

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
三浦創生舎

平成30年 9月 25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	佐藤 章	神機構-911				
	③	山田 秀樹	神機構-260				
	④						
	⑤						
	⑥						
福祉サービス種別	生活介護						
評価事業所名称	三浦創生舎						
評価事業所連絡先	〒	238-0101					
	所在地	神奈川県三浦市南下浦町上宮田360番地					
	Tel	046-874-5851					
評価事業所代表者	野村 工						
契約日	2018	年	3	月	2	日	
利用者調査実施日	2018	年	4	月			
利用者調査報告日	2018	年	6	月	19	日	
自己評価の調査開始日	2018	年	4	月	20	日	
自己評価報告日	2018	年	6	月	10	日	
訪問調査日	2018	年	7	月	10	日	
評価合議日	2018	年	7	月	10	日	
コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)	利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくなった。第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。						

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p>
	<p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p><法人の理念></p> <p>1)ソーシャルインクルージョン(共生社会)を目指します</p> <p>2)先駆的で開拓的な事業を展開します</p> <p><事業所独自の理念></p> <p>3)利用者さんの権利擁護の推進</p> <p>4)偏りの無い(平等な)サービス提供</p> <p>5)利用者さんの子ども扱いの禁止</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>利用者さんから気楽に話しかけてもらえる人でありながら、子ども扱いしたり、友人関係のような砕けた関係性とならないように一線を画することができる人。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>利用者さん達の人生の一部に関わっているという点や日々のサービス提供における個々人への意義の有無を考えてもらいたい。 加えて地域の中にある福祉施設とそこで働いている従業員という面も併せ持っていることも頭の片隅に置くことで、「地域との接点」を拾うべくアンテナをはっておいてもらいたい。</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

50

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
50		50
21		21
42.0	0.0	42.0

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

回答者の90%が事業所を総合的に見て満足と答えています。(「大変満足」52%、「満足」8%)
 「好きな作業をさせていただき、楽しく過ごすことができる」「親切な職員のおかげで満足している」などの意見があります。

特に、項目別では「職員の言葉遣いや態度、服装が適切か」については、回答者全員が「はい」と回答しています。
 また、個々の質問に「いいえ」と答えた回答者はいませんでした。

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 いいえ	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	18	2	0	1
回答者の86%が「はい」と答えています。 「いつも世話になっています」などの意見があります。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	20	0	0	1
回答者のほとんど(95%)が「はい」と答えています。 「特に不便は感じていません」の意見もあります。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	19	1	0	1
回答者の多数(90%)が「はい」と答えています。 「休憩時間の会話を楽しんでいます」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	19	2	0	0
回答者の多数(90%)が「はい」と答えています。 「とても楽しく作業をしています」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	20	0	0	1
回答者のほとんど(95%)が「はい」と答えています。 「広々と作業しています」の意見もあります。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	21	0	0	0
回答者の全員(100%)が「はい」と答えています。 「みなさん、とても親切です」の意見があります。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	18	1	0	2
回答者の86%が「はい」と答えています。 「いつも連絡をいただきお手をかけます」の意見があります。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	16	2	0	3
回答者の76%が「はい」と答えていますが、「非該当」と答えている人も14%います。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	20	1	0	0
回答者のほとんど(95%)が「はい」と答えています。 「好きな作業をさせてもらっている」「仕事に関してやりたい事を挑戦させてくれる」の意見があります。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	19	1	0	1
回答者の多数(90%)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	18	1	0	2
回答者の86%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	18	3	0	0
回答者の86%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	16	2	0	3
回答者の76%が「はい」と答えています、 「非該当」と答えている人が14%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	14	1	0	6
回答者の67%が「はい」と答えています、 「非該当」と答えている人も29%います。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(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)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○ 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝える ○ 非該当
	カテゴリー1の講評	
	理念、基本方針を毎年の事業計画に明示し、周知を行っています 事業所が目指していることについては、経営する法人レベルで2つの理念、7つの基本方針、5つの年度重点目標を掲げ、事業計画書に明記して全事業所に周知を行っています。また職員には年度初めに、事業計画書を配布し、理念、基本方針の確認も行ってもらっています。 利用者には保護者会において、理念、基本方針を盛り込んだ事業計画の説明を行っています。当事業所レベルでの理念、基本方針、の明示はありませんが、セルフ活動の推進やサービスの質向上など事業所の目標などは設定され、実施に移されています 事業計画を毎年職員に配布し、年度重点目標を設定しています 経営層は毎年事業計画を策定し、各事業所に配布しています。事業計画にはその年の重点目標を5つ設定してその実現を各事業所にも促しています。 事業所ではその内容を事業計画の職員への配布を行い、説明を年度初めに行いますが、職員会議や毎朝の打ち合わせの際にも時折、口頭で再確認を行っています。実際面では職員が物事を判断する際や、会議の結果を職員から聞きながら、その都度指導、助言を行っています。 重要案件の決済方法、周知方法があらかじめ決められ、実施しています 法人レベルでパソコン利用の決済システムが導入され、所長以上の決済伺いが行われています。 重要案件を扱う所長会議については、所長会議議案書の回覧を行っている他、毎月の職員会議で口頭で伝達するなど、周知を行っています。利用者には、利用者の朝の会、帰りの会の際に伝達しています。家族に伝える必要がある時は、配布物を作り、配布しています。	

2			カテゴリ-2	
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行				
			サブカテゴリ-1(2-1)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			6/6	
評価項目1			評点(000000)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
			サブカテゴリ-2(2-2)	
実践的な計画策定に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			4/5	
評価項目1			評点(000)	
事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2			評点(0●)	
着実な計画の実行に取り組んでいる				
評価	標準項目			
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
カテゴリ-2の講評				
<p>利用者、職員、地域福祉の状況についての情報を把握しています</p> <p>利用者については年1回法人が実施する利用満足度アンケートを行い、利用者のニーズを把握しています。また職員の意向については年1回年度末に面談を一人ひとりに行い、意向や不満などを聴いています。</p> <p>地域の福祉関係については、ほぼ毎月開催される自立支援協議会に参加し、関連する福祉情報の取得を行っています。地域住民については年2回近隣地域を対象にした住民懇談会を行っています。その他福祉事業全体の動向については、関連ネット(WAMNET)情報を利用しています。</p> <p>年度計画にもとづいた予算編成を行い、毎月実施状況を確認しています</p> <p>法人は5年サイクルの中期計画を策定した上で、毎年の事業計画を策定しています。各事業所では法人の事業計画に合わせた事業所計画をつくって予算編成を行い法人の承認を得て、実施しています。</p> <p>毎月の実施状況は収支予算報告によって把握しています。財務経理面での計画→実行→チェック→評価のサイクルは法人レベルで整備されています。</p>				

カテゴリー3		
3	経営における社会的責任	
サブカテゴリー1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○ 非該当
サブカテゴリー2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○ 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当
サブカテゴリー3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー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	
<p>就業規則、職員ハンドブックで法・規範・倫理の周知を行っています 入職時には職員に職員ハンドブックを配布しています。職員ハンドブックには「倫理行動マニュアル」「倫理行動綱領」など倫理遵守にかかわる事項が盛り込まれています。 また、「オフィスマナー」「ドレスコード」など接遇に関連する遵守事項が書かれています。職員はこれを読み、実際の職務で実行していますが、毎朝、毎夕の打ち合わせ、職員会議などで適宜遵守の確認を行っています。特に定期的に行う体制はとっていません。</p> <p>苦情解決には法人レベルと一体となって取り組んでいます 利用契約時に重要事項説明書にて苦情解決で相談できる第三者機関を明記している他、事業所直接ではなく、法人に相談できるよう法人では苦情解決制度をもうけ、対応体制を整えています。 その他、利用者には苦情解決ポスター、第三者機関ポスターを貼って、相談できることを伝えています。</p> <p>虐待防止体制を整備していますが、周知徹底が期待されます 職員には入職時に過去の大きな虐待事件などを伝えて虐待防止の意識を高めています。また、法人レベルで年1度過去事例を振り返る会を開催しています。 虐待が起きた時の早期対応体制は事業所で関係機関との協力体制をつくっています。ただ、虐待にあたる内容が年々増加の傾向にあり、「こういうことも虐待になる」ということを職員にあらためてチェックシートでの確認や研修などを通じて伝達することが、今後期待されます。</p>	

カテゴリ4	
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 2/5
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(○○●●●)</p>	
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
○ 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
● 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
○ 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
● 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
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
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(○○○○)</p>	
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
● 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・管理している
● 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
● 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

カテゴリ4の講評

リスクマネジメントを事業所レベルでは行っていません

事業所では、事故、感染症、侵入、火事・地震などの災害については、発生時がらの対応の流れは確立しています。また利用者及びその家族に対しての情報管理もできています。また法人レベルでも緊急対応マニュアルなど色々なリスクに対する対応方法を設定しています。

しかし、標準項目に述べられた事項、リスクの優先順位づけ、事業継続計画については対応がおこなわれていません。事業所ではあらかじめの備えに関してはまだまだ不十分な点が多い、という認識をもっています。

個人情報を含め、情報管理体制を整備しています

個人情報の利用に関しては、利用者と個人情報の利用に関しての同署を得て行っています。法人では文書管理規定をもうけて、文書の管理方法を定め、職員に周知し実施を行っています。

また個人に関わる情報を含め重要情報については、法人で情報にアクセスできる権限を持つ者をあらかじめ定めて実施しています。事業所では収集した利用者の個人情報は鍵のついたキャビネットに保管しています。

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・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

11/12

評価項目1

事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当

評価項目2

事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している

評点(〇●)

評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 非該当

評価項目3

事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当

評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる			評点(0000)
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・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている		○ 非該当
● あり ○ 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		○ 非該当
● あり ○ 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		○ 非該当
● あり ○ 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		○ 非該当
サブカテゴリ2(5-2)			
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる			評点(000)
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			
<p>人材確保を法人、事業所で分担して行っています 常勤職員は、法人レベルで採用・研修を行っています。非常勤職員については事業所で、面接、実習を経て採用の見極めを行って採用しています。 非常勤職員にも職員倫理行動マニュアル及び倫理行動綱領を渡し、その実行をお願いしています。</p> <p>職員の人材確保と育成のための新たな人事評価制度の実施を始めています 現在事業所での人材は充足していますが、法人では昨年度より新たな人事評価育成のための制度の実施が行われています。 チャレンジシートへの職員の記入によって職員が業務の自己評価を行い、上職との面談によって評価と育成をはかる制度の実施を軌道にのせることでより良質な人材の確保と育成をはかっています。</p> <p>非常勤職員の研修を計画的に行うことが期待されます 事業所での業務は常勤職員の他多数の非常勤職員によって実施されています。非常勤職員の勤務日、勤務時間数はまちまちのため、全員を集めて研修を改めて行うことができません。 毎日の朝夕の打ち合わせ時や職員会議など非常勤職員が出席できる機会を利用して計画的に研修を行うことが期待されます。</p>			
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			

<p>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)</p>	
<p>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)</p> <p>毎年、その年度法人が設定した今年度の重点目標にもとづいて、事業所では事業所の目標を設定しています。前年度は「事業所特性の製品(餃子)の製造から販売までの一連の工程の中に、多くの利用者が携わることで、地域との繋がりを高めます」との目標をかかげています。その目標に向かって、常勤非常勤を問わず職員がローテーションで利用者1~2名と一緒に販売会に出かけました。そして年間40回の販売の機会をつくることができている。今までは販売会には職員だけで臨んでいましたが、前年度から利用者がかかわることで、利用者が活動的でのびのび暮らせる環境づくりに役立っています</p>	
<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>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</p> <p>セルフ活動良質の活発化を目標に掲げることは、生活介護支援事業所としては利用者の生活が生産活動に参加する喜びが持てることよってのびのびできるようにする優れた目標です。 特に、三浦特性の餃子を開発しての販売ですので地域にも受け入れやすく、今後この活動を継続的に続けられることを期待します。</p>	
<p>評価項目2 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)</p>	
<p>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)</p> <p>前年度は「職員一人ひとり、利用者さん個々人に合わせた合理的配慮を基盤にした意思決定支援を提供することで、人権の尊重と良質サービスの質の向上を常に意識した笑顔あふれる施設を目指す」との目標にしています。実際におこなったことは知的障害協会から出版された「意思決定支援」の本を2冊購入し、職員間で回し読みを行っています。 ただし、その結果日々のサービスの上でどのようにそれが役立っているか管理者はまだ把握できていません。むしろ職員が対応に困った時に「利用者さんはどうおもっているのだろうか?」と職員が自問することを忘れてしまっているのではないか?と思う場面を散見している状況です。</p>	

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input 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 checked="" 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い
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input 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 checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>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</p>	
<p>今年度の目標として「職員一人ひとり、利用者さん個々人に合わせた合理的配慮を基盤にした意思決定支援を提供することで、人権の尊重と良質サービスの質の向上を常に意識した笑顔あふれる慈しみに満ちた施設を目指し」と「慈しみに満ちた」を加えた目標に修正しています。</p> <p>笑顔は自己満足の支援でもできてしまう、という反省が付け加えています。前年関連する書籍購入して回し読みをしていますが、その効果がしっかりと把握できていない点から、今年度は回し読みを他の関連書籍を探して行う他、関連するテーマでの外部研修・講習・講演への基幹職員の参加及びその事業所でのフィードバックなども検討するか、あるいは本社で、障害分野毎の研修の追加開催の検討など実施に役立つ企画が期待されます。</p>	

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 <p style="text-align: right;">評点(0000)</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
	○ 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している
	○ 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	
	事業所のパンフレットと法人ホームページにより事業所情報を提供しています 利用希望者を含む事業所の情報希望者には、3つ折りのパンフレットをわかりやすく、読みやすく作成し配布しています。その他法人のホームページには当事業所の内容紹介が掲載されていますので、その閲覧により情報取得ができます。 パンフレットはカラー刷りで事業所の写真なども交えて事業所の概要が簡潔にされ、問い合わせ先も明記しています。パンフレットの紙面を大きくして見やすくすることができないか検討中です。	
	養護学校などからの施設見学に対応しています 毎年、養護学校からの施設見学に対応しています。施設見学には原則的にはすべて受けて対応することにしてはいます。 事業所情報は積極的に行政や医療機関に提供することはありませんが、販売会などには足を運び、パンフレットなどを配っています。	
	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 <p style="text-align: right;">評点(000)</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		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>サービス開始時に契約書、重要事項説明書など利用者等に説明を行っています</p> <p>サービス開始時には、それ以前に提供した場合も含めて改めて契約書、重要事項説明書、管理規定などを説明し、契約書、重要事項説明書、個人情報利用同意書には利用者(家族、後見人なども含む)に口頭で説明し、同意の署名を得ています。</p> <p>利用者及び家族の希望・意向などを契約説明時に聴き、利用者の個別支援計画書、個別面談記録などに記録しています。</p> <p>利用開始時には、入所前の利用者の環境、状態に配慮したサービスを行っています</p> <p>入所前の状況、意向などは個別支援計画、個別面談記録などに記録し把握しています。開始直後の期間は、利用者が早く事業所での生活に慣れていただくため、利用者がストレスや不安を職員が注意深く見守り、解消のための努力をしています。</p> <p>利用者の入所にあたっては事業所での入所調整会議を行い、利用者が円滑にサービスを受けられるよう各担当の業務実施を調整します。</p> <p>サービス終了時は、関係機関にサービスが途切れないよう情報提供をおこなっています</p> <p>利用者が退所される場合は、その状況に応じて適切な対応をするよう心がけています。他の事業所に移られる場合は利用時の状態についての情報をこれからのサービス実施に役立てて頂けるよう提供しています。</p>		
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(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		
<p>定期的に利用者の希望、課題を把握しています 入所時には基礎調査票によって利用者の心身状況や生活環境、状況を把握しています。利用者一人ひとりとは毎年3月に個別面談を実施して、利用者のその時々々の課題や希望を把握しています。アセスメントの見直しは毎年9月末、3月末に行っています。</p> <p>毎年半期、年度末に支援計画の見直しを行っています 個人面談に基づいて毎年半期毎に個別支援計画を見直しています。その他、利用者に変化が生じたときは、その状態を把握し、支援計画を急遽見直しをし、適切なサービス提供を行っています。</p> <p>日々の変化を記録するPCソフトを使用し、利用者状況を把握し活用しています。 利用者の変化をコンピューターに入力するPCソフトを導入して把握するし、個別の支援計画に活用しています。 その他、個別状況に関しては、帰りの打ち合わせで、職員個々にその日の利用者との出来事を報告してもらい、情報共有が必要なことがあった場合は、翌日の朝の打ち合わせに再度発信しています。</p>		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(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(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー5の講評		
契約時に「個人情報の提供に関する同意書」で同意を得ています 利用契約時に法人の統一書式の「個人情報の提供に関する同意書」で同意を得ています。同意書には、同意書を必要とする理由・目的、提供する情報の範囲、提供先、提供条件が明示されています。 写真掲載についても利用契約時に同意を得ていますが、同意を得られなかった利用者は掲載しないように配慮しています。個人宛に相談支援事業所などから届いた書類はそのまま連絡帳と一緒に渡しています。		
個人の所有物は鍵のかかるロッカーに入れ、開け閉めは自分でしています 個人の所有物は更衣室の中の鍵のかかるロッカーに入れ、鍵は作業室の鍵入れに入れて管理していますが、開け閉めは本人がしています。着替えは更衣室でカーテンを閉めて行き、オムツ替えや下着替えは鍵をかけて行っています。 トイレ介助の際も施錠して、羞恥心に配慮しています。失禁などした場合は気づかれないように掃除をしたり、気管切開の利用者の痰を拭くときもカーテンの中で拭くなど、プライバシーに配慮した支援を行っています。		
自分の意思をはっきり言える雰囲気作りに努めています 作業のことで利用者が「今日はやりたくない」と言った場合は、無理強いせずに違う作業を勧めてみて「それならやる」と言ったら変えるようにしています。やらなきゃいけないような決まりは、きっちり決めないようにしていますので、利用者が「いやだ」ということが良くあります。利用者の意思を素直に表現できるような雰囲気作りを事業所全体で取り組んでいます。利用契約時に基礎調査票で、利用者の家庭での過ごし方や好みなどを聞いて、日々の支援に活かしています。		
サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<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

法人が統一した職員倫理行動綱領、倫理行動マニュアルを作成しています

法人が作成した職員倫理行動綱領、倫理行動マニュアルを基準としていますが、事業所独自のマニュアルは作成されていません。職員は分からないことが起きた際は上長に確認しています。

今までは、口頭でのやり取りや見て学ぶ方法で手順を共有してきましたが、今後は、職員が同じ水準で業務を行うためにも、事業所独自のマニュアルや手順書を作成することが望まれます。

サービスのチェックは体系的・定期的には行われていません

提供しているサービスのチェックは、法人が実施行うサービスの基本事項や手順の見直しを行う内容や手順、時期などはまだ検討されていません。法人を含め業務見直しの体系的な取り組みが期待されます。

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	22/22
1 評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○ 非該当	
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画の内容を非常勤職員を含めて職員間で共有されることが期待されます</p> <p>現在個別支援計画は常勤職員4名で作成し、事務所のキャビネットに保管され、職員はいつでも見られる状態になっています。個別支援計画を作成したり、更新する際は常勤職員の意見は聞いても、非常勤職員の意見は聞いていません。非常勤職員も含めてケース会議などを開催し、常勤職員、非常勤職員の意見を聞いて、個別支援計画を作成する事が望まれます。また個別計画の内容を非常勤職員も含めて、職員間で共有し、支援計画に基づいて支援を行なうことが期待されます。</p> <p>利用者の特性に合わせたコミュニケーションのとり方をしています</p> <p>発語のない利用者もいますので、手話やマカトンサイン(手話のような動作サイン)、絵カード、トラジッション(過渡期)ボードなどでコミュニケーションをとっています。</p> <p>自閉症の利用者でトラジッションボードを用いて、予め絵カードでスケジュールを貼っておき、作業のところは空けておきます。利用者がいろいろな作業を写真にした絵カードの中からその日にしたい作業のカードを選んでボードに貼り、職員は希望する作業が出来るように材料を準備しています、このように言語を使わないで、コミュニケーションをとっている利用者もいます。</p> <p>自立した生活が出来るように情報提供と支援を行っています</p> <p>両親を亡くした利用者には相談支援事業所と協力して、グループホームに入所できるように情報提供を行うと共に入所までの支援を行いました。ショートステイの利用者にも送迎が出来ることを伝え実施しました。</p> <p>ヘルパーの移動支援の情報なども伝え、自立した生活が送れるような情報提供と支援を行っています。</p>			
2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○ 非該当	

評価項目2の講評

利用者の自信を奪うような叱責や怒ることはしないように心がけています

職員が叱責したり、怒ったりすることで、利用者の自信を奪うような行動を慎むように、職員会議や打ち合わせの時に所長から話しています。

家庭などで叱られたりする利用者も、せめて事業所にいる時はのびのびと自分らしさが発揮できるようにと、所長以下職員全員が配慮しています。そのせいか、利用者からの発信が豊かになり、何でも言える環境になっています。作業活動も利用者の希望をきき、利用者にあった作業を行っています。

事業所はガラス戸が多く、明るく、清潔感のある快適な環境です

事業所は高台の海が見渡せる眺めの良い所にあります。ガラス戸が多く、採光も良好で、ゆったりとした落ち着ける環境です。空調はボイラー室で全館一定にコントロールされ、換気は朝と利用者が帰った夕方に行っています。掃除は帰りの会の前に利用者職員で作業室廊下のほうき掃除、ワイパー掛けをしています。

職員は食堂、多目的ホールなどの掃除機掛けとトイレの掃除を行い、清潔な環境を保っています。

食事は業者に委託していますが、月に1回施設で作っている餃子を出しています

給食は業者委託しています。献立表には献立の他カロリー、蛋白質、脂質、食塩の量も表示されています。毎月給食会議を開催し、職員、調理師などと献立内容や配慮食などについての話し合いを行っています。配慮食には刻み食や一口大食、柔らか食などがあり、揚げ物の衣やドレッシングなどが苦手な利用者には調理方法を変えたりして、利用者の状態に合わせた食事を作っています。

月1回は施設で作っている餃子を献立に入れてあります。日帰り旅行では、利用者の食べたいものを聞いて外食を決めています。

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

年2回健康診断を実施し、結果は看護師がチェックし、家族に伝えています

年2回健康診断を実施し、結果は本人、家族にも知らせています。看護師が結果をチェックし、注意がある場合は、電話や連絡帳で家族に伝えています。専門医の受診や治療が必要となった場合は、協力医療機関の三浦市立病院に受診が出来ます。また年2回歯科検診・指導を実施しています。1回は歯科医師による検診で、1回は歯科衛生士によるブラッシング指導を行っています。

利用者と職員に指導してもらい、日中のブラッシングに活かしています。毎週木曜日に看護師が出勤し、利用者の血圧測定や健康相談を行っています。

利用者の体調急変時には、家族に連絡し、受診などの相談をします

利用者の体調が急変した場合は、直ちに家族に連絡し、帰宅するか通院するかを家族と相談します。家族に連絡が取れない場合は、主治医や協力医療機関の三浦市立病院に連絡し指示を仰いでいます。

サービス中の怪我は家族と連絡を取り、主治医などに職員が通院介助をしています。てんかんなどの発作を起こしやすい利用者の情報は予め把握しておき、職員は対応方法を共有しています。連絡帳で、毎日の健康状態を家族から知らせてもらっています。

薬を預かった場合は薬ボックスに保管し、服薬チェックは作業室全体で行っています

家族から連絡帳と一緒に薬と薬情報を預かった場合は、職員室の机の上にある薬ボックスに入れて置き、作業室担当者が服薬介助をしています。

服薬チェックは、作業室職員全員です。昼食後以外に時間で定期的に服薬する利用者には服薬チェック表を作成し作業室の壁に貼ってチェックし、誤薬の無いように努めています。

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		
<p>連絡帳や送迎時に家族と連絡を取っています 毎日連絡帳に家庭での様子や健康状態などを書いて貰い、職員は必ず連絡帳に目を通しています。、事業所での活動の状況、体調などを記載し、家族に知らせています。 利用者同士でトラブルがあった場合などは電話で家族に報告しています。送迎時にも家族と顔をあわせるので、家での様子などを聞いています。個別面談でも家族からの要望や家庭での様子などを聞いて把握しています。</p> <p>毎月広報誌「うみかぜ」を発行し、家族や近隣にも配布しています 毎月事業所の広報誌「うみかぜ」を発行し、家族や近隣に配布しています。利用者の活動状況や日帰り旅行の様子、自主製品の餃子など各作業室の売り上げ状況などを掲載し、事業所の様子を家族に知らせています。 また「青葉会」という家族会があり、総会を4月に事業所で開催し、20数名の家族が参加しています。その他に役員会、食事会、情報交換会などを開催し、家族間の親睦を図っています。</p>		
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○ 非該当
評価項目5の講評		
<p>三浦市民祭りや地域の養護学校、事業所のお祭りなどの販売会に出掛けています 毎年三浦市民祭りに利用者も参加し、自主製品の餃子を焼いて販売しています。販売だけでなくお祭りも楽しんでいます。また地域の養護学校、事業所、公園などの夏まつりにも利用者も餃子の販売を行っています。 月1回三浦市民病院と三浦市役所のハートフルマーケットでも利用者と一緒に餃子を販売し、地域住民と交流しています。月1回、事業所の敷地周りを中心に近隣清掃を行っています。</p> <p>車で近隣の海岸に行き散歩をしたり、買い物などに出掛けています 車で近隣の海岸迄行き、散歩をしたり、津久井浜駅まで電車を見に出掛けるなど地域に出掛ける機会を作っています。 地域の畑を借りて、利用者の家族に管理をしてもらいながら、ジャガイモやスナップエンドウの種まきをしたり、収穫時にはジャガイモ掘りを行っています。またヘルパーの移動支援の利用で、社会参加が出来る利用者もいますので、相談支援事業所と協力し、利用できる支援もを行っています。</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(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

自主製品の餃子の製造、販売は希望する利用者が交替でしています

生産活動には自主製品の餃子の製造を作業室で、キャベツやニラのカットや機械で餃子包み、パック詰めなどを利用しています。作業室の広さの都合上利用者が2～3名しか入れないため、週替わりで希望する利用者が交代をしています。

自主製品以外に受注作業では、広告のチラシ折込、釣り具の組み立てなどを行っています。創作活動では、折り紙や毛糸でマットづくり、かチラシでエコバッグ作りなどもしています。利用者の特性や本人の希望、身体状況などを考慮して、作業内容を決めています。

利用者が作業の準備や片づけ迄自分で出来るように、絵や写真を貼るなど工夫しています

利用者が作業などの準備から片づけ迄、自分たちで出来るように、声掛けをしたり、道具や材料の置いてある戸棚や扉にひらがなで名前を書いたり、写真やイラストなどを貼り、何が保管してあるか分かりやすくする工夫をしています。

むせやすかったり、飲み込みが困難な利用者には食事介助をしています。紙パンツを使用している利用者には同性でトイレ介助を行っています。車いす介助をしている利用者もいます。

毎月工賃を手渡す際に明細書と一緒に金額の確認を行っています

工賃賃金規定が作成されていて、工賃手渡しの際は工賃明細書を一緒に入れ、口頭で明細書を見ながら、かいぎなどで、利用者に分かりやすく説明しています。

工賃明細書には、作業内容(基本給・餃子・受注作業・軽作業など)、作業毎の時給、作業時間が記載されているので、工賃の明細が分かりやすくなっています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	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①	利用者の意思が自由に表出出来るように「怒る」「叱る」を極力控えています	
内容①	<p>日々の活動の中で、利用者の意思の表出が自由に出来るような環境づくりに所長他、職員全員が取り組んでいます。そのためには利用者の自信を失うような「怒る」「叱る」は極力控えています。注意をする必要がある場合は、違う方法で説明しています。家庭などで叱られる利用者もいますので、せめて事業所ではのびのびと自分らしさが発揮できるように過ごしてほしいとの思いで支援しています。</p> <p>作業が自分に合わない場合は「いやだ」と言える環境ですので、本人の希望に沿った作業に替えるなど、利用者の意思を尊重した対応を行っています。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	1-1-1	事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している
タイトル②	理念、基本方針を毎年の事業計画に明示し、周知を行っています	
内容②	<p>事業所が目指していることについては、経営する法人レベルで2つの理念、7つの基本方針、5つの年度重点目標を掲げ、事業計画書に明記して全事業所に周知を行っています。また職員には年度初めに、事業計画書を配布し、理念、基本方針の確認も行ってもらっています。</p> <p>利用者には保護者会において、理念、基本方針を盛り込んだ事業計画の説明を行っています。当事業所レベルでの理念、基本方針、の明示はありませんが、セルフ活動の推進やサービスの質向上など事業所の目標などは設定され、実施に移されています</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	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	自主製品の餃子の製造、販売は希望する利用者が交替でしています	
内容③	<p>生産活動には自主製品の餃子の製造を作業室で、キャベツやニラのカットや機械で餃子包み、パック詰めなどを利用しています。作業室の広さの都合上利用者が2～3名しか入れないため、週替わりで希望する利用者が交代をしています。自主製品以外に受注作業では、広告のチラシ折込、釣り具の組み立てなどを行っています。</p> <p>創作活動では、折り紙や毛糸でマットづくり、かチラシでエコバッグ作りなどもしています。利用者の特性や本人の希望、身体状況などを考慮して、作業内容を決めています。</p>	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	セルフ活動を活発に行い、利用者がのびのび生活できる環境づくりを行っています
	内容	前年度から始めた事業所特性の製品(餃子)の販売会には、職員が利用者1~2名を連れて参加して、販売会参加回数40回となりましたが、今年度はさらにそのセルフ活動をすすめ、餃子の販売を伸ばすとともに、事業所制作他商品の販売も積極的にすすめています。こうした販売の成果を利用者にも還元しています。 セルフ活動を活発に利用者とともに行うことは、利用者の能力を高めるとともに働くことで対価を得、生活のゆしみを覚えるという環境づくりを行っています。
2	タイトル	利用の特性に合わせたコミュニケーションのとり方や作業環境に配慮しています
	内容	自閉症で発語の無い利用者にはトラジッションボードを使用し、一日のスケジュールを予め貼って置き、作業の欄は空けておきます。利用者が作業の写真カードの中から、その日に希望するカードを選び、ボードに貼って意思を伝えています。職員は希望に沿って作業の材料の準備をするなど個別対応を行っています。 作業室では視覚的に落ち着けない利用者にはパーテーションで囲って、集中できるようにしています。眠気を催す利用者にはソファを置き休めるようにするなど利用者の特性に配慮した環境を提供しています。
3	タイトル	法人提供の情報、システムを活用しながら、地域に適合した自立した運営を行っています
	内容	運営法人は多くの事業所を持ち、理念・目標、年度・中長期計画、常勤職員採用、各種サービスマニュアルを作成しています。 人材計画、財務管理等は本社で必要な仕組みづくりを行っていますが、当事業所では当事業所の立地・環境など実際の状況を踏まえ、計画、サービス、管理などに適切に対応しています。(例、セルフ活動の推進、人事評価育成のチャレンジシートの実施その一方では地域特性、環境特性に応じた製品づくりや、職員との口頭での打ち合わせの実施で、職員の自主性や気持ちに配慮した運営を行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	非常勤職員の研修を計画的に行うことが期待されます
	内容	事業所での業務は常勤職員の他多数の非常勤職員によって実施されています。非常勤職員の勤務日、勤務時間数はまちまちのため、全員を集めて研修を改めて行うことができません。 毎日の朝夕の打ち合わせ時や職員会議など非常勤職員が出席できる機会を利用して研計画的に修を行うことが期待されます。
2	タイトル	個別支援計画作成に常勤職員だけでなく、非常勤職員の意見も反映されることが望めます
	内容	個別支援計画は常勤職員4名で作成しています。作成時や更新時に常勤職員の意見は聞いていますが、非常勤職員の意見は聞いていません。 個別支援計画の内容も共有出来ていないこともあるので、今後は個別支援計画作成時や更新時にはケース会議などで、非常勤職員の意見も聞き、計画に反映し、共有することが望めます。
3	タイトル	事業所独自のマニュアルを作成することが望めます
	内容	法人が作成した職員倫理行動綱領、倫理行動マニュアルを基準としていますが、事業所独自のマニュアルは作成されていません。 今までは、口頭でのやり取りや見て学ぶ方法で手順を共有してきましたが、今後は、事業所独自の業務マニュアルを作成し、職員がマニュアルを見ることで、同じ手順で業務が出来るようにすることが望めます。



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