

平成 25 年度
福祉サービス第三者評価 報告書

社会福祉法人クムレ
生活介護
「生活介護事業所コトノハ」

2014 年 3 月 31 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
実施概要	1
I 組織マネジメント項目	3
II サービス提供のプロセス項目	13
III サービスの実施項目	18
総評	23

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成 24 年 11 月 5 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①経営層自己評価 平成 25 年 10 月 1 日～10 月 26 日
 - ②職員自己評価 平成 25 年 10 月 1 日～10 月 15 日
 - ③利用者調査 平成 25 年 10 月 1 日～10 月 15 日
 - ④訪問調査 平成 25 年 12 月 3 日～12 月 4 日

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 アンケート調査
- (2) 調査対象者数 利用者 53 名

4. 評価調査者

新津 ふみ子（組織マネジメント項目担当）
北村 とし子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）

5. 評価決定合議日

平成 25 年 12 月 25 日

6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 新津 ふみ子
- (2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子
- (3) 連絡先
NPO 法人メイアイヘルプユー事務局
〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401
電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

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 5/9
	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(○○●●)	
	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(○●)	
	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(○○●)	
	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

カテゴリー1の講評

理念・基本方針は幅広く広報しているが、パート職員への周知徹底が課題である

法人の理念、基本方針、年度スローガンを事業所内に掲示し、法人発行の広報誌、本事業所を紹介するリーフレット、またホームページなどで幅広く社会に向けて周知している。職員への周知には、法人理念とそれに基づく行動規範をまとめた冊子「ブランドブック」を配布している。事業計画は基本方針を意識して作成し、職員会議で報告・確認している。今年度から、法人主催の「階層別研修会」で、理事長が「理念」「基本方針」「今後の取り組み」などの講話をしている。今後の課題は、4割強を占めるパート職員において理解が深まる取り組みである。

課題ごとに各会議で検討して周知するが「管理者の役割」については周知に課題がある

役職含む各職員の役割は「職務分掌」とし、年度当初に職員に配布している。しかし、職員調査では、管理者は自らの役割・責任を職員に伝えているとは言い難い結果である。法人の役割、現場の管理者の役割を明確にし、管理者自身の受け止めに職員に伝えることが求められる。重要な意思決定は、法人全体の方針・計画については法人役員と各施設の管理職による「経営会議」(月1回)を頂点に、本事業所では全職員参加の「職員会議」、各班責任者の「キャップ会議」、事業計画を推進する「プロジェクト会議」で検討され、議事録で周知している。

家族に対する法人の理念・基本方針の周知について、検討が求められる

利用者・家族が法人の理念・基本方針、そして本事業所の方針・年間事業計画を知る機会は、年4回配布の広報誌が主な情報源である。ほかに、家族が主体になって「家族会」が結成され、毎月開催されているので、この家族会の機会に、人事報告、職員の紹介、行事予定の連絡などを行い、また事業計画を説明している。参加者する家族は3~4割のため、欠席者には文書で知らせている。職員調査では「理念・基本方針等についての利用者本人や家族の理解を深める取り組み」の肯定率が低い。改善に期待する。

2			カテゴリー2	
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	5/7
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●)	
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●)	
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

利用者の人権擁護や職員の行動規範について文書化し、周知する取り組みがある

守るべき規範・倫理については、法人理念とそれに基づく行動規範を文書化した小冊子「ブランドブック」を配布し、来年度からは職員各自が「志」を記載し、法人に提出することになっている。また、法人内の他事業所と合同で作成した「利用者の人権を守るためのガイドライン」を配布し、職員には携帯を義務づけている。関連法制度に関しては、関係業界などが主催する研修会などに参加し、法改正の内容などの情報を収集している。関係する法律を法人として決定し、職員に確実に周知できるように、計画的に取り組む必要がある。

情報開示による事業の透明性を意識し、本事業所ではホームページを活用・更新している

「愛され、信頼される」法人を目指し、事業運営の透明性を高めるため、情報開示に力を入れている。その一環として、第三者評価には先駆的に取り組み、その結果を法人ホームページで一部公表している。また、法人全体の決算書(財務諸表)も掲載している。本事業所では、活動内容などを随時ホームページに掲載するなど積極的な取り組みがある。一方、年4回発行する会報には、本事業所の取り組みが随所に報告されている。法人が関係機関などに配布しているが、本事業所としては、家族への配布にとどまり、配布範囲の拡大を課題としている。

関係機関との交流は進んできているが、今後さらに地域に向くことを課題としている

事業所としての地域貢献は、年1回の施設を開放する行事の開催と、大学やフォーラムから依頼を受け講義する取り組みなどがある。ボランティアの受け入れは主に行事の際であり、担当職員を配置し、取り組んでいる。地域の関係機関との連携は、地区の「人権推進委員会」のメンバーであり、この会が主催する会議や行事に参加し、幅広い関係者と交流を図っている。地区の自立支援協議会に参加し、関係機関と交流する機会もある。課題は、町会・自治会など一般住民との交流であり、管理者には「地域に向く取り組み」を充実させたい意向がある。

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 7/8
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(○○)		
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(○○○)		
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(○○●)		
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		
利用者に苦情解決制度を説明し、苦情内容は職員間で話し合い、対応している 利用契約時の「重要事項説明書」に施設内外の苦情窓口と連絡先を明示し、説明している。第三者委員2名を置くが、法人として相談すべき事項を判断し、活用する位置づけはのため、これまでに活用したことはない。現状では第三者委員を利用者に周知する取り組みはなく、委員が法人・事業所のイベントや利用者の活動場面に参加することもない。苦情・意向は、主に家庭との「連絡ノート」や直接口頭で寄せられ、管理者は内容に関係する職員、班、リーダーらと協議して対処し「意向・苦情・要望発生処理報告書」に記載の上、法人の会議で報告している。		
アンケート結果や家族会の機会を活用し、利用者の意向の把握に努めている 行事の際は利用者アンケートを毎回行い、意向を把握するとともに結果を集計して回覧し、課題として次の開催につなげている。家族会の際は、日常活動の報告や家族の意向の把握のほか、家族間の交流や家族の希望で職員が講義することもある。今回の第三者評価の利用者アンケートでは「不満・要望を事業所に言いやすいか」「不満・要望にはきちんと対応されているか」の設問で「はい」の回答は6割である。他の設問と比較すると低い割合であり、このような結果を今後どのように活用していくか、検討を期待する。		
福祉事業全体の動向の把握と分析は、法人本部が担当し、事業計画に生かしている 地域の福祉ニーズや地域の状況は、人権推進委員会や自立支援協議会の会議に参加した際に把握でき、新たな発見になるとしている。しかし、まだ受け身の状態なので、地域との関係づくり、他法人の事業所の取り組みを知る機会を持つ必要性を、今後の課題としている。福祉事業全体の動向については、理事長が中央の情報を含めて豊富に収集し、経営会議で報告して議事録として回覧されている。動向の分析は法人本部が担当し、中期ビジョンの策定と年度計画の重点項目の設定に生かしている。現場では、関連機関の情報誌などから把握している。		

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(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(0000)
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測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/4

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(○○○●)

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

年度計画で重点的に取り組むべき目標は、プロジェクトを立ち上げて取り組んでいる

中長期計画は法人が作成し、事業所では中長期ビジョンと事業部ごとの重点目標を踏まえて事業所目標を定め、年度計画を作成している。年度計画の内容は、事業所目標について設定した目標値、具体策、実行計画(実施の時期等)などで構成されている。計画に際しては前年度の活動報告を評価し、重点的に取り組む目標は、プロジェクトを立ち上げ取り組んでいる。今年度は継続プロジェクト2つに加え、新規プロジェクトを1つ立ち上げ、事業計画を作成している。各班でも事業計画に基づき班会議を開催し、班ごとに年間計画に取り組んでいる。

事業計画作成時は職員参加を基本とし、進捗状況の確認は事業部会議などで報告している

事業計画の作成時期は本部から通知される。計画作成に際して、当年度の活動評価とまとめ、そして全職員が各自提出する「改善要望アンケート」の内容を集計し、キャップ会で検討する。ここで事業所目標の視点、プロジェクトとして取り組む方向性や具体策などが討議され、管理者が文章化するプロセスである。職員調査では、事業計画作成は現場の意向を反映させた取り組みであることが確認できる。なお、計画実行のための職員の事務分掌を定めている。進捗状況を確認して事業部会議で報告し、事業所内では会議録を全職員に回覧している。

リスクマネジメントプロジェクトを設置し、事故予防に積極的に取り組んでいる

事故の発生を教訓に、今年度から「リスクマネジメントプロジェクト」を設置して取り組んでいる。毎月会議を開催し、前月の事故・ヒヤリハット報告書を集計・分析し、事例検討に取り組んでいる。事故予防対策関連の内部研修会、危険箇所のリストアップ・確認も行い、事業所内では看護師が他事業所を訪問して安全の視点から環境をチェックしている。事故発生時は即座に要因分析し、対策を講じて全職員で共有する。毎月の事業部会議では、各事業所で起きた事故等が報告され、そこから得られる教訓や気づき等は全体で共有している。

5			カテゴリー5	
5			職員と組織の能力向上	
			サブカテゴリー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			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
			8/8	
評価項目1			事業所にとって必要な人材構成にしている	
			評点(000)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している		○非該当	
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている		○非該当	
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる		○非該当	
評価項目2			職員の質の向上に取り組んでいる	
			評点(00000)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している		○非該当	
●あり ○なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している		○非該当	
●あり ○なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している		○非該当	
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている		○非該当	
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している		○非該当	
			サブカテゴリー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			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
			7/7	
評価項目1			職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	
			評点(000)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している		○非該当	
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる		○非該当	
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる		○非該当	

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-5の講評		
<p>人事制度は「キャリアパスの手引き」に明示している 人事制度としてキャリアパスのフレームワークを定め、冊子「キャリアパスの手引き」を職員に配布している。この冊子には、人材育成の方針や人材像が明示され、職務基準、階層別研修体系、人事考課制度、目標管理のしくみなど人事制度に関する取り組みがまとめられている。新規採用時に本部担当者が説明しているが、職員調査では肯定率が低い。定期採用は法人本部が担当する。本事業所内の役割分担や班の担当者は、年度末に全職員が記入する「改善・提案アンケート」、本人の希望・資格などを勘案し、キャップ会で検討の上、決定している。</p> <p>法人の理念・基本方針に沿って、職員の成長を支える「目標管理」のしくみを整えている 法人の理念・方針、中期ビジョン、さらには事業所の目標が、職員一人ひとりの業務目標に連なる「目標管理」のしくみを整えている。階層ごとの役割と、それに応じた法人全体の職員研修体系を整備し、目標管理制度と一体的に運用している。職員の自己申告に基づく目標の設定とその評価のため、上長・管理者との面接を年2回行い、本人の意向と組織の意思をすり合わせ、個別育成計画に反映させている。新任職員を組織的に指導・育成するしくみを整え、チューター役の職員(各班のキャップ)が所定の「OJTチェックシート」などで新人教育にあたっている。</p> <p>全職員が業務や支援について提案しやすい職場の環境づくりに取り組んでいる 職員会議、キャップ会、事業計画を推進するプロジェクト委員会など、職員間で業務や支援について話し合う機会を充実させ、活発な意見・提案がしやすいようにしている。職員調査でも「気づきや互いに学ぶ機会がある」「研修への参加」の評価は高い。また、非常勤の嘱託職員が長期にわたって就業して、支援現場の戦力になっているが、今年度から嘱託職員の提案を受け、食堂で昼休みを活用した「カフェ」を始めている。なお、記録などに使う残業時間が多いことを問題とし、勤務時間の変更などに取り組んでいるが、管理者にはさらなる改善の意向がある。</p>		

7			カテゴリ7	
7			情報の保護・共有	
			サブカテゴリ1(7-1)	
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			5/5	
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(000)	
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(00)・非該当2	
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>職員間の情報共有と情報の活用のしやすさを課題とし、改善に取り組んでいる</p> <p>機密情報や個人情報は事務室内の施錠可能な書庫に保管している。パソコン上の情報管理は、個人パスワードが設定され、役職等に応じてアクセスできるシステムとしている。管理者は、非常勤職員との情報共有を課題とし、必要な文書をコピーし、回覧している。コピーした情報は、課題ごとにファイルし、付箋を貼って保管するなど、必要な情報の取り出しやすさに配慮している。今後は、それらファイル資料のリストを作成する予定である。資料類は毎年更新し、利用者支援に関する情報は2年間の保存を基本に管理している。</p> <p>個人情報の利用目的の明示をはじめ、取り扱いについて改善が期待される</p> <p>法人として「個人情報の取り扱い方針」を定め、利用契約時に説明している。しかし、重要事項説明書には個人情報保護に関する項目はなく、利用契約書では、開示請求への対応方法の記載にとどまる。ホームページでは、個人情報の適切な収集・利用・提供について「利用目的を特定し、通知または公表し」と明記しているが、本事業所では確認できなかった。現状は、広報誌などに写真など個人情報を掲載することについて、契約時に確認書を取り交わしている。個人情報保護法の趣旨を踏まえ、利用者にもわかりやすい内容になること期待する。</p> <p>個人情報保護に関して、職員に対する周知徹底が期待される</p> <p>厚生労働省「個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を職員に回覧して周知を図り、また今回は学習会も実施している。しかし、職員調査では「個人情報に関する規定の明示」については、職員に周知できていない結果であり、管理者は個人情報に関する取り決めやマニュアルがないことを改善点として認識している。改善の目的を明確にして、継続的に取り組むことが期待される。なお、実習生に対しても、オリエンテーション時に個人情報の保護とその取り扱い方法を説明し、法令遵守について誓約書を交わしている。</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		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>事業所の情報は、主にホームページで伝えている</p> <p>広く社会に向けて事業所の情報を伝える際には、ホームページをその媒体としている。ホームページは、法人本部の広報委員会(当事業所より職員2名が参加)を中心に作成している。法人の理念、施設名称の由来、職員体制、サービス内容などを、わかりやすさに配慮して情報提供している。当事業所では、常に新鮮な情報提供を行うこと重視しており、利用者の活動の様子も「新着情報」として掲載している。</p> <p>広報誌は、法人の関係機関や当事業所の関係団体などに広く配布している</p> <p>紙媒体の情報提供手段として「リーフレット」を作成している。リーフレットは、主に見学者向けに作成されているが、地域の「障害者フェスタ」などの行事で配布することもある。障害者の特性を読み手に伝える視点から、管理者はわかりやすさに課題があると認識している。法改正を受け、改めてつくり直す計画があり、その際は改善したい意向である。一方、法人発行の広報誌「ふれあい」は、行政や相談支援センターなどに広く配布し、また当事業所からは、日々の活動を通して関係のある事業所・企業など6社に配布している。</p> <p>見学者への説明は、内容の標準化を図ることで職員による対応も可能にしている</p> <p>基本的に、問い合わせ・見学には管理者が対応しているが、不在時に備え、職員全員が対応できるように、利用者数、職員体制、活動内容など事業所の最新情報を共有し、説明内容の標準化を図っている。特別支援学校の生徒が利用を前提に見学する場合は、事前に学校側と見学者について打ち合わせをして配慮している。見学者には「リーフレット」などで説明したのち、班の活動状況を主な見学内容として、所内を案内している。多くの事業所を見学してから通所先を決めるよう助言することもある。利用者には、朝礼で見学者のあることを知らせている。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
評価	標準項目	
●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(〇〇〇〇)
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2の講評

特別支援学校の卒業生の場合、関係機関等の「ケア会議」で利用目的などを検討している
 サービス開始に至るプロセスは、特別支援学校の卒業生の場合、見学後2～3日間の実習を経て、利用者・家族、特別支援学校教員、相談機関、サービス提供事業所(複数の場合あり)による「ケア会議」で、サービスの利用目的などについて話し合われる。通所開始の初日に、利用者・家族に対して「重要事項説明書」でサービスの基本事項について全般的な説明を行うが、特に利用料金、緊急時の医療体制は丁寧に説明している。説明後、通所回数・通所方法などを決定し、契約している。

開始後3カ月は「慣れること」を主な目標に暫定の個別支援計画が実施される
 保護者から提供される「利用申し立て書」「現在の生活状況と本人・家族の要望書」の内容をもとに利用者と面談し、支援に必要な本人情報を把握している。上記の「要望書」の項目は多岐にわたるが、保護者の力量に応じた記述内容となって、サービス提供する立場からの加筆は見られない。事業所の方針で、サービス開始後3カ月は暫定の個別支援計画が実施される。目標は「まず事業所に慣れること」とし、情緒の安定、障害特性に合わせた支援方法や作業などの4項目を設定している。今後は、安全面への配慮について明確化することが望まれる。

サービス開始前の生活に配慮し、利用者特性に応じて班活動を支援している
 利用開始の環境変化に伴う不安を最小限にするため、開始前の生活に配慮しながら、利用者特性に応じて活動班を支援し、少しずつ周囲に慣れることを目指しながらサービスを開始する。一方、サービスの終了は、他の事業所に移行することによる。移行方針が決まると、移行先が法人内事業所の場合は、共有するフェイスシートで利用者情報を申し送る。また、他の法人の事業所の場合は、相談支援を行う法人内事業所を中心に情報提供している。いずれの場合も、移行先事業所と会議や訪問を重ね、6カ月前後をかけて緩やかに移行できるよう丁寧に支援している。

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	10/10
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(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当	
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当	
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当	
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当	

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)
---	--	---------------

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する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

「個別プラン付表」によって、年度末に利用者の現状を把握し、アセスメントしている

利用開始後3カ月は、家族提供の情報をもとに暫定の個別支援計画が実施される。その後、3カ月間の状況観察内容や記録等の情報をもとに、担当支援員が課題を抽出して個別支援計画を作成している。その後も、3カ月ごとに「個別中間援助評価表」で個別支援計画を振り返る。さらに、年度末には、心身機能の状態、基本的な生活状況などの利用者情報が項目化されたフォーマット「個別プラン付表」を使用して、全体的な状況についてのアセスメントを行っている。「個別プラン付表」を使用した利用者の現状把握とアセスメントは、毎年度末に実施している。

個別支援計画は、利用者・家族の要望を受けて「班会議」で確定される

個別支援計画では、利用者・家族の要望を尊重して年間目標が設定される。要望は、担当職員が家族の「要望書」や面談内容から把握している。把握した内容を「班会議」で協議し、管理者の確認・承認を経て、個別支援計画および年間目標として確定される。見直しは例年9～10月に行い、変更がなければ年度末に更新となる。年度末の現状把握とアセスメントに使用される「個別プラン付表」の項目は、基本的な生活習慣、社会生活、余暇、日中活動など多岐にわたるが、今後の課題はそれらを活用・分析してニーズを明確化し、支援計画を作成することである。

「連絡ノート」や送迎時の家族からの情報は、班ごとのメモに集約され申し送られる

個別支援計画が新規に作成された場合は、職員会議、班会議、回覧によって全職員に周知される。日々の支援内容はパソコンに入力・記録するが、特記事項については、パソコンの機能によって「申し送りノート」と内容が連動するしくみになっている。家族が記載する「連絡ノート」の内容や、送迎時に家族から直接得た情報は、班ごとの「メモ」として事業所内で集約され、朝・夕礼時に職員間で申し送られる。非常勤職員は、職員会議や班会議に参加しないが、議事録の回覧や口頭によって、利用者状況などの支援に必要な情報が伝達されている。

	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 6/7

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●)
-------------------------------------	--	----------------

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外とやりとりする必要が生じた場合には、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(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、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、組織的に予防・再発防止を徹底している	○非該当
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当

サブカテゴリ5の講評

個人情報の公開(写真の掲載、健康診断結果の開示など)には、文書で同意を得ている
 利用者の個人情報を外部などとやり取りすることに関して、あらかじめ文書等で同意を得ていない。しかし、ホームページや機関誌などに顔写真や利用者の創作品を掲載したり、健康診断結果を開示する場合は、そのつど文書(同意書)で確認している。法人・事業所には、個人情報保護の理念や基本方針などを明示して利用者・家族に対して説明し、契約することが求められる。一方、利用者の私物に触れるときは声をかけ、排泄・入浴等の直接支援には同性介護を基本方針とするなど、プライバシーや羞恥心に配慮した支援が行われている。

利用者の意思は尊重する方針であり、利用者の反応を把握して意思確認している
 利用者の意思を尊重する方針であり、支援のつど意思確認を行っているとしている。利用者の多くは言語による意思表示が容易でないが、職員は日常的な支援を通じて、利用者の示す行動・反応に基づき諾否などの意思を確認している。利用者と向き合い、発する言葉を聞き取って意思を確認することもある。写真を示して選択してもらうなどの把握方法を工夫するとともに、支援の拒否も受容している。利用者・保護者の価値観や生活習慣は「特性シート」(利用者特性を記録して個別対応方法を統一するシート)で把握し、意思確認に基づく支援につなげている。

利用者の人権擁護には「人権プロジェクト」の設置などで取り組んでいる
 利用者支援の柱の一つに「人権プロジェクト」の設置があり、それによって職員の人権擁護意識の向上に取り組んでいる。昨年度は、取り組みは事業所内にとどまらず、家族会でも虐待防止の勉強会を開催した。法人内事業所と共同で「人権を守るためのガイドライン」「ルールブック」も作成している。職員には、利用者の呼び方やプライバシーについてスローガンを決めて、毎月掲示して周知している。しかし、職員による利用者への不適切行為はいつでも起こり得るものと認識し、事例検討、グループワークなどの実践的取り組みで学びを深めるよう期待したい。

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	8/11
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(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. 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(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

「緊急時」「感染症」への対応策や職種ごとの業務手順は文書化されている

食事・排泄・移動など基本的生活の支援、社会生活の支援などを文書化した「職務遂行要領書」などは整備されていない。現在、これらの具体的な支援内容の標準化を課題としている。一方、看護師・支援員の各勤務帯の業務の流れ、活動班ごとの役割のほか、緊急時マニュアル(避難誘導、所在不明・怪我・てんかん発作時の対応など)や感染症対策マニュアルなどは文書化されている。ベテラン職員(特に非常勤職員)の経験値で支援が適切に実施されてきたことは推定できるが、改善・充実のため、職務遂行要領の標準化を目指した取り組みに期待する。

職員による工夫として、非常勤職員による「カフェ」の運営を始めている

業務の見直しは「随時」とし、その基準は明確とは言えない。しかし、見直しに利用者・保護者や職員の意見・提案は受け入れる方針である。職員の意見は、職員会議をはじめ毎日のミーティングから把握し、保護者の意見の把握は家族会等がその機会である。今年度から、非常勤職員が提案して食堂での月2～3回の「カフェ」(非常勤職員が担当)を始めた。利用者の嗜好に合う飲み物や簡単な菓子を用意し、昼休みに利用者が落ち着ける居場所となっている。カフェの副次的な効果として、チケットで飲食物を購入する社会体験の機会になっていることがある。

利用者の安全確保のため、班同士で互いの活動室を点検する取り組みを始めている

サービスの基本事項等は、変更点も含め、職員会議、朝・夕礼で周知している。非常勤職員は、職員会議録の回覧で変更点を知ることができる。利用者の安全確保に関しては、法人内の他の事業所を訪問して危険箇所などを点検し、また各事業所内では、班同士が互いの活動室の安全点検を実施して、全体の安全意識を高める取り組みを始めている。安全点検は所内にとどまらず、散歩先の公園でも実施している。なお、先輩・管理者の指導は、新人職員にはチューター制が機能するなど、職員はいつでもOJTなどの指導や相談も受けられる体制である。

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 18/22	
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(○○●●)	
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>利用者が望む地域での「自立生活」を実現するため、必要情報を検討するよう期待する</p> <p>利用者の活動は、基本的に個別支援計画に基づいて支援される。さらに、班ごとの活動には、月間・週間支援計画により、音楽療法やアート活動が予定されている。個別支援計画では、利用者の要望を大切にしながら自立に向けた課題を設定し、買い物、自販機の使用など身近生活の自立が支援されている。今後は、家庭での利用者の生活状況を把握して自立のための具体的なニーズを明確化し、家庭での生活が困難になった場合も地域生活を継続できる対応策を検討するなど、幅広い視点から必要な社会資源について情報提供することが望まれる。</p> <p>障害特性に応じた「コミュニケーション方法」を検討し、意思疎通を図っている</p> <p>支援の基本であるコミュニケーションについては、利用者の特性に応じて工夫している。利用者との意思疎通を課題に、今年度から「特性シート」を試行しており、特性シートを用いて障害特性に応じた利用者ごとの統一した関わり方を職員間で検討し、取り組んでいる。例えば、写真、イラスト等を提示するほか、指差し、筆談、単語のみの短いセンテンスでの会話や、うなずく、首を振るなどの行動への反応により利用者の気持ちを察するなどの関わり方を「特性シート」に明示し、意思疎通を図った上で支援を進めるとしている。</p> <p>重度の知的障害者では「共にいること」が仲間意識づくりにつながると考えている</p> <p>社会生活を送る上で適切な対人関係は不可欠であり、まず周囲との関係づくりが大切である。そのため利用者同士、利用者－職員間の関係づくりを重視し、必要に応じて相談などに応じる支援を行っている。障害程度区分5～6度の重度の利用者が多い班は、相互のコミュニケーションが取りづらくなるが、その場合も音楽療法などの班活動を通じて、利用者同士が仲間意識を持てるように支援している。なお、障害特性に伴う癖などで隣の人を打つなどの他害行為もあるので、その際は場面を変えてクールダウンさせるなど、職員は適切な支援に努めている。</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(○○●●)	
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

文化活動などを通じて、利用者が主役になれる機会をつくっている

利用者は、身体機能や障害特性などを考慮した活動グループ(班)に所属し、通常の日中活動は班ごとに行われる。活動メニューには、生産的活動としては受託作業のフルーツネット作業、箸入れ作業などが、文化活動として音楽療法、陶芸、絵画などがある。特に、班を超えたアート活動(絵画、陶芸)への参加は、職員の支援で利用者が主体的に取り組めるように配慮している。また、音楽療法の集大成として、家族や地域に向けた成果の「発表会」を開催し、利用者が主役になれる機会を設けている。朝・夕礼の進行役を利用者が務める班もある。

利用者の意向を反映させたルールづくりについて、検討を期待する

今回の評価では「事業所内のルールを決めるにあたって、特に利用者の意向を汲み取り、反映することはできていない」と管理者層は自己評価している。喫煙のマナー、携帯電話の使用時間、通所時の持ち物の管理、休憩時間の過ごし方、ホールの活用方法など、事業所内にはさまざまなルール・取り決めがあるが、多くの事項は事業所主導で決められている。班によって朝・夕礼で進行役を担当する利用者もいるので、能力に応じて利用者同士が話し合い、自らルールを決めてそれを守ることで社会性の育成にもつながるように、今後の取り組みに期待する。

活動室は居場所として落ち着けるように構造化されているが、食事の環境には課題がある

事業所内の共用スペースは外注の清掃員によって毎日清潔にされ、活動室についても利用者にとって危険なく安全に活動できるように、利用者が通所する前に班担当職員が床清掃などを行っている。活動室の中央には作業用テーブルが置かれ、周囲はパーテーションで区切り、利用者一人ひとりが作業に集中し、居場所として落ち着けるように構造化して固有のスペースをつくっている。昼食の際は食堂に移るが、ステンレス製の食器(箱型の小鉢)は家庭では使用されていないもので、違和感を覚える。利用者の普通の暮らしを支える観点から早期改善を望みたい。

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

家庭からの情報把握と早期発見の取り組みなどで利用者の健康維持に努めている

利用者の健康維持は、毎日の検温、毎月の体重測定、毎年の健康診断などを制度化して整えている。毎日の健康状態は、保護者が記載する連絡帳、送迎時の家族からの口頭連絡、通所時の状況観察などで把握している。通所中の食事量、水分摂取量、排泄の様子などは連絡帳で引き継ぎ、事業所と家庭の双方向で、利用者の健康維持を支援している。看護師は、健康チェック表、家族からの情報をもとに事業所内をラウンドし、気になる利用者については担当職員に助言しながら、異変などの早期発見に努めている。

訪問による健診や歯科診療など、地域の医療機関との連携体制を整えている

利用者の健康診断の結果は、保護者から事業所への開示許可を得ており、その結果に応じて、例えば栄養過多の利用者には食事指導など適宜の支援を利用者・保護者に行い、必要時には受診を勧めている。健診担当の医療機関は、利用者の特性に配慮し、事業所まで検診車で訪問して健康診断を行っている。また、口腔衛生の指導のため、歯科医師が事業所まで毎月往診している。てんかん発作を起こす利用者も多いので、それぞれの状況は家族からの情報でよく把握するようにしている。てんかん重積発作などで医療機関へ通報する際の基準はマニュアル化している。

服薬管理は看護師の役割として、誤薬防止に取り組んでいる

利用者の服薬管理は看護師の役割としている。家庭から持参した内服薬は、看護師が保護者からの「服薬依頼書」を確認して医務室で預かっている。医務室からは、班ごとの「服薬ファイル」で食堂に持参している。服薬介助は、班の担当職員が「声出し確認」を行って実施する。服薬後の薬包は、再び医務室まで戻してもらい、服薬が実施されたことを看護師が確認している。服薬内容の変更は、家庭からの連絡帳や処方箋から看護師が把握している。また、症状に応じて使用する頓服薬など「預かり薬剤」の使用期限についても、常に注意を払っている。

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

家族との協力体制のなかで「利用者の意向」を把握する方法の検討を期待する

通所施設のため、日常的な家族との協力関係は重要である。利用者支援は、本人の意思を尊重する方針で臨んでおり、家族等との協力についても本人の意向の把握に努めながら支援する姿勢である。しかし、現状ではほとんどの場合が家族を通じての意向の把握である。今年度からは利用者一人ひとりのコミュニケーションの特徴などをまとめて把握するための「特性シート」の活用を開始した。このような取り組みを拡大し、家族への連絡や連絡帳の使用についても、利用者と相談したり、利用者の意向を汲む機会として活用できるよう改善・検討を期待する。

家族と事業所の双方向の連携ツールとして「連絡表」を使用し、支援に活用している

「連絡帳」で家族と事業所間の双方向の情報交換をしている。また、送迎時も相互の情報交換の機会にしている。事業所は「連絡帳」に日中活動や健康状態などを記載し、家族は家庭での過ごし方や健康状態を記載する。事業所は、活動の月間予定表を毎月配布している。機関誌「ふれあい」を毎月配布することで、法人全体の動向も知らせている。毎月(一昨年度まで隔月)の「家族会」には職員も参加し、事業所の現状を伝える機会としている。家族の入院などで送迎が困難などの情報を得た際は、事業所が送迎対応するなど可能な範囲で支援している。

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

利用者・家族への地域情報の提供について取り組みが始まり、今後に期待が持てる

地域情報は、自治体発行の広報誌、法人内の他の事業所、職員が持ち寄るタウン情報誌で得ている。収集した地域情報はチラシの形にまとめて利用者・家族に適宜提供している。地域の情報で、家族と大学祭に出かけたこともあった。公民館の幼児のワークショップで、利用者がアート活動で得た技法の紙を用いた表現を指導したが、これも職員からの情報によってであった。今年度は事業所目標に「地域移行」を掲げ、そのための利用者・家族への地域情報の提供についてプロジェクトを結成して検討するという。取り組みに期待する。

事業所のさまざまな活動を通して、利用者の社会参加の機会が増している

自立に向けた課題に取り組むにあたって、利用者にはさまざまな地域資源を活用する機会がある。例えば、調理活動のために食材を購入する商店があり、また少グループによる外出には公共交通機関を利用している。事業所の活動の柱であるアート活動の取り組みから、利用者の作品を外部で展示する機会を得て、さらに発展して商品化し、販売するなど社会参加した例もある。外食に出かけた飲食店でのメニューの選択、マナーの習得などの体験も、社会的な生活スキルの獲得につながっている。

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(○○○●)

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

個々の利用者の支援目標に沿って、日中活動の充実を課題に取り組んでいる

障害特性や身体機能など個々の利用者の状況に応じて4つの班で活動している。各班活動では、支援目標に沿って、フルーツネット作業、箸入れ作業などの生産活動や、アートの創作活動をしている。今年度は、日中活動の一層の充実を期して、3年計画のアートプロジェクトとして「シルクスクリン製作」を立ち上げた。目的は、アート(絵画・陶芸など)を媒体に利用者の持つ力を外部に発信することであり、地域で作品の展示会も開催している。利用者の作品を「Tシャツ」などに加工して商品化し、その販売ルートの拡大に取り組む意向もある。

利用者が主体的に行動できるように、工夫して支援を行っている

利用者は、職員による最小限の見守りのなか、身の周りの整理などはできるだけ自立して行うことにしている。活動室では、班によって違いはあるが、その日の活動予定を掲示するとともに、利用者ごとに取り組む内容を写真・文字などで示し、利用者が主体的に次の活動に移れるよう支援している。職員は、利用者の活動スペースに使用する物品(画材など)を準備するなどして、利用者が混乱しないように、さりげなく支援している。自立に向けた課題の実践例として、買い物、自動販売機の利用などの支援をしている。

利用者の状態やペースに合わせて支援する方針である

入浴支援を行っている利用者は、事業所の浴室構造や職員配置から現在1名であるが、状況を判断し、他サービスの利用を紹介することもある。排泄支援は、利用者のレベルは「見守り」から「全介助」まであり、状態に合わせて支援している。食事は、同じ法人の他事業所の作業療法士、言語療法士、栄養士のアドバイスで「きざみ食」「ソフト食」を提供し、全介助の利用者には職員が1対1で対応している。調理は隣接の児童施設で行うが、味つけ・量は成人用にアレンジしてもらっている。2カ月ごとに支援員と栄養士が献立などを協議している。

<特に優れていると思われる点>

1、年度計画作成に際し重点的に取り組む課題を判断、プロジェクト立ち上げて積極的に取り組んでいる

年度計画の策定に際し前年度の活動報告を評価、そして重点的に取り組むべき課題はプロジェクトを立ち上げて積極的に取り組んでいる。今年度は2つの継続プロジェクトであるアートプロジェクトと人権プロジェクトに加え、新規にリスクマネジメントプロジェクトを立ち上げている。各プロジェクトは年間計画を立て、定期的に会議を持ち実践し評価をしている。計画が適切に実行されている背景は、年度計画作成に際し、当年度の活動の評価をまとめ、そして全職員が提出する「改善要望アンケート」を集計し、キャップ会で検討する。ここで事業所目標の視点、プロジェクトとして取り組む方向性や具体策などが話され管理者が文章化するプロセスを踏んでいる。計画を実行するための役割は職務分掌で明らかにし、進捗状況の確認は事業所内ではプロジェクト会議で確認、会議録を回覧するなど共有している。職員自己評価でも計画作成にあたって現場の意向が反映されていることが確認できる。

2、アートプロジェクトを立ち上げ、生産活動、創作活動を充実させている

アートに関するプロジェクトは、アート(絵画・陶芸)を媒体として利用者が持つ力を外部に発信する、エンパワメントの機会になるという明確な意図をもって立ち上げられた。今年度日中活動のより一層の充実を期するため、3年計画でアートプロジェクトのシルクスクリーンを立ち上げアートを利用してのものづくり、さらに販売ルートの開拓を目標としている。すでに商品化されたものもあり、利用者の活動を広げるきっかけにもなっている。

3、リスクマネジメントプロジェクトを立ち上げ、法人内他事業所の応援を活用するなどし、事故予防に積極的に取り組んでいる

事故発生を教訓に、今年度からリスクマネジメントプロジェクトを立ち上げ積極的に取り組んでいる。毎月1回開催、前月の事故・ヒヤリハット報告書の集計・分析、事例検討などの取り組み、事故予防や対策に関する内部研修、危険個所のリストアップと確認している。また特筆すべきこととして、法人内・自立支援事業部内では看護師が他事業所を訪問し、安全性の視点から環境面をチェックするなどがある。そして、事故発生時は即座に要因分析をして対策を講じ全職員で共有すること、また毎月の自立支援事業部会議で報告され他事業からの報告を受け止めそこで得た教訓や気づきを全体で共有し

ている。

<改善が必要と思われる点>

1、サービス開始時のアセスメント情報の把握と確認の適切性に期待する

当事業所では、利用者の初期支援は3か月間の利用をめどに作成した暫定計画で実施される。暫定計画作成のプロセスにおけるアセスメントは、利用者・家族から提供を受ける「利用申したて書」「現在の生活状況と本人・家族の要望書」をもとに面談で情報を得ている。しかし「要望書」等へは面談した職員の加筆は見られず、「アセスメントシート」が事業所の手で作成されているとは言えず、利用者の状況把握は家族の力量に依拠しており客観性に乏しい。アセスメント情報として、利用者の在宅での生活状況を直接的に見て聞くという必要はないのだろうか。ぜひ検討してもらいたい。

2、利用者が主体的に活動できる機会として「自治会」活動を提案する

利用者は、「身体機能」「障害特性」などを考慮した4つの活動グループに所属し、日中活動は班ごとに実施している。活動グループによっては、職員の支援を受けて朝礼・終礼で、利用者が進行役を担っている。今まで利用者による「自治会」は設けてこなかったが、利用者の状況に勘案しての開催は可能と考える。利用者が「自分自身のことは自分で決める」。事業所での活動上、利用者同士お互いが守るべきルールを決めるという自己決定の機会が増すことは、利用者の主体性発揮の好機でもあり、支援する側からは、主体性の尊重につながる。可能性のあるグループからはじめるなどの工夫により「自治会」活動の開始の検討を期待したい。

3、食事の提供に関するさらなる検討

食事に関する取り組みは、食形態は作業療法士の助言を受け、また同敷地内にある法人内他事業所の栄養士、言語療法士からも必要に応じ助言が得られ、刻み食やソフト食などを提供、全介助の利用者にはマンツーマンで対応するなど安全性に配慮している。調理は隣接する障害児通所支援事業所の厨房で調理されるが味付けや量は、成人用にアレンジしている。このような配慮は認めるが、やはり、ステンレスの食器は気になった。食事に関する職員自己評価は肯定率が高い。食事に関する見解は個人の食生活が影響し、また支援上の慣れが生じやすいとも思われる。前回23年の第三者評価でも改善点として挙げているが、再度の検討を期待する。