

# 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  
ピッコリーナ

平成30年11月19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	佐藤 章	神機構-911
	④		
	⑤		
	⑥		
福祉サービス種別	生活介護		
評価事業所名称	ピッコリーナ		
評価事業所連絡先	〒	252-0238	
	所在地	神奈川県相模原市中央区星が丘4-16-16-1	
	TEL	042-786-6086	
評価事業所代表者	細田 友子		
契約日	2018	年 3 月 2 日	
利用者調査実施日	2018	年 9 月	
利用者調査報告日	2018	年 9 月 6 日	
自己評価の調査開始日	2018	年 7 月 1 日	
自己評価報告日	2018	年 9 月	
訪問調査日	2018	年 9 月 12 日	
評価合議日	2018	年 9 月 12 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> <p>1)職員は、法人の理念・基本方針・使命・職員行動指針を遵守し、誰からも認められる活動を行います。</p> <p>2)利用者さんの人権を確保を確保し、権利擁護を何よりも優先します。</p> <p>3)利用者さんが目的を持って活動できる支援を行います。</p> <p>4)利用者さんも職員も夢と希望を語り、慈しみをもって元気で明るい法人と事業所を目指します。</p> <p>5)誰もが暮らせる地域づくりに参加します。</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>社会福祉という仕事に主体的に取り組み、考えて仕事ができる人。</p> <p>チームで仕事ができる人。</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>福祉サービスという流れのなかでも、障がい者福祉を担っていることを忘れないで欲しい。</p> <p>施設内で支援が完結するのではなく、社会と利用者さんを結ぶ役割を常に意識してほしい。</p>

調査対象	調査対象：利用者25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 29

	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	29	0	29
共通評価項目による調査の有効回答者数	25	0	25
利用者総数に対する回答者割合(%)	86.2	0.0	86.2

**利用者調査全体のコメント**

回答者の95%が事業所を総合的に見て満足と答えています。(「大変満足37」%、「満足」58%)  
 意見としては「ピッコリーナは楽しいです。職員さんや友達はみんなやさしいです。仕事も楽しいです。」「いつも利用者ひとりひとりに丁寧に向き合ってくれていると感じています。毎日楽しくやりがいを持って通っています。」「ピッコリーナの規模が大きくなってほしい。」などの意見があります。

特に、項目別では「事業所内の整理整頓は行き届いているか」については、回答者の96%が「はい」と回答しています。また、回答者が「いいえ」と12%が答えた項目は「外部の苦情窓口にも相談できることを伝えているか」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	23	2	0	0
「はい」が92%を占めています。 「助けてくれる時や相談するだけの時もある」の意見もあります。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	22	2	0	1
「はい」が88%となっています。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	20	5	0	0
「はい」が80%となっています。 「特定の利用者との関わりは楽しいと思うが、特定の利用者とは楽しくない。」の意見もあります。				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	22	3	0	0
「はい」が88%となっています。 「職員さんや友達はみんなやさしいです。仕事も楽しいです。」の意見もあります。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	24	1	0	0
「はい」が96%を占めています。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	23	2	0	0
「はい」が92%を占めています。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	22	3	0	0
「はい」が88%となっています。 「私の小さな訴えでも細かい対応があり安心してます。」の意見もあります。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	20	3	2	0
「はい」が80%となっています。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	22	2	1	0
「はい」が88%となっています。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	20	3	1	1
「はい」が80%となっています。				
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	5	0	0
「はい」が80%となっています。				
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	21	3	0	1
「はい」が84%となっています。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	19	4	1	1
「はい」が76%にとどまっています。「自分の苦手なことなどは顔に出る(不安そうなのでスタッフは臨機応変にしていただけにと思っています。)」の意見もあります。				
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	6	7	3	9
「はい」が24%と少なく、無回答が・非該当が36%を占めています。				

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 <b>7/7</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)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>
	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 <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>
	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 <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	
	法人の理念は事務所に掲示し、職員に周知しています 法人の理念は事務所の職員が目につくところに掲示し、倫理行動綱領と共に読み合わせを行い、職員に周知しています。常勤職員は入職時に新人研修で理念についての説明があります。非常勤職員は入職時にエリアマネージャーから倫理行動マニュアルと理念について説明を受けています。3か月に1回家族懇談会を食堂で開催し、管理者から事業所の様子や方針などを説明しています。毎週金曜日に利用者職員で「ミーティング」を行い、給食や旅行、工賃などの話し合いを行い、職員から事業所の方針などを伝えています。 朝の打合せ・家族に帰りの打合せ・職員会議などで管理者の考えを伝えています 毎日朝の打合せと帰りの打合せで、管理者から災害時の方針や危機管理などについて説明し、管理者の役割を伝えています。毎月第一と第三水曜日に開催する職員会議で管理者が法人からの情報を伝えたり、管理者の考えや職員が取り組むべき方法を職員へ伝えています。町内会関係や他施設との関係など対外的なことは管理者が率先して行い、リーダーシップを発揮しています。 重要な案件は、所長・課長会議・常勤会議で検討し決定しています 所長・課長会議は毎日行い、非常勤の採用や行事の職員配置など運営に関することを検討し決定しています。月1回開催する常勤会議では、プログラムの内容などを決定しています。所長・課長会議や常勤会議で決定した内容は、職員が全員参加する職員会議で伝えています。職員会議の内容は議事録にまとめ閲覧し、参加出来なかった職員も見て確認し、共有しています。利用者には、書面で伝えています。	

カテゴリ2		
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 <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 <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 style="text-align: center;">カテゴリ2の講評</p> <p><b>利用者アンケートの結果、旅行やフリープログラムの内容を決定しています</b>  毎週金曜日に利用者職員で「ミーティング」を行い、職員からは情報提供を行うとともに利用者からの意見を聞いています。利用者アンケートを定期的に行い、旅行で行きたいところや給食の好み、フリープログラムの内容などの意見を聞いています。アンケートの結果はボードに書いてフィードバックしています。給食のアンケートでは人気ナンバーワンのメニューを掲示し、厨房会議でも嗜好を伝えています。職員には意向調査を実施し、職場配置希望などを把握し、必要時応じて所長が個別面談を行い確認しています。</p> <p><b>地域ケア会議に参加し、地域の情報を把握しています</b>  相模原市のホームページから歯の情報は把握しています。地域包括支援センターや地区社会福祉協議会と連携をとり、地域の情報を把握しています。とてい己ケア会議に参加し、地域の課題を検討し、関係機関の情報も収集しています。地域の福祉ショップに自主性k製品の販売をハーブティやシフォンケーキを販売し、利用者も職員と販売に参加し、地域交流をしています。また生活介護事業所連絡会や福祉ショップ運営委員会に定期的に参加し、障がい者の工賃アップに取り組んだり、地域福祉の情報把握に努めています。</p> <p><b>事業所の事業計画は職員の意見を取り入れて策定しています</b>  毎年法人から提示された重点課題を基に事業所独自の事業計画を策定しています。職員会議で職員の意見を聞きながら管理者が今年度の事業所としての取り組みなど事業計画を策定しています。今年度の取り組みとしては、①看護師の配置の有効利用、②地域作りへの取り組みを載せています。毎月、月次報告書で収支報告を法人へ提出しています。毎月の返済金を含めて予算編成を行っていますが、安定した経営状態になっています。</p>		
<p style="text-align: center;">カテゴリ3</p>		
3	<p>経営における社会的責任</p>	
<p style="text-align: center;">サブカテゴリ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>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span></p>		
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
<p style="text-align: center;">サブカテゴリ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>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span></p>		
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
<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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span></p>		
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-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
<b>評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
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
<b>カテゴリ-3の講評</b>		
<p><b>倫理行動指針を事務室に掲示し、読み合わせを行い職員の理解を深めています</b></p> <p>法人が作成した倫理行動指針を事務室に掲示して、倫理行動マニュアルの読み合わせを行い、支援の気になることや虐待についての話し合いを行っています。法人が作成した「利用者への対応の仕方」のビデオ鑑賞を行ったり、人権擁護に関するツールを用いて所内研修を行うなどで職員の人権擁護に関する意識を高めています。毎日帰りの会で職員の行動を振り返り、良かった支援や気になったことなどをお互いに話し合っています。虐待や人権擁護に関する外部研修は積極的に職員が参加しています。</p> <p><b>苦情があった場合は苦情対応マニュアルに沿って対応しています</b></p> <p>利用契約時に重要事項説明書で、苦情解決制度について説明を行っています。苦情受付担当者・苦情受付責任者・第三者委員・行政機関の連絡先が明示しており、いつでも苦情を申し立てることが出来ることを利用者・家族に伝えています。苦情があった場合は苦情対応マニュアルに沿って所長が対応し、法人のエリアマネジャーにも報告しています。苦情内容は「クレーム報告書」にクレーム内容や対応方法など記録しています、また玄関に利用者の声ボックス「みみのはこ」を置いて「なんでも聞かせて」と書いて利用者の意見を聞いています。</p> <p><b>毎月オンブズマンが来所し、開かれた事業所を目指しています</b></p> <p>毎月1回オンブズマンが2名来所し、利用者と個別に面接をしたり、グループで話を聞いてもらったりしています。内容は後日書面で報告してもらっています。支援に関することやグループホームに対する不満などは職員に周知し、施設へも伝えています。市教育委員会からの要請で夏休みに教師の福祉施設体験を受け入れしています。地域の中学生の職業体験や大学生の介護体験、養護学校の体験実習なども受け入れています。社会福祉協議会の市民講習会に職員を講師として派遣し「障がい者の地域生活について」の講義をするなど地域貢献にも取り組んでいます。</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
<b>評価項目1</b> 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる <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 <b>4/4</b>
<b>評価項目1</b> 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 <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. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<b>カテゴリ-4の講評</b>		
事業継続計画は策定していませんが、各リスク対策を講じています BSP(事業継続計画)は現在作成しているところです。火災や地震などの災害に備え、発電機やパソコンのバッテリーを購入したり、3日分の食料の備蓄などを行っています。ノロウイルスやインフルエンザなどの感染症の対策は、看護師が利用者に注意するように口頭で説明したり、文書で貼り出すなど注意喚起をしています。侵入者対策としては警備会社のセキュリティシステムを導入し、玄関や事務室には防犯カメラを設置しています。法人からは他事業所の事故事例がメール発信されてきますので、事務室に貼って職員間で共有し事故防止に努めています。 文書保管規定に基づいて個人情報の漏洩防止に取り組んでいます 法人で策定している文書保管規定に沿って、個人情報に関する書類は鍵のかかる書棚に保管しています。USBやノートパソコン、個人情報の書類は持ち出し禁止になっています。職員室の鍵は常勤職員が持っていて開け閉めを行っています。パソコンのパスワードは管理者、職員は一人ひとり異なっていて、情報を見るのも階層別にアクセス制限をし、情報漏洩防止に努めています。USBも登録してあるものしか使用できないようにしています。ボランティアには写真を撮らないなど個人情報保護についての説明をしています。		
<b>カテゴリ-5</b>		
<b>5 職員と組織の能力向上</b>		
<b>サブカテゴリ-1(5-1)</b>		
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 <b>7/12</b>
<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(●●)</span>		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(●●)</span>		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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 checked="" type="radio"/> あり <input 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		<b>評点(000●)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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
<b>サブカテゴリ2(5-2)</b>		
組織力の向上に取り組んでいる		<b>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況</b>
		<b>3/3</b>
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<b>カテゴリ5の講評</b>		
<p><b>採用、異動などの人事関係業務は法人が主に行っています</b></p> <p>職員採用は法人が行っていますが、必要な人材に関しては法人のエリアマネジャーに相談しています。職員の意向調査を実施し、職場配置などの希望を聞いています。管理者が個別面談をして意向を聞いて本部に伝えています。法人にキャリアパスがありますが、職員に周知されていません。職員アンケートでもキャリアパスを理解している職員は30%程度に留まっています。人材育成計画は策定されていませんが、法人が年2回実施しているチャレンジシートの自己評価を基に個人面談を行い、個人の目標に合わせた評価を行っています。</p> <p><b>業務分担を行い、リーダー制のもとで職員の自主性を育てています</b></p> <p>事業所内では、ビデオ研修や外部講師を呼んで、ロールプレイによる虐待研修、救命救急研修などを実施しています。法人では階層別と共通の研修を実施し、パソコンから情報を把握出来るようになってきました。担当研修や共通研修で希望する研修には積極的に参加出来るように配慮しています。外部研修の案内も知らせています。業務は自主製品や受注製品の部署や行事プログラム担当など役割分担し、リーダー性にしています。職員会議でリーダーから企画を出したり報告を行ったり、リーダーとしての自主性を育てています。</p> <p><b>年3~4回の親睦会を実施し、職員間のコミュニケーションを図っています</b></p> <p>勤務表は課長が作成していますが、希望の有給が取れるように配慮しています。休憩時間も取り、残業も少なく働きやすい職場づくりに取り組んでいます。毎年4月には新人歓迎会、夏には暑気払い、年末には忘年会などを職員が持ち回りで企画し実施しています。職員間のコミュニケーションが図れ、良好な人間関係が築かれています。</p>		

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー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)

【課題・目標】①支援の質を高め、利用者・家族から評価される事業所を目指す。②働きやすく、明るい職場づくりに努める。③地域との共存、誰もが安心して暮らせる地域づくりに参加する。④工賃アッププロジェクトを推進する。【取り組み】として・非常勤職員1名増員し、支援体制を充実させ、日中の研修参加や個別支援計画作成、プログラムの企画などに職員が関わられる時間が充実しました。利用者や家族からの意見や要望を聞く機会を増やし利用満足度に繋がりました。休憩をとれる体制、ノー残業デイに取り組みました。・地域包括支援センターや地区社会福祉協議会、地域ボランティアと協力をし、「子ども食堂」を毎月1回開催しました。・作業内容の見直しや新しい製品作りを行いました。【取り組みの結果】増員した職員と他職員1名が資格を取得したことがきっかけで、他法人へ転職してしまいました。休憩時間の確保や有休の取得は継続的に行っていますが、職員の負担は増えました。・「子ども食堂」は協力者の都合が悪くなり、現在は中止しています。・利用者の一人当たり平均810円の工賃アップとなりました。【振り返り】職員の補充など年度内で解決しない課題を目標設定してしまいました。

目標の設定と取り組み

- 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
- 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
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 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)
- 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

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 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
- 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1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

取組の結果、採用した非常勤職員と他の職員が転職してしまい、職員の負担は増えた結果になったため、継続して職員募集は行っています。また子ども食堂は協力者が都合が悪くなった為中止になってしまいましたが、地域とのネットワークが構築されたので、今後は子ども食堂以外の地域活動を続けていきます。利用者の工賃は一人当たり平均810円の工賃アップが出来ました。、目標達成度は全体的にみると中途までしか達成できていません。今年度の事業計画の重点目標・明るく働きやすい職場づくりを目指す・職員が研修に参加する機会を保障す・子ども食堂で広がった地域との関係をより発展させ、地域貢献を行っていく。など検証結果を反映させています。

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)

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)

【課題・目標】「開かれた事業所を目指す」です。【取り組み】は、利用者の声ボックスを有効に活用し、利用者の希望をプログラムに反映させました。・オンブズマンの来所の際、利用者個人での面接やグループ面接を行いました。・地元中学校の職場体験、福祉大学の学生実習、教員の福祉体験実習を積極的に受け入れました。【取り組みの結果】一泊旅行で、一番人気のあったディズニーランド旅行を実施できました。家族から要望のあった日帰り旅行も実施しました。・オンブズマンとの面談は毎月1回希望者を募って実施しました。その際利用者からグループホームの職員へのクレームがあり、本人の思いを中心に対応しました。【振り返り(検証)・今後の方向性】どんな時も利用者の権利擁護に基づく支援を目標にしていきます。そのためには今年度は職員全体、利用者、家族への周知をしていきます。利用者主体の支援をするための具体的な取り組みと地域のネットワークを活かしていく取り組みをしていきます。

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていない</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む)</li> <li><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</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><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</li> </ul>

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

取組の結果、利用者・家族の要望を反映したディズニーランド一泊旅行や日帰り旅行を実施できました。またオンブズマンを導入することで、利用者の思いを把握することが出来ました。地元の中学生の職場体験や福祉大学の学生実習、教員の福祉体験実習などを積極的に受け入れることで、地域とのネットワークが拡大出来ましたので、目標はほぼ達成できました。今年度の事業計画の重点課題には引き続き、・利用者の声を聞く機会を増やす。・地域住民やボランティア、家族に参加・見学してもらえるイベントやプログラム、活動を増やして、地域に開かれた施設作りを目指す。を載せています。

## Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している	評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している
		〇 非該当
		〇 非該当
		〇 非該当
		〇 非該当
	サブカテゴリ1の講評	
	<p>優しく柔らかい色使いのパンフレットで事業所の情報を提供しています</p> <p>事業所の情報は法人のホームページとパンフレットで紹介しています。ホームページには事業所の定員数・場所・外観を紹介しています。パンフレットはA4サイズ3つ折り、表紙は事業所の名前の意味(小さくても地域できらりと光る施設)を記載し、全体的に優しく、柔らかい色調で作成しています。パンフレットには法人の使命・事業所の目的・仕事・作業以外の活動・支援・一日のスケジュール・アクセス・カフェ・苦情解決などを、コンパクトに事業所の紹介をしています。パンフレットは事業所に設置し希望者に配布しています。</p> <p>行政・関係機関・地域に情報を提供し、地域に根差す事業所をめざしています</p> <p>事業所の情報は相模原市の情報公表制度に開示しています。行政や養護学校や支援センターなどの関係機関などにも必要に応じ情報を提供し、連携を図っています。見学会の情報は養護学校と日時や内容を調整し提供しています。また事業所で開催しているカフェや祭りなどのイベント情報などは、地域にポスティングし、利用、参加を呼び掛け、事業者への理解を深めるよう図っています。</p> <p>随時利用希望の問い合わせや見学に対応し、活動状況を見ていただいています</p> <p>見学会は毎年養護学校の生徒を対象に、夏休みに開催し、今年は2回に分けて、30～40分かけて事業者内を案内しています。事前に要望を聞き取り、利用可能な空所状況・送迎・活動内容・作業活動以外のプログラムなど説明しています。利用者の様子を実際に見ていただき、ありのままを知っていただくよう配慮しています。参加者はほとんどが1～2年生のご家族ですが本人同席の方もいます。その他随時個別の問い合わせや見学希望には管理者が対応し、年3～4名が見学しています。見学者は活動日誌に記録しています。</p>	

サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
<b>評価項目1</b> サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○ 非該当
<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○ 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>利用者が理解できるようふりがなを付けた契約書などで説明し、同意を得ています</p> <p>サービス開始時は契約書と重要事項説明書を時間をかけ、内容をかみ砕いて説明しています。サービス利用契約書は、ふりがなを付け、利用者自身が理解できるように配慮しています。特にサービス内容の活動内容・健康管理・食事・身体介護・通所支援などは詳細に現提供している状況を説明し、同意を得ています。重要事項説明書は利用料金・負担金・緊急時対応・苦情の受付など説明し同意を受けています。また個人情報の提供についても別途同意書を得ています。説明時の家族や利用者の意向や質問は個別ファイルに記録しています。</p> <p>個別の事情や施設への要望を聞き取り、個別サービスの提供に繋がっています</p> <p>契約時、又は利用前に、サービス開始に必要な個別の情報を「基本情報シート」「利用者基礎調査表」に記入し、サービスの提供にスムーズに繋がっています。基本シートは家族関係、障害状況、経済状態、利用している制度などを記入しています。基礎調査表は緊急連絡先、障害の状況、健康・医療機関、家庭における現在の状況、生育歴、受診・判定歴、生活など個別事情を詳細に聞き取り把握に努めています。それぞれに施設利用に対しての要望や気になる事を記入する欄を設けています。また養護学校や入所施設、医療機関などからも情報を収集しています。</p> <p>職員間で情報を共有し、今までの生活を踏まえた個別支援に取り組んでいます</p> <p>基本シートや基礎調査表の情報を職員間で共有し、個別に応じ、今までの生活を踏まえた支援、望む支援の提供を図っています。利用開始時は担当職員をつけてマンツーマンで対応し様子の把握に努めています。作業内にもスムーズに入れるよう職員は仲介をしたり、家族に一日の様子を詳細に報告したり、電話連絡を密にしています。必要に応じては半日からスタートで徐々に施設生活に慣れる対応をしています。食事も無理強いせず水分の確保を図り見守っています。サービス終了時には、療育センターなどに今までの情報を提供し、継続支援をしています。</p>		



サブカテゴリ3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

9/10

評価項目1

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

評点(○○○)

評価	標準項目	
<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(○○●)

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

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(○○)

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3の講評

多種のアセスメントから利用者個別のサービスの課題を引き出しています

アセスメントシートは原則1年に1回、また変化した時に作成し、日常生活、作業、健康・医療、体重経過、エコマップの現況を記載しています。日常生活・作業項目はご本人の意見欄を設け、また別紙アセスメントシートで利用者の好きな事、嫌いな事、支援してほしいこと、気を付けてほしいこと、希望・将来の夢などを聞き取っています。また利用者自身がアンケートで友達・好きなプログラム・好きな場所・暮らしたい所・好きな仕事・給食・好きな食べ物・買いたい物の内容に○や回答をしています。多様なアセスメントで個別の課題を抽出しています。

利用者の意向を踏まえた課題に基づいた支援計画書を作成しています

支援計画は原則1年1回担当者が作成し、管理者がチェックしています。「計画書について」に、作成時・中間評価・年度末まとめの注意点を記載し、作成時はニーズの取り出し方から利用者が主人公、自立を目指す、1年で完成できるものなど利用者の意向を反映した支援計画作成を目指しています。また作成時に、他の職員から「利用者の強みで伸ばしたいところ、気になっているところ」などを別紙で意見を聞いています。アセスメントや多くの意見などから課題を抽出し支援計画を作成しています。

定期的な見直しを図り、現況に応じた課題を職員間で共有し支援を図っています

支援計画の見直しは原則6か月毎に行っています。見直し時は担当者が支援計画書の課題及び評価を利用者のアンケートや他職員の意見記録を基に行い、支援会議を開催しています。支援会議は本人、家族、担当者、ホームの方、課長、看護師、管理者などが参加し、課題と現況、自宅やホームでの様子などを話し合い、現課題への支援内容の継続や変更、新たな課題への支援内容など本人や家族の意向を確認しています。支援会議記録は計画書と共に個別にファイルし、職員会議で職員が共有しています。緊急時は職員会議で話し合いを支援計画を変更しています。

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 5/5
<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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
<b>サブカテゴリー5の講評</b>		
<p>利用契約時に個人情報の提供に関する同意を得ています。</p> <p>利用契約時に「個人情報提供について」で個人情報の提供範囲、提供先、提供条件などを説明し、書面で同意を得ています。写真を掲載したり、映画撮影などの場合はその都度利用者・家族に個別に聞いて、同意を得ています。サービス利用契約書にも 事業所やサービス従業者が利用者と家族の知り得た情報の守秘義務について明記しています。</p> <p><b>作業室毎に男性職員と女性職員を配置し、着替えや排泄は同性介助の体制にしています</b></p> <p>作業室毎に男性職員と女性職員を配置して、着替えや排泄介助の際は同性介助が行える体制になっています。男女別のロッカールームが用意しており、鍵が掛かるようになっています。通い袋に着替えや生理用品などをいれ、個別のロッカーに保管しています。ロッカールームや医務室のベッド毎にカーテンを取り付けてあり、羞恥心に配慮しています。名前をくんやちゃん付けで呼ばない、人前で利用者の病気のことを話さない等プライバシーの保護に努めています。</p> <p><b>利用者の意思を尊重し、無理強いしない支援を行っています</b></p> <p>利用者が作業が嫌な場合は、医務室で休んでもらうなど本院の意思を尊重しています。出勤したくない時は、休んでもあまり理由は問わないようにしています。生活習慣で朝起きれない利用者は昼から出勤したり、身体状況で、早く帰りたい利用者には、帰れるようにしています。嫌いな食事無理に食べるようにしないなど、利用者の意思を尊重した支援を行っています。</p>		

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

3/5

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(○○●)

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

評価項目2

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

評点(○●)

評価	標準項目	
○ あり ● なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変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

サブカテゴリー6の講評

法人全体のマニュアルの他に事業所独自のマニュアルを作成しています

法人では、災害時マニュアルや利用者支援マニュアル、施設運営マニュアルなど全施設共通のマニュアルを作成しています。事業所独自には、職員の動き方、個別支援計画作成手順、カフェの作業手順、ハーブティの作業手順、ピザ生地作り方など写真を入れた手順書などを作成し、業務の標準化を図っています。定期的な見直しや点検は行っていませんが、職員や利用者の意見を取り入れ、実践に即したマニュアル作りを行っています。職員は各自マニュアルを持っていて、日常的に活用しています。

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	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><b>支援内容や活動記録、観察記録などに実施状況や気づきを記録しています</b></p> <p>日々の支援内容は個人別に支援計画書に基づいた内容や日中活動、作業活動(軽作業、通所作業、調理作業など)、個別観察の状況を援助項目別にパソコンに記録しています。個別観察欄には例えば明日からショート利用の為眠れず送迎中や日中も寝ていた等その日の様子を記録しています。業務日誌は利用者の出勤状況、行事・活動、利用者報告、事故報告など利用者の状況と職員間業務連絡など記載し職員間で情報の共有を図っています。</p> <p><b>多種のコミュニケーションの活用や良好な関係性が図れるよう支援しています</b></p> <p>障害に応じ絵文字カード、筆談、指文字、手話、写真など活用してコミュニケーションを図っています。弱視の方は、側で声掛け発語、意見を促しています。利用者の相性や関係性を見て4グループに活動を分け、本人の意思を確認したり、家族や他関係事業所の職員と情報交換し、グループ調整をしています。職員は男性女性を配置し、食事時間も2グループで対応するなど個別の状況に応じています。必要時は職員が仲介に入り話し合い、関係性の修復やスムーズな関係作りを支援しています。通所途中の地域住民との関わりでは職員が見守りを行っています。</p> <p><b>個別に応じた利用情報や施設情報を提供しています</b></p> <p>利用者にとって必要な情報は利用者とのミーティングや職員会議、支援会議などで検討しています。事業団活動(スポーツ、文化的活動など)、研修、地域の通信・行事、オンブズマンなどの情報を各階のボードに掲示しています。個別にトラブルを起こしやすい利用者には「人との付き合い方」などの研修やホーム入所希望者にはホームの情報などを紹介しています。施設新聞は適時、利用者(パソコン扱いの得意な方)と共に作成し、今回は利用者提案の施設のキャラクターを募集、投票、決定したことを知らせています。</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

特性に応じその人らしさが発揮できる場面を支援しています

利用者の意向は基本調査表、アセスメント、個別支援会議、利用者アンケートなど様々な機会を確認し、発揮できるよう支援計画書に入れています。行事で活躍場面を設けたり、作業活動は自主製品、下請け、カフェ、ハーブティづくりなど希望を聞き、その方に応じ取り組めるよう支援しています。特性を活かしその人らしさが発揮できるよう、例えばダンスが好きな利用者がスポーツプログラムで手本となる、また施設祭りで着ぐるみで接客をするなど、また「みんなの声ボックス」で外出先を聞き取り、利用者が決定するなど支援しています。

施設ルールは個別に必要な応じ決めて対応し、施設内は清潔で明るい環境を保っています

施設のルールとして、利用者や職員と話し合い、さん付けで呼ぶことを統一するや通所の行き帰りは道路を横切らないなどを必要に応じ通知しています。また個別に利用者の状況(例えば作業中にお菓子を食べてしまうなど)に応じやってよい事・悪い事のルールを支援計画に乗せて経過を見て、作成し直しを図っています。室内やトイレ内の壁は明るく、柔らかな色使いで清潔が保たれています。特に冬場の換気に配慮しています。館内・フロア・トイレはシルバー人材サービスが週3回、作業室は利用者と職員が毎日作業終了後清掃しています。

食生活や嗜好に応じバランスよく楽しく食事ができるよう支援しています

3か月毎に給食会議を開催し、また毎週給食担当者が今週の利用者の人気メニューを集計しナンバー1メニューを決定するなど、栄養バランス、減塩、季節食材、行事食などを考慮し、楽しみな食事を提供しています。利用者から定期的に嗜好を確認し、無理強いせず、食生活に応じ食べていただいています。食事時間は2グループ分け、その日の状況に応じ選択できます。食事席は関係性を考慮し、固定席や自由席を自分で選んで食べています。飲み物も温冷、各種類から自分で選んでいます。時にはグループごとに隣接のカフェでの昼食を楽しんでいます。

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、医師、家族と連携して個別の状況に応じ健康管理を図っています

年1回の健康診断実施、月1回の嘱託医の回診、クリニックと連携を図るなど健康管理や利用者等の相談に応じています。看護師は毎日2名体制で毎日又は必要時にバイタルの計測、爪や皮膚の処置、服薬管理などを行っています。家族の相談で皮膚科受診や便秘の服薬調整などのアドバイスもしています。また精神科の通院同行をし、専門医に相談し支援に繋げたり、支援員としても利用者に関わり生活全般を見ています。食事が摂れない場合は、食事形態を変更し栄養バランスや水分強化など医師と相談、連携を図っています。透析者の受け入れも行っています。

急変時は速やかに対応できるように体制を整えています

看護師が2名いることで急変時も速やかに対応できています。緊急時の手順やけがの対応マニュアルを作成しています。緊急連絡網(家族電話一覧、救急車連絡、個別のかかりつけ医一覧)を貼り出し、急変時は速やかに家族、主治医に連絡をとると共に管理者に報告する体制を整えています。必要に応じ協力医療機関・救急隊とも連絡を取り対応できるようにしています。個別ファイルには、個別に聞き取った緊急時対応表をファイルしています。送迎車にも緊急連絡網などのファイルや必要な手当用品を搭載しています。

適切な服薬管理と確認で、誤薬の発生を防止しています

薬は一週間分預かっている利用者や毎日預かる利用者がいます。毎朝グループの職員が持参薬を預かり、薬箱に保管し、食事時や必要時に看護師が配薬、服薬確認をし、今までに誤薬は発生していません。服薬内容が変更した時は家族から服薬リストをコピーし保管しています。災害時に備え、クリニックの医師、看護師と連携し必要な薬や個別に3日分の持参薬を保管しています。

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>様々な機会を通し利用者の意向を確認し支援に繋がっています</b> 毎週金曜日に開催している利用者と職員のミーティングや定期的な利用者アンケートなどで利用者の要望などを聞き取っています。またアセスメントや支援会議では本人や家族などの意向も確認し、協議し、家族等の協力のもと、本人の意向を尊重した対応を検討しています。例えば家族と本人の意向が一泊旅行か日帰りか、カフェでの仕事か他の仕事を行うかなど意見が異なる場合は、よく話し合い、基本的には本人の意向を尊重し調整しています。</p> <p><b>家族には連絡帳や電話、予定表や便りの配布などで利用者の現況を知らせています</b> 毎日の家族からの利用者の状況に対する相談や報告は連絡帳で通知しています。連絡帳には体重や血圧測定結果表を添付し、健康面も常時知らせています。伝わりにくいこと、緊急時などは直接電話で話し合っています。家族にはイベントやスポーツ・文化プログラムなどを月ごとに記載している月間予定表を配布し活動内容を知らせています。施設便りは行事を開催した時にパソコンの得意な利用者が文章を作成し、活動の写真を多く載せ発行し、施設内に掲示し家族にも配布しています。</p> <p><b>家族・職員懇談会や支援会議などで家族の要望や情報をえて、支援に活かしています</b> 家族・職員懇談会は年4回開催し、毎回15名前後の家族、施設長、課長、看護師が参加しています。懇談内容は、開催時期に応じ、事業計画や事業報告、旅行や祭りなどの行事、スタッフ紹介、新設の施設紹介、日々の利用者の状況、家族の要望などを話し合っています。また看護師から高齢化する家族支援に公的サービスの紹介や成年後見人制度の説明や講座の紹介、人権報告会の参加の呼びかけなどしています。支援会議では家庭での様子を聞き、新たな活動場所や対応についてなど支援内容に活かしています。</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>利用者が自主的に地域活動に参加できるよう、さまざまな情報を提供しています</b> 事業団のイベント、スポーツ、活動などの情報のチラシ、市主催の研修や講演会の案内、苦情解決や後見人制度についてなどの情報を玄関横や廊下のボードに掲示しています。情報を提供することで、個人個人の必要な用件に自主的に参加できるよう促しています。個別の要望や将来に向けて、ホームや青年学級、作業所の情報などを提供しています。職員が地域づくり推進会議などに参加し情報を繋げたり、また包括支援センターや他事業所等とも連携を図り、情報交換をしています。</p> <p><b>実習生やボランティアなど様々な年齢層と活動を通し交流を図っています</b> 昨年度は実習生として地域中学生の職場体験3名を5日間、大学生介護体験24名、各1週間、養護学校から入所可能な実習生2名を受け入れています。ボランティアは作業日常活動90名、行事・プログラム等22名が週1～3回、作業活動の補佐、給食の配食、ハーブの植え込み、販売や模擬店の手伝いなど、利用者に関わりを持っています。また利用者が青年学級や看護学校、地域の催し物に参加するなど様々な年齢層や様々な場面で交流を図っています。</p> <p><b>地域への社会参加や店内での交流を通し、地域と顔見知りの関係作りを図っています</b> 事業所内の一角に設けている「カフェ」では、軽食と飲み物を提供し、他法人や地域の人、高齢者、障がい者の製品の展示や販売も行っています。利用者は生地こねなど調理の手伝いや利用者が製作したビーズ用品やハーブティなどの販売を職員と共に行っています。店内は子育て中の方や高齢者など地域の人々が昼食や団らん、テイクアウトなどに利用しています。安心な場所のため、子どもだけでも利用しています。また利用者自らが地域のスーパーやコンビニでの買い物や地域祭りなどでの自製品の販売などを通し地域と顔見知りの関係作りを支援しています。</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		
<p>希望や目的に応じ、自ら選択し、活動できるよう支援しています</p> <p>創作活動は習字・絵画・料理など、生産活動は受注作業(割りばし袋詰め等)・自主製品制作作業(ハーブティ・ビーズ製品等)・福祉ショップ販売員・パソコン作業(名刺・年賀状作成等)店舗作業(販売・接客)、余暇活動は外出・スポーツなどを支援しています。利用者からアンケートや口頭で現在の活動状況や要望を聞き、段階的に活動範囲を増やしたり、内容を固定せず色々な仕事に携われるよう、また自から活動を選択できるように一人ひとりの個性や特技に応じ支援しています。</p> <p>利用者の持てる力、希望を活かせるよう活動や支援内容を調整しています</p> <p>みんなの声ボックス「みみのはこ」の活用や毎週実施する利用者との「ミーティング」、アセスメントに基づく個別支援計画等で本人の意思・要望を聞き、本人の出来ること、行えるような支援を提供しています。職員も「利用者の強みで伸ばしていきたいと思うところ」を聞き取り、伸ばす支援内容を共有し取り組んでいます。例えば家族送迎から一人で公共機関を利用して施設を利用するや体重減少に向け散歩するなど自ら取り組めるよう働きかけています。食事や排泄介助は利用者のペースに応じて環境を整えて自立支援しています。</p> <p>工賃などの仕組みについて、契約書や重要事項説明書、規定書で説明、配布しています</p> <p>生産活動と賃金の支払いについては利用開始時に、契約書や重要事項説明書に記載し、家族及び利用者に説明し、同意を得ています。別紙給与の決まり「施設賃金規定」で給与・控除・賞与・勤務時間・支払いなど詳細に読み仮名を振り作成し個別に配布しています。規定が変更した場合は利用者や家族に説明しています。利用者は支払われた給与を貯金したり、本やCDなど趣味の物を購入したり、家族へのご馳走やプレゼント購入など楽しみにしています。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-5	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
タイトル①	施設として地域と共存し、誰もが暮らせる地域づくりを目指しています	
内容①	カフェでは利用者のハーブティ製品やビーズ作品の販売、接客、調理の補助に自発的に取り組んでいます。店内は地域住民の作品の展示販売や子どもから高齢者の利用など地域に開かれた場所(施設)となっています。利用者は地域の祭りや催事で自製品の販売活動や近隣の店での買い物、公共機関を利用しの外出、地域のスポーツ活動の参加などを通し、地域の人々と顔馴染みの関係、地域社会の一員として生活するよう取り組んでいます。施設は自治会や他の事業所、市、包括支援センター等と連携し地域と共存し、誰もが暮らせる地域づくりを目指しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	2-1-1	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
タイトル②	利用者アンケートや「利用者の声ボックス」などから利用者の意向を把握しています	
内容②	毎週金曜日に利用者職員で「ミーティング」を行い、職員からは情報提供を行うとともに利用者からの意見を聞いています。利用者アンケートを定期的に行い、旅行で行きたいところや給食の好み、フリープログラムの内容などの意見を聞いています。アンケートの結果はボードに書いてフィードバックしています。アンケート結果で一番人気のディズニールンドの1泊旅行を実施したり、意向を反映した支援を行っています。また玄関に「利用者の声ボックス」を設置し、「なんでも聞かせて」と書いて利用者からの意見を聞く体制になっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-5-1	利用者のプライバシー保護を徹底している
タイトル③	作業室毎に男性職員と女性職員を配置し、着替えや排泄などは同性介助を徹底しています	
内容③	作業室毎に男性職員と女性職員を配置して、着替えや排泄介助の際は同性介助が行える体制になっています。利用者用に、男女別のロッカールームが用意しており、個別のロッカーには鍵が掛かるようになっています。通い袋に着替えなど私物を入れ、ロッカーで保管し自己管理しています。ロッカールームや医務室にはカーテンが取り付けられており、着替えや処置をしている所が見られないように、羞恥心に配慮しています。名前は君やちゃん付けで呼ばないようにするなど利用者のプライバシー保護に取り組んでいます。	



No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	看護師が2名体制で、利用者の健康管理及び生活全体の支援と家族への支援も行っています
	内容	毎日看護師が2名でバイタル測定や服薬管理、栄養面、家族相談に携わり、往診医やクリニックの看護師などと連携を図り、健康維持などに努めています。2名体制で透析者の受け入れや通院付き添い、急変時も速やかに対応しています。看護師も支援活動や支援会議、家族懇談会などにも参加し利用者の生活全体も見えています。精神など専門科の受診同行し、専門的アドバイスをうけ、支援に繋がっています。また緊急時に備えクリニックと連携し3日分の服薬を管理したり、家族懇談会では高齢化する家族に公的支援の利用のアドバイスをするなど支援しています。
2	タイトル	オンブズマンが来所したり、実習生やボランティアを受け入れるなど地域に開かれた事業所になっています
	内容	毎月1回オンブズマンが2名来所し、利用者と個別に面接をしたり、グループで話を聞いてもらったりしています。内容は後日書面で報告してもらい、職員間で共有しています。毎年地域の中学生の職業体験や大学生の介護体験、養護学校の体験実習なども受け入れています。ボランティアは年間延べ人数で100名以上受け入れています。作業を一緒にしたり、給食の配食、ハーブの植え込み、販売の手伝いなどをしてもらっています。カフェにも地域の子供達や高齢者も気軽に来られるなど地域に開かれた事業所になっています。
3	タイトル	多項目の詳しいアセスメントで、一人ひとりの目的・希望・持てる力を引き出す選択可能な支援を行っています
	内容	担当者は利用者の日常生活、作業、健康・医療、体重経過表、エコマップなどアセスメントしています。他の職員からも利用者の強みで伸ばしたいところ・気になっているところを、また利用者自身には好きな事・嫌いな事・やりたい事・支援してほしいこと・気をつけてほしいこと・希望・将来の夢などを聞き取っています。これらのアセスメントをもとに、課題・支援内容をモニタリングし、支援会議を開催し、利用者が目的をもって活動できる支援、選択できる支援、希望や持っている力を引き出し、次のステップを図れよう支援をしています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	手順書など職員が随時見て活用できる書式・ファイリング方法などの検討を期待します
	内容	利用者の情報や急変時事項や施設内ルールなどは、職員会議や朝夕の申し送り時に共有を図っています。今回の職員用集計結果から計画書の緊急に変更する仕組みや基本事項や手引書の定期的点検・見直し、業務点検のための活用、事業者内の決まり事の作成・見直しなど「そうは思わない」「分からない」が半数以上となっています。「支援計画について」の内容充実や利用者との話し合いなどの記録を書面に残すなど、標準化を図るマニュアルの内容の定期的見直しや随時見ること、周知できるようファイリング方法や設置場所の検討と各記録作成を期待します。
2	タイトル	個別の人材育成計画を作成し、職員の育成に取り組むことが期待されます
	内容	現在は法人のチャレンジシートを基に管理者が個別面談をし、職員の意向の把握や評価を行っていますが、人材育成計画は作成されていません。今後は職員一人ひとりの業務内容や職場配置、研修や資格取得の意向などを把握し、事業所としての育成方針などを盛り込んだ個別の育成計画を作成し、職員の人材育成をされることが望まれます。課題である職員の離職減少にも繋がるのが期待されます。
3	タイトル	昨年度まで実施していた「子ども食堂」に替わる地域貢献が期待されます
	内容	昨年度までは、地域包括支援センターや地区社会福祉協議会、地域ボランティアと協力し、毎月1回「子ども食堂」を開催していました。協力者の都合が悪くなり、現在は中止しています。せっかく地域のネットワークが築かれたので、「子ども食堂」以外で、カフェなど事業所の資源を活用するなど、地域貢献をされるのが期待されます。



**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