

東京都福祉サービス第三者評価 評価結果

評価結果基本情報

評価年度	平成28年度
サービス名称	短期入所
法人名称	社会福祉法人武蔵野会
事業所名称	千代田区立障害者福祉センターショートステイふぁみりあ
評価機関名称	特定非営利活動法人 福祉を支える友の会

コメント

評価者は、障害者施設の勤務経験のあるもの2名、心身障害者福祉センターの勤務経験のあるもの1名の計3名で専門性を確保して評価を行った。利用者調査は、施設と協議のうえ、利用者と利用者の代弁者の立場にある家族等に対して、全利用者を対象として利用者調査を行った。

(内容)

- I 事業者の理念・方針、期待する職員像
- II 全体の評価講評
- III 事業者が特に力を入れている取り組み
- IV 利用者調査結果
- V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）
- VI サービス提供のプロセス項目

公益財団法人東京都福祉保健財団

Copyright©2003 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

I 事業者の理念・方針、期待する職員像

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）</p> <p>①法人の理念に基づいた質の高いサービス②人権の尊重③安心、安全、満足④自己覚知に基づく職員の育成⑤地域貢献</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>（1）職員に求めている人材像や役割</p> <p>配属先の事業の概要や内容の理解を深めると共に、将来的には他事業の概要やサービス内容を理解しゼネラリストとなるような職員</p> <p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <p>担当事業の内容に限らず、施設全体の事業内容を理解し施設の職員であることを意識して、法人職員として法人の理念に沿った行動をする職員</p>

II 全体の評価講評

全体の評価講評

特に良いと思う点

1	<p>事業所の苦情解決制度は、第三者委員を活用して有効に機能している</p> <p>事業所の苦情解決制度は、利用者の入所時に重要事項説明書の中で、苦情を言うことができることや、苦情がある場合に言うことのできる相手方を明示している。施設長など事業所側との話し合いの他、第三者委員との話し合いもできることになっている。第三者委員の来所する予定は事業所内に掲示されているが、第三者委員は、あらかじめ利用者の都合の良い時間に合わせて来所しており、利用者の希望が優先されている。第三者委員には社会福祉士の資格をもち障害者福祉の専門家に依頼をしており、利用者の信頼も厚く良き相談相手となっている。</p>
2	<p>個別相談を家庭訪問で実施したり、家族の要望を聞き、次回の利用に繋げて成果を上げている</p> <p>ショートステイは、18歳以上で、知的、身体、精神に障害のある方で、家族の病気・レスパイトや将来サービスを希望する人の自立体験として、最大月に6泊7日利用できる。サービス終了時には、入所時の支援計画に対しての支援内容と利用者の様子を記載した支援結果や、支援期間中の食事、睡眠、入浴などの状況を記載した個別支援報告書を渡すとともに、利用者・家族の要望を聞き、次の支援に繋げている。利用者は、平成26年度は1日平均2.5人、利用総数922人、平成27年度は1日平均2.9人、利用総数1,072人となっている。</p>
3	<p>パラリンピックの正式種目「ボッチャ」の公開講座に利用者に参加している</p> <p>事業所では、「地域貢献」を主要な基本方針としており、今後のサービス事業の維持・向上策として地域他施設等との連携を上げている。地域の情報の収集・提供については、区内・法人内の各種会議等の場を活用して、確実に利用者へフィードバックしている。特に、センターでは、2020年のパラリンピックの正式種目である「ボッチャ」の公開講座が開かれ、集団参加で協調性が養われ、利用者の潜在的な力を発揮できる場として、利用者の積極的な参加が図られている。</p>

さらなる改善が望まれる点

1	<p>事業所の重要な案件の決定は、予め決められた手順でなされているが、周知を早くされたい</p> <p>重要な案件については、予め定められた組織図に従い、各部署の担当役職が職員の意見を集約し「運営会議」で議論して決定している。重要案件の決定後は職員に職員会議で説明されることになっているが、決定の掲示での周知が先になっていることもあり、今後、決定後すみやかな職員会議の開催が望まれる。また、利用者等への説明についても利用者懇談会で話すとされているが、出来る限り早く知らせる方法を検討されたい。</p>
2	<p>利用者への詳細かつスピーディーな情報提供のために事業所のホームページの作成に期待する</p> <p>ショートステイの情報提供は、千代田区や法人のホームページはあるが、「えみふる」総合案内、「月のおしらせ」、ショートステイのパンフレットなど紙ベースの物が主体となっている。いずれも概略は分かるが、施設の状況、申込み方法、利用方法、利用料金、空床情報など詳細については、問い合わせなければ分からない事が多くある。利用希望者や家族等がショートステイの情報を詳細かつスピーディーに知るためにも、区と協議の上、事業所独自のホームページの作成に期待する。</p>
3	<p>フローチャート、マニュアル類がいつでも取り出せるようにパソコンの整理を検討されたい</p> <p>作成済みマニュアル一覧を見ると、ショートステイに関する物も含め、63項目のマニュアル類が準備されている。ショートステイに直接関係する「短期入所の流れ」「短期退所の流れ」「夜勤の流れ」などは、時系列的に細かく策定され、新入職員も含めて、誰でもが一定水準のサービスが提供できる様になっている。マニュアル類はパソコンで管理されているが、パソコンが整理されてない面が見受けられるので、すぐに取り出せるようにパソコンの整理を検討されたい。</p>

Ⅲ 事業者が特に力を入れている取り組み

1	<p>★ 施設長は職員に法人理念の実践の大切さを指導している</p> <p>施設長は、賞与時に全職員への手紙を出している。その手紙では、「さまざまな障害を抱えた一人ひとりの利用者に対して安全、安心、満足を提供することは、並大抵のことではない。一人ひとりの利用者寄り添う職員が、理念の趣旨の通り、自分を愛するように、あなたの隣人を愛せよを実践し、利用者にとって安全、安心、満足としての存在になれるように努力していくべきだと思う」と理念の実践の大切さを書いている。施設長を始め事業所の経営層は、理念の研修を通じても理念の大切さを指導している。</p> <p>関連評価項目(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)</p>
2	<p>★ 利用者の安全を守る体制の整備はなされている</p> <p>事業所では、利用者の安全確保のための体制は整備されている。不審な侵入者対策としては、さすまたの常備や防犯カメラの設置をしている。感染症の予防としては、保健計画の中で定められ、感染症予防マニュアルも完備している。災害時の緊急マニュアルも整備されている、大規模災害の場合のBCPについても計画されている。防災訓練も行われている。事故については、ヒヤリハットとの記録はあるが事故報告に相当するような事故はない。事故があった場合は、SHELL分析をして迅速な原因究明をすることになっている。</p> <p>関連評価項目(利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる)</p>
3	<p>★ 職員の支援の質を高めるために、支援介護マイブックの作成に取り組んでいる</p> <p>法人が発行している支援介護ブックの事業所版の作成に取り組んでいる。施設版はマイブックとして、職員の支援のエピソードを法人の理念に照らし合わせて支援への深い理解を記述するものである。ある職員は、支援の際のリスクに対する想像力について、利用者のイライラが問題行動に繋がるのを防ぐには「日頃の何気ない場面でも利用者目線で観て見るとリスクが隠れていることを見逃さないように日々の支援を見直していきたい」と記述しており、利用者寄り添った質の高い支援を目指しており、支援の質の向上が図られている。</p> <p>関連評価項目(職員の質の向上に取り組んでいる)</p>

IV 利用者調査結果

調査概要

調査対象：平成28年度にショートステイを利用したことがある32名に対して調査を行った。対象者は知的障害者が一番多く、次に身体障害者、そして精神障害者の順となっている。

調査方法：アンケート方式

調査方法はアンケート方式を採用した。調査対象の施設利用者は日中活動で日中不在のため、アンケート方式とした。調査票は利用者全員を対象に事業所から送付し、回答のあった22名に対し評価機関で調査した。

利用者総数	32人
アンケートや聞き取りを行った人数	32人
有効回答者数	22人
回答者割合 (%)	68.8%

総括

総合的な満足度は、「大満足」9名(41%)、「満足」10名(45%)、「どちらともいえない」3名(14%)であった。満足以上の回答が86%を占めている。コメントとしては「慣れて居心地良く過ごしているようです。気持ちによりそって接していただいているので感謝しています」、「部屋数を増やしてほしい」、「女子1人の時は寂しい、2人にしてほしい」、「いつも親切にいただいているようで、なりよりも本人がショートステイに行くことを楽しみにしています事が家族にとってもありがたくとても嬉しいです」、「入所はいつも満足しています。予約が2ヶ月前からも安心できます。直前1週間ぐらい前あたりにキャンセル枠などに入りやすく、手続きが取りやすいと更に活用出来ると感じます」。「どちらともいえない」の回答は14%である。コメントとしては、「夕食はもっとおいしいものをだしてほしい、具が多すぎる(野菜)」、「好きな時に好きなように食べたい」などがあった。

利用者調査結果

1. 食事の時間が楽しいひとときになっているか							
はい	18人	どちらともいえない	3人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
18名(82%)が「はい」と回答し、食事は楽しいと回答している。							
2. 事業所の設備は安心して使えるか							
はい	19人	どちらともいえない	2人	いいえ	0人	無回答・非該当	1人
19名(86%)が「はい」と回答し、身の回りにある設備は安心して使っていると回答している。							
3. 事業所の生活に安心感があるか							
はい	17人	どちらともいえない	4人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
17名(77%)が「はい」と回答し、ふぁみりあでの生活は安心出来ると回答している。							
4. 利用時の過ごし方は個人のペースに合っているか							
はい	18人	どちらともいえない	3人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
18名(82%)が「はい」と回答し、ふぁみりあでの過ごし方は自分に合っていると回答している。1名が「いいえ」と回答し、「いろいろの障害の人がいて重たい人がいた場合など気持ちが不安定になってしまった」とコメントしている。							
5. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか							
はい	20人	どちらともいえない	2人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
20名(91%)が「はい」と回答し、共有スペースは清潔で整理されていると回答している。							
6. 職員の接遇・態度は適切か							
はい	20人	どちらともいえない	2人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
20名(91%)が「はい」と回答した。コメントでは「職員さんの名札が見えないので胸に付けてほしい」という意見がありました。							
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか							
はい	19人	どちらともいえない	3人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
19名(86%)が「はい」と回答し、コメントでは「ケガをしたことがないのでわかりません」との回答があった。3名(14%)が「どちらともいえない」と回答し、「その場に家族がいないので本人はわからないと思います」とコメントがあった。							
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか							

はい	15人	どちらともいえない	4人	いいえ	0人	無回答・非該当	3人
15名(66%)が「はい」と回答している。4名(18%)が「どちらともいえない」、3名(14%)が「非該当」と回答している。							
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか							
はい	20人	どちらともいえない	2人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
20名(91%)が「はい」と回答している。2名(9%)が「どちらともいえない」と回答し、「職員による」とのコメントがあった。							
10. 利用者のプライバシーは守られているか							
はい	14人	どちらともいえない	5人	いいえ	1人	無回答・非該当	2人
14名(64%)が「はい」と回答している。5名(23%)が「どちらともいえない」、1名(5%)が「いいえ」、2名(9%)が「非該当」と回答している。							
11. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか							
はい	18人	どちらともいえない	4人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
18名(82%)が「はい」と回答し、サービス内容についての職員の説明はわかりやすいと回答している。							
12. 利用者の不満や要望は対応されているか							
はい	16人	どちらともいえない	3人	いいえ	0人	無回答・非該当	3人
16名(73%)が「はい」と回答している。3名(14%)が「どちらともいえない」、3名(14%)が「非該当」と回答している。							
13. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか							
はい	12人	どちらともいえない	5人	いいえ	2人	無回答・非該当	3人
12名(55%)が「はい」と回答しているが、5名(23%)が「どちらともいえない」、2名(9%)が「いいえ」、3名(9%)が「非該当」と回答している。							

V 組織マネジメント項目 (カテゴリー1~5、7、8)

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリー1 リーダーシップと意思決定			
サブカテゴリー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		実施状況
標準項目1	事業所が目指していること (理念・ビジョン、基本方針など) を明示している		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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)		○
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		実施状況
標準項目1	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている		○
標準項目2	経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		-
講評			
<p>法人の理念「自分を愛するように、あなたの隣人を愛せよ」を館内に掲示し周知している</p> <p>法人の理念を館内に掲示し、利用者や来所者に事業所の基本方針を明示している。家族等には、リピーターの多い千代田区内の事業所の保護者会で理念や施設の基本方針について周知を図っている。職員には、支援介護の基本ブックを活用し、理念の深い理解と施設の基本方針の周知を図っている。関係の事業所にも法人のホームページや法人及び施設の広報誌の発行を通して法人の理念や基本方針を周知している。施設は、この理念の普及を通じて利用者の人権を守り、利用者本位の施設運営を行なっている。</p>			
<p>施設長は、職員への手紙の中で理念の実践の大切さを書いている</p> <p>施設長は、賞与時に全職員への手紙を出している。その手紙では、「さまざまな障害を抱えた一人ひとりの利用者に対して安全、安心、満足を提供することは、並大抵のことではない。一人ひとりの利用者に寄り添う職員が、理念の趣旨の通り、自分を愛するように、あなたの隣人を愛せよを実践し、利用者にとって安全、安心、満足としての存在になれるように努力していくべきだと思う」と理念の実践の大切さを書いている。施設長を始め事業所の経営層は、理念の研修を通じても理念の大切さを指導している。</p>			
<p>重要な案件の決定は、予め決められた手順でなされているが、周知を早くされたい</p> <p>重要な案件については、予め定められた組織図に従い、各部署の担当役職が職員の意見を集約し「運営会議」で議論して決定している。重要案件の決定後は職員会議で説明されることになっているが、決定の掲示での周知が先になっていることもあり、今後、決定後すみやかな職員会議の開催が望まれる。利用者等への説明は、利用手続きをするときや、利用者懇談会で説明がなされているが、タイムリーな周知が望まれる。</p>			

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

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			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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取り組んでいる		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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）		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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）		○
標準項目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		○
評価項目3	地域との関係機関との連携を図っている		実施状況
標準項目1	地域と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		○
標準項目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		○
講評			
<p>事業所職員の倫理と規範の遵守は、法人の方針に従っている</p> <p>事業所は、法人の理念に基づき、利用者の人権を尊重し、社会人としての一般的に持つべき倫理や法規範を遵守することを職員に守らせている。法人の行動規範や倫理規定は事業所の職員に適用され、職員が違反することができないようになっている。職員は、虐待防止研修などの各種研修を通じても人間の尊厳を犯さぬように学習しており、施設の利用者の人権の尊重への理解を深めている。また、毎年、第三者評価を受審して、その結果を事業所のサービス向上委員会にて検討して、利用者のサービス向上に努めている。</p>			
<p>地域貢献は法人の目標であり、事業所の基本方針である</p> <p>法人は、地域貢献を系列各施設に要請しその実践を求めている。事業所は法人に従い、地域貢献を基本方針としている。事業所の同一建物内には、地域住民のために福祉総合相談を行ったり、グループホームが運営されたり、生活介護の通所サービスが行われており、障害者ショートステイ事業と合わせて24時間365日障害者の地域生活を支える拠点となっており地域に貢献している。また、千代田区と施設の協定書の中では、地域貢献や社会貢献が行われることが書かれている。</p>			
<p>ボランティアの受け入れを進めて地域に貢献している</p> <p>事業所では、ボランティアの受入マニュアルを整備し、事業所の行事などでのボランティア活動の推進を図っている。行事のボランティアには中高生に声をかけ参加を促している。事業所のボランティア担当は、施設の社会化を進めるパートナーとしてのボランティアの意義を理解し、ボランティアの参加を促進している。また、千代田区の社会福祉協議会やボランティアセンターと連携を深めて、地域との協力による利用者の支援を目指している。</p>			

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリ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）		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
<p>事業所の苦情解決制度は、第三者委員を活用して有効に機能している</p> <p>事業所の苦情解決制度は、利用者の入所時に重要事項説明書の中で、苦情を言うことができることや、苦情がある場合に言うことのできる相手方を明示している。施設長など事業所側との話し合いの他、第三者委員との話し合いもできることになっている。第三者委員の来所する予定は事業所内に掲示されているが、第三者委員は、あらかじめ利用者の都合の良い時間に合わせて来所しており、利用者の希望が優先されている。第三者委員には社会福祉士の資格をもち障害者福祉の専門家に依頼をしており、利用者の信頼も厚く良き相談相手となっている。</p>			
<p>事業所には意見箱が置かれ、第三者評価を審査し、利用者や家族等の意見を聞いている</p> <p>事業所には意見箱が設置され、利用者を始め家族等や来所者及び地域住民の意見を投書できるようになっている。第三者評価では利用者の意見や家族等の意見を検討している。事業所の行事の後には参加者にアンケートを実施している。利用者の個々の意向や意見については、利用契約の手続きの時に毎回聞いて、個別支援計画を変更するなど実際の支援に反映させている。これらを通じて、事業所運営の在り方を反省し充実したものとする努力を続けている。</p>			
<p>事業所は関係機関と情報連絡を密にして、地域の福祉ニーズの情報収集を行っている</p> <p>事業所は、千代田区の関係機関との連絡調整会議を年5回開催し、地域の福祉ニーズや福祉事業の動向を把握している。地域の関係団体との情報交換も行っている。事業所では、改正福祉法の規定にあるように、自治体ごとのネットワークづくりについて、地域の障害者支援のネットワークづくりを推進して地域に貢献している。千代田区は、これらの地域の福祉ニーズに関して、全体的な意見を施設に伝えてくるので施設の意見を調整して答えている。福祉行政全般の動向の把握については、東京都社会福祉協議会の情報によることが多い。</p>			

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

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		
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目2	年度単位の計画を策定している	○
標準項目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	○
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
評価項目3	着実な計画の実行に取り組んでいる	実施状況
標準項目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	○
標準項目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・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている	○
標準項目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	○
標準項目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	○
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		
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
講評		
<p>事業所は、法人の3カ年計画に従い年度の行動計画を定めている</p> <p>法人は3カ年計画を定めて系列の各施設に計画を策定するようにしている。法人の方針に従い、事業所では、3カ年計画の2年目の計画をつくり実施している。年度の計画は、前年度の事業実績報告に基づく反省点を踏まえ、職員や利用者及び家族等の意見も反映させて決められている。各職員の計画と連動した役割分担については、目標による管理によって計画と実際の支援は連動していることとなっている。事業所は、年度の終了ごとに実績報告と事業計画を作成しており計画に基づく施設運営がなされている。</p>		
<p>事業所の事業計画は、月次報告書などで進行管理がなされている</p> <p>事業所の事業計画は、進捗目標を定めてチェックされている。計画の実施状況は、月次報告書にまとめられ法人と千代田区の担当者に報告されている。各職員の計画との連動した実績については、目標による管理の中で、年度の当初に立てた各個人の目標が結果として達成されたかどうかについて、管理者とのヒアリングで確かめられることとなっている。実際の結果を管理者は評価して、業績評価を行うことになっている。事業計画を運営の中心に据えて計画的な事業所運営がなされている。</p>		
<p>利用者の安全を守る体制の整備はなされている</p> <p>事業所では、利用者の安全確保のための体制は整備されている。不審な侵入者対策としては、さすまたの常備や防犯カメラの設置をしている。感染症の予防としては、保健計画の中で定められ、感染症予防マニュアルも完備している。災害時の緊急マニュアルも整備されている、大規模災害の場合のBCPについても計画されている。防災訓練も行われている。事故については、ヒヤリハットとの記録はあるが事故報告に相当するような事故はない。事故があった場合は、SHELL分析をして迅速な原因究明をすることになっている。</p>		

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

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			
評価項目1	事業所にとって必要な人材構成にしている		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目3	適材適所の人員配置に取り組んでいる		○
評価項目2	職員の質の向上に取り組んでいる		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
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			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
評価項目2	職員のやる気向上に取り組んでいる		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目4	福利厚生制度の充実に取り組んでいる		○
講評			
事業所は期待する職員像を明示して人材の育成をしている			
<p>事業所が期待する職員像は、配属された施設の事業の概要や内容の理解を深めるだけでなく、他の事業の内容も理解する職員である。事業所は、この期待する職員像に基づき職員をゼネラリストとして育成しようとしている。個々の職員の育成計画も作られており、育成ノートに記録されている。育成ノートには研修の記録や日常の職務の状況も記録されている。施設長や役職は、育成ノートを踏まえ、個々の職員の状態にあった適切な助言と指導を行い、人材育成に努めている。</p>			
職員の支援の質を高めるために、支援介護マイブックの作成に取り組んでいる			
<p>法人が発行している支援介護ブックの施設版の作成に取り組んでいる。施設版はマイブックとして、職員の支援のエピソードを法人の理念に照らし合わせて支援への深い理解を記述するものである。ある職員は、支援の際のリスクに対する想像力について、利用者のイライラが問題行動に繋がるのを防ぐには「日頃の何気ない場面でも利用者目線で観て見るとリスクが隠れていることを見逃さないように日々の支援を見直していきたい」と記述しており、利用者に寄り添った質の高い支援を目指している。マイブック作成の指導により、質の向上が図られている。</p>			
声掛けノートで職員のやる気を喚起しているが、良い支援への声掛けを期待する			
<p>施設長や役職は、必要に応じて職員個々の仕事への意識や悩みを把握し対応している。また、職員の良い点を見つけ声掛けをしており、声掛けノートとして記録されている。声掛けノートの記録は情意考課、能力考課、成績考課として記録されている。例えば「日帰りバスハイクの準備を率先して進めている。その都度他の担当者にパソコンで引継ぎを行い役職者にも口頭で報告があり、不明点は他の役職にも相談しながら進めている」という職員の働きぶりを評価をしている。今後支援の中身に良い点を評価することも期待される。</p>			

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

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			
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	実施状況	
標準項目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	○	
標準項目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	○	
標準項目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	○	
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	実施状況	
標準項目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	○	
標準項目2	個人情報の保護に関する規定を明示している	○	
標準項目3	開示請求に対する対応方法を明示している	○	
標準項目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	○	
講評			
<p>事業所の電子情報等は適切に管理されている</p> <p>施設の電子情報は、パソコンで管理されている。パソコンの電子情報にアクセスする権限は予め定められている。アクセス権限は施設長の管理下にあるが、利用者の支援に必要な情報はアクセス権限内で職員がアクセスできるようになっている。紙ベースの重要な情報は、鍵のかかるロッカーに収納され整理保存されている。事業所の情報の管理は定められた役割分担に基づき、担当の職員が適切に管理している。なお、利用者のパソコンから施設のパソコンのサーバーにはアクセスが出来なくなり、個人情報の保護を徹底した。</p>			
<p>個人情報の保護は、法人の規程に従い適切になされている</p> <p>法人は個人情報の保護に関する規程を定めている。法人の系列の各事業所はその規程に従って個人情報の保護に努めている。個人情報を外部に公表する場合は、利用者やその家族等と利用開始前に交わした個人情報保護法に基づく「公表事項の案内」によることとなっている。これによれば、施設内の守秘義務となっている情報、医療情報、ケースカンファレンスの内容、広報誌等に掲載する利用者の写真などは、利用する目的を利用者やその家族等に説明して「個人情報に関する同意書」をもらってから公開することができるようになっている。</p>			

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

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 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 ・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」
評価結果	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
マイブックの作成 個々の職員の支援のエピソードを通じて法人の理念の理解につながるようなマイブックを作成する。取り組みとしては、一部の職員に偏らないように月ごとに担当を決めて順番に執筆している。月ごとに取り組んだ結果、全員参加での作成となっている。	
サブカテゴリ-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」
評価結果	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
OJTの改善 主任中心の縦の関係でのOJTをリーダー中心のOJTに変えた。変えた結果、一般職が関わりやすくなり、フットワークが良くなった。	
サブカテゴリ-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」
評価結果	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
個人情報の漏えいを防止した 利用者のパソコンを施設のパソコンのサーバーにつなげていたが、個人情報の漏えいを防止するためサーバーとは切り離すことにした。その結果、施設の情報や利用者の個人情報の漏えいを防止できた。	
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
評価結果	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
利用率の向上を図った 利用者の要望により、千代田区と協議のうえ、グループホームの空床を利用してショートステイの受入を可能にした。その結果、利用率が140%から170%になった。	
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」
評価結果	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
朝食の選択食が定着した 朝食についてパンとご飯の選択制にしてほしいとの利用者の要望に対して、要望どおりに実施し、朝食の選択食が定着した。	

VI サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6）

カテゴリー6 サービス提供のプロセス		
サブカテゴリー1 サービス情報の提供		
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目2	利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにして	○
標準項目3	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○
標準項目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	○
講評		
<p>パンフレットには、写真や漢字にルビを使い利用者に分かりやすくなっている</p> <p>ショートステイ「ふぁみりあ」は、千代田区立障害者福祉センター「えみふる」の2階に、グループホームと共同でサービスを提供している。センター「えみふる」は、区の障害のある方への基幹的施設として、日中の生活支援を行う生活介護、機能回復訓練、社会適応支援、入浴サービス、福祉総合相談などを総合的に提供している。ショートステイではこれらのサービスと連携しながら運営されている。ショートステイのパンフレットなどは、利用する人の特性に配慮して、写真やイラストを多く使うと共に漢字にはルビをふり分けやすきものとなっている。</p>		
<p>詳細かつスピーディーな情報提供のためにホームページの作成に期待する</p> <p>ショートステイとしての主な情報提供は、「えみふる」総合案内、「月のお知らせ」、ショートステイ「ふぁみりあ」のパンフレットがある。いずれも紙ベースのもので、概略は分かるが、施設の状況、申込み方法、利用方法、利用料金、空床情報など詳細については、問い合わせなければ分からないことが多くある。利用希望者やその家族等が、ショートステイの情報を詳細にかつスピーディーに知るためにも、区と協議の上、事業所独自のホームページの作成に期待する。</p>		
<p>利用希望者の問い合わせや見学は福祉相談窓口で一体的に行っている</p> <p>福祉相談窓口は、午前9時から午後9時まで障害者や家族からの様々な相談を行っている。見学の申込みも福祉相談窓口が受け付けて、担当者で調整の上、なるべく担当者が説明出来るようにしている。見学に当たっては、ショートステイを見学するとともにセンター全体を見学してもらい、理解を深めるようにしている。また、予約外の見学についても職員が適切に対応している。見学にあたっては、施設で作成したマニュアルに沿って説明し、漏れの無いようにすると共に、他の利用者のプライバシーに配慮しながら行っている。</p>		

サブカテゴリー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	実施状況
	標準項目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等の状況に応じて説明している	○
	標準項目2	サービス内容や利用者負担金等について、利用者等の同意を得るようにしている	○
	標準項目3	サービスに関する説明の際に、利用者等の意向を確認し、記録化している	○
	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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	標準項目3	サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○
	標準項目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	○

講評

利用にあたっては契約書を締結し、重要事項説明書で詳しく説明している

ショートステイの利用にあたっては、契約書を取り交わすと共に重要事項説明書により、サービス内容について詳細に説明している。重要事項説明書では、職員の勤務体制、食事の時間、入浴、日中活動の支援、健康管理、利用料金などについて詳細に説明している。また、施設を利用する場合の留意点、苦情処理の受付窓口、非常時の対応について説明している。重要事項説明書は、利用者・家族等の同意を得た上で署名捺印してもらっている。

利用者の状態、利用者・家族等の希望・意向はインテークにより詳細に確認している

初めてショートステイを利用する場合には、利用者の状態、利用者や家族等の希望・要望を確認するために必ずインテークを行っている。インテークは、利用者の家庭を訪問して、利用者・家族等と話し合いながら、インテーク資料の項目に基づきながら行われている。インテーク資料では、利用者の健康状況、服薬、食事（介助の要否、常食・刻みの有無、好き嫌い、アレルギーなど）、移動の状態、排泄、衣服の着脱、意思疎通など細かく利用者の状態を確認し、支援に当たって利用者の不安が起こらないように配慮している。

サービス終了時には利用者・家族等に利用期間の状態を報告し要望を聞いている

ショートステイは18歳以上で、障害者サービス受給者証を持っている人を対象にしている。家族の病気・レスパイト、将来グループホームなどで生活を希望する人の自立体験として、最大月に6泊7日利用することが出来るようになっている。利用者のサービス終了時には、支援計画に対してどのような支援を行い、その結果、利用者の様子はどのようなであったかなどを記載した支援結果や支援期間中の食事、睡眠、入浴などの状況を記載した、個別支援報告書を利用者・家族等に渡すと共に、要望を聞き次回の支援に繋げている。

サブカテゴリー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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
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受入計画を作成している	実施状況
標準項目1	計画は、利用者等の希望を尊重して作成、見直しをしている	○
標準項目2	計画を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている	○
標準項目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	○
標準項目4	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○
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	実施状況
標準項目1	利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○
標準項目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	○
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○

講評

定められたアセスメントにより利用者の状況を的確に把握している

利用者に適切なサービスを提供するためには、利用者の心身の状態、希望・要望、家庭環境を的確に把握しなければ、個々の利用者に適したサービスの提供は円滑に行われぬ。ショートステイでは、新規に利用する人に対して、必ず家庭（家庭が無理な場合は就労先などの生活の場）を訪問してインテークを行っている。アセスメントでは、健康面、服薬、食事、排泄、意思疎通などインテーク資料と共に、家族等との面談により得られた情報などを基に行っている。これらを基に個別支援計画を作成して、個々の利用者合ったサービスを展開している。

半年に1回個別支援計画を見直し、現状に適したサービスを行っている

ショートステイでは、利用者の自己決定と自己選択を重視した個別支援計画を作成し、ケアマネジメントによる個別支援を行っている。個別支援計画の策定にあたっては、インテーク時に把握した利用者の状態や、利用にあたっての利用者・家族等の希望・要望を基に、支援目標を明確にして、個別支援計画を策定している。個別支援計画は、少なくとも半年に1回見直しを行って、利用者の現状に適合するように配慮している。個別支援計画は、利用者・家族の確認の上、署名、捺印してもらっている。

日々の利用者の状態は文書、口頭によりもれなく引き継がれている

ショートステイの勤務はローテーションであるため、もれのないサービスの提供には、利用者の状態が職員間で共有される必要がある。この共有化を図るために、職員の交代時には口頭による引継と文書による引継を行っている。文書による引継は、利用者ごに情意面や健康面と所持品の状況を記入する「引継書」と時間ごとに検温、血圧、食事、排泄、入浴、服薬などを記入する「生活記録」を作成して利用者の状態がもれなく引き継がれるようになっている。

サブカテゴリー4 サービスの実施			
評価項目1	個別の受入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している		実施状況
標準項目1	計画に基づいて支援を行っている		○
標準項目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		○
標準項目3	必要に応じて、さまざまな情報を提供し、または相談に応じる体制を整えている		○
講評			
<p>利用者が社会生活の一員として充実した生活を過ごせるような支援に努めている</p> <p>利用者の受け入れにあたっては、利用者の人権を重視し、利用者主体の自立生活支援を行っていくことを基本方針としている。特に、利用者の自己決定と自己選択を重視し、個別支援計画(ケアプラン)を策定し、ケアマネジメントによる個別支援を行っている。個別支援計画には、利用者の心身状況や対応方法等を具体的かつ詳細に明記している。また、個別支援計画の策定にあたっては、事前に利用者や家族の要望を把握し、利用者が社会生活の一員として充実した生活を送ることができるような支援を基本としている。</p>			
<p>行動特性上配慮が必要な利用者に対してはその強みが発揮できる支援を心がけている</p> <p>利用者支援にあたっては、個別支援計画に利用者の心身の状況や対応方法等をきめ細かく明記するほか、実際の支援に入る職員に対して、事前にインテーク資料として、支援内容・食事・入浴・睡眠・バイタル・特記事項が記載され、利用者の詳細な状況が分かるようにしている。特に、利用者の特性に応じて、傾聴と受容を基本として、利用者の意思や気持ちを尊重することはもちろん、行動特性上配慮が必要な利用者については、そのストレンクス(強み)を最大限引き出し、通常の社会生活に繋ぐことができる支援を行っている。</p>			
<p>入所・退所手続き時や電話相談など、常時話し合いの場を設定している</p> <p>利用者がサービスを利用するにあたっては、情報の事前提供と相談に応じる体制が欠かせない。相談支援担当者(センター)とも連携し、自宅での様子やサービス利用時の様子を伝える場として、本人・家族を交え、入所・退所手続き時に話し合いの場を設定している。また、来所が困難な方には、電話での相談にも気軽に応じている。なによりも、定期的にサービスを利用していき中で、現在抱えている悩みや将来への不安などに共感し、不安解消につながるように本人・家族に対して支援内容を適切にフィードバックしている。</p>			
評価項目2	おいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している		実施状況
標準項目1	利用者の嗜好や状態を反映し、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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
<p>本人や家族から嗜好やアレルギー等を聞き取るほか、選択食の要望も組み入れている</p> <p>利用者にとって、食事は何よりの楽しみとなっている。朝食と夕食は、管理栄養士による献立も季節を感じられるものにするなどの工夫を凝らしている。特に、サービス利用時のインテークにおいて、本人と家族から嗜好やアレルギーの有無、塩分等の希望を取った上で、栄養バランスと盛り付け、温度管理等に十分気配りがされた食事が提供されている。また、選択食として、施設独自に利用者アンケートを取り、それらの意見を反映させて、朝食はごはんか三種類のパンが選択できるようになっている。</p>			
<p>朝夕の食事時間は、通勤・通所時間を配慮し、概ね2時間の範囲で柔軟に提供している</p> <p>食事の好み、塩分量やアレルギーの有無など、利用者の状態に合わせた食事の提供を基本としている。また、食事の提供時間と食事の場所(食堂または居室)は、利用者の状況にあわせて柔軟な対応を図っている。朝食は、職場や作業所等へ通う時間を考慮し、早い時間での提供を、夕食は、帰宅時間で前後してしまうことを考慮しての時間設定を行っている。時間設定は概ね2時間程度の幅を持たせている。なお、休日の昼食などは、個別購入や外食など、利用者の希望を聞いて提供するなど利用者に沿った内容となっている。</p>			
<p>通常は食堂での食事だが、集団行動の苦手な方は居室対応も行っている</p> <p>利用者調査でも、食事時間や内容について幾つか要望の声が聞かれる。柔軟な提供時間、選択食、食量など実現が図られている項目が多い。食事は、基本的には食堂でゆったりした雰囲気を提供することとしているが、インテークにおいて集団行動が苦手だったりする利用者の場合は、居室で個別に提供することも可能としている。なお、特に朝食は、品数や量についてより一層調整を図り、利用者の希望に沿うよう検討を進めている。</p>			

評価項目3	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	実施状況
標準項目1	身の回りのことは自分で行えるよう、働きかけや必要な介助をしている	○
標準項目2	入浴や排泄の支援は、健康状況や身体機能など利用者の状況に合わせて行っている	○
標準項目3	日常生活上の必要な支援は、利用者の状態やペースにあわせて行っている	○

講評

サービス提供を通じて、各人が持つ能力を最大限引き出せるような支援を実践している

利用者の安心と満足、信頼が得られるように、利用者の意思と気持ちを尊重し、傾聴と受容を基本姿勢とし、利用者主体の自立生活支援を行っている。特に、行動特性上配慮が必要な利用者については、その有する能力のストレングス(強み)に着目し、最大限引き出すように支援を実施している。具体的には、サービス提供時の一連の流れ、帰所、夕食、入浴、消灯、起床、朝食、出勤等の場面を通じて、自身で出来ることは出来るような働きかけと介助を行い、社会生活に繋がる営みを実践してもらっている。

利用者の障害特性に合わせて、支援に差が出ない様にインテーク資料等を活用している

入浴、排泄等の支援にあたっては、障害の程度も異なるため、その利用者にあった形で支援ができるように、インテーク時や利用手続き時にしっかり聞き取りを行い、普段とできるだけ変わらない形で支援を行っている。また、支援方法に差が出ないようにインテーク資料や引き継ぎ書に具体的に記載して、職員間で共有を図っている。入浴にあたっては、施設内の浴室だけでなく、館内の機械浴も利用したりするなど臨機応変な対応を図っている。健康管理も、看護師が担当し、毎日検温及び血圧測定等バイタルチェックを行うなど健康管理に努めている。

ノーマライゼーションの理念に基づき、地域社会と同様な生活が日課として組まれている

サービスの利用にあたっては、利用者のペースを大切に、普段の生活がそのまま継続できるような支援に努めている。サービスは、年中無休で、主に夜間の生活支援を実施し、日中は地域活動支援センター、生活介護事業の活動に参加するほか、土日祝日は余暇支援も行っている。日々は、ノーマライゼーションの理念に基づき、地域社会と同様な生活が日課として組まれている。支援の状況については、日誌、個別支援報告書、インテーク資料でその都度確認を行っている。

評価項目4	利用者の健康を維持するための支援を行っている	実施状況
標準項目1	利用者の健康状態や服薬に関して、利用者や家族から必要な情報を収集している	○
標準項目2	服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている	○
標準項目3	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	○

講評

日々のバイタルチェックのほか、近隣の散策や機能訓練等も積極的に取り入れている

利用者が安心して、サービスを利用できるように、健康管理には万全を期している。入所時に看護師が中心となって、家族に対して利用者の健康状態や服薬状況を詳細に確認し、インテーク資料に記載をして、職員間で情報の共有化を図っている。さらに、毎日の検温及び血圧測定等のバイタルチェックも行い、合わせて、近隣の散策や機能訓練を積極的に取り入れ、健康の維持・増進を図っている。

服薬は、服薬確認表を活用し、複数の目でダブルチェック体制を採っている

服薬状況は、インテーク時に健康状態の確認と共に、重要な要素として家族に対して具体的に薬剤情報等により詳細な確認を行っている。その情報は、インテーク資料と服薬確認表に記載し、与薬に繋げている。服薬管理は看護師が行い、与薬はダブルチェック体制を採り、日付、薬の種類、飲み込み、薬の落下など、看護師、当日の勤務担当者によって複数の目を通して確認を行い、服薬事故のないように努めている。

緊急時のマニュアルを整備するほか、持ち出し可能な個人票を作成している

利用者の体調不良等の変化があった場合は、速やかに家族、関係機関に連絡を取る体制を整えている。利用者とは、インテーク時に緊急連絡先を原則2件以上登録して、個人票に記載している。個人票は、緊急搬送時に、持ち出せるようにして、関係機関が利用者の情報を確実に得られる様にしている。また、緊急を要する場合の手順がマニュアル化されているほか、隣接する病院とも緊急時の対応先として連携を強化している。今後、緊急時の対応スキルの向上を目指して、具体的な状況をシュミレーションした訓練を実施する予定である。

評価項目5		利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている	実施状況
	標準項目1	利用者の状況や希望に沿って生活を楽しめるように取り組んでいる	○
	標準項目2	室内は、利用者の状況に応じて快適で落ち着ける環境・空間にしている	○
講評			
<p>利用者の希望を踏まえ、多彩な余暇活動を取り入れるなど生活の幅を広げている</p> <p>利用者の自主性が尊重され、快適な生活を営めるように、利用登録時に利用者及び家族から、利用の目的や生活上の希望を聞き取り、個別支援計画に記載し、それらを元に利用者支援にあたっている。特に、職員体制を踏まえ、可能な範囲で、土日祝日などの余暇やレクリエーション活動を行っている。具体的には、近隣の散歩、買い物等の外出、室内でできるゲームやカラオケなどのほか、地域で行われる運動会や文化祭にできる範囲で参加、生活の幅を広げる支援を行っている。</p>			
<p>清潔な共有スペース、廊下に掲げられた絵画などが、落ち着いた空間となっている</p> <p>サービスを提供する共有スペースについては、利用者調査では「清潔で整理された空間になっている」と91%の方が肯定した答えとなっている。共有スペースは、清潔で掃除の行き届いたリビングを中心に、大型のテレビ等が置かれ、また廊下には絵画が掲げられ、落ち着いた雰囲気となっている。特に、インテーク時に利用者から聞いた希望を踏まえ、音楽が好きな方にはCDを用意したりするほか、他の利用者の声の大きさが気になる方には、居室の位置を変えたりする等の配慮をしたり、居室は畳も敷ける和の空間としての利用も可能となっている。</p>			
評価項目6		施設と家族等との交流・連携を図っている	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目2	必要に応じて、家族等への情報提供や相談に乗るなど支援をしている	○
講評			
<p>利用者と家族を交え、入所・退所時に話し合いの場を設定している</p> <p>快適な利用者サービスにあたっては、利用者及び家族の意思・意向をどのようにくみ取り、事業所としてどのように実践するかという、日々のやりとりを通じての信頼関係は欠かせない。そうした意思・意向等は、個別支援計画に反映させている。特に、自宅での様子やサービスを利用している時の様子などを伝える機会として、利用者と家族を交え、入所・退所手続き時に話し合いの場を設定している。そこでは、現在抱える悩みや将来への不安に共感し、不安が解消できるような支援に心がけ、常にその結果を家族と共に共有している。</p>			
<p>個別相談を家庭訪問で実施するなど、計画的な利用につなげている</p> <p>利用者や家族からの相談に適切に対応するため、相談受付簿を備え付け、相談内容は記録に残している。また、相談は、相談支援担当者(センター)とも連携し、地域福祉ネットワークの一環としても取り組み、計画的な利用に繋げている。昨年度の利用は、1日平均2.9人、利用総数は1,072件を数えている。そのほか、個別相談を家庭訪問で実施するなど、家族との協力体制を強化し、より良い地域生活に向けての相談支援を実施している。</p>			

	評価項目7	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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○

講評

パラリンピックの正式種目「ボッチャ」の公開講座に利用者も参加している

事業所では、「地域貢献」を重要な基本方針としており、今後のサービス事業の維持・向上策として「地域他施設等との連携」を重要な柱としている。地域の情報の収集・提供については、区内・法人内の各種会議等の場を活用して、確実に利用者伝えていく。しかし、利用者が少人数で、主に夜間の利用となるため、参加が可能なものは限られている。こうした中、センターでは2020年のパラリンピックの正式種目である「ボッチャ」の公開講座が開かれ、集団参加で協調性が養われ、潜在的な力を発揮できる場として、利用者の参加が図られている。

事業所のショートステイの利用は拡大しており、地域福祉バスの利用は定例化している

千代田区の貴重な社会資源として、ショートステイ事業の継続的な利用は年々拡大の傾向にある。平成26年度の1日平均利用者数は2.5人、利用総数は922人であったものが、翌27年度は1日平均2.9人、利用総数1,072人と伸びている。利用者が日々の生活の場とすることはもとより、地域の様々な社会資源を活用して多様な体験ができるように、少人数制という点も踏まえ、きめ細かな対応を図っている。例えば、地域福祉バスを利用しての外出・買い物、福祉サービス事業所との行き来等は定例化し、生活の幅が広がる体験となっている。

サブカテゴリ5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重			
評価項目1	利用者のプライバシー保護を徹底している		実施状況
標準項目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		○
標準項目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た支援を行っている		○
標準項目3	利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○
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		実施状況
標準項目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）		○
標準項目2	利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
<p>外部への情報提供は個人情報提供同意書を取り交わし限定して行っている</p> <p>ショートステイでは、個人情報の目的外利用制限、個人情報データベースの適正管理などに関しては、法人が定める「個人情報の利用と保護に関する規程」により個人情報の保護を徹底している。サービス提供中に、病気などで緊急に医師に連絡する時、事故などで行政機関に通報する時など外部に利用者の個人情報を提供する場合は、利用契約時に「個人情報提供同意書」を取り交わして情報を提供するようにしている。また、ボランティアとして活動する場合にも、誓約書を取り交わして個人情報の保護に取り組んでいる。</p>			
<p>同性介護の徹底などで利用者のプライバシーに配慮したサービスを展開している</p> <p>ショートステイの28年度支援計画では、利用者の人権を重視し、利用者主体の支援を行う事としている。また、利用者の支援にあたっては、障害の種別に関わらず常に利用者の意志や気持ちに耳を傾け、傾聴と受容を基本的支援方針としている。利用者の居室に入る場合には必ず利用者の同意を得、入浴・排泄などサービスの提供にあたっては、必ず同性介護を行うなど利用者のプライバシーに配慮したサービスを提供している。利用者調査でも、「職員は利用者の気持ちを大切にされた対応してくれていますか」の問いに91%の人が「はい」と答えている。</p>			
<p>権利擁護・虐待防止の職員チェックリストを定期的実施している</p> <p>ショートステイでは、「利用者の権利擁護・虐待防止のための職員セルフチェックリスト」により、年3回定期的に権利擁護・虐待防止のためのセルフチェックを実施している。その集計結果は、会議の場で発表して周知徹底を図り、権利擁護・虐待防止に取り組んでいる。また、利用者が外部で虐待を受けているような場合には、行政機関に連絡し連携を図ることとしている。施設の内部には、虐待など困った時の相談先として、第三者委員、区、都の相談窓口を明記したポスターを掲示して利用者に周知している。</p>			

サブカテゴリ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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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定期的に点検・見直しをしている	○
標準項目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	○
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
講評		
<p>業務の標準化のため多数のフローチャート、マニュアルを準備し活用している</p> <p>センターの、作成済みマニュアル一覧をみると、ショートステイに関係するものも含め63項目のマニュアル類が整備されている。ショートステイに直接関係する「短期入所の流れ」「短期退所の流れ」「夜勤の流れ」などは、時系列に細かく策定され、新入職員も含め誰でもが一定のサービスが提供出来る様になっている。マニュアル類はパソコンで管理されているが、パソコンが整理されていない面も見られるので、素早く取り出せる方策を検討されたい。</p>		
<p>事故報告書、ヒヤリハットを基に業務改善に取り組んでいる</p> <p>ショートステイでは、サービス提供時の事故及びヒヤリハットについては、即日、事故報告書やヒヤリハット報告書を作成して対応策を検討する事としている。その結果については、事務所に掲示して全職員に周知している。その上で、事故やヒヤリハットの報告を分析して業務の見直しに繋げている。また、事故にはならないが、その懸念のある状況が生じる可能性がある場合は、気づきメモを作成して、全職員に回覧している。これらを踏まえ、年2回「業務標準化委員会」等を開催してマニュアル類を含め事務事業の見直しを行っている。</p>		
<p>OJT研修などにより業務の一定水準を確保している</p> <p>ショートステイでは、新入職員に対し、リーダー格の職員が、夜勤4～5回を含め1ヶ月にわたりOJTを行い、利用者の支援について丁寧に指導、助言している。また、年間研修スケジュールにより職員が一定のレベルの知識、技能を学べる機会を設け、業務の一定水準の確保を行っている。職員自己評価のコメント欄には、「新人の自分に対し定期的に振り返りを行い、アドバイスをしてくれるのはありがたい」とあり、業務の一定水準の維持のため施設の努力が伺える。</p>		