

# 福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

社会福祉法人 県央福祉会  
海老名市立わかばケアセンター

平成30年10月17日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

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

評価者氏名	評価者氏名		修了者番号等
	①	山口 圭子	神機構-316
	②	津田 恵子	神機構-1014
	③	草刈 利彦	神機構-853
	④		
	⑤		
	⑥		
福祉サービス種別	生活介護		
評価事業所名称	海老名市立わかばケアセンター		
評価事業所連絡先	〒	243-0422	
	所在地	神奈川県海老名市中新田383-1	
	TEL	046-235-2701	
評価事業所代表者	三浦 隆秀		
契約日	2018	年 3 月 2 日	
利用者調査実施日	2018	年 6 月	
利用者調査報告日	2018	年 8 月 10 日	
自己評価の調査開始日	2018	年 6 月 20 日	
自己評価報告日	2018	年 7 月 22 日	
訪問調査日	2018	年 8 月 22 日	
評価合議日	2018	年 8 月 22 日	
コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)	利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくなった。第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。		

1	<p><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) 利用者さんの人権の尊重と権利擁護を第一に考えます。</li> <li>2) 入浴サービスやPT、OTなどの日常プログラムの充実を図ります。 ボランティア、講師等の定期的な導入により余暇プログラムの充実を図ります。</li> <li>3) サービスを細分化し、様々な障がい、年代にきめ細かく対応できるような体制を作ります。</li> <li>4) わかばケアセンターに於いて、市民が広く参加できるようなボランティア活動の機会を提供していきます。</li> <li>5) 行政や教育、医療の各機関と連携し、総合的且つ地域力の高い施設を目指します。</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> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 法人・事業所の理念・基本方針・使命・職員行動指針を順守し、誰からも認められる活動ができる職員。</li> <li>② 利用者さんの人権を保障し、権利擁護を何よりも優先する職員。</li> <li>③ 利用者さんの暮らしの充実を目指すべく、地域生活移行を推進する職員。</li> <li>④ 利用者さんが目標を持って活動できる支援を行える職員。</li> <li>⑤ 利用者さんも職員も夢と希望を語り、慈しみを持って元気で明るい法人と事業所を目指す職員。</li> </ol> <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>一人ひとりが人間尊重主義の意識を持ち、誰からも尊敬される職業人を目指します。</p> <p>そのためには何事にも誠意をもって、謙虚且つ勇気のある行いをし、忍耐強く、節制・節度のある行動を旨とし、ギバーの精神で職務に望みます。</p>

調査対象	調査対象：利用者50名
調査方法	事業所経由で利用者にアンケート送付して、回収は評価機関で行った。一部は家族が回答に支援して答えた。

利用者総数 30

	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	30		30
共通評価項目による調査の有効回答者数	24		24
利用者総数に対する回答者割合(%)	80.0	0.0	80.0

**利用者調査全体のコメント**

回答者の88%が事業所を総合的に見て満足と答えています。(「大変満足」38%、「満足」50%)

「職員のみなさんは利用者が安全に楽しく通所できるよう、いろいろ考えてくれていると思います。」「本人の様子をよく観察して、個別にきちんと対応してくださっているのがありがたいです。」といった感謝の意見がありました。利用者に対しての職員の対応は、丁寧で気配りの感じられる内容の意見には評価できると感じられました。

一方で、「あなたが困ったときに、職員以外の人(役所や、第三者委員など)にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか」でも、「はい」は54%に止まり、17%が「どちらとも言えない」であり、「いいえ」が13%となっています。また、「あなたにとって、(事業所名)の他の利用者との交流など、仲間との関わりは楽しいですか」では、「はい」は67%に止まり、33%が「どちらとも言えない」となっています。

**利用者調査結果**

実数の合計が有効回答者数と一致しない共通評価項目があります

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも言えない	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	21	2	1	0
回答者の88%が「はい」と答えています。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	18	6	0	0
回答者の75%が「はい」と答えています。 「上の入口マットレスがたまにめくれている。」などの意見があります。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	16	8	0	0
回答者の75%が「はい」と答えています。 「ゲームとか楽しい。嫌な思いをしたことはない。」「合わない人とは関わらない」などの意見があります。				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	20	4	0	0
回答者の83%が「はい」と答えています。 「施設への行き、帰りいつも笑顔なので私も嬉しくなっています。」などの意見があります。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	22	1	1	0
回答者の92%が「はい」と答えています。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	22	2	0	0
回答者の92%が「はい」と答えています。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	23	1	0	0
回答者の96%が「はい」と答えています。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	15	6	0	3
回答者の63%が「はい」と答えています。 「他の利用者間での問題があったとき、不安感をなくすよう話をしてくれている。」などの意見があります。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	22	2	0	0
回答者の92%が「はい」と答えています。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	20	3	0	0
回答者の83%が「はい」と答えています。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	20	2	1	1
回答者の83%が「はい」と答えています。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	20	2	1	1
回答者の83%が「はい」と答えています。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	21	1	0	2
回答者の88%が「はい」と答えています。				
27. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	13	4	3	4
回答者の54%が「はい」と答えて、「いいえ」も13%あります。 「そのような状況になったことはないけれど、きっと伝えてくれると思います。」などの意見があります。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
	<b>評価項目1</b> 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	● あり ○ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	<b>評価項目2</b> 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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	● あり ○ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <span style="float:right">○ 非該当</span>
	<b>評価項目3</b> 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 <span style="float:right">評点(〇〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <span style="float:right">○ 非該当</span>
	● 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 <span style="float:right">○ 非該当</span>
	● あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝える <span style="float:right">○ 非該当</span>
	カテゴリー1の講評	
	<b>理念を施設入口に掲示し、職員や利用者、家族に周知しています</b> 法人の理念を施設入口に掲示して、職員や利用者、家族に周知しています。事業所の方針は、施設が指定管理者になっているため、海老名市の方針や障がい者総合支援法の理念に則ったものになっています。事業計画に基本方針を明示し、理念については職員会議で、管理者が全職員に話して理解を深めています。常勤職員には、法人の新人研修で理念の説明があり、非常勤職員は、採用時にエリアマネージャーから他施設職員と一緒に説明を受けています。	
	<b>管理者は職員会議などで、自らの役割、考え、方向性を伝えています</b> 朝礼、夕礼、職員会議などで、管理者は自分の役割や方向性、考えを伝えています。意見がまとまらなかった場合等は管理者がリーダーシップをとって、アドバイスをしています。また管理者は法人のエリアマネージャーも兼務していますので、他施設の失敗例や成功例を職員に話し、職員としてのあるべき方向性を示し、職員をリードしています。職員との日々の会話や個別面談などでも自らの役割を伝えています。	
	<b>重要な案件については、職員会議で検討して決定しています</b> 重要な意思決定はこれまでは、管理者と主任支援員で行なっていましたが、最近は職員会議でみんなの意見を聞いて、確認してから決定するようにしています。重要な案件に関する決定事項は、職員には管理者と主任支援員から伝えています。家族には運営に関するような決定事項、例えば土曜日の開所日を増やしたり、給食業者を変えるなどは、管理者から直接家族に説明をし了解を得てから、書面でも周知しています。	

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



<p>カテゴリー2の講評</p>
<p><b>利用者や家族の意見は、送迎時や家族会、個別面談など聞いています</b>          毎日の送迎時に家族から直接意見を聞いています。年1～2回の利用者、家族との個別面談は、管理者、サービス管理責任者、担当支援員が行いますので、個別支援計画に対する意向の他に事業所運営に関する意見なども聞いています。年2～3回開催する家族会には約半分位の家族の参加があり、管理者とサービス管理責任者から、事業所の運営状態や活動状況の報告、新入職員の紹介などを行い、家族からは利用者の家庭の様子や事業所に対しての意見などを聞き、ニーズの把握に努めています。</p> <p><b>地域の拠点施設でもあるので、行政や自治会、他機関からの情報収集ができています</b>          事業所の建物のわかば会館は海老名市の指定管理になっているため、毎月市のモニタリングがあり、海老名市とは緊密に連携を図っています。同じ建物に地域活動支援センターや相談支援事業所があり、連携をとりながら、情報収集を行っています。毎年6地域の民生委員が見学に来て、事業所が地域の福祉避難所になっていることを把握してもらい、災害時は協力してもらって体制作りを行っています。自立支援協議会や海老名市の福祉をつくる会、心のバリアフリーなどに参加し、地域のニーズを把握し、地域の拠点施設としての役割を果たしています。</p> <p><b>法人では中期計画を策定し、それを基に事業所で、単年度の計画を策定しています</b>          法人全体で中期計画(マスタープラン)を策定してあるので、それを基に事業所で単年度計画を策定しています。指定管理のため行政、地域との関わりが非常に強いので、それが事業計画に反映され、実行されています。例えば「相談支援や地域活動支援センター、行政の窓口との連携により、障害サービスに係る情報が集約され、ワンストップで利用者が各種提案を受けられる施設を目指しています。」が事業計画の取り組みになっています。また指定管理5か年計画もあり、こちらの計画実行にも取り組んでいます。</p>

<p>カテゴリー3</p>		
<p><b>3 経営における社会的責任</b></p>		
<p>サブカテゴリー1(3-1)</p>		
<p>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</p>	<p>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</p> <p><b>2/2</b></p>	
<p>評価項目1          社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる</p>	<p>評点(〇〇)</p>	
<p>評価</p>	<p>標準項目</p>	
<p><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</p>	<p>1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる</p>	<p><input type="radio"/> 非該当</p>
<p><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</p>	<p>2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。</p>	<p><input type="radio"/> 非該当</p>
<p>サブカテゴリー2(3-2)</p>		
<p>利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている</p>	<p>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</p> <p><b>4/4</b></p>	
<p>評価項目1          利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている</p>	<p>評点(〇〇)</p>	
<p>評価</p>	<p>標準項目</p>	
<p><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</p>	<p>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</p>	<p><input type="radio"/> 非該当</p>
<p><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</p>	<p>2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある</p>	<p><input type="radio"/> 非該当</p>
<p>評価項目2          虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている</p>	<p>評点(〇〇)</p>	
<p>評価</p>	<p>標準項目</p>	
<p><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</p>	<p>1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している</p>	<p><input type="radio"/> 非該当</p>
<p><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</p>	<p>2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている</p>	<p><input type="radio"/> 非該当</p>

サブカテゴリ-3(3-3)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

5/5

評価項目1

透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる

評点(〇〇)

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

評価項目2

地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている

評点(〇〇〇)

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

カテゴリ-3の講評

**苦情解決制度について、利用開始時に利用者・家族に説明し、館内に掲示しています**

サービス利用開始時に重要事項説明者で、苦情対応窓口と第三者の苦情解決委員について利用者・家族に説明しています。館内に苦情解決制度について、苦情担当者・責任者・解決委員の名前と写真を載せ、周知しています。苦情解決に関する規則があり、解決へ向けての手順が定められています。苦情があった場合は書式に苦情内容を記録し、管理者へ報告し、苦情解決委員、管理者サービス管理責任者などで苦情対応を行っています。苦情内容は法人へも報告し、朝礼、夕礼などでも内容を話し合い、防止に努めています。

**虐待が疑われる場合は、市のケースワーカーや相談支援事業所と連携して対応しています**

毎年虐待に関する法人研修や市の研修を受講して理解を深めています。マナーや人権擁護に関するビデオの「利用者さんとの接し方」を年に1~2回職員が観て、支援の方法についての振り返りをしています。また人権擁護に関する法人が作成したツール「グレーゾーンを語ろう」を使用し、ロールプレイを通して、利用者、職員の立場を体験して気づきを話し合う研修を定期的に行っています。虐待が疑われた場合は市に報告(通報)し、市のケースワーカーや相談支援事業所の職員と連携をとりながら対応しています。

**地域の福祉避難所として災害時には地域住民を受け入れる体制を整備しています**

地域の福祉避難所として、災害時には地域の障害の方を受け入れる体制になっています。民生委員に施設説明会を実施し、福祉避難所や障がい者について理解を深めてもらい、民生委員からの情報ももらっています。自治会にも災害時の避難所の利用などの説明を行っています。また施設にあるスヌーズルームを土曜日に自閉症や肢体不自由者団体、養護学校などに利用してもらっています。特別支援級や養護学校に講師として出向き、障がいについての講義をするなど専門性を活かした地域貢献を実施しています。

4			カテゴリ4	
リスクマネジメント			サブカテゴリ1(4-1)	
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	4/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			評点(○○○○●)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている		○ 非該当	
○ あり ● なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している		○ 非該当	
● あり ○ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる		○ 非該当	
サブカテゴリ2(4-2)				
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			評点(○○○○)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている		○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している		○ 非該当	
カテゴリ4の講評				
<p>毎年2月に関係団体や地域住民と福祉避難所の訓練を実施しています</p> <p>海老名市の福祉避難所としての指定を受けていますので、毎年2月に関係団体や地域住民と大規模な福祉避難所としての訓練を実施しています。災害時には施設が福祉避難所となる為、事業継続計画(BCP)はとくに立てていません。海老名市の策定した計画に沿った対応を実施します。法人の災害対策本部から災害時には関係者に情報をメール発信する体制が整備されています。施設としては、年4回避難訓練を実施しています。2回は消防署立ち合いで行い、消火器化器による訓練やAEDの使用方法などの訓練を行い、災害時に備えています。</p> <p>消防署や警察書とホットラインで連絡できる体制が整備されています</p> <p>消防署や警察書とはホットラインで災害時などに直接連絡できる体制が整備されています。警察からは毎日パトロールをしてもらい、防犯に努めています。外部侵入者に備え、館内に防犯カメラを設置し、さすまたを整備しています。夜間の受付は男性職員が対応し、館内にはセキュリティーシステムが導入されています。ノロウイルス対応などの感染症マニュアルを整備し、感染症発症時には対応できる体制を整えています。</p> <p>個人情報に係る書類は事務所の鍵のかかる書棚に保管しています</p> <p>個人情報に関する書類は事務所の鍵のかかる書棚に保管され、持ち出しは制限しています。USBはセキュリティーコードを付けたものしか使用できず、使用できるのは所長、事務職員、サービス管理責任者に限られています。パソコンはパスワード設定し、所長、マネージャーなど職種により、アクセス制限して、個人情報を保護しています。職員採用時に個人情報の守秘義務についての同意はとっていますが、退職したの後も個人情報守秘義務についての同意はとっていないので、今後は誓約書や契約書などをで同意を得ることが望まれます。</p>				

カテゴリ5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/12
<b>評価項目1</b> 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している <span style="float: right;">評点(〇●)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目3</b> 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇〇●)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目4</b> 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	2/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		
		評点(○○●)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○ 非該当
○ あり ● なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-5の講評

**職員の採用は法人で一括採用していますが、非常勤職員は事業所で募集をしています**  
 常勤職員の採用は法人で一括して行っていますが、看護師、理学療法士、作業療法士など専門職の非常勤職員は事業所で募集をかけ、採用を行い人材確保に努めています。年1回法人で職員の意向調査を実施し、異動や職種に係る資格取得などの意向を把握しています。事業所としては人材育成計画を作成していませんが、所長が個別面談で職場配置や研修などの意向を個別に聞いて、育成を行っています。

**法人には研修制度があり、全職員が研修を受ける機会があります**  
 法人内研修には管理者、入職4年から6年目の職員、3年以内の職員、新入職員、共通研修などがあり、該当職員は受講することが出来ます。外部研修では、神奈川県主催の自閉症、TEACCHIプログラム研修などに参加しています。研修レポートを職員間で共有し、職員会議などで研修内容の報告を行っています。業務の指導は、サービス管理責任者やグループリーダーが行っていますが、非常勤職員の方が経験豊富で、事業所の勤務年数も長いこともあり、常勤職員の指導体制が確立していません。今後は指導担当のシステム作りが期待されます。

**人事評価制度があり、職員本人の目標、達成度を個別面談で確認しています**  
 法人が作成したチェックシートで職員本人が業務の目標や達成度などを記入し、それを基に管理者と個別面談を行い、目標達成に向けてのスキルや、コミュニケーション能力などについて話し合い、評価を行っています。毎年法人でメンタルチェックを実施し、希望すれば、マネージャーやカウンセラー、医師などが相談できる体制を整えています。

カテゴリ-7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリ-1(7-1)

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

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)  
 医療と福祉の高次の連携という方向性を、より具体化することを事業所の方針とし、その実現の為、看護師の一日2~3名体制の確立とその効果としての高度な医療的ケアの提供、看護師と支援員の連携による新しい支援体制の確立を目標としました。取り組みとして医療スタッフの積極的な採用と教育を行いました。障害についての理解と人権意識を高めることを前提とし、年間にわたって、医療スタッフには支援員的な仕事を行ってもらいました。その例として送迎にも同行し、居宅の状況も見てもらい、日中だけではなく、トータルな支援の在り方にも考えを巡らしてもらいました。また日々の活動にも参加してもらい、体の状況だけでなく、利用者の個性、強味などを知ってもらいました。  
 その結果看護師が一日2~3名の体制が確立でき、医療スタッフと支援員との連携も高まっています。医療的な役割の他、送迎、活動、傾聴などにも積極的に取り組みました。検証として、医療スタッフ全体としては目標としたものを実現し、医療と福祉の連携は高まっています。個々人で見れば、レベルに差があり、今年度も医療と福祉の連携性を高める目標設定にしました。

目標の設定と 取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<b>評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評</b> 上記の目標設定した理由は、わかばケアセンターは重症心身、身体障害、高次脳機能障害、自閉症の利用者が多く、且つ重度の利用者が7割近くを占めています。 そのため医療の重要性が高く、かつ福祉との連携性を高いレベルで行わなければならない状況であるからです。 看護師が1日2～3名の体制が確立し、医療スタッフと支援員の連携も高まってきて、医療スタッフ全体としては、目標としたものがほぼ実現できました。 個々人で見れば出来ている職員とまだレベルを上げていかなければならない職員とに分かれ、今後は全員高次のレベルになるよう業務の標準化を図っていくことが必要です。	
<b>評価項目2</b> 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)	
<b>前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)</b> 海老名市の障がい福祉の拠点施設である「わかばケアセンター」、会館は、地域により開かれた施設、地域と共生する施設を目指し、多くの地域の方市民が集えるような企画を考え実践することを目標としました。 取り組みとして行政や福祉に係る機関、また直積的に関わらない機関、地元の自治会や養護学校、小～高校、農業学校、子育てに係る方々や機関、商業施設などと連携し、秋にフェスティバル(わかば会館祭り)を実施し、12月の障害者週間へと繋げてきました。 取り組みの結果、フェスティバルなどのイベントは年々大きくなり、市長が訪れたり、動員も増してきています。動員数は400人の目標を少し下回る程度でした。 検証結果としては、動員数や出し物の面白さ、フードメニューが中心になり、障害に対する啓発活動が後回しになってしまった感想でした。	
目標の設定と 取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

上記の目標設定した理由は、すべての人が地域社会で充実した生活が送れるように、また障がいのある人の地域生活移行を推進していくためです。

わかばフェスティバルの動員数は400人近くありましたが、今後はその動員力をいかに活用して、地域共生、地域に開かれた施設、ソーシャルインクルージングに結びつけるかを考えたイベント作りやアイデアと取り入れたフェスティバルにしていきます。今年度の事業計画の目標にも反映させました。

## Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
	評価	標準項目	
	<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 type="radio"/> 非該当
	<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 type="radio"/> 非該当
	<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 type="radio"/> 非該当
	<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	<input type="radio"/> 非該当
	サブカテゴリ1の講評		
	<p>整理されわかりやすいパンフレットとホームページを提供しています</p> <p>パンフレットやホームページでは、当施設の役割が示された後、施設の概要、サービス内容、サービス提供時間、休館日、一日の活動の流れなど、当施設利用者がまず最初に知りたい内容をわかりやすく整理した形で記載しています。また、フロアのレイアウト図や写真を入れて、施設の雰囲気が伝わるように工夫しています。図や写真を使った説明の方が理解しやすい利用者もいることを考えて、よりわかりやすいパンフレットやホームページを提供していこうとしています。</p> <p>事業所の情報を積極的に行政や関係機関に開示しています</p> <p>利用者の地域生活を積極的に推進するために、関係機関と情報共有をおこなっています。海老名市の福祉拠点施設の役割を当施設が担っているというのが当施設の運営方針であり、市主催の催し物などには施設をあげて参加しています。市のモニタリングに積極的に情報を提供しており、市からの情報も職員会議等で速やかに共有するようにしています。自立支援協議会、他の事業者や市の関係部門とも常に情報交換をしています。</p> <p>利用希望者等からの問い合わせや施設見学には、個別対応を行っています</p> <p>施設利用に関する問い合わせや施設見学の希望には、施設の職員それぞれの状況に合せた個別対応を行っています。当施設は身体障がい者、知的障がい者、重症心身障がい者、重度自閉症者などいろいろな方が対象者になっており、施設見学では、事業所がどのようなところか、またどのような活動を行っているかについてまとめた資料を使ったり、実際の活動を見学していただいたりして、積極的に理解していただけるように務めています。その他の問い合わせや施設見学にも個々に丁寧に対応しています。</p>		
	サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
	評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		<b>評点(0000)</b>
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

**利用開始の際には家族との十分な面談を行い、相互の意思確認をしています**  
 サービスの開始前に基本的ルール、サービス内容、利用者負担金や緊急時等における対応方法などについて重要事項説明書やサービス利用契約書を使って事前説明をおこない、利用者・保護者の同意を得ています。また、サービスに関する説明の際に利用者・保護者の意向を確認し、面談記録に残すとともに、アセスメントシートを作成しています。さまざまな障がいの方が利用されているので、個々の障がい特性、ニーズに応じた支援をおこない、より満足度の高いサービスを提供できるよう考えています。

**サービス開始時にこれまでの生活歴を考え、本人に最適な支援を検討します**  
 サービス開始前前に作成したアセスメントシートにより、利用者の支援に必要な個別事情や要望を把握し、これまでの生活歴を配慮したうえで、必要と思われる支援について担当者を中心に検討、実践しています。障害特性について検討し、利用者にとって何が一番最適か、そしてどのような方法がご本人にとって理解しやすいものかを考え、支援方法を組み立てています。利用者へのサービスの開始時に環境変化による影響を緩和するために、支援に必要な個別の事情や要望を個別調査票から読み取って把握し、個別支援計画を作成しています。

サブカテゴリー3

**3 個別状況に応じた計画策定・記録** サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 **10/10**

<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(000)</b>
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

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(000)</b>
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

<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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
<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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当
サブカテゴリー3の講評		
<b>家族や本人の意向を取り入れ、個別支援計画を作成しています</b> 利用者に関する必要な情報は利用者台帳やアセスメントシートに記されています。この情報から個別の支援計画が作成され、計画に沿って具体的な支援がおこなわれます。毎日の支援の内容は個別の生活介護日誌に記録されます。職員はいつでも支援記録を見ることができます。また、利用者に変化があった場合は、朝夕令時に情報共有を図るようにしています。利用者の要望を尊重して、支援計画の見直しを適時行っています。		
<b>決められた手順に従ってアセスメントをおこない、定期的に見直しを実施しています</b> 利用者の支援をする上で必要な心身の状況や生活の状況等はアセスメントシートに記されています。また、個別調査表に基づいた利用者台帳から、個別の支援計画を作成して日々の支援に活用しています。その支援内容は支援記録に記されます。アセスメントの内容は半年ごとに見直しの為のモニタリング会議で検討し、日誌などから利用者個人のニーズや課題と合わせて新しい個別支援計画を作成しています。個別支援計画の修正は半期ごとに行っています。さらに、状況が変わればその都度見直しを行う手順になっています。		
<b>利用者の障がい特性に合った一番効果的な支援実現に取り組んでいます</b> 現状の支援計画について改善点がないか常に注意を払っています。たとえば、利用者の障がい特性を理解することにより、利用者にとって最も効果的な伝え方を実現することができると考えています。現状に満足せず、日常の限られた時間のなか、一番効果的な支援内容についてアイデアを職員は出し合っています。利用者や家族の意向について丁寧でモレのないヒアリング活動をするように心がけています。		
サブカテゴリー5		
5	<b>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</b>	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b> <span style="font-size: 1.2em;">5 / 5</span>
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当

<b>評価項目2</b> 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		<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. 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
<b>サブカテゴリ5の講評</b>		
<p><b>日常活動で利用者のプライバシーを配慮して支援しています</b></p> <p>個人情報の使用について、あらかじめ想定される利用目的に対しては重要事項説明書で説明するとともに、同意書ももらっています。利用者の活動が具体的に確認できる写真などの使用については、外部に出すときにはその都度確認しています。利用者の私物は事務室で預り、管理するようにしています。また、着替えをする更衣室にはカーテンが設置してあり、外からは見えない配慮をして利用者のプライバシーの保護を徹底しています。</p> <p><b>利用者の価値観や意思を正しく理解するよう、指導をしています</b></p> <p>日常の支援にあたって、利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮して個々の利用者のペースに合わせたプログラムを設定しています。プログラム作成にあたっては、理学療法士、作業療法士、看護師、嘱託医、スーパーバイザーなどの専門職からのアドバイスを活かしています。さらに、利用者が嫌がることは強要しないということを職員に周知していますが、グループでの活動の中で、拒否した利用者が疎外感を感じないように、繰り返し何回か確認をするようにしています。</p> <p><b>職員の不適切な対応のないように、日常的な振り返りを心がけています</b></p> <p>利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動がないように、朝礼、夕礼で振り返りを行い、不適切なかかわりがなかったか職員相互に確認をしています。場合により、職員個々がセルフチェックリストによるセルフチェックを行います。グループ会議では職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的な虐待の防止対策を徹底しています。また、虐待被害にあった利用者がある場合には本部の担当者に連絡するとともに、市の虐待防止センターに通報する体制になっています。</p>		
<b>サブカテゴリ6</b>		
<b>6</b>	<b>事業所業務の標準化</b>	<b>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況</b> <b>3/5</b>
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇●●)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>評価項目2</b> 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		<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. 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

## サブカテゴリ6の講評

### マニュアルの整備に着手し、利用者支援の標準化を進めています

利用者への個別支援において特に重要であり、統一するべき業務はマニュアルや手引書を作成し、業務の一定水準を確保しています。主なマニュアルには「緊急時対応マニュアル」「感染症対応マニュアル」「職員接遇マナーマニュアル」などを整備しています。新人職員には法人レベルで新人研修をおこなって、利用者への個別支援の標準化を図っています。また、臨時職員にたいしても事業所レベルで研修を行い、サービスレベルの確保に取り組んでいます。

### サービスの向上をめざして業務水準を見直す取り組みをしています

提供しているサービスの基本事項や手順等は業務計画に掲載され、改変や見直しは定期的に年度の初めに実施されていますが、必要に応じて随時行われることもあります。その際にはグループを中心に、チーム職員からのアイデア等を取り入れています。グループ会議では「気づき」をテーマにして職員から気づきや工夫を引き出す取り組みをしています。

### 職員が相互に助け合い、適切な指導を受けられる体制の整備に努めています

日々の業務にあたっては、施設長、主任によるスーパーバイズ、各グループではリーダーによるOJT、新人職員には研修を実施し、職員への指導および助言が行われています。非常勤職員へは常勤職員が指導および助言を行うようにしています。また、外部研修の機会も提供され、事業所が設定する以外にも職員が自主的に学びたいという希望については事業所の援助を受けて積極的に参加できる環境が整えられています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	20/21
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>		
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>計画書に基づいた毎日の支援内容は、さまざま各記録用紙に記録しています</p> <p>個別の支援計画に基づいて毎日支援した内容は「支援日誌」「業務日誌」「生活介護日誌」等に記録し、個別のケース記録「語句検索」に支援内容を詳細に入力しています。「生活介護日誌」では入浴の有無、食事摂取量、排泄確認、連絡帳や車内などからの情報内容、日中状況など詳細に記録し、職員閲覧をもうけ情報の共有を図っている。健康状態については「介護記録日誌」にバイタル体温、脈拍、血圧)、観察項目、看護内容を記録している。個別の支援内容や情報は、朝礼、終礼のミーティングや支援会議、モニタリングで検討・共有を図っています。</p> <p>一人ひとりの状況に応じ、言葉以外に様々な工夫でコミュニケーションを図っています</p> <p>コミュニケーション時は、利用者の顔を見て、ゆっくり、一項目ずつ分かりやすく話をしています。コミュニケーションは言葉だけでなく、視覚や道具を用いても行っています。メモ版に一日の予定を書いたり、イエス・ノーのカードを使用したり、食事・入浴・トイレなどの写真を提示したり、呼び鈴を使用したりなど工夫しています。また落ち着かない時は、クールダウンできる部屋で静かに過ごしたり、机をたたくなどの行動をしめた場合は、その原因を探り対応するなど、個別の状態、状況に応じてコミュニケーションが図れるように工夫をしています。</p> <p>個々の必要な情報の提供や活動を通し利用者同士の関係作りなどを図っています</p> <p>将来の展望を含め、他施設の入所情報や利用できる行政の制度などの情報を紹介しています。また福祉用具については、月1回業者の施設への巡回があり、家族に紹介し、車いすなどの変更をしています。近隣の行事などの情報は、黒板に掲示しています。利用者同士はレクリエーション、活動、催し事、行事などを通し互いの交流を図っています。時には席を変更したり、職員が仲立ちになり関係づくりに配慮しています。</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●)</p>		
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○ 非該当	
○ あり ● なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○ 非該当	

評価項目2の講評

利用者や家族の要望に基づき個性やその人の強みが発揮できるよう支援しています

個別面談時や支援計画の見直し時は利用者の要望を聞き取っている。また生活歴や学校・家族からの情報や要望を基に、個性やその人の強みが発揮できるよう日常活動プログラムや余暇活動プログラムなどに繋げている。例えばナット閉め、カードの分類、洗濯物干し、掃除機かけ、音楽、書道など行っている。その日の体調や気分により臨機応変に散歩したり、活動内容を変更し対応しています。

決まりごとは施設ルールでなくその都度、話し合いを行っています

施設利用にあたっての留意事項は重要事項説明書で明示している。利用者の日々の生活上の決まりごとは健康や他人に迷惑が掛からない範囲で施設本位のルールにならぬよう配慮しています。飲食の禁止や携帯電話はロビーでのみ利用可能など、その都利用者の要望に対してルールを決めているが書面での明示はしていません。職員は温度・湿度・採光・換気など調整している。季節に応じた展示物の工夫やトイレにはアラームやカードによる表示など工夫している。館内清掃は毎日、同法人就労施設の就労移行者が行うなど、清潔で快適な生活環境に努めています。

利用者の要望を反映した行事やイベント食の提供で楽しみな食事を提供しています

個々の嗜好や食事に関しての要望は計画書モニタリング時に確認しています。委託事業者と職員は月1回会議を行い、情報交換をし、要望に対応するよう努めています。イベントの忘年会では利用者の要望で魚の解体ショーの実演やオードブルのメニューの内容提案やバイキング形式で自分の好きなものを選択するなど、楽しく食事ができるよう支援しています。毎月季節に応じた行事食の提供やパン・麺類の提供が、同じ曜日にならないよう配慮しています。また献立表には今月の季節献立としてレシピを紹介し食事が楽しみとなるよう工夫しています。

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

看護師は健康を始め生活をもトータル的に管理を図っています

看護師は一日3名体制をとり、毎朝利用者が来所したらバイタル、体調を確認している。家族とは毎日の連絡帳で受診や健康状態、相談などの情報を確認し、必要時は嘱託医やかりつけ医と連携しています。看護師は毎日個別に看護日誌を記録し、家族にも報告しています。また看護師は送迎に同行し居宅の状況を見たり、日々の活動にも参加したり、傾聴したりと体の状況だけでなく、利用者個々の個性、強味を知るなど、健康管理を始め生活面もと、トータルな支援に努めています。

適切な服薬管理と栄養バランスを考慮した食事提供をしています

原則として通院は、本人また家族が同行しタクシー等で受診し通院支援は行っていません。服薬は、看護師が毎朝利用者が来所時に薬を集め、食事時や定時に薬の名前を確認し、呼名して配薬・投薬し、呑み込みを確認するなどチェック体制を整備し、誤薬予防を図っています。食事は、医師の指示書に基づいて栄養補助食やアレルギー食に配慮し、食事業者と連携して個別に提供しています。献立表にはエネルギー・蛋白質・脂質・食塩を明記し、栄養バランスの取れた食事を提供しています。

急変時対応を整備し、本人や家族の意向に適切に対処しています

利用者の急変時の対応は、利用開始時に重要事項説明書に速やかに急変時連絡先(家族等)と連絡を取り、必要に応じ、主治医・救急隊と連絡を取り対応すると明記しています。事前に個別の病歴に応じ緊急時対応(発作を起こす方の特長と対応の仕方など取り決めていた)を明記し、緊急連絡先と共に整備し、取り出しやすい所に保管しています。看護師は2~3名と体制を強化し、家族の要望に応じて救急車に添乗し受診の付き添いも行っています。

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○ 非該当
評価項目4の講評		
<p><b>家庭訪問や本人や家族等の意向を確認し、協力関係を築いています</b> 利用者本人から意向の把握が困難な場合は、家族から自宅での様子を聞いたり、ご家庭を訪問しご家庭での生活の様子をみて、生活の継続や本人の意向に沿う生活を支援するよう対応しています。また、家族には個別支援計画書に基づき日々の支援内容を詳細に説明したり、家族が来所して介助の仕方や施設での活動風景を見たりと、家族と協力して支援しています。本人が家族に施設の生活をあまり言わないでとの要望に調整し対応している事もあります。</p> <p><b>家族には連絡帳や施設たより、活動表、お知らせなどで、施設の現況を知らせています</b> 利用者の日常生活の様子や施設の現況、体調、相談事は個別の連絡帳で毎日家族連絡しています。また送迎時に口頭でまた、必要時は電話で直接報告しています。利用者全員の送迎時は、看護師の同乗や送迎のフレックス化のため、ご家族とは毎日フェイスtoフェイスで接し、細やかな情報共有の場となっています。季刊ごとに発行する「わかばだより」では行事の報告、職員紹介、お知らせなど、また月毎の「活動表」、「行事のお知らせ」などを施設内に貼り出し、施設の現況などを家族にも知らせています。</p> <p><b>様々な情報収集と連携を図り支援に繋げています</b> 必要に応じて家族以外に養護学校からの移行支援資料やかかりつけ医の情報を得て支援に繋げています。また将来の方向に合わせ施設内外の資料を提供しています。例えばグループホーム入所希望者には体験利用などの資料を提供し、利用に向け連携しています。また特にレクリエーション参加時は事前に家族に連絡し、必要な情報を得て、対応しています。特に高度医療が行える施設として、様々な専門の情報や専門職との連携を図り、支援に繋げています。</p>		
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○ 非該当
評価項目5の講評		
<p><b>個別のニーズに応じた情報を収集し、提供して必要な支援に繋げています</b> 相談支援、地域活動支援センター、行政の窓口との連携により障害サービスの情報を集約しています。同建物内に精神障害者や身体・知的障害者の相談窓口や多目的交流室や多目的活動室を設置し、様々な情報が得られています。新しい事業所、ショートステイ利用可能な事業所、地域イベント、などの情報を提供し、その中から利用者の要望に応じ、施設を訪問したり、江の島やいちご狩りなど外出レクリエーションの支援に繋げています。家族向けの研修情報を提供したり、地域住民の福祉用具利用者には福祉用具の相談場所として機能訓練室を提供しています。</p> <p><b>地域活動や行事に社会参加したり、施設内活動で、ボランティアとの交流を図っています</b> 地域祭りや、地域のゴミ拾いなど地域活動参加や外出・散歩を通し、地域の人々など、外部の人との交流で社会参加を図っています。レクリエーション活動はゲーム、軽スポーツ、絵画、陶芸、ダンス、調理、観劇、園芸等10数種の活動をボランティアと一緒にしています。電車・バスに乗り、駅前のイベント外出やコンビニでの買い物など、生活に即した外出も行っています。また公園で農場のポニーと遊んだり、動物との触れ合いを図っています。</p> <p><b>会館祭りは幅広い交流が図れると共に障害施設の啓蒙活動にも繋げています</b> 会館祭りは模擬店・バザー・コンサート作品・作品展・ゲームコーナー等様々な企画で年々盛況で動員数も増し、去年は400人弱でした。行政や福祉関係機関や地元の自治会や地域の住民、養護学校や小・中高校生、農業学校、子育てに係わる方々など幅広く関係しています。障害に対する啓蒙活動としても取り組み、12月の障がい者週間へと繋げています。毎日昼食時に市内にある障害施設製作のパン、うどん、クッキーなどの販売場所を提供し、隣接の支援センターの人々や学園の父母、利用中の地域の人々などが購入し、交流を図っています。</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	
● 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

一人ひとりの特性に応じた創作的活動や新進的な活動に取り組んでいます

一人ひとりの目的に応じ、多種のレクリエーションや行事、機能訓練、など様々な活動や空間、療法を提供しています。重症心身障害者が感覚刺激(匂い・光・音・振動・温度・感覚)の素材を組み合わせリラックスできる空間スヌーズルームを設置しています。自主性や自発性を尊重し、利用者自身が動くことを学び、体(動くこと)頭(考えること)心(感じること)を調和して発達するよう、音楽療法やムーブメント療法を活用しています。機能訓練室では多種の運動器具を用意し、個々の状態に応じ日常生活動作の維持が図れるよう支援しています。

自立して取り組むことで達成感や自己肯定感を高めるよう支援しています

自閉症の利用者が自主的に、メモ版や写真カード、コミュニケーションカードを使用し、視覚で一日の流れや排泄・食事などを自分で訴えたり、決めて行うよう支援しています。作業ごとにポイントをつけ、お給料を支払い、お金が貯まるとコンビニで自分で選択し買い物をし、買い物をすることで、仕事を継続するよいモチベーションにもなっています。また一日の作業が見やすいため、先を急いで作業を進めることなくし、自分のペース配分ができるようになっています。会館祭りでは装飾品や看板づくりなどにも、自主的に自分で出来ることに取り組んでいます。

個別に応じた入浴や排泄支援で羞恥心に配慮し、自立支援を図っています

入浴は機械浴室とリフト浴室を設置しています。機械浴室にはベッドやトイレなど設置し一人ずつ誘導し、個々の状況に応じ入浴介助しています。リフト浴室には脱衣所に鏡付き洗面台や椅子を設置し、一人でも着替えができるよう環境整備をしています。同性介護やカーテンを設置し羞恥心に配慮しています。リフト浴では、身体に負担のない室温や湯温に配慮し、リラックスして入浴するよう支援しています。排泄はトイレ内に呼び鈴やコール、手すり、ベッドなどを設置し、一人で安全にトイレを使用するよう支援しています。



事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル①	地域の福祉避難所として災害時には地域住民を受け入れるなど地域貢献に取り組んでいます	
内容①	海老名市の福祉避難所の指定を受けており、災害時には地域住民を受け入れる体制になっています。民生委員や自治会などの関係団体や地域住民と毎年福祉避難所としての大規模な避難訓練を実施し、災害時に備えています。また施設にあるスヌーズレンルームを土曜日に自閉症や肢体不自由者団体、養護学校などに開放したり、特別支援級や養護学校に職員が講師として出向き、障がいについての講義をするなど専門性を活かした地域貢献に取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-6	【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている
タイトル②	個々のニーズに応じ、広い訓練室で多種の機能訓練機器の利用や訓練内容を行っています	
内容②	機能訓練士として作業療法士1名、理学療法士3名体制で、個々のニーズに対応しています。広い訓練室には3台の大きなマットを設置し、周囲には多種機能訓練機具、特殊な機能訓練機器が設置されています。機能訓練士は月曜日から金曜日まで、個別の状態や要望に応じ、訓練内容を計画し実施しています。また家族からの福祉用具や生活上の訓練などの相談に応じています。土曜日は福祉用具事業者による地域の福祉用具利用者が福祉用具の相談や訓練にも機能訓練室を開放しています。スヌーズレンルームでのリラックスした機能訓練も実施しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-6	【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている
タイトル③	重度の障害者を受け入れ、一人ひとりの特性に応じた支援を行っています	
内容③	18～64歳の身体障害者・重度自閉症・重症心身障害者を受け入れ、サービスを細分化し、様々な障害や年代、個々のニーズにきめ細かく対応できる体制を取っています。入浴・食事・機能訓練等日常プログラムとボランティアによる多種の余暇プログラムを提供し、また地域社会交流や人との交わりを図っています。スヌーズレンルーム、音楽療法、ムーブメント教育・療法、動物介入活動、またタブレット端末やスマートフォン活用など、新進的に取り組んでいます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	医療と福祉の連携性が高く、福祉の拠点施設の役割を目指しています
	内容	看護師は6名で一日3人体制とし、高度な医療的ケアが行えるよう環境を整えています。看護師が利用者送迎時に添乗し、支援員的な役割も担っています。また送迎時間をフルレックス制を取り、家族とより密接な連携を図っています。また重度な方を多く受け入れるため、作業療法士・理学療法士・看護師・嘱託医・協力病院・スーパーバイザーなど専門職と連携を図っています。同施設内は精神障がいや身体障がいの相談窓口、地域高齢者や障がい就労者の活動、障がい児施設など様々な福祉と人々との交流など、地域福祉の拠点となるよう支援を行っています。
2	タイトル	サービス開始から終了まで一貫した対応を行い、利用者へ質の高いサービスを提供しています
	内容	サービス開始時にはアセスメントシート等に利用者の支援に必要な個別事情や要望を記録把握して、個別支援計画書に反映しています。サービス開始後もモニタリング記録書や日誌により、利用者の状況をみながら、個々の障がい特性、ニーズに応じられるように、適時支援内容の見直しを行っています。サービス終了時も、それまで行ってきた支援状況を考慮し、終了後の方向性を検討しています。このようにサービス開始から終了まで一環して、利用者本人にとって何が一番最適なのか考えて、支援を行っています。
3	タイトル	相談支援事業所や地域活動支援センター、行政の窓口との連携により、利用者がワンストップで障がいサービスの各種提案が受けられます
	内容	わかば会館には、わかばケアセンターの他に、相談支援事業所や地域活動支援センターが入っていますので緊密に連携が図れています。海老名市の指定管理者でもあるので、障がいサービスに関する情報が集約され、利用者にとっては、ワンストップで各種提案を受けることが出来ます。また地域に開かれた施設を目指し、福祉関係機関や自治会、近隣の学校、商業施設と協力し、毎年わかば会館祭りを開催し、地域交流を行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	日常業務において情報共有が口頭での伝達にとどまる時があるので、マニュアル等への確実な落とし込みが期待されます
	内容	サービスの基本事項や手順はマニュアルにより記述されていて、職員はいつでも参照できるようになっています。しかし、半年ごとにおこなわれるマニュアルの定期点検・見直し以前に発生する重要事項は、そばにいる他の職員に聞くことになっています。この場合、情報共有が口頭での伝達になってしまう恐れがあります。職員間のサービスレベルのばらつきが少なくなるように、口頭で伝えられた重要事項をメモに残し、半年ごとにおこなわれる手引書の定期点検・見直しに確実に反映させていくことが期待されます。
2	タイトル	常勤職員と非常勤職員の間で温度差があるので、職員間のコミュニケーションを図るとともに、指導的立場の職員育成が望まれます。
	内容	常勤職員は異動があるので、非常勤職員の方が勤務年数も長く、経験豊富な職員がいることもあり、常勤職員の指導体制が確立されていません。職員アンケートでも、「職員間での共有が出来ていない」「軸になり、全体を把握して指示を出す職員、教育する職員の役割を強化してほしい」との意見があります。今後は、職員間の更なるコミュのケーションを図り、指導的立場の職員育成が望まれます。
3	タイトル	職員の育成計画を作成し、職員の能力向上を行うことが期待されます
	内容	法人でキャリアパスが策定されていますが、職員には殆ど周知されていないことが、職員アンケートから見られます。キャリアパスと連動した職員の育成計画が策定されていませんが、管理者が個別面談で、職員の意向を聞き、人材育成を行っています。今後は職員にキャリアパスを周知し、人材育成計画を策定して、職員の育成に取り組むことが期待されます。



**株式会社フィールズ**

〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

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