

**「福祉サービス第三者評価を準用した調査」結果報告書(平成20年度)**  
**(東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助)**

社会福祉法人武蔵野会  
 八王子生活実習所 施設長 山内 哲也 殿

郵便番号 162-0825

所在地 東京都新宿区神楽坂2-4 結城ビル4F

評価機関名 特定非営利活動法人 NPO人材開発機構

認証評価機関番号 機構 02 - 005

電話番号 03-5206-7831

代表者氏名 理事長 水谷 正夫

以下のとおり調査を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	担当分野	修了者番号
	① 経営	H0402001
	② 経営	H0701003
	③ 福祉	H0602054
	④ 福祉 経営	H0202080
	⑤	
⑥		
福祉サービス種別	生活介護	
	(旧体系 知的障害者通所更生施設)	
調査対象事業所名称	八王子生活実習所	
事業所連絡先	郵便番号	193-0931
	所在地	東京都八王子市台町1-24-7
	電話番号	042-623-1630
事業所代表者氏名	施設長 山内 哲也	
契約日	2008 年 10 月 28 日	
利用者調査票配布日(実施日)	2008 年 12 月 19 日	
利用者調査結果報告日	2009 年 1 月 16 日	
自己評価の調査票配布日	2008 年 11 月 10 日	
自己評価結果報告日	2009 年 1 月 16 日	
訪問調査日	2009 年 1 月 23 日	
調査結果合議日	2009 年 2 月 21 日	
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	昭和39年4月に知的障害者通所更生施設として、東京都が設置・運営していた「八王子生活実習所」を、平成19年4月1日に社会福祉法人武蔵野会が東京都より運営を移譲され、同時に障害者自立支援法に基づく通所による「生活介護」事業としてスタートした。さまざまな障害を持つ重度の利用者の多い状況から、言葉や意思表示による想いを評価者のみで汲み取ることは困難であったため、必要に応じ職員のフォローにより「聞き取り方式」で利用者調査を行った。なお家族にも送迎サービス等、30数項目に亘るアンケート調査を依頼した。	

調査対象

利用者現員42名「男性18名(43%)、女性24名(57%)」、平均年齢男性33.7歳、女性33歳の利用者のうち、「調査票」に基づく意志表出が可能と思われる利用者を調査対象とした。

調査方法

朝の会、帰りの会でも日常的に使用している「食堂」と2階の活動の場を聞き取り場所として、活動等の話題をしながら「聞き取り」方式で行なった。なお、利用者の状態に応じて職員に傍からサポートを得て実施した。

利用者総数

42

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
0	6	6
0	6	6
0.0	14.3	14.3

利用者調査全体のコメント

「通所生活介護」事業所としての「八王子生活実習所」では、5台の車両でドア・ツー・ドアによる送迎を行っている。送迎車両は、朝は午前9時、夕方は午後4時に施設を出発し、1時間を超える1つのルートを除き凡そ1時間程度で運行している。通所している午前10時～午後4時の時間帯には、利用者の行動特性や心身の機能別等により4グループ「宙(そら)・海・風・星」編成で、一人ひとりのニーズに応じたサービスを提供している。利用者聞き取りを行なうにあたり、緊張感や普段の活動環境等に障ることのないように、朝・夕の会でも使用している食堂と2階の一部作業等を行っているグループの部屋で、必要に応じ職員のフォローを得るなどして「聞き取り方式」で利用者調査を行った。調査に応じられたのは6名で、「はい」等の選択や意思表示等があったものの、コメントはほとんど聞かれなかった。なお家族にも送迎サービスや日常的活動、支援計画等、30数項目に亘るアンケート調査を依頼して、30名(7割超)の家族から回答を得て補足資料とした。家族のアンケート結果は、連絡対応や送迎、或いは職員の言葉遣いや態度等に高い評価を得ており、9割の家族が総体的に「満足」との回答であった。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の時間は楽しんでいるか	6	0	0	0
コメントに「から揚げおいしかった」、「カレーが好き、豆腐が好き」、「肉好き」、飲み物の名を次々に挙げる方もみられた。また問いかけに「頷き」や「所作で」意思を表出していた。施設では、栄養バランスのある美味しい食事に加え、常に改善に努め、咀嚼や嚥下等に対応した食形態の食事を業者委託で提供している。家族へのアンケートでも6割超の方が「満足」としており、「子どもが毎朝、メニューを読んで、明日は〇〇だと教えてくれる」或いは「献立を見た限りでは内容は良いと思う」、「親も昼食を食べてみたい」等が挙げられていた。				
2. 活動は楽しいか	5	1	0	0
得意顔で「陶芸でへび作った」、「みんなで仕事楽しいです、毎日休まないで来ています」などのコメントや、午前中の散歩から帰った利用者が「散歩、タンホボ採って来た」と言いながら洗面台の所のコップを取ってきて、作業テーブルの上に飾り、職員が声かけしながら昼食の配膳等の準備をする場景がみられた。日中活動は利用者の希望や特性によって選択できるようにしている。家族へのアンケートでも8割超の方が「満足」としている。なかには、「土曜通所もありありがたいが、利用時間を長くしてほしい」との希望もみられた。				

3. 利用者は必要なときに支援を受けているか	5	0	0	1
<p>評価者は、ペンの袋入れや缶つぶし等を行っている利用者の傍らで、関心を寄せる風情を見計らいながら調査票を基に話しかけをして、5名の方が「はい」を選択したものの、関心を示さない方もみられ、コメントは少数のため記載を省略する。施設では、「できる限り自分の力で」を基本に過剰な支援を行わず、個々の自主性を育むことに努めている。</p>				
4. 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	0	0	0	6
<p>事例や言い替えをしながら話しかけをしたが、誰も感心を示さなかった。施設では個人情報保護法やマニュアル等の整備はもとより、マナー向上委員会や支援介護ブックなる教育テキストを独自に作成して、不適切な対応等について具体的事例を挙げ、現任教育を行うなどして利用者を尊重した支援に重点を置いた取り組みをしている。家族へのアンケートでも7割の方がプライバシーは守られているとして、「内部のことはわからない」、「良く教育されていると思う」、「子どもを人間として、大人として対応してくれる」等が挙げられていた。</p>				
5. 利用者の気持ちは尊重されているか	2	0	0	4
<p>「大切にされていると思う」とした2名の方以外は、関心を示さず、コメントはなかった。倫理綱領や職員行動規範、支援介護ブックに基づく職員研修などを行っており、温かい声かけ、笑顔や優しさなど、利用者個人を尊重した支援に努めている。</p>				
6. 職員の対応は丁寧か	3	0	0	3
<p>「丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか」の設問を言い替えをするなどして話しかけ、「みんな親切」だとして3名が「はい」を選んでいても関心を示さない方もみられた。家族へのアンケートの職員の言葉遣いや態度に関しては9割超の方が「気になることはない」として、「よくやっている」或いは、「言葉遣いや態度が丁寧すぎる」といったようなことが挙げられている。</p>				
7. 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	0	0	0	6
<p>全員が「無回答」であった。施設では、昨年来、利用者へのサービスはケアマネジメントのプロセス管理の定着を重点に取り組んできた結果、利用者一人ひとりに応じた支援計画策定とケアマネジメントプロセスの基本的な枠組みができた。家族へのアンケートにおいて、支援計画について職員や施設長と話したことがあるとした方が7割超、話してないとした方が3割弱という数値を示していた。</p>				
8. 【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ついての説明はわかりやすかったか	1	0	0	0
<p>該当者1名につき記載省略。</p>				
9. 【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	0	0	0	0
<p>該当者なし。</p>				

10. 不満や要望を事業所や職員に言いやすいか	3	0	0	3
何時でも、何処でも、どんなことでも、「自分の思い」を職員に伝えられると意志表示のあった方は3名であった。				
11. 利用者の不満や要望はきちんと対応されているか	3	0	0	3
前の設問に対する意思表示と同様の状態であった。				
12. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか	0	0	0	6
利用者や保護者の相談や苦情申し立てがしやすいように、玄関に意見箱の設置や苦情解決規程を掲示するなどして、保護者会でも折りあるごとに利用することを勧めている。また、重要事項説明書でも施設の相談窓口をはじめ都の関係窓口を紹介している。家族へのアンケートでも7割超が「言いやすい」として、「できないは別として良好な関係と思う」、「何事も真剣に対応してくれる」、「個別には言いにくい」といったような意見も挙げられていた。				

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	
	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	
	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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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) <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	【A+の取り組み】 <span style="float: right;"><input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし</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( <b>A+</b> )</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	【A+の取り組み】 <span style="float: right;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</span>	
	理念に基づいた事業運営を行うために、施設長は事業所の職員用「支援介護ブック」をテキストとして理念研修を実施している。さらに、職員に毎月渡している「施設長の手紙」において、理念や行動規範、事業所の支援方針について説明して理解を求めている。また、施設長は、長期的な観点から事業所の置かれた環境や現状を経営分析しており、事業所の長期ビジョン(将来展望)、地域3か年計画、経営方針に係る考えを職員に具体的内容にして、「施設長の手紙」や職員会議等で説明して事業所の地域での役割や方向性について理解を得ている。	

<b>評価項目3</b> 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		評点( <b>A</b> )
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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る	<input type="radio"/> 非該当
<b>【A+の取り組み】</b>		
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
<b>カテゴリ1の講評</b>		
<b>理念と行動規範・倫理綱領の理解と徹底した実践</b> 法人理念「自分を愛するように、あなたの隣人を愛せよ」と5つの行動規範・倫理綱領を基に事業所を運営している。事業所の全職員が法人の理念を理解して日常の事業運営を行うために、事業所職員用として具体的な事例を記載した「支援介護ブック」を作成して徹底を図っている。事業所の事業計画や「安心・安全・満足」を基本とした支援方針が支援計画書に策定されており、重点課題「5つの柱10の取り組み」を具体的な支援活動としている。家族には家族会での説明や季刊誌「かがやき」やホームページにも掲載し、きめ細かに周知を図っている。		
<b>施設長による長期ビジョンに基づいたリーダーシップの発揮</b> 事業所には施設長・課長はじめ全職員の役割について理念や支援方針の実践に向けた「職務基準」が定められている。施設長は、長期的な観点から経営分析(SWOT分析)による事業所の置かれた環境やその「強み」「弱み」「機会」「脅威」の現状を分析しており、事業所の長期ビジョン(将来展望)、地域3か年計画、経営方針についての考えを職員に具体的に「施設長の手紙」や職員会議等で説明している。また、施設長は、法人の地区長も兼務しており、法人の地区内事業所の施設長と「地域プラスONE計画」等を中心に地域の行動計画を策定している。		
<b>職員の意見を踏まえて事業運営にかかわる重要事項が決定される</b> 人事制度等の最重要事項は法人の理事会や施設長会議で決定されている。事業所運営にかかわる重要事項は、毎月開催されるリーダー以上が出席しての運営委員会や全職員が参加する職員会議で、事業所の経営改革3か年計画や目標進捗状況等に基づいて職員の意見を聞き決定されている。法人や八王子地区会議で決定された重要な事項は、その決定経過を含め職員会議等で職員に説明して理解を求めている。家族には家族役員会や家族会において重要な案件について報告がされており、季刊広報誌「かがやき」やホームページにも掲載がされている。		

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		
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		
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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>		
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
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>		
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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>		
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
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>		
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		
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 <span style="float: right;">評点( <b>A+</b> )</span>		
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
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">●あり ○なし</span>		
最重度重複障害者を受け入れる日中活動施設が地域に少なく、地域の特別支援学校等の強い要望に応え、事業所では、理念を実践するために、機械浴対応の入浴棟の活用、車椅子対応に向けた施設のバリアフリー化や職員の増員等の準備をして、新年度から受け入れを開始する。また、アロマセラピーや園芸ボランティア等の公開講座を開催してボランティアの養成を工夫している。職員が地域の中学校で知的障害者施設について講演会(障害の説明・障害体験)を実施し、障害者福祉についての啓蒙活動を実施しており、生徒、教師共に理解を得ることができた。		

<b>評価項目2</b> 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( <b>A</b> )
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
<b>【A+の取り組み】</b> <span style="float: right;">○あり ●なし</span>		
<b>評価項目3</b> 地域の関係機関との連携を図っている		評点( <b>A</b> )
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
<b>【A+の取り組み】</b> <span style="float: right;">○あり ●なし</span>		
<b>カテゴリ2の講評</b>		
<b>守るべき法・規範・倫理についての徹底が図られている</b> 法・規範・倫理は法人の理念を具現化するための「行動規範」や「倫理綱領」に福祉関係法令の遵守とともに定められており、事業所により策定された職員用の「支援介護ブック」にも事例を通して記載されている。また、法人や八王子地区の職員合同研修、事業所におけるグループ研修により職員に徹底が図られている。本年度1月に、法人による「みんなの権利ノート」が作成されて利用者に配布された。利用者の権利(してよいこと、いけないこと)の説明、障害者権利条約(国際協定)の記載、および権利の保護について解説がされている。		
<b>地域戦略3か年計画に基づいた積極的な情報開示の実施</b> 本年度で2年目を迎えている「地域戦略3か年計画」に5つの基本目標が計画されている。特に、「地域の社会資源化」として地域に開かれた活動を具体的に実施している。季刊広報誌「かがやき」に支援計画、施設改修、事業概況、公開講座、行事等が掲載され、地域の同業事業所、社会福祉協議会、特別支援学校、町内会に配布されている。また、家族向けには月刊「かがやき」を発行している。ホームページには月次報告として利用者の状況、苦情情報、収入実績等や地域公開講座の開催、ボランティア募集を掲載して積極的に情報を発信している。		
<b>最重度重複障害者の受け入れ等による地域福祉への取り組み</b> 地域において、最重度重複障害者を受け入れる施設が少なく、地域の強い要望に応えるため、事業所では機械浴対応の入浴棟の活用、施設のバリアフリー化や職員の増員等の準備を完了して新年度からの受け入れを開始する。ボランティアは地域社会との連携の役割として位置づけ、ボランティアの希望者を待つだけでなく、地域の大学やホームページ等で積極的に募集を行っている。アロマテラピー・園芸ボランティア公開講座等を開催してボランティアの養成を工夫している。また、事業所の職員が地域の中学校で知的障害者施設についての講演会を実施している。		



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

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

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリー3の講評

**苦情の把握と解決に向けた速やかな対応を実施**

苦情の申し立てについては、契約書、重要事項説明書の中に事業所の窓口担当者・責任者、第三者委員の氏名と連絡先、行政やその他の苦情受付機関を明記して、苦情解決への速やかな解決に取り組んでいる。第三者委員は法人内地区の3事業所を毎月順番に訪問し、利用者の相談に応じる体制を整えている。その際、法人内地区の管理者も集まり「苦情解決委員会」を開催して、苦情と対策について報告している。また、日々の利用者一人ひとりの苦情・収集については連絡帳や随時実施される個別面談により迅速に管理者に報告するなど適正な対応をしている。

**利用者・家族の意向を把握してサービスの向上を図っている**

事業所は、東京都からの移譲後、混乱を避けるために従来の支援内容を踏襲してきた。本年度は移譲2年目を迎え、利用者に対するより個別的な支援を充実させるために、アンケートの実施、連絡帳、家族会、グループ別家族会、個別面談、送迎時の面談等により支援体制・内容の改善についての要望や意見を収集・分析してサービスの向上を図っている。本年度は、グループの再編、土曜プログラム及び作業種目の増加、福祉作業所との連携強化、フィットネス等の介護予防の導入、小集団化による宿泊旅行の実施等を状況をみながら段階的に実施した。

**多方面からの地域福祉情報の把握と分析を実施**

地域の福祉ニーズの把握は、行政・地域の特別支援学校との連携・障害者施設長の連絡会・社会福祉協議会の活動等へ参画して、情報収集に努めている。また、法人傘下事業所の八王子地区会では施設長や職員の情報交換や研修を実施しており、経営分析手法により内外部情報の分析を行い地域戦略を計画している。「地域プラスONE事業」への取り組みの一つとして、グループホームの開設を法人の八王子地区地域戦略として計画している。家族には家族会や「月刊かがやき」において自立支援法や地域の福祉施設の情報をタイムリーに提供している。

カテゴリ4	
4 計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1	
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	
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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>	
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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>	

<b>評価項目3</b> 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点( <b>A</b> )
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、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など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	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<b>【A+の取り組み】</b> <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
サブカテゴリ-2		
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		
<b>評価項目1</b> 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( <b>A+</b> )
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 再発防止・予防対策の実践に向けて、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	<input type="radio"/> 非該当
<b>【A+の取り組み】</b> <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		
利用者の安全確保に徹底して取り組んでいる。職員の安全研修として、実際に場面を想定して心肺蘇生や誤嚥への緊急対応訓練を実施している。また利用者の避難訓練で素早く避難するため、屋外に出る工夫をして成果を上げている。事故対応と再発防止に関する「事故報告」や「軽微な事故報告」が職員室に掲示されており、重大事故に繋がる虞のある事故報告書は1年間掲示して1年後に事故発生現場を訪れ改めて振り返り、事故再発防止の徹底を図っている。また、安全な施設を目指して段差の解消等のバリアフリー化に向けた施設改修を実施している。		
カテゴリー4の講評		
<b>法人の経営改革3か年計画に基づいた事業所の3か年計画が策定</b> 本年度は法人の3か年計画の最終年度にあたり、総括して次期3か年計画を作成する年となっている。事業所では、法人の3か年計画や「将来展望」としての八王子生活実習所を含む地域における長期ビジョンにより、事業所の経営改革計画(東京都から昨年度移行のため2か年計画)と「地域戦略3か年計画」を策定している。また、事業所の3か年計画を受けて、前年度の総括による課題を継承して、単年度の事業計画や支援計画が作成されている。		
<b>目標管理制度で計画の進捗状況の把握と着実な実行</b> 事業所の単年度の事業計画や支援計画の着実な実行に向けて、目標管理制度により中間と年度末の2回、経営目標進捗会議において進捗状況のチェックを実施している。計画目標の達成度合いに応じて、項目ごとの自己評価によるランク付けと課題の解決に向けた対策を講じている。年度末の計画の総括においては、進捗状況から課題を抽出して次年度の計画に反映させている。また、個人別計画の進行には担当職員の目標が定められており、個別目標管理が月次の進行管理シートとして作成されており、人事考課制度と連動して管理されている。		
<b>利用者の安全確保への万全な取り組みを実施</b> 安全衛生管理、火災・災害への対応、事故防止対策等のマニュアルが整備されており、事業所で研修や訓練が定期的に行われている。法人のリスクマネジメント委員会と連動して事業所内にもリスクマネジメント委員会が設置され、安全対策が点検されている。事故対応と事故の再発防止について報告されている「事故報告」及び「軽微な事故報告」が職員室に掲示されており、「ひやりハット」や「気づきメモ」が作成されている。重大事故に繋がる虞のある事故報告書は、1年間掲示して1年後に事故発生現場を訪れ改めて振り返り、再発防止に努めている。		

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

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

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( **A** )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

評価項目2

職員の質の向上に取り組んでいる

評点( **A+** )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの職務能力に応じた、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. 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

職員個々人の目標実現に向けた自己申告による個別研修が施設長と話し合いの上、計画的に設定されている。研修実施による目標達成の成果を項目ごとに自己評価することにより、職員が着実に研修に参加し、職員の自己啓発が職員の介護福祉士等の資格取得や支援技術・基本知識が習得でき、支援サービスの向上に繋がっている。また、職員一人ひとりが具体的な事業運営に対して自発的な提言をするようになった結果、職員の持てる力を結集した新たな事業展開を積極的に行っている。

## サブカテゴリ-2

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

## 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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

## 評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

## カテゴリ5の講評

## 非常勤職員の人事制度の見直しに向けた先駆的な取り組みを

常勤職員の人事制度については、年初に制度改定部分を中心に人事制度職員説明会が開催されている。様々な研修制度や人事考課制度による目標管理シートの活用により、職員個々人の能力、資質向上が着実に図られている。そして、能力向上のために声かけノート・OJTと個別目標管理制度の一部を導入し、役割や貢献に応じた賃金体系への変更を考えている。また事業所の職員配置においては、非常勤職員のウェイトが半数を超えており、今後非常勤職員の処遇等、人事制度改革に向けた先駆的な取り組みが期待される。

## 職員一人ひとりの能力向上に向けた研修の充実

職員の研修は、法人理念を中心に置いた職階別、職種別研修体制が整備されている。事業所においては事業所の求める職員像に向けた研修が非常勤職員を含め実施されている。また、情報交換や学習の場として、地区の合同研修や外部研修として福祉の最新情報を学ぶために都の社協等の研修に参加している。研修への参加は、職員個々人の目標実現に向けた個別研修計画(資格取得の自己啓発も含む)が設定され、研修実施による目標達成状況を項目ごとに自己評価して能力・資質向上を図っている。

## 人事考課制度により職員の能力・資質の向上を図っている

人事考課制度の導入目的は、理念の理解、行動規範の実践、倫理綱領の遵守により利用者本位のサービスを深めることにある。法人の立てた経営目標の実現は事業所の経営目標の達成、それを支える職員一人ひとりの能力・資質向上にかかっている。職務基準書により職員個々人の業務内容は明確になっており、自己申告による目標管理シートで業務遂行等の進捗管理を行い人事考課表が作成されている。また、OJTとしての「声かけノート」の実施も人事考課に反映され、職員の配置・昇格・昇給等の資料にもなっており、職員のやる気向上に繋げている。

7		カテゴリ7	
情報の保護・共有			
サブカテゴリ1			
情報の保護・共有に取り組んでいる			
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( <b>A</b> )	
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
【A+の取り組み】		○あり ●なし	
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( <b>A</b> )	
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
【A+の取り組み】		○あり ●なし	

## カテゴリー7の講評

### 情報の保護と全職員への共有化の取り組み

情報管理規定でアクセス権限が設定されており、職員ごとのUSBメモリーに必要なデータを入れて情報を活用している。USBメモリーは施設外の持出しが禁止されて職員室に保管されている。また、事故報告書、ひやりハット、気づきメモ、当日の予定等を職員室内に掲示し、「見える化」を徹底している。本年度は、行事等のプログラムのデータベース化やケース記録支援ソフトの導入計画により、職員間での更なる情報の共有化を図っている。連絡帳での家族からの報告・要望は、通所時に職員が回覧し、必要な事項は管理者に迅速に報告されている。

### 個人情報の保護と職員への徹底

個人情報の保護に関しては、法人統一の個人情報に関する規程とともに、事業所としての個人情報保護が定められており、利用目的を明示している。事業所の「個人情報に関する誓約書」は常勤職員、非常勤職員、ボランティア、実習生ごとに作成されており、内容を説明して本人の同意を得ている。また、調理や施設保守の工事の委託業者とは情報管理の誓約書を交わしている。昨年度、法人の個人情報保護規定は、個人情報保護とプライバシー保護について整理・改正を行ったため、職員への情報の取り扱いの徹底を図るために研修を実施している。



カテゴリー8	
8 カテゴリー1～7に関する活動成果	
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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4:「計画の策定と着実な実行」	<input checked="" type="radio"/> A+ <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
<b>理念と行動規範の徹底と重度重複障害者の受け入れ</b> ・本年度は法人の理念を理解して日常の事業運営を行うために、事業所の職員用として「支援介護ブック」が作成され、テキストとして内部での「理念研修」が実施されている。また、地区においても職員の合同で理念の学習会が実施され理解の徹底が図られている。 ・地域において、重度重複障害者を受け入れる日中活動の施設が少なく、地域の特別支援学校等の強い要望に答え、八王子生活実習所では、理念を実践するために、機械浴の入浴棟の活用、車椅子対応への施設バリアフリー化や職員の増員等の準備をして、新年度からの受け入れを開始する。 ・本年度1月に、法人による「みんなの権利ノート」が作成されて利用者に配布され、利用者の権利(してよいこと、いけないこと)に関する説明、障害者権利条約(国際協定)の記述、及び権利の保護について解説されている。	
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」	<input type="radio"/> A+ <input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
<b>目標管理制度による職員の能力向上と共に職員の力を結集した積極的かつ新たな事業展開</b> ・職員は目標管理制度による計画策定と進捗状況の管理により、業務改善や計画の着実な進捗、課題の抽出等のマネジメント能力が向上している。 職員の自己啓発による介護福祉士等の資格取得や支援技術・基本知識の習得が支援サービスの向上に反映されている。また、職員一人ひとりが具体的な事業運営に対して自発的な提言をするようになってきた結果、職員の持てる力を結集して新たな事業展開を積極的に行っている。 ・非常勤職員のウエイトが高まる中、職員の能力向上のために、声かけノート・OJTと個別目標管理制度の一部を導入し、役割や貢献に応じた賃金体系へと人事制度の見直しを検討している。	
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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」	<input checked="" type="radio"/> A+ <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
<b>都からの移譲2年目にして、法人理念を踏まえた様々な支援を展開</b> ・事故が発生したら事故分析後に「危険箇所ツアー」を行い、再び事故を起こさないよう努めている。利用者の避難訓練は警報を鳴らすのではなく赤頭巾をかぶり避難することで円滑な避難ができるようになった。 ・利用者のグループ編成は東京都のものを踏襲してきたが、今年度夏以降は行動特性や心身の機能別等により、4グループに編成し直し、グループ名を「宙(そら)・海・風・星」と命名。1グループは2階で生産的活動を始めた。グループの1つが2階へ移動したのに伴い、食堂を2階にも設置し食事改善のための環境づくりを進めている。また今年度から食事の一部選択食メニューを月2回実施している。 ・今年度は利用者の日中活動を抜本的に見直し、休止していた陶芸、手芸などを強化し、アロマセラピーや園芸教室などを導入した。 ・自立支援基盤整備事業許可が決まり、更衣室、和室の段差解消等を行うべく、事業所内のバリアフリー工事を行っている。バリアフリー化によりグループ活動室も広がり、より良い作業環境が確保できる予定である。 ・法人の個人情報保護の規定が個人情報とプライバシー保護について整理・改正を行い、職員に徹底を図るため研修を実施している。	

サブカテゴリ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に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

A+  A  B  C

改善の成果

利用者の増員により黒字化を図り、コスト削減に取り組んでいる

- ・東京都からの移譲2年目で、利用者の9名増員により、初年度の法人本部からの繰入金を返済し、事業収支差額の黒字化の見通しとなっている。
- ・コスト削減においては、非常勤職員の増員による支援サービスの拡大推進を図り、夏場の屋上や壁面の緑化への取り組みを実施している。
- ・重度重複障害者の受け入れ先が地域に少なく、来年度からの受け入れにあたり、東京都基盤整備補助金により、館内のバリアフリー化やトイレの増設等の施設大規模改修を実施している。

サブカテゴリ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」

A+  A  B  C

改善の成果

より個別的な支援体制への取り組み

- ・本年度は東京都からの委譲2年目を迎えて、より個別的な支援体制になるようにしていくために、支援体制・内容の変更についての要望や意見を収集・分析をしてサービスの向上を図っている。具体的には、グループの再編、土曜プログラムの増加、作業種目の増加、福祉作業所との連携強化、フィットネス等の介護予防の導入、小集団化による宿泊旅行の実施等を状況をみながら段階的に実施している。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリー1	
1	サービス情報の提供	
	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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
	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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	【A+の取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
	サブカテゴリー1の講評	
	ホームページに施設概要・支援内容等を掲載し、情報発信の充実を目指す 事業所は、ホームページの情報発信の充実に力を注いでおり、基本理念「自分を愛するように、あなたの隣人を愛せよ」や、今年度の基本支援テーマ「安心・安全・満足」を掲載するとともに、施設概要、5つの柱・10の取り組みによる支援内容、広報誌のダウンロードができるサイト、ボランティア募集や寄付のトピックス、活動記録も公開している。月次報告等を頻繁に更新し、昨年度に比べて、ホームページを通じての視察や寄付の申し込み、ボランティア希望などが増加している。さらに、施設紹介ビデオを作成し、人の集まる場所での紹介も予定している。 ルビ振りのパンフレットや、月刊・季刊の広報紙などで事業所の多様な情報提供 情報発信の充実の柱のもう一つに、利用者・家族向けに全ての漢字にルビ振りの「パンフレット」、「ご利用の手引」、「生活のしおり(概要)」がある。これらは社会福祉協議会、関係の施設、大学の窓口等に置いて施設を紹介をしている。また、「広報誌」は季刊と月刊を発行しており、季刊の「かがやき」は400部程発行し、家族、特別支援学校、社会福祉協議会、行政等に送付して、対外的により多くの施設情報を提供している。月刊「かがやき」は利用者の写真を多用して家族向けに50部程作り、月末に1か月の活動報告も兼ねて家族に配布している。 利用者の問い合わせや見学は原則的に個別対応し、「お試し」利用を利用しながらも入所 利用者の問い合わせや見学は原則的に個別対応しており、随時見学を受け付けている。家族の見学も常時実施し、家族や特別支援学校の教師の相談や、市内の特別支援学校等との連絡会も頻繁に行われている。また、施設利用を迷っている場合は通所開始前に「お試し」利用をしてもらったり、活動メニューを選択できるようにしている。それらの「お試し」や選択の中で、利用者の意向やニーズを探り、利用者が活動しやすい環境や内容について検討している。	

サブカテゴリ-2

2 サービスの開始・終了時の対応

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

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を軽減するよう配慮している	○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している	○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している	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリ-2の講評

利用の開始時は、施設の基本的ルールの説明を事前に行い文書で同意を得る

平成20年4月には9名の入所者があった。重度の障害のため本人の意向を直接確認するのが難しい場合でも、利用前に家族も含めて、サービス管理責任者等が面接を行う。また、家族とは活動のモニタリングを通じ必要に応じて何度も話し合いをする。その上で重要事項説明書、契約書、契約書別紙でサービス内容、利用者負担金等の説明をし、必ず文書で同意を得ている。利用者のサービスに関する意向確認は「お試し」体験などで実際に施設での様子を観察し、施設環境と本人の相性を見ながら、家族との話し合い等をして記録化している。

暫定プランを1週間以内に立て、個別支援計画は1か月以内に決定

利用開始時には送迎の確認もあり、家庭訪問を含めて1週間以内の暫定計画を立てる。その後担当者が個別支援計画を作成し、グループのリーダー等支援員全員が参加して、共有化を図りながら、ケースカンファレンスを行い1か月以内に支援計画を決定する。利用開始直後で緊張する利用者には、改めて面接場面を設定せず日常的な業務の中で話をしている。また、家族に不安があるような事例では、家族、学校、施設の3者での話し合いや、時には通所後も学校にフォローをしてもらっている。

サービスの終了者にも、継続的に安定的した在宅生活を送れるような支援が基本

事業所は都から移譲して2年目であるが、サービスの終了者は施設への入所者が1件のみである。当事業所は地域社会での自立支援を目的としている。利用者は日中は施設へ通っているが、基本的には地域で生活しているので、事業所の中だけの生活で完結することはできない。従って在宅生活が継続的で安定的になるように支援することを基本としている。事業所では地域戦略3か年計画の基本方針を作り、施設の内部だけに目を向けず、利用者が地域の中で自立生活が営めることを目指している。

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

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. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当
●あり ○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ている	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

<b>評価項目4</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点( <b>A</b> )
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
<b>【A+の取り組み】</b> <span style="float: right;"> <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし         </span>		

サブカテゴリー3の講評

**アセスメントや綿密に行うケースカンファレンスなどで利用者の想いを果たす支援**  
 利用者の個別課題を明らかにするために、「利用者アセスメントシート」を使い、着脱衣動作・食事・排泄・清潔・歩行等の基本的な生活動作、意思疎通・対人関係・情緒等のコミュニケーション、グループ活動、社会生活の力、安全対策、健康、身体機能と医療までの9項目にわたり細かく記録し把握している。アセスメントは年2回を定期としているが必要に応じ随時行っている。またケアカンファレンスは支援課長の指導の下に、毎月8ケース(1グループ2ケース)を綿密に行い、利用者一人ひとりの想いに沿った支援が十二分に果たせるよう取り組んでいる。

**利用者の想いに沿った具体的でわかりやすい個別支援計画**  
 ケアマネジメントプロセスは、アセスメント、個別支援計画の策定、ケース会議による検討、利用者等への同意と説明、個別支援の課題を共有化しながらの検討、モニタリング、個別面談、再アセスメント、個別支援計画の見直しというサイクルで行われている。個別支援計画は具体的な支援の内容を記載しており、例えば「着脱・食事等自分で行えることは見守り、難しい部分は支援し自立を目指す」とわかりやすく伝えられている。本人の満足度を確認しながら、そぐわないと感じたらケースカンファレンスで協議・検討して家族等とも連携した支援を行っている。

**重要情報は一覧掲示(見える化)の工夫により共有化して支援を充実させる**  
 利用者一人ひとりに関する情報は個人別にアセスメント、支援計画、ケース記録等を綴り、家族からの連絡帳も個人別に綴り保管している。利用者に変化があった事項や職員で共有化が必要な情報は、職員室のボードに掲示し「見える化」の工夫をして全職員が大事な情報を日常的に共有化できるようにしている。日中活動はグループ制をとっているが、その日の利用者の状態に応じて柔軟に対応している。外出や送迎時、朝礼や昼食時、夕礼時等は全職員が利用者に関わりを持っているため、グループ以外の利用者についても把握し支援にあたっている。

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**

<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		評点( <b>A</b> )
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. 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
<b>【A+の取り組み】</b> <span style="float: right;"> <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし         </span>		

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( A )
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、組織的に対策を検討し、対応している	○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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

サブカテゴリ-5の講評

**個人情報**は「利用目的」を限定し、広報紙等への利用者情報の掲載は同意を得ている  
 事業所の「個人情報保護規定」を制定し、「個人情報の利用目的」を利用者への介護サービスの提供に必要な場合や施設の管理運営等に限定している。利用者本人等から支援計画の立案時等や医療機関等への情報提供、広報紙等への写真使用などは書面で同意を得ている。常勤職員及び契約職員の就業規則で守秘義務の規定を設け、職員、契約職員、ボランティア、実習生から「個人情報に関する誓約書」を取得。また、苦情解決のための制度やオンブズマン利用情報は家族会等で度々伝え、広報紙にも苦情情報件数を掲載している。

**支援介護ブック**にある「望ましい支援とは」等の具体的事例をもとに現任教育を実施  
 昨年、法人の理念を実践するために、法人傘下で選出された職員による支援向上委員会で、行動規範の5原則を含む支援介護ブックを作成した。その結果職員の意識改革や支援の感性も深まっている。また、当事業所では現場の事例を分析し、独自に支援介護ブックの「望ましい支援とは」等の具体的事例を作り、利用者に寄り添い、心を通わせ合える支援を目指し、現任教育などに活用して効果を上げている。さらに、羞恥心や個人の尊厳などに配慮して排泄、入浴等は同性介助の徹底を図り、プライバシーを保護するように努めている。

法人では「みんなの人権ノート」を作成し、事業所では接遇と人権意識向上に努力  
 昨年度は「サービスマナー研修」は24回、延べ349人が参加して行われた。今年度は個人の尊厳については継続的に意識改革を図るため、マナー接遇リーダーを中心に接遇と人権意識の向上に努めている。また、職員のモラルアップ策として法人に支援向上委員会があり、それと一体的に事業所内にも支援向上委員会を設置し、理念、倫理綱領、行動規範等の学習を行っている。さらに法人内のサービス向上委員会で、「みんなの人権ノート」を作り上げた。カラーの小冊子で14項目全ての漢字にルビが振られ、イラストも配し充実した内容となっている。

6 事業所業務の標準化

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( A )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

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( A )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし



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( **A+** )

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

【A+の取り組み】 あり なし

法人内のリスクマネジメント委員会と連動し、事業所内にも委員会を設けリスクマネージャーを配置し、緊急時に直ちに対応できるように抜き打ちで訓練を実施することでスキル向上を図っている。事故・軽微・ヒヤリハット等の報告書を使用し、事故が発生したら事故分析を行い、「危険箇所ツアー」で実感を共有し、事故の再発防止に努めている。利用者の避難訓練は警報を鳴らすのではなく赤頭巾をかぶり避難することで円滑な避難ができるようになった。また、事務室内のボードに重要報告等のメモを貼り「見える化」し、共有化と注意を促している。

サブカテゴリ6の講評

**赤頭巾をかぶり避難する「赤頭巾大会」でスムーズな避難訓練**

法人統一の標準マニュアルや各種マニュアルを整備している。感染症予防マニュアルを利用し、定期的に研修を行っている。緊急時のマニュアル等は毎月1回の訓練と、緊急時に直ちに対応できるように抜き打ちで訓練を実施することによりスキル向上を図っている。業務マニュアルは、重要事項は年1回、通常項目は3年に1回、事故は発生時に見直している。また、利用者の避難訓練は警報を鳴らすのではなく赤頭巾をかぶり避難する「赤頭巾ちゃん大会」と名づけた訓練を行うことで円滑な避難ができるようになった。

**安全性に配慮しリスクマネージャーを配置。事故報告書を貼り「見える化」で注意を喚起**

法人内のリスクマネジメント委員会と連動し、事業所内にも委員会を設け、リスクマネージャーを配置している。マニュアルを整備し、委員会を開催した。事故・軽微・ヒヤリハット報告書を使用して、事故が発生したら事故分析を行い、「危険箇所ツアー」で現場を確認し、危険を実感して身に付けている。また、事務室内のボードに事故報告書等のメモを貼り「見える化」し、通常は3か月、事故は赤色マーカーで回りを囲い共有化と注意を促がし、日々の情報の中に埋没しない工夫をしている。職員一人ひとりの改善提案は気づきメモなどによってなされている。

**職員本人の希望で研修計画を立て、各レベル・階層で研修。「トレーナー制度」も導入**

業務の一定標準化を保ち更なる水準を目指して、職員本人の希望に副ってサービス管理責任者が中心となり研修計画が立てられる。外部、法人、市の地区、施設内、個別と各レベル・階層で研修が行われている。また、自己啓発や動機づけ対策として目標管理シートを使い、目標の達成を目指す仕組みを定めている。さらに、目標管理と声かけノートによるOJT制度を充実させている。また、研修等で技能を積んだ者が未受講者に技能を伝える「トレーナー制度」を取り入れている。現在非常勤職員用の日課業務マニュアルを準備中である。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

1	評価項目1 個別の支援計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している		評点( <b>A+</b> )
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 自立生活に必要なさまざまな情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
【A+の取り組み】		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	
<p>支援テーマは「安心・安全・満足」を基本とし、サービスの質を上げることとしている。そのために支援のPDCAサイクルでサービスの質の向上を目指している。また支援の重点課題として、「5つの柱10の取り組み」を行い、利用者の健康と安全を基本にし、生活の質の向上を目指している。支援はできる限り利用者の意志で選択し、作業・生活支援と地域生活に関わる支援に取り組んでいる。利用者の気持ちを理解し、厚い信頼関係を保つために、明るい笑顔、優しいタッチや丁寧な言葉かけ等の「ジェントルティーチング」で支援している。</p>			
評価項目1の講評			
<p><b>「安心・安全・満足」を基本とした支援を継続し、利用者の生活の質の向上を目指す</b></p> <p>支援テーマは昨年からの継続で「安心・安全・満足」を基本とし、サービスの質を上げることとしている。そのために支援のPDCAサイクル「計画－実施－評価分析－調整」でサービスの質を上げることを目指している。また、支援の重点課題として、[5つの柱 10の取組み]を行い、利用者の健康と安全を基本にし、生活の質の向上を目指している。支援はできる限り利用者の意志で選択し、個別支援を基本とし、作業・生活支援と地域生活に関わる支援に取り組んでいる。</p> <p><b>社会体験を伴う宿泊・外出等は必ず並行プログラムを用意、意向に沿ったサービスを実施</b></p> <p>外出や行事など利用者意向はアンケートを取りサービスの内容を決定している。宿泊・外出・運動会への参加は原則とし自由で、行きたくない・参加したくない場合は、別のプログラムが必ず用意されている。重度の方でも買い物や移動等の社会体験を通じて自立生活に必要な経験の幅を広げている。また、利用者の個別計画を進めるのにあたって、地域社会における自立支援となるように、ボランティアや地域の社会資源などの情報を収集して、施設内に止まらない社会資源の活用を目指している。</p> <p><b>明るい笑顔、優しいタッチなどで「ジェントルティーチング」の支援</b></p> <p>利用者の気持ちを理解し、厚い信頼関係を保つためには、コミュニケーションが大事であるとして、明るい笑顔、優しいタッチ、温かな声かけや丁寧な言葉かけ、穏やかな態度などの「ジェントルティーチング」を支援の姿勢としている。また、視覚障害や自閉症の方にも、構造化などをしながら意思疎通を図っている。</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( <b>A</b> )
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が活動しやすい環境を整えている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
【A+の取り組み】		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	

評価項目2の講評													
<p><b>行動特性や機能別等による新たな編成「宙(そら)・海・風・星」</b></p> <p>昨年度は家族の要望や安定した環境の維持のため移譲前のグループ編成を変えず、ケアマネジメントのプロセス管理の定着に重点を置いた。今年度は利用者も落ち着いて推移し、今後はより個別的なプログラムにする必要性から、夏以降に均等的な配置ではなく、行動特性や心身の機能別等により、4グループ編成にした。班のネーミングを自然の最も根源的なものに対する憧れや音の響き等を連想して「宙(そら)・海・風・星」と命名した。なお、これを機会に星グループは2階でペンの袋入れや缶つぶしなどの生産的活動もしている。</p> <p><b>日中活動の見直しを行い陶芸、手芸を強化し、アロマテラピーや園芸教室等も導入</b></p> <p>利用者の要望をアンケートなどで確認しながら、今年度は利用者の日中活動の抜本的見直しを行い、休止していた陶芸、手芸などを強化し再開すると共に、今後の利用者の重度化と高齢化に対応するためアロマテラピーや陶芸教室などを取り入れた。また、外出・旅行、調理、音楽、フィットネス等の運動、散歩、レクリエーション・趣味生きがい活動を積極的に取り入れている。これらの活動は職員によって行っているが、音楽・体操等の専門性のあるものに関しては外部講師によって行われている。</p> <p><b>本人にとって楽しい活動であることを重視した日中活動</b></p> <p>日中活動は各グループを中心に活動している。宙(そら)等4グループごとに月予定と週案があり、個別外出表と喫茶・プールのペアリング表を作成して作業、創作、個別対応、車外出などを計画している。本人にとって楽しいものであることを重視して、以前に比べて個別化や日中活動の外出の頻度を増やしている。行きたくない場合などであれば可能な限り選択できる代替プログラムを用意するとともに、他のグループ活動へ自由に参加できる体制もある。また、空き部屋を活用して、利用者の活動スペースの拡大を図っている。</p>													
3	<p>評価項目3 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</p> <p style="text-align: right;">評点( <b>A</b> )</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p>【A+の取り組み】 <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし</p>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	○非該当
評価	標準項目												
●あり ○なし	1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	○非該当											
●あり ○なし	2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	○非該当											
●あり ○なし	3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	○非該当											
評価項目3の講評													
<p><b>利用者の希望を配慮した美味しい食事の提供に努めている</b></p> <p>昼食は委託業者が施設の厨房で調理しているが、今年度、業者を変更した。利用者の希望を反映したメニューや楽しい食事になるように、毎月給食会議を行っている。会議のメンバーは施設長、課長、厨房委託業者を交えて協議することで双方の意向を汲み取りながら食事に反映できるようになってきた。その結果として、本年度から「選択食」を始めることができた。毎日の検食、年1回1週間程実施される残菜調査、嗜好調査等を行いながら利用者にも好まれる給食を提供できるよう努めている。</p> <p><b>利用者の状態に合わせて給食伝票で配膳し、食形態の個別化に対応している</b></p> <p>利用者の状態に合わせて普通食、特別食、選択食、行事食等を提供し、より個別的な食事支援ができる体制を整備しはじめている。また、食堂では各自のお盆に「給食伝票」を色別にして、「グループ名、利用者、細刻み、りんご・なし大丈夫」を書き一目でわかる工夫している。咀嚼や嚥下等に対応するための特別食は利用者の5割程にもなっていて、重度化傾向にあり、マンツーマン対応の食事が増加している。さらに、支援員が配膳後に刻みを行っており、今後も適温給食等も含めた工夫が必要と思われる。</p> <p><b>グループを編成替えしたことでゆったりした食事場所を提供</b></p> <p>利用者の重度化傾向に合わせて、十分に時間をとった食事や混雑を解消してゆとりを持ち楽しいひとときとなるよう、グループの1つが2階へ移動したのに伴い、食堂も2階に分散し食事改善のための環境づくりを進めている。今後もゆとりあるスペースをつくることも視野に入れている。本年度から始めた選択食は、「親子丼orかきあげ丼」或いは「オレンジゼリーorいちごゼリー」のように、2種類のメニューの中から1つを選択するもので、毎月2回の選択食の日を設けている。利用者アンケートでも食事の楽しみとなっている様子が見受けられた。</p>													

評価項目4 身の回りの支援に関しては、利用者の立場を考えてサービスを行っている		評点( A )
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態やペースに合わせて、日常生活上の必要な支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、身の回りのことは自分で行えるよう働きかけている	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

評価項目4の講評

**利用者の想いを汲み取りながら土曜プログラムなどを通じ社会性を育む支援**  
 アセスメントを行いながら、利用者の想いを汲み取ることに努めて支援をしてきた結果、「更衣室などでも自分の服を掛けられるようになる」など、身の回りの事が自分でできるようになってきた。こうした自立を目指したきめ細かな支援の成果がそこかしこに顕れている。土曜プログラムでもお花見外出や厨房を使ってホットケーキづくりをするなど多彩な経験を積み日常生活への一助となっている。施設と家庭の往復だけに留まらず社会性を持ったプログラムを多く取り入れることで利用者の社会性を育み、豊かな日常生活への支援に努めている。

**利用者の状態やペースに合わせて日常生活を支援**  
 身の回りの支援は、年2回の定期的な支援計画の見直しや随時のケアカンファレンスを通じて、利用者の状態やペースに合わせて、更衣、排泄、手洗い・歯磨き等の支援をしている。その日の利用者の状況に応じて、強制せず、固定化せず、本人の意志・選択などに合わせて柔軟に対応している。

**トイレの全館全面改修をはじめとして和室等の大幅改修でバリアフリー化を進めている**  
 昨年度に始まった女性用トイレ改修工事と浴槽棟への機械浴槽設置工事が昨年度に終了したことで、特に、女子のトイレ時間の慌たしさからの緩和が図られた。また、機械入浴は、当施設の利用者のみならず、地域の身体障害者等で家庭での入浴が困難な方の利用の便に供している。また、自立支援基盤整備事業の助成を得て、念願だった更衣室及び、和室や事務室の一部改修、段差の解消工事等を行い、ハード面を整え、充実した支援を行うことで利用者の「安心・安全・満足」を満たすことができるよう取り組んでいる。

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( A )
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. 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている	○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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

評価項目5の講評

看護師を中心とした職員研修も取り入れながら利用者の健康管理

利用者の健康管理は年間保健計画に基づき、年2回総合健康診断を実施している。その他に、体重・血圧測定を毎月1回、内科検診は毎月1回、嘱託医による健康チェックと相談、精神科医が毎月1回検診・相談を行っている。看護師を中心に職員は利用者の健康状態を把握するため、常に表情・行動を観察し早期発見・早期対応に努めている。また、医務会議を毎月開催し利用者の健康状態等を把握している。さらに感染症対応・防止に向け、看護師を中心に感染症マニュアルを作成し、昨年度から研修を継続して実施しており、職員のスキルアップを図っている。

連絡帳を介して家族も確認できる複数手順を経た薬の安全対応

連絡帳には利用者の睡眠・朝食の有無・排便の有無等の健康状態を記載するようになっている。連絡帳の内容はグループごとの支援員だけでなく、支援課長が総轄して把握しており、必要事項は支援課長から指示・助言するなどして全職員に周知されている。日中に服薬を必要とする利用者は自宅から連絡帳と一緒に薬を持参し、看護師が預かり、昼食直前に食堂の壁掛け式の個人別袋に保管し、担当者が服薬者の名を呼んで与薬し空袋を個人別袋に戻し、空袋を看護師が連絡帳に戻すという複数手順を経て、家族も確認できる薬の安全対応をとっている。

施設内転倒などで外傷がなくても通院を原則にした支援

緊急時の対応マニュアルで、利用者一人ひとりのリスク管理の一環として大きな発作等の緊急事態に備えている。傷等軽微なものは看護師が処置しているが、施設内での転倒などは外傷がなくても施設で責任をもって通院することを原則にしている。事故防止対策等マニュアルも整備し、研修や訓練を定期的に行っている。また、施設長・課長・看護師が参加する安全衛生委員会を毎月開催し職場の安全衛生の徹底に努めている。さらに来年度は成人病予防対策として、運動不足解消と機能訓練を要する利用者に月2回程度理学療法士による指導を予定している。

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

評点( A )

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	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者等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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目6の講評

成人である利用者の自主性を尊重した支援

日中活動は、利用者の希望や特性により4グループに分けて支援しているが、そのクラスに入ったらそのクラスの活動メニューしか選択できないという固定的なものでなく、利用者のニーズに合わせて各クラスの活動メニューもある程度選択できるように柔軟なものにしている。宿泊旅行などの行事は、施設利用も契約であり、成人である利用者の自主性を尊重して、全て任意参加としているが、行事に参加しない方のために代替プログラムを用意している。本年度実施した宿泊旅行は利用者の状態に合わせて6グループの少人数で実施した。

利用者の希望や関心に応じての外出やボーリングなど社会資源の活用

職員は地域情報の収集に努め、利用者の希望や関心に応じ、交通機関を利用しての外出、ボーリング、買い物などを個別に行っている。家族アンケートでも、「都時代考えられないような土曜日利用、理美容カットサービス、多くの外出など、たくさんの嬉しいサービスを喜びました」とあり、利用者が地域の資源を利用して多くの体験をしている様子がうかがわれる。

老朽化のためか今夏作動することのなかった空調設備の改修に向けて進展が待たれる

居心地の良い環境を整備するために、昨年度内に女性用トイレ改修工事が終了し、女子のトイレ時間の慌たしさの緩和が図られた。また更衣室や和室・事務室の一部改修等、ハード面を整え充実した支援を行うことで利用者の「安心・安全・満足」を満たすことができるよう取り組んでいる。しかし、今夏は集中管理システムの空調設備が老朽化によるものか、作動せず、窓の開放や扇風機等で対応せざるを得ない状況であった。大規模修繕に関しては東京都との制約はあるにせよ、利用者の健康管理や経費面からも空調設備の改修に向けて進展することが待たれる。

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( <b>A+</b> )
	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	
【A+の取り組み】		◎あり ○なし	
<p>施設は、5台のワゴン車を運行して細い路地にも行けるドア・ツー・ドアの送迎を行っている。この送迎時の朝夕の家族と職員との接点が良いコミュニケーションを図る機会となっている。他にも「連絡帳」が文字による意思疎通としての大きな役割を担っている。連絡帳は家族が記載することの負担や煩わしさを少なくするために「〇×方式」を取り入れながら状況把握が容易にできるように工夫されている。連絡帳は最終的には施設で保管し継続して利用者支援に活用し、サービスの充実と質の向上に繋がっている。施設は常に家族との連携を緊密に図っている。</p>			
評価項目7の講評			
<p><b>5台のワゴン車によるドア・ツー・ドアの送迎及び連絡帳を介しての家族との意思疎通</b></p> <p>施設は、5台のワゴン車を運行して細い路地にも行けるドア・ツー・ドアの送迎を行っている。この送迎時の朝夕の家族と職員との接点が良いコミュニケーションを図る機会となっている。他にも「連絡帳」が文字による意思疎通としての大きな役割を担っている。連絡帳は家族が記載することの負担や煩わしさを少なくするために「〇×方式」を取り入れながら状況把握が容易にできるように工夫されている。連絡帳は最終的には施設で保管し継続して利用者支援に活用し、サービスの充実と質の向上に繋がっている。施設は常に家族との連携を緊密に図っている。</p> <p><b>毎月発行の家族向け「かがやき」で家族と施設との更なる連携が図られている</b></p> <p>東京都から移譲して2年目の八王子生活実習所は、当初から運営についても支援に関しても常にアンケートを取るなどして家族との連携を密にしてきた。その結果、利用者の安定した環境を維持することができ、日中活動も陶芸やアロマテラピーなども取り入れるなど多彩になってきている。家族向けに毎月発行の「かがやき」の主要記事は、利用者のグループ活動状況や土曜プログラムを写真を多用して掲載し施設での様子を家族に届けると共に、施設長の方針等が簡明で詳細に述べられており、保健便りでも家庭での利用者の健康管理について喚起を促している。</p> <p><b>家族会の参加率を上げるためにグループごとの懇親会を開催するなどの試み</b></p> <p>家族会の要望として始めた毎月開催の家族会の折に、施設の方針や行事等から個別支援計画に関する事など、利用者支援に関することまで細かな説明をしている。しかし、5割程度の参加率であり、参加者も固定化している。施設では如何にして参加率を上げるかが課題であるとしている。送迎時のコミュニケーションや連絡帳等で家族との接点を持っているといっても、直接家族と対面しての意思疎通が大事であるため、本年度から、これまでの全体での家族会のほかに、グループごとの家族懇親会を持つなどの試みもしている。</p>			

8	<b>評価項目8</b> 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( <b>A+</b> )
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 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	<input type="radio"/> 非該当	
<b>【A+の取り組み】</b> <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			
地域性に立脚して施設独自の戦略としての「地域戦略3か年計画(平成19年4月～21年12月)」が2年目を迎えている。5つの達成水準と5つの基本目標があり、施設を拠点としたネットワーク化や地域の社会資源化として地域に開かれた活動が具体的に計画されている。その中に広報誌「かがやき」の発行、情報発信の充実としてホームページの開設、地域の人材活用としてボランティアの積極的開拓等、様々な手法を計画し駆使しており、施設の夏祭り「わたぼうし祭」に多数の市民等の参加も実現した。また機械入浴も開始するなど実績をあげている。			
<b>評価項目8の講評</b>			
<b>地域性に立脚した施設独自の「地域戦略3か年計画」で施設を地域に開くことを目指す</b> 地域性に立脚して施設独自の戦略としての「地域戦略3か年計画(平成19年4月～21年12月)」が2年目を迎えている。5つの達成水準と5つの基本目標があり、施設を拠点としたネットワーク化や地域の社会資源化として地域に開かれた活動が具体的に計画されている。その中に広報誌「かがやき」の発行、情報発信の充実としてホームページの開設、地域の人材活用としてボランティアの積極的開拓等、様々な手法を計画し駆使しており、施設の夏祭り「わたぼうし祭」に多数の市民等の参加も実現した。また機械入浴も開始するなど実績をあげている。			
<b>入浴サービスを10月から開始、陶芸やアロマ等の公開講座を通じてボランティアを養成</b> 地域プラスONE事業(24時間多機能・地域密着型を目指して)の取り組みとして、地域に寄与するために入浴サービスを10月から週2回の利用を基本に開始した。また、法人内のグループホーム「ふじもりホーム」のバックアップを行っている。昨年度から始めた陶芸教室やアロマ、園芸などの公開講座を通じ、地域のボランティアを養成し始め、地元町会へも加入している。園庭などの施設資源の開放や地域との防災関係についても取り組むことを予定している。			
<b>ボランティアは施設と地域を結びつける有効手段であり今年度の受け入れ目標も達成</b> 市の花火大会に合わせた地区夏祭りを園庭を開放して行い700名程の参加者があった。利用者主役のわたぼうし祭には、他の施設の利用者や多くのボランティアの参加を得ることができた。ボランティアは施設と地域を結びつける存在であるためボランティア担当職員を置き「受け入れ要綱」等を作成している。大学・専門学校等のボランティアを含めて受け入れ目標を達成している。ボランティア終了後もアンケートを実施しその後の協力に生かしている。今年度は教員免許取得のための実習生を4大学63名受け入れ、支援員が講師となりミニ講座も行っている。			

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	最重度重複障害者の受け入れ等による地域福祉への積極的な取り組み
	内容	最重度重複障害者を受け入れる日中活動施設が地域に少なく、地域の特別支援学校等の強い要望に応え、八王子生活実習所では、理念を実践するために、機械浴対応の入浴研修、車椅子対応に向けた施設のバリアフリー化や職員の増員・研修等の準備をして、新年度からの受け入れを開始する。また、障害者福祉についての啓蒙活動の一環として、事業所の職員が地域の中学校において、障害の説明や知的障害者施設についての講演会を実施して、生徒、教師とともに理解を得ることができた。
2	タイトル	赤頭巾をかぶり避難する「赤頭巾大会」でスムーズな避難訓練
	内容	法人のリスクマネジメント委員会と連動し、事業所内にも委員会を設けリスクマネージャーを配置している。緊急時に直ちに対応できるように抜き打ちで訓練を実施し、スキル向上を図っている。事故・軽微・ヒヤリハット等の報告書を使用しており、事故が発生時には、事故分析後に「危険箇所ツアー」を行い、実感を共有し、再発防止に努めている。利用者の避難訓練は警報を鳴らすのではなく赤頭巾をかぶり避難することにより円滑な避難ができるようになった。また、事務室内のボードに重要報告等のメモを貼り「見える化」し、共有と注意を促している。
3	タイトル	地域性に立脚した施設独自の「地域戦略3か年計画」で施設を地域に開くことを目指す
	内容	地域性に立脚して施設独自の戦略としての「地域戦略3か年計画(平成19年4月～21年12月)」が2年目を迎えている。5つの達成水準と5つの基本目標があり、施設を拠点としたネットワーク化や地域の社会資源化として地域に開かれた活動が具体的に計画されている。その中に広報誌「かがやき」の発行、情報発信の充実としてホームページの開設、地域の人材活用としてボランティアの積極的開拓等、様々な手法を計画し駆使しており、施設の夏祭り「わたぼうし祭」に多数の市民等の参加も実現した。また機械入浴も開始するなど実績をあげている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	非常勤職員の人事制度の見直しに向けた先駆的な取り組みを
	内容	常勤職員の人事制度については、年初に制度改定部分を中心に人事制度職員説明会が開催されている。様々な研修制度や人事考課制度による目標管理シートの活用により、職員個々人の能力、資質向上が着実に図られている。そして、能力向上のために声かけノート・OJTと個別目標管理制度の一部を導入し、役割や貢献に応じた賃金体系への変更を考えている。また事業所の職員配置においては、非常勤職員のウエイトが半数を超えており、今後非常勤職員の処遇等、人事制度改革に向けた先駆的な取り組みが期待される。
2	タイトル	利用者の状態に合わせた給食の工夫を
	内容	利用者の状態に合わせて普通食、特別食、選択食、行事食等を提供し、より個別的な食事支援ができる体制を整備しはじめている。また、食堂では各自のお盆に「給食伝票」を色別にして、「グループ名、利用者、細刻み、りんご・なし大丈夫」を書き一目でわかる工夫している。咀嚼や嚥下等に対応するための特別食は利用者の5割程にもなっていて、重度化傾向にあり、マンツーマン対応の食事が増加している。さらに、支援員が配膳後に刻みを行っており、今後も適温給食等も含めた工夫が必要と思われる。
3	タイトル	老朽化のためか今夏作動することのなかった空調設備の改修に向けて進展が待たれる
	内容	居心地の良い環境を整備するために、昨年度内に女性用トイレ改修工事が終了し、女子のトイレ時間の慌たじさの緩和が図られた。また更衣室や和室・事務室の一部改修等、ハード面を整え充実した支援を行うことで利用者の「安心・安全・満足」を満たすことができるよう取り組んでいる。しかし、今夏は集中管理システムの空調設備が老朽化によるものか、作動せず、窓の開放や扇風機等に対応せざるを得ない状況であった。大規模修繕に関しては東京都との制約はあるにせよ、利用者の健康管理や経費面からも空調設備の改修に向けて進展することが待たれる。