますが、参加者は常勤職員が多く、非常勤職員の参加は外部研修で延2名のみとなっており、非常勤への取り組みが今後期待されます。

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	22/22
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(0000)	
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>個別支援計画作成後は計画に基づいた支援がされるよう職員間で情報共有しています</p> <p>個別の支援計画は職員が話し合って作成し、利用者や家族に説明しています。計画は年2回、中間期と期末に見直しを実施し、モニタリング用紙を使って達成度を確認しています。新しく計画ができた時には支援に関する重要なポイントを職員に周知し、個別支援計画に沿った支援がされるよう情報共有しています。計画は無理にレベルアップを求めることは無く、利用者自身が課題と考えている点に着目して作成されており、一人ひとりにあった支援の提供を目指しています。</p> <p>意思疎通は利用者の特性に合わせ、利用者間でのコミュニケーションにも配慮しています</p> <p>言語でのコミュニケーションが困難な利用者には、手ぶりや身振りで伝え、口頭、書面、イラスト、写真などを使用して、利用者一人ひとりに合ったコミュニケーションの方法をとっています。利用者への対応は職員間で統一し、利用者が混乱しないように努めています。また、利用者間でのコミュニケーションへの対策として、食事の時のテーブルの組合せや送迎車の乗車席等は関係性や相性を十分に考慮して設定しています。</p> <p>利用者にとって有意義な情報提供や集団生活でのルール等を伝えています</p> <p>玄関から入り、目に触れやすい場所に掲示板を設置し、利用者にとって有意義な情報を提供しています。自立した生活を送るために必要な情報として、例えばグループホームなどの入所施設や居宅介護サービスなどの活用を案内し、必要に応じて利用案内を渡しています。新規利用者には、集団のルールや決まりを分かりやすく伝え、利用者が困らないように情報を提供しています。また、周囲との関係を保つため、社会的なルールや他の人への配慮なども伝えるようにしています。</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(0000)	
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

様々なメニューから自分に合った活動や作業を選び、意欲的に過ごせるようにしています

事業所は、意欲的な利用者の意向に沿って、活動のプログラムに工夫を凝らしています。余暇活動にも力を入れ、利用者が希望する行き先を選べる「選択プログラム」ではショッピング、ラーメンの博物館、人気のキャラクター展示など豊富な選択肢があります。秋の旅行アンケートは2回に分けて実施し「山、海、川、有名スポット」から行きたい場所を選び、第2回目に具体的に「したい事」を聞いています。行事やイベントは利用者の意向を尊重しています。

家具の配置や空間の清潔保持に努め、居心地の良い環境を作り努めています

職員は、利用者に快適な環境で一日を過ごしてもらいたいと考え、車いすの通行の邪魔にならないように椅子やテーブル、作業台などの家具を配置し、パーティション、掲示板の設置場所にも配慮しています。清掃は職員が毎日おこない室内は清潔になっています。トイレを使用した後は汚れていないか確認しています。様々な音や物に刺激を受ける利用者もいますので、それぞれの利用者の特性に応じて、少しでも過ごしやすい環境となるよう整備しています。

希望や要望を反映した食事を用意し、大勢で楽しく昼食を摂れるように配慮しています

中途障がいの方も多く、程度の差はあっても、一度は挫折し、その後頑張って生活を立て直している利用者が多くいます。在宅の生活では一人で食卓に向かう事が多いとのデータがあり、昼食は活動室で仲間と同じテーブルを囲んで、楽しい雰囲気になるよう職員が配慮しています。また、月1回、厨房会議を行い、利用者アンケートの結果も考慮して献立を作成しています。食事介助が必要な方が、日によっては20人いる日もあり、職員が連携して介助しています。糖尿病食、減塩食等も用意しています。職員も利用者と同じ昼食を食べ、検食簿もつけています。

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】 服薬の誤りがなくチェック体制を整えている	○非該当

評価項目3の講評

看護師常駐している環境が利用者の安心に繋がっています

常時活動室に看護師が2名程勤務する体制は、医療的ケアを必要とする利用者が安心できる環境になっています。看護師は定期的に健康診断や身体測定を実施し、バイタルサインの測定を行い、利用者の健康状態を把握しています。個別ファイルには、血圧、脈、体温を記録しています。入浴後にも必要な処置を行う場合もあります。発作を伴う利用者にとっても、看護師がいる事で、主治医や医療機関との連携もしやすい環境になっています。看護師は、身体状況や皮膚の状態の観察も十分に行い、職員が迷った時にも頼りになる存在になっています。

生活習慣病予防や食事管理、健康維持など家族の相談にも応じています

利用者の中には、生活習慣病予防や運動不足で悩む方もいます。アレルギー体質や慢性疾患のある利用者も受け入れていることから、心配なケースでは連絡ノートを活用し、家庭と連携を取って健康状態を確認しています。季節の疾病や、食事管理、水分補給などの相談にも応じています。服薬は基本的には自己管理とし、支援が必要な利用者へは申し送りシートに薬の有無を記入し、日々職員間で情報を共有しながら誤薬を防ぐ取り組みをしています。昼食時はトレーに薬カードを載せて配膳し、間違いがない様に取り組んでいます。

心身ともにリラックスし、心地よい時間を提供する機能訓練の充実をめざしています

機能訓練室に設けた訓練用施術台は、利用者の座位が安定する高さやゆったりとした広さを確保できる物を手作りして使用しています。個別のマッサージやホットパックは、心地よい時間の提供として利用者に好評です。リハビリ担当の職員の下、更に充実させていきたいと考えています。平行棒の棒部分は、丸から四角に変え、握力のない利用者が滑りにくく握りやすい物を用意しています。塗り絵、折り紙や手指を使う作業療法的なメニューもあり、壁に作品を飾っています。今後は利用者全員がリラックスして参加できるスヌーズレン療法などを考えています。

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

家族との利用者情報の共有は、連絡ノートや送迎時の会話で行っています

家族との日々の連絡は連絡ノートや送迎時の会話が中心になっています。連絡ノートは利用者の8割以上の方が使用しています。連絡ノートの書式は自由で、中には「〇〇さんの日記」として利用するサービスに係る専門職員全員が記入する形式を使用している人もいます。朝、到着した利用者は連絡ノートを所定の場所に置き、職員はその内容を直ぐに確認しています。また、送迎時の会話も重要視していますが、家族から情報を聞く職員と担当職員が異なる場合が多く、情報の引継ぎに課題意識を持っています。

利用者の行動の意味や伝達方法を家族から聞き取り、日々の支援に活かしています

家族での様子など、家族から情報を貰って支援内容を検討する必要のある利用者も多くなっています。家庭で使っている独自のコミュニケーションの手段や手話などの情報を教えてもらうこともあり、嗜好品や生活習慣など、家族からの情報を個別の支援に活かしています。本人の不快な時にする仕草を聞いて支援に役立てることもあります。反対に事業所での利用者対応から生まれたコミュニケーションや仕草等、必要と思われる情報は家庭に提供しています。また、家族からの要望があった場合には速やかに返事を出して関係性を構築しています。

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

散歩外出や社会資源を活用した外出企画で、利用者の生活の幅を広げています

通所開始時には利用者から生活歴や余暇活動などを聞いています。その上で、利用者の関心の高い場所や、行ったことが無い場所への外出を計画しています。外出企画は、非日常的な体験で楽しんでもらえることを目指しており、企画終了後は掲示された写真を見て話題にするなど、思い出を長い時間共有しています。日中活動では近隣の公園などの散歩に出て、活動の幅を広げ、利用者同士が協力して車いすを押す姿なども見られます。日頃、集団行動が苦手な利用者が精一杯行動して楽しんでいる姿や、特別な笑顔に職員が励まされることもあります。

様々な企画を盛り込んだ秋祭り「ほっぱれ祭」では、地域の方々と楽しく過ごしています

昨年からの秋祭り「ほっぱれ祭」は、隣接する高齢者デイサービスと共催でおこなっており、今年は更に規模を大きくして実施を予定しています。事業所内はもちろん、近隣の中学校、病院などにもポスター掲示をお願いしています。担当の職員がリードし、職員と利用者の意見を集約し企画の練っています。来場者参加型の趣向を増やして、福祉体験コーナーでは車いす乗車体験を企画し、その他ゲームや販売など、地域住民との交流を積極的に増やしています。地域のボランティアにも協力をお願いして、成功に向けて取り組んでいます。

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(0000)

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

充実した日中活動で楽しい時間を過ごせることを、利用者支援の基本に据えています

身体に障がいを持つという事で、社会との隔たりを感じながら生活してきた利用者が、きっかけを掴み、様々な思いを抱えて通所を始めたということを事業所側は受け止めています。個々の思いに沿った目標や目的に応じて、充実した日中活動ができるようにすることが通所の使命と考えています。活動室には大小のテーブルを置き、慣れた場所で好きな作業に参加できるようにしています。事業所は明るく楽しい雰囲気気を大切に、気分転換が図れるように声掛けもしています。

利用者に合った作業の提案で自発的な行動を促し、生活の質の向上をめざしています

2階の作業室を「プリントパステル」と名前を付け、作業グループが活動しています。活動内容は、名刺印刷、ホームページ作り、写真印刷、ビデオテープをダビング編集する作業等で、案内のチラシやポスターを掲示して注文を受けています。それらを纏めている専任の職員も配置しており、利用者のやりたい活動が安定した作業に繋がるようにと考えています。期間限定でセールを実施するなど工夫し、利用者の特徴を捉えた上で作業に打ち込める環境を作っています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-1-1	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)
タイトル①	地域のオンブズマンの訪問を月1回得て、利用者や経営層と意見交換の場を持っています	
内容①	法人としてオンブズマン制度を取り入れており、当事業所においても相模原市の地域ネットワークのオンブズマンに参加しています。1か月に一度オンブズマンの訪問があり、地域のオンブズマンが、直接利用者と面談をしています。事業所や職員に対する要望や苦情もこの場でオンブズマンに伝えられています。時にはオンブズマンは経営層と話し合う事もあり事業所の運営についても意見交換しています。この様に外部の目を活用することにより地域社会に対し極めて透明性の高い組織を目指しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-4	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
タイトル②	申し送りシートの活用で、支援方法や留意点の共通認識を持った支援をしています	
内容②	非常勤職員の提案で生まれた「申し送りシート」で、一日の活動の流れと利用者への配慮事項がいつでも確認できます。一日の終わりに利用者の様子や支援方法を検討し、共通認識を持った上で、次の日のシートを完成させています。シートは掲示され、大きく目立ち、誰でも分かりやすくなっています。次の日の朝には、引き継いだシートにさらにその日の職員が認識している追加情報を入れ、職員間で共有した後、支援に入っています。また、ヒヤリハット、インシデント、服薬の欄もあり、利用者の安全についても確認が出来るようになっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-6	【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	利用者の安全確保や心のケアの為、基準を上回る看護師を配置しています	
内容③	日常生活に恒常的に医療ケアを必要とする利用者が多いこともあり、看護師の重点配置に取り組んでいます。配置基準はサービス提供時間から見れば1名であるところ、常勤雇用の看護師1名に加え常勤換算で+1.9名分の非常勤看護師の配置を行っています。看護師の増員は、利用者の安全はもとより、特に中途障がい利用者は以前の自分と比較し、心身に傷を負っており、寄り添う看護師が居るだけで安心感が得られるとの考えから増やしています。また、看護師が増えたことで事故や感染症のマニュアルの充実にも寄与しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	プログラムや日課の充実、人員の増強も図った上で利用者を増やし、更に職員の経営意識も高め、最終的に収支が黒字になっています
	内容	財政の改善に向けて、単に利用者を増やして、職員に負担感を与えるという事ではなく、障がいの程度が重い利用者の受け入れのための看護師の増員、リハビリに関するプログラム充実のための柔道整復師の新規採用など人員の増強を図りながら利用者を増やしました。その間、現場の職員にも事業の収支状況や利用実績等の数値もオープンにし、業績改善への参画意識を高めることに成功しました。また、新しい利用者の確保については、併設の相談支援事業所との日頃からの連携が有効に働き、最終的に収支は黒字になっています。
2	タイトル	常勤職員の定例会議に加え、非常勤職員会議と看護師会議を月1回開催し、多くの現場の声を取り入れ、業務改善に繋がっています
	内容	常勤職員の参加する定例会議は今までも月2回のセンター会議があり、そこで事業所の業務の方向性を決めていきます。しかし非常勤職員も看護師も日々利用者に対して直接対面しているメンバーであり、現場を預かる彼らが日頃感じている事や意見を汲み取ることは極めて重要という観点から、非常勤職員会議と看護師会議も月1回実施しています。この2つの会議の開催により、従来に比して有効な情報や意見が集まるようになり、事業所の業務や支援方法の改善に繋がっています。また、会議への参加を通じて仕事に対して主体的に取り組むような変化も確認できます。
3	タイトル	通所を希望する利用希望者は全て受け入れ、事業所で充実した日々を過ごせるような環境を作っています
	内容	障がいの状況を問わず、通所を希望する人を全て受け入れる姿勢を堅持しています。身体に障がいを持つという事で、社会との隔たりを感じながら生活してきた利用者が、きっかけを掴み、様々な思いを抱えて通所を始めたとことを事業所側は受け止めています。事業所では、個々の想いに沿った目標や目的に応じて、選択プログラムや機能訓練、入浴、食事など、日中活動により充実した日々を過ごせるような環境を作っています。また、医療ケアの必要な利用者が増えていますが、看護師を基準以上に配置し、体制を整備しています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	恒常的な業務過多等、人員配置の適正化や業務分担の見直しによる改善が期待されます
	内容	当事業所は経営目標として単年度黒字化を目指しており、その為には利用者数の増加による事業収入を増やすことが喫緊の重要課題となっています。この為プログラムの拡充なども行っており、そのための人員の増強も行っていますが、一般的に仕事の強度が高くなりがちで、業務過多が恒常化する傾向がみられます。結果として、時間外労働も恒常的に多くなっており、職員のメンタルヘルス面を含めた健康への不安が存在しています。労働環境の改善という面で人員配置や業務分担の更なる見直しが期待されます。
2	タイトル	職員へのモチベーションアップの更なる取り組みとして、評価者の基準を統一した人事考課の策定が期待されます
	内容	会議や上司との面談の場が確保されているため、職員の仕事の面での希望や意見を汲み取る仕組みはできています。また、現在のところ職員のモチベーションも全般に高く維持されている事が窺えます。しかし職員一人ひとりについての人事考課などには課題が残ります。今後は評価者の基準を統一した人事考課により、職員一人ひとりが適切に評価されるしくみ作りが期待されます。その上、報酬(賃金、昇進・昇格、賞与)などにも連動させる等、職員の更なるモチベーションの向上に繋がるような取り組みが期待されます。
3	タイトル	個別の育成計画、研修計画の策定が期待されます
	内容	法人では、社会人・組織人としての人格形成から専門職としてスキルアップする研修を用意し、各階層別に年間研修予定を立てています。資格取得に必要な講座の紹介や福祉の基礎的な資格については法人独自の合格のための講座を開設し、無料で参加できる支援を実施しています。また、法人外で実施される研修にも参加できる体制になっています。このように多様な研修制度があり、参加も後押しする環境にありますが、職員個別の育成計画や研修計画については確認できませんでした。今後は事業計画に連動した人材育成計画の策定が期待されます。