

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和4年度】

令和5年 3月 31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

〒 102-0083

所在地 東京都千代田区麹町1丁目5番地4-712

評価機関名 株式会社 ケアシステムズ

認証評価機関番号

機構 06 - 167

電話番号 03-3511-5035

代表者氏名 和田 俊一

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	和田 俊一	経営	H0601057
	②	和田 輝美	福祉	H1001021
	③	北川 達三	福祉	H1202046
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	共同生活援助(グループホーム)			
評価対象事業所名称	フロム千束	ユニット総数	指定番号	0000000000
現地調査をしたユニット数及びユニット名	現地調査 ユニット数	ユニット名		
現地調査をしたユニットの選定理由(複数選択可)	<input type="checkbox"/> ユニットの特徴 <input type="checkbox"/> 前回の評価で訪問していないユニット <input type="checkbox"/> 利用者調査結果 <input type="checkbox"/> その他()			
事業所連絡先	〒	111-0031		
	所在地	東京都台東区千束3丁目28番13号		
	TEL	03-5603-0087		
事業所代表者氏名	施設長 日暮 晶子			
契約日	2022年 6月 14日			
利用者調査票配付日(実施日)	2022年 10月 11日			
利用者調査結果報告日	2022年 12月 17日			
自己評価の調査票配付日	2022年 9月 1日			
自己評価結果報告日	2022年 12月 17日			
訪問調査日	2022年 12月 19日			
評価合議日	2022年 12月 19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)	利用者調査は、施設と協議のうえ、聞き取り調査の対象者を選定し、評価者が個別に聞き取りをした。 事業評価については、職員からも各標準項目にチェックを入れた分析シートを回収し、集計結果報告に反映した。第三者性確保については、当評価機関と事業者の間には特別な関係は存在せず、中立公正な立場で調査を実施した。			

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。

令和5年 3月 31日

事業者代表者氏名 施設長 日暮 晶子



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）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) 利用者本位のサービスの提供 2) 地域福祉の担い手としての社会への貢献 3) 透明性のある法人運営の遂行</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> <ul style="list-style-type: none"> ・チームに協力し貢献できる人 ・前向きにチャレンジする人 ・明るく笑顔で楽しめる人
	<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>職員一人ひとりが事業計画内容をよく理解し、事業計画に沿って業務に取り組むとともに、常に日常業務を点検しながら状況に応じて必要な見直しをおこない、障害福祉サービスの更なる向上に努める。</p>

調査対象	調査日現在の全利用者11名を調査対象としたが、事業者と十分な協議をし、利用者10名を選定して調査対象とした。回答者の属性は、男性4名、女性6名。年齢別では20歳代2名、30歳代1名、40歳代2名、50歳代4名、60歳以上1名であった。
調査方法	聞き取り方式：聞き取り調査は、評価者が事業所を訪問し、安心感を保持するため間隔・位置取りに配慮した環境のもと、個別に聞き取り方式による調査を実施した。

利用者総数 11

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数	0	10	10
共通評価項目による調査の有効回答者数	0	10	10
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	90.9	90.9

利用者調査全体のコメント

事業所の総合的な満足度の回答結果は、「大変満足」または「満足」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度が得られている。

項目別で見ると、＜サービスの提供＞の4設問は3設問において、大変高い満足度であった。特に「困った時の対応」、「主体的な活動の尊重」、「くつろげるか」については、80.0%の大変高い満足度が得られている。

＜安心・快適性＞の4設問の全設問において、大変高い満足度であった。特に「共有スペースの清潔な環境」、「職員の接遇」、「けがや体調不良時の対応」については、90.0%の大変高い満足度が得られている。

＜利用者個人の尊重＞の4設問は2設問において大変高い満足度であった。特に「気持ちの尊重」、「プライバシーへの配慮」については、80.0%の大変高い満足度が得られている。

＜不満・要望への対応＞は、「不満や要望への対応」については大変高い満足度が得られているが、「外部の相談窓口の分かりやすい説明」については、さらに高い満足度が望まれる結果であった。

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 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	8	2	0	0
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「基本的に私は見守るだけです」という声が聞かれた。				
2. 利用者は、主体的な活動が尊重されているか	8	2	0	0
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「組紐や塗り絵をやっています」、「自分で好きなテレビを見たりしている」、「絵、習字など」という声が聞かれた。				
3. グループホームでの生活はくつろげるか	8	2	0	0
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見は特になかった。				
4. 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	6	4	0	0
「はい」が60.0%、「どちらともいえない」が40.0%であった。自由意見では、「家族と仲良く、隔週で会っている。連絡は自分でファックスでしています」、「自分でメールで連絡しています」、「携帯電話で家族とは話します」という声が聞かれた。				
5. グループホーム内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	1	0	0
「はい」が90.0%、「どちらともいえない」が10.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「部屋は自分で、他は職員が掃除してくれます」という声が聞かれた。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	9	1	0	0
「はい」が90.0%、「どちらともいえない」が10.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「優しいです」という声が聞かれた。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	9	1	0	0
「はい」が90.0%、「どちらともいえない」が10.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「コールで呼んで対応してくれます、トイレにもあります」という声が聞かれた。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	2	0	0
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見は特になかった。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	8	2	0	0
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見は特になかった。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	8	2	0	0
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見は特になかった。				
11. 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	6	4	0	0
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「半期で計画している」、「活動について話している。洗濯物たたみなどもやっています」、「希望などを聞いてくれます」という声が聞かれた。				
12. 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	5	5	0	0
「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が50.0%であった。自由意見は特になかった。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	2	0	0
「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見は特になかった。				
14. 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	3	6	0	1
「はい」が30.0%、「どちらともいえない」が60.0%、「無回答・非該当」が10.0%であった。自由意見は特になかった。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー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 評点(〇〇)	
	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 <input type="radio"/>非該当
	<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 <input type="radio"/>非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<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 <input type="radio"/>非該当
	<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 <input type="radio"/>非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<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 <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
	カテゴリー1の講評	
	台東つばさ福祉会の基本理念、事業目標の周知に努めている 台東つばさ福祉会の基本理念、事業目標を事業計画書に明記している。法人共通の運営方針は法人および施設の事業計画に掲載し、法人基本理念は施設内に掲示して周知を図っている。事業計画策定時に当該年度のサービス目標を設定し、同様に事業計画書に掲載して、職員へ理解を促している。また、重要事項を審議する際に振り返ることができるようにしている。施設長は、会議の場において基本方針を再確認しながら、事業の進捗状況などを検討することに努めている。	
	施設長は各種の事案に関する指導を行い事業の方向性を示唆している 法人理念に基づき、事業単位の目標・方針を策定し、所管する組織を統括管理することが求められており、そのための権限と責任、求められる能力、求められる成果が規定されている。施設内をはじめ、法人、地域で開催される各種の会議は、目的・回数・開催日・出席者や活動内容が具体的に定められており、それらの場を通じて施設長は事業運営に関する各種の情報を収集し、定例の運営会議において報告したり、職員と一緒に検討したりして、施設運営をリードしている。職員との情報交換をサービス向上につなげることに取り組んでいる。	
	重要な案件の決定事項はその内容・決定経緯を適切に関係者に周知している 重要な案件事項は職場各所から起案書として上程され、基本的には定例の運営会議に諮り検討協議されたのち決定する流れとしている。また、必要に応じて重要な案件の決定事項については、日々の申し送りにおいても文書や口頭で内容・決定経緯を伝えて周知を図っている。利用者などには、掲示や書式の配布などによって周知を図っている。職員の入退職については、かつて利用者の不安をおおってしまうこともあったが、サービス支援が必要な利用者を優先尊重することが大切と考え、当該事項は適切な機会に利用者伝えていく。	

カテゴリー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		
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー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
カテゴリー2の講評		
<p>多角的に事業環境を把握し経営改善に取り組んでいる</p> <p>施設では利用者アンケートは実施していないが、個別支援計画策定時や日々の支援の中で利用者ニーズの把握に努めている。事業所運営に対する職員の意見は、日常的な関わりや定例会議、あるいは年間2回実施している職員面談を通して把握している。地域の福祉現状については自立支援協議会に出席して情報を収集している。福祉事業全体については行政や社会福祉協議会からのメールなどで課題・ニーズなどを把握している。経営状況は、法人契約の公認会計士や台東区財政援助団体監査などによる内外の監査によって把握、検討している。</p> <p>指定管理期間に沿って中期計画を作成し単年度計画に落とし込んでいる</p> <p>台東区の指定管理の期間に準じた中期計画が策定されており、それをもとに年度の事業計画が作られている。事業計画策定は手順が決まっており、地域の福祉ニーズや事業環境のほか、職員面談などで収集した現場の意見や利用者ニーズなども含め運営会議で決定されることになっている。また、法人の事業計画を基に事業所の事業計画を作成しており、計画の進捗状況については、法人内の定例会議において報告し確認を得ることにしている。さらに、法人内で行われる事務局会議にて、他施設の状況や様々な情報を収集して、運営会議で報告している。</p> <p>事業計画の達成に組織一丸となって取り組んでいる</p> <p>単年度事業計画の推進方法として、業務分担表、役割表などを明示している。法人会議での情報共有をはじめ、全国社会福祉法人経営協議会や東社協の知的発達部会などによって、先進事例や業界動向などを収集し事業推進の参考としている。災害対策や事故事例、直近では新型コロナウイルス対策などが、区の担当課や保健所から直接、注意喚起の文書が来ることもあり、その内容によっては迅速に体制整備につなげている。</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、職員が相互に日常的言動を振り返り、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
評価項目2 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 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<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

カテゴリー3の講評

尊厳の尊重については職員への注意喚起を促す取り組みを充実させている

福祉サービスに従事する者として守るべき法、規範、倫理などは、法人としての就業規則や権利擁護規定などに明示されている。施設長は法人内の会議などで関連事項などが取り上げられた際には、その内容を定例の運営会議などで説明を行い、職員に周知徹底を図っている。さらに、虐待防止委員会主催による虐待防止研修に職員を参加させたり、宿直室や事業所内に権利擁護に注意喚起を促す掲示を行ったりしている。さらに、権利擁護についての実践アンケートを定期的の実施して、職員の意識の高揚を図っている。

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

苦情解決などの制度に関しては、事業所内の苦情相談受付窓口や解決者をはじめ、区や第三者委員などの連絡先についても重要事項説明書に明示して周知に努めている。利用者一人ひとりの意向の把握や対応については、年1回利用者が出席する個別面談での聴取のほか、日常的に意見や要望を言いやすい雰囲気づくりに努めており、信頼関係の構築に取り組んでいる。口頭や書面で受けた苦情には内容に応じて職員と利用者双方に事実確認を行い、必要に応じて改善と運営会議を通じて周知に努めている。

地域ネットワークに参画し協働する体制を整えている

施設が地域の一員としての役割を果たすため、自立支援協議会や台東区福祉政策推進協議会などへ参加し、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作りに取り組んでいる。また、例年であれば、台東区社会福祉協議会主催の社会福祉法人連絡会への参加などを通じて、交流できる機会を設けている。また、ボランティアや実習生などの受け入れについても法人を窓口として取り組んでいるが、コロナ禍によって制限を余儀なくされている。

カテゴリ-4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ-1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(00000)
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(0000)
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、アクセス権限を設定するほか、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>関係機関との連携を図りながら安全性の高い事業所運営に取り組んでいる</p> <p>事故防止・防災などは定例の運営会議での話し合いの他、法人事務局や関係機関等と適宜連絡を取り合っている。また、防災委員を組織して防災対策マニュアルや事業継続計画を策定しており、それらに則って定期的に避難訓練を実施して、利用者や職員への注意喚起を促している。また、事故やヒヤリハット報告書を設けており、運営会議での共有を行い、再発防止に取り組んでいる。利用者の体調急変時のマニュアルを整備し、緊急時対応研修を行い、役割分担を確認、明示している。その他、感染症対策も含め安全性の高い運営を目指している。</p> <p>各災害の詳細なマニュアルが準備されており、災害対策に取り組んでいる</p> <p>法人全体の災害対策が取られ、詳しい防災対策マニュアルが設けられている。さらにコロナ禍であることを踏まえ、感染症を最優先順位としてマニュアル整備をはじめ、利用者や職員へ必要とする情報提供に取り組んでいる。また、施設は都心のビル群が密集した地域に位置していることを踏まえ、近隣でビル火災が発生した際の対応などが明示されている事業継続計画や、非常時の職員の参集者名簿作りも行っており、大規模災害発生時への対応策の策定に取り組んでいる。</p> <p>重要な情報を適切に保護・共有する仕組みが整っている</p> <p>日誌、請求はパソコンソフトを導入しており、アクセスするために個々にIDとパスワードを付与している。経営に関する情報は重要性や機密性に基づいて、紙ベースのものは保管場所を特定し、施錠は定められた管理責任者が行っている。PCベースの情報については管理責任者にアクセス権を設定して管理している。また、施設内LANを構築し、事業運営上の情報は共有できる仕組みとしている。利用者情報はID・パスワードで管理し、特定の情報に関する権限は管理者に限定している。</p>		

5 職員と組織の能力向上			カテゴリ-5
			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	12/12
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(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○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(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
評価項目3 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		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを運動させている		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/3
評価項目1 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		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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		○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		○非該当
●あり ○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		○非該当

カテゴリー5の講評

個人面談を通じて人材の育成状況を確認し適材適所な人員配置に取り組んでいる

法人全体で採用計画を立てており、常勤、非常勤などの就業形態に関わらず法人本部で採用実務を行っている。採用実務に関しては職員同行のもとに、法人の業務をPRするパンフレットや宣伝物品を持参して、福祉業界の各種就職フェアに参加している。人事制度全般については、職員研修や事業計画書などで周知するとともに、教育研修体系などを整備している。教育研修体系や職能資格制度を活用し、職員については個別面接を年2回実施し、適材適所の人員配置に取り組んでいる。

人事考課制度をもとに個別の研修計画を策定している

人事考課制度をもとに個別面談を実施し、個別研修計画を立て、外部研修など課題に沿った研修への参加を促している。内外の研修に希望に沿って受講できるよう、勤務を調整し、職員一人ひとりのスキルアップを目指している。人事考課制度・自己申告制度によって年度の目標達成度合いを確認している。また、研修参加後の報告会実施など、研修受講者の知識をチーム内で共有できるよう工夫している。また、評価制度を実行することで、各職員のモチベーションアップにつなげている。

職員の就業状況等を把握し働きやすい職場づくりに取り組んでいる

施設では各種の支援の質の向上を目指して職員のスキルアップを挙げており、必要な能力を発揮してもらうために、人事考課制度に則って、職員一人ひとりの育成計画の策定に取り組んでいる。また、法人の福利厚生制度を活用するなど福利厚生に取り組み、職員の有給休暇などの取得状況を把握し適切な対応を行っている。さらに、健康診断時やストレスチェックを実施したり、変形労働時間制の導入などによる労働基準法の順守にも取り組んだりしている。

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	
<p>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)</p>	
<p>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)</p> <p>・フロム千束を必要とする区民にアピールし、一人でも多くの方に活用してもらえるように情報提供や発信力の向上を課題としている。そこで、自立生活体験事業の新規利用の促進に取り組んだ。特別支援学校への訪問により情報提供を充実させることを計画したが、コロナのため中止せざるを得なかった。よって、資料送付をはじめ、区広報や法人ホームページなどを用いた情報提供に取り組んだ。</p>	
<p>目標の設定と 取り組み</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</p>
<p>取り組みの検証</p>	<p><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</p> <p><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)</p> <p><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</p>
<p>検証結果の反映</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p>
<p>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</p> <p>・上記の取り組みの結果、短期的には新規利用者の獲得には至らなかったが、墨東特別支援学校のコーディネーターとは関係性を強化できた。よって、各種の媒体を用いた情報提供(発信)は継続して取り組んでいる。</p>	

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)

・利用者や家族の高齢化などを見据え、法人として成年後見制度の利用促進を促している。具体的な取り組みとしては、先行して導入している事業所からの活用報告などを収集し、準備作業に取りかかった。

目標の設定と
取り組み

- 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
- 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
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 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)
- 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

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 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
- 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

・具体的には、社会福祉協議会で開催されている説明会へ参加して情報を収集した。それらの収集した情報をもとに、新たな利用者に成年後見制度を説明し、利用促進につなげた。本年度以降についても、制度への登録を促進していくために、法人としての研修会の実施などを検討している。

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	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
	●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している
	●あり ○なし	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている
	●あり ○なし	○非該当
	●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	●あり ○なし	○非該当
	●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している
	●あり ○なし	○非該当
サブカテゴリー1の講評		
各種媒体によって施設の情報を提供している 施設の情報は、ホームページやパンフレットなどによって提供している。ホームページには、「フロム千束」では、身体に障がいのある11名の方が生活されています。バリアフリー構造となっており、廊下や居室なども車いすで生活しやすい設計となっています。」と謳い、さらに、「入居、自立生活体験、自立生活援助を実施しており、いずれの事業も障害のある方が、入浴、更衣などの介助や食事提供、家事支援、余暇活動のサポートなどを受けられます。」など、併設事業についても分かりやすく表現している。		
行政をはじめ、地域の関係機関と連携を図って入所支援に取り組んでいる 施設では、法人本部を経由して毎月実績報告などの運営状況を区に報告しており、緊密な連携が図れるようにしている。行政機関との連携は指定管理事業所ということもあり、情報を提供する仕組みが整っていることがうかがえる。また、地域の約5～6か所の相談支援事業所も日頃から連携を図っており、利用者の支援計画書の作成や新規の利用者の紹介などを受けている。また、法人は地域において複数の障害者グループホームや関連事業を運営しており、利用希望者については法人内で連携して入所支援ができるようにしている。		
コロナ禍においては「オンライン見学会」を実施している 問い合わせや見学受付については、主任を中心に何時でも対応することになっている。施設では、居室や共有スペースなどの見学後に申し込みを行ってもらうことを推奨しており、施設見学を大切にしている。また、急な見学依頼に対しても、出来る限り対応することになっている。ただし、コロナ禍によって、感染防止対策の観点から実際に足を運んでもらうのではなく、「オンライン見学会」に変更して実施している。見学の際には、施設の特徴である「きめの細かいサービス提供」についても、事例を挙げて説明し理解を促している。		

サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(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
サブカテゴリー2の講評		
<p>事前面談では利用者の生活状況などを詳しく把握することになっている</p> <p>利用申込者に対しては、職員2名が自宅に訪問し、心身状況をはじめ生活の様子などを詳しく把握してアセスメントシートを作成している。それら訪問調査の内容や作成したアセスメント、関係機関から寄せられた各種の情報をもとに、入所判定会議において決定する流れとしている。また判定会議は担当主任をはじめ法人内の各施設長も出席して開催しており、法人として意思決していることがうかがえる。さらに、決定した際には、契約書や重要事項説明書を用いて丁寧に説明を行い同意を得て、サービスの受給状況などを把握することになっている。</p> <p>サービス終了時には細かい対応を心がけている</p> <p>フロム千束の定員は11名(男性5名、女性6名)であり、満床になっている。利用者の平均年齢は47.3歳(男性40.6歳、女性53歳)であり、平均利用期間は12年6か月になっている。毎月2名は月単位の自立生活体験事業の利用者であるため、昨年度の退所者延べ24名になっている。他のサービスに移行する場合は、利用者や家族などの依頼に応じて介護サマリーを提供する仕組みが整っている。入居施設の相談員からの電話での問い合わせに対しては、利用者や家族の同意を得て情報提供に取り組んでいる。</p>		

サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	○非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(00)
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
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(00)
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
サブカテゴリ-3の講評		
アセスメントシートは定期的に見直しをしている サービス管理責任者を中心にアセスメントシートを作成しており、個別支援計画の作成や見直しをする際に合わせて見直すことにしている。基本的には上期(4～9月)、下期(10～3月)にそれぞれスタートする個別支援計画に合わせている。その他、心身状況が変化したり、日中活動が変わったことにより生活パターンが大幅に変化した場合などには、適宜見直すことにしている。また、見直しにあたっては、日頃の関わりの中でサービス管理責任者などの職員が感じたことや、面談において把握した内容をベースに加筆訂正することになっている。		
個別支援計画は支援の方向性を分かりやすく掲載することになっている 事前面談時の情報をもとに、利用者一人ひとりの心身状況が把握できるように初回アセスメントシートを作り込んでいる。個別支援計画書の作成にあたっては、サービス管理責任者や主任、支援員などが連携して支援の方向性を分かりやすく掲載することになっている。また、6か月間で達成できる短期目標を明示し、心身状況が変化した際には都度見直しを行い、当初と同様に達成状況の確認や新たな目標設定に取り組んでいる。また、計画書は概ね7割くらいの完成度を原案として、利用者との面談によって細部を確認して完成する流れとしている。		
ケース記録や健康記録によって日々の利用者の状態を把握している 日々の心身状況を把握することを目的に、利用者一人ひとりのケース記録や健康記録(服薬情報を含む)を設けている。また、職員間の利用者情報の共有については、書面と対面によって口頭でも申し送る仕組みが整っている。さらに、定例の運営会議においても利用者情報を共有することになっている。コロナ禍であることから、検温記録をはじめ、1日の過ごし方などの詳しい記録を取っており、状態や経過が把握できるようにしている。また、家族との連絡は、緊急時を除いては、基本的には本人に確認のうえ行うことにしている。		

サブカテゴリ-5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)
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>個人情報保護法の理解と周知を徹底している</p> <p>法人としての個人情報保護方針を設け利用目的なども明示している。個人情報保護規程は施設内やホームページ上にも掲載して姿勢を明示している。新入職員にはオリエンテーションで個人情報の取り扱いの理解を促し、誓約書の提出を受けている。さらに、実習生を受け入れる際には、オリエンテーションで説明し理解を促している。研修計画の中にも「個人情報の取扱い」や「プライバシーの保護」に関するテーマを盛り込んでいる。また、個人情報保護チェックリストを用いて、他の利用者に情報を見られない、聞こえないようにするなど配慮している。</p> <p>利用者一人ひとりが思い思いの時間を過ごすことができるようになっている</p> <p>利用者の価値観や生活習慣を十分理解したうえで、時間をかけ本人の理解を得られるような支援を心がけている。日常生活については細かいルールを設けておらず、利用者一人ひとりが思い思いの生活ができるようにしている。また、施設内では歳時記にちなんだ各種の行事なども開催しているが、利用者の意向を尊重して無理強いしないことを原則としている。日中活動へ参加している利用者については、決められたルールを促すことにしている。また、入浴や排泄介助については、同性介助を原則としており、プライバシーや羞恥心に配慮することに努めている。</p> <p>利用者の意思を尊重して、適切な支援を心がけている</p> <p>日常の活動において、やりたくない時には、やりたくないことを表現できたことをまずは評価するようにし、理由などを話し合い、職員と別の活動を考え選択することもある。障害が重く、意思の表出が難しい利用者に対しては、職員側で利用者の意思をくみ取るスキルを上げていくことを課題としている。また、嫌なことなどは日常的に細かいところまで聞くこととして、利用者本人の気持ちをくみ取るようにし、良い点、改善点を運営会議で話し合っている。日常の中での嗜好品の取り扱いや服装などについても、聞き取りによって個別対応としている。</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			
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
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. 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<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変更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	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>マニュアルの定期的な見直しを検討している</p> <p>各種のマニュアルは、職員室に常置されており、いつでも確認できるようになっている。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については、年1回マニュアルの見直しを行い、より良いものを目指している。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できるように、事務机近くに置いて職員間で共有できるようにしている。さらに、業務がマニュアルに沿っているかを把握するための「基準の設置」や「定期的なチェック体制」を敷くことは、今後の課題としている。</p> <p>サービスの基本事項や手順等の変更は、独自で実施している</p> <p>提供しているサービスの基本事項や手順等の変更は、独自で実施している。見直しにあたっては、運営会議などによって職員の意見をくみ上げたり、個別支援計画を策定する際に利用者の意向や要望を聞き取ったりして、基本事項や手順等の見直しに反映するようにしている。また、研修計画の中にも「基本事項や手順等の確認」に関するテーマを盛り込んでいる。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ-6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリ-4	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
			23/23
1	評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 関係機関と連携をとって、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
評価項目1の講評			
<p>計画書に沿った支援が提供できるように配慮している</p> <p>個別支援計画書の作成にあたっては、利用者との面談によって意向や要望を把握し、6か月に定めた短期目標を分かりやすく設定することを大切にしている。目標達成に向けて個々の支援内容を分かりやすく揭示しており、計画書に沿った支援が提供できるようにしている。また、計画書は利用者個人のケースファイルに加え、パソコン内に保存し職員全体で共有できるようにしている。また、各利用者のサービス提供記録の表紙部分に目標を載せ、日々の支援に活かしている。</p> <p>障害特性に沿ったコミュニケーション手法を取り入れている</p> <p>身体障害に加え、視覚・聴覚・口腔機能に障害などの利用者も通所していることを踏まえ、言語の他、ジェスチャー、現物、絵・文字等の理解しやすい文章表現を用い、その方に合わせた方法でコミュニケーションを図ることに取り組んでいる。相手に伝わる文章表現の例示(謝り方、お礼の言い方など)、発音、聞くことなどを身につける支援も行うと共に利用者が何かを伝えたいと思う気持ちを大切にしている。視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚などに働きかけながら、五感を刺激しながらのコミュニケーションの取り方にも工夫をしている。</p> <p>周囲の人との関係づくりを支援することに力を入れている</p> <p>「あいさつ」をはじめ、利用者同士がお互いに気持よく関わり、思いが適切に伝わるように、職員が適宜介入する支援を取り入れている。また、誕生会などを設けることで、周囲がお祝いしたり、応援したりする機会に触れ、利用者同士の関わりのきっかけ作りとしている。それらの機会を通じて、職員の介入による利用者同士の関係作りに加え、利用者同士助け合うなどにつながることを目指している。相談支援での担当者会議や通所事業所での家族会への参加など、関係機関で開催されている会議などに参加して連携を図ることを心がけている。</p>			

2 評価項目2 利用者が主体性を持って日常生活を楽しく快適に過ごせるような取り組みを行っている		評点(00000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. グループホームでの生活は、主体的な活動が尊重されている	○非該当
●あり ○なし	2. グループホーム内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 休日の過ごし方や余暇の楽しみ方については、利用者の意向を反映し、情報提供や必要な支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当
●あり ○なし	5. 【食事の提供を行っているグループホームのみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当
評価項目2の講評		
<p>その人らしさが発揮できる場を用意している 利用者一人ひとりが「やりたいことを実践する」ことを目的に、グループ活動や外出先などは個別に選択できるようにしている。利用個々の意向や要望に合わせて参加メニューを決め、興味関心を高めたり、好きなことを追求できるようにしている。地域の障害団体活動への参加や、居室の設えなどでも利用者一人ひとりが主体的に生活できるようにしている。趣味が明確な利用者には、趣味に関するイベントについての情報提供やアクセスに関する支援を行っている。負担にならない範囲で新しいものに目を向けられるような情報提供も時折行っている。</p> <p>利用者の自主性や主体性を発揮できる場を充実させることに取り組んでいる 移動支援を受給している入居者については、外出先などの相談、助言をおこなっている。ホームでの外出は、個別支援計画などに基づいておこなっている。休日の過ごし方や余暇の楽しみ方については、利用者の意向を反映し、情報提供や必要な支援を行っている。エアコンの積極的な活用、全居室での換気などをおこなっている。清掃などは、利用者が当番でおこない、支援員が補完して掃除をおこなっている。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。</p> <p>食事を楽しんでもらうことを大切にしている 食事に関しては事前に「食事の有無」を確認し、居室または食堂で喫食できるようにしている。さらに、定期的に関き取りによる嗜好調査を実施したり、残菜を調査・分析して検討している。食べやすさをはじめ、味、メニューの改善に取り組んでいる。また、日常的に季節感のある行事食メニューや旬の食材を取り入れ工夫している。たいとう寮やフロム千束では併設事業所の厨房から食事が提供できるようになっている。心身状況に合わせた介助に取り組み、利用者個々のペースで、ゆったりとした雰囲気の中で喫食できるように支援している。</p>		
3 評価項目3 利用者の状況に応じて、生活上の支援を行っている		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状況に応じて、身の回りのことについて必要な支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、家事(調理、洗濯等)について必要な支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状況に応じて、金銭の管理や使い方について支援を行っている	○非該当
評価項目3の講評		
<p>必要に応じて支援を提供する流れが定着している 個別支援計画で計画した内容とその時々々の体調を考慮して「できることは自分で行う」や「できる限り規則正しい生活をしてもらう」などに着目した支援を原則としている。身の回りの諸事・居室の掃除・洗濯などは利用者自身が行うことになっているが、急に心身状況が不安定になった場合などは、利用者の承諾を得て職員が代行している。状況に応じて居室を訪問しコミュニケーションを図ることを取り決めており、必要に応じて支援を提供する流れが定着している。状態が急変した際には、看護師や主治医と連携する仕組みも整備している。</p> <p>利用者の自主性や主体性を育むことを大切にしている 各種の催し物を開催する際には、希望者を募り準備段階から参加してもらう機会を設けている。運営に参加してもらう機会を創出することで、自らの役割や生きがいを見出せるようにしており、自立支援の一環としている。施設内で楽しめる機会作りの充実と合わせて、生活の質を向上させる取り組みを重視している。嗜好品の扱いに関しても、体に害を及ぼさない程度において原則自由としている。外出、外泊、面会なども、基本的に自由とされている。</p> <p>関係機関とは適宜連絡を取り合い必要な情報を共有している 日々の様子などについてはサービス提供記録やケース記録、日誌などで詳しく引継ぎをおこなっており、利用者に対して、きめ細かな支援を提供している。区の担当課や相談支援事業所の担当者とは定期的に連絡を取り合っており、必要な情報は適宜利用者に伝えるようになっている。ただし、利用者より多くの意見を傾聴するための環境作りの必要性を認識している。また、個別支援計画での同意や入居者からの申し出によって「小遣い帳」などを支援しており、預り金規定に則り、他の金銭についても適正に管理している。</p>		

4 評価項目4 利用者が健康を維持できるよう支援を行っている		評点(00000)
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グループホームのみ】 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4の講評		
<p>医療機関と連携を図りながら利用者一人ひとりの健康管理に取り組んでいる</p> <p>アセスメント情報や健康記録によって利用者一人ひとりの医療、健康に関する情報を把握して健康に留意している。コロナ禍によって、日常においては検温を促し、様子観察に注力することを心がけている。さらに、定期的な健康診断や歯科検診の促しに加え、必要に応じて通院に同行して情報を把握し、日常の健康管理に役立てている。特に健康状態に配慮が必要な利用者については主治医や家族と連絡を取り合い、円滑に生活できるように支援している。</p> <p>緊急対応や事故対応マニュアルを設けて急変時の対応を標準化している</p> <p>日常的な体調変化については職員間で情報共有し、急変にも対応できるような体制を整えている。急変の可能性のある疾患をもつ利用者については、緊急対応マニュアルによって対応できるようにしている。緊急対応マニュアルは年1回以上、職員間で確認する機会を設けており、急変時の連絡指示系統についても事故対応マニュアルに明示している。また、常用薬(内服薬や軟膏、目薬など)については、個別対応を基本としており、必要に応じて支援し健康記録で管理する流れとしている。</p>		
5 評価項目5 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(000)
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5の講評		
<p>利用者本人の意向を尊重して、家族等と連携することを原則としている</p> <p>家族との連携については、「家族や親戚縁者の有無」をはじめ「家族の健康状態」「家族との関係」など、個別の事情に配慮している。また、家族と連絡を取る際には、利用者本人に了承を得てから行うことを原則としている。また、「利用者本人が口頭で話す」、「施設で書式を作成して伝える」、「家族に電話する際においても、利用者本人に了解を得てから行う」など、様々なシーンを想定して細かく取り決め、利用者との信頼関係の構築に取り組んでいる。また、利用者から意向や要望などの申し出があった際にも、保護者に伝えることにしている。</p> <p>一定のルールのもとに利用者の様子を家族等に伝え連携を図っている</p> <p>上記記載の通り、家族等との連絡(連携)については利用者本人の同意を原則として取り組んでいる。具体的な手法については、電話やメール、文書に加え、個別のニーズによって行うことにしている。また個別面談も含めて家族等の来所時には、普段の様子を聴き取ったり、事業所から支援に関する相談をもちかけて連携を図っている。さらに、必要に応じて相談支援事業の相談員を介して家族と連絡を取り合ったりして、利用者支援につなげている。</p> <p>家族等とコミュニケーションを図り支援に活かす仕組みが整っている</p> <p>利用者の活動内容や生活の様子などは、ケース記録や健康記録で把握しており、家族とのコミュニケーションにも役立させている。コロナ禍によって、利用者の健康を気遣う家族も多いことを踏まえ、電話などによって家族とのコミュニケーションを図り、家庭状況を把握し利用者に伝えることにしている。また、個別支援計画作成時の個別面談に家族が出席する場合には、普段の様子を伝え、意向や要望を把握する機会としている。また、他機関や他サービスとの連携を積極的に図り、家族にも様子を伝えることにしている。</p>		

6 評価項目6 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6の講評		
<p>地域情報を利用者に還元することに力を入れている</p> <p>法人は地域を中心に事業展開していることから、豊富な地域ネットワークを有しており、利用者の住まいの周囲の状況や社会資源などを把握している。また、地域情報は区報や地域情報誌から把握し、利用者と一緒に読む機会を設けたり、障害者関係のイベントや地域のイベント、社協の障害者レクリエーションなどの情報についても掲示したりして伝えている。さらに、地域ネットワークを通じて、絵画作品を地域の事業所や店舗などに展示してもらえるように開拓している。</p> <p>社会資源を利用しやすくなるように取り組んでいる</p> <p>利用者に還元できる地域資源としては、日中活動などの福祉サービス提供者、商店、商店街、公園などを利用することになっている。お祭りなどの行事も多い地域であることから、地域行事などにも参加できるように促している。また、個別の社会参加への支援は、ヘルパーによって支えられていた部分もあるが、コロナ禍により移動支援事業が不安定になっている。一人ひとりの要望に応える方法について検討し、活動の機会や場を拡充することに力を入れている。また、施設の専門性を地域に還元することを課題としている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-2-2	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
タイトル①	施設ではできる限り住み慣れた地域での生活を支援することに努めている	
内容①	入居前の生活習慣や趣味活動を継続してもらうことや、職員の声かけなどを頻繁に行ったり、職員が同行して居室や共有スペースの使い勝手を説明したりして、利用開始時の不安やストレスの軽減に努めている。また、退去時の基準については、契約書や重要事項説明書に盛り込まれているが、施設ではさらに詳しい基準を設け分かりやすくすることを目指している。施設ではできる限り住み慣れた地域での生活を支援することになっている。ただし、直近の退去者は、高齢者福祉施設、他のグループホーム、他の法人施設への移行者が報告されている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	3-3-2	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
タイトル②	区の指定管理事業者として地域の関係機関との連携が充実している	
内容②	区の指定管理事業者であり、地域の社会福祉法人が運営にあたっているということから、関係機関との密な情報共有が図れており、関係機関との連携が充実している。区や東京都社会福祉協議会などの会議体や研修にも参加しており、常に最新情報を収集できる環境にある。また、法人は地域において各種の福祉サービスを運営しており、福祉業界全体の動向や地域の福祉情報などがキャッチしやすい状況にある。関連諸機関と速やかに連携が取れ、法令変更など福祉業界の動きに合わせた素早い対応ができています。適時適切な連携の仕組みが整っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-2-2	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
タイトル③	利用開始時の不安やストレスの軽減に取り組んでいる	
内容③	利用開始時には、本人をはじめ家族や相談支援事業所、行政の担当者などからの情報収集とともに、不安を軽減するようにオリエンテーションなどを丁寧に行うことにしている。利用者の状況については職員間で共有し、入所の環境を整えて入所初期を安定してスタートできるように努めている。また、自宅で使い慣れた日常生活用品を持ち込んでもらったり、帰宅を適宜取り入れたりすることにも取り組んでいる。基本的には個別対応としており、支援計画を策定して職員や利用者の関係作り、利用者の安心できる環境作りなどを重視している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	その人らしく1日を過ごせるように支援している
	内容	1日の中で決められた日中活動への参加プログラムを除いては、時間的な制約を設けておらず、自由に過ごしてもらえようとしたり、自宅での生活の延長になるように配慮している。事業所の見学を行った際にも、自宅で行っていた趣味活動を継続して楽しんでいる様子うかがえた。また、利用期間中に新たな要望などを受け付けた際には、家族や成年後見人等の確認を取り、同意を得た上で迅速に対処している。苦情や要望、ヒヤリハットや事故などについては、報告書を定め迅速に対処することに取り組んでいる。
2	タイトル	計画書には詳しい支援内容を明示し適切に提供できるようにしている
	内容	個別支援計画は、関係機関や相談支援事業所から提供される各種の情報をもとに、アセスメントシートなどの情報を盛り込みながら作成することになっている。内容としては、長期・や短期の目標を明示し、日々の過ごし方を時間軸で記載できるようになっており、詳しい支援内容が掲載できるようにしている。特に短期目標については、6か月間で達成できる目標を設定し、日々の生活に具体的に反映できるようにしている。6か月ごとに利用者者と面談して達成状況を確認し、次期に繋げる仕組みも整っている。
3	タイトル	障害の特性をとらえ、利用者主体の支援を強化している
	内容	多様化する利用者のニーズを生活全体からとらえ、利用者の一人ひとりの意向・希望を実現することが事業所としての役割を果たすことと捉えている。そのためにも一人ひとりの障害の特性をとらえたコミュニケーションの工夫や、利用者の理解が求められている。職員の資質・能力向上によりサービス支援の質を向上させることはもちろんのこと、専門職との連携強化に努め組織一体として利用者主体の支援ができる体制づくりに取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	指定特定相談支援事業所との連携をさらに深めることを目指している
	内容	施設では、地域の約5～6か所の相談支援事業所と日頃から連携を図っており、利用者の支援計画書の作成や新規の利用者の紹介などを受けている。各事業所とは連携も取りやすく、連携を図りながら解決を必要とする課題の共有や解決に向けて適宜連携できる体制も整いつつある。ただし、各事業所ともに背景や経験などが異なるため、相談事業や他事業所等との連携や役割分担をさらに明確にすることを目指している。利用者本人に加え、家族の課題についても支援できるような情報共有や連携を図ることを目指している。
2	タイトル	一般職の人材育成とともに、リーダー層の一層の質的向上に取り組んでいる
	内容	職員採用が難しい社会環境下、どのように人材確保をしていけばよいか大きな課題となっている。採用実務に関しては職員同行のもとに、法人の業務をPRするパンフレットや宣伝物品を持参して、福祉業界の各種就職フェアに参加している。また、福利厚生制度も整備し、職員のやりがい、職場定着に努めているが、新規採用が困難な以上、現状の職員の人材育成が優先されなければならない。研修や業務体制の充実強化による職員的能力向上にも努めつつ、リーダー層の早期かつ一層の質的向上が必要と考え、その施策に取り組んでいる。
3	タイトル	施設の専門性を地域に還元することを課題としている
	内容	施設の運営母体である社会福祉法人台東つばさ福祉会は、地域において複数の福祉サービスを運営していることや、施設は区の指定管理事業者であることなど、地域社会の信頼が厚いことがうかがえる。また、利用者地域情報を提供したり、地域の社会資源を還元したりする取り組みも充実している。ただし、施設の専門性を還元する取り組みについては、コロナ禍であることからできていないことがうかがえる。障害者施設は地域を選ばず、地域社会が一定の距離を保つ特性があることを前提として、積極的に施設の専門性を地域に還元することに取り組まれたい。