

平成22年度

杉並区立障害者施設第三者評価事業

報告書

平成23年3月

杉並区

平成二十二年 度

杉並区立障害者施設第三者評価事業

報告書

平成二十三年三月

杉並区

目次

はじめに

杉並障害者福祉会館・ふれあい広場事業 第三者評価の結果

1 利用者調査	1
2 事業評価(自己評価)	5
3 第三者評価の概要	27
4 第三者評価結果	31

【巻末】

付属資料1: 利用者調査 調査票	53
付属資料2: 経営層合議用シート(事業プロフィール・組織マネジメント・サービス分析)	55
付属資料3: 職員用シート(組織マネジメント・サービス分析)	94

はじめに

■評価の目的

第三者評価は、第三者から見た区立障害者施設の評価結果を幅広く利用者や施設に情報提供することにより、区立障害者施設におけるサービスの質の向上に向けた取り組みを促し、利用者本位のサービスシステムの構築を行うことを目的とするものである。

■評価対象： 杉並障害者福祉会館運営協議会が運営する「ふれあい広場事業」(地域活動支援センター)を対象としている。

当該事業は東京都における福祉サービス第三者評価の対象外であるが、評価は東京都の標準的な方式に沿って、身体障害者更生施設の評価項目を参考に実施した。

従って、評価項目については、「ふれあい広場事業」(地域活動支援センター)の実情に即して、下記のように、一部変更した。

「利用者調査」

問1「食事の介助やメニューはあなたの状態に合っていますか」

→「送迎の乗車時間の長さや、乗り降りの際の職員の対応は適切ですか」

問3「訓練など日常の活動は充実していますか」

→「創作活動など日常の活動は充実していますか」

問16「困ったことを第三者委員などに相談できることを知っていますか」

→「困ったことを障害者福祉会館職員以外に相談できることを知っていますか」

「自己評価」および「第三者評価」

6-4-3

評価項目「栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している」

→「送迎は、利用者の負担や快適さに配慮し実施している」

標準項目・ルートの設定は利用者の乗車時間を短くするよう工夫している

・雨天の場合などは、乗り降りの際、利用者が濡れないような配慮をしている。

・利用者の声や添乗員の報告等適切に把握している。

6-4-4

評価項目「利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている」※変更なし

標準項目「入浴介助にあたっては、利用者のペースにあわせた支援を行っている」

→「食事や歯磨き等にあたっては、利用者の状態やペースに合わせて行えるよう、必要な支援を行っている」

6-4-5

評価項目「利用者の健康を維持するための支援を行っている」※変更なし

標準項目「服薬管理は誤りがないうチェック体制を整えている」

→「服薬確認は誤りがないうチェック体制を整えている」

■評価機関： 株式会社 にほんの福祉ネット

(東京都福祉サービス第三者評価機関 認証番号:機構06-168)

■評価者： 評価者名の修了番号は以下の通りである。

H0201052、H0305072、H0901022

■調査の内容

①利用者調査

- ・原則として利用者本人への全数調査とした。
- ・聞き取り調査に対応可能な方には聞き取りを、それ以外の方には御家族の協力を得つつ、アンケート調査を行なった。聞き取りは3日間に分け、アンケートは手渡しおよび郵送により配布し、直接評価機関へお送り頂いた。

②事業評価(自己評価)

- ・全職員を対象とした。
- ・経営層には、経営層合議用「組織マネジメント分析シート」「サービス分析シート」を配布し、後日回収した。一般職員には、職員説明会にて事業評価の目的を説明した上で評価シートを配布し、後日回収した。

③訪問調査

- ①、②の調査を踏まえ、東京都評価推進機構から認証を受けている評価者3名が訪問調査を行なった。

④評価結果のフィードバック

- ①～③の調査を踏まえ、評価者による合議を行い、事業所に対して評価結果報告を行なった。

■実施スケジュール

内容	時期・期間
1 関係者説明会	平成22年8月
2 利用者調査票配布(利用者調査)	平成22年10月
3 経営層自己評価票作成(事業評価)	平成22年9月～10月
4 職員自己評価票作成(事業評価)	平成22年9月～10月
5 訪問調査(利用者調査・事業評価結果報告)	平成22年10月
6 評価結果のフィードバック	平成22年12月

1 利用者調査

1 利用者調査

調査対象

利用登録者全員を対象に調査を行った。

調査方法

聞き取り調査に対応可能な方には聞き取りを、それ以外の方にはアンケート調査を行なった。聞き取りは3日間に分け、アンケートは手渡しおよび郵送により配布し、直接評価機関へお送り頂いた。

利用者総数

23

共通評価項目による調査対象者数

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(%)

アンケート	聞き取り	計
15	8	23
9	8	17
39.1	34.8	73.9

利用者調査全体のコメント

総合的には、大変満足が35%、満足が53%、合わせて88%という結果となった。特に職員の接遇や要望への対応、利用者の意向・思いを引き出してくれることなどに対し、感謝する声が多数寄せられた。

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. 送迎の乗車時間の長さや、乗り降りの際の職員の対応は適切か	14	0	0	3
回答者の82%が「はい」と回答した。長さ、対応ともにその良さを指摘する声が複数寄せられた。				
2. 日常生活には自由度があるか	14	2	1	0
回答者の82%が「はい」と回答した。カードゲームやパソコン操作など、具体的な活動名を挙げる声が複数寄せられた。				
3. 創作活動など日常の活動は充実しているか	12	4	1	0
回答者の70%が「はい」と回答した。目的を持った活動の展開をうかがわせる声が複数寄せられた。				
4. 必要なとき職員からの相談・支援は十分か	14	2	1	0
回答者の82%が「はい」と回答した。高い信頼と満足度をうかがわせる声が複数寄せられた。				
5. 自立支援は利用者の個別の要望や状況に応じて行われているか	11	4	2	0
回答者の65%が「はい」と回答した。職員による支援に感謝する声が寄せられた。				
6. 施設の設備は安心して使えるか	14	2	1	0

回答者の82%が「はい」と回答した。特に明確な意見は寄せられなかった。				
7. 家族に連絡等をする場合、内容や方法等についてあらかじめ利用者の希望をきいているか	10	3	2	2
回答者の58%が「はい」と回答した。特に明確な意見は寄せられなかった。				
8. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか	12	4	1	0
回答者の70%が「はい」と回答した。不快な思いをしたことがないという趣旨の声が寄せられた。				
9. 利用者の気持ちは尊重されているか	15	1	1	0
回答者の85%が「はい」と回答した。思いの引き出しや見守りに感謝する声が寄せられた。				
10. 職員の対応は丁寧か	15	2	0	0
回答者の85%が「はい」と回答した。高い満足度をうかがわせる声が多数寄せられた。				
11. 個別の目標や計画を作成する際に、利用者の状況や要望を聞かれているか	12	3	2	0
回答者の70%が「はい」と回答した。計画に基づく活動や支援の充実を挙げる声などが寄せられた。				
12. 【個別の目標や計画について説明を受けた方に】 個別の目標や計画に関する説明はわかりやすかったか	13	3	0	1
回答者の76%が「はい」と回答した。丁寧な説明や話し合いをうかがわせる声が寄せられた。				
13. 【過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に】 サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか	5	2	0	0
回答者の71%が「はい」と回答した。特に明確な意見は寄せられなかった。				
14. 不満や要望を事業所や職員に言いやすいか	12	2	3	0
回答者の70%が「はい」と回答した。言いやすさや利用者の遠慮をうかがわせる声が寄せられた。				
15. 利用者の不満や要望はきちんと対応されているか	13	3	1	0
回答者の76%が「はい」と回答した。高い信頼と満足度をうかがわせる声が複数寄せられた。				
16. 第三者委員など障害者福祉会館職員以外にも相談できることを知っているか	11	0	6	0
回答者の65%が「はい」と回答した。具体的な窓口を挙げる声が寄せられた。				

2 事業評価(自己評価)

2 事業評価(自己評価)

①経営層自己評価

対象 : 杉並障害者福祉会館運営協議会が運営する「ふれあい広場事業」の経営層(3名合議による回答)

調査方法 : 経営層合議用「組織マネジメント分析シート」「サービス分析シート」を配布し、後日回収した。

配布数 : 各シート1部、計2部

回収数 : 各シート1部、計2部

評価結果 : 全ての項目において、当該取り組みについて「あり」との評価を行なった。

②職員自己評価

対象 : 職員7名

調査方法 : 職員説明会にて事業評価の目的を説明した上で評価シートを配布し、後日回収した。

配布数 : 7部

回収数 : 7部

回収率 : 100%

【評点】

今年度より、「ABC」の評点は廃止されたが、職員アンケートの集計では残してある。見方は、以下の通りである。

- ・A:すべての標準項目に該当する取り組みがあると判断した人数
- ・B:一つ以上の標準項目について、該当する取り組みがないと判断した人数
- ・C:すべての標準項目について該当する取り組みがないと判断した人数

評価結果 : 次ページ以下の通りである。

カテゴリ1 リーダーシップと意思決定

サブカテゴリ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

1-1-1	評価項目	回答者の属性	評点			計				
			A	B	C					
事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している		全体	3	4	0	7				
		経営層	3	0	0	3				
		一般	0	4	0	4				
		その他	0	0	0	0				
標準項目							はい	いいえ	無回答	分からない
ア	事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している		6	0	0	1				
イ	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		4	0	0	3				
ウ	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		5	0	0	2				
エ	重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)		6	0	0	1				

1-1-2	評価項目	回答者の属性	評点			計				
			A	B	C					
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		全体	3	3	1	7				
		経営層	3	0	0	3				
		一般	0	3	1	4				
		その他	0	0	0	0				
標準項目							はい	いいえ	無回答	分からない
ア	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている		3	4	0	0				
イ	経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している		3	1	0	3				

1-1-3	評価項目	回答者の属性	評点			計				
			A	B	C					
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		全体	2	5	0	7				
		経営層	2	1	0	3				
		一般	0	4	0	4				
		その他	0	0	0	0				
標準項目							はい	いいえ	無回答	分からない
ア	重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている		6	0	0	1				
イ	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		2	2	0	3				
ウ	利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている		7	0	0	0				

カテゴリー2 経営における社会的責任

サブカテゴリー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

2-1-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している		全体	2	5	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	0	4	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している		7	0	0	0			
イ	全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる		2	3	0	2			

2-1-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている		全体	6	1	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる		6	1	0	0			
イ	透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している		6	0	0	1			

サブカテゴリー2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

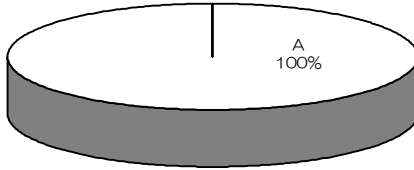
2-2-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある		全体	6	1	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)		7	0	0	0			
イ	地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている		6	0	0	1			

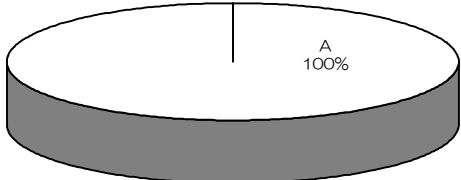
2-2-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している		全体	6	1	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している		6	0	0	1			
イ	ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)		6	0	0	1			
ウ	ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている		6	0	0	1			

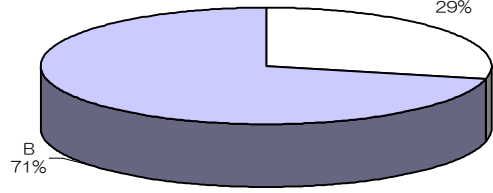
2-2-3	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
地域の関係機関との連携を図っている		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している		7	0	0	0			
イ	地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている		7	0	0	0			

カテゴリー3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

サブカテゴリー1 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している

3-1-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	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		7	0	0	0			
イ	利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる		7	0	0	0			

3-1-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる		7	0	0	0			
イ	事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している		7	0	0	0			
ウ	利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる		7	0	0	0			

3-1-3	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している		全体	2	5	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	0	4	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる		6	0	0	1			
イ	福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる		6	0	0	1			
ウ	事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している		2	1	0	4			

カテゴリー4 計画の策定と着実な実行

サブカテゴリー1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

4-1-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		全体	2	5	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	0	4	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している					2	0	0	5
イ	年度単位の計画を策定している					4	0	0	3
ウ	短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる					6	0	0	1

4-1-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		全体	6	1	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている					7	0	0	0
イ	課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている					7	0	0	0
ウ	計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している					7	0	0	0
エ	計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している					6	0	0	1

4-1-3	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
着実な計画の実行に取り組んでいる		全体	3	4	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	1	3	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している					6	0	0	1
イ	計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている					5	0	0	2
ウ	計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している					3	2	0	2
エ	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					6	0	0	1

サブカテゴリー2 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

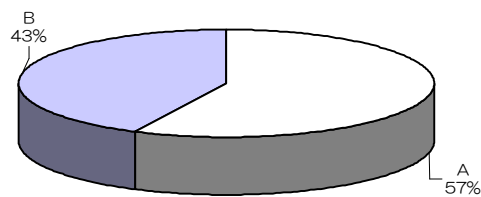
4-2-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		全体	2	5	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	0	4	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している		2	0	0	5			
イ	事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している		6	0	0	1			
ウ	事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている		6	0	0	1			
エ	事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる		6	0	0	1			

カテゴリー5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる

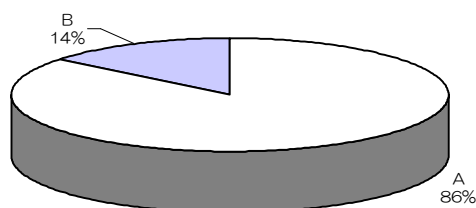
5-1-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
事業所にとって必要な人材構成にしている		全体	2	5	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	0	4	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している		6	0	0	1			
イ	事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている		2	3	0	2			
ウ	適材適所の人員配置に取り組んでいる		6	0	0	1			

5-1-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
職員の質の向上に取り組んでいる	全体		4	3	0	7			
	経営層		1	2	0	3			
	一般		3	1	0	4			
	その他		0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している		7	0	0	0			
イ	事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している		6	1	0	0			
ウ	個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している		5	2	0	0			
エ	職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている		5	2	0	0			
オ	職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している		6	1	0	0			

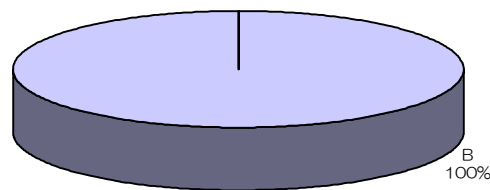


サブカテゴリー2 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

5-2-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	全体		6	1	0	7			
	経営層		3	0	0	3			
	一般		3	1	0	4			
	その他		0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している		7	0	0	0			
イ	職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる		6	0	0	1			
ウ	職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる		7	0	0	0			



5-2-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
職員のやる気向上に取り組んでいる	全体		0	7	0	7			
	経営層		0	3	0	3			
	一般		0	4	0	4			
	その他		0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている		0	7	0	0			
イ	就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる		2	3	0	2			
ウ	職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる		7	0	0	0			
エ	福利厚生制度の充実に取り組んでいる		3	0	0	4			

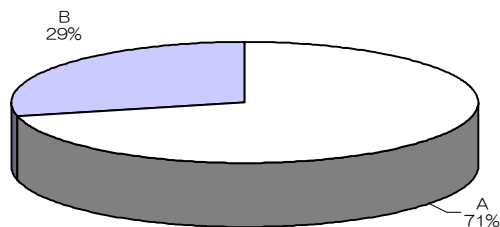


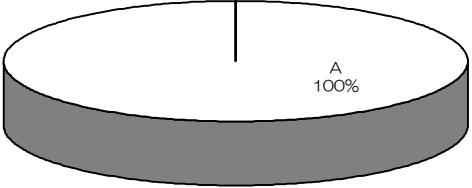
「カテゴリー6 サービス提供のプロセス」については、P17以降に記述する。

カテゴリー7 情報の保護・共有

サブカテゴリー1 情報の保護・共有に取り組んでいる

7-1-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる	全体		5	2	0	7			
	経営層		1	2	0	3			
	一般		4	0	0	4			
	その他		0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		5	1	0	1			
イ	収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		7	0	0	0			
ウ	保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		7	0	0	0			



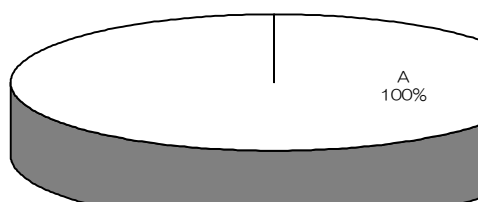
7-1-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
									
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している					7	0	0	0
イ	個人情報の保護に関する規定を明示している					7	0	0	0
ウ	開示請求に対する対応方法を明示している					7	0	0	0
エ	個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている					7	0	0	0

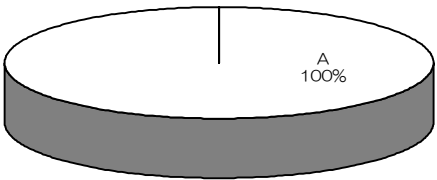
カテゴリ6 サービス提供のプロセス

サブカテゴリ1 サービス情報の提供

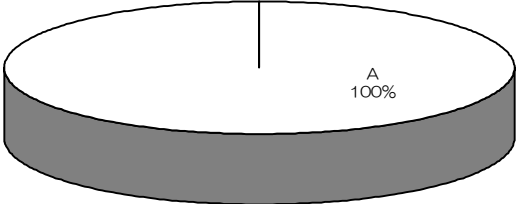
6-1-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者等に対してサービスの情報を提供している		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している		7	0	0	0			
イ	利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている		7	0	0	0			
ウ	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		7	0	0	0			
エ	利用者の問い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		7	0	0	0			

サブカテゴリ2 サービスの開始・終了時の対応

6-2-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
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		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	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		7	0	0	0			
イ	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		7	0	0	0			
ウ	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		7	0	0	0			

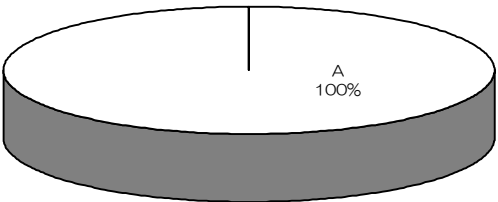
6-2-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		7	0	0	7	0	0	0
イ	利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している		7	0	0	7	0	0	0
ウ	サービス利用前の生活をふまえた支援をしている		7	0	0	7	0	0	0
エ	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している		7	0	0	7	0	0	0

サブカテゴリ3 個別状況に応じた計画策定・記録

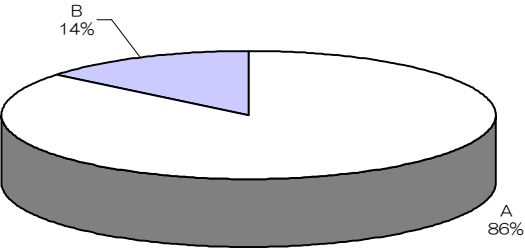
6-3-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		7	0	0	7	0	0	0
イ	利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		7	0	0	7	0	0	0
ウ	アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		7	0	0	7	0	0	0

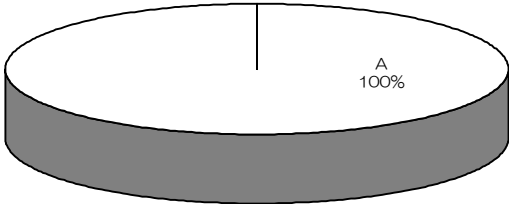
6-3-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		全体	3	4	0	7			
		経営層	1	2	0	3			
		一般	2	2	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		7	0	0	0			
イ	計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている		7	0	0	0			
ウ	計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直している		7	0	0	0			
エ	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している		3	1	0	3			

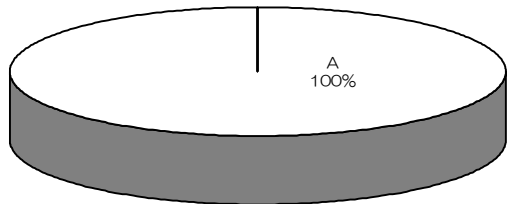
6-3-3	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある		7	0	0	0			
イ	計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している		7	0	0	0			

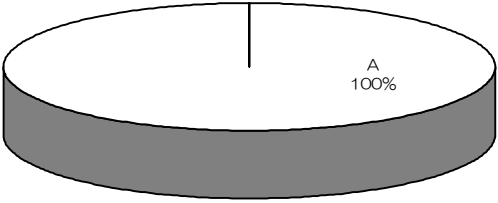
6-3-4	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している					7	0	0	0
イ	申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している					7	0	0	0

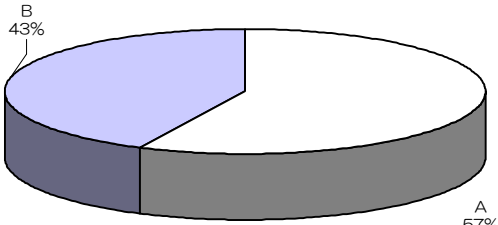
サブカテゴリー4 サービスの実施

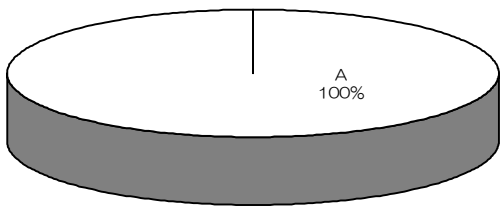
6-4-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
個別の支援計画をいかにしながら、利用者に合った自立(自律)生活を送るための支援を行っている		全体	6	1	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	個別の支援計画に基づいて支援を行っている					7	0	0	0
イ	利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している					7	0	0	0
ウ	自立生活に必要なさまざまな情報を提供している					7	0	0	0
エ	必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている					6	0	0	1
オ	日常の金銭管理については、自己管理できるよう支援をしている					6	0	0	1

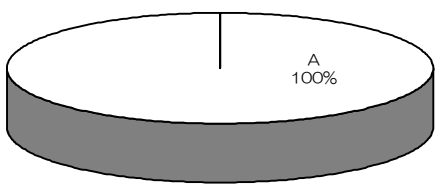
6-4-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	日中活動メニュー等は、利用者の希望や特性により選択できるようにしている					7	0	0	0
イ	利用者が活動しやすい環境を整えている					7	0	0	0
ウ	利用者一人ひとりのニーズに応じたその人らしさが発揮できる活動を用意している					7	0	0	0

6-4-3	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
送迎は、利用者の負担や快適さに配慮し実施している		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	ルートの設定は利用者の乗車時間を短くするよう工夫している					7	0	0	0
イ	雨天の場合などは、乗り降りの際、利用者が濡れないような配慮をしている。					7	0	0	0
ウ	利用者の声や添乗員の報告等適切に把握している。					7	0	0	0

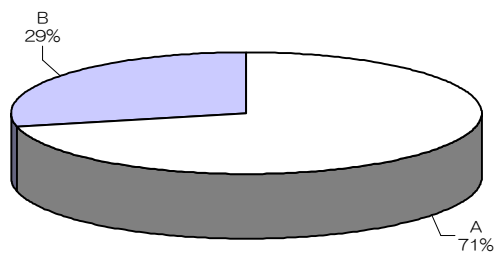
6-4-4	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	食事や歯磨き等にあたっては、利用者の状態やペースに合わせて行えるよう、必要な支援を行っている					7	0	0	0
イ	個別のタイミングに応じた排泄誘導など、利用者の状況に応じた排泄介助を行っている					7	0	0	0
ウ	身の回りのことは自分で行えるよう働きかけ、必要な支援をしている					7	0	0	0

6-4-5	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者の健康を維持するための支援を行っている		全体	4	3	0	7			
		経営層	1	2	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている					7	0	0	0
イ	必要に応じて、通院や服薬等に対する助言や支援を行っている					7	0	0	0
ウ	服薬確認は誤りがないようチェック体制を整えている					5	1	0	1
エ	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					6	0	1	0

6-4-6	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や嗜好を考慮し、多様な体験ができるようにしている		7	0	0	0			
イ	室内は、採光、換気、清潔性など居心地のよい環境となるようにしている		7	0	0	0			
ウ	日常の生活に関するきまりごとについては、利用者等の意見を参考にして見直しをしている		7	0	0	0			
エ	利用者同士が意見を言う機会があり、その意見等を施設運営に反映できるようにしくみを整えている		7	0	0	0			
エ	行事やイベントの企画・準備は利用者も参加して行っている		7	0	0	0			

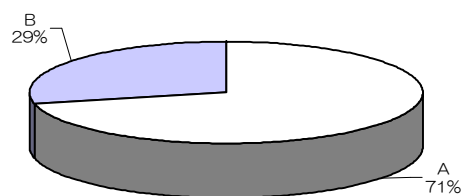
6-4-7	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
施設と家族等との交流・連携を図っている		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている		7	0	0	0			
イ	利用者の日常の様子や施設の現況を家族等へ知らせる手段を整えている		7	0	0	0			
ウ	必要に応じて、家族等への情報提供や支援をしている		7	0	0	0			

6-4-8	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		全体	5	2	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	利用者が入所施設を退所して地域社会で生活できるよう計画的に支援している		5	0	0	2			
イ	地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している		7	0	0	0			
ウ	必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している		6	0	0	1			



サブカテゴリー5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

6-5-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
利用者のプライバシー保護を徹底している		全体	5	2	0	7			
		経営層	2	1	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	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		7	0	0	0			
イ	個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している		7	0	0	0			
ウ	利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		7	0	0	0			



6-5-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
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		全体	6	1	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	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)		7	0	0	0			
イ	利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に対策を検討し、対応している		6	1	0	0			
ウ	虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		7	0	0	0			
エ	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		7	0	0	0			

サブカテゴリー6 事業所業務の標準化

6-6-1	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
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		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	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		7	0	0	0			
イ	手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている		6	0	0	1			
ウ	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点検している		6	0	0	1			
エ	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		6	0	0	1			

6-6-2	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
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		全体	6	1	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	3	1	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	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		6	0	0	1			
イ	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		7	0	0	0			
ウ	職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる		7	0	0	0			

6-6-3	評価項目	回答者の属性	評点			計			
			A	B	C				
さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している		全体	7	0	0	7			
		経営層	3	0	0	3			
		一般	4	0	0	4			
		その他	0	0	0	0			
標準項目						はい	いいえ	無回答	分からない
ア	打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている		7	0	0	0			
イ	職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している		7	0	0	0			
ウ	職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている		7	0	0	0			
エ	職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している		7	0	0	0			
オ	職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている		7	0	0	0			

3 第三者評価の概要

3 第三者評価の概要

1 評価の内容とプロセス

組織としてのマネジメント力がどのような状況にあるか、また現在提供されているサービスの質がどのような状況であるかについて、第三者評価機関が経営層及び職員の自己評価を事前に分析し、訪問調査を実施した上で評価者の合議により評価を決定した。

主な評価項目は以下の通りである。

- カテゴリー1 : リーダーシップと意思決定
- カテゴリー2 : 経営における社会的責任
- カテゴリー3 : 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用
- カテゴリー4 : 計画の策定と着実な実行
- カテゴリー5 : 職員と組織の能力向上
- カテゴリー6 : サービス提供のプロセス
- カテゴリー7 : 情報の保護・共有
- カテゴリー8 : カテゴリー1～7に関する活動成果(前年度比)

2 評点のつけ方

評点は、標準項目の実施状況を以下のルールに基づき、記号化したもので、評価項目ごとに付ける。

1 標準項目の実施が確認できた場合は○、未実施・確認不可の場合は●で表す
2 ○及び●が混在する場合は、標準項目の順番にかかわらず、左端から○を配列し、●は右端に寄せて表す。
3 「非該当」が選択された標準項目は、評点の構成要素から除く

「標準項目」を満たしていると確認するための要件は、次の①～③すべてを満たした場合である。

① 事業所が当該事項を実施していること
② その実施が継続的(必要性を認識し、計画的)であること
③ その根拠が示せること

「事業者が特に力を入れている取り組み」とは、標準項目をすべて満たしたうえで、下記のすべてを満たした取り組みである。

ア 当該評価項目のねらいに合致した取り組みであること
イ 当該評価項目に属する標準項目を少なくとも1つを満たしていること
ウ 創意工夫、独自性や先進性などの観点から、利用者の選択情報や他の事業所のサービスの質の向上のモデルとして評価できる取り組みであること。

なお、カテゴリー8(活動成果:前年度比)の評点は評価項目ごとに3段階でつける。

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

3 訪問調査、フィードバックの日程

訪問調査は10月27日に実施し、評価結果の事業者へのフィードバックは12月15日に行なった。

4 第三者評価結果

4 第三者評価結果

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 9/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えていく ○非該当
	カテゴリ1の講評	
	杉並区からの委託運営に関して 障害者団体等で構成される杉並障害者福祉会館運営協議会が、区から委託を受けて運営を行っている。組織の理念や方針は、区の保健福祉計画や事業関係説明書などに明示している。年度初めや日常のミーティングでは、職員が業務遂行をしていくなかで、不安となる事例の話し合いがなされており、理念や方針を振り返る機会となっている。	
	経営層の役割・責任と区との連携について 経営層の役割や責任は運営協議会規約で明確になっており、新入職員の採用時や職員のミーティングでも周知されている。また、経営層は区の計画や委託予算等を踏まえて任務を遂行している。年間行事等を含む事業計画や予算に関する事業の重要課題に関しては、利用者又はその家族等からの情報や要望が運営協議会内の役員会や委員会において検討され、区への報告や要望などを行なう仕組みとなっている。それらの事項は、職員連絡会で周知されている。経営層も利用者への直接的援助を行っており、利用者意向が把握しやすい環境と言える。	
	独自性への期待に関して 杉並区より運営委託を受けており、建物なども既存の区の施設を継続使用している。こうした背景から、組織の独自性を追求することには限界がある。しかし、組織体としての計画や運営管理では、障害者福祉の実施主体としての独自性に期待したい。特に事業計画の管理や職員の育成などについては、それぞれの事業環境に則して整備することも検討に値する。	

2 カテゴリー2		
経営における社会的責任		
サブカテゴリー1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	○非該当
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	○非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	○非該当
●あり ○なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	○非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○非該当
カテゴリー2の講評		
<p>運営のガイドラインの整備状況等について</p> <p>「障害者支援の心得」や「個人情報保護規程」等の組織運営のガイドラインが整備されている。「障害者支援の心得」は、行動指針としての考え方だけでなくマニュアルとしての機能も持ち合わせている。それらは常時閲覧ができるように事務所内の棚に置かれており、必要に応じて「職員連絡会」で職員への周知や見直しを行っている。また、実施主体の組織は、障害者団体をはじめボランティア団体やその他の関係者が運営協議会委員となっているため、オープンな組織となっている。</p>		

共に生きるための地域支援活動の充実について

障害がある人もない人も共に生きるまちづくりを目指し、様々な地域支援事業を行っている。施設内の障害者地域自立生活支援センターでは、総合的な相談・情報提供、ピアカウンセリング(当事者相談)や、各種講座・セミナーの開催を行っており、地域活動支援センターの職員も相談対応などで連携・協力する体制をとっている。また、施設提供事業(会議室・活動室・設備類の無料貸し出し)として、施設が持っている機能を開放し、地域支援に寄与している。

関係機関ネットワークへ主体的に参加

他機関と連携して継続的・連続的な支援を行うために、区内の関係機関ネットワークである高次脳機能障害関係機関連絡会では、「ふれあい広場事業」職員が委員として様々な活動に取り組んでいる。この連絡会では、高次脳機能障害に関する講座や事例検討などを行っており、パンフレットの作成に参加するなど、会の活動に積極的に関わっている。また、この連絡会では利用者も当事者として発表をする機会があり、それを事業所の職員がサポートするなど、利用者と事業所が共に主体的に活動に参加している。

カテゴリ-3

3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

サブカテゴリ-1(3-1)

利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している

**サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況**

8/8

評価項目1

利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)

評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当

評価項目2

利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当

評価項目3

地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当

カテゴリ-3の講評

意向の把握への取り組みについて

利用者の意向を把握する環境として、利用開始前の事前面談や契約時の他、年1回の個人面談及び利用日の活動中に要望等を聞いており、個人情報として個人ファイルに記録管理されている。一例では、年1回の面談時に目の不自由な方からの、エレベーターの点字が手すりとなっていて確認しにくいとの声を受け、直ぐに分かりやすい場所に設置された経緯が記録されている。また、区や関連する機関及び関係図書からの福祉関連情報やニーズを収集している。

情報活用の仕組みの構築及び明文化に期待

必要に応じて行なうアンケート、および、個別に利用者の意向や苦情などの収集を行っており、課題解決につながる事例も多い。しかし、集められた情報を整理分析したり、活用や解決したりする仕組みの構築には至っていない。漏れのないサービス提供を行う上で、今後は仕組み化し、明文化することで情報収集から分析を行い、予防処置などの更なる有効活用に期待したい。

カテゴリー4

4	計画の策定と着実な実行		
サブカテゴリー1(4-1)			
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	11/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当	
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当	
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当	
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当	
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当	
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当	
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	○非該当	
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当	
サブカテゴリー2(4-2)			
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当	
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当	
●あり ○なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当	
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当	

カテゴリ4の講評		
<p>事業計画について</p> <p>利用者サービスに直結する計画は、利用者や家族又は担当職員から収集した意向を踏まえて、事業内容が策定されている。行事等の短期の活動についても、利用者の意向を尊重し、スケジュールが組まれており、各項目に職員が担当として配置されている。今後は計画の進捗状況のモニタリングやその評価の仕組みづくりを期待する。</p> <p>手順書等の見直しに期待</p> <p>利用者の行方不明やインフルエンザ等の事故や感染症が発生した場合の手順は、マニュアルとして1冊にファイリングされ管理されている。しかし、内容に関しての見直しや更新がなされていないのがみられ、形骸化されているものも確認できる。また、マニュアルの熟知を改善課題としていることから、見直しや更新に関する手続きを明確にし、勉強会等での共有化に期待したい。特に、感染症及び食中毒に関する対応手順や予防手順については、発生リスク等に応じ、病原の種別毎に整理されることをお薦めする。</p> <p>情報や福祉ニーズを活かすことに期待</p> <p>事業計画の策定や事故等の予防に関しては、手順が明文化されておらず、リーダーシップだけに任せられているのが現状である。各セクションや担当職員が情報収集や計画変更又は手順変更などに参画できる仕組みを構築することで、さらに利用者や現場からの意向が把握しやすくなるのではと思われる。また、福祉ニーズという観点では、更に広範囲なニーズやリスクの把握のためにも、情報管理やその分析を反映できる仕組みに期待する。</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 4/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(○○○)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(○●●●●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
○あり ●なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	○非該当
○あり ●なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	○非該当
○あり ●なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当

サブカテゴリ-2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	6/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<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、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(○○○●)
評価	標準項目	
<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・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	<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、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	<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、やる気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. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー5の講評		
専門性を高める取り組みが行われている 職員に望む人材像としては、健康であり且つ人柄が良いということを基礎的な像とし、加えてサービス業で働くというプロフェッショナル意識を持ち合わせた職員が期待される。それらをベースとした人材を、事業所内外の研修において更に育成を図っている。現在職員が参加できる研修は、区が主催する「新人研修」や他の施設での実践的なことを学ぶ「施設間研修」、より専門性を学ぶ「専門研修」がある。また、採用前には職場体験が利用でき、障害者への理解を深めてもらう取り組みを行っている。		
自己啓発支援を大切にしている 自己啓発による意欲向上も応援しており、就業しながら資格取得が可能な「自己啓発講座規程」という仕組みをもっている。これは、資格を取りたいなどの意欲的な職員のための制度であり、自己啓発講座受講申請を行うことで参加費の補助も受けられる。これまでもヘルパーの資格や社会福祉士といった国家資格を目指した職員もおり、視点が広がったりモチベーションの向上につながったケースも多い。これは、福利厚生の一環と捉えることもでき、事業所にとっても良い結果が得られている。		
職員のモチベーションアップに工夫が必要 職員一人ひとりの意向や育成計画に沿って評価や給与等に反映される仕組み等は整備されていない。少人数の職員体制のもと、組織やチームで動いていることを踏まえ、また職員のアンケートからも「意見等が人事に反映される仕組みが必要」との記述や昇給昇格に関する希望が数件あることから、仕組みまたはシステム的なものの評価が、働く職員の安心につながるのではと思われる。		

「カテゴリ-6 サービス提供のプロセス」については、p41以降に記述する。

7		カテゴリ7	
情報の保護・共有			
サブカテゴリ1(7-1)			
情報の保護・共有に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		○非該当
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		○非該当
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		○非該当
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		○非該当
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		○非該当
カテゴリ7の講評			
<p>重要情報に関するアクセス制限を実施している</p> <p>必要に応じて職員が活用できるように、事業所運営に関する情報の整理・保管に努めているが、個人情報を含めた経営に関する重要な情報については、施錠管理を徹底し、担当者以外の職員がアクセスできないように保護している。特に電子データについては、外部記録媒体を用いて保存・施錠管理し、パソコン上に残さないようにするなど、情報漏えい防止に配慮している。</p> <p>個人情報保護の徹底が図られている</p> <p>個人情報の各規程について遵守されるように、職員やボランティアに向けてガイドラインを作成し、職員連絡会等で注意事項についての説明を行うなどの取り組みを行っている。また、送迎バスの委託先事業者など関係機関に対しても、合同で行うミーティングの際に個人情報管理について、保護を徹底するよう指示している。</p>			
8		カテゴリ8	
カテゴリ1～7に関する活動成果			
サブカテゴリ1(8-1)			
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している			
評価項目1			
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている		<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない	
<ul style="list-style-type: none"> ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」 			
改善の成果			
<p>事業への理解を広めるため、広報誌を工夫し、発行している</p> <p>発行する広報誌について、より親しみやすく読みやすくするために、活字を大きくしたり、写真の一部をカラーにするなどの改善を行った。これに対して、関係団体の委員や地域の住民から、「今までは読まなかったが、読むようになった」と良い反響が出ている。この結果、地域に対して事業所が行っている事業への理解をより広める効果が現れている。</p>			

サブカテゴリ-2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」

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

改善の成果

資格取得支援による、事業所全体のスキル・ノウハウの向上

職員のスキルアップを図るために、受講費用負担をはじめとして種々の支援策を実施し、資格取得を推進している。この取り組みにより、今年度は職員が福祉用具専門相談員の資格を取得した。また、支援策を受けずに職員自身の意欲で取得したケアマネジャー資格により、介護保険サービスの理解が深まり、サービスの移行がスムーズに行えるようになった。さらに、福祉用具専門員養成講座を受講した職員が他の職員に指導することで、福祉用具が必要な利用者への対応力が増すなど、事業所全体としてサービス提供に関するスキル・ノウハウが向上する効果が現れている。

サブカテゴリ-3(8-3)

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

評価項目1

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

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

改善の成果

利用者個別のサービス計画に基づく支援体制の推進が図られている

利用者個別のサービス計画に基づく支援体制の整備に積極的に取り組んでいる。個人記録票の様式を改訂し、自立支援の視点および医療面のアセスメントの充実を図っている。また、ケアプラン(施設サービス計画書)は、利用者および家族の意向を踏まえた支援目標及び支援内容の明確化を図り、その成果を振り返り検証するための評価欄を設けた。これらの取り組みにより、より一層利用者本位のサービス提供、個別支援の充実につながっている。

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

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

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

改善の成果

効率的・効果的な予算執行

年度初めに各部署の意見を踏まえて検討し、予算枠をより必要性の高い方に配分することで、予算の範囲内でより効率的な事業運営が出来るように努力している。このような努力により、医療機器(アンビュバック)を購入した。これにより、緊急時対応が充実し、利用者の安全・安心の確保に結びついている。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
 ・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

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

改善の成果

高次脳機能障害についての理解促進

今年度、「ふれあい広場事業」の職員が、自主的に委員として参画している高次脳機能障害関係機関連絡会において、パンフレットの作成を行った。実際にサービス提供を行う者の視点から、記載する内容や構成について意見を出し、分かりやすく、伝わりやすいものに仕上げる事が出来た。社会的に高次脳機能障害者への対応の必要性が増している中で、このパンフレットを病院等に配布することで、地域住民や当事者の理解が促進され、その結果、支援からもれてしまっていた方がサービスを利用するといった効果が現れている。

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	
1	サブカテゴリ-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(〇〇〇〇)</p>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している <p style="text-align: right;">〇非該当</p>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、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 <p style="text-align: right;">〇非該当</p>
<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 <p style="text-align: right;">〇非該当</p>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者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 <p style="text-align: right;">〇非該当</p>	
サブカテゴリ-1の講評		
<p>情報は分かりやすく整理されている</p> <p>事業所の特色などは、チラシを中心に障害者のてびきや重要事項説明書に記載されている。これらの情報媒体は、ふれあい広場の案内とヤンググループの案内に記載され、提供サービス・施設概要・利用手続きの方法などの情報が入手でき、利用者の特性を考慮したものとなっている。</p> <p>広く情報発信をしている</p> <p>杉並障害者福祉会館運営協議会が情報提供の幅を広げるために、『ふれあいやなぎくぼ』という広報誌を隔月に町会や関係機関等に約3300部を配布している。この広報誌では「ふれあい広場事業」を紹介している。また、区の通所施設説明会でも事業やサービス内容の情報提供を行っている。また、『いってきまっぷ』や『の一まらいふ杉並』といった区が運営しているインターネットサイトへも情報提供しているため、事業所名で検索すると直ぐに必要な最小限の情報が取り出せるようになっている。</p> <p>適切に情報提供がなされている</p> <p>見学の要望があった場合には、見学者の状況に応じて、「ふれあい広場事業」の職員を中心に対応できる体制となっている。見学時は、事業所全体の利用案内をはじめ、利用できる設備等を案内している。また、見学後に利用希望の意向が確認された場合は、利用者の意向や心身の状態を把握して個人情報として記録されている。</p>		
2	サブカテゴリ-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(〇〇〇)</p>	
	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 <p style="text-align: right;">〇非該当</p>
	<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 <p style="text-align: right;">〇非該当</p>
<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 <p style="text-align: right;">〇非該当</p>	

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. 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を軽減するよう配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	<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している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2の講評		
説明と同意をしっかりと行っている 利用に際しては、契約の締結が必要である。契約時には「重要事項説明書」及び「契約書」に沿って利用に関する基本事項や重要事項、利用料金等の説明を利用者及び家族等に行い、説明終了後は契約書に記名、押印をもらう仕組みとなっている。また、利用開始に備え、利用者の生活歴や病歴といった情報や要望や目標を確認し、「個人記録票」に記録している。「個人記録票」は、慎重に取り扱いつつ、利用者の情報を職員間で共有するためのツール、かつアセスメントを行うツールでもあり、利用開始直後でも意向に沿った支援が図れるよう取り組まれている。 利用者の気持ちを大切にしている サービス開始時には事前に得た「個人記録票」の情報を基に支援を開始する段取りとなっている。更に家庭訪問を行い、個別の事情や生活様式等の情報を取得するように努めている。また、利用開始直後は寄り添うことを支援の柱として、慣れない環境での利用者の不安や緊張へ配慮している。利用終了時は、その時の状態に応じた援助を行っている。年齢到達に伴う、自立支援法から介護保険法への移行にあたり、介護保険に関する情報提供及び関係機関との橋渡しや自立グループへの紹介などを行い、利用者がサービスから漏れないように配慮されている。		
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 10/11
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(〇〇〇)
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(〇〇〇●)
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. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 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情報を過不足なく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		
利用者の状況を反映したケアプラン(施設サービス計画書)に基づくサービス提供 ケアプラン(施設サービス計画書)の作成にあたっては、「個人記録票」を基に、自立的な取り組み課題を中心に作成されている。作成したケアプラン(施設サービス計画書)に関しては、心身の状態変化などが見られた場合は随時見直しを行っている。評価に関しては、日頃の支援を通して記録された個人記録日誌や、個人面談を通して得られた情報などを基に、半年ごとに行う仕組みがある。仕組みが確立した現在、ケアプラン(施設サービス計画書)に基づく支援の振り返りを充実させ、より一層根拠を明確にした見直し・作成につなげていくことを期待したい。 利用者情報の共有 利用者の状態を共有する場面として、面談記録や個人記録日誌等が個人ファイルに整理されており、職員はこれらを閲覧することで情報共有を図っている。また、日々のミーティングで利用者の近々の変化や活動時の状態が伝達されて共有を図っている。日々の行うべき支援内容はケアプラン(施設サービス計画書)がサービス提供場所に置かれており、それを閲覧することで確認ができるようになっていいる。その日実施したサービス提供内容は、個人記録日誌に記載されている。 ケアプラン(施設サービス計画書)作成方法等の標準化や明文化に期待 ケアプラン(施設サービス計画書)の作成手順や支援記録等の実施手順は一定の流れに沿って行われていることが確認できた。事業所は小規模であり、職員数も少ないため現行のシステムでも運営は可能と思われる。しかし、新人の配置等があった場合には、明文化されたフローチャートや手順書があることで、対応する職員の負担軽減や職員の早期育成につながり、結果として利用者の満足度が高まることを期待できる。特に、ケアプラン(施設サービス計画書)作成のプロセスは新規や定期更新や随時変更を明確にして文書化することが望ましい。		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<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. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-5の講評		
<p>利用者と適切で良好な関係性を築くために、より一層の努力が求められる</p> <p>利用者に対して、不適切な言動が行われることを防ぐために、会議やミーティングの中で利用者の権利を守り、個人の意見を尊重することについて話し合い、利用者とはフレンドリーな中でもきちんと線引きをして接するように指導している。また、活動終了後のミーティング時に、振り返りを行い、問題点があればすぐに改善するようにしている。外部への個人情報提供の際には、口頭での同意は得ているが、今後は、プライバシー保護を強化するために同意書を用いるなど、同意を得たことを文書として記録・保存することに関して改善が必要と考えている。</p> <p>個別性を重視した意向収集に工夫が見られる</p> <p>利用者の意思を把握するために、日々の活動の中での聞き取りの他に、年1回、個人面談を行っている。この面談は、利用者が話しやすい環境をつくるために、希望に応じて、自宅と事業所のどちらでも行えるような形にしている。さらに年度初めの説明会時に意見収集を行ったり、必要な時に随時アンケートを実施したり、様々な機会の中で利用者の意向を把握する取り組みを実施している。</p> <p>利用者の意思を尊重し、自立を支援するための様々な取り組み</p> <p>利用者の意思を尊重し、サービス内容について、出来るだけ要望に答えるように心がけており、買い物など外出の機会も多く設けられている。また、日々の活動メニューについてもグループ分けを行い、利用者同士の話し合いで決めるといった取り組みを行っている。さらに、同様の取り組みとして、事業所にて開催されたお祭りでの出店では、利用者同士が主体となって、企画から事前準備などを行った。このような取り組みを通じて、様々なことを体験し、利用者が社会生活を送る上での自信を得ることを目指している。</p>		
サブカテゴリ-6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
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(〇〇〇〇)
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. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	○非該当
●あり ○なし	3. 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点検している	○非該当
●あり ○なし	4. 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(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当
評価項目3 さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当

サブカテゴリ6の講評
<p>より一層の手順書等関係書類の再整備を</p> <p>杉並区から事業を受託する際の引き継ぎ資料の中で、サービスに関する規定や手順が明確にされている。さらにその内容を職員が理解しやすい様に編集した資料を別紙で作成し、適切なサービス提供が行われるように指導している。手順書等の関係資料については、新しく追加されたサービスなど実態にそぐわない部分については、随時追加・修正を行っているが、事業が移行されてから5年目に入るため、改めて点検を行い、整備することが必要と考えている。</p> <p>少人数であることを活かした、情報共有とサービス改善を実施している</p> <p>職員数が少数であることを活かして、職員間でコミュニケーションを図り、密な情報共有を図っている。一方で、情報が確実に伝わるように、口頭による伝達だけでなく、ミーティング記録を毎朝必ずチェックするなどの仕組みづくりも行っている。また、経営層はミーティングの中でサービス内容や事故防止などについての意見を職員から日常的に収集し、積極的に取り入れることで、サービス改善に結び付けている。</p> <p>安全確保のための情報・ノウハウの共有を図っている</p> <p>利用者の安全性を確保するために情報やノウハウを職員間で共有する取り組みを行っている。情報の共有については、利用者ごとの状態や注意点などの情報を一覧表で作成し、全職員が確認できるようにしている。また、送迎時の転倒予防をテーマに、車いすの操作・介助方法について研修を行うなど、職員間でのノウハウの共有を図っている。さらに安全性を確保するために、必要に応じて、他の機関の専門職からアドバイスをもらうようにしている。</p>

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 28/28
1 評価項目1 個別の支援計画をいかしながら、利用者に合った自立(自律)生活を送るための支援を行っている	評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している
●あり ○なし	3. 自立生活に必要なさまざまな情報をわかりやすい方法で提供している
●あり ○なし	4. 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている
●あり ○なし	5. 日常の金銭管理については、自己管理できるよう支援をしている
評価項目1の講評	
<p>ケアプラン(施設サービス計画書)に基づいた支援の実施に取り組んでいる</p> <p>個別面談、スタッフによる検討を経て作成し、利用者・家族に同意を得て利用者ごとに作成されたケアプラン(施設サービス計画書)を基本として、担当する職員全員が計画に基づいた支援の実施に取り組んでいる。利用者・家族の希望を把握し、計画書において利用者個別の目標とサービス内容を明確にしている。</p> <p>利用者同士のグループワークを重視した支援が行われている</p> <p>事前のアセスメントや面談等で、あらかじめ利用者の特性を把握し、それぞれの状態、日々の状況の変化に応じた対応ができるよう、利用者同士の相性や性格などを踏まえたコミュニケーションやアプローチの工夫をしている。利用者に対する声かけ、働きかけは、様々な場面で状況に応じて行っている。また、利用者同士のグループワークを重視しながら、利用者間の話し合いや個別のアドバイスなど対人関係に関する支援を行っている。</p> <p>自立生活に必要な情報は、各利用者の意向・環境に応じて提供されている</p> <p>利用者に対する自立生活に必要な情報は、それぞれの利用者の意向・環境に応じて提供し、福祉的就労については情報提供とともに見学を行うなどの対応がされている。通所時における金銭の管理は自己管理が原則となっているが、高次脳機能障害など特性に応じて、支援を必要とする利用者には一緒に金額の確認を行いながら記録するなど、継続して金銭管理に関する意識の向上・定着に向けた支援に取り組んでいる。</p>	

2 評価項目2 個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 活動メニュー等は、利用者の希望や特性により選択できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が活動しやすい環境を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりのニーズに応じたその人らしさが発揮できる活動を用意している	○非該当
評価項目2の講評		
<p>利用者の活動範囲が広がるような支援を目的としている 日中の活動等の内容は、利用者の活動範囲が広がるような支援を目的としている。提供するサービスとしては、創作(絵画、陶芸、皮細工など)・スポーツ(ボウリング、輪投げ等)・その他ゲーム(将棋、オセロ等)・外出・調理などの分野で様々な活動メニューが用意されている。当日の活動は、午前・午後の活動前に利用者の話し合いにより、実施する活動メニューを決めている。グループでの活動や個別の活動を選択できるようになっている。</p> <p>他の事業との調整のもとで、より活動しやすいような環境を整えている 会館で実施している他の事業との調整のもとに、所定の活動室以外の会館のスペースを利用するなどして、より活動しやすいような環境を整えている。また、週に1日、「ヤンググループ」として、対象者を40歳くらいまでの方を中心として活動に取り組む日を設けている。</p> <p>利用者本人の自信につながるような支援に取り組んでいる 利用者ごとに作成されたケアプラン(施設サービス計画書)を基本として、一人ひとりのニーズや能力に応じた力やその人らしさが発揮できる活動が用意されている。活動を通じて各利用者の日常生活の充実を図ることを目的として、利用者本人の自信につながるような支援に取り組んでいる。</p>		
3 評価項目3 送迎は、利用者の負担や快適さに配慮し実施している【変更】		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. ルートの設定は利用者の乗車時間を短くするよう工夫している	○非該当
●あり ○なし	2. 雨天の場合などは、乗り降りの際、利用者が濡れないように配慮をしている。	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の声や添乗員の報告等適切に把握している。	○非該当
評価項目3の講評		
<p>送迎サービスを実施し、半期ごとに送迎ルートが見直しされている 2台のリフト付きバスを運行し送迎サービスを実施している。利用者の住まいに近い送迎ポイントや短時間の乗車に配慮した効率的な送迎ルートを設定している。同一の場所で活動している区の生活リハビリ利用者の入れ替えに伴い、半期ごとに送迎ルートが見直しされている。</p> <p>送迎時における利用者の負担の軽減、快適性に配慮した取り組みが行われている 雨天の場合などは、乗り降りの際にバス乗務員や職員の協力のもとに濡れないように配慮している。また、バスの乗降の流れについてマニュアルを整備し、一人ひとりの状況に応じた乗り降りの介助、乗車時間を可能な限り軽減するルート設定など、送迎時における利用者の負担の軽減、快適性に配慮した取り組みが行われている。さらに、バス乗務員に対する研修を実施している。乗務員は、職員から車椅子の操作方法を学んだり、利用者による創作などの活動場面を見学することで、利用者の基本動作や個別の対応を確認するなど、送迎時の安全確保に努めている。</p> <p>送迎に関するミーティングを必要に応じて実施している 送迎時における利用者の状況は、乗務員からの報告やバス運行日誌により把握している。また、利用者からの要望も直接把握している。さらに、送迎に関するミーティングを必要に応じて実施している。送迎時の対応に関する個別の注意事項を確認し、見直しをするなどの取り組みがされている。</p>		

4 評価項目4		利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 食事や歯磨き等にあたっては、利用者の状態やペースに合わせて行えるよう、必要な支援を行っている【変更】			○非該当
●あり ○なし	2. 個別のタイミングに応じた排泄誘導など、利用者の状況に応じた排泄介助を行っている			○非該当
●あり ○なし	3. 身の回りのことは自分で行えるよう働きかけ、必要な支援をしている			○非該当
評価項目4の講評				
<p>利用者同士でテーブルを囲み楽しく食事ができている 食事(昼食)は、利用者各自で自分の好きなものを用意している。利用者の状況に応じて、お弁当の手配などの支援を行っている。それぞれの利用者のペースで、利用者同士でテーブルを囲み楽しく食事をしている。必要に応じて自助具を用意するなど障害に合った食事方法などの支援が行われている。</p> <p>個々の利用者の心身状況、個別状況を把握し適切な支援が行えるようにしている 個別のタイミングに応じた排泄の声かけ等が必要な利用者や見守りや介助が必要な利用者には、個々の利用者の心身状況と希望などの個別状況を把握し適切な支援が行えるようにしている。同一の場所で活動している区の生活リハビリ担当の理学療法士・作業療法士との連携・協力により、必要な助言・指導も行われている。</p> <p>利用者の主体性に配慮した支援、雰囲気作りがされている 利用者の身の回りのことについて、自分でできることは自分で行うことを基本としている。利用者の状況に応じて働きかけや見守り等の必要な支援が行われている。利用者は、自分の関わっている活動に限らず他の活動についても率先して取り組むなどの姿勢がみられ、主体性に配慮した支援、雰囲気作りがなされている。</p>				
5 評価項目5		利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている			○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、通院や服薬等に対する助言や支援を行っている			○非該当
●あり ○なし	3. 服薬確認は誤りがないようチェック体制を整えている【変更】			○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
評価項目5の講評				
<p>看護師の配置による利用者の健康維持に向けた取り組みが行われている 看護師の配置による利用者の健康維持に向けた取り組みが行われ、利用者・家族からの健康に関する相談に応じている。保健センターで実施される障害者健診のほか、年2回の耳鼻科・眼科検診や嘱託医(内科・精神科)による定期的な相談が行われている。日々の活動における健康面での気づいた点等は、看護師と担当職員の連携のもとに、状況に応じて家族等への報告がされている。</p> <p>利用者の状況に応じて、主治医・医療機関との連携を図っている 看護師が利用者の状況に応じて、主治医・医療機関との連携を図り、通院が必要な場合など家族等との連絡のもとに、状況に応じて看護師等が同行して診察に同席するなどの支援が行われている。さらに、関係医療機関のケースカンファレンスに参加して、利用者の健康状況の継続的な情報把握に努めている。また、薬の管理は原則として利用者の自己管理が原則となっているが、各利用者の状態に応じて声かけや確認が行われている。</p> <p>個人記録票を活用して、それぞれの利用者の健康や心身状態をきめ細かく把握している 利用者・家族等との面談や個人記録票を活用して、それぞれの利用者の健康や心身状態をきめ細かく把握し、利用者の日々の変化に気を配り、利用者の体調の変化に対する対応および日々の健康管理を実践している。利用者の体調の変化については、看護師を中心として、緊急時対応マニュアルに従い、速やかに対応できる体制を確保している。</p>				

6 評価項目6 利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている		2
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や嗜好を考慮し、多様な体験ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 室内は、採光、換気、清潔性など居心地のよい環境となるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 日常生活に関するきまりごとについては、利用者等の意見を参考にして見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者同士が意見を言う機会があり、その意見等を施設運営に反映できるようなしくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 行事やイベントの企画・準備は利用者も参加して行っている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>多様な体験ができる機会が設けられている</p> <p>スポーツ大会、もちつき大会などの行事への参加のみならず、実施する各種イベント(会館まつりや野外訓練等)に参加するなど、多様な体験ができる機会が設けられている。利用者が「楽しい、来て良かった」と思ってもらえるような場所となるように、環境整備・雰囲気作りに取り組んでいる。活動室を含め事業所内は、比較的余裕をもった動線が確保されている。</p> <p>利用者の意見を尊重した自主的な取り組みを支援している</p> <p>年度初めの説明会では意見交換が行われ、その意見を施設運営に反映できるようなしくみを整えている。全体的に細かい決まりごとはなく、利用者の意見を尊重した自主的な取り組みを支援している。さらに、行事などの企画・準備に関しては、会館まつりのバザーでの作品販売など利用者が主体的に取り組んでいる。また、活動における外出計画も、利用者の話し合いの中で企画が行われ、実施されている。</p> <p>利用者間の「話し合い」をサービス提供の重要な要素として位置づけている</p> <p>事業運営について、利用者間の「話し合い」をサービス提供の重要な要素として位置づけている。利用者が自由に意見を言うことができる機会として、午前・午後の活動前に話し合いを行い、活動メニューなどを決めている。活動メニューの決定のみならず、利用者の興味がある話題の提供や利用者間の相互交流を中心として、利用者の発言の内容などにも配慮した助言、雰囲気作りに取り組んでいる。</p>		
7 評価項目7 施設と家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族等へ知らせる手段を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて、家族等への情報提供や支援をしている	○非該当
評価項目7の講評		
<p>家族等との連携のもとに支援の充実に取り組んでいる</p> <p>利用者本人の意向を優先し、必要に応じて家族等との連携を図っている。家族との情報共有・連携した利用者支援のために、利用者によっては「連絡帳」を活用している。利用者の状況に応じて必要な連絡や本人の状況・気づいた点等を伝え、家族等との情報共有を図り、家族等との連携のもとに支援の充実に取り組んでいる。</p> <p>広報誌や利用者に役立つ講習会や講座・教室などの案内・情報提供が行われている</p> <p>杉並障害者福祉会館運営協議会が発行している、広報誌『ふれあいやなぎくぼ』を利用者・家族等に配付し、この広報誌では全体の取り組みを含め活動の様子などの情報の提供が行われている。また、必要に応じて、利用者に役立つ講習会や講座・教室などの案内・情報提供が行われている。利用者が行事に参加する場合、家族等の参加をさらに増やしていきたいと考えている。</p>		

8 評価項目8

地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が施設を退所して地域社会で生活できるよう計画的に支援している	○非該当
●あり ○なし	2. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	○非該当

評価項目8の講評

地域とのつながりを絶えず意識した情報提供に努めている

利用者の自立支援として、地域の中で利用者が、より自立した生活(自分らしく生きること)ができるように、一方的に自立を強制することなく、利用者が自らを発見し、実現に向けた糸口を探り、ともに考えていく支援(サービスの提供)を基本方針としている。地域とのつながりを絶えず意識した情報提供に努め、社会性の確保など地域の方との円滑なコミュニケーションに向けて、日々の活動プログラムを通じて、支援に取り組んでいる。

幅広い情報が施設に集約され、随時提供がされている

杉並障害者福祉会館運営協議会によりロビーを中心に、パソコン講習会や料理・絵画・スポーツ・陶芸などの各教室の案内や各種サービス利用に関する情報提供が行われている。各種機能やサービス事業の利用はもとより、運営協議会の構成団体による各種サービスなど幅広い情報が事業所に集約され提供がされている。今後も、それぞれの利用者の意向・状態に応じたきめ細かな情報提供が期待される。

利用者が当事者としての体験等を発表するなどの取り組みも行われている

職員は、地域の「高次脳機能障害関係機関連絡会」に積極的に参画している。職員の参加のみならず、連絡会主催のセミナーにおいて、利用者が当事者としての体験等を発表するなどの取り組みも行われている。

IV 事業者が特に力を入れている取り組み

「事業者が特に力を入れている取り組み」とは、前述したように、標準項目をすべて満たしたうえで、下記のすべてを満たした取り組みである。

- ア 当該評価項目のねらいに合致した取り組みであること
- イ 当該評価項目に属する標準項目を少なくとも1つを満たしていること
- ウ 創意工夫、独自性や先進性などの観点から、利用者の選択情報や他の事業所のサービスの質の向上のモデルとして評価できる取り組みであること

当事業者における「事業者が特に力を入れている取り組み」とは、以下のものである。

評価項目6-4-1	個別の支援計画をいかしながら、利用者にあった自立(自律)生活を送るための支援を行っている
<p>利用者に応じた自立支援の充実に向けた積極的な取り組みがみられる。</p> <p>ケアプラン(施設サービス計画書)を基本として、担当する職員全員が計画に基づいた支援の実施に取り組んでいる。個人記録票の様式を改訂し、自立支援の視点および医療面のアセスメントの充実を図っている。ケアプラン(施設サービス計画書)策定の過程で、利用者・家族の希望を把握し、ケアプラン(施設サービス計画書)において利用者個別の目標とサービス内容の明確化を図り、その成果を振り返り検証するための評価欄を設けるなど、利用者に応じた自立支援の充実に向けた積極的な取り組みがみられる。</p>	

V 全体の評価講評

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者に応じた自立支援の充実に向けた積極的な取り組み
	内容	ケアプラン(施設サービス計画書)を基本として、担当する職員全員が計画に基づいた支援の実施に取り組んでいる。個人記録票の様式を改訂し、自立支援の視点および医療面のアセスメントの充実を図っている。ケアプラン(施設サービス計画書)策定の過程で、利用者・家族の希望を把握し、計画書において利用者個別の目標とサービス内容の明確化を図り、その成果を振り返り検証するための評価欄を設けるなど、利用者に応じた自立支援の充実に向けた積極的な取り組みがみられる。
2	タイトル	高次脳機能障害に関する課題解決への積極的な関わり
	内容	社会的に高次脳機能障害者への対応の必要性が増している中、地域の関係機関連絡会に参加し、積極的に活動に関わっている。連絡会でされている講座・セミナーでは、職員が事例発表をするだけでなく、利用者も当事者として発表することをサポートするなど、利用者と事業所が共に主体的に活動に参加できるような取り組みを行っている。また、パンフレットの作成では、実際にサービス提供を行う者の視点から意見を出し、分かりやすいものに仕上げることに協力し、その結果、地域住民や当事者の理解が促進されるといった効果が現れている。
3	タイトル	利用者間の相互交流を中心とした各利用者の自主性を尊重した支援の実践
	内容	一人ひとりのニーズや能力に応じてその人らしさが発揮できる活動を用意し、利用者が「楽しい、来て良かった」と思ってもらえるような場所となるように、環境整備・雰囲気作りに取り組んでいる。同時に、利用者間の「話し合い」をサービス提供の重要な要素として位置づけている。活動メニューの決定のみならず、利用者の興味がある話題の提供や利用者間の相互交流を中心として、利用者同士のグループワークを重視しながら利用者の発言の内容などにも配慮した支援に取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	人事に関する評価の仕組み構築
	内容	職員個々の意向や育成計画に沿って評価や給与等に反映される仕組み等は整備されていない。「チームで支える」ということを目指しており、更に職員の主体性や力量が求められると思われる。区からの受託事業のため、人件費等予算上の制約もあるが、職員のアンケートからも「意見等が人事に反映される仕組みが必要」との記述や昇給昇格に関する記載もあり、個人の目標設定や考課と給与との関連付けなど、人事に関連する評価の仕組みを構築し、職員の意欲向上による理念の実現に向けての取り組みに期待したい。
2	タイトル	ケアプラン(施設サービス計画書)のモニタリング・再評価に向けた取り組みの充実
	内容	ケアプラン(施設サービス計画書)を基本として、担当する職員全員が計画に基づいた支援の実施に取り組んでいる。ケアプラン(施設サービス計画書)において利用者個別の目標とサービス内容の明確化を図り、その成果を振り返り検証するための評価欄を設けるなど利用者の自立支援の充実に向けた取り組みが着実に進められている。この取り組みが確立した現在、ケアプラン(施設サービス計画書)に基づく支援の振り返りを充実させ、より一層根拠を明確にした見直し・作成につなげていくことを期待したい。
3	タイトル	手順書等関係書類の再整備
	内容	杉並区から事業を受託する際の引き継ぎ資料の中で、サービスに関する規程や手順が明確にされている。事業が移行されてから5年目に入り、改めて点検を行い整備することが必要となっている。新しく追加されたサービスや実態にそぐわない部分については、手順書等の関係資料を随時追加で作成したり、修正したりしている。それらをまとめて整理し、サービスの規定や手順について最新の情報を常に確認できるようにすることで、現在行っているサービスをより円滑かつ安定的に提供していくことを期待したい。