

社会福祉法人 県央福祉会  
相模原市立上九沢身体障害者デイサービスセンター 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><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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"> <li>1) 利用者さん中心の支援を実践していきます。</li> <li>2) 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を目指します。</li> <li>3) 笑顔を大切にされた職場作りを目指します。</li> <li>4) ホスピタリティとコーテシーをもち合わせた人になる事を目指します。</li> <li>5) インフォームドコンセント及びエンパワーメントを大切にされた支援を行います。</li> </ol>
2	<p><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>事業所を利用している時間帯だけではなく、その利用者さんの生活全体をイメージ出来るような職員</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>利用者さんの喜びや楽しさ、苦しさや困り感などを共有できる事</p>

調査対象

利用者数78名全員を対象に行いました。

調査方法

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

利用者総数

78

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
78	0	78
55	0	55
70.5	0.0	70.5

**利用者調査全体のコメント**

総合的な評価は、「大変満足」18人(32.9%)、「満足」26人(47.2%)、「どちらともいえない」8人(14.5%)、「不満」1人(1.8%)、「大変不満」0人、「無回答」2人(3.6%)でした。

自由意見は、「丁寧に対応してもらってます。」「皆さん懸命に動いてくれていると思います。感じもいいです。」「皆様がんばっておられます。今後ともよろしくおねがいします。」「いつも楽しく安全に生活しています。ありがとうございます。」「と」などがありました。その一方で、「体調があまりよくない時なども丁寧に対応してもらっています。それでも職員の方の人数など、まだ満足いかない事もあつたりします。手がかかる利用者さん方も多いので、職員の増加を希望します。」「入浴サービスがない日、職員が手うすな時、さみしくなってしまうので、もっと、さみしくならないようにしてほしい。」「男性の職員を増やして欲しい。」などもみられました。

**利用者調査結果**

共通評価項目	実数			
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	39	10	2	4
「はい」が70.9%、「どちらともいえない」が18.3%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が7.2%となりました。 自由意見は「お兄ちゃんみたいな存在がいるのもっといいです。」「私はこのサービスに来て、旅行、買い物に行けるようになった。」などがありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	39	7	2	7
「はい」が70.9%、「どちらともいえない」が12.7%、「いいえ」が3.7%、「無回答・非該当」が12.7%となりました。 自由意見は「給湯器(風呂場)の不備等有り。」などがありました。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	29	15	5	6
「はい」が52.8%、「どちらともいえない」が27.3%、「いいえ」が9.0%、「無回答・非該当」が10.9%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	36	12	2	5
「はい」が65.5%、「どちらともいえない」が21.8%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が9.1%となりました。 自由意見は「ららぽーとに行って楽しい思い出がたくさんできました。」「マッサージが良い。」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	43	7	1	4
「はい」が78.2%、「どちらともいえない」が12.7%、「いいえ」が1.8%、「無回答・非該当」が7.3%となりました。 自由意見は「一部できていないところもあるけど大体のスペースが出来ています。」「他の施設よりもキレイにしていると思います。」などがありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	46	3	2	4
「はい」が83.7%、「どちらともいえない」が5.5%、「いいえ」が3.6%、「無回答・非該当」が7.2%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	48	4	1	2
「はい」が87.3%、「どちらともいえない」が7.3%、「いいえ」が1.8%、「無回答・非該当」が3.6%となりました。 自由意見は「女性、男性関係なく心の状態を見てほしい。」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	31	9	6	9
「はい」が56.4%、「どちらともいえない」が16.3%、「いいえ」が11.0%、「無回答・非該当」が16.3%となりました。 自由意見は「トラブルがあったときに職員が対応してくれている。」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	42	10	1	2
「はい」が76.4%、「どちらともいえない」が18.2%、「いいえ」が1.8%、「無回答・非該当」が3.6%となりました。 自由意見は「八割がた対応されている気がする。」「女性職員とはよく話が出るが、男性職員との関わりがもっと欲しい。」などがありました。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	44	5	1	5
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が1.8%、「無回答・非該当」が9.1%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	43	9	1	2
「はい」が78.2%、「どちらともいえない」が16.4%、「いいえ」が1.8%、「無回答・非該当」が3.6%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	45	5	3	2
「はい」が81.9%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が5.4%、「無回答・非該当」が3.6%となりました。 自由意見は「内容が短くていい。」などがありました。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	37	5	4	9
「はい」が67.3%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が7.2%、「無回答・非該当」が16.4%となりました。 自由意見は「八割がた対応されている気がする。」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	23	9	7	16
「はい」が41.8%、「どちらともいえない」が16.4%、「いいえ」が12.7%、「無回答・非該当」が29.1%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				

## 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 8/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○○●)	
	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1の講評

### 理念やビジョンを、利用者本人や家族に対して理解を深める取り組みが期待されます

法人の理念が明記された「県央福社会職員ハンドブック」を入職時に全職員へ配布しています。事業所では同ハンドブックをすぐに取り出せるように職員へ指導するとともに、事務所内に法人理念を掲示し職員への周知を図っています。年度末、及び年度当初の職員会議時には法人としての方針を職員へ伝え、事業所としての方針を定めるよう取り組んでいます。また、策定した事業計画を職員へ配布し、事業所の目指していることを周知しています。一方で利用者本人や家族への案内は行っておらず、今後の取り組みが期待されます。

### 経営層としての役割を意識的に職員へ伝えていきます

所長はエリアでのサブエリアマネージャー職を兼務しています。そのため法人やエリアでの業務が多く、事業所を不在にすることも多くあります。そのため所長は職員に対して、職員会議や日々の業務を通じて経営層に相談すべきことや役割を伝える事を意識して行っています。具体的には法人全体で実施している所長会議の議事録を全職員に回覧し、法人全体の状況を共有したり、収入面での対応等について会議時に確認をするなど、経営層としての役割を意識して事業所の運営を行っています。

### 職員が中心となって会議を運営し、職員の意見を反映して事業所の案件を決定しています

事業所の決定事項は所長からのトップダウンで決めるのではなく、月に1回実施しているデイサービス会議等の会議によって、職員の意見を反映することを意識して決定しています。会議のテーマは事前に各業務の担当職員が話し合いを行い、会議時にはその内容をもとになり話し合いをします。会議の運営は主任が中心となって行っています。会議の参加者は常勤職員のみですが、会議録を非常勤職員に回覧する事で全職員への共有を図っています。利用者へ伝えるべき重要な案件については、その都度案内の書面を利用者へ手渡し周知を図っています。

カテゴリ-2		
2	経営における社会的責任	
サブカテゴリ-1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>3/4</b>
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●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○非該当

サブカテゴリー2(2-2)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている サブカテゴリー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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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 checked="" type="radio"/> あり <input 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(〇〇〇)

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(〇〇)

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

カテゴリー2の講評

**人権ツールの設問をより現場に則した内容にアレンジするなど積極的な活用をしています**  
 法人では職員の倫理教育に力を入れており、非常勤職員を含めた全職員が参加する倫理・人権研修を実施しています。また、法人倫理行動マニュアルや職員ハンドブックに法人として守るべき倫理を明記し、職員へ配布しています。年1回の人権ツールを活用した研修では現場の実情に近い内容へ設問をアレンジするなど積極的に取り組んでいます。情報開示の面では市の指定管理事業所ということもあり、モニタリング情報等が市のホームページに掲載されています。一方で事業所の機関紙等はなく、より地域の人目に触れやすい方法での情報発信が求められます。

**ボランティア活動支援という考えの下、法人内で最大のボランティアを受け入れています**  
 事業所は法人内で最も多くのボランティアを受け入れており、昨年1年間では約460名の受け入れを行いました。ボランティアは主に相模原市のボランティアセンター経由で受け入れています。多くのボランティア受け入れを通じてボランティアセンターとの関わりは非常に強く、同センターのボランティアマニュアル作成に職員が参画したり、職員を講師として派遣したりしています。所長はボランティアの受け入れは事業所で必要だから受け入れるのではなく、ボランティア活動のニーズを満たすための「ボランティア活動支援」であると考え取り組んでいます。

**地域の関係機関や住民との関係性を重視した取り組みを行っています**  
 地域関係機関との連携では、相模原市の重心連絡協議会やオンブズマンネットワーク等様々な機関と連携を図っています。中でも相模原市障害者事業所協会については、所長が同協会の役員を務め研修会の企画を行うなど、地域機関と深い関係性を築いています。地域の方に対しては、福祉避難所に事業所が指定され人工肛門の保管業務を行っているほか、事業所の入居している団地内の住民に車椅子の貸し出しや、駐車スペースの貸し出しを行うなど、地域との関わりを重視した取り組みを行っています。

カテゴリ3		
3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用		
サブカテゴリ1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<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 checked="" type="radio"/> あり <input 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		
<p>利用者からの意見に対して迅速な対応を心掛けています</p> <p>苦情解決制度周知の為、各担当者の名前と顔写真が掲載されたポスターを館内に掲示しています。契約書にも制度について明記し利用者への周知を図っています。事業所内には「みんなの声」という意見箱を設置し、誰でも気軽に意見が言える環境を整備しています。投書された内容については定期的に開封・集計し、事業所内で対応可能な内容については迅速な対応を心掛けています。事業所内だけで対応ができない内容については必ず法人本部に意見をあげています。しかし、意見に対する対応結果は現在利用者へ開示できていません。</p> <p>利用満足度調査など様々な方法で利用者意向の把握に取り組んでいます</p> <p>事業所では利用満足度調査や旅行アンケート、給食アンケートなど様々な方法によって利用者意向の把握に取り組んでいます。利用満足度調査は事業所独自に年度末に毎年実施しています。質問項目は内容を固定する事で、年度ごとに比較ができるようにしています。調査結果については館内に掲示し、利用者に対して開示しています。これらの方法によって収集した意見に、更にスピード感をもって対応する事で利用者の満足度を向上させることの必要性を所長は認識しています。</p> <p>様々な地域の関係機関と連携し、地域の情報収集に努めています</p> <p>相模原市重心連絡協議会へ参画したり、所長が相模原市障害事業所協会の役員を務めるなど、地域の関係機関と深い関わりを持っています。特に相模原市のボランティアセンターとは、多くのボランティア受け入れを通じて密接に関わっています。これらの関係機関を通じて地域の情報収集に取り組んでいます。また、法人内の相模原エリアにある事業所同士の会議である、エリア調整会議やエリア会議を通じて相模原エリアの動向の把握に努めています。</p>		

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11
<b>評価項目1</b> 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している <span style="float: right;">評点(000)</span>		
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
<b>評価項目2</b> 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している <span style="float: right;">評点(0000)</span>		
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
<b>評価項目3</b> 着実な計画の実行に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(0000)</span>		
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

単年度の事業計画書は現場職員の意見を反映させて策定しています

法人ではマスタープランという5か年の中期計画を策定しています。この中期計画と法人の方針に沿って事業所では単年度の事業計画を策定しています。計画策定に当たっては、前年度の事業報告書を中核職員が作成し、そこから把握した現状分析や課題や利用者のニーズを加えた内容をもとに所長と職員とで案を検討します。また、各業務の計画案は業務分担表によって設定している各業務担当者が各項目についての案を出すなど、職員の意見を反映させて事業計画の策定を行っています。

利用実績の管理や半期の状況確認によって計画の着実な実行に取り組んでいます

計画の推進にあたり、事業所では業務分担表を作成し各職員の役割と担当者を明確にしています。担当は2～3年ごとに変更し、その都度業務分担表を更新しています。利用者の利用実績については障害区分毎に毎月の目標と実績を管理する事で、現状を把握し、対策の検討に活用しています。年度当初にたてられた事業計画は半期で状況確認を行っています。確認時には各業務担当者だけでなく、職員会議等の場で他の職員も加えた話し合いを行っています。これらの活動によって計画の着実な実行に取り組んでいます。

ヒヤリハットや事故報告書を職員に共有し、対応策の検討を行っています

避難訓練を事業所で年4回、法人全体で年2回、合計6回実施しています。訓練の内容については火災や地震など様々なシチュエーションを想定して、状況を変えて実施することで災害に備えています。日常の業務における事故発生時にはヒヤリ・ハットシートや事故報告書を作成し、翌日の朝に読み合わせを行うことで職員へ共有しています。発生した事故やエラーについては原因分析を行い再発の防止に努めていますが、期間が空くと同様のエラーが発生することがあり、所長はこの点について問題意識をもっています。

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 8/8
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(000)
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(00000)
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

7/7

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(〇〇〇)

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 checked="" type="radio"/> あり <input 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(〇〇〇〇)

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・事業所でそれぞれの役割のもと、採用・育成に取り組んでいます

職員の採用は法人と事業所で役割が分かれています。常勤職員は法人で、非常勤職員は事業所で採用活動を行っています。採用した職員は現場職員と打ち合わせを行い、適材適所の配置に努めています。法人では今年度より新人事評価制度の運用を開始し、職員の育成と評価が連動した取り組みを行っています。目標管理制度では「チャレンジシート」を職員との年3回の面談を通じて業務に対する意向を確認しながら作成しています。また、職員のストレスチェックを年2回実施したり、毎月の残業数を確認する事などによって就業状況の把握に取り組んでいます。

チャレンジシートを用いた面談を通じて研修への参加等、職員の育成計画をたてています

新人評価制度によって新たに導入されたチャレンジシートを活用して職員の育成計画をたてています。職員の能力向上に関する希望を、チャレンジシートや面談を通じて把握し、法人内や社会福祉事業団が実施する研修の参加を検討します。法人では様々な種類の研修が実施されており、常勤職員だけでなく非常勤職員も研修へ参加することができ、職員の育成に活用されています。しかし参加した研修の内容について所長へは共有されますが、職員同士で共有はされていません。今後、職員への研修内容共有を通じた職員の育成への取り組みが期待されます。

ホメール制度、職員の自主性尊重などによってやる気の向上に取り組んでいます

職員のモチベーション向上への取り組みとして、職員同士でお互いの良い所を見つけて褒め合う「ホメール制度」を導入しています。また、重心ネットワーク等の関連団体に加盟の際、希望する職員がいた場合に参加させるなど、職員の自主性を尊重するように所長は心掛けています。所長はエリアのサブエリアマネージャー職を兼務し、外出することが多くあります。そのため、事業所の運営を円滑に進めるためにも主任格の職員に対して権限の移譲を図っています。これらの取り組みにより職員のモチベーション向上を図っています。

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
<b>評価項目1</b> 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			<b>評点(000)</b>		
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		
<b>評価項目2</b> 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			<b>評点(0000)</b>		
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><b>法人のクラウドシステムを活用して情報の機密性を確保しています</b></p> <p>情報は法人で導入しているクラウドシステムにより管理しています。所長、事務職員、一般職員でそれぞれの権限に応じたアクセス権限が設定されています。非常勤職員にも共有すべき情報については紙ベースで管理し、個人情報が記載されたものは鍵付きのキャビネットで管理しています。保管している情報については毎年更新するものと、都度追記をしていくものと区分けして管理する事で、使いやすいように更新をしています。ファイル類については今後さらに使用しやすいように整理していく必要性を所長は感じています。</p> <p><b>個人情報保護法の則り、様々な場面で配慮しています</b></p> <p>個人情報の保護にあたっては、個人情報保護規定を利用開始時に利用者へ配布し説明を行い、取り扱いについて周知を図っています。また、個人情報の提供目的や使用条件を明記した個人情報使用同意書を作成し、利用者を取り交わしています。ボランティアの受け入れ時にはオリエンテーション時に個人情報の取り扱いに関する説明を行ったり、所長・事務職員からは個人情報漏えいに関する誓約書を提出を求めるなど、個人情報の保護に努めています。</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>利用者受け入れ向上により、地域貢献に取り組んでいます</p> <p>相模原市の指定管理事業所という立場から、多くの利用者に利用していただき、利用実績を向上させていく事で地域へ貢献する義務があると所長は考えています。このような考えのもと、利用希望があった場合には利用者のニーズを把握し、事業所の空き状況と照らし合わせて極力利用ができるように取り組んできました。このような思いが現場職員にも浸透し、直近1年間の利用実績が約5000件から約5200件へと増加することができました。</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>主任格の職員に対して権限を委譲し、育成につなげています</p> <p>所長はエリアでのサブマネージャー職を兼務しています。そのため法人の業務等により事業所を不在にすることが多くあります。このような環境の中で業務を円滑に行うために、主任格の職員に対して権限移譲を行い業務判断や遂行業務を統括的に行える体制づくりをしています。所長は主任格の職員に対して責任感や判断力の面で向上が見られると感じており、職員の育成につながっています。</p>	

サブカテゴリ3(8-3)

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

評価項目1

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

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

改善の成果

写真配布や外出プログラム設定など、職員の話し合いにより改善しています

職員の業務改善や利用者へのサービス向上において、職員は課題認識を持ち、話し合っ改善を図っています。利用者の活動中の写真を配布する方法や、外出プログラムの設定など以前の課題を改善し、成果が現れてきています。

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

利用実績の向上により収入が向上しています

毎月の利用実績の確認や、利用実績の向上に向けての取り組みにより利用実績が向上し、それに伴い収入も向上しています。28年度と29年度の8月の資金収入で比較して、1,029,297円の収入が増加しています。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

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

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

改善の成果

利用者の職員に対する信頼度向上により、利用満足度も向上しています

事業所では毎年利用者に対して利用満足度調査を実施しています。一昨年度満足度率の58.7%から、昨年度満足度は65.4%と向上しています。満足度が向上した理由として、職員の利用者への理解が深まったことにより、利用者と職員が話し合いをできるようになってきている。このことにより利用者の職員への信頼度が向上したためではないか、と所長は分析しています。

## 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(〇〇〇〇)
	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 checked="" type="radio"/> あり <input 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
		〇 非該当
	サブカテゴリ1の講評	
	<p>パンフレットや市のHP等で情報発信しています</p> <p>事業所の情報提供の媒体は主にパンフレットを見学時等に配付して行っています。パンフレットには建物の平面図、提供サービスの内容や室内の写真を掲載し、利用希望者等に様子が伝わるようになっています。また、相模原市のホームページで事業所の概要を紹介しているほか、相模原市社会福祉事業団の相談支援ネットワークに情報を提供して、ここから関係者等に情報が提供されています。多くの利用者が漢字を読めますが、一部の利用者に向けてはルビを振るなどしてわかりやすくする工夫もしています。</p> <p>現在は待機者もいることから、あまり積極的な利用者募集は行っていません</p> <p>事業所の情報は、相模原市社会福祉事業団の相談支援情報ネットを中心に利用希望者等へ発信しています。しかしながら現在、1日の利用者定員枠に対して多くの登録者があり、待機者がいる状況です。そのため、積極的な利用者募集の情報提供は行っていません。見学希望者に対しては基本的にはいつでも対応するようしており、事前の申し込みがなくても受け入れ担当の職員がいる場合には受け付けています。市内に身体障害を対象とした事業所が少ないこともあり、関係機関との連携もとっています。</p>	

サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
<b>評価項目1</b> サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当
<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー2の講評		
<b>契約時には自宅を訪問し、家庭での様子を確認しています</b> サービス開始の際、担当職員と看護師が利用者の自宅を訪問し契約書、重要事項説明書等を説明しています。利用者本人は原則1人で話を聞きますが、任意で家族やグループホームの職員が同席します。この自宅訪問により利用者の家庭生活の様子を確認することができ、その後の活動に反映しています。これら一連の流れは、新規利用希望者受け入れの流れのマニュアルに示してあります。受け入れの流れが明確に示され、利用者の状況把握に努めた上でサービスを開始しています。		
<b>利用開始後に利用者が環境に慣れるよう様々な工夫があります</b> 自宅へ訪問して確認した生活状況や本人の希望等は、「個人情報集約」にまとめて記録しています。利用開始直後は利用者が慣れず、落ち着かないケースがあることから、担当職員を配置するなど工夫しています。また、場面に応じては多くの職員が関わることで利用者のごことを皆で知り、支援に活かす取り組みもあります。活動の設定にも配慮し、職員からのアプローチだけではなく、既に利用している利用者からもアプローチしてもらうことで安心につながっているケースもあります。環境変化に対して様々な方法で利用者が安心できるよう取り組んでいます。		
<b>利用者の生活状況を個別に把握し、活動内容に配慮しています</b> 事業所の利用は週2日程度と限られるため、他の日は別の通所事業所に通うなど利用者によって生活状況は異なります。そのため、利用日の調整や送迎時間を個別に配慮しています。たとえば、送迎時間を家族の仕事時間に合わせたり、利用時間を午後のみにするなどのケースがあります。利用者の生活リズムを大切にされた姿勢がみえます。利用が終了した場合でも、相談支援員を通じて状況を確認し、その後の生活が落ち着いているかどうか見守るようにしています。		

サブカテゴリ3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

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たうえで、必要に応じて見直している	<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

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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 checked="" type="radio"/> あり <input 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
<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>サブカテゴリー3の講評</b>		
<p> <b>利用者の生活状況を踏まえてアセスメントや計画の見直しを検討しています</b>          利用者の生活状況等は「個人情報集約」という所定の書式に記録しています。利用契約時に職員が自宅を訪問し、障がい内容や医療情報、生活状況、要望などをヒアリングし、記入しています。担当職員によって確認内容の精度にバラつきがあるため、能力向上が必要だと所長は感じています。アセスメントの見直しは半年に一度行うようになっていますが、計画を変更するケースはあまりないようです。アセスメントシートでは、本人のストレングス(強み)を+性格・能力(本能)・環境・関心の4つの分野で確認できるようになっています。       </p> <p> <b>記録のルールを明確にし、利用者の様子をよく表したものとなっています</b>          日々の活動記録は法人共通の記録ソフトを使い、その日に関わった職員が常勤・非常勤職員を問わず入力しています。入力は記憶が鮮明である当日中にすることをルールとし、複数の職員で書き込めるようにしています。なお、記録するために残業をすることがないよう、また活動中に支障がないように心がけることで効率的に書くことを職員が意識しています。記録内容に関して、計画を反映したものとなっているもののストレングスの記載など改善していくべきところもあるため、質を上げていく必要があると所長は考えています。       </p> <p> <b>複数の会議を通じて職員間で利用者の情報を共有しています</b>          職員間で利用者の情報を共有する場として、月1回デイサービス会議を開いています。予め議題と時間を設定して周知し、会議が効率的に進められるように工夫しています。会議録は欠席者も確認するようにチェック表を付けて回覧し、全員が見るようにしています。日によって利用者の顔ぶれが変わるため、朝礼時に利用者引継ぎシートを使い、注意点にはマーカーを付けて当日の利用者の情報を確認しています。また、前日のヒヤリハット報告や、女性スタッフ会議として非常勤職員が中心に集まる会議を年3回開くなど、情報共有を図っています。       </p>		

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(000)

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(0000)

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

同性介助の徹底などプライバシーに配慮しています

個人情報の取り扱いに関しては、利用開始時に同意書を説明して同意を得ています。また、必要に応じて最小限で関係機関と連携を図っており、その際には本人に口頭でも許可を得るようにしています。個人宛の請求に関する書類は、職員から封筒に入れて配布して周りからは見えないようにしています。通所時には、自分の荷物はロッカーに入れて自己管理するようにしています。貴重品は自分で持つようにしていますが、必要に応じて金庫で保管することもあります。入浴などの身体介助をする際は、同性介助を徹底しています。

セルフチェックシートを使い職員の活動を振り返っています

職員の日常の活動を振り返り、利用者を傷つけるようなことがないよう年2回セルフチェックシートを使っています。結果は会議で共有し、組織的に防衛するようにしています。法人の人権委員会で話し合われた内容が全体で情報共有されることもあり、法人、事業所として力を入れて取り組んでいます。もしも虐待の事実が確認できた場合には、法人のマニュアルに沿って対応するようになっています。利用者の生活リズムは大切にしており、来所時間は個別に設定しています。このように、利用者の人権に対して十分な配慮がされています。

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

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

**職員ハンドブックなどマニュアルの活用と定期的な見直しが望まれます**

業務に関するマニュアルは法人共通の職員ハンドブックなどがあり、事務室に備え置いています。しかしながら活用は十分にされておらず、職員調査の回答でもポイントが低くなっており、その実態を現す結果となりました。職員ハンドブックに関しては、業務に関する一連の方法等が示されているものの、当事業所のみならず法人内全体で活用されていないようです。また、活用とともに状況に応じた見直しも行われていないため、今後改善に取り組んでいこうと所長は考えています。今後の取り組みに期待したいと思います。

**各種会議や議事録の回覧などにより業務の一定水準の確保に努めています**

事業所内の業務の一定水準を確保するために、各種会議や日常の活動を通じて職員に考え方や方法が浸透するようにしています。毎朝の打ち合わせ時には、利用者の確認事項を読み合わせて一人ひとりの目的を明確にしています。月1回のデイサービスセンター会議と個別支援計画・モニタリング会議を通じて、必要事項を共有、検討する場が設けられています。欠席者にも情報を伝えるよう議事録等をファイルに綴じ、回覧して確認後にチェックをしてもらうことで漏れがないようにしています。その他、ヒヤリハットは日々確認して安全性に配慮しています。

**適宜、職員が話し合い業務の改善を図っています**

日常業務や企画行事の中で、職員が話し合って改善している取り組みがいくつか確認できました。たとえば、利用者の写真配布に関することがあります。外出等の際に利用者の写真を撮り、印刷、配布などを職員がすべて担っていましたが、負担が増えてきたことから一部を外部業者に委託することで軽減を図りました。また、利用者からの人気が高い外出プログラムをより多くの利用者が安心・安全に参加できるよう、今年度からコース数を増やしました。1コースの参加者を減らすことで、職員対応を手厚くすることができ、利用者満足度が上がりました。

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	20/20
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><b>毎朝利用者の支援計画を確認した上で活動に入っています</b>                      利用者一人ひとりの活動の目的を、毎朝の打ち合わせで利用者引継ぎシートをみて確認しています。日々通ってくる利用者が異なるため、毎朝確認することで職員が意識するようになり、目的の浸透が図られるので良い取り組みだといえます。利用者のコミュニケーション能力は個々に差があり、必要に応じて筆談やタブレット、文字盤を使って対応しています。また、会話が難しい人は毎朝来所時に表情を確認し、その日の体調などを職員が読み取るようにしています。</p> <p><b>自立した生活の実現に向けてライフアクションプログラムに取り組んでいます</b>                      自立した生活を送れるように「ライフアクションプログラム」という活動を行っています。たとえば、外出活動として買い物へ出て電卓を使いお金の計算をしたり、健康に関するテーマを取り上げてメンバー間で話し合いをするなどの取り組みがあります。プログラムは利用者が司会を務めて、利用者発信の活動となっています。職員からの投げかけだけでなく、利用者が自分たちで必要だと思う内容をテーマに取り上げる自主的な活動として評価できます。</p> <p><b>職員からではなく、利用者同士による関係作りが進められるよう促しています</b>                      利用者が周囲の利用者と良好な関係を作れるよう様々な工夫を凝らしています。身体障がい者と知的障がい者では、お互いに理解し合うことが難しく、関係作りが難航します。そのようなケースに、ここでは集団でゲームを取り入れています。トランプや麻雀など手を動かし、考えるゲームに利用者が夢中になっていますが、利用者の中には集団の活動が苦手な人もいるため課題はあります。周囲の人たちとの関係作りに関して職員ではなく、利用者同士でできるように促し、支援する姿勢が基本施設となっています。</p>			

2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当
評価項目2の講評		
<p><b>ストレングスに着目した利用者主体のプログラムが行われています</b>  日中の活動は利用者本人が主体的に活動できるように配慮しています。ライフアクションプログラムの活動は司会を利用者をお願いしています。また特徴として、活動は利用者のストレングスを伸ばしていく支援を心がけており、できないことをできるようにするという活動はあまり取り入れない考え方となっています。利用者の主体性を受け入れてくれる環境となっていることもあり、職員との関係性が深くなってきています。利用者調査の結果をみても概ね良好な関係が作られている様子がうかがえました。</p> <p><b>パソコン使用ルールなど利用者の意見を反映しています</b>  活動と同様、事業所内での取り決めも利用者が主体となっているものがあります。たとえば、共用のパソコン使用ルールとして1人30分としています。その他では送迎車が古く修理を重ねていましたが、利用者からの意見で新しい車に替えることで快適な送迎が行われるようになりました。室内環境に関しては、定期的に外部のシルバー団体へ清掃を依頼していますが、利用者の中でもできる人は机を拭いたり洗濯物を干すなどの取り組みで館内保守に努めています。</p> <p><b>アンケートを実施するなど利用者の意向を反映した食事は満足度が高くなっています</b>  食事の時間が充実するよう、アンケートを実施するなど工夫しています。昼食は外部業者に委託していますが、以前に業者を見直して満足度が上がってきている状況です。その業者が年1、2回アンケートを実施し、集計した結果を公表しその後の献立の改善へとつなげています。「四季だより」では、旬の食材、その効能、行事食など季節に応じた食に関する情報提供も行っています。食事前には看護師の声掛けの下で首、肩、口の運動をして、自分で食べる力をつけるようにも促しています。</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(0000)・非該当1
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><b>看護師を複数配置することで、家族に安心感を与えています</b></p> <p>身体障がい者が中心に利用する事業所であることから看護師を常時2～3名体制として、利用者の健康状態に配慮しています。毎朝の通所時に、体温・脈拍・血圧のバイタルチェックを行い、所定の用紙に記録しています。必要に応じてかかりつけ医から診療情報提供を受けることがあります。本人の意思表示が難しい場合には、家族から状況を聞いています。利用者調査では、病気等の対応について約9割の家族が安心できると回答しており、看護師がいることで家族に安心感を与えられている様子がうかがえます。</p> <p><b>通院時には看護師が同行するなど、医療面の支援をしています</b></p> <p>利用者が通院する際に、必要に応じて看護師が同行することがあります。また、インフルエンザの予防接種や薬局へ薬をもらいに行く時、体調の急変時なども同行しています。このような対応ができている一方で、まだ十分に医療ニーズに応えきれていない一面もあり、今後は法人内の他事業所とも連携をとることでより充実を図っていく必要があると、所長は考えています。市内には身体障がいを対象とする事業所が少ないことから、より多くの利用希望者に応えるべく、体制を整備していく方針です。</p>			

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている		○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている		○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている		○非該当
評価項目4の講評			
<p>家族と連携していますが、課題もあります</p> <p>利用者本人の意向を中心とする支援の原則としつつ、状況に応じて家族の意向を確認し、対応しています。家族がいない場合は、グループホームの担当者との連携をとっています。日々の活動においては、送迎時の家族と交わす会話が重要と考え、リアルタイムに状況を伝えています。連絡内容によっては、運転手ではなく職員が代わりに運転し、家族へ直接伝えるようにしています。ただし、利用者が独居の場合や、家族が高齢化している場合があり、連絡調整に課題が残るケースもあります。</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>地域の関係団体のイベントに利用者が参加しています</p> <p>利用者は週2日ほど事業所を利用している以外は別の事業所に通うなど、それぞれが地域の中で活動しています。たとえば、外部団体のイベントに参加したり、社会福祉事業団が行っている障がい者本人を対象とした研修に参加しています。利用者がこれらの活動に参加しやすいよう、事業所では申し込みの代行や、チームを作ってイベントに参加するなど環境設定しています。一方で、このような情報を利用者自らが探せるようなアプローチは行っていないため、今後の課題として捉えています。</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)・非該当1

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

## 評価項目6の講評

事業所内外の活動プログラムを豊富に用意し、利用者が楽しんでます

日中の活動は月単位で予定を決めて表を利用者へ配布しています。基本となる活動はこの予定表に沿って行いますが、全員で行うのではなく、その日の気分や調子を踏まえて利用者が自由に選択できるようになっています。活動は創作的活動、3段階の難易度別脳トレ、運動プログラム、散歩などの他に個別活動もあります。事業所外の活動も取り入れ、選択プログラムではバーベキューやいちご狩りなどの中から利用者はアンケートで希望するプログラムに参加しています。豊富なプログラムを企画し、利用者が楽しく参加しています。

残存能力の維持、向上に取り組んでいます

利用者が自分でできることはできる限り自分でやってもらうよう、食事や更衣、移動それぞれの場面で介助しています。この残存能力の維持、向上は身体障がい者が利用する事業所として必要不可欠な取り組みであると考え、実践しています。好例として、麻痺のあった利用者が楽しく活動に参加することで車椅子から杖歩行ができるようになり、法人内の実践事例報告会で発表されたケースがありました。

入浴サービスは利用者・家族から人気の高いサービスとなっています

事業所に入浴施設を備えており、利用者の多くが利用しています。一般浴室と機械浴室があり、移動リフトや車椅子で入浴できるようになっています。利用者はもちろんのこと、家族からの要望も強く人気のサービスとなっています。そのため、職員の入浴介助のスキルをさらに高めていくことが重要だと所長は考えています。入浴時間は利用者の生活リズムに合わせ、個別に設定しています。食事は食堂で集まって食べています。健康状態が気になる人には看護師が声掛けし、必要な人には介助についています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-2-2	職員のやる気向上に取り組んでいる
タイトル①	主任格の職員に対しての権限移譲等を通じて職員のやる気向上に取り組んでいます	
内容①	<p>所長はエリアでのサブマネージャー職を兼務しています。そのため法人の業務等により不在にすることが多くあります。このような環境の中で業務を円滑に行うために、主任格の職員に対して権限移譲を行い業務判断や遂行業務を統括的に行えるような体制づくりをしています。所長は主任格の職員に対して責任感や判断力の面で向上が見られると感じており、職員の育成とモチベーション向上につながっています。また、ホメール制度の導入や、職員の自主性を尊重して外部団体の会議に参加させるなどの取り組みを行い、モチベーション向上を図っています。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-3	利用者が健康を維持できるよう支援を行っている
タイトル②	看護師を複数配置し、重度の利用者も安心して通える体制です	
内容②	<p>市内で数少ない身体障がい者を対象とした事業所で、重度の利用者も積極的に受け入れる姿勢があります。看護師を常時2～3名配置できる体制を整え、利用者や家族に安心を与えています。また、看護師を配置したことで利用者の外出活動が増えました。万が一の時にも対応できるということで、利用者の安全性を確保できています。このサービス体制の提供により、重度の障がいを持つ利用希望者からの問い合わせも増えているようです。より重度の利用者を対象とした事業所としての特徴として、今後の存在価値を高めていきます。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	事業所運営、利用者支援の両面において計画的な取り組みが行われています
	内容	事業計画は現場職員の意見を反映させ、半期で状況確認して見直すなど着実な計画の実行に取り組んでいます。また、利用者支援においては日々利用者の支援目的を確認し、活動に入っています。アセスメントの見直しを半期に一度行い、支援計画の継続性を確認しています。このように事業所の業務全体的にしっかりと計画の下で実行されており、職員個人の判断などに委ねられることなく、PDCAサイクルの流れで組織的に活動しています。
2	タイトル	利用満足度調査や意見箱の設置など、様々な取り組みによって利用者意向の把握に努めています
	内容	利用者の意向を把握するために様々な取り組みを行っています。毎年度末に利用満足度調査を実施し、数値化した満足度の把握を行っています。質問項目については固定し、各年度ごとに比較ができるようにしています。また、「みんなの声」という意見箱を設置し、匿名で利用者が意見を伝えられる環境も整えています。投書のある内容について、事業所内で対応可能なものについてはすぐに対応することを心掛けています。事業所だけで対応できない内容についても、必ず法人へ意見をあげることで利用者の意向に応えられるように努めています。
3	タイトル	「ボランティア活動支援」という考えのもと、法人内で最も多くのボランティアを受け入れています
	内容	事業所ではボランティアの受け入れを積極的に行っており、法人内で最も多くのボランティアを受け入れています。昨年1年間では約460名の受け入れを行いました。ボランティアの受け入れ体制は、ボランティア受入の担当職員がボランティアに対して、参加にあたってのお願いや、1日の流れの書かれた案内書面を渡し注意事項の説明などを行っています。所長はボランティアの受け入れは事業所で必要だから受け入れるのではなく、ボランティア活動のニーズを満たすための「ボランティア活動支援」であるという考えのもと取り組んでいます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	日常の業務において、事故やエラーの再発にむけた仕組みの構築が期待されます
	内容	日常の業務において発生した事故やエラーは、ヒヤリ・ハットシートや事故報告書を作成し職員全員に共有しています。特に重要な事故については職員会議を通じて対応策の検討も行っています。対策を立てた直後に改善が見られたものであっても、期間が空くと再び同様のエラーが発生することがあるということです。対策を講じた一定期間後に振り返りを行うなど、再発の防止に向けた仕組みの構築が期待されます。
2	タイトル	研修内容について職員間で内容を共有する仕組み化が期待されます
	内容	職員は法人内や社会福祉事業団等を通じた、様々な研修に参加する機会があります。研修への参加を通じて職員の能力向上に取り組んでいます。しかし、研修への参加後に、内容の共有が職員間で行われていません。現状では参加した職員本人が希望した場合のみ、資料等を共有しており仕組み化はされていません。参加した研修内容の振り返りや、事業所全体での知識向上のためにも、今後職員間での研修内容の共有の仕組み化が期待されます。
3	タイトル	業務全体を一定の時期で見直す機会を設け、支援の質のさらなる向上に期待します
	内容	利用者支援において、看護師を3名配置し専門的に、また職員も研修等により適切な支援が行われています。必要なマニュアルを揃え、業務の一定水準を確保するために職員間の情報共有を工夫して漏れないようにしています。しかし、これらを定期的に見直す仕組みはまだ確立されていないようです。利用者のアセスメントを見直すタイミングで全体の活動についても見直すなど、一定の時期を定めるのが望ましいと考えられます。これにより、さらに支援の質の向上につながることを期待します。