

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希望の家 御中

**【平成29年度】
第三者評価結果報告書**

| | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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)利用者の人権の尊重と権利擁護 2)日中活動の充実 3)利用者一人ひとりの障がいの特性や個性に合わせた活動提供 4)本人・家族との信頼関係の構築 5)サービスの向上</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 利用者の小さな声や仕草を拾い、利用者に寄り添い支援が出来る人材</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) その場の支援だけでなく、本人の人生の先まで見越した支援を考えることできるような成長を期待</p> |

| | |
|------|-------------------------------------------------------------------|
| 調査対象 | 利用者数29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。 |

多機能型事業所全体

| | | |
|--------------------|-------|------|
| 利用者総数 | 29 | |
| 共通評価項目による調査対象者数 | アンケート | 計 |
| 共通評価項目による調査の有効回答者数 | 29 | 29 |
| 利用者総数に対する回答者割合(%) | 79.3 | 79.3 |

生活介護

| | | |
|--------------------|-------|------|
| 利用者総数 | 12 | |
| 共通評価項目による調査対象者数 | アンケート | 計 |
| 共通評価項目による調査の有効回答者数 | 12 | 12 |
| 利用者総数に対する回答者割合(%) | 91.7 | 91.7 |

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 | 17 | |
| 共通評価項目による調査対象者数 | アンケート | 計 |
| 共通評価項目による調査の有効回答者数 | 17 | 17 |
| 利用者総数に対する回答者割合(%) | 70.6 | 70.6 |

利用者調査全体のコメント

総合的な評価は、「大変満足」4人(17.4%)、「満足」11人(47.8%)、「どちらともいえない」3人(13.0%)、「不満」2人(8.7%)、「大変不満」3人(13.0%)、「無回答」0人でした。
 自由意見は、「希望の家ですっと元気で楽しく過ごしたい」「レクで温泉に行きたい」「もっと人の話を聞いてほしい(悩み、相談など)」「休憩室が狭く、上のホームの人達が毎日午前と午後に寝るので私たちが休憩できません。いくら職員の方が注意してもダメです。」などの意見もみられました。

利用者調査結果

| 共通評価項目 | 実数 | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|-----|------------|
| | はい | どちらともいえない | いいえ | 無回答 非該当 |
| 1. 利用者は困ったときに支援を受けているか | 15 | 2 | 3 | 3 |
| 「はい」が65.2%、「どちらともいえない」が8.7%、「いいえ」が13.0%、「無回答・非該当」が13.0%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 2. 事業所の設備は安心して使えるか | 17 | 3 | 0 | 3 |
| 「はい」が73.9%、「どちらともいえない」が13.0%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が13.0%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか | 8 | 7 | 4 | 4 |
| 「はい」が34.8%、「どちらともいえない」が30.4%、「いいえ」が17.4%、「無回答・非該当」が17.3%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか | 15 | 3 | 2 | 3 |
| 「はい」が65.2%、「どちらともいえない」が13.0%、「いいえ」が8.7%、「無回答・非該当」が13.0%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 19. 職員の接遇・態度は適切か | 15 | 5 | 2 | 1 |
| 「はい」が65.2%、「どちらともいえない」が21.7%、「いいえ」が8.7%、「無回答・非該当」が4.3%となりました。 自由意見は、「本人(利用者)の服装は決まりがあるのに、職員さんにはない」などがありました。 | | | | |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|
| 20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか | 17 | 2 | 4 | 0 |
| 「はい」が73.9%、「どちらともいえない」が8.7%、「いいえ」が17.4%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか | 12 | 6 | 4 | 1 |
| 「はい」が52.2%、「どちらともいえない」が26.1%、「いいえ」が17.4%、「無回答・非該当」が4.3%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか | 13 | 8 | 2 | 0 |
| 「はい」が56.5%、「どちらともいえない」が34.8%、「いいえ」が8.7%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 23. 利用者のプライバシーは守られているか | 13 | 6 | 3 | 1 |
| 「はい」が56.5%、「どちらともいえない」が26.1%、「いいえ」が13.0%、「無回答・非該当」が4.3%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか | 18 | 0 | 5 | 0 |
| 「はい」が78.3%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が21.7%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 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 | 13 | 7 | 2 | 1 |
| 「はい」が56.5%、「どちらともいえない」が30.4%、「いいえ」が8.7%、「無回答・非該当」が4.3%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 26. 利用者の不満や要望は対応されているか | 14 | 0 | 4 | 5 |
| 「はい」が60.9%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が17.4%、「無回答・非該当」が21.7%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 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 | 3 | 7 | 4 | 9 |

「はい」が13.0%、「どちらともいえない」が30.4%、「いいえ」が17.4%、「無回答・非該当」が39.1%となりました。
自由意見はありませんでした。

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 |
| 4.【生活介護】 事業所での活動は楽しいか | 5 | 1 | 3 | 2 |
| 「はい」が45.5%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が27.3%、「無回答・非該当」が18.2%となりました。 自由意見は「作業がつまらない」などがありました。 | | | | |

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 | 7 | 2 | 0 | 3 |
| 「はい」が58.3%、「どちらともいえない」が16.7%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が25.1%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |
| 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 | 4 | 1 | 3 | 4 |
| 「はい」が33.3%、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が25.0%、「無回答・非該当」が33.3%となりました。 自由意見はありませんでした。 | | | | |

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

| No. | 共通評価項目 | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| | カテゴリ1 | |
| 1 | リーダーシップと意思決定 | |
| | サブカテゴリ1(1-1) | |
| | 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている | サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/9 |
| | 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

職員が支援目的・方針を十分に理解し活動することが期待されます

支援活動における理念・目的や方針を事業所案内のパンフレットに記載し、利用者や福祉関係者に配布するとともに事業所内に掲示しています。パンフレットには、手工芸品の作成やパン・焼き菓子作り等の活動内容を写真を掲載して分かりやすく伝えています。職員に対しては、年度事業計画書に目的・支援方針を記載し、年度当初の職員会議の場で配布しています。今後は、職員会議やミーティング等の場で活動方針の趣旨を確認するなど、目的や方針に基づいた支援活動を行うことを周知徹底することが期待されます。

職員配置表及び担当表を作成し、各職員の報・連・相の向上に取り組んでいます

職種・活動時間を記載した職員配置表及び各職員の業務分担を記した担当表を作成し、支援活動の運営体制を明示しています。また、日常業務活動における職員の報告・連絡・相談を徹底し、事業所全体のコミュニケーション機能の強化に取り組んでいます。所長は、管理者及び職員の役割と責任を明示するとともに、各職員の支援活動における役割と責任に対する意識を高めていくことの必要性を認識しています。今後は、業務分担表を基に各業務の内容及び業務範囲を明示した職務分掌表を作成し、職員の役割・責任を明確にすることが期待されます。

重要案件や課題は常勤職員会議及びエリアマネージャーとの協議を基に対応しています

重要な案件・課題に対しては、常勤職員会議で協議し迅速な対応に努めています。また、法人の協力が必要な案件については、エリアマネージャーに相談し連携して対応しています。重要案件の内容や経緯については職員会議や支援会議の場で各職員に説明しています。また、利用者及び家族にはお知らせを配布するとともに、家族会や面談を通して内容・経緯を丁寧に説明しています。日常の支援活動に係る事案に対しては、業務担当職員を中心に具体的な対応策を検討し、全員が連携して解決に向けた取り組みを行っています。

| 2 | | | 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 | 3/4 |
| 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●) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる | | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している | | ○非該当 |
| | | | サブカテゴリ2(2-2) |
| 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | 5/7 |
| 評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある | | | 評点(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●) |
| 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

ホームページや機関紙の発行を通じて、事業所情報を広く発信することが期待されます

支援活動の内容は案内パンフレットやホームページを通じて発信していますが、機関紙の発行やホームページの改訂を行うことが課題となっています。所長は、機関紙を発行して基軸となっているパン・焼き菓子の製造・販売や手工芸品作成に関する情報を詳しく伝えることの必要性を認識しています。また、ホームページを改訂・更新して事業所情報を広く発信することの必要性を認識しています。今後は、機関紙の編集やホームページの制作に職員及び利用者が参画し、全員が協力して取り組むことが期待されます。

事業所の機能をいかし、施設の貸出や実習生・ボランティアの受入れを行っています

事業所内で製造しているパンや焼き菓子は、徒歩2分の場所に従たる事業所として設置している店舗で販売しています。当店舗では、パン・菓子の販売や喫茶での接客を通じて地域住民と交流するとともに、店舗内の一部を地域のサークル活動等に貸し出しています。また、地域の養護学校や特別支援学校及び地元中学・高校等と連携し、職場体験を希望する実習生やボランティアを毎年受け入れています。体験実習では、担当職員がパン製造や手工芸作業等のアドバイスをしています。今後も、事業所の機能をいかし地域に還元することの重要性を認識しています。

地域の福祉関係事業所や行政機関との交流を深め、事業所の協力関係を築いています

所長は、綾瀬市役所主催の会議や自立支援協議会・あやとも協議会等に参画し、福祉事業関係者との連携を図っています。また、地元自治会の会合や行事に参加し、地域社会との交流を深めています。「あやともまつり」には、パン類や手工芸品等の販売店を出店しています。また、商品の販売は、店舗のほかには市役所内の販売店でも行っており、地域における事業所の協力関係を築いています。これらの取り組みを通じて、利用者及び職員は地域社会と触れ合う機会を数多く持つことができている。

| カテゴリ3 | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
| 3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用 | | |
| サブカテゴリ1(3-1) | | |
| 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/8 |
| 評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇) | | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●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●) | | |
| 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 | | |
| 利用者からの要望・苦情・相談への迅速な対応を図るための体制を整備しています 利用者や家族からの要望や苦情・相談に対しては、「苦情解決に関する規則」に基づき苦情相談窓口及び苦情解決担当者を配置しています。また、第三者委員を選任して迅速な対応を図るための体制を整備しています。利用者や家族に対しては、契約時に重要事項説明書及び利用契約書の苦情・要望事項や実施体制の仕組みを丁寧に説明し、事業所内に掲示しています。日常の支援活動における利用者からの要望や相談に対しては、担当職員と窓口担当者及び解決責任者が連携して迅速に対応しています。 | | |
| 利用者・家族へのアンケート調査の内容を集約し、各種支援活動に活用しています 個別支援計画の作成時や家族会開催時に、支援活動内容や送迎サービス等の付帯サービスに関するアンケートを実施し、利用者・家族の意向や要望を確認しています。各種支援活動は利用者の意向を把握したうえで、個別支援計画に反映して実施しています。また、支援活動として実施している製造作業や受注作業及び手工芸品の作成等は、利用者ひとり一人の意向及び特性に合わせて提供しています。利用者は、特性や個性に合わせた各種作業及び支援プログラムに意欲的に取り組んでいます。 | | |
| 地域の福祉ニーズや事業環境情報は収集していますが、整理・活用することが望まれます 所長は、地域の福祉ニーズや事業環境に関する情報を、地域の自立支援協議会や行政機関等の会合に参加し収集しています。また、福祉新聞や機関紙等から最近の情報を収集しています。収集した情報は、内容に応じて職員に回覧したり職員会議で報告しています。今後は、収集した情報を整理・分析し共有化するとともに、事業活動に活用することが期待されます。また、各職員が地域の福祉関係情報に関心を持ち、主体的に情報収集し支援活動の組み立てに活用することが望まれます。 | | |

| 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 6/11 |
| 評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している 評点(○○●) | | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 年度単位の計画を策定している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる | ○非該当 |
| 評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している 評点(○○●●) | | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ○あり ●なし | 1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している | ○非該当 |
| 評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(○○●●) | | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ○あり ●なし | 1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にすることの取り組みを行っている | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる | ○非該当 |

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価

標準項目

| | | |
|---------|---------------------------------------------------------------------|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる | ○非該当 |

カテゴリ-4の講評

年度事業計画書は作成していますが、職員の計画策定への参画が期待されます

年度事業計画書は、所長が日常の支援活動状況を職員会議やミーティング等で把握し作成しています。年度事業計画書には、中期計画に基づく支援方針や事業所が取り組むべき目標・重点目標・作業活動等を記載しています。年度事業計画書の内容は職員会議を通じて職員に説明していますが、今後は、事業計画の策定段階において、各職員が事業計画書の作成に主体的に参画することが期待されます。特に、担当業務単位に職員の面談を行い、現場の意向や課題を明確にし共有するとともに、現場の実態に基づいた具体的な実施事項を計画化することが望まれます。

年度事業計画の重点実施項目の実行計画を作成することが期待されます

事業計画の実行段階では、年間活動カレンダーや月次単位の予定表を作成し、支援活動及び各種行事を実施しています。今後は、年度事業計画書に記載されている今年度の重点目標や取り組むべき目標として記載している事項について、各現場の具体的な実行計画を作成し進捗状況を確認することが期待されます。実行計画の策定にあたっては、現場の実態を把握したうえで各職員が主体となって実施方法やスケジュール目標を設定し、月次単位の進捗状況を確認していくことが望まれます。

災害発生時マニュアルを基に、事業所全体の防災・事故対策及び体制を整備しています

非常災害時における安全対策として「非常災害時の具体的計画(マニュアル)」を作成し、防災訓練予定・災害時役割分担・防災対策備品等を明記しています。また、災害発生時マニュアルを基に火災及び地震発生時の対応等を明示し、防災訓練や避難誘導訓練を定期的に行っています。事故対策に関しては、「ヒヤリハット事故報告書」及び「事故報告書」を作成し事故防止に努めていますが、ヒヤリハット事故に対する職員の意識を高めることの重要性を認識しています。感染症対策に関しては、担当看護師と連携し利用者及び職員に周知徹底しています。

| 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 7/8 |
| 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(0000●) |
| 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

5/7

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

職員の業務研修は行われていますが、個別育成計画を作成することが期待されます

職員の教育は、各支援活動現場でのOJTによる業務教育や法人の年度別研修計画に基づく内部研修、及び福祉関係機関主催の外部研修の受講をベースに実施しています。今後の課題として、職員の個別育成計画を策定し、各職員の課題や目標を明確に設定することが期待されます。個別育成計画の策定にあたっては、個別面談等を通じて課題及び目標を明確にするとともに、実施内容や研修内容を職員と一緒に検討することが望まれます。また、平成30年度より本運用される新人事評価制度と個別育成計画の運用を連動することが望まれます。

職員の事業活動への参画意識を高め、主体的な判断力の向上に取り組んでいます

生活介護及び就労継続支援における支援活動状況は、担当職員が月1回の職員会議及び支援会議で報告しています。特に、パン・焼き菓子作りや受注作業での利用者状況については、日常のミーティングを通じて把握し共有化しています。今後の課題への対応として、各職員の事業活動への参画意識を高め、報告・相談・連絡をベースとしたコミュニケーション能力や主体的な判断力の向上に取り組んでいます。特に、受講した研修内容の発表や会議の場での活発な発言・提案を推進し、職員の参画意識を高めること期待されます。

日常業務の適正化・効率化を図り、職員のモチベーションの向上に取り組んでいます

各職員の就業状況を把握し、担当業務の種類や範囲及び業務量を適正化しています。特に、各種業務を効率的に遂行し就業時間内で業務が終了することを推進し、残業が慢性化することを防止しています。また、勤怠管理やストレスチェック及び個別面談を通して、各職員の支援活動における実態や要望を集約しています。今後も、担当業務の効率化や業務範囲・量の適正化を推進するとともに、新人事評価制度における「チャレンジシート」の活用を通して、職員のモチベーションの向上に取り組むことの必要性を認識しています。

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 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 6/7 |
| 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(○○●) |
| 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(○○○○) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 個人情報の保護に関する規定を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 開示請求に対する対応方法を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている | ○非該当 |
| カテゴリ7の講評 | | |
| <p>重要情報及びデータは、情報管理専用のパソコンで厳重に管理しています</p> <p>事業運営に係る重要情報及びデータは、情報管理専用パソコンにアクセスコードを設定して厳重に保護・管理しています。業務上で共有化している情報及びデータは、業務用パソコンにパスワードを設定し、管理者及び担当職員が入出力の管理を徹底しています。また、情報の重要性や機密性の高い文書や資料は、日常業務用の書類とは別に専用キャビネットに保管し鍵の管理を徹底しています。今後の課題として、業務用のデータやファイルを分類し、各職員が日常業務において迅速に使用できるように整理・更新していくことを認識しています。</p> <p>利用者及び職員の個人情報は、個人情報保護規程に基づき慎重に管理しています</p> <p>利用者及び職員の個人情報は、個人情報保護法及び個人情報保護規程に基づき慎重に管理しています。利用者・家族に対しては、「個人情報の提供に関する同意書」の重要事項や事業所内の保護・管理体制を丁寧に説明しています。職員には入職時のオリエンテーションで、個人情報保護の重要性や個人情報保護規程の内容を説明するとともに、職員会議等の場で周知徹底しています。また、職場体験の実習生やボランティアには、倫理行動要綱に基づいて個人情報の取り扱いにおける重要性や注意点を説明しています。</p> | | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| カテゴリ8 | |
| 8 | カテゴリ1～7に関する活動成果 |
| サブカテゴリ1(8-1) | |
| 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している | |
| 評価項目1 | |
| 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」 | <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない |
| 改善の成果 | |
| 職員の報告・連絡・相談を徹底し、コミュニケーション機能の強化を図っています 職員の配置表や業務担当表を基に、支援活動における運営体制を整備しています。また、事業所全体のコミュニケーション機能を強化するために、日常業務活動における職員の報告・連絡・相談を徹底することに取り組んでいます。特に、業務上の重要事項については迅速に報告・連絡し、関係者が連携して対応することを推進しています。今後は、業務分担表及び職務分掌表等を基に所長及び職員の役割と責任を明示し、職員の参画意識を高めていくことの必要性を認識しています。 | |
| サブカテゴリ2(8-2) | |
| 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している | |
| 評価項目1 | |
| 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」 | <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない |
| 改善の成果 | |
| 新人事評価制度のチャレンジシートを基に、各職員の課題・目標を整理しています 平成30年度より法人全体で本運用される「新人事評価制度」を確認し、効果的な運用に向けた準備を行っています。特に、新人事評価制度において使用される職員の「チャレンジシート」を基に、各職員の課題や目標を整理しています。今後は、成績・行動・能力等を基軸とした評価基準を基に、職員の育成に取り組むことにしています。また、職員の個別育成計画を策定し、職員の育成を計画的・段階的に行っていくことの必要性を認識しています。 | |

サブカテゴリ3(8-3)

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

評価項目1

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

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

改善の成果

事業所外での活動を増やし、利用者の楽しみが増えています

かねてより利用者からの希望として「宿泊旅行へいきたい」という声が多く挙がっていました。職員体制などの条件のため宿泊を伴うことは難しく実行できていませんが、日帰り旅行を計画し実行できました。県内の有名温泉地や水族館などへ出かけています。また、地域の人たちと触れ合う機会としてパンの外部販売があります。以前は週1回程度しかできなかったものの、現在は週4回できるようになり、活動が充実してきています。事業所内に留まらず、所外へ外出する機会が増え、利用者が楽しんでます。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

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

改善の成果

利用者の支援区分の見直しを通して、利用率のアップを図っています

就労継続支援事業での利用者の受入れ時に、支援区分の見直しを行っています。特に、パン・焼き菓子等の店舗販売を行っている従たる事業所においては、利用者の受入れ時に主な障がいの支援区分を変更していくことで、利用率のアップを図ることに取り組んでいます。また、事業所見学を地域関係者にアピールし、利用者登録の増加に取り組んでいます。収支バランスの改善成果はまだ現れていませんが、中期計画に基づき平成31年度の目標達成に向けた取り組みを推進しています。

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・家族へのアンケートを実施し、意向や要望を個別支援計画に反映しています

利用者・家族の支援活動に対する意向や要望を、個別支援計画の作成時や家族会開催時にアンケートを実施して集約しています。特に、支援活動内容や付帯サービスに関するアンケートを実施し、アンケート結果を個別支援計画に反映しています。また、生活介護・就労継続支援における各種作業やプログラムは、利用者の意向や特性を把握したうえで提供し、利用者一人ひとりが意欲的に取り組むことを推進しています。前年度と比べて、利用者一人ひとりの特性や個性に合わせた作業やプログラムを提供することができています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

| No. | 共通評価項目 | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|
| サブカテゴリ1 | | |
| 1 | サービス情報の提供 | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/4 |
| 評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している <p style="text-align: right;">評点(○○○●)</p> | | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | ●あり ○なし | 1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している |
| | ○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 |
| | ●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 |
| | ●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 |
| サブカテゴリ1の講評 | | |
| <p>利用希望者等にとってわかりやすい情報提供の方法に期待します</p> <p>事業所の情報は、パンフレットを作成し利用希望者等へ配布しています。事業所の目的や活動紹介、一日の流れが記載されていますが、見る人を家族を想定したものになっているため、利用希望者本人に対してわかりやすくないかという点においては課題があるといえます。今後の改善に期待します。またホームページはありますが作成当初から更新されておらず、利用者定員数など一部の情報は現在とは異なる内容となっています。これについては、今後削除する予定ということでした。</p> <p>相談支援事業所、養護学校と連携し、利用者増員につながっています</p> <p>関係機関との連携については、綾瀬市や相談支援事業所、養護学校に対して積極的に行っています。在籍している利用者のサービス等利用計画を作成している相談支援事業所とは、利用者の近況報告だけでなく、利用希望者の有無など定期的に情報交換をしています。近隣の養護学校へは年度初めから夏頃にかけて訪問し、事業所の取り組み内容や定員の空き状況を伝えています。これらの活動により、今年度は新規の利用者が増えるなどの成果にも結び付いています。</p> <p>見学は随時受け付け、午前中のパン作りから見てもらっています</p> <p>利用希望者からの問い合わせと見学希望には柔軟に対応しています。月10名程度の見学が随時あり、人数によってはツアーを組むこともあります。見学はいつでも受け付けており、所長が担当していますが、不在時にでも常勤職員が対応できるようにしています。活動の1つであるパン作りが午前中のみとなっているため、事業所のことをよくわかってもらえるように見学は午前中に行っています。見学者の記録を取り、その後の利用へ向けてフォローし、個別の質問等にも応じています。</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 5/7 |
| 評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている <p style="text-align: right;">評点(○○●)</p> | | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している | ○非該当 |
| 評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <p style="text-align: right;">評点(○○○●)</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 | | |
| <p>サービス開始時の説明はしっかりと行われていますが、記録については課題といえます</p> <p>サービス開始時に所長と利用者本人、家族の3者で面談し、契約書、重要事項説明書及び個人情報に関する同意書を説明しています。利用者によっては本人のみの場合もあります。その他に、事業所は皆で仕事をする場所であり共同の空間であることや、実習時の様子から個別に注意事項を伝えています。また利用にかかる費用として、食費と土曜日のレクリエーション活動のことも説明し、同意を得ています。ただし、面談時の本人や家族からの要望等はメモ程度の記録しか残されていないため、所定の書式等に記録し、職員間で共有することが望まれます。</p> <p>利用開始直後は環境に慣れるまで時間をかけています</p> <p>サービス開始時に利用者支援に必要な個別事情は利用者基礎調査票を事前に家族へ記入してもらっていますが、要望等を書き込むようにはなっていないため、書式の見直しが望まれます。利用開始直後の配慮については十分に対応できています。まずはすべての作業に取り組んでもらい、希望と適性をみてどの作業にするかを決定しています。また、慣れるまでは休憩時間を多くとり、作業に集中できるようにしています。このようにして一定期間は無理をせず、環境へ適応してきよう支援しています。</p> <p>就労後は法人内の就労支援センターと連携して継続した支援を行っています</p> <p>サービス利用前の利用者の生活の様子や事業所での流れについては、実習時に家族からの聞き取りにより把握するようにしています。実習は全員が実施するようになっているため、確実に押さえることができます。これらの取り組みにより、利用者が環境変化に対応できるよう備えています。利用者が退所するケースとして、企業への一般就労があります。実際の例として、就労後約3か月は事業所から本人に連絡を取り、定着へ向けて支援を行っていました。その後は法人内の就労支援センターが継続して支援しています。</p> | | |

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

5/10

評価項目1

定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点(○○●)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|-----------------------------------------------|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている | ○非該当 |

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している

評点(○○●)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|------------------------------------------|------|
| ●あり ○なし | 1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している | ○非該当 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|
| 評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(○●) | | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●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3の講評

毎月の定例会議を経て、半年ごとにアセスメントの見直しが行われています

利用者一人ひとりの様子は所定の書類に記録して把握できるようになってはいますが、日々の記録が支援計画に連動する内容ではなく、単純な活動記録に留まっています。そのため、その記録から利用者のニーズや新たな課題を見出すことにはつながっておらず、この点については所長自身も課題と認識しています。一方で、アセスメントの定期的見直しの時期は半年ごとに定められています。毎月行っている職員会議と支援会議の中でケース検討を行った上で、半年間の振り返りシートで確認する流れができています。

家族との面談で要望を聞き取り、計画を作成しています

個別支援計画はできる限り本人の希望を反映しようと努めていますが、コミュニケーションが難しい人も多いため十分に対応できているかどうかは図りかねるのが実情です。その分、家族からの意見は重視しており、面談での聞き取りを大切にしています。しかし、年々家族の参加が少なくなってきており、課題となっています。計画を半期で振り返る際には、「個別支援計画の終了時評価」として3段階で評価し、残りの半期に備えています。緊急時に計画を見直すことがこれまでなかったこともあり、その仕組みは整備できていませんでした。

利用者の記録及び情報の共有については課題がみられました

利用者に関する記録及び情報の共有について、取り組みは行われているものの課題がある状況です。まず記録する書式は定められており、常勤・非常勤問わず、その日に出勤している職員が担当することになっています。しかし、計画に沿った支援なのか、利用者がどのように推移したのかについての言及とはなっていませんでした。情報共有の機会には職員会議、支援会議などが設けられていますが、日々の共有は口頭で伝えるのみになっています。事業所が2つに分かれていることもあり、今後は朝だけでも合同で打ち合わせの場を持つか検討しているところです。

| サブカテゴリ5 | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | 6/7 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------|------|
| 5 | プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | | |
| 評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | 評点(〇〇〇) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | | ○非該当 |
| 評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している | | 評点(〇〇〇●) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている) | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている | | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている | | ○非該当 |
| サブカテゴリ5の講評 | | | |
| <p>プライバシー保護が各所で徹底されています</p> <p>利用者のプライバシー保護に関しては職員自己評価が高く、各種取り組みを確認できました。利用者の情報を外部とやり取りする際には、都度家族に確認を取り同意を得た上で行うようにしています。通所した際、個人の所有物は鍵付きのロッカーに入れて各自で管理できるようになっています。個人宛の重要書類等は、家族へ渡す連絡帳と一緒にまとめて渡すようにしています。プライベートの相談を受けたときには、周囲に配慮して個室や職員室で話を聞くよう、周囲に配慮しています。</p> <p>内部研修でグレーゾーンをテーマに検討するなど、職員の意識を高めています</p> <p>利用者の権利擁護に関しては、法人内で人権委員会を設置して全体研修に取り組むなど力を入れています。そして、日々の言動が利用者の気持ちを傷つけるようなことがないよう、事業所では年1、2回内部研修を行っています。職員からグレーゾーンに該当すると思われる自己の活動を振り返ってもらい、その活動についてグループディスカッションをして理解を深めています。また、職員会議の場で確認したり、気になる言動があったその時に注意をするなどして、事業所として組織的に防止するよう努めています。</p> <p>利用者一人ひとりへの配慮については今後の改善に期待します</p> <p>組織的に利用者の権利擁護に取り組んでいる一方で、利用者一人ひとりに対する配慮に対しては十分に対応しきれていない部分が今回の調査ではみられました。集団での活動となるため作業が優先されてしまうことや、限られたスペースの中で一人ひとりが落ち着いて活動できる環境を作ることが難しい状況です。今後の改善に期待したいと思います。</p> | | | |

サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/11

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(○●●)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---------------------------------------------------------|------|
| ○あり ●なし | 1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している | ○非該当 |

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(○○●)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|------------------------------------------------------------|------|
| ○あり ●なし | 1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる | ○非該当 |

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(○●●●●)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|----------------------------------------------------|------|
| ●あり ○なし | 1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている | ○非該当 |

サブカテゴリ6の講評

マニュアル等の整備及び活用はできておらず、今後の取り組みに期待します

法人共通のマニュアルとなる「職員ハンドブック」がありますが、残念ながら現場ではほとんど活用されていないのが現状でした。その他に必要なマニュアル類も整備されておらず、業務はOJTで習得していくようになっています。そのため、事業所としての標準化は十分にできておらず、個人に委ねられている状況といえます。職員会議等の場において日頃の活動を振り返り、業務の点検等を行うことはあるようですので、今後は検討した内容をマニュアル等にまとめていくことが望まれます。

一定基準の確保に向けた取り組みに期待します

職員全体が一定の基準で支援業務に取り組めるようにする仕組みがやや不足しているようです。限られた職員数による運営体制となっていることもあり、例えば外部で行われる専門研修等へ参加することが難しく、また日々の活動の中で日常的に経験のある職員がアドバイスすることも難しくなっています。利用者の安全を確保するためのヒヤリハットは、その作成基準があいまいになっていることもあり、職員から挙げられることがあまりないようです。事業所として一定の基準で支援ができる取り組みの検討が必要と考えられます。

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 | 22 / 27 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | <p>評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(○○○●)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○あり ●なし</td> <td>1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | 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>職員が個別支援計画を意識した支援ができるようになることを期待します 個別支援計画と日々の活動がどのようにつながっているのか確認しましたが、十分には反映されていない状況でした。利用者一人ひとりの計画内容を職員が定期的に確認する機会は設けられておらず、そのため記録も計画内容が反映されたものになっていないのではないかと考えられます。事業所での経験年数が浅い常勤職員や、福祉の仕事経験がない非常勤職員に対して計画に基づいた支援の指導と統一が課題と所長は捉えており、今後の取り組みに期待します。</p> <p>利用者に応じてコミュニケーションをとる前向きな取り組み姿勢が確認できました 利用者の障害特性に配慮し、一人ひとりの状況に応じたコミュニケーションのとり方をしています。例えば、次の活動が気になる利用者には見通しを伝えたり示すことで安心感を与え、落ち着かずに大きな声を出してしまう利用者には声掛けのタイミングや伝え方を工夫しています。また状況に応じて、建物がやや狭いですがその中でも話す場所に配慮して、利用者が安心して話せるような環境で聞くようにしています。このように、利用者の様子を見て個々に対応するよう努めている姿勢が確認できました。</p> <p>利用者の自立へ向け、事業所外の人との交流や情報提供がされています 利用者同士の関係作りの支援は、コミュニケーションのとり方と同様に工夫しています。さらに事業所外の人たちとも交流が図れる機会として、高齢者施設とお祭りでパンを販売することがあり、他者との協調ができる人たちが積極的に参加しています。利用者の自立へ向けた情報提供として、近隣のグループホームに関する情報を提供していますが、ガイドヘルパーなどの案内についてはまだ十分ではないようです。</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>苦手意識のあるものでも取り組んでもらうことで、可能性を広げています 利用者の持つ可能性を広げることで、本人が主体的に活動できるよう職員が支援しています。具体的には、利用者が希望していない活動でも無理のない範囲で職員が勧めたい作業にも取り組んでもらうことで、本人が気づいていなかった能力を知ることになりました。結果としてその活動を気に入り、苦手意識のあったものでもできるようになり、活動の幅が広がっています。本人が集中できる時間や環境にも配慮するなど、その人らしさが発揮できるような支援が行われているといえます。</p> <p>食事の提供方法を見直し、家族に試食会を開き満足度が向上しています 事業所内でのルールは、利用者の意見や状態に応じて設定し朝礼で周知しています。今後はさらに発展させて、利用者の意見をとりまとめるだけでなく、より利用者が主体的になって決められる体制づくりをしていきたいと所長は考えています。昼食はお弁当を外部に発注して提供しています。以前はお弁当が冷えてしまい、利用者から不満の声が挙がっていました。そのため食事の時間が楽しくなるよう提供方法を見直し、お弁当を温めてお重箱に入れるようにしました。家族に試食会を開き確認してもらうことで、満足度が向上しています。</p> <p>清潔さに特に意識して、利用者が過ごしやすい環境づくりをしています 建物内のスペースがやや狭いですが、その分、環境づくりに気を配り清潔さと使いやすさを職員が意識しています。主たる、従たる事業所では共にパン作りをしているので、清潔さを重視しています。利用者の清潔に対する意識にはまだ課題が残っているものの、職員が声をかけるなど促すことで改善に努めています。従たる事業所は店舗販売もしているため、地域のお客様が来店されても満足していただけるように利用者が意識して清潔感を保つことできています。その他では朝礼の場所を作業室から食堂へ変えるなど、過ごしやすい環境づくりに取り組んでいます。</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(○○○○●) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-----------|
| 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>医師や看護師による確認のほか、運動などにも配慮して健康の維持に努めています</p> <p>健康面に関しては、法人内のクリニックから医師が月1回程度訪問してきて健康状態を確認しているほか、看護師が2週間に1度のペースでバイタルチェックを行っています。日々の活動では、通所時に顔色などを確認し、軽い運動として朝と昼の2回にラジオ体操を行い、食事の量を個々の状態に応じて減らすなどしています。利用者調査では、体調が悪い時の職員の対応には70%以上の利用者が信頼できると回答しており、しっかりと対応できているといえます。</p> <p>家族と連携して利用者の健康面に関する支援をしています</p> <p>利用者の健康状態は連絡帳を通じて家族から得て、運動や食事について調整するようにしています。かかりつけ医からの指示に疑問があるときには、職員は法人内のクリニックと協力して内容を把握し、家族の疑問解消に努めています。日々の生活における通院や服薬に関するアドバイスを、健康診断結果を基にしてしているほか、グループホームで暮らしている利用者の中には世話人との情報交換を大切にしています。なお、薬を預ける利用者もいるため薬管理者を置き、職員が複数で誤薬や飲み忘れがないようにチェックしています。</p> <p>体調急変時の対応について体制を整えることが望まれます</p> <p>利用者の体調が急変した場合などに、職員がどのように対応するかを示したものは作られていませんでした。関係者の連絡先が周知されているのみで、具体的な対応方法が明確になっていません。これまでそのような事例がないということで大きな事故にはつながっていませんが、緊急時にはどの職員も滞りなく対応できるように備えておく必要があると考えられます。また、対応方法の明示と共に統一化も課題と所長は認識しています。</p> | | | |

| | | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|---------|
| 4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている | | | 評点(○○●) |
| 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

連絡帳の記載を工夫し、家族からの反応がよくなりました

家族との情報交換をする機会として、年3回家族会を開いています。事業所の様子や予定を伝えるほか、家族からの意見・要望を聞いていますが、参加者が年々減ってきています。日常のやり取りは主に連絡帳を使い、必要に応じて電話連絡をしています。以前は連絡帳に職員がコメントを書かない日もあったため、その日の活動内容だけでも書くように見直したところ、家族からのコメントも増え反応がよくなったとのことでした。職員の自己評価でも家族との協力体制についてはできていると回答した人が多く、良い関係が築かれている様子がうかがえます。

家族と協力し、利用者本人の意向を酌んだ支援となることを期待します

利用者の障害特性上、本人が意思表示をすることが難しいケースがあり、事業所として本人の意思を尊重できているかどうか振り返ると、決して十分にできているとは言えず、所長は感じています。そのような場合、本人の意向よりも家族の意向を重視してしまうことがあるということで、今後は本人の意向の重要性を再認識していくことです。家族と協力しながら、本人の意向を酌んだ支援となることを期待します。

| | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--|--------|
| 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(○○) |
| 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

利用者が地域のサークルや学校とかかわりを持てる機会があります

利用者が暮らす地域で開催されている行事などの情報は、チラシを事業所内に掲示するなどして提供しています。事業所では休日に建物を地域のフラダンスサークルに貸し出しており、そこには利用者も参加するなど一体となった活動も行われています。また、地域の中学・高校との連携もあります。中学校の支援級の生徒が事業所へ来所して活動の様子を見学する一方で、利用者が中学校の文化祭へ遊びに行くなど双方向の交流が図られています。高校からは実習生が訪れ、利用者との交流を図るなど多様な社会参加の機会となっています。

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(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している | | ○非該当 |
| 評価項目6の講評 | | | |
| <p>事業所外での活動を充実させ、利用者の満足度が向上しています</p> <p>利用者が充実した活動を送れるように作業の種類などを増やしたいと考えていますが、建物の広さの問題もあり十分な活動ができていません。そのため、レクリエーション活動をより充実させようと検討し、カラオケであればカラオケBOXに行く、映画鑑賞であれば映画館へ行くなど、建物内で活動を済ませるのではなく外出をすることで利用者を楽しんでもらうよう工夫しています。外出に伴う費用は家族に負担してもらおうことになるため、すべての利用者が参加できるわけではありませんが、その姿勢は評価できます。</p> <p>工賃は独自の作業評価表を用いたわかりやすいものとなっています</p> <p>生活介護の利用者も作業に取り組んでおり、工賃を支払っています。工賃に関しては利用者賃金算定規程が作られていて、支給方法等が示されています。具体的には、独自の作業評価表を用いた作業評価を年2回(6月、12月)行い、評価会議にて基本自給を決定する仕組みとなっています。作業評価表は基本姿勢・対人関係・作業姿勢・作業内容の4項目を4段階評価するものとなっており、わかりやすいと感じました。ただし、現在提供している作業の種類が少なく、工賃が伸び悩んでいます。パン製造が午前中のみとなっているなど、課題となっています。</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>限られた作業種類の中で利用者が力を発揮できるよう工夫しています</p> <p>現在取り組んでいる作業の中から本人の希望や能力に配慮して個々にやりやすい方法での提供を心がけています。障害特性に配慮して、作業の見通しを図や写真などで示すことで次の行動に移れるよう促しています。しかしながら、従たる事業所では精神障害の利用者が中心となっていることもあり、利用率がやや低迷しています。利用率向上へ向けた取り組みが重要課題となっています。利用者調査では、現在の作業が将来に向けて役に立っているかどうかという質問に対して約60%が「はい」と回答しています。</p> <p>作業の新規開拓が課題となっています</p> <p>現在の作業はパン作りを中心に、受注作業と手工芸品作成があります。パンは店舗販売の他に、市役所や近隣の高齢者施設へ販売する機会があります。しかしパン作りは午前中のみとなっており、午後の時間は受注作業等に取り組んでいますが十分な仕事量を確保できず、時間を持て余してしまう事もあるようです。室内のスペースが限られていることから受注作業の部材等を置く場所を確保しにくく、また短い納期の作業となると利用者の能力との兼ね合いから難しさもあります。現状に見合った新規の作業を確保していく取り組みは課題です。</p> | | | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み① | | |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 評価項目 | 2-2-3 | 地域の関係機関との連携を図っている |
| タイトル① | 地域の福祉関係者及び地元住民との交流・連携を図り、協力関係を築いています | |
| 内容① | 市役所主催の会議や地域の協議会・連絡会に定期的に参画し、福祉事業関係者との連携を図っています。また、地元自治会の会合に出席するとともに、利用者及び職員が地元の行事に参加し地域社会との交流を深めることを推進しています。「あやともまつり」では、利用者が作るパン・焼き菓子や手工芸品等の販売店を出店しています。また、店舗運営や軽作業の受注等を通して、利用者が地域社会と触れ合う機会を数多く持つことを推進しています。これらの取り組みを通じて、地域における協力関係を築いています。 | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み② | | |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 評価項目 | 1-1-2 | 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 |
| タイトル② | 事業所全体のコミュニケーション機能の強化に取り組んでいます | |
| 内容② | 支援活動の運営体制及び各職員の役割分担を明示し、事業所全体のコミュニケーション機能の強化に取り組んでいます。特に、日常の支援活動において、各職員が報告・連絡・相談を迅速に行うことを徹底しています。また、職員配置表や業務担当表を基に、各職員の支援活動における役割と責任に対する意識を高めることを推進しています。これらの取り組みは、年度事業計画の重点目標の一つとして明示し、全職員に周知しています。今後は、業務分担表・分掌表を作成し、各業務の内容や職務範囲を明確にすることの必要性を認識しています。 | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み③ | | |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 評価項目 | 6-4-2 | 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 | 外出活動を増やし、利用者の活動の幅が広がっています | |
| 内容③ | 以前は事業所内での活動が多く、外出する機会があまりなかったようです。利用者から外出を希望する声が始まり、所長がそれに応えようと、外に出ることを意識した活動を始めました。日帰り旅行をはじめ、近隣へ買い物に行ったり、バスや電車などの公共交通を使ってランチを食べに行くなど、活動の幅に広がりが見られます。また、パンの外部販売の機会が増えたこと地域の人たちと交流することもでき、多くの人たちとの接点をもつことができます。 | |

| No. | 特に良いと思う点 | |
|-----|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | タイトル | 利用者の意向を集約し、個性や特性に合った作業・プログラムを提供しています |
| | 内容 | 支援活動の内容や付帯サービスに関するアンケートを定期的実施し、利用者・家族の意向や要望を集約しています。アンケートは、個別支援計画を作成する時期や、家族会の開催時に実施しています。アンケート結果は、個別支援計画及び利用者個々の支援活動に反映しています。また、就労継続支援・生活介護における各種作業やプログラムは、利用者一人ひとりの個性や特性に合ったものを提供し、意欲的に取り組むことを推進しています。特に、パン・焼き菓子の製造作業や受注作業においては、利用者の特性に合わせた作業を提供しています。 |
| 2 | タイトル | 事業所内で製造した商品の販売等を通して、事業所の機能を地域に還元しています |
| | 内容 | 事業所内で製造しているパン・焼き菓子は、従たる事業所の店舗で販売しています。当店舗では、パン・菓子の販売や喫茶の運営を行うとともに、店舗内の一部を地域のサークル活動等に貸し出し、地域住民との交流を深めています。また、地域の養護学校や特別支援学校及び地元中学・高校等と連携し、職場体験を希望する実習生やボランティアを毎年受け入れています。パン製造や手工芸作業等の体験実習においては、担当職員が製造・作業に係るアドバイスをしています。これらの取り組みを通して、事業所の機能を地域社会に広く還元しています。 |
| 3 | タイトル | 利用者が主体的に活動を楽しめるよう、新たな作業への取り組みやレクリエーション活動の充実を図っています |
| | 内容 | 限られたスペース、作業種類の中でも、利用者が自分らしさを発揮しながら主体的に取り組める環境づくりに工夫が見られました。作業では、本人の希望したもの以外にも取り組んでもらうことで新たな可能性を広げていくことができています。レクリエーション活動では、カラオケBOXや映画館へ外出するなど楽しんでいる利用者が増えています。食事の提供方法を見直すことで、お昼の時間を楽しく過ごせるよう工夫しています。今後も様々な工夫を凝らし、利用者満足度を高めていく取り組みに期待します。 |
| No. | さらなる改善が望まれる点 | |
| 1 | タイトル | 職員の個別育成計画を基に、計画的・段階的な育成を行うことが期待されます |
| | 内容 | 職員の育成は、現場でのOJT(職場内研修)による業務実習、及び法人の年度別研修計画に基づく内部研修・外部研修の受講を中心に行っています。今後は、職員の個別育成計画に基づいて各職員の課題・目標を設定し、達成までのプロセスを明確にすることが期待されます。個別育成計画の策定にあたっては、新人事評価制度におけるチャレンジシートを基に各職員が主体的に目標を設定し、達成に向けた実施事項や研修内容を設定することが望めます。また、個別育成計画におけるプロセスの評価と人事評価制度をリンクさせることが期待されます。 |
| 2 | タイトル | 個別支援計画の内容を反映した日々の活動記録と、それを職員間でしっかりと共有する機会を設けることが望めます |
| | 内容 | 利用者の日々の活動記録を取っているものの、個別支援計画に沿った具体的な支援内容やその結果どのような変化があったのかについての言及はされていませんでした。そのため、次の活動につながる生きた記録とはいえない状況です。また、日々の定期的な打ち合わせ時間を確保することができていないため、アンケートでは複数の職員が情報共有を改善点として挙げていました。利用者支援に関して、計画に沿った記録及び情報の共有が図られるよう体制を見直す必要があると考えられます。 |
| 3 | タイトル | 業務の標準化に関しては全般的に見直していくことが望めます |
| | 内容 | 事業所が2か所に分かれていること、常勤職員を中心とした体制が整えられていないこと、マニュアル等の整備・活用が十分にできていないことなどから、事業所としての業務の標準化へ向けた取り組みについては課題が散見されている状態でした。定期的な会議の場で支援方法などの確認は行われているものの、計画的に業務の点検や見直しが行われておらず、結果として職員個人の判断に委ねられている部分も多いと感じられました。法人で作成している「職員ハンドブック」の活用もできておらず、業務の標準化全般について見直しが見られます。 |