

平成17年度
杉並区立知的障害者通所更生施設 第三者評価事業
報告書

平成18年2月

杉並区

目 次

I	第三者評価事業の概要	1
II	杉並区立すぎのき生活園 第三者評価の結果	9
	1. 利用者聞き取り調査	11
	2. 利用者家族調査	15
	3. 事業評価（自己評価）	18
	4. 第三者評価結果	19
III	杉並区立すぎのき生活園 グループ別第三者評価の結果	45
	(1) すぎのきグループ	47
	1. 利用者聞き取り調査	47
	2. 利用者家族調査	51
	3. 事業評価（自己評価）	54
	4. 第三者評価結果（サービス分析）	58
	(2) けやきグループ	70
	1. 利用者聞き取り調査	70
	2. 利用者家族調査	74
	3. 事業評価（自己評価）	78
	4. 第三者評価結果（サービス分析）	82
	資料	95

I 第三者評価事業の概要

1. 目的

区立知的障害者通所更生施設すぎのき生活園が東京都福祉サービス評価推進機構（以下、評価推進機構という）認証の評価機関による調査（第三者評価）を受けることにより、施設におけるサービスの客観的な評価を得るとともに、その結果を外部に公表することにより、施設サービスの一層の透明性を確保する。また、今後、より質の高い利用者本位のサービスを構築していくための手立てとして、評価結果を活用する。

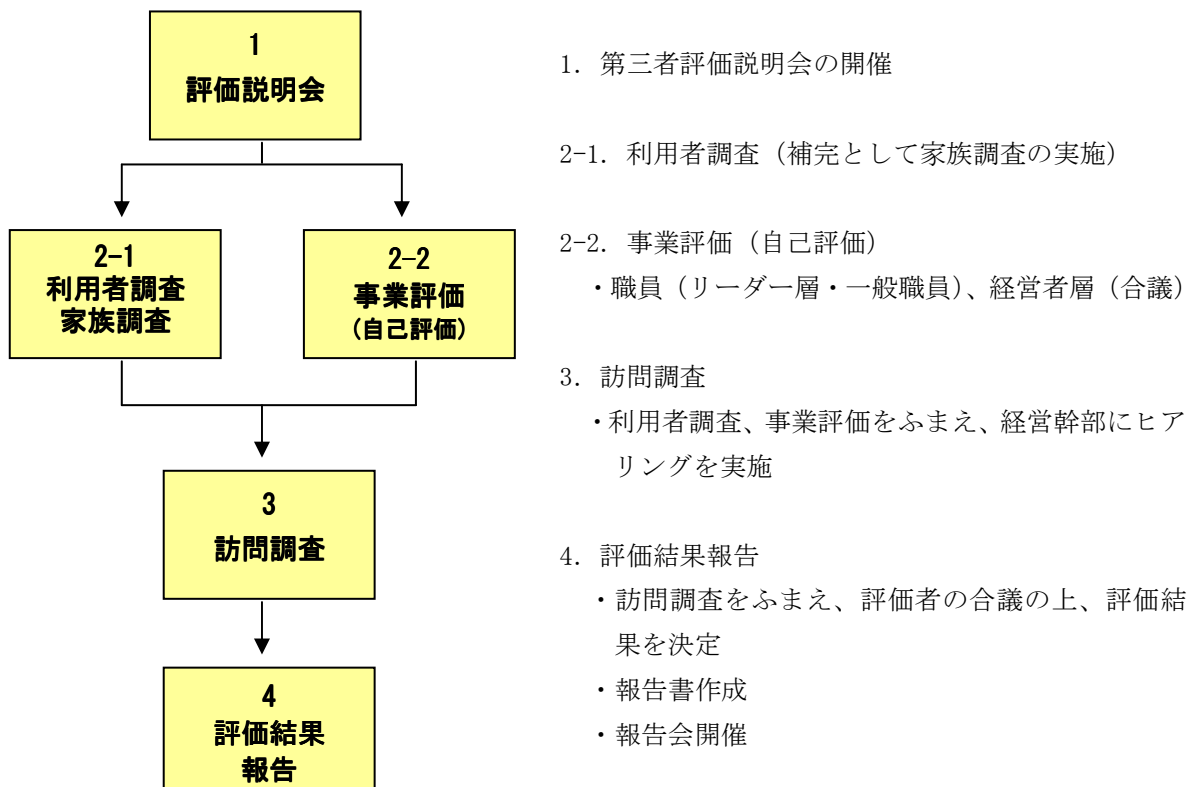
2. 対象施設

施設名	所在地	利用者数	常勤職員
すぎのき生活園	杉並区井草 3-18-14	81人 ・すぎのきグループ 45人 ・けやきグループ 36人	48人

3. 第三者評価の流れ

評価は東京都の標準的な方式に沿って、利用者調査、事業評価（自己評価）の結果をもとに訪問調査を行い、評価者の合議により評価を行った。

評価にあたっては、利用者調査（聞き取り調査）を補完することを目的として利用者家族調査（アンケート調査）を独自に実施し、家族から見た利用者本人の意向を把握し、評価の参考とするなどの工夫を行った。



4. 調査の内容

(1) 利用者調査

① 調査対象

意思表示の可能な利用者、及び事前にコミュニケーションの方法等について職員と打ち合わせるにより意思疎通が可能な利用者を対象とした。

② 調査方法

評価推進機構が定めた「聞き取り方式」により、施設において調査を行った。評価推進機構が定めた調査票を使用し、さらに独自質問を2問加えた。

【利用者調査質問項目一覧】

質問
問1. 食事はおいしいですか
問2. 他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プライバシーが守られていますか
問3. 職員は、丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか
問4. 職員はみんな同じようにあなたに接してくれますか
問5. あなたの気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか
問6. 困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか
問7. 活動は楽しいですか
問8. あなたの目標や計画について、職員はいっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか
問9. あなたの目標や計画は、いつもあなたが納得できるものになっていますか
問10. 【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか
問11. 【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明、掲示など)がありましたか
問12. 【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】説明を聞いて、ここに通ってみようと思いましたか
問13. あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか
問14. 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか
総合的な感想
施設はあなたにとって良いところだと思いますか

独自質問
Q1. バスやワゴンの運転手・添乗員は親切に接してくれていますか
Q2. 園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか

(2) 利用者家族調査

① 調査対象

利用者家族全世帯を対象とした。

② 調査方法

アンケート方式により調査を行った。施設を通じて調査票を配布し、郵送にて直接回収した。利用者調査と同様の内容で、独自質問は利用者調査の2問にさらに1問を加え、3問とした。

【利用者家族調査質問項目一覧】

質問
問1. 食事は充実していますか
問2. 他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プライバシーが守られていますか
問3. 職員は、利用者の方に対して丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか
問4. 職員はみんな同じように利用者に接してくれますか
問5. 利用者の方の気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか
問6. 困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか
問7. 利用者の方にとって活動は楽しいものになっていますか
問8. 利用者の方の目標や計画について、職員はご本人または家族といっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか
問9. 利用者の方の目標や計画は、いつもご本人または家族が納得できるものになっていますか
問10. 【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか
問11. 【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明、掲示など)がありましたか
問12. 【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】説明を聞いて、利用者の方に通園を勧めようと思いましたか
問13. 利用者の方の不満や要望を職員に気軽に話すことができますか
問14. 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか
総合的な感想
施設は利用者の方にとって良いところだと思いますか

独自質問
Q1. バスやワゴンの運転手・添乗員は利用者の方に対して丁寧に接してくれていますか
Q2. 園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか
Q3. 職員は、利用者の方が園にいる間の支援だけでなく、家庭での生活を含めた地域生活で必要としていることについて、適切な支援をしていますか

(3) 事業評価（自己評価）

① 対象

常勤職員を対象とした。

② 方法

経営者層及び一般職員による事業評価（自己評価）

③ 使用した事業評価分析シート

評価推進機構が定めた事業評価分析シートを使用した。職員を対象とした第三者評価に関する説明会を実施し、その場で事業評価分析シートを配布し、郵送にて回収した。

【事業評価項目（組織マネジメント分析）一覧】

カテゴリー	サブカテゴリー
1. リーダーシップと意思決定	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
2. 経営における社会的責任	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、達成に取り組んでいる
	2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている
3. 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	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
4. 計画の策定と着実な実行	1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる
	2 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる
5. 職員と組織の能力向上	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
	2 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる
6. サービス提供のプロセス(次ページ参照)	
7. 情報の保護・共有	1 情報の保護・共有に取り組んでいる
8. カテゴリー1～7に関する活動成果	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
	2 前年度と比べ、組織と職員の能力の向上の面で向上している
	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
	4 前年度と比べ、事業所の財政面において向上している
	5 前年度と比べ、利用者の意向や苦情対応の面で向上している

【事業評価項目（サービス提供のプロセス）一覧】

サブカテゴリー		共通評価項目を評価する上で確認すべき項目	
1.	サービス情報の提供	6-1-1	利用者等に対してサービスの情報を提供している
2.	サービスの開始・終了時の対応	6-2-1	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
		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している
3.	個別状況に応じた計画策定・記録	6-3-1	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
		6-3-2	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
		6-3-3	利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している
		6-3-4	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
4.	サービスの実施	6-4-1	個別の支援計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している
		6-4-2	個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている
		6-4-3	栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を食べられるよう工夫している
		6-4-4	身の回りの支援に関しては、利用者の立場を考えてサービスを行っている
		6-4-5	利用者の健康を維持するための支援を行っている
		6-4-6	利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている
		6-4-7	施設と家族等との交流・連携を図っている
		6-4-8	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
5.	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	6-5-1	利用者のプライバシーの保護を徹底している
		6-5-2	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
6.	事業所業務の標準化	6-6-1	手引書等を整理し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている
		6-6-2	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
		6-6-3	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

(4) 訪問調査

(1)～(3)の調査結果をふまえ、評価推進機構から認証を受けている評価者4名が訪問調査を行った。

(5) 評価結果のフィードバック

(1)～(4)の調査の結果をふまえ、評価者による合議を行い、事業所に対して、評価結果を告知した。

5. 手順およびスケジュール

	項目	日時
1	事前打合せ	11月11日(金)
2	職員説明会	11月30日(水)
3	職員事業評価の実施	11月30日(水)～12月13日(火)
4	家族調査の実施	12月1日(木)～12月13日(火)
5	利用者調査の実施	12月13日(火) 12月19日(月)
6	訪問調査の実施	1月31日(火)
7	フィードバック	3月20日(月)

6. 第三者評価実施機関

評価は、東京都の福祉サービス第三者評価認証機関である株式会社福祉ベンチャーパートナーズ(認証番号:機構02-050)が実施した。

Ⅱ 杉並区立すぎのき生活園

第三者評価の結果

1. 利用者聞き取り調査

(1) 調査概要

- ①対象者 : すぎのき生活園利用者 81 名のうち、聞き取り調査が可能と施設が判断した方 12 名を対象に調査を行った。
- ②調査方法 : 障害の状況に応じて意思表示の方法が異なるので、質問の前に職員から 1 人ずつ意思表示の合図などを確認の上、聞き取り調査を実施した。
- ③調査日 : 平成 17 年 12 月 13 日 (火)、19 日 (月)
- ④回答率 : 以下の通り

利用者総数	81 人
調査対象者数	12 人
有効回答数	12 人
利用者総数に対する回答者割合	14.8%

- ⑤調査内容 : 標準聞き取り調査シートの質問項目のほかに、2 問の独自質問を加えた。質問内容はバス添乗の際の接遇、衛生面に関する項目である。

(2) 調査結果

有効回答数が 81 名中 12 名と少なく、全体の意見とはいえない。また質問の中には、内容を理解することが難しく、無回答となってしまった項目も散見された。言葉での回答が難しい方もおり、「はい」「いいえ」の意思表示を身振り、表情などから読み取って回答とした。

「施設は良いところだと思いますか」という総合満足度では、無回答の 3 名を除く 9 名が「とても良い」「やや良い」と回答しており、満足度は高い。また、職員の基本的な対応については、「丁寧に接してくれる」「同じように接してくれる」という回答が多くなって一方で、「不満を気軽に話すことができる」という質問に対しては、「二人で話す機会がない」という意見も聞かれ、個別的な対応については満足度に若干ばらつきが見られた。

総合的な感想	とても良い	やや良い	どちらともいえない	やや良くない	まったく良くない	不明
施設はあなたにとって良いところだと思いますか。	4	5	0	0	0	3

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	無回答	非該当
1.食事はおいしいですか	9	1	2	0
12名中9名が「はい」と答えた。笑顔でうれしそうにうなずいたり、メニューの説明を詳細にする方もいた。				
2.他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プライバシーが守られていますか	7	0	5	0
12名中7名が「はい」と答えた。質問を理解することが難しく回答が得られない方も5名いた。				
3.職員は、丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか	8	0	4	0
12名中8名が「はい」と答えた。質問を理解することが難しく回答が得られない方も4名いた。				
4.職員はみんな同じようにあなたに接してくれますか(人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか)	8	0	4	0
12名中8名が「はい」と答えた。質問を理解することが難しく回答が得られない方も4名いた。「優しい人、厳しい人がいる」とのコメントもあったが、その厳しい人に対して「嫌い」というようなコメントはなかった。				
5.あなたの気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか	7	1	4	0
12名中7名が「はい」と答え、「(相談できる職員が)一人いる」といった具体的なコメントもあった。職員に相談したり、二人で話す機会がないという利用者もいた。				
6.困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	3	1	7	1
この質問については、質問自体を理解することが難しい様子で、「無回答」が7名と多くなっている。「はい」と答えた方の中には、「親」あるいは具体的に「〇〇さん」と名前を挙げる方もいた。				
7.活動は楽しいですか	9	0	3	0
12名中9名が「はい」と答えた。具体的に「畑が好き」と答える方もいた。				

8.あなたの目標や計画について、職員はいっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	3	1	8	0
この質問については、質問自体を理解することが難しい様子で、ほとんど回答を得ることができなかった。質問も後半になり、質問に集中することが難しくなっている様子もあった。中には「目標はある、3月に面談がある」とのコメントもあった。				
9.あなたの目標や計画は、いつもあなたが納得できるものになっていますか	3	0	9	0
この質問については、質問自体を理解することが難しい様子で、ほとんど回答を得ることができなかった。				
10.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか	1	0	0	0
1名が「はい」と回答した。				
11.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明、掲示など)がありましたか	0	0	1	0
質問の内容を理解し回答するのが難しい様子であった。				
12.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】説明を聞いて、ここに通ってみようと思いましたか	0	0	1	0
質問の内容を理解し回答するのが難しい様子であった。				
13.あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	4	2	6	0
12名中4名が「はい」と答えた。具体的に「〇〇さん」と名前を挙げた方もいた。回答を得た方からは「二人で話す機会がない」、「忙しい時にはできないこともあるが、時間がとれる時はできる」といった声がかかれた。				
14.職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	3	1	8	0
12名中3名が「はい」と答えた。質問を理解することが難しく「無回答」が8名と多くなっている。				

<独自質問>

独自評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	無回答	非該当
1. バスやワゴンの運転手・添乗員は親切に接してくれていますか	10	0	2	0
12名中10名が「はい」と回答した。				
2. 園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか	5	3	4	0
12名中5名が「はい」、3名が「いいえ」と回答した。「いいえ」と回答した方の中には「日によります」とのコメントがあった。				

2. 利用者家族調査

(1) 利用者家族調査の実施概要

①調査目的：利用者聞き取り調査の補完として、家族からみた利用者本人の意向を把握するために実施した。あわせて、日頃の施設に対する家族の意見・要望を把握した。

②対象者：利用者 81 名全員の家族

③調査方法：郵送アンケート（施設経由で調査票を配布し、郵送にて回収を行った。）

④調査日：平成 16 年 12 月 1 日～12 月 13 日

⑤回収状況：以下の通り

配布数	81 件
回収数	51 件
有効回答数	51 件
利用者総数に対する回答者割合	63.0%

⑥調査内容：共通評価項目については、利用者本人への聞き取り調査と同じ質問項目で行った。独自質問は、利用者調査での質問 2 つに加え、「地域生活で必要としていることについての適切な支援」に関する項目について調査した。

(2) 利用者家族調査結果

①総合評価

とても良いが 34 名、やや良いが 11 名となっており、51 名中 45 名とほとんどの家族が高い評価をしている。

総合的な感想	とても良い	やや良い	どちらともいえない	やや良くない	まったく良くない	不明
施設は利用者ご本人にとって良いところだと思いますか。	34	11	3	1	0	2

②各項目の回答結果

個々の項目についてみると、「食事は充実していますか」「職員は、利用者の方に対して丁寧に接してくれますか」で「はい」と答えた人が最も多く、次いで「利用者の方の目標や計画について、職員はご本人または家族といっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか」の評価が高くなっている。逆に、「困ったことを外の人（第三者委員など）にも相談できますか」では、「はい」が 51 人中 28 人と半数程度にとどまっている。

また、「他の人に知られたくないことの秘密を守るなどプライバシーが守られていますか」では、「どちらともいえない」が12人と多くなっている。

独自質問3問についてみると、概ね評価は高い。「地域生活で必要としていることについて、適切な支援をしていますか」では「どちらともいえない」が12名とやや多くなっている。

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	どちらとも いえない	無回答
1. 食事は充実していますか	47	1	2	1
2. 他の人に知られたくないことの秘密を守るなどプライバシーが守られていますか	36	2	12	1
3. 職員は、利用者の方に対して丁寧に接してくれますか	47	1	1	2
4. 職員はみんな同じように利用者の方に接してくれますか	41	2	5	3
5. 利用者の方の気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか	45	0	5	1
6. 困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	28	7	13	3
7. 利用者の方にとって活動は楽しいものになっていますか	43	1	6	1
8. 利用者の方の目標や計画について、職員はご本人または家族といっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	46	0	3	2
9. 利用者の方の目標や計画は、いつもご本人または家族が納得できるものになっていますか	38	0	11	2
10. 【過去1年以内に利用を開始した方に】利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか	4	0	1	0
11. 【過去1年以内に利用を開始した方に】施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明・掲示など)がありましたか	4	0	1	0
12. 【過去1年以内に利用を開始した方に】説明を聞いて、利用者の方に通園を勧めようと思いましたか	3	0	2	0
13. 利用者の方の不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	41	2	6	2
14. 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	40	0	8	3

<独自質問>

独自評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	どちらとも いえない	無回答
1. バスやワゴンの運転手・添乗員は利用者の方に対して親切に接してくれていますか	40	0	7	4
2. 園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか	38	2	10	1
3. 職員は、利用者の方が園にいる間の支援だけでなく、家庭の生活を含めた地域生活で必要としていることについて、適切な支援をしていますか	36	1	12	2

3. 事業評価（自己評価）

（1）事業評価（自己評価）の実施概要

① 経営幹部自己評価

対 象 ：すぎのき生活園の経営幹部（合議による回答）

調査方法：経営合議用シートを配布し、後日回収した。

配布数 ： 2

回収数 ： 2

評価項目：標準評価シートによる

*施設運営の実態に合わせて、すぎのきグループ、けやきグループ別に自己評価を実施することとした。これにより、経営幹部の合議もグループごとに行い、2部作成した。

② 職員自己評価

対 象 ：常勤職員 48 名

調査方法：職員説明会にて事業評価の目的を説明した上で評価シートを配布し、後日回収した。

配布数 ： 48

回収数 ： 44

回収率 ： 91.7%

*施設運営の実態に合わせて、すぎのきグループ、けやきグループ別に自己評価を実施することとした。職員は所属グループについて自己評価を行った。

（2）事業評価（自己評価）結果

上記により、集計・分析もグループ別に行った。（各グループ別自己評価結果参照）

◆評点の基準

A+…標準項目をすべて満たした上で、標準項目を超えた取り組みがある状態

A……標準項目をすべて満たした状態

B……標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

C……標準項目をひとつも満たしていない状態

4. 第三者評価結果

利用者調査、利用者家族調査、事業評価（自己評価）の結果をもとに、訪問調査を実施し、その後評価者4名の合議により評価を行った。

（1）訪問調査の概要

対 象 ：すぎのき生活園の施設長及び経営幹部

訪問日 ：平成18年1月31日（火）

調査方法：施設長及び経営幹部に対するインタビュー及び施設内見学

（2）合議の概要

合議日 ：平成18年2月20日（月）

方 法 ：訪問調査を実施した評価者4名（経営2名、福祉2名）により合議を行った。組織運営及びサービス提供の実態に合わせて、今回はすぎのきグループ、けやきグループそれぞれについての評価を行い、組織マネジメント及び講評については1つの報告書、サービス提供のプロセスについてはグループ別に2つの報告書を作成した後にそれを統合する形で1つの報告書を作成するという手順で合議を行った。

（3）評価結果

◆評点の基準

A+…標準項目をすべて満たした上で、標準項目を超えた取り組みがある状態

A……標準項目をすべて満たした状態

B……標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

C……標準項目をひとつも満たしていない状態

ここでは、施設全体で1つの報告書としてまとめた、講評及び組織マネジメントについての報告を掲載する。

評価講評

No. 特に良いと思う点		
1	タイトル	ハード・ソフト両面での充実した支援体制
	内容	施設設備面(面積・付属設備)や利用者一人当たりの職員数等で民営施設に比べ、恵まれた条件下で運営されている。また、こうした好条件に甘んじることなく、日々の支援サービス、計画の作成と推進などの点においてより良い成果を目指す姿勢がうかがえる。利用者のアセスメントに心理職員が同席し、個別支援計画策定にもアドバイスをしたり、理学療法士、作業療法士が日中活動全体の場面に関わるなど、支援活動がそれぞれきめ細かく専門性の高いものになっており、それが家族の安心感にもつながっている。
2	タイトル	職員の専門性を生かした地域活動への講師派遣等、経営における社会的責任の遂行
	内容	家族が中心となって組織したホームヘルプ事業(フランククラブ)の立上げと運用をバックアップしている。利用者は施設からガイドヘルパーとともに外出でき、その際ヘルパーが職員より利用者について引き継ぎを受けるなど、利用者にとって安心して使い勝手の良いサービスを実現している。また、区の相談支援事業(カラフル)により福祉関係の相談を広く受け付ける他、都の福祉施設研修会や民間企業のガイドヘルパー研修、車椅子の操作方法の研修講師派遣等、職員の専門性を活かした取組みなど地域福祉の向上に貢献しようとする姿勢が顕著にみられる。
3	タイトル	一人ひとりの状況に応じた食事提供のための組織的な取り組み
	内容	利用者の重度化・高齢化が進む中で、一人ひとりの状況に応じた食事の提供を課題とし、以前は、職員のみが参加していた摂食障害や摂食の特徴に関する研修に、委託業者の調理師にも参加してもらい知識を共有している。また、作業療法士、理学療法士が給食の場に同席し、利用者の嚥下の様子を観察しそれぞれに適した食形態についてアドバイスしたり、専門病院への通院を勧めたりと、直接食事の介助等に関わる職員のみではなく関係者、専門職と相互に連携しながら、利用者にとってより良い食事となるよう施設全体で取り組んでいる。
No. さらなる改善が望まれる点		
1	タイトル	サービス水準の向上を図るための基本支援マニュアルの作成
	内容	危機管理、保健、実習生受け入れ等に関するマニュアルは整備されているが、利用者支援に関する基本事項をまとめた手引書は今のところ作成されていない。経験豊富な職員が多数おり、新人職員や非常勤職員への指導は日々の支援の中で適宜行われ、一定水準の確保は図れているが、利用者の状況変化に適切に対応し、これまでに蓄積した個々の人材の持つ専門性を共有化しながら更なるサービス水準の向上を図るためには、利用者支援マニュアル及び必要に応じて個別の支援マニュアル等明文化した資料を作成し、活用していくことが望まれる。
2	タイトル	24時間支援を目指した地域ネットワークの拡充
	内容	当施設では「24時間の生活状況を視野に入れた相談・援助」を目指し、施設外での利用者の生活に対しても望ましいサービスが受けられるよう支援したいと考えている。このため、利用者一人ひとりに合った社会資源の情報提供等に努め、地域のネットワークを活かした支援を展開しているが、公立施設の制約もあり、ネットワークの範囲がやや限定されているようにも感じられる。情報の量や対応の質をさらに高める観点から、民間施設・団体との情報交換、地域内の多様な機関との連携など、より積極的に外部との関係強化に取り組むことが求められる。
3	タイトル	2グループの連携強化による合理的な組織運営
	内容	すぎのき生活園、けやき生活園の統合から3年が経過するが、別棟でのサービス提供ということもあり、グループ別の取組みが中心となっている。しかしながら、地域への情報提供、業務水準向上に向けた書式の改善、各種マニュアルの整備・見直し、職員の柔軟な異動など2グループが連携して行うことにより改善の速度を速め、成果を高めることが可能と思われる課題が多く見受けられる。両グループの良い面を発揮しつつ、管理・運営面で合理化できる部分を早期に洗い出し、一体的に改善に取り組むことが期待される。

組織マネジメント評価

No.	共通評価項目		
	カテゴリ1		
	リーダーシップと意思決定		
	1	サブカテゴリ1	
		事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	
		評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している	
		評点(B)	
		評価	標準項目
		●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している
		○非該当	
●あり ○なし		2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	
○非該当			
●あり ○なし		3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	
○非該当			
○あり ●なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)		
○非該当			
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			
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(A)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている		
○非該当			
●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している		
○非該当			
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			

評価項目3 重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情をふまえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		
評点（ A ）		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
カテゴリ1の講評(一つ以上)		
①	園運営の主体をなし、あらゆる活動の原点ともなる理念の意義については、必ずしも認識されているとは言えない状況であった。しかしながら、内容的にはこれに準ずるものとして園の基本方針や施設目的は明確になっている。これらは重要事項説明書に記載され、利用者や家族には入所契約時に説明を行い、その説明を受けたことの確認署名がされている。特に来訪者や利用者、内部職員に向けては基本方針の内容が含まれる倫理綱領（過去の統合経過から各グループ毎に作成されている）が玄関ホール正面に掲げられ、共有化を図ろうとする姿勢が見られた。	
②	年度の活動方針、或いは事業内容や活動計画等は重要事項説明書に体系的に記載され、利用者、家族、職員の基盤的情報となっている。この説明書とその基となる活動方針や計画書の作成には職員全員が関わり、毎年更新されている。これらの過程を通し、行動規範等も含め園の基本方針が深まる仕組みとなっている。ただ、日常活動で判断が分かれたり、これまでの取り組みを超える事態に遭遇した時、原点に戻り、基本方針を振り返るような仕掛け（会議室への掲示、再確認のための携帯カード等）は存在せず、各人の自覚と判断に委ねられるとのことであった。	
③	家族連絡会が全体で年7回、グループ別に同4回設定され、その場を通して運営上の重要事項やその決定経緯等の詳細が報告される体制となっており、これらは報告書としてもアウトプットし、配付されている。この場では、基本方針に基づく年度方針や次年度の活動変更点等も報告されているので家族が理解を深める場としても有効であることがうかがえた。	
カテゴリ2		
2	経営における社会的責任	
サブカテゴリ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		
評点（ A ）		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などを明示している	<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）などの理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

評価項目2
 第三者評価の導入・外部監査、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている

評点(A)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 第三者評価・外部監査の実施など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3
 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている

評点(A)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 実習生の受け入れに対する基本方針・取り組み体制を明確にしている	○非該当
●あり ○なし	2. 効果的な実習ができるよう計画的なプログラムを用意している	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリ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

評点(A)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	○非該当
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している

評点(B)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	○非該当
●あり ○なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

地域の関係機関との連携を図っている

評点(B)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	○非該当
○あり ●なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリ2の講評(一つ以上)

- ① 倫理綱領は施設の各玄関ホール正面に掲示すると共に、各グループ別に職員行動規範を定め、日常活動の原点としている。また、これらの実施状況を第三者の目でチェックしてもらい、活動面に反映させるため、ボランティア、研修生等の来園、退所時にアンケート提出を要請し、それらの情報が蓄積されたら集約し、緊急性のある内容は即時に、そうでないものは次年度に向けた改訂時に反映させる仕組みが作られている。また、広報紙として毎月1回「ベチャクチャ新聞」を発行(1月末258号)し、地域社会に活動状況を発信し続けている。
- ② ボランティアの受入については「すぎのき生活園・ボランティアナビゲーション」を発行し、業務内容や行事の紹介を行い参加を呼びかけている。また、研修生については受入方針、受入要領が明文化されている。両者共、受入体制と担当者は明確になっており、受入時にはオリエンテーションを行い、基本方針や倫理綱領等を確認した上で配置される。受入時期、人数等は年間プログラムを基本に適切に実施されているが、ボランティア受入の考え方は、組織として必ずしも明確ではないので、研修生同様の受入要領等を整備するとさらに良い。
- ③ 地域への貢献としては、都の福祉施設研修会、民間企業のガイドヘルパー研修への講師派遣、防災訓練の一環として車椅子操作方法の研修講師派遣など、職員の専門性を活かした取り組みが行われている。その他、「井草地域の子育てネットワーク」への参加や、区の広報紙を通して陶芸教室の利用を呼びかけたり、ピアノの使用等、施設開放も行っている。しかしながら、地域の中核的福祉施設として民間福祉施設も含めたネットワークを作り、共通課題に一体となり取り組む状況までには至っていないとのことであり、その必要性が感じられる。

3	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) 評点(A)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
	評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(A)		
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当	
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(B)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当	
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当	
○あり ●なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			

カテゴリ3の講評(一つ以上)		
①	契約書には苦情処理相談窓口が設置されている旨、明示されている。また、苦情申立に対しては誠実且つ迅速に対応し、利用者はその処置結果の開示を求めることができ、かつ、不利益な取り扱いを受けないことが記載されている。さらに、重要事項説明書では内部及び外部の相談窓口機関を具体的に紹介し、これらは入所時のオリエンテーションでも説明されている。しかしながら、「遠慮なく活用できるか」という質問部分については不十分との認識であり、園としても利用者の意向を聞き取れる第三者委員会のような制度の設置が急がれるとの認識であった。	
②	利用者意向の把握については、重度の利用者が多数を占める中で一定の限界があるとの判断であるが、意向の把握が可能な利用者や家族に対する希望調査などが、年度活動の総括時期に実施され、また、個人面談や家庭訪問調査も行われている。通常活動の中で発生する事態については日々の記録として残し、対応を急ぐものについては、朝・夕の連絡会や週1回の職員会議で検討され実施に移されている。その他は、係長会議、運営会議、支援会議等の場で検討され、共有化をしながら次年度の活動に反映させる仕組みができてきている。	
③	地域福祉ニーズの情報収集は、区立施設として主に区から送付されてくる情報に依存している状況である。また、それらの情報はパソコンの共有フォルダに蓄積されるが、情報を分類、整理し活用する仕組みまでは考えられていない。制度が変化しつつある中で、制約も多いことや、主体的には行動しづらく、それらの活用という積極的な行動には結びつけにくい実情にある。ただ、このような環境であれば、尚のこと、予想される制度変更の方向性について関連情報を収集し、職員への適切な情報提供が望まれているようにも考えられる。	
4	カテゴリ4	
	計画の策定と着実な実行	
	サブカテゴリ1	
	実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	
	評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している	
	評点(B)	
	評価	標準項目
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
評点(B)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)をふまえて策定している	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)をふまえて策定している	
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる			評点(A)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし			
サブカテゴリ2			
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる			
評価項目1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる			評点(A)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 再発防止・予防対策の実践に向けて、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	<input type="radio"/> 非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし			
カテゴリ4の講評(一つ以上)			
①	中・長期計画については、区立施設として障害者自立支援法施行の影響がどのように広がっていくのか、未だ、施策面の動向が明確には読めない中で策定しにくい状況にある。一方、年度単位では職員が全員参加の形を取りながら計画が作られ、月ごとの実施計画に移されている。さらに、年度の中間期のチェックと修正、年度末での総括と次年度活動計画への反映という手順が作られ、計画推進の仕組みとして定着している点は高く評価される。また、事業達成度の評価については区の事務事業評価制度を活用し、各事業ごとにきめ細かく評価されている。		
②	利用者アンケート、家族の希望調査、活動支援(ケース)記録や、日々の記録等に見いだされる課題については係長会議で方向付けされたものが、運営会議、職員会議等の場で検討され、結論を得て年間活動計画に反映されている。この中には、当園主催の「杉実祭」や地域活動としての「どんどやき実行委員会」への参加、宿泊行事等の単発行事も含まれるが、通常活動は月ごとの実施計画、日々の活動プログラムに落とし込まれ、利用者が園の内、外で活き活きと活動できる仕組みが作られている。		
③	利用者の安全確保に関し、今年度は従来から策定されていた一部のマニュアルを見直し、幾つかの新しい課題を付加して「緊急マニュアル」として体系化された。内容的には、日常開園時と夜間休日のケースに分け、発症事例や発生事象別に具体的処置方法や外部機関との連携手順等の詳細なマニュアルが完成している。さらには、事故防止策として「ヒヤリハット報告書」の活用も始まっている。これらに基づいた実際の事例もあり、再発防止に活かされていた。避難訓練には送迎バスなどの委託業者も参加し、園全員が一体となり取り組んでいる状況がみられた。		

5	カテゴリ5	
	職員と組織の能力向上	
	サブカテゴリ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 <div style="text-align: right;">評点(A)</div>	
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材をふまえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる <div style="text-align: right;">評点(B)</div>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
○あり ●なし	2. 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 個人別の育成(研修)計画をふまえ、OJTや研修を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		

サブカテゴリ2		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる <p style="text-align: right;">評点(B)</p>		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる <p style="text-align: right;">評点(B)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性をふまえ、職員の育成・評価・報酬(賃金・昇進・昇格・賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
○あり ●なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
カテゴリ5の講評(一つ以上)		
①	人事制度は園固有のものはないが、区の方針と人事制度に基づき運用されている。また、管理者が期待する人材像は描かれてはいるが、それが職員に明示されているというわけではなかった。しかしながら、基本方針や行動規範、外来者による第三者アンケートの結果等は職員に期待される業務のあり方を方向付けるものでもあるので、これらを通して期待される人材像はある程度明確にされている状態にある。パート職員や委託業者については園の運営費予算の枠内で管理される関係で、この部分には園の方針を反映させる余地があり、成果もみられた。	
②	職員の能力向上の一環として、職員全員から勉強したい項目をアンケート調査し、集約結果に基づき優先順位をつけ、区の研修計画を参照しながら年間活動計画に折りこんでいる。実施は月ごとの実行計画に組み込まれ、その時点で勤務への配慮がなされる形となっている。研修参加者は報告書を必ず提出すると共に、内容により、出席直後の朝・夕連絡会で報告し全体に伝えている。ただ、園として各人別に研修計画をもち、それによる計画的な能力向上を行うような仕組みは今のところない。新任職員には受入担当者がいてプログラムに基づき研修が進められる。	
③	人材育成マネジメントシステムは区の制度・方針に委ねられている。園独自のものとしては前述の研修への参加の他、職位別、業務別役割分担の仕組みがあるが、現状はこれの中で、管理者が日常活動の折々に方向付けするやり方で能力向上を図っている。今後は年間活動のチェックの一環として、業務上の課題把握と併せ、職員の意識や潜在能力の把握等、意欲向上等を促しつつ、管理者と職員とのコミュニケーション方法についても一歩進めた取り組みが求められている。	

カテゴリ7	
情報の保護・共有	
サブカテゴリ1	
情報の保護・共有に取り組んでいる	
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる	
評点(A)	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性をふまえ、アクセス権限を設定している
<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・保管している
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨をふまえて保護・共有している	
評点(A)	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	

カテゴリ7の講評(一つ以上)	
①	情報システムは、区と園内イントラネットで構成され、管理サーバーを組み合わせたパーソナルレベルでのシステム運営が行われている。サーバー上に、35以上の共有フォルダを有し、基本方針、活動計画、予算、人事・労務諸規定、単発の行事資料、緊急マニュアル等の各種マニュアル類がフォルダ別に保管・管理されている。アクセス権管理は区の情報セキュリティ方針に則って行われ、フォルダのメンテナンスは園内のグループ毎にIT担当者を選任し、管理者のマネジメントの下で運営されている。
②	個人情報保護については、区から出されている同保護制度や前述の情報セキュリティ基本方針中に指針が定められており、これに則って実施される。利用者に関わる個人情報の取り扱いについては、入園時点で契約書の中に保護規定があることを利用者と家族との間で確認している。また職員の行動面では倫理綱領を掲げ内外に公表している。職員の日常活動の中では、倫理行動規範が拠り所になっているが、特に新入職員、ボランティア、実習生にはオリエンテーションで明確にし、実際活動に携わらせる仕組みとなっている。
③	個人情報保護については、区の制度を基本とするものの、園が主体的にコントロールしている委託業者やボランティア・研修生の受入等も頻度が増してくることを勘案すると、個人情報保護法を意識した園独自の規程を制定し、運用を徹底することが望ましいと考えられる。
カテゴリ8	
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	○ A+ ● A ○ B ○ C
<ul style="list-style-type: none"> ・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」 	
改善の成果	
1. 「すぎのき生活園」と「けやき生活園」の統合後も、それぞれの生い立ちから管理・運営面では個々の主体性が多く残るものの、情報セキュリティ保護面や各種マニュアルの整備については両グループが共同して取り組み、今年度はこれまでの各事例別のマニュアルと新規マニュアルを集大成した「緊急対応マニュアル」として完成を見ている。それに基づき、研修や訓練にも取り組んだ結果、実際の業務展開に結びついた事例が出る等、一体化効果が現れつつある。2. 経営における社会的責任については区の福祉ネットワークが共同して取り組む「相談支援事業(カラフル)」に積極的に取り組んだ他、家族が中心となって取組みを開始したホームヘルプ事業(フランククラブ)の立ち上げに最初から関わり、2年目に当たる今年度は、実際の運用面で支援するなど、地域社会へ貢献がみられた。3. 事業の方向性が、見通しにくい中で、現場サイドから区の今後の福祉政策のあり方について提言を行った。	
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	○ A+ ● A ○ B ○ C
<ul style="list-style-type: none"> ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」 	
改善の成果	
1. 今年度作成の「緊急対応マニュアル」を教材として、OJTを実施し、個々の職員の危機管理に対する意識を高めた。2. 利用者の摂食に関する研修に、外部委託業者の調理職員にも参加を促すとともに、職員の他、理学療法士、作業療法士を加えたチームを構成し、専門的な視点で摂食についての支援を実施した。	

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」	<input type="radio"/> A+ <input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
1. 区の情報セキュリティマネジメントのモデル事業所として、情報管理のIT化と管理及び保護システムの構築に先駆けて取り組んでいる。具体的にはIT担当者を選任して、導入から、メンテナンスまで仕組み作りに取り組んだ他、現場レベルの活用が進んできている。2. 利用者の状況を的確に把握し、より有効な個別支援計画づくりを促進するため、独自のアセスメント項目を設定した。アセスメント票として新たなシートを作成し、一部で利用を開始した。	
サブカテゴリ4	
前年度と比べ、事業所の財政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、財務諸表など財務に関する指標において改善傾向を示している	<input type="radio"/> A+ <input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
1. 16年度は前年に比べ、利用者数が9人(前年比112.5%)と大幅に増加する中、総事業費(維持管理費・バス運行費・行事費・給食運営費等)は108%に留まっている。これを利用者1人当たりで換算し直すと267千円(同96.2%)抑制されたことになる。これは利用者数の増加に対応すべく、送迎ワゴン車の新規導入、給食運営費や行事運営等、サービス水準を確保しつつ効率化に努めたことによるものとみられる。2. 職員数は常勤職員換算で4.7人(109.7%)増加しているが、常勤職員そのものの数は計画より1名減少しているなど、努力の跡がみられる。	
サブカテゴリ5	
前年度と比べ、利用者の意向や苦情対応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や利用者満足状況調査など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」	<input type="radio"/> A+ <input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
1. 障害者自立支援法について区の収集した情報を迅速に利用者、家族等に伝えることを心がけ、家族連絡会の場で説明を行った。また職員に対しても全体会議を行い、同法についての周知を図った。	

カテゴリ8の講評(一つ以上)	
①	サービス面:①給食運営は民間業者に委託しているが、支援員、委託業者、栄養士等が連携し、利用者の障害程度に対応したサービスを検討する場があり、これらを通して専門的な視点での摂食指導が行われるなどサービス改善が図られている。②「障害者自立支援法」の施行に伴い、家族連絡会で家族に対して法の概要や方向性等について説明を行った。③従来からあった一部のマニュアルを見直し、幾つかの新しい課題を付加して「緊急マニュアル」として体系化され内容の充実を図った。
②	職員と組織能力の向上:①前述の「緊急マニュアル」を教材としてOJTが行われ、職員の危機管理意識を高めることができた。②職員の福利厚生施策は区の制度が活用され、民営施設に比べ恵まれた条件にある。ただ、時間外労働や有給休暇取得実態の把握については明確な統計データはとられていない。今後、環境変化が予想される事態の中で、職員の業務量が増大する懸念があることや利用者サービスとの関連性等々から、時系列比較ができるようなデータの整備が望まれる。
③	財政面:前年に比べ利用者数が9人(前年比112.5%)増加したが、総事業費は108%に留まっている。利用者1人当たり267千円(同96.2%)抑制されたことになる。これは利用者数増加に対応すべく、ワゴン車の導入や給食運営費等の効率化に努めた他、常勤職員換算で4.7人(109.7%)増加したものの、常勤職員数は計画より1名少ない状態で運営する等の努力の結果である。今後、さらに2グループの交流を積極的に進め、運営と財政面の効率化を図ることが期待される。

サービス提供のプロセス項目

サブカテゴリ1	
サービス情報の提供	
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している <p style="text-align: right;">評点(B)</p>	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している
○あり ●なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている
●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	4. 利用者の問い合わせや見学(可能な場合)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
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし	
サブカテゴリ1の講評(一つ以上)	
施設案内は杉並区障害者施設課が毎年作成する区立施設についての「事業概要」冊子の他、施設独自のパンフレット「すぎのき生活園のしおり」を作成し、関係機関や希望者に配布している。資料には、すぎのきグループ、けやきグループそれぞれの活動内容、日課、行事等が詳細に記されており、家族や関係者に要領よく事業概要を伝えているが、文字情報が中心で利用者本人にわかりやすい表現とはなっていない点が惜まれる。見学者等が手軽に受け取れるパンフレットにはルビを振ったり、写真・イラストを増やすなどさらに工夫が求められる。	
園の広報紙「ペチャクチャ新聞」は利用者が編集に携わる手作り感あふれる内容で、毎月約2000部が関係機関や地域に配布されている。20年以上にわたる継続的な取り組みは特筆に値する。1回の情報量はあまり多くないので、できれば職員が目線でまとめた活動報告や地域福祉の情報など利用者、家族、地域等に広く情報提供を行う広報紙も作成したいところである。またインターネットを通じた施設情報の提供は、区の施設紹介や東京都の福祉ナビゲーションへの登録にとどまっておらず、施設独自のホームページ作成は今後の課題となっている。	
利用希望者の見学は常時受入れを行い、園長または係長が対応している。利用者の状況や家族の希望に応じて、見学日程や内容の調整を図っている。希望者には実習も行い、利用前に施設について十分理解していただけるよう努めている。	

サブカテゴリ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 <p style="text-align: right;">評点(A)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している <p style="text-align: right;">評点(A)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
サブカテゴリ2の講評(一つ以上)		
利用開始時には、契約書、重要事項説明書、倫理綱領を用いて、利用者及び家族に施設の基本的ルールやサービス内容を伝えている。説明が長時間にわたることは利用者にとって負担になるとの配慮から、写真を使ったわかりやすい資料を用意したり、家族の協力を得たりしながらスムーズに説明を行うよう努力している。サービス開始前には5日間程度の実習を行い、活動希望などの意向を確認した上で入所前オリエンテーションを行う手順になっており、利用前に利用者や家族と十分コミュニケーションを図る仕組みが作られている。		
利用開始にあたっては、担当職員が臨床心理士とともに面談を行い、きめ細かなアセスメントを行っている。臨床心理士は心理所見を作成し、専門的な視点から支援方法の提案を行うなど職員との連携を図りながらサービス開始直後の利用者の不安やストレス軽減に向けた取り組みを行っている。園生活に早く慣れていただくために、必要に応じて職員がマンツーマンで対応するなど利用者一人ひとりに応じた支援を心がけている。		
他施設へ移るなどサービスを終了した後も、必要に応じて職員が移行後の施設に様子を見に行くなど、継続的な支援を行っている。また、杉並区の相談事業「カラフル」は施設の利用如何に関わらず広く区民の相談受付窓口となるものであり、退所後も何かあればすぐに相談を受け、支援を行える体制が整えられている。		

サブカテゴリ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 <div style="text-align: right;">評点(B)</div>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の身体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	<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ニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している <div style="text-align: right;">評点(A)</div>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している <div style="text-align: right;">評点(B)</div>		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

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(A)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、関係する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
サブカテゴリ3の講評(一つ以上)		
利用者一人ひとりの情報は、利用者・家族との面談によりプロフィール(すぎのきグループ)及びアセスメントシート(けやきグループ)にまとめられ、これに基づき、個別支援計画が作成される。プロフィール及びアセスメント項目の見直しは適宜行われているが、定期的に利用者に聞き取り等を行い、記録を改定するといった手順は定められておらず、変更があった時に随時個人別台帳に記載されることになっている。活動については、年度当初に希望調査を実施し、利用者・家族の意向を確認する仕組みが作られている。		
プログラム希望調査、個人面談を経て作成された個別支援計画については、新年度に、面談、家庭訪問、電話等の方法で利用者・家族に説明を行っている。計画を緊急に変更する必要がある場合は、毎朝の会議または週1回行われる運営会議で検討・決定し、迅速に変更が行える仕組みが整えられている。まず事態の改善を図り、その後資料の変更など必要な手続きが行われる。		
利用者に関する個々の情報は、運営日誌、グループ別活動記録に記載され、ケース記録にまとめた上でケース会議等に諮る仕組みが整えられている。しかしながら転記の煩雑さ等により記録にばらつきが生じ、情報が数種の書式に分散したまま、現状把握や計画に沿った支援の進捗確認がしにくいケースも見受けられるようである。年度の中間及びまとめの会議では個々の利用者の支援経過について確認が行われ、職員間の共有化も図られているが、記録方法の工夫等により、個別支援計画を日常的に意識した支援ができるようさらに改善していくことが期待される。		
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		
評点(A)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

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(B)
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. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、必要に応じ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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
サブカテゴリ5の講評(一つ以上)		
利用者のプライバシー保護に関しては、区の個人情報保護条例に基づき適正な管理が行われている。利用者に対しては契約書及び倫理綱領(グループ別に「ハッピーセブン」「けやきのモットー」という名称で作成)の中でプライバシーの尊重を約束し、職員の姿勢を明確化している。さらに実習生等にアンケートを実施し、職員の接客態度についてチェックを受ける仕組みが作られている。指摘を受けた場合には、倫理綱領の見直しにより迅速に改善が図られる。個人情報保護法に則りより管理の徹底を図るには、承諾書の作成等も考えたい。		
施設の基本方針に「利用者一人ひとりの自己実現」を掲げ、利用者本人の自己決定を尊重した支援を心がけている。具体的には、多様な活動メニューを用意し、利用者の体調や意思を尊重して無理なく選択できるよう配慮したり、個々の利用者の状況に応じて居心地の良い環境設定に努めている。空間的、人的な資源にも恵まれ、個別の対応が日常支援の随所に見られる。すぎのきグループでは、自己選択の機会創出の工夫として、週に1度、「ハーフタイム」というプログラムを設け、飲み物の選択、ミルクの有無の選択などをしてもらい取り組みを行っている。		
虐待等入権侵害に関する問題はこれまで発生していないとの認識をもっているが、万一発生した場合の体制としての施設独自の苦情解決システムが今のところ整備されていない。関係機関との連携を含め、今年度中に第三者委員の設置を含む苦情解決制度の骨子を作成し、来年度からの運用を目指している。これまでは区の苦情窓口を利用した苦情解決制度であったが、より利用者にとって身近で活用しやすい仕組みが必要であると考え、早期の設置に向けた準備を進めているところである。		
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		
		評点(B)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

評価項目2		
サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		
評点(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改変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
○あり ●なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
評価項目3		
さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している		
評点(A)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
サブカテゴリ6の講評(一つ以上)		
危機管理、感染症等保健関係、実習生受け入れ等に関するマニュアルは整備されているが、利用者に対する基本的な支援方法を記載した接遇マニュアルは整備されていない。倫理綱領に明示された基本姿勢に基づき、具体的な支援方法は先輩職員から新人や非常勤職員に指導される慣習となっている。経験豊富な職員から個々の支援方法が伝えられ、サービスの基本事項は組織に十分浸透していると思われるが、一定のサービス水準を常に確保し、効率良く指導にあたる上でも基本的な支援マニュアルの作成及び充実を図ることが望ましい。		
個々の利用者対応については、運営会議やケース会議(支援会議)を通じて日頃から情報の共有化を図り、支援方法の標準化に努めているが、利用者の高齢化・重度化に伴い、個別にきめ細かな対応を図ることが求められる。多様なニーズに対し、非常勤を含む職員誰もが適切に支援を実施するには、必要に応じて介助や緊急時対応等に関する個人別マニュアルを作成することも検討したい。		
職員が一定レベルの知識や技術を学べるよう、様々な専門研修に参加できる機会を提供している。職場内研修は職員の希望調査を実施し、制度変更や専門的な支援方法などニーズの高いテーマの研修を行っている。先輩職員が日常の支援現場で後輩職員を指導するOJTは、3~4人の各グループ担当ごとに適宜行われている。		

サービスの実施項目

1	評価項目1 個別の支援計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している		評点(A)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 自立生活に必要なさまざまな情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
	評価項目1の講評(一つ以上)		
①	利用者、家族等の意向をふまえて作成された個別支援計画は、中間まとめで半期ごとの見直しがされている。中間まとめの際には、具体的に利用者の検討課題をあげ、職員全体で改善策を考える機会を設けており、個別支援計画に基づく支援が行われている。		
②	絵カード、文字盤、コミュニケーションボード等を活用し、それぞれの障害に応じたコミュニケーション方法を選択しているほか、自閉傾向のある利用者に対しては、一日のスケジュールをわかりやすく示したり、作業的な活動をスムーズに行えるようカードを使って説明したりと、より障害特性に考慮したコミュニケーション方法になるよう工夫している。部分的にはTEACCH(ティーチ)プログラムも取り入れている。昨年からはパソコンを使用した「個別コミュニケーション支援活動」を始め、利用者のコミュニケーションスキルアップに取り組んでいる。		
③	自立生活、地域生活支援としては、利用者の保護者が中心となり、当施設のバックアップにより立ち上げられた居宅介護事業所(フランククラブ)と連携し、園だよりにより実際に利用している方の声を掲載するなどして積極的に情報提供している。また、希望する利用者のグループホーム見学に同行する、ショートステイの初回利用時に職員が付き添い見守りするなど、利用者が自立生活、地域生活に向けた様々なサービス利用にスムーズに移行できるよう、個別にきめ細かな支援をしている。		
2	評価項目2 個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている		評点(A)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日中活動メニュー等は、利用者の希望や特性により選択できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が活動しやすい環境を整えている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者一人ひとりのニーズに応じたその人らしさが発揮できる活動を用意している	<input type="radio"/> 非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

評価項目2の講評(一つ以上)													
①	日中活動は、グループごとに、利用者の特性に配慮してメニューを構成している。すぎのきグループでは、午前はウッド(木工製品作り)、エコ(リサイクル)等6つのチームに分かれて行われ、午後は、チームを問わずやりたい活動を選ぶハッピープログラムという活動が行われている。一方、けやきグループでは、利用者が主体的に関われるよう改善を重ね、午前の活動は曜日ごとに設定を変えて12種類のメニューを用意した。午後は5つの活動から選べるようになっている。利用者の希望による当日の変更も可能である。												
②	利用者の中には、身体的な障害を持つ方も多いため、それぞれにあわせた作業用の自動具や、食堂には姿勢を保持しやすい椅子などが用意されている。また作業療法士、理学療法士がリハビリ的な活動のみでなく、日中生活全般についての支援にも関わっており、利用者の歩行の様子を観察し、その方にあった靴を紹介し、更に歩きやすいよう中敷きを作成したりと積極的に支援に取り組んでいる。												
③	プログラムアンケート、面談時の利用者・保護者からの聞き取り等によりニーズを汲み取るようにしている。けやきグループでは実際に保護者からの提案によって活動に楽器演奏を取り入れた例もある。すぎのきグループの「ハッピープログラム」には、利用者が楽しめる「趣味」(手芸、芸術、鑑賞)活動や可能性を引き出すための「スキル」(個別課題、パソコンなど)の活動を取り入れるなど新しい取り組みが行われている。利用者の意欲を引き出し、能力の開発につなげるため、新しいメニューの導入や外部講師の活用などをさらに積極的に進めたい。												
3	<p>評価項目3 栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している</p> <p style="text-align: right;">評点(A+)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p>【標準項目を超えた取り組み】 ●あり ○なし</p> <p>以前は、職員のみが参加していた摂食障害や摂食の特徴に関する研修に、外部委託業者の調理師にも参加してもらい知識を共有したり、作業療法士、理学療法士が給食の場に同席し、利用者の嚥下の様子を観察しそれぞれに適した食形態についてアドバイスしたり、通院を勧めたりと、直接食事の介助等に関わる職員のみではなく専門職や関係者と連携しながら、利用者にとってよりよい食事となるよう取り組んでいる。</p>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	○非該当
評価	標準項目												
●あり ○なし	1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	○非該当											
●あり ○なし	2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	○非該当											
●あり ○なし	3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	○非該当											
評価項目3の講評(一つ以上)													
①	毎月給食会議が行われており、栄養士、担当職員が検討しながらより利用者の希望を反映した献立になるよう取り組んでいる。保護者への嗜好調査、アンケート等も行われており、多様な方法で利用者の希望を把握しようと努めている。年3～4回の季節などに応じた行事食、主菜やデザートなどメニューが選べる選択食の機会もある。												
②	利用者の中には食堂で、大勢の方と一緒に食事を取ることが難しい方もおり、作業室等の静かな環境でも食事が取れるよう対応している。また、肥満傾向にある利用者が増えてきており、ごはんの量の設定を3種類(大、中、小)から4種類(大、中、中小、小)に増やすことでカロリーをコントロールするようにし、個々の状況に対応できるようにしている。												
③	食堂は清潔に保たれているが、グループごとに環境の違いがあり、それぞれに課題もみられる。すぎのきグループでは食堂が朝の会や、午後の活動の場となることもあり、棚等に物が多少少し雑然とした印象を受ける。一方、けやきグループでは、机等の配置を工夫し対応しているが、スペース的にはやや狭い。両グループともハード面の改善はすぐには難しいと思われるが、食事が楽しくなるような雰囲気作りなどソフト面での一層の工夫が期待される。												
4	<p>評価項目4 身の回りの支援に関しては、利用者の立場を考えてサービスを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(A)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態やペースに合わせて、日常生活上の必要な支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 必要に応じて、身の回りのことは自分でできるよう働きかけている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p>【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし</p>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状態やペースに合わせて、日常生活上の必要な支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 必要に応じて、身の回りのことは自分でできるよう働きかけている	○非該当			
評価	標準項目												
●あり ○なし	1. 利用者の状態やペースに合わせて、日常生活上の必要な支援を行っている	○非該当											
●あり ○なし	2. 必要に応じて、身の回りのことは自分でできるよう働きかけている	○非該当											

評価項目4の講評(一つ以上)		
①	一日のスケジュールがゆったり組まれており、更衣の時間にも余裕があり、利用者のできることは、少し時間がかかっても待ちながら、必要な部分を支援することができるようになっている。昼食の時間も準備や休憩を入れて1時間半と長めに設定しており、食事に時間がかかる利用者にも急がせることなくそれぞれのペースにあわせて介助することができる。	
②	利用者のADL、更衣については毎年、年度開始時に一人ひとりの課題を職員間で検討し、支援に取り組んでいる。それに応じて、更衣に関しては必要なケア、留意点、本人ができる部分等がまとめられた一覧があり、支援に活用されている。	
③		
5	評価項目5 利用者の健康を維持するための支援を行っている <div style="text-align: right;">評点(A)</div>	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている
	○非該当	
	●あり ○なし	2. 必要に応じて、通院や服薬等に対する助言や支援を行っている
	○非該当	
	●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている
	○非該当	
	●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている
	○非該当	
	【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし	
評価項目5の講評(一つ以上)		
①	利用者の健康状態については保健日誌にまとめられており主に看護師によって記録されている。また通院等の相談についても、看護師や職員が個別に相談に応じている。区立の歯科診療所の医師が知的障害者への理解が深いということで保護者会で情報提供し、実際に利用者が定期通院をできるようになった例もある。利用者の重度化、高齢化に伴い、生活習慣病などの健康上の問題も増えつつあり、今後はより積極的な情報提供等、利用者の健康面の支援について一層の充実が求められる。	
②	服薬管理についてはマニュアルが無いが、基本的には看護師の役割として責任を持って行われている。看護師が不在の時には係長等が担当し、チェックは、保健日誌にするなど、基本的な枠組みは決まっている。今後は、より確実な管理のため、配薬チェック、服薬チェックなど二重、三重にチェック機能を強化し、組織として適正な管理ができるようマニュアルとしてまとめていくことが期待される。	
③	体調変化、急変時の対応などは保健関係のマニュアルとしてまとめられているが、主に看護師が対応すると考えられているため、職員間での読み合わせや対応の研修などは行われていないのが実状である。今後は、看護師がリーダーシップを取り、どのような場面でも利用者の体調変化に応じて、各職員が対応できるような体制作りが期待される。	

評価項目6
 利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている

評点(B)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や嗜好を考慮し、多様な体験ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 室内は、採光、換気、清潔性など居心地のよい環境となるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 日常生活に関するきまりごとについては、利用者等の意見を参考に見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 利用者等が意見を言う機会があり、その意見等を施設運営に反映できるようしくみを整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 行事やイベントの企画・準備は利用者も参加して行っている	<input type="radio"/> 非該当

【標準項目を超えた取り組み】 あり なし

評価項目6の講評(一つ以上)

レクリエーションや行事に関するアンケートの実施や、面接時の聞き取りで利用者の希望を取り入れている。社会見学、宿泊旅行の際には、複数のコースを設定し利用者が選択できるようにしている。

委託業者による清掃が午前、午後の2回入っており、清潔に保たれている。すぎのきグループ、けやきグループそれぞれ建物が異なり、採光、収納スペースの確保・有効活用など室内環境に対する課題にも違いが見られる。ハード面の改善はすぐには難しいものの、収納の工夫や整理整頓の徹底を図ることにより、利用者にとって居心地の良い環境づくりを常に心がけたい。

重度の障害を持つ利用者が多く、利用者自らが自分の意思を表すということが難しいようである。しかし、できるだけ利用者の意思を汲み取るように努力し、代弁者である家族の意向も参考にして、施設運営に取り入れている。利用者にも杉実祭の準備や、イベント時の室内の装飾など、できる範囲でいろいろな場面に関われるよう取り組んでいる。

評価項目7
 施設と家族等との交流・連携を図っている

評点(B)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族等へ知らせる手段を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 必要に応じて、家族等への情報提供や支援をしている	<input type="radio"/> 非該当

【標準項目を超えた取り組み】 あり なし

評価項目7の講評(一つ以上)

評価項目7の講評(一つ以上)																
①	重度の障害を持つ方が多く、利用者本人の意向を確認することが難しいため、直接家族と連絡を取り合うことも多い。職員は利用者本人の意思を汲み取るよう努力しており、本人の意向が確認できる場合には、口頭で本人に確認を取ってから家族に連絡をとるようにしている。															
②	連絡帳によって、利用者ごとの1日の詳しい様子を伝えているほか、毎月の園だよりでも園の様子、予定等も伝えている。重度の障害を持つ方が多く、本人から園の様子を確認することができないため、家族は園側からの情報提供を望んでおり、園側もそれに応じて日常的に連絡を密に取りあう体制を整えている。家族連絡会は毎月行われており家族と密にかかわりを持っていることがうかがわれる。															
③	日常的に、家族との関わりを密に保っているため、必要なときには個別に園側に相談があることも多いようである。必要に応じて、ガイドヘルプ、ショートステイ、グループホーム等の利用に関する情報提供もしている。状況によっては、家族も含めてより深く関わり支援しているケースもある。															
8	<p>評価項目8 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</p> <p style="text-align: right;">評点(A)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 65%;">標準項目</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td colspan="3">【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px;"></td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当	●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	○非該当	【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし					
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当														
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	○非該当														
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし																
評価項目8の講評(一つ以上)																
①	ショートステイやガイドヘルプの事業所などを紹介し、利用者が地域の中でサービスを使いながら多様な経験ができるような情報を提供している。日中活動の中の外出プログラムでは、近くの商店に買い物に行ったり、地域の図書館、スポーツセンター(プール)等を利用するなど、身近な社会資源を活用している。															
②	施設を拠点とし、周辺の社会資源を活用することは外出プログラム等のなかで、日常的に行われている。しかし、利用者が生活するそれぞれの地域の情報までは十分収集できていないのが実状であり課題と感じている。区立施設として、区内と区周辺のより広い情報を収集し、それぞれの利用者が生活する地域においても多様な体験ができるよう取り組みを強化したいと考えている。															
③																

Ⅲ 杉並区立すぎのき生活園
グループ別
第三者評価の結果

1. すぎのきグループ

1. 利用者聞き取り調査

(1) 調査概要

- ①対象者 : すぎのきグループ 45 名のうち、聞き取り調査が可能と施設が判断した方 8 名を対象に調査を行った。
- ②調査方法 : 障害の状況に応じて意思表示の方法が異なるので、質問の前に職員から 1 人ずつ意思表示の合図などを確認の上、聞き取り調査を実施した。
- ③調査日 : 平成 17 年 12 月 13 日 (火)、19 日 (月)
- ④回答率 : 以下の通り

利用者総数	45 人
調査対象者数	8 人
有効回答数	8 人
利用者総数に対する回答者割合	17.8%

- ⑤調査内容 : 標準聞き取り調査シートの質問項目のほかに、2 問の独自質問を加えた。
質問内容はバス添乗の際の接遇、衛生面に関する項目である。

(2) 調査結果

有効回答数が 45 名中 8 名と少なく、全体の意見とはいえない。また質問の中には、内容を理解することが難しく、無回答となってしまった項目も散見された。言葉での回答が難しい方もおり、「はい」「いいえ」の意思表示を身振り、表情などから読み取って回答とした。

「施設は良いところだと思いますか」という総合満足度では、無回答の 3 名を除く 5 名が「とても良い」「やや良い」と回答しており、満足度は高い。また、職員の基本的な対応については、「丁寧に接してくれる」「同じように接してくれる」という回答が多くなって一方で、「不満を気軽に話すことができる」という質問に対しては、「二人で話す機会がない」という意見も聞かれ、個別的な対応については満足度に若干ばらつきが見られた。

総合的な感想	とても良い	やや良い	どちらともいえない	やや良くない	まったく良くない	不明
施設はあなたにとって良いところだと思いますか。	3	2	0	0	0	3

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	無回答	非該当
1.食事はおいしいですか	5	1	2	0
8名中5名が「はい」と答えた。笑顔でうれしそうにならず方もいた。「あまりおいしくない」とのコメントもあった。				
2.他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プライバシーが守られていますか	6	0	2	0
8名中6名が「はい」と答えた。質問を理解することが難しく回答が得られない方も2名いた。				
3.職員は、丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか	6	0	2	0
8名中6名が「はい」と答えた。質問を理解することが難しく回答が得られない方も2名いた。				
4.職員はみんな同じようにあなたに接してくれますか(人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか)	6	0	2	0
8名中6名が「はい」と答えた。質問を理解することが難しく回答が得られない方も2名いた。「優しい人、厳しい人がいる」とのコメントもあったが、その厳しい人に対して「嫌い」というようなコメントはなかった。				
5.あなたの気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか	4	1	3	0
半数が「はい」と答え、「(相談できる職員が)一人いる」といった具体的なコメントもあった。職員に相談したり、二人で話す機会がないという利用者もいた。				
6.困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	0	1	7	0
この質問については、質問自体を理解することが難しい様子で、ほとんど回答を得ることができなかった。「わからない、知らない」とのコメントもあった。				
7.活動は楽しいですか	6	0	2	0
8名中6名の方が「はい」と答えた。具体的にどんな活動というコメントまでは得られなかった。				

8.あなたの目標や計画について、職員はいっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	1	0	7	0
この質問については、質問自体を理解することが難しい様子で、ほとんど回答を得ることができなかった。質問も後半になり、質問に集中することが難しくなっている様子もあった。「目標はある、3月に面談がある」とのコメントもあった。				
9.あなたの目標や計画は、いつもあなたが納得できるものになっていますか	1	0	7	0
この質問については、質問自体を理解することが難しい様子で、ほとんど回答を得ることができなかった。				
10.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか	0	0	0	0
11.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明、掲示など)がありましたか	0	0	0	0
12.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】説明を聞いて、ここに通ってみようと思いましたか	0	0	0	0
13.あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	1	1	6	0
この質問については、質問自体を理解することが難しい様子で、ほとんど回答を得ることができなかった。回答を得た方からは「二人で話す機会がない」、「忙しそうなお時間にはできないこともあるが、時間がとれる時はできる」といった声がきかれた。				
14.職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	1	0	7	0
この質問については、質問自体を理解することが難しい様子で、ほとんど回答を得ることができなかった。				

<独自質問>

独自評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	無回答	非該当
1. バスやワゴンの運転手・添乗員は親切に接してくれていますか	6	0	2	0
8名中6名が「はい」と回答した。				
2. 園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか	4	0	4	0
8名中半数の4名が「はい」と回答した。残りの4名は質問を理解することが難しいようだった。				

2. 利用者家族調査

(1) 利用者家族調査の実施概要

①調査目的：利用者聞き取り調査の補完として、家族からみた利用者本人の意向を把握するために実施した。あわせて、日頃の施設に対する家族の意見・要望を把握した。

②対象者：利用者45名全員の家族

③調査方法：郵送アンケート（施設経由で調査票を配布し、郵送にて回収を行った。）

④調査日：平成16年12月1日～12月13日

⑤回収状況：以下の通り

配布数	45件
回収数	29件
有効回答数	29件
利用者総数に対する回答者割合	64.4%

⑥調査内容：共通評価項目については、利用者本人への聞き取り調査と同じ質問項目で行った。独自質問は、利用者調査での質問2つに加え、「地域生活で必要としていることについての適切な支援」に関する項目について調査した。

(2) 利用者家族調査結果

①総合評価

とても良いが18名、やや良いが8名となっており、29名中26名と9割近くの家族が高い評価をしている。

総合的な感想	とても良い	やや良い	どちらともいえない	やや良くない	まったく良くない	不明
施設は利用者ご本人にとって良いところだと思いますか。	18	8	0	1	0	2

②各項目の回答結果

個々の項目についてみると、「食事は充実していますか」「利用者の方の目標や計画について、職員はご本人または家族といっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか」で「はい」と答えた人が29人中27人と最も多く、次いで「職員は利用者の方に対して、丁寧に対応してくれますか」の評価が高くなっている。逆に、「困ったことを外の人（第三者委員など）にも相談できますか」では、「はい」が29人中16人と半数程度にとどまっている。また、「他の人に知られたくないことの秘密を守るなどプライバシーが守られて

いますか」では、「どちらともいえない」が7人と多くなっている。

独自質問3問についても概ね評価は高いが、「どちらともいえない」という意見も散見される。

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	どちらとも いえない	無回答
1. 食事は充実していますか	27	0	1	1
2. 他の人に知られたくないことの秘密を守るなどプライバシーが守られていますか	20	1	7	1
3. 職員は、利用者の方に対して丁寧に接してくれますか	26	0	1	2
4. 職員はみんな同じように利用者の方に接してくれますか	23	1	2	3
5. 利用者の方の気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか	25	0	3	1
6. 困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	16	4	7	2
7. 利用者の方にとって活動は楽しいものになっていますか	23	1	4	1
8. 利用者の方の目標や計画について、職員はご本人または家族といっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	27	0	1	1
9. 利用者の方の目標や計画は、いつもご本人または家族が納得できるものになっていますか	23	0	5	1
10. 【過去1年以内に利用を開始した方に】利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか	3	0	1	0
11. 【過去1年以内に利用を開始した方に】施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明・掲示など)がありましたか	3	0	1	0
12. 【過去1年以内に利用を開始した方に】説明を聞いて、利用者の方に通園を勧めようと思いましたか	2	0	2	0
13. 利用者の方の不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	23	1	3	2
14. 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	23	0	3	3

<独自質問>

独自評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	どちらとも いえない	無回答
1. バスやワゴンの運転手・添乗員は利用者の方に対して親切に接してくれていますか	21	0	4	4
2. 園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか	21	1	6	1
3. 職員は、利用者の方が園にいる間の支援だけでなく、家庭の生活を含めた地域生活で必要としていることについて、適切な支援をしていますか	19	1	7	2

③意見・要望

日ごろ感じている施設に対する意見、要望
<p>■職員の支援・体制に関する意見・要望</p> <p>・毎日楽しく通えていること。こまめに連絡してくれるので驚いています。</p> <p>・職員がフレンドリーで話しやすいです。1対1での介助が必要な子ですが、限られた職員数の中で可能な限り対応してもらっています。欲を言えばもう少し職員を増やして欲しい。</p> <p>・人手がもう少しあると、職員の方も時間的に余裕を持って利用者へ接する事が出来るのではないのでしょうか？</p> <p>・施設は本人にとって楽しい場、しやすい場になっているが、まだ本人が若いので、少し厳しい面があっても良いように思う。仕事に対する意識付けも考えて欲しい。</p> <p>・職員の皆様の献身的な指導に感謝しております。</p>
<p>■施設の現状・今後のあり方などに対する意見</p> <p>・杉実祭は大変良い企画と思う。</p> <p>・30年以上通っているのも本人もすっかり慣れて、通うのが楽しいので、今さら他の施設へ替える気持ちはないし、少しでも長く利用したいと思っている。できればすぐそばにグループホームなどがあって、入れれば一番良いのだけれど。区外なので杉並区以外の人はダメと言われるサービスがあるのが残念です。(ショートステイなど)</p> <p>・公立の施設なので中々大変だとは思いますが、行き届いていて感謝しています。</p>

今回の調査に対する意見
<p>・残念ながら本人とコミュニケーションをとるのはかなり難しく、施設へは本人のみが通園している為、その時の様子を聞くことは出来ませんし、本人が施設や職員の方々についてどのように思っているか、聞くことも出来ません。</p>
<p>・片道送迎をしているので、園へ来ない親より見える部分はあるかもしれないが、本人と違って一部分しか見ていないので分からないことも多い。これが生活の場だったら、どうやって把握したらいいのだろう。</p>
<p>・わかる所だけ書いておきました。</p>
<p>・この調査の回答は母親です。子供の気持ちと保護者の気持ちに多少ずれがあるかもしれませんが、知的障害で自分を主張できませんので…。良い悪いの判断は子供の笑顔でしていますので「？」の部分もあります。</p>

3. 事業評価（自己評価）

（1）事業評価（自己評価）の実施概要

① 経営幹部自己評価

対 象 ：すぎのき生活園の経営幹部（合議による回答）

調査方法：経営合議用シートを配布し、後日回収した。

配布数 ： 1

回収数 ： 1

評価項目：標準評価シートによる

② 職員自己評価

対 象 ：常勤職員

調査方法：職員説明会にて事業評価の目的を説明した上で評価シートを配布し、後日回収した。

回収数 ： 25

（2）事業評価（自己評価）結果

◆評点の基準

A +…標準項目をすべて満たした上で、標準項目を超えた取り組みがある状態

A ……標準項目をすべて満たした状態

B ……標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

C ……標準項目をひとつも満たしていない状態

組織マネジメント分析について、経営層（合議）と一般職員それぞれの評点を比較すると、経営層がAと評価している項目について、一般職員ではBまたはCと厳しい評価をする人が多い項目が散見される。カテゴリー4、5、7でその傾向が顕著である。

上段:実数 下段:%

組織マネジメント分析（自己評価）				経営層								
カテゴリー	サブカテゴリー		共通評価項目を評価する上で確認すべき項目	合議	リーダー層 N=2				一般職員 N=23			
					A+	A	B	C	A+	A	B	C
1. リーダーシップと意思決定	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	1-1-1	事業者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	A	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	39.1	60.9	0.0
		1-1-2	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	B	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	34.8	43.5	21.7
		1-1-3	重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情をふまえて意思決定し、その内容を関係者に周知している	A	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	34.8	47.8	17.4
2. 経営における社会的責任	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、達成に取り組んでいる	2-1-1	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	A+	0.0	100.0	0.0	0.0	4.3	69.6	26.1	0.0
		2-1-2	第三者評価の導入・外部監査、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	A	0.0	100.0	0.0	0.0	8.7	60.9	30.4	0.0
		2-1-3	将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている	A	0.0	100.0	0.0	0.0	4.3	56.5	34.8	4.3
	地域の福祉に役立つ取り組みを行っている	2-2-1	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	A	0.0	100.0	0.0	0.0	8.7	56.5	30.4	4.3
		2-2-2	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	A	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	65.2	34.8	0.0
		2-2-3	地域の関係機関との連携を図っている	A+	0.0	0.0	100.0	0.0	4.3	43.5	43.5	8.7
3. 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	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	3-1-1	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)	A	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	47.8	52.2	0.0
		3-1-2	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	A	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	56.5	39.1	4.3
		3-1-3	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	B	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	26.1	60.9	13.0
4. 計画の策定と着実な実行	実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	4-1-1	取り組み期間に応じた課題・計画を策定している	B	0.0	0.0	100.0	0.0	8.7	30.4	60.9	0.0
		4-1-2	多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している	A	0.0	0.0	100.0	0.0	4.3	26.1	60.9	8.7
		4-1-3	着実な計画の実行に取り組んでいる	A	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	34.8	56.5	8.7
	4-2-1	利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	A	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	39.1	52.2	8.7	
5. 職員と組織の能力向上	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	5-1-1	事業所にとって必要な人材構成にしている	B	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	17.4	56.5	26.1
		5-1-2	職員の質の向上に取り組んでいる	A	0.0	0.0	100.0	0.0	4.3	21.7	65.2	8.7
	職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる	5-2-1	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	A+	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	30.4	60.9	8.7
		5-2-2	職員のやる気向上に取り組んでいる	B	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	13.0	60.9	26.1
7. 情報の保護・共有	情報の保護・共有に取り組んでいる	7-1-1	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	A	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	39.1	56.5	4.3
		7-1-2	個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨をふまえて保護・共有している	A	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	26.1	65.2	8.7

経営層:施設長、支援担当係長(2名)の合議による評価を行った
 リーダー層:施設長、支援担当係長1名がそれぞれ自己評価を行った
 一般職員:経営層、リーダー層以外のすべての職員がそれぞれ自己評価を行った

サービス分析についても、同様に経営層、一般職員の自己評価を比較すると、経営層合議、一般職員ともにBと評価する項目がやや多くなっている。

上段:実数 下段:%

サービス分析(自己評価)				経営層	リーダー層 N=2				一般職員 N=23			
サブカテゴリー		共通評価項目を評価する上で確認すべき項目	合議	A+	A	B	C	A+	A	B	C	
1. サービス情報の提供	6-1-1	利用者等に対してサービスの情報を提供している	A		2				10	13		
				0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	43.5	56.5	0.0	
2. サービスの開始・終了時の対応	6-2-1	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	B		1	1			12	11		
				0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	52.2	47.8	0.0	
	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している	A		2				15	8		
				0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	65.2	34.8	0.0	
3. 個別状況に応じた計画策定・記録	6-3-1	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	A		2			3	12	7	1	
				0.0	100.0	0.0	0.0	13.0	52.2	30.4	4.3	
	6-3-2	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	A		2				12	11		
				0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	52.2	47.8	0.0	
6-3-3	利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している	B		1	1			14	8	1		
			0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	60.9	34.8	4.3		
6-3-4	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	A		2			1	18	3	1		
			0.0	100.0	0.0	0.0	4.3	78.3	13.0	4.3		
4. サービスの実施	6-4-1	個別の支援計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している	A	1	1			1	15	7		
				50.0	50.0	0.0	0.0	4.3	65.2	30.4	0.0	
	6-4-2	個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている	A		2			2	18	3		
				0.0	100.0	0.0	0.0	8.7	78.3	13.0	0.0	
	6-4-3	栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を食べられるよう工夫している	B		1	1		1	11	11		
				0.0	50.0	50.0	0.0	4.3	47.8	47.8	0.0	
	6-4-4	身の回りの支援に関しては、利用者の立場を考えてサービスを行っている	A		2			1	17	5		
				0.0	100.0	0.0	0.0	4.3	73.9	21.7	0.0	
6-4-5	利用者の健康を維持するための支援を行っている	A		2				18	5			
			0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	78.3	21.7	0.0		
6-4-6	利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている	B		1	1			5	17	1		
			0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	21.7	73.9	4.3		
6-4-7	施設と家族等との交流・連携を図っている	A		2				15	8			
			0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	65.2	34.8	0.0		
6-4-8	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	B		1	1		2	12	9			
			0.0	50.0	50.0	0.0	8.7	52.2	39.1	0.0		
5. プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	6-5-1	利用者のプライバシーの保護を徹底している	A		2				10	12	1	
				0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	43.5	52.2	4.3	
6-5-2	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	B			2			9	13	1		
			0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	39.1	56.5	4.3		
6. 事業所業務の標準化	6-6-1	手引書等を整理し、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			2			5	17	1	
				0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	21.7	73.9	4.3	
	6-6-2	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	B		1	1			11	11	1	
			0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	47.8	47.8	4.3		
6-6-3	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	A		1	1			4	19			
			0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	17.4	82.6	0.0		

経営層:施設長、支援担当係長(2名)の合議による評価を行った
 リーダー層:施設長、支援担当係長1名がそれぞれ自己評価を行った
 一般職員:経営層、リーダー層以外のすべての職員がそれぞれ自己評価を行った

自己評価におけるすぎのきグループの良い点、改善を要する点（自由回答）

	特に良いと思う点	特に改善したいと思う点
リ ダ 層	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者本位の支援を目指して職員がしっかりと検討し日々仕事に取り組んでいる。 ・公立施設の職員として区全体の立場に立って事業に取り組んでいる(相談支援・人材育成)。 ・震災時の利用者の安全確保に向けた対応の具体策を検討している。 ・利用者の支援計画について日常的に職員会議で検討、見直しを図っている。 ・家族との連携を密に図っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の業務の忙しさもあるが、環境整備はまだ課題として大きい。 ・職員数の多さも原因と考えられるが、会議に時間がかかる傾向があり、円滑な運営の工夫を考えたい。 ・第三者委員の設置。 ・地域の理解、援助。 ・施設、備品の整備。
一 般 職 員	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活の質を上げるために出来る限りの努力を職員全員がしている。 ・利用者の家族のために、できる限りの援助を職員全員がしている。 ・「ハッピー・セブン」等で利用者と接する上での職員の心得を忘れないように全体で努力している。 ・第三者委員はいないが、実習生、ボランティアの受け入れが多く、外部の目がよく入ること。 ・今年度については、防災に力を入れているので利用者の安全確保向上には特に力を入れていると自覚しています。 ・利用者の希望をなるべくかなえるために日常のサービスプログラムを複数用意している。 ・利用者と職員がフレンドリーな関係である。 ・利用者の健康に関して医療機関との連携を図っている。 ・経験年数に関わらず自由で活発な意見が出される。 ・休暇が取りやすい。 ・ボランティア、研修生等への人材育成。 ・利用者一人ひとりに対しての活動やADLへの取り組み。 ・意見や提案が言いやすい雰囲気がある。 ・利用者へのサービスについて常に見直しの姿勢。 ・職員同士、話しやすい雰囲気。 ・公立施設ゆえ、寄付金を募ったりせず経済的な余裕は比較的ある。 ・人員が多いために手厚い体制で運営できる。 ・プログラムが豊富で選択メニューが多い。 ・利用者へのサービスについてのマニュアルはしっかりした。 ・利用者個々の家庭生活の部分でのサービスは推し進められた。 ・職員の個々の力がついてきた。 ・個別プログラムの充実。 ・倫理綱領を作成し毎年見直しをしている。又、研修生などに評価をもらっている。福祉職員としての立場を全体で確認。 	<ul style="list-style-type: none"> ・男性職員が足りないので来年度は増やして欲しい。 ・利用者の生活の質を上げるため社会見学を年3回づつする等、現在の人員としては業務量が多すぎるので人を増やしてほしい。 ・すぎのきグループは建物が古い上に現在の利用者45名が日中過ごすには狭すぎるので建て直して欲しい。 ・公立施設であること。 ・公立施設であるためここで聞かれたような経営の視点は当てはまらない。 ・設備、備品の更新、クリンネス。 ・より温かい食事の提供。 ・職員のやる気の組織的な向上。 ・職員のやる気の部分でがんばっている職員は十分に力を発揮している反面、ちょっとかすんでしまっている職員もいるように思えます。仕事自体が多過ぎる感もあります。 ・経営層のリーダーシップに問題がある。 ・設備が古く、建物施設全体も暗い印象。 ・利用者の人数に対して建物が狭い。落ち着くスペースがない。 ・古い建物なので衛生面の環境整備に努めたい。 ・リーダーの統率力が足りずグループとしての意思決定にいつも時間がかかる。様々な意見が出すぎてまとまらない。 ・休暇のコントロールがほとんどされていないので、体制が成り立たない状態になることがある。 ・リスクマネジメントが浸透していない(マニュアルがあるだけという印象)。 ・ヒヤリハットについては取り組みが薄い。 ・業務の分担と均等化をしていく。 ・職員一人ひとりの能力向上を目指す。 ・2グループ制という大きな規模のため、職員同士の人間関係が複雑になりがちで組織として意思決定が滞ってしまう。 ・職員同士の業務分担が偏っており、有給休暇の消化率もかなり差がある。 ・管理職(課長も含め)と一般職の溝もあり、組織としての指揮系統がなっていない。 ・ひとつの課題に対して、合体としての課題としてまとめられていない。 ・サービスの将来的な目標、到達点について深まっていない。 ・費用対効果の意識が薄い。 ・本人、家族への情報提供。 ・地域に視点を置いた取り組み。 ・職員の質の向上に取り組んでいない。 ・ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明示していない。 ・公立施設という点では中々難しい面がある。 ・もう少し努力すれば評価が上がる項目が多いので改善できればと思う。 ・集団規模が大きすぎ、慌しいときがある。

4. 第三者評価結果(サービス分析)

利用者調査、利用者家族調査、事業評価(自己評価)の結果をもとに、訪問調査を実施し、その後評価者4名の合議により評価を行った。

(1) 訪問調査の概要

対 象 : すぎのき生活園の施設長及び経営幹部

訪問日 : 平成18年1月31日(火)

調査方法: 施設長及び経営幹部に対するインタビュー及び施設内見学

(2) 合議の概要

合議日 : 平成18年2月20日(月)

方 法 : 訪問調査を実施した評価者4名(経営2名、福祉2名)により合議を行った。
組織運営及びサービス提供の実態に合わせて、今回はすぎのきグループ、けやきグループそれぞれについての評価を行い、組織マネジメント及び講評については1つの報告書、サービス提供のプロセスについてはグループ別に2つの報告書を作成した後にそれを統合する形で1つの報告書を作成するという手順で合議を行った。

(3) 評価結果

◆評点の基準

A+…標準項目をすべて満たした上で、標準項目を超えた取り組みがある状態

A……標準項目をすべて満たした状態

B……標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

C……標準項目をひとつも満たしていない状態

ここでは、グループ別に評価を行ったサービス分析についての報告を掲載する。

サービス提供のプロセス項目

サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している <div style="text-align: right;">評点(B)</div>	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の問い合わせや見学(可能な場合)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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
サブカテゴリ1の講評(一つ以上)	
①	施設案内は杉並区障害者施設課が毎年作成する区立施設についての「事業概要」冊子の他、施設独自のパンフレット「すぎのき生活園のしおり」を作成し、関係機関や希望者に配布している。資料には、すぎのきグループ、けやきグループそれぞれの活動内容、日課、行事等が詳細に記されており、家族や関係者に要領よく事業概要を伝えているが、文字情報が中心で利用者本人にわかりやすい表現とはなっていない点が惜しまれる。見学者等が手軽に受け取れるパンフレットにはルビを振ったり、写真・イラストを増やすなどさらに工夫が求められる。
②	園の広報紙「ベチャクチャ新聞」は利用者が編集に携わる手作り感あふれる内容で、毎月約2000部が関係機関や地域に配布されている。20年以上にわたる継続的な取組みは特筆に値する。1回の情報量はあまり多くないので、できれば職員の目線でまとめた活動報告や地域福祉の情報など利用者、家族、地域等に広く情報提供を行う広報紙も作成したいところである。またインターネットを通じた施設情報の提供は、区の施設紹介や東京都の福祉ナビゲーションへの登録にとどまっており、施設独自のホームページ作成は今後の課題となっている。
③	利用希望者の見学は常時受け入れを行い、園長または係長が対応している。利用者の状況や家族の希望に応じて、見学日程や内容の調整を図っている。希望者には実習も行い、利用前に施設について十分理解していただけるよう努めている。

サブカテゴリ2			
2	サービスの開始・終了時の対応		
	評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている <p style="text-align: right;">評点(A)</p>		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
	●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
	●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
	評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している <p style="text-align: right;">評点(A)</p>		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	○非該当	
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	○非該当	
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	○非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			
サブカテゴリ2の講評(一つ以上)			
①	利用開始時には、契約書、重要事項説明書、倫理綱領を用いて、利用者及び家族に施設の基本的ルールやサービス内容を伝えている。説明が長時間にわたることは利用者にとって負担になるとの配慮から、パワーポイントによる独自の資料を用意し、写真を使ってわかりやすく説明するなどの工夫を行っている点は高く評価される。サービス開始前には5日間程度の実習を行い、所属するチームや活動希望などの意向を確認した上で入所前オリエンテーションを行う手順になっており、利用前に利用者や家族と十分コミュニケーションを図る仕組みが作られている。		
②	利用開始にあたっては、担当職員が臨床心理士とともに面談を行い、きめ細かなアセスメントを行っている。臨床心理士は心理所見を作成し、専門的な視点から支援方法の提案を行うなど職員との連携を図りながらサービス開始直後の利用者の不安やストレス軽減に向けた取り組みを行っている。園生活に早く慣れていただくために、必要に応じて職員がマンツーマンで対応するなど利用者一人ひとりに応じた支援を心がけている。		
③	他施設へ移るなどサービスを終了した後も、必要に応じて職員が移行後の施設の様子を見に行くなど、継続的な支援を行っている。また、杉並区の相談事業「カラフル」は施設の利用如何に関わらず広く区民の相談受付窓口となるものであり、退所後も何かあればすぐに相談を受け、支援を行える体制が整えられている。		

サブカテゴリ3		
3 個別状況に応じた計画策定・記録		
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している <p style="text-align: right;">評点(B)</p>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の身体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	<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ニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している <p style="text-align: right;">評点(A)</p>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している <p style="text-align: right;">評点(B)</p>		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

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(A)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、関係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
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			
サブカテゴリ3の講評(一つ以上)			
①	利用者一人ひとりの情報は、利用者・家族との面談によりプロフィールとしてまとめられ、これに基づき、個別支援計画が作成される。プロフィール項目の見直しは適宜行われているが、定期的に利用者に聞き取り等を行い、プロフィールを改定するといった手順は定められておらず、変更があった時に随時個人別台帳に記載されることになっている。活動については、作業的活動、趣味的活動、健康活動それぞれについて、また行事等の取り組みについて年に1度「プログラム希望調査」を実施し、利用者・家族の意向を確認する仕組みが作られている。		
②	プログラム希望調査、個人面談を経て作成された個別支援計画については、新年度に、面談、家庭訪問、電話等の方法で利用者・家族に説明を行っている。計画を緊急に変更する必要がある場合は、毎朝の会議または週1回行われる運営会議で検討・決定し、迅速に変更が行える仕組みが整えられている。まず事態の改善を図り、その後資料の変更など必要な手続きが行われる。		
③	利用者に関する個々の情報は、運営日誌、グループ別活動記録に記載され、ケース記録にまとめた上で支援会議等に諮る仕組みが整えられている。しかしながら転記の煩雑さ等により記録にばらつきが生じ、情報が数種の書式に分散したまま、現状把握や計画に沿った支援の進捗確認がしにくいケースも見受けられるようである。年度の中間及びまとめの会議では個々の利用者の支援経過について確認が行われ、職員間の共有化も図られているが、記録方法の工夫等により、個別支援計画を日常的に意識した支援ができるようさらに改善していくことが期待される。		
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		
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(A)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			

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 (B)		
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. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、必要に応じ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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
サブカテゴリ5の講評(一つ以上)		
①	利用者のプライバシー保護に関しては、区の個人情報保護条例に基づき適正な管理が行われている。利用者に対しては契約書及び倫理綱領「ハッピーセブン」の中でプライバシーの尊重を約束し、職員の姿勢を明確化している。さらに、日常の支援について実習生やボランティアにアンケートを実施し、羞恥心等に配慮した対応が行われているかどうかチェックを受ける仕組みが作られている。不適切な対応との指摘を受けた場合には、倫理綱領の見直しにより迅速に改善が図られる。個人情報保護法に則りより管理の徹底を図るには、承諾書の作成等も考えたい。	
②	施設の基本方針に「利用者一人ひとりの自己実現」を掲げ、利用者本人の自己決定を尊重した支援を心がけている。具体的には、プログラムの参加にあたっては利用者の体調や意思を尊重し、無理強いすることのないよう配慮したり、個々の利用者の状況に応じて居心地の良い環境設定に努めている。空間的、人的な資源にも恵まれ、個別の対応が日常支援の随所に見られる。自己選択の機会創出の工夫として、週に1度、「ハーftime」というプログラムを設け、飲み物の選択、ミルクの有無の選択などをしてもらい取り組みを行っている。	
③	虐待等人権侵害に関する問題はこれまで発生していないとの認識をもっているが、万一発生した場合の体制としての施設独自の苦情解決システムが今のところ整備されていない。関係機関との連携を含め、今年度中に第三者委員の設置を含む苦情解決制度の骨子を作成し、来年度からの運用を目指している。これまでは区の苦情窓口を利用した苦情解決制度であったが、より利用者にとって身近で活用しやすい仕組みが必要であると考え、早期の設置に向けた準備を進めているところである。	
サブカテゴリ6		
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 (B)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(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改変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
○あり ●なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(A)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリ6の講評(一つ以上)

- ① 危機管理、感染症等保健関係、実習生受入れ等に関するマニュアルは整備されているが、利用者に対する基本的な支援方法を記載した接遇マニュアルは整備されていない。倫理綱領に明示された基本姿勢に基づき、具体的な支援方法は先輩職員から新人や非常勤職員に指導される慣習となっている。経験豊富な職員から個々の支援方法が伝えられ、サービスの基本事項は組織に十分浸透していると思われるが、一定のサービス水準を常に確保し、効率良く指導にあたる上でも基本的な支援マニュアルの作成及び充実を図ることが望ましい。
- ② 個々の利用者対応については、運営会議やケース会議を通じて日頃から情報の共有化を図り、支援方法の標準化に努めているが、利用者の高齢化・重度化に伴い、個別にきめ細かな対応を図ることが求められる。多様なニーズに対し、非常勤を含む職員誰もが適切に支援を実施するには、必要に応じて介助や緊急時対応等に関する個人別マニュアルを作成することも検討したい。
- ③ 職員が一定レベルの知識や技術を学べるよう、様々な専門研修に参加できる機会を提供している。職場内研修は職員の希望調査を実施し、制度改変や専門的な支援方法などニーズの高いテーマの研修を行っている。先輩職員が日常の支援現場で後輩職員を指導するOJTは、3~4人の各チーム担当ごとに適宜行われている。

サービスの実施項目

1	評価項目1 個別の支援計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している		評点(A)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 自立生活に必要なさまざまな情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
評価項目1の講評(一つ以上)			
①	利用者、家族等の意向をふまえて作成された個別支援計画は、中間まとめで半期ごとの見直しがされている。中間まとめの際には、具体的に利用者の検討課題をあげ、職員全体で改善策を考える機会を設けており、個別支援計画に基づく支援が行われている。		
②	絵カード、文字盤、コミュニケーションボード等を活用し、それぞれの障害に応じたコミュニケーション方法を選択しているほか、自閉傾向のある利用者に対しては、一日のスケジュールをわかりやすく示したり、作業的な活動をスムーズに行えるようカードを使って説明したりと、より障害特性に考慮したコミュニケーション方法になるよう工夫している。昨年からパソコンを使用した「個別コミュニケーション支援活動」を始め、利用者のコミュニケーションスキルアップに取り組んでいる。		
③	自立生活、地域生活支援としては、利用者の保護者が中心となり、当施設のバックアップにより立ち上げられた居宅介護事業所(フランククラブ)と連携し、園だよりに実際利用している方の声を掲載するなどして積極的に情報提供している。また、希望する利用者のグループホーム見学に同行する、ショートステイの初回利用時に職員が付き添い見守りするなど、利用者が自立生活、地域生活に向けた様々なサービス利用にスムーズに移行できるよう、個別にきめ細かな支援をしている。		
2	評価項目2 個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている		評点(A)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日中活動メニュー等は、利用者の希望や特性により選択できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が活動しやすい環境を整えている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者一人ひとりのニーズに応じたその人らしさが発揮できる活動を用意している	<input type="radio"/> 非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

評価項目2の講評(一つ以上)			
①	<p>日中活動は、午前はウッド(木工製品作り)、エコ(リサイクルなどの手作業)、シャボン(洗濯)、プレス(新聞のぼし、ピーズなど)、夢工房(はがき作り)、ステップ(切手きり、牛乳パックリサイクルなど)の6つのチームに分かれて行われている。午後は、チームを問わず、それぞれがやりたい活動を選ぶハッピープログラムという活動が行われており、選択の幅がある。活動は、アンケートや個別面接等で希望をとり、決めている。</p>		
②	<p>利用者の中には、身体的な障害を持つ方も多いため、それぞれにあわせた作業用の補助具や、食堂には姿勢を保持しやすい椅子などが用意されている。また作業療法士、理学療法士がリハビリ的な活動のみでなく、日中生活全般についての支援にも関わっており、利用者の歩行の様子を観察し、その方にあった靴を紹介し、更に歩きやすいよう中敷きを作成したりと積極的に支援に取り組んでいる。</p>		
③	<p>午後の活動であるハッピープログラムには、利用者が楽しめる「趣味」(手芸、芸術、鑑賞)活動や可能性を引き出すための「スキル」(個別課題、パソコンなど)の活動を取り入れるなど利用者のニーズをふまえて新しい取り組みが行われている。一方、午前の作業的活動の中では、新聞をきれいに広げるという長年にわたって行われている活動も残されているが、以前はメッキ工場等に納入していたものの現在では需要が少なくなってきた。利用者の活動意欲を引き出し、新たな能力開発に向けて、時代に即した活動の導入が求められる。</p>		
3	<p>評価項目3 栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している</p> <p style="text-align: right;">評点(A+)</p>		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	○非該当
<p>【標準項目を超えた取り組み】 ●あり ○なし</p> <p>以前は、職員のみが参加していた摂食障害や摂食の特徴に関する研修に、外部委託業者の調理師にも参加してもらい知識を共有したり、作業療法士、理学療法士が給食の場に同席し、利用者の嚥下の様子を観察しそれぞれに適した食形態についてアドバイスしたり、通院を勧めたりと、直接食事の介助等に関わる職員のみではなく専門職や関係者と連携しながら、利用者にとってよりよい食事となるよう取り組んでいる。</p>			
評価項目3の講評(一つ以上)			
①	<p>毎月給食会議が行われており、栄養士、担当職員が検討しながらより利用者の希望を反映した献立になるよう取り組んでいる。保護者への嗜好調査、アンケート等も行われており、多様な方法で利用者の希望を把握しようと努めている。年3～4回の季節などに応じた行事食、主菜やデザートなどメニューが選べる選択食の機会もある。</p>		
②	<p>利用者の中には食堂で、大勢の方と一緒に食事を取ることが難しい方もおり、作業室等の静かな環境でも食事が取れるよう対応している。また、肥満傾向にある利用者が増えてきており、ごはんの量の設定を3種類(大、中、小)から4種類(大、中、中小、小)に増やすことでカロリーをコントロールするようにし、個々の状況に対応できるようにしている。</p>		
③	<p>食堂は清潔に保たれているが、朝の会や、午後の活動の場となることもあり、棚等に物が多く少し雑然とした印象も受ける。築年数が長いことから、ハード面での改善は難しいが、整理整頓や雰囲気作りなどのソフト面での工夫が期待される。</p>		
4	<p>評価項目4 身の回りの支援に関しては、利用者の立場を考えてサービスを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(A)</p>		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者の状態やペースに合わせて、日常生活上の必要な支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 必要に応じて、身の回りのことは自分でできるよう働きかけている	○非該当
	<p>【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし</p>		

評価項目4の講評(一つ以上)		
①	一日のスケジュールがゆったり組まれており、更衣の時間にも余裕があり、利用者のできることは、少し時間がかかっても待ちながら、必要な部分を支援することができるようになっている。昼食の時間も準備や休憩を入れて1時間半と長めに設定しており、食事に時間がかかる利用者にも急がせることなくそれぞれのペースにあわせて介助することができる。	
②	利用者のADL、更衣については毎年、年度開始時に一人ひとりの課題を職員間で検討し、支援に取り組んでいる。それに応じて、更衣に関しては必要なケア、留意点、本人ができる部分等がまとめられた一覧があり、支援に活用されている。	
③		
5	評価項目5 利用者の健康を維持するための支援を行っている	
	評点(A)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている
	○非該当	
	●あり ○なし	2. 必要に応じて、通院や服薬等に対する助言や支援を行っている
○非該当		
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている	
○非該当		
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	
○非該当		
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
評価項目5の講評(一つ以上)		
①	利用者の健康状態については保健日誌にまとめられており主に看護師によって記録されている。また通院等の相談についても、看護師や職員が個別に相談に応じている。区立の歯科診療所の医師が知的障害者への理解が深いということで保護者会で情報提供し、実際に利用者が定期通院をできるようになった例もある。利用者の重度化、高齢化に伴い、生活習慣病などの健康上の問題も増えつつあり、今後はより積極的な情報提供等、利用者の健康面の支援について一層の充実が求められる。	
②	服薬管理についてはマニュアルが無いが、基本的には看護師の役割として責任を持って行われている。看護師が不在の時には係長等が担当し、チェックは、保健日誌にするなど、基本的な枠組みは決まっている。今後は、より確実な管理のため、配薬チェック、服薬チェックなど二重、三重にチェック機能を強化し、組織として適正な管理ができるようマニュアルとしてまとめていくことが期待される。	
③	体調変化、急変時の対応などは保健関係のマニュアルとしてまとめられているが、主に看護師が対応すると考えられているため、職員間での読み合わせや対応の研修などは行われていないのが実状である。今後は、看護師がリーダーシップを取り、どのような場面でも利用者の体調変化に応じて、各職員が対応できるような体制作りが期待される。	

6	評価項目6 利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている		評点(B)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や嗜好を考慮し、多様な体験ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 室内は、採光、換気、清潔性など居心地のよい環境となるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 日常生活に関するきまりごとについては、利用者等の意見を参考にして見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 利用者等が意見を言う機会があり、その意見等を施設運営に反映できるようなしくみを整えている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 行事やイベントの企画・準備は利用者も参加して行っている	<input type="radio"/> 非該当
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし			
評価項目6の講評(一つ以上)			
①	レクリエーションや行事に関するアンケートの実施や、面接時の聞き取りで利用者の希望を取り入れている。社会見学、宿泊旅行の際には、複数のコースを設定し利用者が選択できるようにしている。		
②	建物自体の築年数が長い為、室内環境については、施設内での懸案事項となっているようだが、委託業者による清掃が午前、午後の2回入っており、清潔に保たれている。室内の空間については広く利用者の人数に対して余裕があり、収納スペースも豊富にある。ただ、棚等にもものが雑然と置かれているところも見られるため、常に整理整頓を心がけ、広い収納スペースを有効に活用していくことが期待される。		
③	重度の障害を持つ利用者が多く、利用者自らが自分の意思を表すということが難しいようである。しかし、できるだけ利用者の意思を汲み取るように努力し、代弁者である家族の意向も参考にして、施設運営に取り入れている。利用者にも杉実祭の準備や、イベント時の室内の装飾など、できる範囲でいろいろな場面に関われるよう取り組んでいる。		
7	評価項目7 施設と家族等との交流・連携を図っている		評点(B)
	評価	標準項目	
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族等へ知らせる手段を整えている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 必要に応じて、家族等への情報提供や支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

評価項目7の講評(一つ以上)										
①	重度の障害を持つ方が多く、利用者本人の意向を確認することが難しいため、直接家族と連絡を取り合うことも多い。職員は利用者本人の意思を汲み取るよう努力しており、本人の意向が確認できる場合には、口頭で本人に確認を取ってから家族に連絡をとるようにしている。									
②	連絡帳によって、利用者ごとの1日の詳しい様子を伝えているほか、毎月の園だよりでも園の様子、予定等も伝えている。重度の障害を持つ方が多く、本人から園の様子を確認することができないため、家族は園側からの情報提供を望んでおり、園側もそれに応じて日常的に連絡を密に取りあう体制を整えている。家族連絡会は毎月行われており家族と密にかかわりを持っていることがうかがわれる。									
③	日常的に、家族との関わりを密に保っているため、必要なときには個別に園側に相談があることも多いようである。必要に応じて、ガイドヘルプ、ショートステイ、グループホーム等の利用に関する情報提供もしている。状況によっては、家族も含めてより深く関わり支援しているケースもある。									
8	<p>評価項目8 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</p> <p style="text-align: right;">評点(A)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 65%;">標準項目</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p>【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし</p>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当	●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	○非該当
評価	標準項目									
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当								
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	○非該当								
評価項目8の講評(一つ以上)										
①	ショートステイやガイドヘルプの事業所などを紹介し、利用者が地域の中でサービスを使いながら多様な経験ができるような情報を提供している。日中活動の中の外出プログラムでは、近くの商店に買い物に行ったり、地域の図書館、スポーツセンター(プール)等を利用するなど、身近な社会資源を活用している。									
②	施設を拠点とし、周辺の社会資源を活用するということは外出プログラム等のなかで、日常的に行われている。しかし、利用者が生活するそれぞれの地域の情報までは十分収集できていないのが実状であり課題と感じている。区立施設として、区内と区周辺のより広い情報を収集し、それぞれの利用者が生活する地域においても多様な体験ができるよう取り組みを強化したいと考えている。									
③										

2. けやきグループ

1. 利用者聞き取り調査

(1) 調査概要

- ①対象者 : けやきグループ 36 名のうち、聞き取り調査が可能と施設が判断した方 4 名を対象に調査を行った。
- ②調査方法 : 障害の状況に応じて意思表示の方法が異なるので、質問の前に職員から 1 人ずつ意思表示の合図などを確認の上、聞き取り調査を実施した。
- ③調査日 : 平成 17 年 12 月 13 日 (火)、19 日 (月)
- ④回答率 : 以下の通り

利用者総数	36 人
調査対象者数	4 人
有効回答数	4 人
利用者総数に対する回答者割合	11.1%

- ⑤調査内容 : 標準聞き取り調査シートの質問項目のほかに、2 問の独自質問を加えた。
質問内容はバス添乗の際の接遇、衛生面に関する項目である。

(2) 調査結果

有効回答数が 36 名中 4 名と一部の方の意見にとどまっているため、データは事例的に取り扱う必要がある。また「食事はおいしいですか」という質問以外は回答にばらつきがみられ、質問の種類によっては意図を理解するのが難しい様子も散見された。

回答を得られた項目についてはほとんどが「はい」となっており、満足度は高い様子が見えてくる。ただし、独自質問の「園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか」という質問に対しては、4 名中 3 名が「いいえ」と回答した。

「施設は良いところだと思いますか」という総合満足度では「とても良い」が 1 名、「やや良い」が 3 名となっており、高い評価を得ている。

総合的な感想	とても良い	やや良い	どちらともいえない	やや良くない	まったく良くない	不明
施設はあなたにとって良いところだと思いますか。	1	3	0	0	0	0

共通評価項目	実数			
	はい	いいえ	無回答	非該当
1.食事はおいしいですか	4	0	0	0
4名全員が「はい」と答えた。メニューの説明を詳細にする方もいた。				
2.他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プライバシーが守られていますか	1	0	3	0
回答が得られた方が1名と、質問を理解することが難しい様子もあった。				
3.職員は、丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか	2	0	2	0
4名中2名が「はい」と答えた。調査員の問いかけに対し身振りで反応した方もいたが、具体的な回答は得られなかった。				
4.職員はみんな同じようにあなたに接してくれますか(人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか)	2	0	2	0
4名中2名が「はい」と答えた。「叱られている人はよくいる」とのコメントもあった。				
5.あなたの気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか	3	0	1	0
4名中3名が「はい」と答えた。具体的に〇〇さんと名前をあげる方もいた。				
6.困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	3	0	0	1
4名中3名が「はい」と答えた。「親」という回答や、具体的に〇〇さんと名前をあげる方もいた。				
7.活動は楽しいですか	3	0	1	0
4名中3名が「はい」と答えた。具体的に「畑が好き」と答える方もいた。				

8.あなたの目標や計画について、職員はいっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	2	1	1	0
4名中2名の方が「はい」と答えた。「目標について話したことを覚えてない」という方もいた。				
9.あなたの目標や計画は、いつもあなたが納得できるものになっていますか	2	0	2	0
4名中2名の方が「はい」と答えた。「年度のまとめが難しい。職員さん、園長さんが話してくれる」との回答があった。				
10.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか	1	0	0	0
該当する利用者は1名で「説明を受けた」と答えた。				
11.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】施設のサービスなどの考え方を知る機会（説明、掲示など）がありましたか	0	0	1	0
質問の内容を理解し回答するのが難しい様子であった。				
12.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】説明を聞いて、ここに通ってみようと思いましたか	0	0	1	0
質問の内容を理解し回答するのが難しい様子であった。				
13.あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	3	1	0	0
4名中3名の方が「はい」と答えており、具体的に「〇〇さん」と答える方もいた。「不満や要望がなく言う機会が無い」、「時間をとって話すことが無い」との意見もあった。				
14.職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	2	1	1	0
4名中2名の方が「はい」と答えた。「そういう機会がない」との意見もあった。				

<独自質問>

独自評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	無回答	非該当
1. バスやワゴンの運転手・添乗員は親切に接してくれていますか	4	0	0	0
4名全員が「はい」と回答した。				
2. 園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか	1	3	0	0
4名中3名が「いいえ」と回答した。「いいえ」と回答した方の中には「日によります」とのコメントがあった。				

2. 利用者家族調査

(1) 利用者家族調査の実施概要

①調査目的：利用者聞き取り調査の補完として、家族からみた利用者本人の意向を把握するために実施した。あわせて、日頃の施設に対する家族の意見・要望を把握した。

②対象者：利用者36名全員の家族

③調査方法：郵送アンケート（施設経由で調査票を配布し、郵送にて回収を行った。）

④調査日：平成16年12月1日～12月13日

⑤回収状況：以下の通り

配布数	36件
回収数	22件
有効回答数	22件
利用者総数に対する回答者割合	61.1%

⑥調査内容：共通評価項目については、利用者本人への聞き取り調査と同じ質問項目で行った。独自質問は、利用者調査での質問2つに加え、「地域生活で必要としていることについての適切な支援」に関する項目について調査した。

(2) 利用者家族調査結果

①総合評価

とても良いが16名、やや良いが3名となっており、22名中19名の家族が高い評価をしている。

総合的な感想	とても良い	やや良い	どちらともいえない	やや良くない	まったく良くない	不明
施設は利用者ご本人にとって良いところだと思いますか。	16	3	3	0	0	0

②各項目の回答結果

個々の項目についてみると、「食事は充実していますか」「利用者の方の気持ちをわかってくれる職員がいますか」「利用者の方にとって活動は楽しいものになっていますか」で「はい」と回答した方が20名となっており、評価が高い。逆に、「困ったことを外の人（第三者委員など）にも相談できますか」では、「はい」が22名中12名と半数程度にとどまっている。また、「利用者の方の目標や計画は、いつもご本人または家族が納得で

きるものになっていますか」では「どちらともいえない」という意見が6名とやや多くなっている。

独自質問3問についても概ね評価は高いが、「どちらともいえない」という意見も散見される。

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	いいえ	どちらとも いえない	無回答
1. 食事は充実していますか	20	1	1	0
2. 他の人に知られたいくないことの秘密を守るなどプライバシーが守られていますか	16	1	5	0
3. 職員は、利用者の方に対して丁寧に接してくれますか	21	1	0	0
4. 職員はみんな同様に利用者の方に接してくれますか	18	1	3	0
5. 利用者の方の気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか	20	0	2	0
6. 困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	12	3	6	1
7. 利用者の方にとって活動は楽しいものになっていますか	20	0	2	0
8. 利用者の方の目標や計画について、職員はご本人または家族といっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	19	0	2	1
9. 利用者の方の目標や計画は、いつもご本人または家族が納得できるものになっていますか	15	0	6	1
10. 【過去1年以内に利用を開始した方に】利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか	1	0	0	0
11. 【過去1年以内に利用を開始した方に】施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明・掲示など)がありましたか	1	0	0	0
12. 【過去1年以内に利用を開始した方に】説明を聞いて、利用者の方に通園を勧めようと思いましたか	1	0	0	0
13. 利用者の方の不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	18	1	3	0
14. 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	17	0	5	0

<独自質問>

独自評価項目	実数			
	はい	いいえ	どちらとも いえない	無回答
1. バスやワゴンの運転手・添乗員は利用者の方に対して親切に接してくれていますか	19	0	3	0
2. 園内はいつも清潔に整理・整頓されていますか	17	1	4	0
3. 職員は、利用者の方が園にいる間の支援だけでなく、家庭の生活を含めた地域生活で必要としていることについて、適切な支援をしていますか	17	0	5	0

③意見・要望

目ごろ感じている施設に対する意見、要望
<p>■職員の支援・体制に関する意見・要望</p> <p>・どんどん新しい試みが行われている事を最近知り、頼もしく思っています。やはり、訪れて園の様子を見てみないと文章だけでは理解する事が完全ではないようです。</p> <p>・子供は重度、加えて手が人よりかかる子ですが、たいへん良く見てもらい感謝しております。それ以上の要望を言ったら悪いですが、利用者が男性が多く介護度も高い人が多いわりには職員が女性の人が多くて、着替え、トイレ等がどうしても同性介助になると、人手が少ないのではと思う。アルバイトでもいいから男性の補助的役割の人を欲しいと希望します。</p> <p>・職員同志の連絡の不徹底が重なり改善に時間がかかった。本人の意志を重んじることはとても大切なことですが、だからといって、勝手な行動も自由にさせることは、社会ルールに反するものではないでしょうか。時には強制することも必要と思います。本人の意志尊重といっても、他人の迷惑、見苦しい態度も許すことは禁じる必要があります。最近では改善されてきているように思いますが。</p> <p>・楽しく通っていますが、朝起きられないことが多く、10～15時の活動時間は本人の生活リズムに合わなく残念です。</p> <p>・本人がニコニコと朝、行き、ニコニコと帰って来ますので、多分本人はとても満足しているのだと思います。ただ、少し全体的に見ると、本人の意志を尊重し過ぎて、少々自由勝手過ぎる事が感じられる場面があります。社会生活をする上でのルールもある程度は守るようになって欲しいと思っています。</p> <p>・本当に本人の事を思って職員さんがよくやってくださっていますので、助かっております。</p>
<p>■施設の現状・今後のあり方などに対する意見</p> <p>・利用者さん達の個性、障害の程度などに大きな違いが感じられます(外から拝見した限りでも)。個別指導といっても、職員数などから、なかなか、ひとりひとりが前進してゆくような対応が困難なのではないかと思われま。重度と言われる人々にとって細やかな対応ができる環境を作れるよう願っています。このような職場で働く職員が待遇面でもっと手厚くされてもよいと思います。誇りとやりがいのある仕事と思っていただくために。</p> <p>・月～金と本人通える場所があるのは、本人ばかりでなく家族にとっても、とてもありがたいと思っています。また少しずつ、改善するべき点など家庭と園の両方で努力できるのも、本人の生活全般においての自立への助けになっていただいていると思います。</p> <p>・障害者(知的)のこと、家族の事をよく理解してくれていると思う。この体制をいかに維持し続けるか、ご留意いただきたい。</p> <p>・今は、ケース(班)になっていますが、ケース懇談会のようなものはありません。二回程そのような会があった方が良く意見を申しましたがそのままです。なぜ、そのような会が必要かと言いますと、先生方を含め実際に経験してお母さん方の意見や経験を聞くと参考になり、自分の子供の改善点や目標が定まり、頑張らなければと励まされるからです。それがないと目標のない生活をただ送っているような気がする時があるからです。</p>

今回の調査に対する意見
・本人がどう感じているかはよくわかりません。
・○を殆どつけましたが、△にしたいところもあり、又「どちらともいえない」とは少し違うところがありました。
・第三者評価の調査がこんな簡単なものでこれでは無駄だと思います。現場の人を派遣するなど、見えない所で見学するべきだと思います。こんな事にお金を使ってやった気になられては困ります。
・今後も定期的にお願ひしたいと思います。
・今回の調査で、嬉しいことや園への感謝の気持ちはすぐ伝えることができますが、不満や要望などはなかなか言いにくいんだなあ、改めて気づきました。これまでのところ別段大きな不満や不安は感じる事がなく利用させていただいております。
・施設にはほとんど行く事もなく(月に1回の保護者会だけ)質問に全面的に答えることが出来ない様な気がします。
・質問内容がもっと細かくてよいと思います。

3. 事業評価（自己評価）

（1）事業評価（自己評価）の実施概要

① 経営幹部自己評価

対 象 : すぎのき生活園の経営幹部（合議による回答）

調査方法 : 経営合議用シートを配布し、後日回収した。

配布数 : 1

回収数 : 1

評価項目 : 標準評価シートによる

② 職員自己評価

対 象 : 常勤職員

調査方法 : 職員説明会にて事業評価の目的を説明した上で評価シートを配布し、後日回収した。

回収数 : 19

（2）事業評価（自己評価）結果

◆評点の基準

A +…標準項目をすべて満たした上で、標準項目を超えた取り組みがある状態

A ……標準項目をすべて満たした状態

B ……標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

C ……標準項目をひとつも満たしていない状態

組織マネジメント分析について、経営層（合議）と一般職員それぞれの評点を比較する。
 経営層はA、B評価がほぼ半数ずつとなっているが、一般職員では、複数の職員がA＋と評価している項目が多数見られた。

上段:実数 下段:%

組織マネジメント分析（自己評価）				経営層							
カテゴリー	サブカテゴリー	共通評価項目を評価する上で確認すべき項目	合議	リーダー層 N=1				一般職員 N=18			
				A+	A	B	C	A+	A	B	C
1. リーダーシップと意思決定	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	1-1-1 事業者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	A	1				2	9	7	
		1-1-2 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	B			1		5	11	2	
		1-1-3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情をふまえて意思決定し、その内容を関係者に周知している	A		1				5	11	2
2. 経営における社会的責任	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、達成に取り組んでいる	2-1-1 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	A	1				6	9	3	
		2-1-2 第三者評価の導入・外部監査、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	A		1			3	9	6	
		2-1-3 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている	A	1				7	10	1	
	地域の福祉に役立つ取り組みを行っている	2-2-1 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	A		1			2	10	6	
		2-2-2 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	A		1			7	11		
		2-2-3 地域の関係機関との連携を図っている	B			1		2	11	4	1
3. 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	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	3-1-1 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)	B			1		8	9	1	
		3-1-2 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	A		1			1	8	9	
		3-1-3 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	B			1		1	7	8	2
4. 計画の策定と着実な実行	実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	4-1-1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している	B			1		11	7		
		4-1-2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している	B		1			6	12		
		4-1-3 着実な計画の実行に取り組んでいる	A		1			2	15	1	
5. 職員と組織の能力向上	事業者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	5-1-1 事業所にとって必要な人材構成にしている	B			1		4	12	2	
		5-1-2 職員の質の向上に取り組んでいる	B			1		2	11	5	
		5-2-1 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	B		1			7	11		
7. 情報の保護・共有	情報の保護・共有に取り組んでいる	7-1-1 事業者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	A		1			10	8		
		7-1-2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨をふまえて保護・共有している	A	1				3	6	9	

経営層:施設長、支援担当係長(2名)の合議による評価を行った
 リーダー層:支援担当係長1名がそれぞれ自己評価を行った
 一般職員:経営層、リーダー層以外のすべての職員がそれぞれ自己評価を行った

サービス分析についても、経営層の意見はA、B半数ずつの評価となっている。一方、一般職員の評価にはA+からCまでばらつきがみられる。

上段:実数 下段:%

サービス分析(自己評価)			経営層	リーダー層 N=1				一般職員 N=18						
サブカテゴリー		共通評価項目を評価する上で確認すべき項目	合議	A+	A	B	C	A+	A	B	C			
1. サービス情報の提供	6-1-1	利用者等に対してサービスの情報を提供している	A			1			7	11				
				0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	38.9	61.1	0.0			
2. サービスの開始・終了時の対応	6-2-1	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	B		1			1	8	9				
				0.0	100.0	0.0	0.0	5.6	44.4	50.0	0.0			
	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している	A	1				12	6					
				100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	33.3	0.0			
3. 個別状況に応じた計画策定・記録	6-3-1	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	A		1			1	8	8	1			
				0.0	100.0	0.0	0.0	5.6	44.4	44.4	5.6			
				6-3-2	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	A			1		1	5	12	
							0.0	0.0	100.0	0.0	5.6	27.8	66.7	0.0
6-3-3	利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している	B		1				5	11	2				
			0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	27.8	61.1	11.1				
6-3-4	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	A		1				1	10	7				
			0.0	100.0	0.0	0.0	5.6	55.6	38.9	0.0				
4. サービスの実施	6-4-1	個別の支援計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している	A	1				3	11	4				
				100.0	0.0	0.0	0.0	16.7	61.1	22.2	0.0			
	6-4-2	個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている	A		1				3	12	3			
				0.0	100.0	0.0	0.0	16.7	66.7	16.7	0.0			
	6-4-3	栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を食べられるよう工夫している	B		1				1	11	6			
				0.0	100.0	0.0	0.0	5.6	61.1	33.3	0.0			
	6-4-4	身の回りの支援に関しては、利用者の立場を考えてサービスを行っている	A		1				1	12	5			
				0.0	100.0	0.0	0.0	5.6	66.7	27.8	0.0			
6-4-5	利用者の健康を維持するための支援を行っている	A	1					3	10	5				
			100.0	0.0	0.0	0.0	16.7	55.6	27.8	0.0				
6-4-6	利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている	B			1			2	4	12				
			0.0	0.0	100.0	0.0	11.1	22.2	66.7	0.0				
6-4-7	施設と家族等との交流・連携を図っている	A		1					10	8				
			0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	55.6	44.4	0.0				
6-4-8	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	B	1					1	9	7	1			
			100.0	0.0	0.0	0.0	5.6	50.0	38.9	5.6				
5. プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	6-5-1	利用者のプライバシーの保護を徹底している	A			1			2	7	9			
				0.0	0.0	100.0	0.0	11.1	38.9	50.0	0.0			
6-5-2	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	B		1				1	11	6				
			0.0	100.0	0.0	0.0	5.6	61.1	33.3	0.0				
6. 事業所業務の標準化	6-6-1	手引書等を整理し、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			1			5	13				
				0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	27.8	72.2	0.0			
	6-6-2	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	B		1				2	5	11			
0.0				100.0	0.0	0.0	11.1	27.8	61.1	0.0				
6-6-3	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	A			1			1	11	6				
			0.0	0.0	100.0	0.0	5.6	61.1	33.3	0.0				

経営層:施設長、支援担当係長(2名)の合議による評価を行った

リーダー層:支援担当係長1名がそれぞれ自己評価を行った

一般職員:経営層、リーダー層以外のすべての職員がそれぞれ自己評価を行った

自己評価におけるけやきグループの良い点、改善を要する点（自由回答）

	特に良いと思う点	特に改善したいと思う点
リーダー層	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの従事者として倫理、規範を組織をあげて明確にし、常にその具現状況を点検しつつサービスに当たっている点。 ・何よりも障がい者本人が、その方の生活の主人公であることを深くとらえ地域生活の幅を広げ、自立生活に向けた支援に誠意を尽くしている点。 ・障がい者の豊かな生活を支援できるのが自分達でないことを考え、支援者の育成を重視して実習生の受け入れ等に積極的に取り組む点。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は具体的なサービス提供、日々の支援には実に熱心だが、視野の狭さが気になる。それをリードすべきリーダーを育てること。 ・広く地域住民に知的（とは限らないが）障がい者のことを理解していただくための取組みの実現（行政が運営しているメリットを活かして）。 ・知的障がい者の重さに対し、どこまでできるのか問題はあがるが、利用者にわかりやすい説明の工夫（特にアセスメントにかかわる部分）。
一般職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの受け入れ2-2-2 ・外部とつながりを持つことで風通しを良くした点（ボランティアなど）。 ・ボランティアを積極的に受け入れ、ボランティアさんが豊かな経験ができるよう配慮しつつ理解者を増やすよう取組んだ。 ・リーダー層だけが様々な決定をする訳でなく、全職員が意見を言って話し合う機会が保証されている点。 ・会議などでそれぞれが自分の意見を自由に述べる雰囲気を作られている。 ・チーム一丸となる力が備わっている。 ・外部の視点を極力取り入れ障害者の理解に役立てようという雰囲気。 ・職員のチームワークがとても良い。けやきのモットーを年に何回も見直して自己評価、家族評価を実施しているからだと思う。 ・利用者家族の立場に立った地域生活支援を積極的に取り組んでいること。 ・職員に学ぶ姿勢があり、研修に対して積極的であり皆、前向きである。 ・地域の人たちに開かれている。人材育成に積極的にボランティア、実習生の受け入れにとっても前向きである。 ・職員が専門職を勉強している。 ・ボランティアの受け入れ ・福祉サービスが良い。 ・利用者本位が第一。 ・日常活動メニューが充実している点。 ・栄養バランス、バラエティーに富んだ献立など食事を利用者の状況に合わせて提供している。 ・実習生、ボランティアの受け入れ体制が整っている点。 ・利用者に対する意識、利用者の権利擁護等。 ・人材育成等、施設外（地域）に対するアウトリーチ。 ・良好な職員間のチームワーク。 ・研修生、ボランティア等の外部受け入れの対応。 ・職員全体が組織をより良く向上させようという一丸となっている。 ・職員全体が利用者の生活向上という明確な目的意識がある。 ・利用者基本の仕事が心がけているところ。 ・倫理綱領の作成・改定。 ・第三者の受け入れ（学生・ボランティア）。 ・事業所が目指していることをその時々に合わせて内容で明示してくれること。 ・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にしている。 ・ボランティアの受け入れに積極的である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・計画した支援を着実に取り組む。 ・施設の開放など、地域の人々が当園を自由に気軽に利用できる仕組みがないこと。 ・細かな件についても全職員で話し合いをするため業務が大変非効率である点。 ・経営層と一般層とがもう少しスムーズな話し合いがされると効率化が図られる。 ・リーダーシップが機能するような組織体制。 ・研修後の発表をもっと詳しく。 ・医療機関の連携。 ・事故等の原因。 ・各職員への業務分担の不公平。 ・事務所が目指す理念・ビジョンをもう少し明確にしてほしい。 ・事業所目指す理念、ビジョンをより明確にした上で、職員一人ひとりの浸透をさらに図っていく必要がある。 ・地域、事業環境に関する情報を活かしていくことに未だ改善の余地があるように思われる。 ・施設の方向性があいまいで、具体性に欠ける。 ・職員間の情報共有、ナレッジマネジメント。 ・業務の効率化、形骸化された業務を省く。 ・施設内の環境整備。清潔面、整理・整頓が不十分。 ・役職についている者のリーダーシップが取れていない。 ・リーダーは全体的な視点で運営について調整するとことを望む。1 ・利用者一人ひとりの声を聞く仕組み（アセスメント）。 ・利用者の計画書への意識向上 ・園の事業の見直し。 ・経営層が職員の意向をくむ。

4. 第三者評価結果（サービス分析）

利用者調査、利用者家族調査、事業評価（自己評価）の結果をもとに、訪問調査を実施し、その後評価者4名の合議により評価を行った。

（1）訪問調査の概要

対 象 ：すぎのき生活園の施設長及び経営幹部

訪問日 ：平成18年1月31日（火）

調査方法：施設長及び経営幹部に対するインタビュー及び施設内見学

（2）合議の概要

合議日 ：平成18年2月20日（月）

方 法 ：訪問調査を実施した評価者4名（経営2名、福祉2名）により合議を行った。
組織運営及びサービス提供の実態に合わせて、今回はすぎのきグループ、けやきグループそれぞれについての評価を行い、組織マネジメント及び講評については1つの報告書、サービス提供のプロセスについてはグループ別に2つの報告書を作成した後にそれを統合する形で1つの報告書を作成するという手順で合議を行った。

（3）評価結果

◆評点の基準

A+…標準項目をすべて満たした上で、標準項目を超えた取り組みがある状態

A……標準項目をすべて満たした状態

B……標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

C……標準項目をひとつも満たしていない状態

ここでは、グループ別に評価を行ったサービス分析についての報告を掲載する。

サービス提供のプロセス項目

サブカテゴリ1																			
1	サービス情報の提供																		
	評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している <div style="text-align: right;">評点(B)</div>																		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 70%;">標準項目</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし</td> <td>2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>4. 利用者の問い合わせや見学(可能な場合)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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td colspan="3">【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<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. 利用者の問い合わせや見学(可能な場合)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	【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
	評価	標準項目																	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当																
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<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. 利用者の問い合わせや見学(可能な場合)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																	
【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし																			
サブカテゴリ1の講評(一つ以上)																			
①	施設案内は杉並区障害者施設課が毎年作成する区立施設についての「事業概要」冊子の他、施設独自のパンフレット「すぎのき生活園のしおり」を作成し、関係機関や希望者に配布している。資料には、すぎのきグループ、けやきグループそれぞれの活動内容、日課、行事等が詳細に記されており、家族や関係者に要領よく事業概要を伝えているが、文字情報が中心で利用者本人にわかりやすい表現とはなっていない点が惜しまれる。見学者等が手軽に受け取れるパンフレットにはルビを振ったり、写真・イラストを増やすなどさらに工夫が求められる。																		
②	園の広報紙「ベチャクチャ新聞」は利用者が編集に携わる手作り感あふれる内容で、毎月約2000部が関係機関や地域に配布されている。20年以上にわたる継続的な取り組みは特筆に値する。1回の情報量はあまり多くないので、できれば職員の日線でもとめた活動報告や地域福祉の情報など利用者、家族、地域等に広く情報提供を行う広報紙も作成したいところである。またインターネットを通じた施設情報の提供は、区の施設紹介や東京都の福祉ナビゲーションへの登録にとどまっており、施設独自のホームページ作成は今後の課題となっている。																		
③	利用希望者の見学は常時受入れを行い、園長または係長が対応している。利用者の状況や家族の希望に応じて、見学日程や内容の調整を図っている。希望者には実習も行い、利用前に施設について十分理解していただけるよう努めている。																		

サブカテゴリ2	
2	サービスの開始・終了時の対応
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている <p style="text-align: right;">評点(A)</p>	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している
○非該当	
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている
○非該当	
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している
○非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし	
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している <p style="text-align: right;">評点(A)</p>	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している
○非該当	
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している
○非該当	
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている
○非該当	
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている
○非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし	
サブカテゴリ2の講評(一つ以上)	
①	利用開始時には、契約書、重要事項説明書、倫理綱領を用いて、利用者及び家族に施設の基本的ルールやサービス内容を伝えている。説明が長時間に亘ることは利用者にとって負担になるとの配慮から、家族等の協力を得ながらスムーズに説明を行うよう努力している。サービス開始前には5日間程度の実習を行い、活動希望などの意向を確認した上で入所前オリエンテーションを行う手順になっており、利用前に利用者や家族と十分コミュニケーションを図る仕組みが作られている。
②	利用開始にあたっては、担当職員が臨床心理士とともに面談を行い、きめ細かなアセスメントを行っている。臨床心理士は心理所見を作成し、専門的な視点から支援方法の提案を行うなど職員との連携を図りながらサービス開始直後の利用者の不安やストレス軽減に向けた取り組みを行っている。園生活に早く慣れていただくために、必要に応じて2、3週間から数ヶ月間、職員がマンツーマンで対応するなど利用者一人ひとりに応じた支援を心がけている。
③	他施設へ移るなどサービスを終了した後も、必要に応じて職員が移行後の施設に様子を見に行くなど、継続的な支援を行っている。また、杉並区の相談事業「カラフル」は施設の利用如何に関わらず広く区民の相談受付窓口となるものであり、退所後も何かあればすぐに相談を受け、支援を行える体制が整えられている。

サブカテゴリ3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	
	評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	
	評点(B)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 利用者の身体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
	○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
	○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
	【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし	
	評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している	
	評点(A)	
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	
●あり ○なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	
●あり ○なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		
評点(B)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしきみがある	
●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	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		

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(A)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、関係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	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			
サブカテゴリ3の講評(一つ以上)			
①	利用者一人ひとりの情報は、利用者・家族との面談により面談記録及びアセスメントシートにまとめられ、これに基づき、個別支援計画が作成される。アセスメント項目の見直しは適宜行われているが、定期的に利用者に関き取り等を行い、記録を改定するといった手順は定められておらず、変更があった時に随時個人別台帳に記載されることになっている。活動については、年度当初に希望調査を実施し、利用者・家族の意向を確認する仕組みが作られている。		
②	プログラム希望調査、個人面談を経て作成された個別支援計画については、新年度に、面談、家庭訪問、電話等の方法で利用者・家族に説明を行っている。計画を緊急に変更する必要が生じた場合は、毎朝の会議または週1回行われる運営会議で検討・決定し、迅速に変更が行える仕組みが整えられている。まず事態の改善を図り、その後資料の変更など必要な手続きが行われる。		
③	利用者に関する個々の情報は、運営日誌、グループ別活動記録に記載され、ケース記録にまとめた上で支援会議等に諮る仕組みが整えられている。しかしながら転記の煩雑さ等により記録にばらつきが生じ、情報が数種の書式に分散したまま、現状把握や計画に沿った支援の進捗確認がしにくいケースも見受けられるようである。年度の中間及びまとめの会議では個々の利用者の支援経過について確認が行われ、職員間の共有化も図られているが、記録方法の工夫等により、個別支援計画を日常的に意識した支援ができるようさらに改善していくことが期待される。		
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		
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(A)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			

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(B)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している		○非該当
○あり ●なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、必要に応じて関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			
サブカテゴリ5の講評(一つ以上)			
①	利用者のプライバシー保護に関しては、区の個人情報保護条例に基づき適正な管理が行われている。利用者に対しては契約書及び倫理綱領「けやきのモットー」の中でプライバシーの尊重を約束し、職員の姿勢を明確化している。さらに、日常の支援について実習生やボランティアにアンケートを実施し、羞恥心等に配慮した対応が行われているかどうかチェックを受ける仕組みが作られている。不適切な対応との指摘を受けた場合には、倫理綱領の見直しにより迅速に改善が図られる。個人情報保護法に則りより管理の徹底を図るには、承諾書の作成等も考えたい。		
②	施設の基本方針に「利用者一人ひとりの自己実現」を掲げ、利用者本人の自己決定を尊重した支援を心がけている。具体的には、いきいきプログラムとして12種類の活動メニューを用意し、利用者の体調や意向に合わせて、無理なく選択できるような配慮をしている。個々の利用者の状況に応じて、居心地の良い環境設定にも努めており、空間的、人的な資源にも恵まれ、個別の対応が日常支援の随所に見られる。		
③	虐待等人権侵害に関する問題はこれまで発生していないとの認識をもっているが、万一発生した場合の体制としての施設独自の苦情解決システムが今のところ整備されていない。関係機関との連携を含め、今年度中に第三者委員の設置を含む苦情解決制度の骨子を作成し、来年度からの運用を目指している。これまでは区の苦情窓口を利用した苦情解決制度であったが、より利用者にとって身近で活用しやすい仕組みが必要であると考え、早期の設置に向けた準備を進めているところである。		
サブカテゴリ6			
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(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. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている		○非該当
○あり ●なし	3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している		○非該当
●あり ○なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している		○非該当
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(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するようにしている	○非該当
○あり ●なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(A)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当

【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリ6の講評(一つ以上)

- ① 危機管理、感染症等保健関係、実習生受入れ等に関するマニュアルは整備されているが、利用者に対する基本的な支援方法を記載した接遇マニュアルは整備されていない。倫理綱領に明示された基本姿勢に基づき、具体的な支援方法は先輩職員から新人や非常勤職員に指導される慣習となっている。経験豊富な職員から個々の支援方法が伝えられ、サービスの基本事項は組織に十分浸透していると思われるが、一定のサービス水準を常に確保し、効率良く指導にあたる上でも基本的な支援マニュアルの作成及び充実を図ることが望ましい。
- ② 個々の利用者対応については、運営会議や支援会議を通じて日頃から情報の共有化を図り、支援方法の標準化に努めているが、利用者の高齢化・重度化に伴い、個別にきめ細かな対応を図ることが求められる。多様なニーズに対し、非常勤を含む職員誰もが適切に支援を実施するには、必要に応じて介助や緊急時対応等に関する個人別マニュアルを作成することも検討したい。
- ③ 職員が一定レベルの知識や技術を学べるよう、様々な専門研修に参加できる機会を提供している。職場内研修は職員の希望調査を実施し、制度化や専門的な支援方法などニーズの高いテーマの研修を行っている。先輩職員が日常の支援現場で後輩職員を指導するOJTは、3～4人の各グループ担当ごとに適宜行われている。

サービスの実施項目

1	評価項目1 個別の支援計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している		評点(A)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 自立生活に必要なさまざまな情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
評価項目1の講評(一つ以上)			
①	利用者、家族等の意向をふまえて作成された個別支援計画は、中間まとめで半期ごとの見直しがされている。中間まとめの際には、具体的に利用者の検討課題をあげ、職員全体で改善策を考える機会を設けており、個別支援計画に基づく支援が行われている。		
②	絵カード、文字盤、コミュニケーションボード等を活用し、それぞれの障害に応じたコミュニケーション方法を活用しているほか、自閉傾向のある利用者に対しては、TEACCH(ティーチ)プログラムを取り入れ、一日のスケジュールをわかりやすく示したり、作業的な活動をスムーズに行えるようカードを使って説明したりと、より障害特性に考慮したコミュニケーション方法になるよう工夫している。昨年からはパソコンを使用した「個別コミュニケーション支援活動」を始め利用者のコミュニケーションスキルアップに取り組んでいる。		
③	自立生活、地域生活支援としては、利用者の保護者が中心となり、当施設のバックアップにより立ち上げられた居宅介護事業所(フランククラブ)と連携し、園だよりに実際利用している方の声を掲載するなどして積極的に情報提供している。また、希望する利用者のグループホーム見学に同行する、ショートステイの初回利用時に職員が付き添い見守りするなど、利用者が自立生活、地域生活に向けた様々なサービス利用にスムーズに移行できるよう、個別にきめ細かな支援をしている。		
2	評価項目2 個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている		評点(A)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日中活動メニュー等は、利用者の希望や特性により選択できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が活動しやすい環境を整えている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者一人ひとりのニーズに応じたその人らしさが発揮できる活動を用意している	<input type="radio"/> 非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		

評価項目2の講評(一つ以上)		
①	日中活動については、利用者が主体的に関われるよう改善を重ね、現在では、午前の活動については曜日ごとに設定を変えて12種類を設定、内容も音楽療法、アート、畑、スイミング、機能訓練等幅広いプログラムが用意されている。午後は固定された5つの活動の中から選ぶようになっている。当日の利用者の希望によつてのプログラム変更も可能である。内容については、利用者一人ひとりが楽しめるもの、達成感を感じられるものという考え設定されている。	
②	利用者の中には、身体的な障害を持つ方も多いため、それぞれにあわせた作業用の自助具や、食堂には姿勢を保持しやすい椅子などが用意されている。また作業療法士、理学療法士がリハビリ的な活動のみでなく、日中生活全般についての支援にも関わっており、利用者の歩行の様子を観察し、その方にあった靴を紹介し、更に歩きやすいよう中敷きを作成したりと積極的に支援に取り組んでいる。	
③	プログラムアンケート、面談時の利用者、保護者からの聞き取り等によってニーズを汲み取るようにしている。実際に保護者からの提案によって活動に楽器演奏活動を取り入れたという例もあり、ニーズに応じた対応をできるよう取り組んでいる。重度の障害を持つ利用者が多いため、職員は利用者がその活動を楽しめているか、表情等から汲み取るよう、日々意識するようにしている。今後は、外部からの講師等によってより充実した活動にしていくことを目指している。	
3	評価項目3 栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している	
	評点(A+)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している
	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者の状態やベースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	
○非該当		
●あり ○なし	3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	
○非該当		
【標準項目を超えた取り組み】 ●あり ○なし		
以前は、職員のみが参加していた摂食障害や摂食の特徴に関する研修に外部委託業者の調理師にも参加してもらい知識を共有したり、作業療法士、理学療法士が給食の場に同席し、利用者の嚥下の様子を観察しそれぞれに適した食形態についてアドバイスしたり、通院を勧めたりと、直接食事の介助等に関わる職員のみではなく専門職や関係者と連携しながら、利用者にとってよりよい食事となるよう取り組んでいる。		
評価項目3の講評(一つ以上)		
①	毎月給食会議が行われており、栄養士、担当職員が検討しながらより利用者の希望を反映した献立になるよう取り組んでいる。家族への嗜好調査、アンケート等も行われており、多様な方法で利用者の希望や嗜好を把握しようと努めている。年3～4回の季節などに応じた行事食、主催やデザートなどメニューが選べる選択食の機会もある。	
②	利用者の中には食堂で、大勢の方と一緒に食事を取ることが難しい方もおり、作業室等の静かな環境でも食事が取れるよう対応している。また、肥満傾向にある利用者が増えてきており、ごはんの量の設定を3種類(大、中、小)から4種類(大、中、中小、小)に増やすことでカロリーをコントロールするようにし個々の状況に対応できるようにしている。	
③	食堂は清潔に保たれている。スペースが狭いながらも、机等の配置を工夫し対応している。食事が楽しくなるような雰囲気作りというソフト面での工夫も期待される。	
4	評価項目4 身の回りの支援に関しては、利用者の立場を考えてサービスを行っている	
	評点(A)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 利用者の状態やベースに合わせて、日常生活上の必要な支援を行っている
	○非該当	
●あり ○なし	2. 必要に応じて、身の回りのことは自分で行えるよう働きかけている	
○非該当		
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		

評価項目4の講評(一つ以上)		
①	一日のスケジュールがゆったり組まれており、更衣の時間にも余裕があり、利用者のできることは、少し時間がかかっても待ちながら、必要な部分を支援することができるようになってきている。昼食の時間も準備や休憩もいれて1時間半と長めに設定しており、食事に時間がかかる利用者にも急がせることなくそれぞれのペースにあわせて介助することができる。	
②	利用者のADL、更衣については毎年、年度開始時に一人ひとりの課題を職員間で検討し、支援に取り組んでいる。それに応じて、更衣に関しては必要なケア、留意点、本人ができる部分等がまとめられた一覧があり支援に活用されている。	
③		
5	評価項目5 利用者の健康を維持するための支援を行っている <div style="text-align: right;">評点(A)</div>	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている
	○非該当	
	●あり ○なし	2. 必要に応じて、通院や服薬等に対する助言や支援を行っている
	○非該当	
	●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている
	○非該当	
	●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている
	○非該当	
	【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし	
評価項目5の講評(一つ以上)		
①	利用者の健康状態については保健日誌にまとめられており主に看護師によって記録されている。また通院等の相談についても、看護師や職員が個別に相談に応じている。区立の歯科診療所の医師が知的障害者への理解が深いということで保護者会で情報提供し、実際に利用者が定期通院をできるようになった例もある。利用者の重度化、高齢化に伴い、生活習慣病などの健康上の問題も増えつつあり、今後はより積極的な情報提供等、利用者の健康面の支援について一層の充実が求められる。	
②	服薬管理についてはマニュアルが無いが、基本的には看護師の役割として責任を持って行われている。看護師が不在の時には係長等が担当し、チェックは、保健日誌にするなど、基本的な枠組みは決まっている。今後は、より確実な管理のため、配薬チェック、服薬チェックなど二重、三重にチェック機能を強化しマニュアルとしてまとめていくことが期待される。	
③	体調変化、急変時の対応などは保健関係のマニュアルとしてまとめられているが、主に看護師が対応すると考えられているため、職員間での読み合わせや対応の研修などは行われていないようである。今後は、看護師がリーダーシップを取り、どのような場面でも利用者の体調変化に応じて、各職員が対応できるような体制作りが期待される。	

6	評価項目6 利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている		評点(B)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や嗜好を考慮し、多様な体験ができるようにしている	○非該当
	●あり ○なし	2. 室内は、採光、換気、清潔性など居心地のよい環境となるようにしている	○非該当
	●あり ○なし	3. 日常生活に関するきまりごとについては、利用者等の意見を参考に見直しをしている	○非該当
	○あり ●なし	4. 利用者等が意見を言う機会があり、その意見等を施設運営に反映できるようなしくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 行事やイベントの企画・準備は利用者も参加して行っている	○非該当	
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし			
評価項目6の講評(一つ以上)			
①	レクリエーションや行事に関するアンケートの実施や、面接時の聞き取りで利用者の希望を取り入れている。社会見学、宿泊旅行の際には、複数のコースを設定し利用者が選択できるようにしている。		
②	建物自体が比較的新しく、窓が大きくとられ、光が多く入るようなつくりになっており明るく、暖かな雰囲気がある。午前、午後の2回委託業者の清掃が入っており、室内は清潔になっている。ただ、スペースは全体的に狭く、収納スペースが少ないせいか、物が多いという印象も受けた。収納の工夫や、整理整頓の徹底が課題である。		
③	重度の障害を持つ利用者が多く、利用者自らが自分の意思を表すということが難しいようである。しかし、できるだけ利用者の意思を汲み取るように努力し、代弁者である家族の意向も参考にして、施設運営に取り入れている。利用者にも杉実祭の準備や、イベント時の室内の装飾など、できる範囲でいろいろな場面に関われるよう取り組んでいる。		
7	評価項目7 施設と家族等との交流・連携を図っている		評点(B)
	評価	標準項目	
	○あり ●なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族等へ知らせる手段を整えている	○非該当
	●あり ○なし	3. 必要に応じて、家族等への情報提供や支援をしている	○非該当
	【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		

評価項目7の講評(一つ以上)		
①	重度の障害を持つ方が多く、利用者本人の意向を確認することが難しいため、直接家族と連絡を取り合うことも多い。職員は利用者本人の意思を汲み取るよう努力しており、本人の意向が確認できる場合には、口頭で本人に確認を取ってから家族に連絡をとるようにしている。	
②	連絡帳によって、利用者ごとの1日の詳しい様子を伝えているほか、毎月の園だよりでも園の様子、予定等も伝えている。重度の障害を持つ方が多く、本人から園の様子を確認することができないため、家族は園側からの情報提供を望んでおり、園側もそれに応じて日常的に連絡を密に取りあう体制を整えている。家族連絡会は毎月行われており家族と密にかかわりを持っていることがうかがわれる。	
③	日常的に、家族との関わりを密に保っているため、必要なときには個別に園側に相談があることも多いようである。必要に応じて、ガイドヘルプ、ショートステイ、グループホーム等の利用に関する情報提供もしている。状況によっては、家族も含めてより深く関わり支援しているケースもある。	
8	評価項目8 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	
	評点(A)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している
	○非該当	
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	
○非該当		
【標準項目を超えた取り組み】 ○あり ●なし		
評価項目8の講評(一つ以上)		
①	ショートステイやガイドヘルプの事業所などを紹介し、利用者が地域の中でサービスを使いながら多様な経験ができるような情報を提供している。日中活動の中の外出プログラムでは、近くの商店に買い物に行ったり、地域の図書館、スポーツセンター(プール)等を利用するなど、身近な社会資源を活用している。	
②	施設を拠点とし、周辺の社会資源を活用するということは外出プログラム等のなかで、日常的に行われている。しかし、利用者が生活するそれぞれの地域の情報までは十分収集できていないのが実状であり、課題と感じている。区立施設として、区内と区周辺のより広い情報を収集し、それぞれの利用者が生活する地域においても多様な体験ができるよう活用していくことが望まれる。	
③		

登録印刷物番号

17-0178

杉並区立知的障害者通所授産施設 第三者評価事業 報告書

平成18年2月

発行：杉並区保健福祉部障害者施設課

〒166-8570 杉並区阿佐谷南1-15-1

電話 03-3312-2111（代表）

第三者評価実施機関：株式会社福祉ベンチャーパートナーズ

〒101-0063 千代田区神田淡路町1-15-3 西堀ビル2F

電話 03-3293-0294