

社会福祉法人 県央福社会
中山みどり園 御中

**【平成28年度】
第三者評価結果報告書
〈東京都版〉**

平成28年12月28日

かながわ福祉サービス評価認証機関 第28号

 **日本コンサルティング株式会社**

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)地域の中で豊かで充実した暮らしの実現に向けた支援の実施 2)「どんな人の人生も肯定される社会を作る」使命 3)人権の尊重とインフォームドコンセントを大切にした利用者さん主体の支援の実施 4) 職員間の連携を強化し、サービスの質の向上 5)地域との共生</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>利用者さんやご家族を大切な「お客様」として受け止める姿勢をもつ。人間尊重主義であること。笑顔を大切に支援を行うこと。思いやりと礼儀正しさ。（県央福祉会職員行動指針）</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>仕事を通して社会福祉の仕組みや制度を変えるんだという使命感を持ってほしい。福祉の現場は「社会保障の第一線であると認識して活動する。どんな人も肯定される社会をつくる仕事だ」という使命感を持つ。（県央福祉会の使命）</p>

調査対象	調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は46名となりました。有効回答人数は33名となりました。
調査方法	利用者調査の方法は、アンケート方式で実施致しました。

多機能型事業所全体

利用者総数	46		
	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	46	0	46
共通評価項目による調査の有効回答者数	33	0	33
利用者総数に対する回答者割合(%)	71.7	0.0	71.7

生活介護

利用者総数	46		
	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	43	0	43
共通評価項目による調査の有効回答者数	31	0	31
利用者総数に対する回答者割合(%)	67.4	0.0	67.4

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

自立訓練(生活訓練)

利用者総数	46		
	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	3	0	3
共通評価項目による調査の有効回答者数	2	0	2
利用者総数に対する回答者割合(%)	4.3	0.0	4.3

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

入力不要

就労継続支援(B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

利用者調査全体のコメント

調査対象46名に対し、有効回答33名と回答率は71.7%でした。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が87.9%という結果となり、多くの利用者が満足している様子が窺えます。施設に対する総合的なコメントを見ると、「子供も居心地が良いと感じている。」「職員の方が親切で丁寧に対応してくれる。」「安心して見て頂いています。」という意見がありました。一方で年度途中で職員の交代があることについての改善を望む意見もありました。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	28	4	0	1
回答割合は、「はい」が84.8%、「どちらともいえない」が12.1%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見では「困ってる意思をしっかりと表現できないので、うまく伝わらない。」という意見がありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	24	8	0	1
回答割合は、「はい」が72.7%、「どちらともいえない」が24.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見は特にありませんでした。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	21	7	1	4
回答割合は、「はい」が63.6%、「どちらともいえない」が21.2%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が12.1%という結果となっています。自由意見は特にありませんでした。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	27	6	0	0
回答割合は、「はい」が81.8%、「どちらともいえない」が18.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見は特にありませんでした。				

19. 職員の接遇・態度は適切か	26	7	0	0
回答割合は、「はい」が78.8%、「どちらともいえない」が21.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。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	27	4	1	1
回答割合は、「はい」が81.8%、「どちらともいえない」が12.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見では「自分の体調をうまく伝えられず、理解してもらえてないと心を閉ざしてしまう傾向がある。」という意見がありました。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	17	7	1	8
回答割合は、「はい」が51.5%、「どちらともいえない」が21.2%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が24.2%という結果となっています。自由意見では「表面化しない。」という意見がありました。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	27	6	0	0
回答割合は、「はい」が81.8%、「どちらともいえない」が18.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「合わないまたは理解してもらえてない職員もいるようです。理解してくださろうとする職員もいます。」という意見がありました。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	26	5	0	2
回答割合は、「はい」が78.8%、「どちらともいえない」が15.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が6.1%という結果となっています。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	30	3	0	0
回答割合は、「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。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	28	3	1	1
回答割合は、「はい」が84.8%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見は特にありませんでした。				

26. 利用者の不満や要望は対応されているか	24	5	2	2
<p>回答割合は、「はい」が72.7%、「どちらともいえない」が15.2%、「いいえ」が6.1%、「無回答・非該当」が6.1%という結果となっています。自由意見では「要望を伝えられているか不明。」という意見がありました。</p>				
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	21	6	0	6
<p>回答割合は、「はい」が63.6%、「どちらともいえない」が18.2%、「いいえ」が15.2%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見は特にありませんでした。</p>				

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	27	4	0	0
回答割合は、「はい」が87.1%、「どちらともいえない」が12.9%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「作業内容がいつも同じ。」という意見がありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ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 9/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○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(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○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(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当

カテゴリー1の講評

パンフレットや事業計画書に方針を明示し、職員等に周知しています

横浜市の指定管理者制度に基づいて運営されている当事業所では、人権の尊重やひとりひとりの状況や要望に応じた活動の機会の提供等、3つの方針を掲げて、パンフレットに明示しています。また、毎年の事業計画書には、事業所の目的、方針のほかに、当年度の重点目標を明示して、職員へ周知しています。法人の方針等については、法人ハンドブックや倫理行動綱領に記載しており、職員間で読み合わせなども行い、理解を深めています。家族等に向けては、事業計画書のほかに広報誌に事業所の方針を記載し、配布することで周知しています。

毎年職務分担表を作成し、職員の担当業務を明確にしてリードしています

園内での職員の役割については毎年職務分担表を作成し、関係する職員へ示しています。内容を総括、事務、危機管理、利用者の支援等の13項目に分けて、さらに具体的な活動内容を挙げてそれぞれの担当を明示しています。その中で施設長は統括に関することとして12の具体的な活動内容を示し、事業所をリードしています。施設長としてはトップダウンによる意思決定を行うのではなく、職員達の自主性を重んじており、朝夕のミーティングの場でリーダー層が話し合いの場を持つようにしています。

リーダー層を中心に現場主導で検討を行い、意思決定しています

事業所内での検討事項については、各部署のリーダーの合意を得ながら決定するよう、現場の意見を尊重して進めるようにしています。リーダー会議にて決定した事項は、職員会議等を通じて現場職員へ周知するようしており、必要に応じて非常勤職員には個別に面談して伝えるようにしています。利用者の家族等に対しては、適宜書面にて通知しているほか、家族教室を2か月に1回実施しており、その際に伝えています。ただし、家族の高齢化により出席者が減ってきているので、今後の課題となっています。

2			カテゴリ2	
2			サブカテゴリ1(2-1)	
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している		○非該当	
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる		○非該当	
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる		○非該当	
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している		○非該当	
2			サブカテゴリ2(2-2)	
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		7/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)		○非該当	
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている		○非該当	
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している		○非該当	
●あり ○なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)		○非該当	
●あり ○なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている		○非該当	
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している		○非該当	
●あり ○なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている		○非該当	

カテゴリー2の講評

職員ハンドブック等を活用して、倫理などの理解を深めています

福祉サービスに従事する者として守るべき法などについては、法人として倫理行動綱領やマニュアルを作成して示しているほか、職員1人に1冊配布している職員ハンドブックにも記載して、周知徹底を図っています。今年度の重点目標の中にも、人権擁護については全職員共通課題として取り上げられています。事業所の透明性を高めるために第三者評価を受審しており、今回が2回目となります。また、通常の活動の中にはオンブズパーソンを配置するなど、日頃から第三者が関与するような仕組みとなっています。ホームページには広報誌を毎月更新しています。

地域防災拠点や福祉関連の研修会の開催など、地域に事業所機能を還元しています

地域へ向けた事業所機能の還元には積極的に取り組んでいます。まず、地域の防災拠点として協定を結び、主に地域で暮らす障がい者の受け入れができるよう、第二避難所として指定されています。また、かながわライフサポート事業という県社協が取り組んでいる地域の生活困窮者への支援活動に取り組んでいます。さらに、地域の方々を対象とした自閉症に関する研修会を企画しており、約20名の参加を得ています。これらの取り組みの根底には、地域の理解や支えがあってこそその事業所運営だという考えがあります。

ボランティアを積極的に取り入れ、今後も増やしていく方針です

ボランティアは積極的に受け入れていく姿勢を示しており、全体活動の中で講師やボランティアを招いたり、今年度からは新たに散歩に協力してくれるボランティアを採用しました。受け入れに関しては、担当を配置してマニュアルも揃え、体制を整えています。受け入れ時には面性を行い、注意事項等を伝えています。

地域の連絡会議には積極的に参画しており、中核を担うよう努めています。緑区の自立支援協議会では主に支援者で構成する部会に参加し、社会福祉協議会では地域課題などの情報共有をしています。

カテゴリ3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
カテゴリ3の講評		
苦情解決制度等について明示し、利用者等の意見に真摯に対応しています 苦情解決制度については利用開始時に重要事項説明書の中で説明しているほか、日常的には事業所内に制度についての案内を掲示することで、家族等に周知しています。第三者委員には弁護士と大学講師の2名を配置し、苦情解決担当者は主任、苦情解決責任者は施設長がそれぞれ定められています。利用者等からの苦情等に対しては、クレーム報告書を作成して提出し、どのような対応が行われたかを援助記録表に書き残しています。意見、要望に対しては、真摯に受け止めて対応するように心がけています。		
アンケートや家族教室に加え、日頃から利用者の声には耳を傾けています 事業所で行われる企画や行事の際には、必ず利用者からアンケートを取り、集計結果をとりまとめて感想や意見を確認して、次回以降に反映するようにしています。日々の活動記録や利用者の様子については、電子記録で支援内容を記録し、職員間で共有しています。また、利用者の声を聞く機会として意見箱(みんなの声)や家族教室などがあるほか、定期的実施するモニタリングにおいても意向を収集するようにするなど、常日頃から取り組んでいます。利用者調査では、80%以上の人たちが自分の気持ちを大切にしてくれていると回答しています。		
法人内外から地域の情報を積極的に収集しています 地域や事業環境に関する情報の収集には、積極的に取り組んでいます。地域での活動としては、自立支援協議会や社会福祉協議会、Yネットの施設間交流などに参画しています。また、地域の情報誌などを取り寄せているほか、法人からの情報提供もあり、理事長からは業界の重要な情報が伝えられています。今年度の重点目標には「地域との共生を目指します」と挙げられており、他関係機関との連携やグループホームのバックアップ施設として地域移行の推進などに取り組んでいます。		

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/11
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(000)		
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(0000)		
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(000●)		
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

重点目標にはSWOT分析を取り入れるなどして計画を作成しています

法人全体として、理念に基づいた事業計画を作成し、それを基にして事業所の事業計画が作成されています。年度単位では、スケジュール表を作成し、各企画に関しては担当職員を決めて計画的に実施するようにしています。担当職員は各企画2名ずつを配置し、うち1名は前年度も担当している職員が担当するようにしており、連続性を意識しています。事業計画の重点目標はSWOT分析を取り入れ、職員の働きやすい環境づくりや、館内衛生など明るく楽しい空間づくり、地域の社会資源の活用など6つの取り組みが挙げられています。

計画は利用者及び職員の意向を大切に作成されています

計画の作成にあたっては、利用者アンケートや連絡ノートを活用して利用者の意向を反映するようにしているほか、現場職員の意見を大切にしています。また、経費については予算に応じた執行を心掛け、想定されるリスクについては事前に話し合いながら最小限になるよう努めています。計画の実行にあたっては、半期の見直しを行いながら進めていますが、目指す目標と達成度合いを測る指標は明確にはなっていません。数値化できるものは数値で表すなど、より確実な計画の実行に向けた取り組みが期待されます。

避難訓練を年11回実施するなど、緊急時の対応に万全を期しています

以前より避難訓練には積極的に取り組んでおり、年間11回も実施しています。計画的に実施し、即時に振り返りを行い次回へのフィードバックを適切に行うなどの成果で、利用者が避難行動を体で覚え、比較的落ち着いて行動できるようにまで至っています。事業所は第二避難所に指定されており、緊急時の備蓄は3日分を備えています。法人ハンドブックにはBCPも作られており、今後は施設別により具体的な内容にしていく予定をしています。そのほか、ヒヤリハットの作成を推進しており職員間で共有していますが、活用までには至っていません。

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(000)
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(〇〇〇〇)

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

求める人材像等は職員ハンドブックに示されています

法人が求める人材像等については職員ハンドブックに示されており、行動指針を理解し、遵守できる人材を求めています。利用者の男女比率では男性が多いことから、男性職員の採用を今後は増やしていきたいと考えています。人員配置については、職員には意向調査を行い、適性を見極めて行っていますが、法人内での異動が定期的に行われています。そのせいもあってか、今回の職員自己評価ではポイントが低くなっており、やや不安がある様子が伺えました。

目標管理シートを用いて、職員個々の目標を作成しています

職員の育成に関しては目標管理制度を取り入れ、職員が個々に目標を作成しています。目標管理シートを基にして施設長や活動室リーダーと面談し、毎年夏に意向調査を実施し、職員の意向を確認しています。研修に関しては、法人内の研修が充実しており、積極的に参加するようにしていますが、その分、外部研修にはあまり参加できていないようです。内外のバランスも考慮して、計画的に取り組んでいくとより良いと思われます。研修受講後は所定の書式を用いて、報告書を提出してもらっています。

「ホメール制度」の導入やコミュニケーションの活発化など働きやすい環境です

今年度から新しく取り入れた活動として「ホメール制度」があります。利用者への支援等において、職員が良いと感じた取り組みについて法人内で共有を図るもので、互いに学ぶことができる機会となっています。今回の職員自己評価の自由意見では、「職員の雰囲気はよくなった」「職員間のコミュニケーションが活発になった」「職員のアイデアが尊重されるようになった」などが挙げられており、より働きやすい環境となっているようです。ぜひ今後も継続して取り組んでほしいと思います。

7			カテゴリ7		
7			情報の保護・共有		
			サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(〇〇〇)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		○非該当		
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		○非該当		
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当		
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		○非該当		
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		○非該当		
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		○非該当		
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		○非該当		
カテゴリ7の講評					
<p>情報の共有は工夫が凝らされていますが、管理については課題があります</p> <p>運営上で使用する情報に関して、職位によって閲覧できる範囲を定め、保存する資料の場所も配慮しています。日々の利用者支援に関する情報等については鮮度が落ちないように、メールや非常勤ミーティング、活動室伝達等の様々な手段を用いて伝えています。情報の更新も随時行い、古い物は処分するように努めていますが、記録の扱いやデータ処理の方法についての注意事項が職員全員に十分に浸透していない点もあり、今後の課題と捉えています。</p> <p>個人情報保護規程を定め、取り扱いについて職員へ周知しています</p> <p>個人情報の取り扱いに関しては、個人情報保護規程を定めています。毎年、法人内で研修を行い、その取扱いについて職員の意識を高めています。利用目的及び開示請求については利用契約時に書類で説明し、個人情報の取り扱いについて家族等から同意書を得ています。職員は研修のほか、日常的には職員ハンドブック等のマニュアルに沿って取り扱うよう周知しています。</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 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>地域関係機関等への働きかけにより地域や社会への責任を果たしています</p> <p>法人の経営理念、運営方針等を見える場所に今年度から掲示しており、職員への意識付けを行いました。会議等で現場の状況に応じて運営方針を再確認するような機会を設けていますが、どの程度浸透が図られているかについてはまだはっきりとした成果としては現れていません。</p> <p>地域や社会への責任という点においては、今回第三者評価の受審が2回目となり外部の導入を図っているほか、地域の方々や関係機関等への働きかけは継続して取り組んでおり、その成果が現れていると言えます。</p>	
サブカテゴリ2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>職員が自主的に取り組む姿勢が現れてきました</p> <p>今回の職員自己評価では、能力の向上面についての取り組みはやや厳しい評価となっていましたが、自由記述では昨年と比べて「雰囲気明るくなった」「コミュニケーションが活発になった」「一人ひとりのアイデアが尊重されるようになった」など、働きやすい環境へと変化している様子もうかがえました。現場に裁量権を与え、自主的に取り組む姿勢が現れてきた成果と言えます。</p>	
サブカテゴリ3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリ7:「情報の保護・共有」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
個別支援計画を充実させることで、利用者満足度が向上しています	

個別支援計画をより充実させようと、利用者へのアセスメントを工夫し、家族との連携を密にした支援を継続して取り組んできました。利用者の障がいの重度化という課題に直面しながらも、よりよいサービスの向上へとつなげられており、今回の利用者調査では約90%が総合的に満足と回答しています。

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

自立訓練事業の空き定員を埋めようと積極的に働きかけています

事業所では生活介護事業と自立訓練事業の2事業を展開しています。生活介護事業に関しては定員一杯の登録がありますが、自立訓練事業の定員6名に対して、登録が3名に留まっています。そのため、この自立訓練事業への受け入れを積極的に行っていくべく、相談支援事業等へ状況を伝え、利用者を紹介してもらうようにしました。また、ケースワーカーや関係機関からの紹介を受けることもあり、今後の利用につながりそうな可能性が出てきました。調査時点では具体的な成果として確認できるものではありませんでしたが、この取り組みにより将来的な改善が期待できそうです。

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

モニタリングや家族との連絡ノートなど情報交換を大切にしています

重度の障がいがある利用者が多く利用するため、本人の意向を把握するのは難しい面がありますが、できる限り確認するよう努め、モニタリングや日々の声掛けなど工夫を凝らしています。企画については必ずアンケートをとり、出された意見は次回以降へ反映するように努め、また家族との連携においてはコミュニティセンターを密にするために連絡ノートや口頭でその日の様子等を詳細に伝えるなど、情報交換を大切にしてきました。その結果、すべての利用者には至っていませんが、要望に応えた支援につながったケースも出てきており、利用者の満足度が向上しています。

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
	●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>パンフレットや広報誌およびホームページの日記等、分かりやすく発信しています</p> <p>事業所の情報は、行政の情報紙や冊子等には障害者福祉施設ガイドのページに掲載され、市の福祉ナビゲーションや区のホームページ等に紹介されています。事業所のホームページおよびパンフレットや広報誌では、利用検討者やその家族等に向けて、理念や事業内容、1日の流れ、作業や活動の様子、利用者の作品等を写真入りでイラストを交えて紹介しています。ホームページの「日記」では、定期的に写真や情報を更新しています。</p> <p>行政や関係機関等に対して、情報を提供し、良好な関係を築いています</p> <p>事業所は横浜市の障害者自立生活アシスタント事業を受託しており、事業所内の窓口では、相談に訪れる本人や家族に対して、パンフレットや月刊誌等を配布しています。行政および関係機関には、事業所の理念や活動報告、月間予定を掲載した広報誌の配布や利用状況等を定期的に報告しています。区の自立支援協議会や養護学校、医療機関、福祉事務所などの関係機関とは頻繁な情報交換に努め、運営状況に理解を求めています。卒業予定の実習生を受け入れる事もあり、特別支援学校とも情報交換を行っています。</p> <p>実習や見学には施設長が中心に対応し、安全に配慮して実施しています</p> <p>行政や関係機関および周辺区含めた養護学校からの実習や見学の問い合わせには、施設長が中心に対応しています。できる限り希望に応じて予約を受け付け、利用者の心身の状態や同行者についても把握しています。見学時にはパンフレットや広報誌を配布し、事業所内の掲示物や設備、可能な範囲で作業の様子や活動製作品などを案内しています。</p>		
	サブカテゴリ2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		
評点(〇〇〇)		
	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		
●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			
基本的ルールは重要事項説明と契約書で説明し個人情報保護についても同意を得ている 重要事項説明書とサービス利用契約書の漢字には、全てルビをふって読みやすさに配慮しています。本人や家族には両書類の全ての記載事項を読み合わせながら、必要に応じた説明を加えて理解を求めています。生活訓練や食事、医療等のサービス内容や個人や小集団、全体活動などの支援形態および利用料金や苦情申立先について同意を得た上で契約を締結しています。個人情報の提供については、情報の範囲や提供先、提供条件など同意を必要とする理由を明らかにして、同意を得て署名押印を受けています。 新規利用者には支援員が頻繁に関わり、状況共有により事業所全体の支援に努めています 利用前実習時および行政や学校からの調査書等の利用者の基本情報は、フェースシートに集約しています。利用契約時には活動室の生活支援員が面談して、本人の意向を把握し、アセスメントシートの各項目にチェックを記します。また、具体的な希望や不安等を聞き取り、「ニーズ整理表」に記入し、個別支援計画書に反映しています。利用開始当初は可能な限り支援体制を厚く配置し、頻繁な関わりや家族と連絡、嘱託医の協力等により、本人の負担軽減を図っています。新規利用者情報はリーダー会議で状況を共有して事業所全体での支援に努めています。 終了時は支援内容を引継ぎ、移行先を訪問し支援の継続や不安軽減を図っています サービス終了にあたっては、移行のための支援として、利用中の支援内容を整理して、利用者および家族に伝えています。新たに利用する施設や事業所等へは、利用中の作業や活動、医療や生活状況など支援経過について担当職員が引継ぎ書を作成し、利用者や家族の同意を得て提供しています。移行後については、終了前に本人や家族および移行先の訪問で確認していますが、移行当初は職員が訪問して、利用者や移行先職員と情報交換する等、本人の不安軽減および継続した支援の実施を図っています。			
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	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		
●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(000)
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、必要に応じて見直しをしている		○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(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある		<input type="radio"/> 非該当
<input 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
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー3の講評			
生活場面毎の詳細なアセスメントにより個別支援計画を作成し定期的に見直しています 利用開始から1か月迄に把握した利用者情報に基づき個別支援計画を作成し支援しています。フェースシートでは、利用者基本情報や緊急時の医療・薬情報、問題行動等を把握しています。アセスメントシートでは、洗面や身支度、食事や排泄、移動、入浴、睡眠等の生活場面毎できる事できない事を記しています。加えて生活スキルや社会スキル、社会参加および対人関係についても表現性や受容性を記入し、利用者の特性を把握しています。支援計画は毎月のモニタリングおよび生活介護は6ヶ月、自立訓練は3ヶ月毎に本人や家族との面談等で見直しています。 支援の変更等、急な支援計画の変更には本人や家族の同意を得ています 個別支援計画は定期的な見直し以外に、日常的な作業や活動状況の観察および本人や家族の意見や要望により、計画変更を行っています。利用者が在宅からグループホーム入居等、生活が変化した場合、支援計画の目標を達成し新たな目標に向けて支援の変更を要する場合等には、活動室ケース会議で協議し計画変更しています。定期変更途中の支援計画変更については、主任や施設長から本人や家族に説明し、同意の上で個別支援計画を変更しています。また、一時的に通所が困難になった場合等は訪問して緊急の見直しを行っています。 「活動まとめ」や朝礼や夕礼および活動室毎の振り返りにより利用者情報を共有しています 各活動室には、利用者毎のその日のスケジュールを綴じて、特記欄には関わった職員が支援経過を記録しています。毎月分の支援経過は「活動まとめ」として、活動室会議でモニタリング資料として活用しています。全職員での朝礼や夕礼では引継ぎによる情報共有を行い、出勤時間が遅い職員には別に打合せ時間を設けています。活動室の毎日の振り返りでは、情報システム上の援助記録表および利用者毎の状況掲示板により、利用者の詳細な状況を共有できています。記録量は数ページを超えており情報共有にも時間を要し、記録書式の工夫等省力化が望まれます。			
サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
<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	
●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		
利用者に関する情報を外部とやり取りする必要が生じた際は、利用者の同意を得ています 利用契約時には重要事項説明書や「個人情報の提供について」により、情報の範囲、提供先、提供条件および同意を必要とする理由目的を説明して、同意を得て署名捺印を受けています。広報誌やホームページに利用者の写真掲載や関係機関へ情報提供が生じる場合は、改めて承認を得た後に実施としています。私有物は鍵付きロッカーに保管および個人宛文書は連絡帳のケースに入れる、個別相談は相談室で対応等、プライバシーの保護に配慮した方法を取っています。		
利用者の意思を尊重して、無理のない活動参加を支援しています 着替えやトイレ、入浴はできる限り同性介助を原則として職員配置に努め、羞恥心や自尊心を守るべく配慮した支援方法をとっています。介助や見守りを行う場合は、必ず声をかけて同意を確認してから支援しています。利用時間中は、個別支援計画を基本に、本人の意思に沿った過ごし方ができるように関わっています。一人ひとりの生育歴や生活習慣に照らした支援を行っています。障害の特性から特徴ある動作を繰り返して、落ち着きを保っている利用者もあり、個別活動や小集団活動、行事や全体活動など無理のない参加を支援しています。		
法人独自の人権ツールの活用や事業所内勉強会により人権侵害を防止しています 職員の言動が利用者を傷つける事がないよう、毎日および毎月の会議で振り返り、職員間で人権に配慮した対応を検討しています。人権保障と権利擁護に努め、人権侵害を起こさない事を今年度の重点目標で誓っています。法人独自の人権擁護ツールを活用し、自らの支援方法を自己チェックしています。法人や外部の人権擁護に関する研修への参加、事業所内では支援におけるグレーゾーン事例への適切な対応を模索する勉強会を持っています。虐待もしくは疑わしい場合は、通報し関係機関や家族、ケースワーカー等で協議を重ね解決する体制を整えています。		
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 11/11
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(000)
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(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

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

サブカテゴリー6の講評

職員ハンドブックに基づき活動室の業務マニュアルと個別の手引書は随時見直しています

法人の職員ハンドブックを事業所マニュアルとして整備し、理念はじめ倫理行動、利用者支援、苦情解決制度、BCP対策、研修制度等、法人職員業務の基盤としています。各活動室には状況を踏まえた業務マニュアルA4・2頁を作成し新人職員は携帯して確認して業務の標準化に努めています。別途、利用者個別の支援の手引書も備えていますが、理念や方針に基づいた体系的なマニュアル化が期待されます。いずれも、定期的ではなく、利用者の状況の変化等の振り返りや月の活動のまとめにより必要に応じた情報更新がされています。

法人や外部研修および精神科医の協力による自閉症の利用者支援研修を継続しています

職員が一定レベルの知識や技術を学ぶ機会として、法人は年間を通して研修や報告会を実施しています。全体研修や非常勤研修の実施、自閉症に関するTEACCHプログラムおよび人権研修や報告会の開催、理事長との懇談会も開催しています。外部機関の主催する研修にも参加して、報告書により職員間で共有しています。事業所内では、昨年度から継続している自閉症に関する研修を毎月催し、精神科の嘱託医師による自閉症の利用者支援を題材にして、希望する職員が参加して、事例発表を目標に学んでいます。

活動室の支援事例の検証および日常的な指導や助言により業務水準の確保に努めています

支援内容は活動室ごとに毎日振り返り、活動室会議では月の「活動のまとめ」により支援事例について職員間で討議しています。月1回の職員会議は理念の確認の場でもあり、各活動室からヒヤリハットや成功事例を持ち寄り、振り返りの共有による業務改善が図られています。法人の人権ツールを活用した自己評価および人権擁護の勉強会が継続的に実施されています。活動室の実態に合わせた各種マニュアルの整備や継続研修および事例発表への取り組みにくわえ、リーダーはじめ管理職員による日常的な指導や助言等により業務水準の確保に努めています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4																
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	27 / 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(〇〇〇〇)</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>個別の「ニーズ整理表」により具体的な支援方法を職員間で共有し支援を行っています</p> <p>個別支援計画に基づいて、本人や家族の希望する生活への長期目標および短期目標へ向けて、生活や対人関係、健康管理等において自立支援を基本として支援しています。靴の履替えや衣服の着脱および片付け等、自分でできる事は本人でやりきり、散歩やストレッチ等の運動では転倒に配慮する、行事参加や事業所内外の宿泊経験では家族と相談して支援する等が計画されています。個別の「ニーズ整理表」は関わった職員が本人や家族から把握した現状で気づいた問題を抽出し、解決すべき課題を明記しており、職員間で共有すべき具体的な支援方法としています。</p> <p>絵や写真カードでのコミュニケーションや特性に合わせた環境整備を工夫しています</p> <p>利用者の特性に合わせてコミュニケーションの方法を工夫しています。利用者が理解できる言葉や指文字を使う、文字や絵で表記したカードを使用、写真を使用等で情報を伝えています。場合によっては家族に相談してコミュニケーションツールを作成します。また、特性に合わせた環境確保により集団活動を適切に行える配慮に努めています。音の刺激が強い場合はヘッドホンを使用、間仕切りで個別の作業ブースを整備しています。文字や絵、写真等で作った1日のスケジュールを掲示して、終了時間の時計の絵には飲み物の絵でおつかれさまと表示しています。</p> <p>行事や全体活動および宿泊経験により自立生活や他者との関係づくりを支援しています</p> <p>行事や全体活動および余暇活動への参加は利用者の特性にあわせて支援しています。夏祭りへの参加や法人後援会主催のふれあいコンサートへの参加では、近隣や関係者、家族や職員と交流して、地域との連帯感をもてる機会になっています。事業所内宿泊や法人のグループホーム体験宿泊では、自立生活への協調性や社会性を体験しています。農園体験など1泊旅行のレクリエーションでは企画や当日の参加を通して、交通機関やホテルはじめ社会資源の利用や仲間との楽しい体験、集団行動や社会経験の機会を提供できています。</p>																		
2	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</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. 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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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

本人の意向により音楽やダンス、創作や調理等の活動に参加し個性を発揮できています

月1回の全体活動では、音楽、リトミックやダンス、ヨガおよび創作や調理の時間には、専門講師を招いて支援しています。職員は、本人の意思を尊重しながら写真での事前説明や見学を勧めて参加を誘い、支援しています。事業所内には、各活動中の写真が掲示されて、体をのびのび動す姿や生き生きした笑顔で取り組む様子および色彩豊かな作品がみられ、個性が発揮されています。活動室の新年の抱負の提案、月刊誌の題字を担当、祭りの模擬店やゲーム企画および製品販売、外出活動の訪問先等は、利用者の意見や自己表現等、多くの機会があります。

通風や採光に恵まれつつ利用者誰もが落ち着ける環境を整備しています

事業所の玄関ホールや廊下、活動室には大窓があり通風や採光が十分に取込みています。食堂のスペース確保やバルコニー利用など開放感をもった生活や活動環境が得られています。窓がない個人空間の方が落ち着く場合や、他者とテーブルを囲む利用、活動室内の好みのコーナー利用、屋外バルコニーの利用、窓よりのスペース利用等、利用者の落ち着ける場所はさまざまです。活動室の担当職員は、間仕切りや机の向き、クッションカーペットや椅子の配置等を、各利用者に合わせて工夫し、利用者同士の音や声、視線等での刺激が生じないように努めています。

選択メニューや誕生日の利用者の好きな曲を流す等、食事を楽しめるよう配慮しています

昼食および休憩は利用者にとってリラックスでき楽しい時間になるようにしています。食堂で迷わず食事ができるようトレイや箸、食器の置き場所はイラストで表示しています。手洗いや歯磨き、飲料水器の使い方も分かりやすい表示をしています。月1回の選択献立の日には肉と魚および調理方法を選ぶ事ができ、個別の嗜好を把握する機会にもなっています。誕生日の利用者が好きな昼食を注文できる日を設け、BGMも選曲しています。また、個別の食事を希望する場合は、時間をずらして支援しています。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○非該当
●あり ○なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがな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

健康管理は家族からの情報や職員の観察および看護職員と連携し日常的に実施しています

利用者の健康管理は、フェースシートやアセスメントシートで把握した健康情報および個別支援計画書の健康に関する支援に基づいて看護職員と支援員が連携して実施しています。体調不良を自身で表出できる利用者が少ない事もあり、職員は日常的に、目視やボディタッチや介助時に観察に努めています。連絡帳では、昨夜からの本人の心身状態や体温、生活状況等、家族から情報を受けています。必要に応じてバイタル測定を行い、看護職員の観察および医療連携等の判断につなげています。また、感染症および食中毒の予防、肥満対策なども務めています。

定期的な健診や通院および体調変化への医療連携体制を備えています

利用者の主治医や医療機関の情報、発作時の対応等は家族を通して把握しています。年1回の健康診断および月1回は嘱託医の個別相談会を実施の際は看護職員が立会い、医師の助言とともに数値の変化等、健康状態を記録して職員間で共有しています。内科や精神科、歯科の訪問診療やリハビリ等の通院にも立会い支援しています。また、通院や服薬および食事への助言および自己管理の方法等について、本人や家族へ嘱託医から直接もしくは職員から伝えています。急な体調不良等、緊急時にも速やかに対応できるよう、報告、連絡、相談の体制を整えています。

各活動室のボードには利用者の服薬情報を記載して、誤薬防止の管理をおこなっています

服薬支援については、看護職員も交えて間違えないようマニュアルに沿って管理しています。服薬の有無や服薬時刻、回数、薬名、錠数および支援方法等、与薬確認ができるよう各活動室のボードには、利用者の服薬管理を記載して職員間で共有しています。また、活動室毎に薬の保管箱を設けて、看護師の助言を基に支援員がボードの記載や定時の服薬実施を管理しています。与薬時は本人の確認および服薬後の空袋を確認して完了チェックするなど誤薬防止に努めています。

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

連絡帳や口頭、家族懇談会や個別面談等で家族の協力を得て本人の意向を尊重しています

本人の意向確認が難しい場合は、都度、電話等で家族の意見を仰いで、本人が望むであろう対応を取るよう努めています。事業所と家族は、毎日の連絡帳でのやり取りはじめ、送迎時の口頭での連絡、隔月に開催の家族懇談会および個別面談時に連絡や報告および相談により生活の様子や本人の意向を共有して、その後の意思の尊重に努めています。利用者によっては、グループホームに入居の場合もあり、ホームの職員が家族に代わって、日常や夜間の心身状態および地域での社会参加や自立した生活状況等、利用者情報を共有しています。

事業所での様子は月刊誌で具体的に伝え、連絡帳では日常的に家族に知らせています

毎月発行の情報誌「なんてん」では、事業所での利用者の活動や様子を写真を交えて、家族等へ伝えていきます。さまざまな行事や活動に行動的に参加している写真には、職員が知りえた利用者の意見や発言、表情や行動がコメントされ具体的な情景を伝えていきます。感染症への予防対策や防災訓練の実施報告など、事業所内の安全管理についても報告していきます。園内宿泊や家族教室、全体外出等の毎月の予定表、「私の忘れられない味」の職員の執筆も掲載し近親感ももてる機会になっています。また、連絡帳では必要事項を中心に、日常的に家族へ知らせていきます。

利用者や家族の状況により必要に応じた支援を実施しています

連絡帳や口頭により家族やグループホームの職員から得た利用者の情報で留意すべき場合は、事業所での過ごし方に配慮して支援しています。昨夜の心身状態や寝不足等の場合は、作業量や外出を控える等、変更しています。場合によっては医療連携も視野に看護職員が観察を行い、担当職員やリーダーと連携しながら支援しています。家族の不調や入院、家族環境の急変では園内宿泊や地域の施設の受け入れ等に努めています。家族教室では事業所の各種機能や状況に応じた支援等を説明し、相談にも随時対応して、利用者の状況に応じた支援に努めています。

5 評価項目5

利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○非該当

評価項目5の講評

行政や社会福祉協議会の情報、事業所での地域との交流の機会を支援しています

日常的に散歩等にできる機会を設け、利用者が周辺環境に慣れ、地域に存在を知られる機会に努めています。散歩は運動や気分転換など「健康に気を配る」事を目標に、個別支援に計画されるケースが多くあります。視力や歩行力に問題がある場合は転倒防止、歩行力維持のために下肢ストレッチを行う等、散歩への安全強化を支援しています。行政の広報誌や社会福祉協議会、地区センターの情報は利用者へ案内しています。事業所において地域の人やボランティア、実習生等と関われる機会は利用者の貴重な機会として、事前情報の発信や参加を支援しています。

利用者が地域の人との関わりや地域資源を利用して、多様な社会経験ができています

地域資源を活用した社会参加の機会は、行事や活動等で実践されています。日常的な外出や個別活動では徒歩圏の川沿い散策および地区センターや図書コーナーで、地域の人との出会いがあります。毎年法人後援会主催のコンサートでは、他事業所の利用者との交流があります。夏祭りでは、準備から地域の人および家族や関係者、職員との模擬店や製品販売を通じた社会経験ができています。園外宿泊訓練では計画から、長時間の交通機関利用、ホテル宿泊での温泉やカラオケ利用等、社会経験の幅を広げています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ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(0000)
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている			○非該当
●あり ○なし	2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている			○非該当
●あり ○なし	3. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている			○非該当
●あり ○なし	4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している			○非該当
評価項目6の講評				
<p>利用者の目標を踏まえた活動への支援を毎月モニタリングし評価して見直します</p> <p>作業や活動および余暇や宿泊訓練は、利用者の状態により目標や支援の意味合いは異なっています。個別の支援計画に対するモニタリング、活動のまとめでは、目標を踏まえて目的をもった支援をふり返っています。全体活動としての創作や音楽、調理や運動への参加状況においては、作業に参加できる、持続的に取り組める、道具や機器の危険性を理解できる、他者と相談や支援を求める事ができる、自分の考えを適切に主張できる、他人と仲良くできる等、利用者の状況を踏まえて観察し評価しています。</p> <p>ペースに合わせた支援により、できる範囲を拡大する自立支援について会議しています</p> <p>利用者のできる範囲を明確にした自立支援を基本に利用者のペースに合わせた支援を計画実行しています。食事では、箸やスプーン・フォークの使用状況や選択食や迷わず着席等、自分で行えるよう必要な声かけ等の支援を評価しています。排泄では、尿意や便意の表現、便器内へ排泄、チャック排尿、排泄後の後始末、手洗い等のできない事に関する個別の支援方法を評価しています。安全の視点から外出の際に手をつなぎ行動制限ではないか等、支援の範囲や方法が適切か、活動室では本人の自立やできる範囲を拡大する支援等について会議しています。</p> <p>工賃の仕組みはルビをふった「お知らせ」で説明され利用者には自己実現となっています</p> <p>工賃については、工賃の分配表で、登園日数を基にした作業量から工賃を算出しています。工賃の仕組みについては、「お知らせ」書面で説明をし、半年に1回支払われています。「お知らせ」は、利用者が読む事を想定して、ルビをふって理解できるよう配慮しています。受領書も配布して、利用者は受領確認の上、署名捺印しています。当事業所は利用者にとって、社会参加の就労の場でもあり、作業は仕事であり、対価としての工賃が支払われる事で、利用者の自己実現であり、遣り甲斐となっています。</p>				

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

8 評価項目8		
【自立訓練(生活訓練)】利用者が自立した生活を地域で送ることができるよう、日常生活の訓練や生活についての相談等の支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が訓練する意欲を持てるような取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. サービス期間内に目標とする力を身につけることができるよう工夫している	○非該当
●あり ○なし	3. 自立した生活に向けて、利用者一人ひとりに応じた日常生活訓練等を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービス終了後の生活環境(住居及び就労先等)を想定し、支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	5. 地域で安定して生活することができるよう、サービス終了後も相談等の支援や関係機関との調整を行っている	○非該当
評価項目8の講評		
<p>日課による基礎体力、活動による社会経験により目標への励みとなっています</p> <p>個別支援計画では、本人や家族の希望する生活への長期目標および短期目標を置いて、生活の場面ごとの支援や生活機能訓練を計画しています。生活機能訓練は毎月のモニタリングで評価し、3ヶ月毎に本人や家族と面談し成果をふり返って、支援計画を見直します。作業および職員と1対1で行う個別活動の散歩やストレッチ自立支援では、生活の基礎体力を身に着けています。全体活動の参加および祭や外出経験では、仲間や多くの人と関わり社会資源の利用を通して個性の発揮や社会参加を経験できています。工賃支給も目標への励みとなっています。</p> <p>サービス終了後の生活環境や就労へ向けた訓練をおこなっています</p> <p>園内宿泊では担当職員が同室に宿泊して本人の緊張感の回避に努め、協調性を持った生活活動を経験しています。将来に自立した生活を希望している場合は、法人内のグループホームへの体験宿泊を通して、一定の支援を受けながら通勤や自立した日常生活を経験できています。製品の販売および清掃作業など就労に向けた経験もしています。カフェへの就労を希望している利用者には、1年目は当番として給食配膳や台布巾の準備等を支援内容と位置づけ、次年度は人数分のテーブル準備等を訓練として経験するなど、就労先を想定した支援を行っています。</p> <p>サービス終了後は移行先や関係機関と連携し本人へは相談窓口を伝えています</p> <p>サービス終了時は利用中の支援経過に基づいて移行先へ情報提供をしています。終了後も地域で安定して生活できるよう、1年間程は、ケースワーカーや就労移行先との情報および意見交換等で支援しています。本人や家族から相談があればいつでも対応して、場合によっては移行先へも共有しています。グループホームを利用のケースでは、生活面からの支援として、ホームの職員と情報交換して本人の特性や利用中の活動参加の様子や好み等を伝えています。本人には事業所に併設する自立生活アシスタント事業への相談が継続して受けられる事を伝えています。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-2-1	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
タイトル①	積極的に地域へ事業所機能を還元しています	
内容①	地域の理解や支えがあつてこそ、事業が継続し、発展するものと捉え、地域の人々又は関係機関への積極的な働きかけにより、事業所機能の還元しています。まず、地域の防災拠点として協定を結び、主に地域で暮らす障がい者の受け入れができるよう、第二避難所として指定されています。また、かながわライフサポート事業という県社協が取り組んでいる地域の生活困窮者への支援活動に取り組んでいます。さらに、地域の方々を対象とした自閉症に関する研修会を企画するなど、今後もこの地域とのネットワーク作りを広げていきたいと考えています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-4	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
タイトル②	家族との協力関係を強め利用者の意向を尊重した支援に取り組んでいます	
内容②	本人の意向確認が困難なケースでは、家族の判断により本人が望むであろう対応に努めています。事業所と家族は、毎日の連絡帳でのやり取りはじめ、送迎時の口頭での連絡、隔月に開催の家族懇談会および個別面談で連絡や相談および協力して本人の意向を尊重して支援しています。グループホームに入居の利用者であればホームの職員が家族に代わって、日常や夜間の心身状態および地域での社会参加や自立生活の状況等の情報を提供して、利用者の意向を尊重した支援に協力しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-5-2	サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している
タイトル③	権利擁護についてはエリアでも中核的役割を担い法人全体の取り組みを推進しています	
内容③	職員の言動が利用者を傷つける事がないよう、活動室の毎日の振り返りおよび毎月の活動まとめにより、職員間で人権に配慮した支援を図っています。年度の重点目標としては「人権保障と権利擁護に努め、人権侵害を起ささない事」を誓っています。法人独自の権利擁護ツールを活用して職員は自らの支援を自己チェックしています。「支援におけるグレーゾーン事例への適切な対応」を模索する研修を開催し、周辺の法人の事業所から参加し持ち帰り継続勉強会を開催する等、権利擁護についてはエリアでも中核的役割を担い、法人全体の取組みを推進しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	理念「地域の中で充実したくらしの実現に向けた支援の実施」に取り組んでいます
	内容	理念に掲げた内容を実現するために、利用者が地域の中で様々な接点を持ち、事業所での活動を充実させています。身近なところでは今年度から散歩には地域のボランティアを受け入れました。地域移行した後は、ケースワーカーを通じて施設の利用終了後も情報交換を行うことで利用者が安心して地域で暮らせるよう支援するなどの取り組みがあります。また、地域の関係機関とのネットワーク作りにも中核的役割を担い積極的に参加するなどの取り組みも確認できました。ぜひ今後も継続して取り組んで欲しいと思います。
2	タイトル	事業所独自の研修を強化して職員の共通認識によるサービスの質の向上を図っています
	内容	職員が一定レベルの知識や技術を学ぶ機会として、法人は年間を通して研修や事例報告会を実施しています。全体研修や非常勤研修の実施、自閉症に関するTEACCHプログラムおよび人権研修、理事長との懇談会も開催しています。コーチングやオンブズマン等各種外部研修の参加も実施し、研修報告により職員間で共有しています。事業所内では、昨年度から継続している自閉症に関する研修を、精神科の嘱託医師を講師に「自閉症の利用者支援」など独自の研修を強化して、職員の共通認識によるサービスの質の向上を図っています。
3	タイトル	利用者の意思を尊重した支援により主体的に活動できる機会を多様に実施しています
	内容	全体活動では、音楽、リトミックやダンス、ヨガおよび創作や調理等、専門講師を招いて開催しています。職員は、本人の意思を尊重しながら写真で説明や見学を勧めて、参加を支援しています。事業所内に掲示の各活動中の写真からは、体をのびのび動す姿や笑顔で取り組む様子、色彩豊かな作品等、個性の発揮が見られます。活動室毎の新年の抱負や外出活動の訪問先を利用者が提案、月刊誌の題字を担当、祭りの模擬店やゲーム企画および製品販売等、利用者の意思を尊重した支援により主体的に活動できる機会を多様に実施しています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	現行の人事制度及び研修体系を生かすためにも、職員の定着化と共に計画的な育成を図ることが望まれます
	内容	法人主導で人事制度や研修体系は整備されています。特に法人内研修は階層別から専門的な知識を学べる内容まで幅広く、充実したものになっています。しかし、今回の職員自己評価では人員配置等の組織と能力の向上の点において、やや厳しい評価がみられました。毎年、法人内で新規の事業所が開設されることから職員の異動があることや、昨今の福祉業界の人材不足などからくる心理的な不安要素があるようです。職員の定着化を図りながらも、計画的な育成方針を示し、職員が安心して働ける環境づくりにより一層努めることが望まれます。
2	タイトル	計画の実効性を高めるために、目指す目標の明確化及び達成状況を示す指標を設け、振り返りながら実行することが望まれます
	内容	事業所の運営は、法人の理念・方針に則り、各事業所で年度単位の事業計画を作成して行われています。施設長はトップダウンによる実践ではなく、現場の意見を大切にしたりした取り組みを重視しており、それは計画作成の段階から反映するようになっています。計画の実行に関しては、半期で振り返り見直しを行っていますが、達成状況を示す指標等がはっきりとは示されていない状況です。計画の実効性をより高めていくために、目指す目標の明確化及び達成状況を示す指標を設け、定期的に振り返りながら実行へと移していくとより良いと考えられます。
3	タイトル	業務水準の標準化に向けて、更なるマニュアル化や記録の省力化への検討が望まれます
	内容	法人の職員ハンドブックを事業所マニュアルとして整備し、業務水準の基盤としています。各活動室にはA4・2頁の基本的な業務マニュアルを整備し新人職員が携帯しています。理念や方針に基づいた、業務の標準化に向けた更なるマニュアル化の検討が期待されます。事業所では一人ひとりの特性やペースに合わせた支援の為、その日の個別の援助記録表や状況掲示板は数ページにわたり、情報共有にも時間を要しています。情報システム上での記録を数値記入やチェックシートおよび特別記述の組合せ書式化等、記録の省力化への検討が望まれます。