

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

社会福祉法人 県央福祉会
綾瀬市障害者自立支援センター ばらの里

平成30年10月23日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

福祉サービス第三者評価結果報告書

	〒	251-0024
所在地		神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7
評価機関名		株式会社フィールズ
認証評価機関番号		認証第6号
電話番号		0466-29-2-9430
代表者氏名		関野 保

評価者氏名	評価者氏名		修了者番号等	
	①	山口 圭子	神機構-316	
	②	立川 功	神機構-550	
	③	佐藤 章	神機構-911	
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	多機能型事業所			
評価事業所名称	綾瀬市障害者自立支援センターばらの里			
評価事業所連絡先	〒	252-1106		
	所在地	神奈川県綾瀬市深谷南2-7-2		
	Tel	0467-77-6005		
評価事業所代表者	平山 正友			
契約日	2018	年 3	月 2	日
利用者調査実施日	2018	年 6	月	
利用者調査報告日	2018	年 8	月 20	日
自己評価の調査開始日	2018	年 5	月 10	日
自己評価報告日	2018	年 7	月 29	日
訪問調査日	2018	年 8	月 29	日
評価合議日	2018	年 8	月 29	日
コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)	利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくなった。 第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。			

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)行政・教育等の関係機関とのネットワーク拡大、イベントへの積極参加による地域貢献、地域情報の収集ならびに事業所情報の発信により、『綾瀬市にばらの里あり』と認知されるための取り組みを推進します。</p> <p>2)指定管理事業として、綾瀬市と協議しながら、地域の要請である「肢体不自由者（特に重症心身障がい者）の受け皿」たり得るべく、必要となる環境整備・職員育成を推進します。</p> <p>3)上記2を推進する一方で、既存の利用者さんとの融和を図ります。</p> <p>4)市のマスコットキャラクター関連の新たな商品展開など、地域において新たな役割が担えるよう働きかけ、工賃向上を図ります。</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>利用者さんを障がい者としてではなく地域の一生活者として、その生活を丸ごと支える。利用者さんが施設の中で過ごす時間は生活のごく一部であり、その他多くの時間はご自宅など地域で過ごしていることを明確に意識する。利用者さんが望む限り住み慣れた地域で生活し続けるための方策を、利用者さんだけでなくご家族や関係者とともに常に考え続け、よりよい生活を実現できるコーディネーターとしての役割を果たしていく。</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>社会資源が少ないと言われる綾瀬だからこそ、裏を返せば、やろうと思えば何でもできる環境である・夢を実現するチャンスなのだ強い意識(好奇心)をもってほしいと考えている。意識を強く持つだけでなく、チャンスを掴もうと行動に移す勇気と、仲間とともに弛まず諦めず前進する一貫性、これらに加えて権利擁護意識をバランスよく持ち合わせるにより、利用者さん第一を原理原則とした行動ができる職員であってほしい。</p>

調査対象	「綾瀬市障害者自立支援センターばらの里」を利用している全員
調査方法	一定期間(2週間)に対象サービスを利用している方にアンケート用紙・返信用封筒を渡してもらい、評価機関送付頂いた。

多機能型事業所全体

利用者総数	19	
	アンケート	計
共通評価項目による調査対象者数	19	19
共通評価項目による調査の有効回答者数	8	8
利用者総数に対する回答者割合(%)	42.1	42.1

生活介護

利用者総数	14	
	アンケート	計
共通評価項目による調査対象者数	14	14
共通評価項目による調査の有効回答者数	5	5
利用者総数に対する回答者割合(%)	35.7	35.7

入力不要
自立訓練(機能訓練)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要
自立訓練(生活訓練)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要
宿泊型自立訓練

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要
就労移行支援

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要
就労継続支援(A型)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

就労継続支援(B型)

利用者総数	5	
	アンケート	計
共通評価項目による調査対象者数	5	5
共通評価項目による調査の有効回答者数	3	3
利用者総数に対する回答者割合(%)	60.0	60.0

利用者調査全体のコメント

回答者からの結果で、総合的な感想について「現在利用している施設のサービスを総合的に見て、どの程度満足していますか」については、「大変満足」13%「満足」63%で76%が満足している状態です。「不満」「大変不満」も2名の回答がありました。

個別の質問でも、ほとんどの項目で「はい」が大勢を占めています。その中で「事業所の設備はあんしんして使えるか」では「どちらとも言えない」「無回答」が75%あります。

自由意見では、「親からの視点。養護学校高等部を卒業してから通い続けています。通うのを嫌がる事もなくきているので、本人にとってはいい場所だと感じています。この間、経営母体の変更が合ったりしましたが、現状は利用者の事を考えて動いてくださっていると思います。」などがあります。

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	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 回答者の87.5%が「はい」と答えています。	7	1	0	0
2. 事業所の設備は安心して使えるか 回答者の62.5%が「どちらとも言えない」と答えています。	2	5	1	0
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか 回答者の62.5%が「はい」と答えています。	5	2	1	0
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか 回答者の50%が「はい」と答えています。	4	3	0	1
19. 職員の接遇・態度は適切か 回答者の75%が「はい」と答えています。	6	2	0	0
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか 回答者の全員が「はい」と答えています。	8	0	0	0
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか 回答者の62.5%が「はい」と答えています。	5	2	0	1

22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	6	2	0	0
回答者の75%が「はい」と答えています。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	6	2	0	0
回答者の75%が「はい」と答えています。				
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	6	1	1	0
回答者の75%が「はい」と答えています。				
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	6	2	0	0
回答者の75%が「はい」と答えています。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	2	0	1
回答者の62.5%が「はい」と答えています。				
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	1	1	2
回答者の50%が「いいえ」「どちらとも言えない」「無回答」と答えています。				

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
4.【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	5	0	0	0
回答者の全員が「はい」と答えています。				

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
16.【就労継続支援B型】 事業所での活動が働くうえでの知識の習得や能力の向上に役立っているか	1	1	1	0
回答者にばらつきがみられます。				
17.【就労継続支援B型】 工賃等の支払いのしくみは、わかりやすく説明されているか	1	2	0	0
2名が「どちらとも言えない」と回答しています。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

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 7/7
	評価項目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)を周知している <div style="text-align: right;">評点(〇〇)</div>	
	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)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	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、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
	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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇)</div>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、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、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○ 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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</div>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 重要な案件の検討や決定の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る ○ 非該当
	カテゴリー1の講評	
	朝礼時に理念・使命を唱和し、職員に周知しています 毎日の朝礼時に、法人の理念と3つの使命を唱和して職員へ周知しています。朝礼後の出勤者も、勤務前に唱和をし理解を深めています。新人研修では理念が記載されたハンドブックを配布し、理念についての説明を行っています。家族には、偶数月に開催する家族会で、事業所の報告と共に事業所が目指していることを所長から伝えています。昨年度からは、家族・当事者目線で語れる講師を招き講演会を開催するなどしています。	
	管理者、副主任は、職員会議での司会・進行を行い会議をリードしています 職員会議では、管理者と副主任の経営層が司会・進行を行い会議をリードしています。会議の中では、管理者が事業所の起案や方針などを、全職員に伝え議題の内容をまとめています。また、終礼時に職員からの話を聞き、管理者としての役割を伝えリーダーシップを発揮しています。運営規定の中にも管理者の職務内容が明示されています。	
	重要な案件については、法人の経営企画会議やエアーマネジャー会議などで決定されます 重要な案件は、主に法人の経営企画会議やエアーマネジャー会議などで決定されます。経営企画会議では、運営に関する重要な案件の意思決定を行っています。理事長も参加し、所長から事業所の議案を上げて、参加者で議論し決定しています。エアーマネジャー会議では、人員配置や地域課題へのアプローチの方法などを話し合い決定しています。決定した内容は職員会議で伝え、必要時書面でも配布しています。利用者や家族には、家族会で所長から説明しています。新規事業についての重要な案件については、書面でも伝えています。	

2			カテゴリ-2	
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行				
			サブカテゴリ-1(2-1)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			6/6	
評価項目1			評点(000000)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している				
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について情報を収集し、ニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している		○ 非該当	
● あり ○ なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している		○ 非該当	
			サブカテゴリ-2(2-2)	
実践的な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	
			5/5	
評価項目1			評点(000)	
事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている		○ 非該当	
評価項目2			評点(00)	
着実な計画の実行に取り組んでいる				
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)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 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	

カテゴリー2の講評

利用者の意向を聞き、社会体験の個別化を実施しています

社会体験の一つである外出プログラムについては、今まで職員が決めていましたが、昨年度から利用者に個別に聞いて、希望に沿ったプログラムに参加出来るように実行しています。例えば、カラオケやボーリング、女子会ランチなど希望するプログラムに参加出来るよう個別に対応しています。個別支援計画作成時に利用者との個別面談を行い、意向を聞いています。日頃から、所長には困ったことなど利用者が気軽に相談に来ています。職員には毎年法人が意向調査を実施し、異動や退職などを含めた意向を把握しています。

社会福祉協議会や自立支援協議会に参加し、地域福祉の現状を把握しています

綾瀬市の規模がコンパクトにまとまっているため、市や関係機関との連携が強固で風通しも良く、地域の情報は得られやすくなっています。社会福祉協議会や自立支援協議会に参加し、地域の情報を収集しています。所長が社会福祉協議会の評議員になっています。また、相談支援事業所、基幹相談支援センター、保健福祉プラザとも連携し、地域のニーズの把握に努めています。事業所の経営状況は毎月の実績を入力し、月次試算表を作成して推移を把握しています。

法人の中期計画に基づいて事業所で事業計画を策定しています

法人が策定している中期計画(マスタープラン)に基づいて、事業所では単年度の事業計画を策定しています。今年度は以前の地域作業所から開設30周年になり、記念行事を計画しています。また、肢体不自由者(特に重症心身障がい者)向けの新規事業を検討しています。平成29年から5年間の第2期指定管理者制度の指定を受け、5年間の課題解決に向けての取り組みを行っています。

カテゴリー3

3 経営における社会的責任

サブカテゴリー1(3-1)

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

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

2/2

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、遵守されるよう取り組んでいる

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 全職員に対して、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(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○ 非該当

サブカテゴリー2(3-2)

利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている

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. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○ 非該当

評価項目2

虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 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	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として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

サブカテゴリ-3(3-3)

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

5/5

評価項目1

透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○ 非該当

評価項目2

地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-3の講評

法人の人権報告会・集会で権利擁護の研修を実施し、理解を深めています

法人の人権報告会で、権利擁護の専門家を講師として毎年招き、全職員を対象に昼夜2回に分けて研修を実施しています。年1回の職員会議では、倫理行動マニュアルの読み合わせを行い、自らの行動の振り返りを行っています。また、権利擁護に関するDVDを視聴し、適切な言葉かけや対応方法を確認し不適切行為の防止に努めています。終礼時には、職員同士で利用者に対する言葉かけや、制止語使用していないかを話し合っています。経済的虐待やネグレクトなどが疑われる場合は、市に連絡し相談事業所にも伝えて連携をしながら対応しています。

契約時に重要事項説明書で利用者・家族に苦情解決制度について伝えています

契約時には、所長やサービス管理責任者から苦情解決制度について説明しています。苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員について伝えています。苦情解決制度のポスターを所内に掲示しています。苦情解決対応マニュアルが整備され、苦情を受け付けた職員は苦情受付担当者(所長)に報告しクレーム(苦情)報告書に内容を記載し提出します。所長からエリアマネージャーに報告し、エリアマネージャーから本部に報告をします。苦情や虐待事例を本部の危機管理対策室で集約し、各事業所にメール発信して情報共有をしています。

市と連携して、公式マスコットキャラクター製品の制作・販売を行っています

市の秘書広報課と連携して、公式マスコットキャラクター「あやぴい」の缶バッジ・マグネットの制作・販売を行っています。地域の小・中学校の秋まつりに参加し、自主製品のたわしや缶バッジの販売を行い交流しています。また綾瀬市での肢体不自由者を受け入れる日中支援の事業所として、地域のニーズに応えています。市の障害福祉計画に掲載され、地域へ情報発信を行っています。また、自立支援協議会や社会福祉協議会に参加し、所長は社会福祉協議会の評議員として協力しています。

4			カテゴリ4	
リスクマネジメント			サブカテゴリ1(4-1)	
リスクマネジメント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	1/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			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の実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている		○ 非該当	
○ あり ● なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている		○ 非該当	
○ あり ● なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している		○ 非該当	
○ あり ● なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる		○ 非該当	
サブカテゴリ2(4-2)			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			3/4	
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			評点(○○○●)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている		○ 非該当	
○ あり ● なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている		○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している		○ 非該当	
カテゴリ4の講評				
<p>法人で危機管理規定を作成していますが、事業所としては実践するまでに至っていません</p> <p>事業所の建物は警備会社と契約し、セキュリティシステムを導入しています。不審者など発見した場合は、警備会社や警察にすぐ連絡取れる体制になっています。ネットランチャーも2本用整備しています。災害に備えて、法人が用意した非常食など3日分が備蓄されていますが、賞味期限などの点検確認は行われていません。BSPは市役所が管理するのがありますが、事業所独自での作成はありません。避難訓練は年4回実施しています。3月11日と9月1日には、大災害を想定した法人の総合防災訓練を実施し災害時に備えています。</p> <p>文書管理規定は作成されていますが、書類の整理をされることが望まれます</p> <p>文書管理規定が作成され、書類の廃棄についての基準が定められていますが、実際には廃棄されていない不要な書類も多く、書類の整理整頓を実施することが望まれます。現在使用中の書類も雑然としているため、情報を得るなどにタイムロスが多くなっています。個人情報に関する書類は鍵のかかる書棚に保管されています。法人の情報システム室で情報を管理しています。クラウド上にてデータを保存し、外部からはネットワークに侵入できないようにしています。職員も一般職、事務職、管理職でパスワードを別にしてアクセス制限を行っています。</p>				

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・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(○●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成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. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる 評点(○●●●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲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・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<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、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<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、意欲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. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/3

評価項目1

組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に
取り組んでいる

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○ 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、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-5の講評

チャレンジシートを用いて、人事考課を行っています

チャレンジシートで自己評価をした後に、所長と個別面談を行い業務に関する希望などを話し合っています。面談後は、所長からエリアマネジャーを経由し法人で評価を行っています。人材育成計画は作成されていませんが、チャレンジシートで個別に指導しています。法人作成の人事評価制度があり、キャリアパスについて明示されていますが、職員アンケートでは、キャリアパスを理解している職員が17%と低い結果が出ています。非常勤職員の有給休暇は申請した分は100%取得できるように、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。

法人内・外部の研修に本人の希望により参加しています

研修案内は所内に掲示したり、ミーティングで職員へ伝えていきます。職員の希望を聞き、法人内、外部研修に参加してもらっています。事業所としては、身体介助の知識、技術を習得する研修に積極的に参加を促しています。外部研修では、重症心身障がい者の介護技術の研修や、県立保健福祉大学の研修などに参加しています。有料で参加した研修は、レポートを提出しています。職員会議で報告し、資料は回覧し内容を職員間で共有しています。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

前年度の課題・目標は「家族会、市内の当事者会、自立支援協議会など、そして障害福祉課との連携を強化し、綾瀬市内における肢体不自由者(特に重症心身障がい者)へのサービス向上を図る為の具体的なロードマップを作成し、実行段階への移行を目指します」です。取り組みとしては、支援学校肢体級の移行支援担当教諭と連携し、30年3月卒業予定の市内在住者が3名在籍していること、更に下級生にも市内在住者が7名おり、近隣他市在住者を含めると多くの肢体級生徒が進路選定困難になるとの情報を得ました。また自立支援協議会において関係者間で情報を共有するとともに、重症心身障がい児者施設の視察をしたり、協議会内にワーキングチームを設置し、今後の課題を整理したり、法人として市内に新規事業所を開設すべく検討を開始しました。取り組みの結果、自立支援協議会など地域ぐるみで課題解決に当たる体制が構築できました。また、また綾瀬市在住の支援学校卒業予定者(肢体級重心)3名受け入れる想定で整備を進め、関係機関と協議調整を重ねています。今後は綾瀬市が近隣他市を含め、重度心身障がい者を含めた肢体不自由者の支援拠点を整備すべく官民協働を推進していきます。

目標の設定と
取り組み

- 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った
- 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む)
- 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

検証結果の反映

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない
- 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

目標設定に対し、支援学校の肢体級移行支援担当教諭と連携し情報が得られたり、自立支援協議会において関係者間で情報を共有でき、法人として市内に新規事業所を開設すべき取り組みが出来ました。取り組みに対して検証を行い、綾瀬市が大和、海老名、藤沢、座間各市の中間に位置することの強みとして、近隣他紙も含めた福祉サービス利用者(特に重症心身を含む肢体不自由者)の支援拠点を整備すべく、官民協働を推進していく方針です。検証結果目標の50%の達成でした。今年度の事業計画にも引き続き、当事者会自立支援協議会、障害福祉課との連携を強化し、綾瀬市内における肢体不自由者に対するサービス向上を図ることを重点目標にしています。取り組みの結果、法人が市内に新規事業所を開設することになりました。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

前年度の課題・目標は、「従来の契約サービスによるグループ構成を見直し、個別支援計画(利用者個々の特性)に基づき、①作業メイン②生活訓練・機能維持メイン③中間層の3グループに再編成し、支援の個別化と融合を改めて推進していきます」で、取り組みとして、前年度3月に所内環境の一斉リニューアルを実施しました。その結果、業務上の死角解消と利用者の動線・個別性が確保できました。作業スペースごとの利用者・職員の配置も変更できました。作業の一環として「さおり織り」を導入し、利用者の特性を踏まえた工程の分業や協働を推進出来ました。また商品化も検討しています。取り組みの結果、利用者や家族にはリニューアル後の作業環境についての事前説明・周囲を行い、理解を得られ好評でした。むしろ職員からリニューアル後利用者や緊密に関わる頻度が減ったことなどへの不安不満が生じました。想定内の結果でしたが、所長から所内環境だけでなく支援の在り方もリニューアルすることが目的だったことを説明しています。職員を従来より効率的に配置でき、利用者に対する個別の働きかけが活発になり、就労支援B型の利用者の生活面での不安も浮き彫りになってきました。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

課題・目標に対して、所内環境の一斉リニューアルを実施し、利用者の動線・個別性が確保でき、作業ごとの利用者・職員の配置の変更が出来ました。取り組みを行ったことで、ほぼ目標は達成できました。職員の利用者に対する個別に働きかけが活発になったことと、就労支援B型の利用者の生活面での不安が浮き彫りになったことが検証できました。作業スペースをリニューアルしたことで、職員の利用者に関わる業務の効率化に繋がり、次年度には職員の専門性を向上することを目標にしましたので、取り組みの結果を次年度に反映できました。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(○○●)
	評価	標準項目	
	● あり ○ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○ 非該当
	○ あり ● なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○ 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>パンフレットやホームページで情報提供を行っています</p> <p>事業所のパンフレットには写真やイラスト入りで、施設概要、支援の内容、年間行事、通所日、日課、自主製品などが記載され、利用希望者等には分かりやすいものになっています。障がいの利用者にはルビを振ったり、視覚的な配慮をすることが必要と考えています。事業所独自のホームページもあり、いつでも事業所の情報が得られます。また、自主製品の「あやびい缶バッジ」に事業所情報を掲載したものを封入し、事業所紹介を行っています。</p> <p>市障害福祉課や保健福祉プラザに事業所パンフレットを置かせてもらっています</p> <p>市障害福祉課窓口や保健福祉プラザには、事業所のパンフレットを置かせてもらい、利用希望者が入手しやすくなっています。市役所の関係部署とは、市の公式マスコットキャラクターの缶バッジ・マグネットの制作、販売を通じて良好な関係を構築しています。事業所向かいの中学校を起点として、市内の小中学生との関係も拡大し事業所の周知を行っています。</p> <p>養護学校高等部を対象に県内見学ツアーを行っています</p> <p>事業所への見学希望には、所長か副主任が対応しています。来所予約のない場合でも見学の対応はしています。見学の問い合わせは、市内当事者会の父母からが多く、市内の小中学校の支援級の先生達からもあります。法人では、毎年養護学校高等部の生徒を対象にして、バスでの県内見学ツアーを実施し法人内の他事業所も紹介しています。</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	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		評点(○○●)
	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		
契約時に契約書と重要事項説明書で内容の説明をし、同意を得ています 利用契約時に、重要事項説明書で事業所の概要やサービス内容、利用者負担金や苦情解決制度についての説明を行い同意を得て署名、捺印をして取り交わしています。「個人情報の提供について」では、個人情報提供の範囲や提供先、提供条件などを説明し同意を得ています。契約時に利用者・家族からの意向は聞いて必要時だけ記録に残し全員の記録はしていません。		
利用開始時にはアセスメントや引継ぎ内容を踏まえ個別の支援を行っています 利用開始時には、生活面や保健・医療に関することのアセスメントを行い、利用者のストレスや望むことなどを把握し初期の個別支援計画を作成しています。特別支援級や相談支援事業所からの必要な情報を書式で引き継いでいます。担当者会議に参加するなど、利用者の状態を十分把握した上でサービスを開始しています。サービスに慣れるまで1か月間は担当職員を決め、マンツーマンで支援を行い不安軽減に努め現在も継続しています。		
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 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(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をしている	<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(○●)		
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(○●)		
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

個別支援計画作成のための原理原則を定めて作成しています
 個別支援計画作成のための手順書は、必要とする内容で整備されています。また、個別支援計画作成にあたり、次の原理原則を定めています。①サービス利用者を中心になる考え方 ②生活者として障がい者を捉えることが必要 ③エンパワメントの視点 ④自己決定を中心とする自立の思想が考慮されていること ⑤権利擁護が配慮されていることを定め、利用者に対する十分な面接及び複合的なニーズ・課題の確認をしています。また、ニーズに対する支援を利用者が望んでいるかを確認する必要であると明記しています。

個別支援計画を随時、定期的に見直しを行っています
 個別支援計画は、随時モニタリングを行っています。また、最低でも6ヶ月に1度は行っています。利用者の目標達成度合いや支援の実施状況を定期的にチェックしています。個別支援計画の修正のための会議を開催し、今後の支援内容について見直しの検討を行い、担当者・サービス管理責任者で個別支援計画修正案を作成します。会議で話し合った支援の修正案を担当職員から利用者(家族)へ説明します。修正のない場合も、同様に説明しています。

利用者の一日の活動記録の職員間の共有などを課題としています
 活動記録をまとめている時間がないという職員の声を受け、各自が付せんを所持しておき、支援の合間に付せんにメモをとる方法に変更しました(付せんは退勤引継ぎ時に専用書式に貼るようにしています)。結果、記録を苦手とする職員を含め、報告を忘れて退勤することがなくなりました。積極的に付せんに記録する習慣はできましたが、この記録を職員が共有し、活用されているとは言えない状況にあります。今後は、利用者への支援状況を記した付せんのメモの内容を、職員が共有し活用が出来るようにすることを課題としてしています。

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 **4/5**

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(○○○)		
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(○●)		
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		
個人情報の取り組みを全役職員等に周知徹底しています 法人が定めた「個人情報の保護に関する方針」において、利用者の個人情報の保護を図ることを宣言しています。同方針では、個人情報の利用目的として、「事業所内での利用」と「事業所外への情報提供を伴う利用」に分けて、それぞれ利用する目的を列記しています。このことについては、利用者から利用契約時に「個人情報使用同意書」の提出を受けています。法人に於いては、個人情報の取り組みを全役職員等に周知徹底させるため、必要な教育を行っています。事業所においても適宜、朝礼時に唱和するなどしています。		
利用者のプライバシーに配慮した支援に努めています 事業所には、利用者個人別に鍵のかかるロッカーがあり私物を入れています。また、各自の机があり、机のそばに私物を入れるケースが置いてあります。自分の机があることで、事業所が自分の活動の場所であるという意識付けにもなっています。利用者宛の大事な書類は、本人に直接渡していますが、場合によって送迎時に家族へ手渡すこともあります。利用者個人宛文書の取り扱いについては、日常の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援に努めています。		
利用者が「ノー」と言える機会のあるサービス提供に努めています 事業所では、日常の支援にあたって、利用者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か)の問いに、YESと答える職員がどの程度いるかを常に意識しています。事業所では、支援にあたる中で職員が利用者の上に立ってしまいがちな環境であることを、常に意識化する必要があると考えています。運営規定等で、事業実施にあたっては利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めることが謳われています。YESと答える職員が全員であるように職員指導に努めています。		
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 3/5
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

サブカテゴリ6の講評

手引書等の整備の充実が期待されます

現状、新人職員や新たに配属された職員は、先輩職員から業務の内容を教わるという方法で仕事のやり方を習得しています。現状は教える職員によって、それぞれ仕事のやり方が異なっている状況が見受けられます。手順書等が未整備であったり、更新・活用がされていない状況もあります。今後は手順書等の作成、整備・更新を行い提供するサービスの基本事項や手順等を明確にすることが望まれます。

法人で定めた手引書等も活用が期待されます

事業所独自に作成の手引書等もあります。中でも、「個別支援計画作成の手引き」については詳しくわかりやすく作成されています。「支援計画手順確認書」及び「支援計画作成手順」などによって各段階で何をするかを明示しています。また、関連の様式類もそろっています。しかし、個別支援計画など以外に事業所独自で作成する手引書等は、今後さらに整備充実及び活用・更新が期待されます。また、法人で定めた事業所でも適用できる手引書等は、多くの項目にわたって作成されています。更なる活用が期待されます。

手順書などの見直しに当たり、家族会などからの意見を適宜に反映しています

利用者へのより良いサービス提供のため、事業所では、サービスの基本事項や手順等の見直しに当たり、職員会議等で協議し、職員の意見を反映することとしています。また「自己点検シート」に基づいて、業務を点検しています。その他、法人の監査や行政による監査の指摘事項などについて、改善の徹底を図っています。同じく日常の業務においても、法人などの指導事項などを念頭に業務遂行を図っています。また、家族会の意見及び利用者の意見は職員会議等で検討し反映に努めています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	23 / 27
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(○○○●)	
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>利用者一人ひとりの特性に合わせてコミュニケーションの取り方を工夫しています</p> <p>障がい程度の重い方を受け入れています。利用者のコミュニケーションの程度については、個別支援計画作成時に生活に関するアセスメント表に基づいて意思疎通や理解などについて把握しています。また家族面談などの際にコミュニケーションの方法や表現手段等について聞き取りを行うなど特性を把握し、意思疎通を図っています。また、一部の利用者には、絵カードやスケジュールボード等を使って、利用者が必要とする情報を提供するなどしています。事業所内の掲示についても文字を少なく、写真で知らせるように工夫しています。</p> <p>周囲の人との関係づくりは、利用者の意向を尊重して支援しています</p> <p>利用者とは、随時に面談を行い、意向の把握を行っています。また、日常においても利用者の意向の変化・気持ちの変化について汲み取り、配慮した対応を心がけています。社会体験活動においては、利用者の皆が一つの集団に参加してもらうのではなく、利用者の意向をもとに小グループ化・個別化を図り活動を実施し、なるべく気になった活動に参加できるように取り組んでいます。また、人との関わりを好まない利用者には、作業の意向をもとに場面で視線を遮る措置をとるなど配慮しています。</p> <p>全職員が個別の支援計画に基づいた支援を行うことが期待されます</p> <p>日常、行っている支援が個別支援計画に基づいた支援を行えているかについては、職員全てが個別支援計画を意識しているとは言い難いところがあります。根拠に基づき一人ひとりに合った支援を行っていくためには、すべての職員が計画の内容を理解して支援をすることが必要であると考えています。個別支援計画については、手順書などが良く整備されて、これに基づいて、会議を繰り返し行い、作成されています。全職員が個別支援計画に基づいた支援が行われることが期待されます。</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

利用者の希望が実現できるように支援しています

「ささやかな夢がかなえられるようにお手伝いします」として、家族にも伝えにくいような「やりたいこと」、「行きたい所」を利用者個々にヒアリングし外出などを企画実施しています。「仲良し女子ランチ会」「おひとり様カラオケで誰にも邪魔されずに存分に歌いたい」「20歳になった記念に競馬場に行きたい」などの希望を聞くことができました。利用者の希望が実現できるように取り組み、利用者らしさが発揮できる楽しみのある生活を送ることができるように心がけて支援しています。

食べるのが早い利用者に適宜に声掛けをしています

利用者は、全体的に食事のスピードが早い傾向にあります。昼食時は、無言で一気に食事を頬張る光景が繰り返されています。その状況は、楽しい食事時間とは言えない状況です。実際に多くの利用者から「誰も話さないの」「やることがないので」「食べるだけ」との声が上がっています。声を受けサービス管理者が対応を検討し、ゆっくり味わって食べて楽しい時間となるように、食べるのが早い利用者に適宜に声掛けするなどしています。

所内環境の更なる改善に取り組んでいます

前年度、事業所内の利用者の活動スペースの全面的な環境改善を実施しています。動線や収納については、機能的かつ開放的な空間に改善されました。利用者だけでなく、家族や外部関係者からも、事業所内の雰囲気明るくなったと好評であります。引き続き今年度は、利用者が快適に過ごせるように環境改善に取り組んでいます。トイレが暗くて狭く使いづらい環境や、医療スペースが狭いなどの現状であります。事業所単独ではなく、関係機関と協議をもって推進に取り組んでいます。

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

嘱託医の訪問診療などによって利用者の健康が維持できるように支援しています

嘱託医の月1回の訪問診療と、事業所看護師の週1回のバイタルチェック等によって利用者の健康管理を行っています。訪問診療時には、事業所看護師が同席します。訪問診療時には利用者だけでなく、家族等の相談も事前に受け、「わざわざ病院に行くほどではないが、ちょっと気になること」の解消に努めています。看護師は、バイタル等の記録を「看護記録帳」に記録し、利用者のちょっとした体調変化にも迅速に対応できるように努めています。

口腔ケアに力を注いでいます

利用者の「体調管理・衛生管理の見直し元年」としてしています。今年度は「食」の中でも、特に口腔ケアに注力することにしてしています。いつまでも、好きなものを美味しく食べられるよう、利用者の口腔ケアの状況を再点検し、必要とする支援を提供することにしてしています。家庭での歯磨きが十分ではなく、口腔ケアを必要とする利用者を見かけます。将来にわたって健康維持のために、口腔ケアは、欠かすことのできないことと考えています。看護師などと連携して必要とする支援の検討を行っています。

異常事態が発生した場合に速やかに対応できる仕組みがあります

日常的に利用者の健康については、送迎時から、日中の様子を注意深く関心をもって見守っています。利用者の健康状態については、個別支援計画の作成の段階において「健康・医療ケアに関するアセスメント表」に基づいて把握しています。また、訪問医と看護師が定期的の来所し健康状況の診断を受けています。普段から利用者の健康・特性を把握しています。今までに緊急を要することは起きていませんが、緊急連絡先一覧表を作成し、緊急時に対応できるようにしています。

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		
<p>家族との連携について良好な関係を築いています 利用者の送迎時に、家族と直接に話を交わすことを大切に、家庭での様子などの情報を入手しています。これらの情報を利用者支援に活かしています。また利用者が持ち帰る連絡帳で事業所の日常の様子を家族に知らせています。家族会が年6回偶数月に開催されています。</p> <p>家族の高齢化のため家族を含めた支援を行っています 利用者の両親はすでに高齢であったり、既に父母のどちらかが他界されている家族も複数あります。家族自身が生活支援を必要とする状況が増えており、利用者の情報交換だけでなく、家族を含めた包括的な支援を検討する体制を構築していく必要があると考えています。事業所では、嘱託医の訪問診療時に、利用者だけでなく、家族の相談も事前に受け、「わざわざ病院に行くほどではないが、ちょっと気になること」の解消を図るなどの家族への支援を行っています。</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>地域の情報を利用者に伝えています 地域行事や各種イベントには、積極的に顔を出すようにしています。行政の関係部署から紹介を受けることが増えています。また、市内及び近隣行政地域に在住の職員が多いので、新しい社会資源などの地元情報は、リアルタイムで収集できる環境にあります。地域行事や各種イベントは、事業所の製品の販路となるケースもあり、大切な情報として把握に努めています。利用者にもこれらの情報を掲示や口頭で知らせています。希望があれば、職員と共に参加するようにしています。</p> <p>利用者の社会参加活動の支援に取り組んでいます 社会人としての自己実現を目指す場として、利用者の社会参加活動の機会を提供しています。各種の作業活動だけでなく、その販売活動や、各種レクリエーション活動などの外出プログラムを提供しています。障がいのある人が、障がいのない人と同じように、社会の構成員として、あらゆる機会に参加できて、生きる喜びを感じ、充実した人生が送れるように取り組んでいます。また、行事やイベントの他に、利用者の希望を取り入れて、カラオケや外食、公園散歩などを企画し利用者の日常活動の支援に取り組んでいます。</p>		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

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			
<p>利用者が自信をもって活動できるように支援しています</p> <p>職員は、利用者の支援にあたっては、利用者が自信・好奇心・勇気・一度決心したことを続ける一貫性の、4つについて支援しています。利用者の希望や適性を日常的に把握し、一人ひとりの目的に応じた余暇活動や生産活動、その他の活動の支援を行っています。選択の困難な利用者には、本人の様子や家族の意向を考慮して支援しています。さらに職員が笑顔で働く職場であることが、利用者の笑顔を一層引き出し、よりよい支援につながると考えて業務運営に努めています。</p> <p>創作活動への参加は、利用者の自由となっています</p> <p>生活介護事業としては、健康管理や創作活動、外出などを実施しています。家庭的な雰囲気の中で、心理的な安定及び生活リズムの安定を図ると共に一人でも安心して行動ができる場面が増えるように支援しています。午後は、創作活動やその他の活動を行っています。活動のプログラムとしては、日によって、健康体操、調理実習、カラオケ、ゲーム、トランプゲーム、公園等の散歩などといった多くのメニューの中から行われています。プログラムへの参加・不参加について、利用者の自由となっています。</p> <p>創作活動だけでなく、作業活動も行っています</p> <p>作業活動は、就労継続支援B型利用者だけでなく、生活介護の利用者も日中活動のメニューの一つとして、行っています。作業活動としては、①自主製品として、あやびグッズやたわし、編み物など、②受注作業として製品の組み立て作業などがあります。働く喜びや充実感を味わえるように支援しています。またルールに基づき計算された工賃を支給しています。工賃は、利用者の喜びや継続などに影響します。したがって、事業所においては、工賃向上のため新しい製品の開発や新しい発注先の開拓などに取り組んでいます。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

12	評価項目12	【就労継続支援B型】就労の機会の提供や、知識の習得及び能力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. 自発的に働きたいと思えるような取り組みを行っている	○ 非該当
	○ あり ● なし	2. 働くうえで、利用者一人ひとりが十分に力を発揮できるよう支援を行っている	○ 非該当
	○ あり ● なし	3. 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
	● あり ○ なし	4. 受注先の開拓等を行い、安定した作業の機会を確保できるよう工夫している	○ 非該当
	● あり ○ なし	5. 商品開発、販路拡大、設備投資等、工賃アップの取り組みを行っている	○ 非該当
評価項目12の講評			
<p>作業活動などを通して働くが喜びを感じてもらえるように取り組んでいます</p> <p>各種の作業提供による生産活動だけでなく、その販売活動や各種のレクリエーション活動として、外出プログラムなどを実施しています。利用者が社会の構成員として、あらゆる機会に参加でき、生きがいをもって、充実した生活が送れるよう支援に取り組んでいます。また、利用者が働きたいと思えるような生産活動などであるように、いろいろな作業を用意して特性に応じた作業を提供し、集中力や持続力などが高まると共に、働く喜びを感じていけることを念頭に置いて支援しています。</p> <p>利用者の希望や個性に合わせて提供できるように多くの作業活動などがあります</p> <p>作業を希望する利用者に対し、一人ひとりの特性に応じて作業が提供できるように各種の作業活動が準備されています。①受注作業として、プラスチック加工製品の組み立て、検品及び梱包等の作業、②自主製品として、あやびいグッズやたわし、編み物、雑巾、安全確認ハンカチ等の制作、③その他作業があります。作活動以外にも販売活動や地域のイベントの参加などがあります。また、各種のレクリエーション活動などを利用者と一緒に企画・実施し、利用者が楽しく充実した日常を過ごせるように取り組んでいます。</p> <p>B型利用者と生活介護利用者の工賃の乖離が課題となっています</p> <p>利用者の工賃は、作業活動による収入からが経費等の諸経費を差し引き、原則として、その残額の中から工賃規程に基づいて「セルフ会計会議」に諮り、決定した額を工賃として支給しています。就労継続支援B型と生活介護の利用者とは、作業スキルは大差なく、両者の工賃支給額に差が生じています。B型の利用者の工賃については、行政に提出する工賃目標を引き上げています。このことが起因して、両者の工賃の乖離が生じてきています。全体収入をさらに上げて、両者に支給できる工賃の更なる是正することが喫緊の課題であると考えています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル①	地域の関係機関と連携を強固にし、積極的に情報交換を行っています	
内容①	綾瀬市の規模がコンパクトにまとまっているため、市や関係機の連携が強固で風通しも良いため、地域の情報は得られやすくなっています。社会福祉協議会や自立支援協議会に参加し、積極的に報交換を行っています。所長が社会福祉協議会の評議員として協力しています。また相談支援事業所、基幹相談支援センター、保健福祉プラザとも連携し、地域のニーズの把握に努めています。指定管理事業所になっているため、綾瀬市とも連携を密にとっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	2-1-1	事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している
タイトル②	市内の肢体不自由者(特に重症心身障がい者)を優先的に受け入れています	
内容②	家族会、市内の当事者会、自立支援協議会と連携し、肢体不自由者(特に重症心身障がい者)の受け入れを優先的に行っています。支援学校肢体級の移行担当教諭と連携し、卒業性の中で該当する人数を把握し、受け入れ準備を進めていますが、事業所の規模が小規模の為、受け入れが困難になっています。そのため法人が市内に新規事業所を開設し、連携しながら受け入れ可能な体制作りを行っています。地域のニーズに応え、肢体不自由者の受け入れを優先的に行えるよに取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
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③	利用者が過ごしやすいように所内環境の改善に取り組んでいます	
内容③	前年度、利用者の動線・個性の確保と業務上の死角解消の2点をテーマに所内環境の一斉リニューアルを実施し、それに伴い作業スペースごとの利用者・職員の配置も変更しています。更に引き続き今年度も、利用者が充実した時間を過ごせるように所内環境の改善に取り組んでいます。トイレが暗い・狭い・使いづらい、また医療スペースが狭いなどの現況にあります。事業所単独ではなく、関係機関と協議をもって推進に取り組んでいます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	自主製品の「あやびい缶バッジ・マグネット」を通じて地域や関係機関との連携が拡充しています
	内容	綾瀬市の秘書広報課と連携して、公式マスコットキャラクター「あやびい」の缶バッジ・マグネットを独占的に制作・販売を行っています。市内の小・中学校の秋祭りに参加し販売を行ったり、消防署の防災キャンペーンに使ってもらったりしています。地域のイベントにも参加し、缶バッジやマグネットの販売を行っています。また地域の小学生と利用者が一緒に缶バッジ作りをしながら交流をするなど、「あやびい缶バッジ・マグネット」を通じて地域や関係機関とのつながりが広がっています。
2	タイトル	家族との関わりを大切にし、良好な関係を築いています
	内容	利用者の送迎時に、家族と直接話を交わすことを大切に、家庭での様子などの利用者情報を入手しています。また、利用者が持ち帰る連絡帳で事業所の日常の様子を家族に知らせています。家族の高齢化や両親のどちらかが亡くなるなど家族支援も必要になってきていますので、家族を含めた包括的支援も考えています。年6回偶数月に家族会を開催され、家族からの要望や意見交換が活発に交わされています。家族との連携を大切に、良好な関係を構築しています。
3	タイトル	利用者一人ひとりの意向をもとに社会体験活動の小グループ化・個別化を図っています
	内容	社会体験活動において利用者の皆が一つの集団に参加してもらう方法ではなく、利用者の意向をもとに小グループ化・個別化を図り、活動を実施しています。「ささやかな夢がかなえられるようお手伝いします」として家族にも伝えにくいような「やりたいこと」、「行きたい所」を利用者さん個々にヒアリングし、外出を企画・実施しています。例えば、「仲よし女子ランチ会」や「おひとり様カラオケ」「競馬場へ行きたい」などがヒアリングで聞けました。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	文書管理規定は作成されていますが、書類の破棄など整理をされることが期待されます
	内容	文書管理規定が作成され、書類の廃棄についての基準が定められていますが、実際には廃棄されていない不要な書類が書棚や倉庫に多くあります。書類の保管・廃棄規定に基づいて、不要な書類を処分することが必要です、また、現在使用中の書類も雑然としているため、情報を得るなどにタイムロスが多くなっていますので、整理し業務の効率化を図ることが期待されます。
2	タイトル	個人別の育成計画を策定し、職員の能力向上に取り組まれることが期待されます
	内容	職員の人事評価はチャレンジシートで行われていますが、個別の育成計画は策定されていません。職員の技術水準や専門知識、専門資格の取得などを入れた個別の育成計画を策定し、個別面談で職員の意向を確認することが望めます。事業所として年間研修計画を作成し、職員が計画的に研修に参加することやOJTなどを指導できる職員の育成が期待されます。
3	タイトル	手順書などの整備充実及び活用が期待されます
	内容	現状は、新人職員や新たに配属された職員は、先輩職員から業務の内容を教わるという方法で仕事のやり方を習得しています。また日常の業務で、職員がわからないことがあった時には、上司などから聞くなどで対応しています。仕事の質を担保するためにも、提供するサービスの基本事項や手順等を明確にすることが必要です。手順書などの整備充実及び活用更新が期待されます。



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL : 0466-29-9430 FAX : 0466-29-2323