

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和2年度】

2021年 4月 15日

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 162-0063

所在地 東京都新宿区市谷薬王寺町53-8 薬王寺ビル6F

評価機関名 日本介護情報機構株式会社

認証評価機関番号

機構 04 - 118

電話番号 03-6380-1341

代表者氏名 代表取締役 只野孝二

印

以下のとおり評価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	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	吉岡聡	経営	H0202061
	②	岩崎征男	福祉	H0601080
	③	廣川美也子	福祉	H1401074
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	障害者支援施設			
	<input checked="" type="checkbox"/>	生活介護		
	<input type="checkbox"/>	自立訓練(機能訓練)		
	<input type="checkbox"/>	自立訓練(生活訓練)		
	<input type="checkbox"/>	就労移行支援		
	<input type="checkbox"/>	就労継続支援(A型)		
	<input type="checkbox"/>	就労継続支援(B型)		
<input checked="" type="checkbox"/>	施設入所支援			
評価対象事業所名称	東京都清瀬喜望園			指定番号 1314400068
事業所連絡先	〒	204-0023		
	所在地	清瀬市竹丘3-1-72		
	TEL	042-493-5551		
事業所代表者氏名	施設長 小島加瑞子			
契約日	2020年 9月 25日			
利用者調査票配付日(実施日)	2020年 10月 23日			
利用者調査結果報告日	2020年 12月 8日			
自己評価の調査票配付日	2020年 10月 6日			
自己評価結果報告日	2020年 12月 8日			
訪問調査日	2020年 12月 25日			
評価合議日	2021年 1月 26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)	第三者評価の実施にあたり、事業所と第三者評価に関する事前説明を行い確認を得ました。利用者調査は、全利用者を対象とした聞き取り調査を行いました。事業評価は、経営層及び職員個別の自己評価結果と利用者調査結果を分析した上で、評価者間で調査時の着眼点を共有し、準備してもらった帳票・文書の一覧表の交付を行い訪問調査に臨みました。訪問調査では、管理者及び関係職員に対するヒヤリングや書類の確認を行い、訪問調査後、評価者間の合議により報告書の作成を行いました。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2021年 3月 23日

事業者代表者氏名 小島加瑞子

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述                  （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>①呼吸機能障害者中心とした内部障害者および知的障害者に「福祉医療サービス」を提供し、安心した生活の場を確保する                  ②利用者の生命・財産を守り、人間的尊厳を尊重する                  ③社会人として相互の行き方を尊重する生活や、一人ひとりの生き方、自己決定を尊重し、その人らしい生き方を実現する                  ④生産活動や日中活動を通じ、生きがいのある生活を提供する                  ⑤地域との連携をとり、施設の機能を地域に開放する</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>（1）職員に求めている人材像や役割                  清瀬喜望園の理念を理解し、それぞれの職種の業務を通じて、実践することができること。</p> <p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）                  清瀬喜望園が全国で唯一内部障害者や、医療的なケアを必要とする知的障害者を支援する施設であるということを、心に刻んで仕事をしてほしい。</p>

調査対象	利用者45名を対象としました。
調査方法	利用者に調査の趣旨を説明して、標準調査票による聞き取り方式で実施しました。利用者が周囲を気にすることなく話しやすい、プライバシーに配慮できる場所で、日常の過ごし方や雑談を交えながら、利用者一人ひとり丁寧に聞き取りを行いました。

## 障害者支援施設全体

## 利用者総数

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(%)

	45	
アンケート	聞き取り	計
15	30	45
8	30	38
17.8	66.7	84.4

## 生活介護

## 利用者総数

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(%)

	45	
アンケート	聞き取り	計
15	30	45
8	30	38
17.8	66.7	84.4

入力不要  
自立訓練(機能訓練)

## 利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

入力不要  
自立訓練(生活訓練)

## 利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

入力不要  
就労移行支援

## 利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

入力不要  
就労継続支援(A型)

## 利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

入力不要  
就労継続支援(B型)

## 利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

## 施設入所支援

## 利用者総数

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(%)

	45	
アンケート	聞き取り	計
15	30	45
8	30	38
17.8	66.7	84.4

## 利用者調査全体のコメント

・利用者総数45名のうち、15名は書き取りにおけるアンケート、30名は聞き取りにおける調査を実施し、38名から回答を得ることが出来ました。  
・総合的な満足度として「大変満足」が28.9%、「満足」が50.0%、「どちらともいえない」が5.2%、「不満・大変不満」が10.5%となっており、約8割の利用者が満足しているとの評価となっております。  
・総合的な自由意見として「職員の皆さんは各々、精一杯やったださっているのだと思います。生活のすべてをやったださっているのですし、丁寧に接して下さっていると思います。」「現状で良い。」「自分に合った治療が出来るので、まあ満足。」「ここにいて幸せ。これ以上のことはない。」「職員が優しい声で優しく声掛けしている。お部屋でご飯を食べている。トラブルの時は、職員が注意してくれる。」「何かわからないことを聞くと「確かめてきます」と、誰かに聞きに行く。すぐに答えてほしい。待っている時間が長い。」等の意見がありました。

## 場面観察方式の調査結果

調査の視点:「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

### 評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

--

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

--

### 「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

## 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. 利用者は困ったときに支援を受けているか	30	2	4	2
<p>「はい」の回答率は78.9%となっております。</p> <p>・自由意見として「職員の皆さんが出来るだけのことをして下されているとは思いますが、言葉が不自由なことをまだあまり理解して頂いていないと感じることがあります。」「自分からあまり言わない。」「言えば相談に乗ってくれる。」「対応してくれない時が多い。」「困ったことを話せば助けてくれる。」「助けていただいています。色々お世話になっています。」等の意見がありました。</p>				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	33	2	0	3
<p>「はい」の回答率は86.8%となっております。</p> <p>・自由意見として「専用の物は定期的にメンテナンスされる。」「安心して使っています。」「不自由はない。」「自分の部屋は動線に無駄がないように配置している。一人部屋は良い。」「手すりがついているので、介助してもらいやすいので安心して使用しています。」等の意見がありました。</p>				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	26	7	4	1
<p>「はい」の回答率は68.4%となっております。</p> <p>・自由意見として「どちらかと言えば楽しみたい。」「あまり話をしない。」「不自由はない。」「今は作業が無く、仲間との交流は少ない。」「皆仲よし。」「交流なし。」「相談室が24時間開放しているので、空いていればいつでも使える。」「仲が良い人もいるが。その他にも交流がある。」「楽しいです。作業の仲間とのコミュニケーション、リハも楽しくやっています最高の施設です。」等の意見がありました。</p>				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	31	4	1	2
<p>「はい」の回答率は81.6%となっております。</p> <p>・自由意見として「きれい」にしてもらっています。」「清潔です。」「ちょっときれいにしてほしい。毎火曜日から水曜日に掃除機をかけに来てくれる。」「職員たちが掃除してくれる。」「お願いすればやってくれる。」「広々としていつもきれいなので、それは有難いです。」「利用者の個室が掃除が行き届いていないと思う。他のところは清潔です。」等の意見がありました。</p>				
19. 職員の接遇・態度は適切か	26	9	1	2
<p>「はい」の回答率は68.4%となっております。</p> <p>・自由意見として「声を掛けてくれる。」「言葉遣いで気になる使い方される時がある。」「言葉丁寧。」「特に問題ない。」「適切だと思えます。」「友達みたいな口の利き方が気になる。」「人それぞれだが気にならない。」「優しい言い方をしてくれる。優しい声で言ってくれる。」「人によって違う。」等の意見がありました。</p>				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	32	3	0	3
<p>「はい」の回答率は84.2%となっております。</p> <p>・自由意見として「言えば来てくれます。」「助けてくれます。」「職員の対応は信頼できます。」「親切でもないけど必要なことはしてくれます。」「ナースコールを押せば来てくれる。」「病気、けがは経験ないが、対応してくれると思う。」「家族にも連絡がある。」「必要な時はお薬も出してくださって、安心しています。」等の意見がありました。</p>				

21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	23	5	1	9
<p>「はい」の回答率は60.5%となっております。</p> <p>・自由意見として「いさかいやいじめがない。」「経験はないが対応している。」「職員の対応は信頼できます。」「もめないようにしている。言えば助けてくれる。」「人によって相手によって違う。いい人もいればきつい人もいる。」「わからない。」「今のところ、そのようなことはないと思います。」等の意見がありました。</p>				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	27	8	1	2
<p>「はい」の回答率は71.1%となっております。</p> <p>・自由意見として「あまり言ったことはない。」「思います。」「思いを受け止めてくれています。」「気持ちを大切にしてくれています。」「なんでも言ってくださいと言ってくれる。」「人による。」「声掛けも良くしてくれる。いろんなことを話す。」「お願いしたり口に出したことはないが対応して下さいますが、気持ちを察して下さいさることはない、と感じます。家族ではないので致し方ないとは思いますが。」等の意見がありました。</p>				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	31	2	0	5
<p>「はい」の回答率は81.6%となっております。</p> <p>・自由意見として「オムツ交換時に配慮してくれています。」「プライバシーは守ってくれています。」「まあまあ普通です。」「人による。」等の意見がありました。</p>				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	29	7	0	2
<p>「はい」の回答率は76.3%となっております。</p> <p>・自由意見として「あまり覚えていない、家族が対応。」「計画は見たことがない。」「不満はありません。」「まあまあ、分かりやすい。」「日常生活の希望とか、要望を聞いてくれる。」「改めて要望ということ聞かれることはない。」「出来るだけしてくれようとしていると感じられる。」等の意見がありました。</p>				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	24	9	2	3
<p>「はい」の回答率は63.2%となっております。</p> <p>・自由意見として「職員の言い方は優しい。」「まあまあ、分かりやすい。」「わからないところもある。」「まあまあ、分かりやすい。」「分かりやすく説明してくれます。」等の意見がありました。</p>				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	26	8	1	3
<p>「はい」の回答率は68.4%となっております。</p> <p>・自由意見として「言えば対応してくれる。」「今は人手が足りない。」「それなりにやってくれています。」「丁寧に対応してくれます。」「人による。」「普通です。」「不満があっても口に出さない。」「不満がないから言わない。」「介護職員は対応してくれる。」「あまり言わないが言ったときはわかってくれる。」「誠意ある対応をして下さっています。」等の意見がありました。</p>				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	19	3	9	7
<p>「はい」の回答率は50%となっております。</p> <p>・自由意見として「お話したことある。」「聞いたことはない。」「困っていることはない。」「第三者委員とは初めてです。」「聞いています。」「伝えてくれます。」「分かりやすく伝えてもらっていますし、ポスターも貼ってあります。」「説明はなかったけど、知っている。相談したことがある。」「親切に伝えられている。」等の意見がありました。</p>				

## 利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いいない	いいえ	無回答 非該当
4.【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	25	7	3	3
<p>「はい」の回答率は65.8%となっております。</p> <p>・自由意見として「織物をしている。」「手作業が好き。」「年齢差もあり、あまり交流がない。」「不便があるけど楽しい。」「リハビリをしています。」「作業は楽しい。」「利用者との交流があり楽しんでいます。」「いろんな活動に参加しているので楽しくやっている。」「楽しい時もあんまり楽しめない時もある。」等の意見がありました。</p>				

## 利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
14.【施設入所支援】 食事の時間は楽しんでいるか	31	4	1	2
「はい」の回答率は81.6%となっております。 ・自由意見として「美味しい。(複数回答)」「楽しみにしています。(複数回答)」「カレー、お肉、パン、魚、麺類が好き。」「お部屋で食べている。美味しい。」「なんでも好き。」「お米が光っていて美味しい。少ない予算で一生懸命美味しいものを作っている。」「好き嫌いはあるが、カロリー、栄養管理がされている。」等の意見がありました。				
15.【施設入所支援】 休日や夜間に、好きなことができるか	26	7	1	4
「はい」の回答率は68.4%となっております。 ・自由意見として「テレビ(複数回答)、映画、音楽、俳句。」「外出が出来ないのが辛い。」「自分でいろんなことをやっています。」「自由に過ごしています。」「今は散歩にも出られない。囲碁が好きだが相手がいない。」「本読んだり、テレビ見たり、横になったりしている。」「外に出たり、ひなたぼっこなどをしています。」「休みの日など、スポーツを見るのが好きなのでよく見えています。」等の意見がありました。				
16.【施設入所支援】 利用者の個別の要望や状況に応じた支援を受けているか	29	4	3	2
「はい」の回答率は76.3%となっております。 ・自由意見として「合っているかいないか、悩む。」「色々やってくれない時がある。」「あまり気にしていない。」「受けるようにしていません。」「自分に合った支援を受けています。」「頼めばなんでもやってくれる。」「楽しい。施設に入って良かった。家族も安心。友達と仲良くしている。」「概ね受けられている。」等の意見がありました。				
17.【施設入所支援】 職員が利用者の家族等に連絡をする場合、方法や内容等についてあらかじめ利用者の希望が聞かれているか	20	6	1	11
「はい」の回答率は52.6%となっております。 ・自由意見として「あまり聞いてくれない。」「言えば聞いてくれます。」「希望等を取り次いでもらっています。」等の意見がありました。				



I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

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 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	<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)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	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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く <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	事業所の理念・ビジョン、基本方針を職員に周知しています 事業所の理念・ビジョン及び基本方針を記載した毎年度の事業計画書は、職員全員に配布されます。幹部会を始め、定例の課長会議、随時の職員会議及び新入職員研修等で確認しながら、短期的な運営の方向性が示されます。新入職員には、研修や職員会議等で説明されます。また、事業計画書は各フロアに置き、いつでも見られるようにしています。さらに、理念・方針は玄関に掲示され、加えて運営理念と基本目標はいつでも確認できるように名札や名刺の裏に記載されています。	
	経営層は自らの役割と責任のもとに職員に対して基本理念と実行課題を提示しています 法人の理念方針に基づき、施設が目指していることの実現に向けた事業計画の内容は、個人面接、職員会議、週の初めの朝礼等で確認されます。また、法人理事会を始め、施設の園長・副園長、及び各階層の役割は管理規程で明確にされています。各部署の重要課題や都度発生する課題等は、幹部会や毎月の課長会議で確認検討され、解決策等の指示が出されます。決定事項は各職場の会議や、職員会議等で知らされる流れになっています。	
	経営層が意思決定した共有すべき重要な案件は関係者に周知されます 管理運営規定等にもとづき、幹部会や課長会議の資料・議事録等は必要部署に回覧されます。それらの文書は共有サーバーやデータベースに保存され、随時閲覧可能になっています。決定事項は、朝礼や職員会議等で周知徹底される手順になっています。また、重要案件は、必要に応じて利用者との園長懇談会や園報等で伝えられます。特に、施設運営の民間移譲に関する情報は速やかに情報提供されています。	

カテゴリ-2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ-1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
<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)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<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、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
カテゴリ-2の講評		
<p>課題設定にあたり事業所を取り巻く環境の情報を多角的に把握し検討されています</p> <p>利用者満足度アンケートや給食アンケートなどで利用者の意向把握をはじめ、利用者代表に入ってもらい行事関係や防災等の委員会に意見を反映させています。一方、例年実施している施設見学会、地域のニーズを聞き取り、障害者団体との意見交換会などはコロナ禍のために中止されました。外部的課題については、全社協、東社協等の会議・連絡会等への参加し情報を得ています。さらに、職員からは、面談や「気づきメモ」で提案される意向を把握し、課長会議及び幹部会等で検討されるしくみになっています。</p> <p>全体的な事業活動計画のきめ細かな管理(計画・実施・評価・見直し)を期待します</p> <p>収支の状況は四半期ごとに、予算の執行状況は毎月課長会議に報告されます。事業活動計画は、半期ごとに課長・係長会議で実情に合わせて見直しがおこなわれます。一方、職員アンケートでは「そう思う(はい)」の回答は低く(一般職員は30%台)、意見の中には「事業計画は策定されているが日々の問題解決が十分でない」「見直しが十分でない」との意見があり、計画管理への意識の格差が感じられます。例えば、全体的な事業活動計画に基づいた担当部門の職場で、管理しやすい活動(実行)計画の作成や、全員参加型の管理等への取り組みが期待されます。</p>		

3 カテゴリー3		
経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(3-1)		
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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<b>カテゴリ3の講評</b>		
<p>職員として守るべき法・倫理・行動規範などを明確にし、遵守状況が確認されます</p> <p>全職員が守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などについて、職員倫理綱領および行動規範が制定され、周知されます。さらに、年2回の振り返りチェックシートで遵守状況を確認する仕組みが整備されています。また、利用者に対しては入所時に説明されるとともに、苦情解決受付委員の配置、投書箱等を設置して意見や苦情を収集して苦情処理体制を整えています。また、オンブズパーソンの来園時には、利用者との懇談がおこなわれます。</p> <p>虐待に対し組織的な防止対策が講じられています</p> <p>虐待防止規定、虐待防止受付担当者および虐待防止委員会を設けています。虐待防止活動としては、毎月開催される虐待防止委員会での状況確認と対応を検討、年一回の全職員への研修、および虐待防止チェックリストによる状況調査が実施されます。</p> <p>ボランティアの受入れ、及び各種団体連絡会を通じて地域との連携に取り組んでいます</p> <p>事業所活動は、事業活動報告書の関係機関への配布、ホームページ、広報誌「こもれび」等で広報されます。また、地域交流・ボランティア委員会ではボランティア活動のパネルを作成しています。ボランティア活動開始時のオリエンテーションでは、喜望園の歴史や利用者の特性などを理解してもらいます。さらに、ボランティア保険への加入と個人情報誓約書の提出をしてもらいます。自立支援協議会、社会貢献事業協議会、地域の福祉連絡会及び社協の福祉団体の連絡会に参加しています。</p>		
<b>カテゴリ4</b>		
<b>4</b>	<b>リスクマネジメント</b>	
<b>サブカテゴリ1(4-1)</b>		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		<b>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況</b> <b>5/5</b>
<b>評価項目1</b> 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		<b>評点(〇〇〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ4の講評		
<p>事業所としての喫緊のリスク課題に取り組んでいます</p> <p>事故報告やヒヤリハット報告は、課長会議で対策を検討されます。必要に応じて、感染症対策委員会、防災推進委員会などで検討されます。検討対策結果は課長会議で報告され職員へ伝達し、周知されます。また、ノロウイルス等の感染症対策についての研修は毎年おこなわれます。今年度は、新型コロナウイルス感染症対策として、外出や面会の制限を最優先しておこなわれました。また、安全・防犯対策として、室内外に防犯カメラが設置されています。</p> <p>リスクマネジメント業務役割の見直しに取り組んでいます</p> <p>作成された事業継続計画(BCP)の見直し部門が不明確でしたが、その役割が業務刷新委員会へ移管されました。事業運営継続の為にリスクマネジメントにおいては、BCPは重要な位置づけで、自然災害への対応のみならず感染症蔓延等への対応させていくためにも、定期的な見直しの改訂が必要と思われます。また、各委員会の業務見直しを機に、リスクマネジメント委員会の中心的な役割が期待されます。</p> <p>事業所の各種情報の一元管理と共有化への工夫がされています</p> <p>紙ベースの文書については、文書管理規定に基づき各職場で整理・保管し必要に応じ使用できるように管理されています。また、利用者の個人情報については同意書で利用者への個人情報の利用許諾を得ています。利用者の個別支援計画・支援経過記録等はデータベース管理して、必要な人が活用できるようにしています。パソコンごとにパスワードを設けて、それぞれアクセス権を限定しています。データは更新したサーバーで一元管理されています。また、園内の職員間の情報共有システム「掲示板」を構築し、情報の共有化管理を図っています。</p>		
カテゴリ5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(〇●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(〇●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目3</b> 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目4</b> 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる	<b>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況</b>	<b>3/3</b>
----------------	-------------------------	------------

<b>評価項目1</b> 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		<b>評点(000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-5の講評

事業所が目指している必要な人材の構成及び明確な育成計画が望まれます

事業所は、有資格者の雇用に努めている一方、無資格者については採用後に資格取得の支援をしています。個人面談の際には希望する研修の聞き取りがされます。また、研修委員会では必要な外部研修への派遣や内部研修を企画しています。外部研修への職員派遣を始め、海外派遣研修への支援もおこなわれています。今年度は、コロナ禍のため研修自体が中止になるケースが多いですがオンライン研修に切り替えるケースもありました。十分な研修への取り組みの一方、適切な人材配置に基づいた研修計画と人材育成計画との連携の不明確さが窺えます。

職員の働きがい及び職場の意識向上に多角的に取り組んでいます

資格取得やキャリアパスに基づく給与制度を定着させました。月ごとの勤務表や有給休暇取得の管理、職場環境の整備により、働き方改革への取り組みが図られています。また、職場改善の取り組みとして、役職による職員への個人面談で職員の意識等を把握したり、課係単位での定期的話し合い、及び「良い仕事してますねカード」によるお互いを「ほめる・気づき・やる気」等の向上に取り組んでいます。一方、職員アンケートでは、肯定的な「そう思う(はい)」の比率は低く、上記の職場改善への継続的取り組みとさらなる工夫が期待されます。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

前年度課題の取り組み:2019年度も引き続き、新施設設計の基本案作成、国庫補助金の申請書類、およびコンサルタント導入による運営シミュレーションなどをおこなってきました。2019年度末に、2022年4月から管理・運営は新法人となることが確定しました。2021年度までは現法人が引き続き指定管理を委託されました。2022、23年度は新法人が指定管理者となります。このため2021年度は管理・引継ぎ準備を滞りなくおこなうことが重要課題となりました。また、2024年度に当施設は民間運営されることが決定しています。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> <li><input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

課題抽出の根拠:現法人が2024年度以降の民間運営を辞退しました。その結果、2022年度以降当施設の運営管理は新しい別法人へ移行することになります。2020年度は、管理・人員・サービス業務をスムーズに引き継ぐための課題の抽出と対策作業が中心となります。2021年度は、上記理由により、新法人が確定次第、引き継ぎ・移行準備が喫緊の課題となりました。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

\* 課題抽出の根拠:内部障害者だけでは財政的な課題も出てくるために、知的障害者を受け入れることにより経営・施設運営の安定化策が必要になりました。

\* 活動方針:①知的障害者の受け入れ開始と同時に支援の向上と人数増加につとめる。②全体の入園者の増加につとめる。

\* 活動計画:①知的障害者向けのプログラムの導入。②満床になるように新規利用者の入園募集の推進。③知的障害者の支援に向けた勉強会を実施。④都内の各市区町村への入園募集案内の配信。

目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていない
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行ってなかった(目標設定を行ってなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

\* 取り組みの結果:①2019年度は、入園者7名、退園者が5名で在籍利用者数は年度末で2名増加。2020年度も入園を進めていましたが、新型コロナウイルス感染防止を優先した入が多かったため、予定より入園者数は伸びませんでした。②知的障害の方に合わせた支援プログラム開発に取り組みました。

\* 次年度の課題:①当施設の利用者の特徴として、医療的ケアが必要な方や呼吸機能障害の方がいるため、特に感染症対策には注視せざるを得ない状況にあり、感染症の動向をみつつ新規入園募集を進めていくこと。②知的障害の利用者は個別性が高い点を踏まえて、集団生活の中で支障が無い生活を送れるような対応力を高めていく支援スキルと体制づくりを進めていくこと。③内部障害者と知的障害者とは特性の違いもあり、個別に対応する面と融合する面の両面に対応して行くことが必要になります。これらの課題に積極的に対応されることを期待します。



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	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリー1の講評			
<p>利用希望者が入手できる媒体で、わかりやすく事業所の情報を提供しています ホームページやパンフレット、年2回発行している広報誌「こもれび」により、利用希望者に情報を提供しています。「こもれび」には、利用者の活動の様子や、施設での取り組みが写真や文章で記載されています。パンフレットは、利用希望者がわかりやすいように、施設沿革、事業内容、経営理念、目標の他、入所に係る手続きや施設での生活がイメージできるように写真が多数掲載されています。漢字にはルビをふることで、読みやすくなるように工夫しています。</p> <p>事業所の情報を、行政や関係機関等に提供しています 年2回発行している広報誌「こもれび」は、利用者のご家族や関係機関のほか、都内の各病院、保健所等にも郵送しています。関係機関や病院には、入所の申込書も同封しています。また、広報誌「こもれび」は、近隣住民への情報提供とともに、施設や障害者支援への理解を深めていただくために、職員の手で各家に配布しています。</p> <p>利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合は個別の状況に対応しています 利用希望に関する電話の問い合わせには随時対応しています。希望がある場合は、パンフレットの郵送を行っています。また、できるだけ施設見学を勧めており、希望者のご要望に合わせて日時の調整をおこなっています。</p>			

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
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(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえ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	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		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>サービスの開始にあたり基本ルールや重要事項等を利用者の状況に応じて説明しています</p> <p>入所が決定した利用者に対しては、事前に家庭、病院や入所施設、通所施設等、入所前の実際の生活の場に赴き、重要事項の説明を行い同意を得ています。同時に、清瀬喜望園の「生活のしおり」を用いて、日常生活についても具体的に説明をしています。訪問の際は、利用者の状況に合わせて、介護職、相談員、看護師等の必要な職種が複数名で実施しています。</p> <p>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、記録化しています</p> <p>申し込み時に、「生活状況確認書」を記載してもらっています。「生活状況確認書」は、利用者本人だけでなく、必要に応じて家族や実施機関に記入してもらっています。事前訪問の際には、施設生活での意向を確認し、詳細な「事前訪問記録」を作成しています。申し込みから入所までの流れは、申し込み→生活状況確認書の提出→面接→入園判定会議→訪問調査→事前訪問記録作成→施設での報告会となります。報告会では、「生活状況確認書」及び「事前訪問記録」を確認し、入所について検討をおこなっています。</p> <p>サービスの開始時には、利用者の不安が軽減されるように支援しています</p> <p>「事前訪問記録」をもとに、会議を開催し、情報を共有、確認しています。入所後1週間後にオリエンテーションを行い、2週間を目安にカンファレンスをおこなって、入所後の利用者状況を確認しています。特に、入所後1週間は、看護師によるバイタルチェックや、看護師・介護職による食事摂取状況の確認をおこない、より丁寧に健康面や精神面のサポートをおこなっています。また、入所時には併設する診療所の医師による面接を実施しています。それらの情報は、データベースで共有化し、職員が閲覧できるようにしています。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/10
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
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
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
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きみを整備している		○非該当
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある		○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
<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		<b>評点(〇〇)</b>	
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
<b>サブカテゴリ-3の講評</b>			
定められた手順に従ってアセスメントを行い、定期的に見直しています 清瀬喜望園独自の個別支援計画アセスメントシートにより実施しています。利用者のニーズや課題は、個別支援計画書に記載しています。個別支援計画で作成した支援プログラムは、個別支援計画検討会議をおこない、手続きやスケジュールなどを利用者本人と確認しながら進めています。モニタリングは、半年に1度を基本としていますが、利用者状況の変化等、緊急な場合はその都度実施しています。モニタリングは、全部署の職員が記入できるようになっており、その結果をサービス管理責任者がモニタリング・計画修正表に記載した上で会議を実施しています。			
<b>利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立しています</b> 利用者の情報は、独自のデータベースによる日誌や記録入力システムで共有しています。共有サーバーには、各種資料を保存しており、閲覧できるようになっています。利用者の個別支援計画に沿った支援内容とその結果利用者の状況がどのように推移したのかについては、各職種がケース記録、業務日誌等に記録し、課長や施設長が確認しています。			
<b>申し送り・引継ぎにより、利用者情報を共有化しています</b> 個別支援計画検討会議(モニタリング会議)には、全ての職種代表が参加し、個別支援計画書のモニタリング・計画修正表を作成することで、利用者情報の共有化を図っています。独自のデータベースには、利用者の日々の様子や検査結果、診療所での診察記録などの医療情報も記載しており、体調の変化等も全ての職員が把握できるようになっています。毎朝の職場ごとの業務連絡会の他、介護職は、日勤者と夜勤者の申し送り等、勤務者交代時に、一日3回の申し送りを、看護師は勤務交代時にかかわらず随時情報共有をおこなっています。			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
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		評点(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、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(00)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-5の講評			
<p><b>利用者のプライバシーの保護を徹底しています</b>            個人情報の提供に際しては、利用者本人または家族の同意書を得るシステムになっています。基本的に個人のは、自己管理としており、居室及び床頭台の鍵は、原則自己管理としています。郵便物は、各居室の個別ポストに配達するようにしています。ポストに入らない小包等は、職員から利用者へ直接手渡しをしています。書留郵便は、事務職員から直接手渡しをしています。職員が居室に入室する際には、ノックをして利用者の了解を得るようにしています。</p> <p><b>利用者の羞恥心に配慮した支援を行っています</b>            利用者の生活スペースは、男女別フロアにしています。夜勤体制は、男女1名ずつの介護職を配置し、同性介助をおこなっています。介護職の他に看護師も1名夜勤をしており、必要な医療的なケアや介護をおこなっています。</p> <p><b>サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重しています</b>            利用者の自己決定を尊重し、利用者本位のサービスを提供しています。基本的に全ての事柄について、利用者の意思を確認しています。また、利用者がいつでも意見が言えるように、各所に「つぶやき箱」を設置しています。オンブズパーソン制度を導入し、3名のオンブズパーソンの方が毎月1回来園し、利用者から直接聞き取りをおこなっています。「つぶやき箱」は、オンブズパーソンが来所した際に開けて、内容を確認しています。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
6 事業所業務の標準化			
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
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	
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>	
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している	○非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p><b>マニュアルによりサービスの基本条項や手順を明確にしています</b></p> <p>マニュアル等は全職員が閲覧できるように共有サーバーに保管しています。マニュアルの見直しは、毎年1回、6月に業務刷新委員会を開催し、業務内容の点検、必要な見直しをおこなっています。日常的に業務内容の確認をおこなう場合は、マニュアルを閲覧することになっています。感染症の発生等の緊急時は、マニュアルを基に会議を開催し、対応の共有化を図っています。</p> <p><b>サービスの向上を目指して、標準的な業務水準を見直しています</b></p> <p>毎月、サービス向上委員会で、事業や業務見直しをおこないサービスの向上に努めています。見直しに際しては、利用者懇談会や日常的な気づきで出された利用者や職員の意見を基に検討しています。その他、日常的に業務について各部署ごとの朝夕の連絡会で協議しています。また、法律や制度の変更、事業形態の変更時には、随時見直しをおこなっています。さらに、業務の標準化のために、部署内の伝達研修を実施しています。その他、外部講師を招いて研修を実施しています。</p> <p><b>サービスの見直し時には、利用者や職員からの意見や提案を反映しています</b></p> <p>利用者からの意見や提案は、「つぶやき箱」に投函された意見、オンブズパーソンとの面談での意見の他、日常的に聞き取っている意見や提案が、業務見直しに生かせるようにしています。また、職員の意見や提案は、毎月実施しているサービス向上委員会で確認している日常の気づきや利用者ニーズの掘り起こし、各種会議での検討事項が生かせるように工夫しています。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況
		27 / 27
1 評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている		
		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目1の講評		
<p>利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションの取り方を工夫しています</p> <p>耳の聞こえにくい利用者に対しては、園長懇談会など各種懇談会で、職員による要約筆記や筆談でコミュニケーションをとることなどを実施しています。視力に障害のある方は現在、全盲や弱視の方が在籍していますので、口頭での補足説明をおこなっています。また特に知的障害の方には、本人に理解できるように、イラストやひらがなで書いた書類を作成して提供したり、本人が理解できる程度の質問をして確認しています。このように障害の内容や程度を確認し、障害の程度に合わせてコミュニケーションを図っています。</p> <p>自立した生活を送るための支援や周囲人との関係づくりの支援をおこなっています</p> <p>自立した生活をおくるためには、食事のときに、スプーンやフォークなど手を動かすことが不自由なケースは、握り手の部分に自助具を取り付けて握りやすくしたり、口頭で音声が発生できない方の場合は、のどに発声を補助する補声器を押し当てて、職員や仲間と話をしています。補装具については歩行用の補装具を使用している利用者がいます。また周囲の人との関係づくりについての支援は、対人関係の調整や日中活動、生産活動の場で周囲との関係づくりの支援をおこなっています。</p>		
2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている		
		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2の講評

自分にあった日中活動をおこなって過ごしています

利用者一人ひとりが、自分に合った日中の過ごし方が選択できるように、日中活動のプログラムを揃えています。それは生産活動、創作的活動、リハビリ活動等のプログラムを用意し、そのほか利用者が障害を抱えながらも、生活が豊かになるための支援と位置付ける趣味活動等に対する補助的な支援を個別に提供しています。また日中活動プログラムの部分参加や、既存のプログラムの個別提供を組み合わせて実施しています。展覧会へ利用者4名が出展し、2名が入選し、今後の創作活動への意欲向上につながっています。

利用者の生活を快適にするために利用者の意思を反映しています

園内の決まり事については、園長懇談会で協議や伝達が行われています。7月の園長懇談会では、「新型コロナウイルス対策について」で、利用者の毎日の検温や外出での買い物、通院の件、外出先での外部の人と接触した場合などが協議・伝達されています。その他では園内の防災に関する防災推進委員会やお花見や夕涼み会、喜望園まつりなど、園で行われる行事についての行事委員会に利用者の代表が参加しており、利用者の意思を反映させています。

過ごしやすい環境や希望を反映した食事を提供しています

新型コロナウイルス対策という観点からも、室内は、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ます。居室は週1回の定期清掃をおこなっています。また日常では目の届かない居室のベッドまわりなどについての清掃も適宜実施しています。コロナ禍では1日2回の換気をおこなっています。食事に関しては、年2回給食懇談会を開催したり、アンケートを実施したりして利用者の希望(麺のかたさ、味付けの程度、お肉の量やかたさなどの状態)を確認し、意見を取り入れています。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○非該当
●あり ○なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	○非該当

評価項目3の講評

施設の医療体制と現在の利用者の現状について確認しています

施設内に常勤医師1名と看護師8名、薬剤師、臨床検査技師、レントゲン技師がそれぞれ1名が配置された診療所を併設しています。そのため夜間の体制は夜勤の看護師1名、介護職員2名がいますので24時間の医療、看護、介護体制となっています。利用者の多くは高齢化、重症化、障害の多様化により、内服薬・外用薬の職員管理や排便コントロール(下剤、浣腸)を必要としています。また自分の体調などを上手く説明できない利用者が増え、通院の際も専門医や付き添い者への服薬状況、残薬調整等の細かい情報提供に努めています。

利用者の健康状態を毎日確認し、通院したときの診察結果を家族から得ることもあります

利用者の健康状態について、毎日、朝の申し送りを実施しています。その情報を前提とし、特に今年度はコロナ禍ということもあり、全利用者の検温を実施して、利用者の状態を確認し、その後の個別の生活を決めています。施設には診療所が併設されており、利用者が通院や入院している医療機関と、随時情報を交換し、診療所の医師が必要に応じて対応しています。通院に家族が付き添った場合でも、診察状況を家族に確認しています。

バランスを考えた特別食を提供していることや服薬は看護師がチェックしています

食事の特別食については、対象利用者の状況に合わせた対応をおこなっています。嚥下調整食のソフト食や嚥下食は体調や食思、嚥下能力の変化に合わせた調整やエネルギー調整等、必要に応じておこなっています。また身体の状態にあわせた腎臓食、糖尿食などの特別食等も提供しています。服薬の体制は施設内に薬局があり、薬剤師が薬歴管理、薬のチェックなど、必要に応じて1回に服薬する薬を1つの袋に詰める一包化をしています。薬の提供については服薬の誤りがないよう、看護師は配薬カートを使用して与薬、服薬の確認をおこなっています。

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>家族との関係は利用者の意向を尊重して対応しているほか終末期支援もおこなっています</p> <p>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ます。入園時や個別支援計画を作成する際、利用者との面接時に利用者本人にアセスメントをおこない、利用者の意思を確認して家族との調整を行い、双方の同意を得て決めています。利用者の意思に沿った支援を具体的に展開しています。また看取りを希望する利用者に対して、施設での看取りを実施するための指針を作成し、それを職員に周知して、利用者、家族の意向に沿った終末期支援をおこなっています。</p> <p>利用者の近況報告と園生活の写真とメッセージカードを家族に送付しています</p> <p>定期的に発行する園の広報誌を発送する際に、必要に応じて、利用者の日常の様子について、利用者ごとの近況報告(例えば、病気した場合の入退院の状況やその病状変化にかかわる情報の提供、日常の生活の状況など)と園生活で撮った写真、メッセージカードを作成して送付する取り組みをしています。家族が来園された場合は利用者の生活状況について適宜状況を報告しています。一部の利用者には、親族宛に「サービス提供記録(生活介護)(施設入所)」を毎月送付しています。</p> <p>必要に応じて家族等から利用者支援に必要な情報を得ています</p> <p>必要に応じて、家族等から利用者・家族の情報を、家族が来園された時や外泊時の連絡などで得ることがあります。こうした情報の交換をして、利用者支援にいかしています。また、稀に利用者の状態に突然変化があった時(例えばてんかん発作があると聞いていない方が、てんかん発作が起きた時)いわゆる想定外の出来事が起きる時があります。</p>		
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○非該当
評価項目5の講評		
<p>利用者が地域の情報を得られるよう支援しています</p> <p>利用者が地域の情報を得られるような情報の提供について、「社協だより」など公のたよりはパンフレット台を設置して、並べて置いたり、掲示板に案内の掲示をしたり、目の不自由な利用者もいるため、放送による案内の呼びかけをおこなったりしています。「清瀬市報」には、市内のイベントや催し物の情報が掲載されていますので、利用者のニーズもあり、各階のロビーにいつでも手に取りやすいよう置いてあります。</p> <p>利用者が地域の資源を利用して多様な社会参加ができるように支援しています</p> <p>基本的に、外出外泊が自由で、セニアカー(電動3輪車)なども自由に使用でき、旅行や趣味のサークルに行っている利用者もいます。月に2回ショッピングモールやスーパーへの送迎をしたり、介助が必要な利用者には、付き添いボランティアを活用してショッピングに行けるよう実施しています。そのほか、本人の希望により、地域の医療機関への送迎や不在者投票ができるように支援しています。現在はコロナ禍なので、ショッピングなどは中止となっています。</p>		



Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

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(〇〇〇〇)	
評価		標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目6の講評					
<p>一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動の支援を行っています</p> <p>創作的活動は、絵手紙や書道、手芸などの作品作り、また映画界や囲碁、将棋、ゲーム等多彩な内容で実施しています。利用者調査において、創作的活動を楽しみにしているとの声が多数聴かれ、作品を見せてくれた利用者もいました。大きな共同作品は、施設の廊下などに掲示され、施設の彩りとなっています。生産活動は、電球の封入の受託作業を中心に行っており、工賃規定に基づき月平均4,000円の工賃を支給しています。</p> <p>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おこなっています</p> <p>食事は利用者の生活の中で重要であると考え、施設として大変力を入れています。糖尿病食、腎臓病食、低残渣食、ビタミン形成食等多彩な療養食に対応しています。また、食形態も嚥下調整食(ソフト食・やわらか食)、カットや刻み食、ミキサーやトロミ等、利用者状況に合わせて提供し、約半数の利用者に個別対応が必要な状況です。そのような状況であっても、季節感や食欲が湧くような盛り付けを工夫しており、利用者調査でも、「食事を楽しみにしている」との声が多く聴かれ、大変好評です。入浴、排泄は、利用者状況に合わせて実施しています。</p> <p>自分でできることは自分で行えるよう働きかけています</p> <p>利用者の各居室内の清掃や片付けは、利用者ができる範囲で自分でおこなえるように支援しています。介助が必要な方には、1週間に1回、職員が清掃をおこなっています。その他、利用者の希望や状況を考慮しながら、適宜手伝いをしています。食事摂取では、利用者ができる限り自分で食べられるよう、食器や治具を工夫しています。日中の創作活動へ参加の際には、利用者ができるだけ自分ができるように支援しています。入浴は、自立して入れる方のための自立浴と、介助が必要な方のための介助浴の時間を設定しています。</p>					

## Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

13	<p>評価項目13 【施設入所支援】入所施設において、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</p>	<p>評点(〇〇〇〇〇)</p>
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 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	2. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が暮らしの幅を広げることができるよう、さまざまな体験の場を提供している	○非該当
●あり ○なし	4. 日中サービス提供事業と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	5. 必要に応じて、地域移行に向けた、日中サービスや住まいの場についての情報提供や関係機関との調整を行っている	○非該当
評価項目13の講評		
<p>コロナ感染症は利用者の暮らしの幅を広げる活動を妨げています</p> <p>新型コロナウイルスは拡大傾向にありますので、その対策として、通院関連は代理通院の対応を継続します。病院からの通院依頼があれば、通院していただきます。面会は居室には入らず、会議室などを利用し、感染防止に配慮しておこないます。①検温、手洗い、マスクの着用などの対応をお願いします。②外出については利用者の外出制限は継続します。③外泊の場合、1週間の居室待機は継続します。このような制約がありますが、季節が感じられる行事を園内でおこない、食事も季節が感じられるような献立を工夫して提供しています。</p> <p>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おこなっています</p> <p>利用者の多くは自力で飲食が可能ですが、知的障害の方で食事介助が必要な方や食事中に見守りが必要な方が増えています。食事の飲み込みや食事動作の障害により、食事形態や補助具を工夫する必要度が高くなっています。排泄は排泄記録表に、今までよりも排泄の時間や排泄の状況を細かく記録することで、利用者の健康状態をより的確に把握できるようになり、また排泄介助の時間や方法が適切かどうかを確認できるようになりました。入浴は入浴介助の対象者が増加して、今まで午後のみでおこなってきた入浴介助を、午前にもおこなうようにしました。</p> <p>利用者が安定した睡眠をとれる支援や地域移行のプログラムの展開も可能です</p> <p>利用者が安定した睡眠をとることができるような支援は、看護師や介護職員による夜間の見回りの時、人工呼吸器の動きを確認したり、寝ているかどうかの確認したり、稀に夜に携帯電話を掛けたりする時がありますので注意したりしています。新型コロナウイルスの感染対策として、病院への代理通院、外出自粛による利用者や保護者への説明、買い物代行などこの問題が終息するまでの緊急対応が継続しています。必要に応じて、地域移行に向けた希望のある利用者については、地域移行プログラムをもとに実施機関との調整を含め支援をおこなっています。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目		
タイトル①		
内容①		

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目		
タイトル②		
内容②		

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	内部障害のある利用者を対象としており、入所時から健康管理を大切とした支援を行っています
	内容	入所申し込み段階から、利用者状況の把握のための詳細な調査を行っています。特に入所前の生活の場への訪問調査には、介護職や相談員だけでなく、看護師も必要に応じて同行して体調についてのアセスメントを行っています。入所時には、併設する診療所医師による診察を実施しています。入所後は、看護師によるバイタルチェック、看護師と介護職による食事摂取状況のモニタリングを行い、早期にカンファレンスを開催し、再アセスメントを行っています。それらの情報は、データベースで管理し、職員が共有・閲覧できるようにしています。
2	タイトル	施設内に診療所がありますので、利用者にとってはよい環境です
	内容	施設内に常勤医師1名、看護師8名、薬剤師、臨床検査技師、レントゲン技師がそれぞれ1名が配置された診療所を併設しています。夜間の体制は夜勤の看護師1名、介護職員2名がいますので24時間の医療・看護、介護体制となっています。現在の利用者の多くは高齢化、重症化、障害の多様化により、内服薬や外用薬の職員の管理や排便コントロールを必要とする入所者がいます。また自分の体調などを上手に説明できない利用者が増え、通院時の専門医の診察時には、利用者の細かい情報が欠かせない状況となっています。
3	タイトル	ボランティア活動が利用者の楽しみとなっています
	内容	ボランティアの活動が利用者の楽しみとなっています。ひまわり喫茶はボランティアを中心にした、コーヒー、紅茶の提供とカラオケを同時に行い、月に2回楽しいひと時を過ごしています。日中活動のピアノ鑑賞はボランティア講師A先生に、毎週演奏していただき心豊かな時間を過ごしています。創作余暇活動で絵手紙のボランティア講師B先生の月1回来園で、季節感と個性あふれる作品が生まれています。近隣のショッピングへの同行付き添いや入浴後のケアを担当など、そのほか園の行事を支えていただいています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	全体的な事業活動計画と各職場単位の実行計画の関係を明確化した組織運営が望めます
	内容	事業活動計画は、半期ごとに課長・係長会議で見直しがおこなわれます。一方、職員アンケートでの意見の中には、「事業活動計画は策定されているが日々の問題解決につながっていない」、「見直しが十分でない」との意見があります。事業活動計画を業務遂行へどうつなげるべきかの現場の戸惑いを感じられます。その対応策として例えば、全体的な事業活動計画の指針を基に担当部門の現場（職場）で自ら具体的に実行管理できる活動計画の作成など、全体と部分を連携させた全員参加型のPDCAマネジメントへの取り組みを期待します。
2	タイトル	個別支援計画時の目標を設定をすることが望めます
	内容	相談支援事業所が作成するサービス利用計画に記載されている目標のほか、施設独自での目標も設定することが望めます。サービスの対象者が、内部障害者から知的障害者に拡大したこともあるので、今後必要になると考えられます。記録や個別支援計画の共有化、モニタリングの仕組み等は、模範的と思われる状況ですので、長期目標、短期目標等の設定があると尚良いと考えられます。モニタリング時に、目標の達成度や目標の見直しが実施できると、より良いと考えます。
3	タイトル	マニュアルの定期的な点検・見直しは32個のマニュアル全部が必要かどうか検討の余地があります
	内容	ここでいうマニュアルとは、ある条件に対する方法を知らない者に対して示し、教えるために標準化・体系化して作られた文書で、その管理は定期的に点検・見直しを行い、その記録がなされていることが必要です。この施設では32個のマニュアルが作成されて、リストアップされて管理されていました。この中には「理学療法士業務マニュアル」「検査マニュアル作業手順書」「栄養士業務マニュアル」「給食係のマニュアル」などがあり、部門に限定されたものであり、これらのマニュアルを定期的に点検・見直しが必要かどうか検討の余地があります。