

## 福祉サービス第三者評価結果報告書(令和5年度)

2024年 3月 19日

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

〒 164-0001

所在地 東京都中野区中野4-11-10 アーバンネット中野ビル

評価機関名 特定非営利活動法人NPO専門職ネット

認証評価機関番号

機構 02 - 009

電話番号 03-5913-6417

代表者氏名 松浦 哲哉



以下のとおり評価を行いましたので報告します。

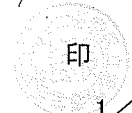
評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	小林 勲	経営	H0404028
	②	岡 礼子	福祉	H0501031
	③	須永十三男	経営・福祉	H0201052
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	特定相談支援			
評価対象事業所名称	新宿区立障害者生活支援センター		指定番号	1330401819
事業所連絡先	〒	169-6821		
	所在地	東京都新宿区百人町4-4-2		
	TEL	03-5937-6821		
事業所代表者氏名	施設長 山崎崇司			
契約日	2023年 8月 17日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023年 9月 1日			
利用者調査結果報告日	2023年 12月 18日			
自己評価の調査票配付日	2023年 9月 1日			
自己評価結果報告日	2023年 12月 18日			
訪問調査日	2023年 12月 25日			
評価合議日	2024年 2月 29日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査については、事業所を通じて利用者に対して、第三者評価の実施と利用者調査におけるアンケートの実施協力とシートと返信用封筒を配付した。事業評価については、職員シートとともに内容や記入の流れを簡潔にまとめた書面を配付し、第三者評価の理解と記入法等を周知徹底した。事業所の自己評価および集計結果資料に基づき訪問調査を実施した。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。但し、当該サービスは機構が定める評価対象福祉サービス外のため、公表の対象となりません。

2024年 3月 19日

事業者代表者氏名

山崎 崇司



1/1

<p>1</p>	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 精神障害者が地域において自立した日常生活又は社会生活を営むための支援を行なう</li> <li>2) 職員一同は常にその能力・技術の向上を図り、相互に連携調和して良質な福祉サービスの提供</li> <li>3) 利用者の個人的尊厳を守り、地域社会に根ざした福祉サービスの実践</li> <li>4) 地域から高い評価を受け、職員自らも誇りをもてる支援センターを目指す</li> </ol>
<p>2</p>	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の方とのより良い信頼関係を築くことができ、その方をとりまく方々とチームとして協力、連携、時に率先して動くことができる者</li> <li>・常に能力、技術の向上を図る</li> </ul> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の方を中心とした支援を考えることができる</li> <li>・必要とされる支援、業務を主体的に考え、こなすことができる</li> <li>・関係機関より職員としても信頼されること</li> </ul>

調査対象	登録者している利用者全員		
調査方法	自記式のアンケート調査を実施した。事業所を通じてアンケート用紙と返信用封筒(料金受取人払い)を配付して、記入後は、無記名にてシートを直接評価機関へ郵送して回収した。		
利用者総数	47		
共通評価項目による調査対象者数	47		
共通評価項目による調査の有効回答者数	21		
利用者総数に対する回答者割合(%)	44.6%		

## 利用者調査全体のコメント

利用者の事業所に対する総合的な評価については、回答者の約33%が「大変満足」、約38%が「満足」と回答している。「どちらともいえない」(約19%)・「無回答」(約10%)は見られるが、「不満」・「大変不満」とする回答はみられていない。「皆さん大変献身的です」、「いてくれることに心強く感じる」、「とても良くしてもらっている」などの意見とともに、基本相談支援における「電話相談に何度も救われ心より感謝している」との意見や具体的なサービスに関する意見も寄せられている。また、個別の質問については、「はい」とする回答割合が75%を超えている質問は全10項目中4項目となっている。他の項目については「はい」とする回答が約57%～約33%にとどまり、「どちらともいえない」とする回答も比較的多い傾向がみられている。

## 利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答 非該当
1. サービス等利用計画立案時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	18	1	0	2
回答者の約86%が「はい」と答えている。「非該当(経験がない)」(約10%)とする回答もみられるが、特に意見は寄せられていない。「どちらともいえない」(約5%)とする回答からは「間違っていた」といった意見が寄せられているが、「いいえ」とする回答は無く、サービス等利用計画作成にあたり、利用者や家族の状況や要望を把握したうえで計画作成の状況がうかがえる結果となっている。				
2. サービス等利用計画についての説明は、わかりやすいか	12	6	1	2
回答者の約57%が「はい(わかりやすい)」と答えている。一方で、「どちらともいえない」(約29%)、「いいえ」(約5%)、「非該当」(約10%)とする回答も比較的多く、「いいえ」とする回答からは、「早くで間違いもあり、同じことを言う」といった率直な意見が寄せられている。				
3. サービス内容には、利用者の要望を反映しているか	13	4	1	2
回答者の約62%が「はい(サービス内容について満足している)」と答えている。「どちらともいえない」(約19%)、「いいえ」(約5%)、「非該当」(約14%)とする回答も比較的多く、「いいえ」とする回答からは、「除菌されていない」との意見が寄せられている。				

4. 相談支援専門員の接遇・態度は適切か	17	3	0	1
回答者の約81%が「はい(適切だと思う)」と答えている。「身だしなみ、清潔です」といった意見が寄せられている。「どちらともいえない」(約14%)、「非該当」(約5%)とする回答もみられるが、特に意見は寄せられていない。「いいえ」とする回答は無く、回答した多くの利用者は、相談支援専門員の言葉遣いや態度、服装などについて、おおむね満足している様子がうかがえる結果となっている。				
5. 病気やけがをした際の相談支援専門員の対応は信頼できるか	12	5	1	3
回答者の約57%が「はい(信頼できる)」と答えている。「どちらともいえない」(約24%)、「いいえ」(約5%)、「非該当(経験がない)」(約14%)とする回答も比較的多く、「いいえ」とする回答からは、「話しかけづらい」との意見が寄せられている。				
6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	16	3	0	2
回答者の約76%が「はい(気持ちを大切にしながら対応)」と答えている。「どちらともいえない」とする回答(約14%)からは、「話をしても答えてくれるがよく間違える」との意見が寄せられているが、「いいえ」とする回答は無く、回答した多くの利用者は気持ちを尊重した職員の対応におおむね満足している様子がうかがえる結果となっている。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	17	1	1	2
回答者の約81%が「はい(守られている)」と答えている。「どちらともいえない」(約5%)、「いいえ」(約5%)、「非該当」(約10%)とする回答も少数みられるが、特に意見は寄せられていない。回答した多くの利用者は、事業所のプライバシー保護の取り組みにおおむね満足している状況がうかがえる結果となっている。				
8. サービス内容に関する相談支援専門員の説明はわかりやすいか	12	6	1	2
回答者の約57%が「はい(わかりやすい)」と答えている。「どちらともいえない」(約29%)、「いいえ」(約5%)、「非該当」(約10%)とする回答も比較的多く、「いいえ」とする回答からは、「詳しく説明してもらえず、自分で理解していた」との意見が寄せられている。				
9. 利用者の不満や要望は対応されているか	12	5	2	2
回答者の約57%が「はい(対応されている)」と答えている。「どちらともいえない」(約24%)、「いいえ」(約10%)、「非該当」(約10%)とする回答も比較的多く、「いいえ」とする回答からは、「不満を書いた書面を受け取らず、内容について注意された」との意見が寄せられている。				
10. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	7	8	3	3
回答者の約33%が「はい(伝えられている)」と答えている。一方で、「どちらともいえない」(約38%)、「いいえ」(約14%)、「非該当」(約14%)とする回答に回答が分かれた結果となっている。「どちらともいえない」とする回答からは、「よくわからない」といった意見が寄せられ、「いいえ」とする回答からは、外部機関の職員の対応についての個別意見が寄せられている。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
	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(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <input type="radio"/> 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、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る <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリ1の講評	
	<p>法人とのさらなる連携強化で事業所の基本理念と事業運営方針等を事業計画等で明示している</p> <p>事業所の基本理念と事業運営方針等は、指定管理における5か年の基本協定書を基本として今年度は4年度に当たるが各年度の事業計画書等に明示している。運営規程等は事業所内の掲示板に掲示するなど、利用者、職員への周知を図り、職員は日頃の行動に結びつける取り組みを行なっている。ホームページやパンフレットには、事業所が目指している支援の方向性が明示されている。契約時に運営規程や契約書・重要事項説明書に明示し説明するなど、利用者や家族等に周知している。</p> <p>経営層は職員との連携を密にし、事業計画の実現に向けた組織運営に取り組んでいる</p> <p>経営層は、事業所が目指している理念・ビジョン・基本方針等の実現に向けて、年度協定作成時に協議し、職員へ説明をしている。また、区の指定管理者として、事業所内外を意識したケアチームの強化を図り学習の機会を設けるなど、組織としてのチームワークを重視した組織運営に取り組んでいる。新規に入職する職員にも入職時オリエンテーションにて周知している。さらには、定期的に行なわれる職員会議でも、自らの役割と責任を職員に伝え、職員の意見を尊重しつつコミュニケーションを深めることにより、そのリーダーシップを発揮している。</p> <p>面談時やお知らせ文書の配付等で必要な情報を利用者・家族に周知している</p> <p>営業上の周知事項は、規程集や各種マニュアルや月1回のスタッフミーティングにおいて職員に周知している。また、顧問医も参加するケア会議を行ない、事業所内での課題や方向性をセンター全体で確認し、協議している。月2回開催される法人会議での関係事項、重要な決定事項については、スタッフミーティングのほか書面にて報告し、申し送り時にも周知を図っている。利用者への周知は、事業所内の掲示板への掲示、面談や必要に応じてお知らせ書面にて周知している。</p>	

カテゴリー2

2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行

サブカテゴリー1(2-1)

事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

6/6

評価項目1

事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している

評点(○○○○○○)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(2-2)

実践的な計画策定に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

5/5

評価項目1

事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している

評点(○○○)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

着実な計画の実行に取り組んでいる

評点(○○)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

## カテゴリー2の講評

### 環境変化に対する幅広い情報収取をもとに課題の抽出を行なっている

利用者ニーズについては、事業評価実施年度以外の年度には独自の利用者アンケートを実施し、把握している。区の自立支援協議会や計画相談事業所連絡会などに積極的に参加して、職員の意向等はスタッフミーティングで把握し、職員からの意見、意向が出やすいボトムアップ方式を取り入れている。さらに、スタッフミーティング等で出た課題は、必要に応じて法人幹部と連携を図り対応している。区の自立支援協議会や相談支援事業所連絡会への参加など、関係機関の集まりにや福祉関係の研修に積極的に参加し、情報を収集し、課題やニーズの把握に取り組んでいる。

### 事業所の理念・ビジョン・基本方針実現に向けた中長期、特に短期計画の強化を図っている

法人との連携を強化し、法人のビジョン、中長期計画を踏まえ、区の指定管理者としての5か年の計画を作成し、年度における見直しと年間の事業計画を作成している。中長期的な視点で単年度ごとに事業報告書を作成し振り返り、年度ごとに変更を行ない次年度の計画に活かし、実現に向けて方向を明確にしている。さらに、年度計画においては数値目標を含め明示している。また、法人経理部と協力して年間の予算編成計画を予算案として策定し、区に提出している。

### 事業計画の実行にあたっては、事業担当職員を中心とした運営体制を設けている

年間計画の実施については、年度ごとに当該事業の中心となる職員(事業担当)を決め、計画的な運営に努め数量的にも把握し検討している。月単位で状況報告書をまとめ月次報告として区に提出している。事業計画に対して進捗に差異が生じた場合は、必要に応じて法人に相談し対応の強化を図っている。その内容によっては、計画の修正をし、柔軟な体制で支援を推進している。また前年度の事業報告書を反映した次年度へ向けての見直しなどの体制が取られている。

カテゴリー3

3 経営における社会的責任

サブカテゴリー1(3-1)

社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

2/2

評価項目1

社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(3-2)

利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3(3-3)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

4/5

評価項目1

透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる

評点(〇)・非該当1

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当



### カテゴリ3の講評

#### 職員の守るべき倫理・規範・法などは運用管理規程に定め、職員に周知徹底している

職員の守るべき倫理・規範・法などは運用管理規程・就業規則・個人情報保護規程等に定め、スタッフミーティング等において職員に周知されている。毎月のリーダー会議や朝礼会議等でも規則に反する事象が起きてないか確認している。利用者への契約書類説明時には、特に苦情窓口や契約解除可能等、利用者の権利擁護に係わる項目は丁寧に伝えることなど、必要に応じた研修等の機会に遵守すべきルール等について確認を行なっている。また新たに入所した職員にはオリエンテーション時に説明をしている。

#### 権利擁護・虐待等防止対応規程等を策定し、委員会活動や研修に取り組んでいる

苦情解決制度や外部の相談窓口について利用者に周知し、事業所内に意見箱を設置している。権利擁護・虐待等防止対応規程、身体拘束等に関する規程を策定し委員会を設置している。また、月1回の委員会の開催とともに、虐待防止、身体拘束適正化に関する研修の実施に取り組んでいる。さらに、外部研修にも経営層を中心に参加して、伝達研修において職員に周知している。今後も、職員間のさらなる共通認識が深まるような取り組みの継続に期待したい。

#### 地域社会に開かれた区の拠点として福祉事業運営に努めている

区の精神障害者支援の拠点としての意識を持って運営にあたっている。区の指定管理者会議・精神障害者団体会議等、関係機関との会議に積極的に参加し、行政の意向や情報収集をすることで、地域の課題の把握に努め、地域に根ざしたニーズに応える努力や行動をしている。計画相談支援職員は、令和3年度より定期で開催されている地域生活支援拠点会議に参加して、他の拠点施設や期間相談支援センターと協力して地域の課題や要支援者等の情報連携等に関わっている。

カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>4/5</b>
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>4/4</b>
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ4の講評		
<p>リスクに対するマニュアル作成や各種対策など危機管理体制を構築している</p> <p>危機管理として、事業計画に「事故予防・対応」、「緊急時対応等」、「情報漏洩対応」を明示している。利用者の安心・安全なサービス提供を中心として事故防止などリスクに対するインシデントや事故報告など予防的な視点から取り組んでいる。危機管理マニュアル、緊急時対応マニュアルなど各種リスクに対応できる体制の構築に取り組んでいる。</p> <p>災害や感染症など深刻な事故等に備え事業継続計画の作成、整備に取り組んでいる</p> <p>新型コロナウイルス感染症対策は、5類移行後も法人の医療機関と連携も図り、職員および来訪者に対して検温、消毒等の対応で予防に努めている。さらには、手洗いの励行、整理整頓、清掃により清潔な環境作りにも努めている。危機管理マニュアルを始め災害危機等を想定した事業継続計画(BCP)が策定されている。また、新型コロナウイルス対策も含め、感染症に関する事業継続計画の作成とともに、今後、訓練の実施など実効性の検討もなされている。利用者・職員への周知、関係機関の協力など、継続した取り組みに期待したい。</p> <p>個人情報保護や守秘義務など、情報管理対策の徹底に取り組んでいる</p> <p>法人全体で、個人情報保護規程を定めており、事業所としても取り扱いマニュアルを策定している。また、職員の入職時の誓約書の提出や入退職時における個人情報取扱者一覧の区への提出、職員に対する研修の実施など、個人情報の保管、守秘義務等の周知徹底に取り組んでいる。情報管理については、無線LANやWi-Fiの設置はせず、有線での安全管理がされている。また、USB等の外部メモリの使用禁止やセキュリティーソフトによる個人情報の漏洩防止に取り組んでいる。</p>		

カテゴリー5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1(5-1)

事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

9/12

評価項目1

事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目4

職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

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

サブカテゴリ-2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

3/3

評価項目1

組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる

評点(〇〇〇)

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

カテゴリ-5の講評

良質なサービス提供に向けて人材像を明記し採用・配置・組織作りに取り組んでいる

法人の就業規則に、事業所の人事制度に関する方針が明記されている。事業所は、基本理念の中で、「常にその能力・技術の向上を図り、相互に連携調和して良質な福祉サービスを提供する」との人材像を示し、「生活支援センターの職員として」という書面で14項目の職員の姿勢を明示し、職員に周知している。。年1回の顧問医と施設長による面接制度で職員の意見や育成に反映させ、人材配置について経験状況や希望などを把握し適材適所を見極め、年度当初に配置や役割を決めている。

キャリアパスに応じた教育システムにおいて、職員の能力向上に取り組んでいる

キャリアパスワークシートにおいて職階に応じた役割・定義・業務・資格等が示され、職員に周知されている。さらに、キャリアパスに応じた教育システムにおいて、役割に応じて学んでほしいこと、ヒューマンスキルなどの各種スキルを明示し、各職員の能力・レベルに応じて、希望や経験、事業担当を考慮して研修に参加できるようにしている。研修受講後は、研修報告書を作成し、職員間で閲覧ができるしくみを作っている。今後も継続して、目標管理制度や職員一人ひとりの状況等を踏まえた個人別の能力向上に向けた取り組みに期待したい。

職員間の連携協力のもと一体となってチームケアの質的向上に努めている

組織運営においては、運営全体を施設長、事業担当職員を中心として行なわれている。管理者は、全体として話しやすい雰囲気の中で、各会議や職務分担、日々の職員とのコミュニケーションにおいて就業状況を把握している。さらに、職場としてのストレスチェックの導入や有給休暇の取得のしやすさなどの配慮している。年度で計画において役割や担当を明確化するほか、日々の課題も早急に解決できるよう、申し送りを中心に適宜話し合いを行なうなど、職員間の連携を図り、チームケアの質的向上に努力している。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

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

評価項目1

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

前年度(令和4年度)の事業計画に明記された事業所の事業目的・対象として、「障害者総合支援法に基づき、精神に障害のある本人やその家族、関係者からの相談に応じ、必要な情報提供、助言や支援を行ない、障害者が自立した日常生活、社会生活を送ることができるよう支援する。」と明示している。対応者数の増加を課題としていることから、年度の計画相談支援事業の目標として、「計画相談の事業目標値として対象者50名を担当する」を設定した。具体的な取り組みとしては、相談支援専門員2名を専従で配置し、その他1名を自立訓練(生活訓練)との兼任の相談員として、主として短期入所利用者の計画を担当することとした。待機することなく順次受け入れられるよう、ニーズに沿ったきめ細かな対応を心がける取り組みを行なった。

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

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

相談支援専門員2名を専従として配置し、その他に自立訓練(生活訓練)と兼任の相談支援専門員を配置することにより、相談員3名体制で取り組んだ結果、令和4年度末の計画相談の件数は、年間の新規受け入れは10名、終了者が5名、年度当初から5名の増加となった。目標値をやや下回っているが達成率約94%という結果となっている。今年度(令和5年度)も前年同様の3名体制で、当面50名の対応を目標にして取り組み、状況に応じて新規の受け入れも順次行なっていくとして、今後65~75名を目標に対応していけるよう、対応数の増加を視野に取り組みを継続している。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

相談支援専門員2名を専従として配置し、「一人ひとりの生活に寄り添った支援やサービスが受けられるように、障害者福祉サービスに関するサービス等利用計画の策定等を行ない、サービスが継続的かつ適切に利用できるよう状況の確認、計画の見直し、関係機関、担当者との連携調整を図っていく」ことを目標として、利用者のニーズに沿った計画作成、計画相談の専門性、質の向上に向けて、一人ひとりの利用者状況のきめ細かな把握と個別状況に合わせた対応に取り組んだ。また、相談支援専門員としてのスキルアップへの取り組みとして、相談技術向上に向けたコミュニケーション研修、ビジネス接遇研修などの受講、さらに、相談支援事業所連絡会や自立支援専門部会の会議や研修に参加した。

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

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

利用者のニーズに沿った計画作成、計画相談の専門性、質の向上に向けて、一人ひとりの利用者状況のきめ細かな把握と個別状況に合わせた対応に取り組み、さらに、相談支援専門員としてのスキルアップへの取り組みを通じて、利用者本人や家族のニーズを大切に、本人・家族の思いを尊重し、計画相談等に反映させている。利用者の状況に応じた土曜日などの面談・自宅訪問、また、受診同行による病状の把握などの対応により、利用者や家族との信頼関係も構築され、利用者ニーズの抽出にもつながっている。新規利用者の増加を背景に、ケースごとの質を保ちながらの計画相談支援の重要性を捉えている。計画相談支援のさらなる充実と併せて相談支援専門員としてのスキルアップを図り、専門性の質の向上と研鑽に努めることを目標として、今年度(令和5年度)も取り組みを継続している。

## Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評		
<p>ホームページや区の情報冊子などを通じた情報提供に取り組んでいる</p> <p>区立施設として、区のホームページや障害者福祉の手引き、社会資源マップ等を通じて施設の情報を発信している。また、事業所(センター)のホームページやパンフレットを通じて、センターとしての全体の機能や提供する各サービスについて、わかりやすい情報提供に取り組んでいる。ホームページでは、施設紹介や基本理念のほか、写真を活用した施設内の設備等も紹介するなど、イメージしやすい内容となっている。</p> <p>関係機関を通じた情報提供や地域を意識した情報発信を工夫している</p> <p>区に対する月次の報告のほか、保健センターなど関係機関を通じた情報提供や地域を意識した情報発信を工夫している。センターとして保健センターごとに担当職員を決め、職員が保健師など関係機関の職員との「顔の見える関係性」を意識している。また、相談支援担当職員は、相談支援事業所連絡会や地域支援拠点連絡会などに積極的に参加し、情報交換や連携を図り必要な情報提供と地域における要支援者の情報連携に関わっている。</p> <p>問い合わせには希望者の都合や意向に沿った説明や相談に応じている</p> <p>問い合わせは、特定相談支援事業・多機能型事業・短期入所事業の3事業を含むセンター職員全員が対応しており、マニュアルに基づいた共通の対応をしている。特定相談支援の問い合わせは毎月一定の件数があり、併設事業所と同時に希望される場合もある。見学希望時にはそれも踏まえて情報提供及び説明を行なっている。</p>		
サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> サービスを終了する場合も、サービスの継続性に配慮した対応を行っている		評点(〇〇〇)
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が相談支援事業所の変更を希望する場合、継続的にサービスが提供されるよう対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が他のサービスに移行する場合、新たな事業所の関係者等と連携して支援体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス終了後も必要に応じて、利用者や家族等からの相談に応じている	<input type="radio"/> 非該当
<b>サブカテゴリ-2の講評</b>		
<p> <b>申し込みから利用開始まで早期にサービス利用できるよう努めている</b>            利用希望の申し込みから利用開始までの流れは、事業所内で統一されている。申し込みの連絡を受けた際には契約やインテーク面談の日程調整をしているが、申し込みが複数重なったり、利用者対応などで利用開始までの待機期間を要する場合もある。そのため問い合わせや相談の時点で、急を要するか否かを確認するよう心がけている。急ぐ場合には担当者や日程等の調整し早急に対応できるよう努めている。         </p> <p> <b>契約等利用の手続きは利用者や関係者の状況に応じて柔軟に対応している</b>            利用開始時には利用者との契約とインテーク面談をしている。契約は契約書類一式を読み上げて説明しているが、利用者の心身の負担を考慮して利用者が気にしている事や権利擁護等、利用者の不利益に関わることは丁寧に説明している。インテーク面談も利用者の状況に応じて契約と同日に行うか、日を改めるかを決めている。保健センター等関係者も同席することも多く、契約場所も利用者宅・事業所・保健センター等、利用者や関係者の都合も考慮して柔軟に対応している。         </p> <p> <b>サービス終了に伴う引継ぎとフォロー体制がある</b>            区外転居や併設の多機能型事業所利用終了と共に契約終了となる場合には、移行する事業所及びサービス事業所への引き継ぎを行ない、利用者の安定した生活を継続できるよう支援している。引継ぎ後でも関係者からの問い合わせや相談には快く応じている。利用者へは、多機能型事業所のOB会の案内と相談支援事業所の来所・電話相談の利用が可能であり、フォロー体制も整っている。         </p>		
<b>サブカテゴリ-3</b>		
<b>3</b>	<b>個別状況に応じた計画策定・記録</b>	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>10/10</b>
<b>評価項目1</b> 利用者の要望や状況に応じて、障害支援区分の認定等に係る申請の代行・支援等を行っている		評点(〇〇〇)
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者(家族)から障害支援区分等の申請の代行を依頼された場合には、協力している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の状態が変化して区分が変わったと思われる場合には、区分変更の申請のための支援や助言を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 障害者総合支援法外の申請書類の作成(減額申請等)について、支援や助言を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当



<b>評価項目3</b> 利用者が居宅で日常生活を営むことが困難になった場合には、サービス提供事業者や医療機関の意見を参考に対応する体制を整えている <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス提供事業者や医療機関と連携をとりながら利用者の状況を把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が障害者支援施設等や医療機関等への入所・入院を希望する場合には、情報提供等の便宜を図っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が障害者支援施設等や医療機関等への入所・入院を希望する場合には、主治医と連携をもって対応している	○非該当

<b>評価項目4</b> 障害者入所施設や医療機関等を退所・退院する利用者が居宅における生活に円滑に移行できるよう支援している <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が障害者入所施設や医療機関等を退所・退院する際には、事前にカンファレンスを行うなど必要な情報を入手する体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	2. 居宅での生活における留意点等の情報を障害者施設等から聴取し、状態を把握することでサービス等利用計画に役立てている	○非該当

サブカテゴリ3の講評

**記録システム・申し送り等により利用者情報を共有するしくみがある**

利用者の記録はシステムにより共有されており、併設の多機能型事業所と短期入所事業所を利用している利用者も多く、全職員が共有できるしくみとなっている。また、申し送りを通じて利用者の日中活動の様子や自宅での変化等をタイムリーに把握することができる。これにより利用者の体調不良時やサービス内容変更等もスムーズに支援することが可能となっている。

**体調変化時には円滑に医療につながるよう連携体制を整えている**

利用者の医療情報は、利用開始時に主治医や訪問看護事業所等関係機関から聴取している。主治医とは、利用者の体調変化があれば状況や必要度に応じて、直接連絡して相談することができる関係が構築されている。受診同行もしており、併設事業所の利用者であれば受診同行に適した職員を選定するなど連携体制が整っている。退院時支援では入院中から関係機関と連携し、生活が安定するよう細やかな支援体制をとっている

**関係者との役割分担により必要に応じて公的手続きの支援を行なっている**

サービス利用に必要な障害者支援区分の申請手続きは、区の担当者が行なっている。そのため事業所が手続きの支援をすることはないが、区分調査の同席の依頼には対応している。その他の公的制度については、利用者から相談があれば内容を確認し必要に応じて専門機関への橋渡しや、助言などの支援をしている。関係者との役割分担により利用者を支援している。

サブカテゴリ5

5	<b>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</b>	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	<b>5 / 5</b>
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている		○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
<b>評価項目2</b> サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇)</span>			
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	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

サブカテゴリー5の講評

利用者の個人情報保護およびプライバシーを配慮した体制がある

利用者に関する個人情報の取り扱いについて、利用開始の契約・重要事項の説明時に、「個人情報使用同意書」を用いて利用者に説明し、同意を得ている。面談や会議を行なう際には、個室や面談室等を利用している。また、自宅等を訪問する際には事前に日時を調整し訪問するなど、プライバシーを配慮した取り組みがあり、利用者の信用につながる支援体制がうかがえる。

利用者の意思や尊厳を尊重した取り組みがある

計画作成や支援を行なう際には、各利用者の意向及び意思確認を前提として、利用者の個人的尊厳の厳守を職員の職務遂行の基本としている。サービス等利用計画作成や支援を行なう際には、利用者本人の意見や要望を最優先し、サービス変更等の希望があった場合は面談等を実施し、内容を確認し、必要に応じて内容変更・見直しに努めている。職員においても福祉従事者や職員としての倫理を示す事業所の体制を明確にしている。

各利用者の価値観や生活習慣等に配慮し、計画に反映している

利用者の情報収集やインタビューにより、サービス利用前の生活や習慣などの把握している。利用者本人の生活等の妨げとならないよう支援前に利用者本人と確認している。利用者ごとに作成されるサービス等利用計画では利用者の希望や目標を設定することで、意向に沿ったサービス提供に努めており、利用者自身のこれまでの人生や今後の生活様式を考慮した活動を心がけている。

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

5/5

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

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

評点(〇〇〇)

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

サブカテゴリー6の講評

必要な各種書式を整え、体系化された支援に関する業務の標準化を図っている

インタビューやアセスメントなどの支援に必要な各種書式を整え、体系化された支援に関する業務の標準化を図っている。サービス等利用計画について、作成の流れをフローチャートにして可視化を行なっている。さらに、計画相談提出書類チェック表などを整え、相談支援業務に関する書面を作成して明文化し、手順を確立している。また、「センター業務マニュアル」として、基本理念をはじめ、施設管理・危機管理、業務分担、個別担当の流れ、プログラム担当の流れなど業務手順を明文化して、ファイル化するなど、職員による支援手順の均一化を図るしくみを構築している。

業務マニュアルなど基本事項や手順は必要に応じて検討し変更している

「センター業務マニュアル」など、各種サービスの基本事項や手順は、次年度に向けて全体で検討し年間計画に反映している。提供するサービスや手順など、毎月行なわれるスタッフミーティングにより、職員間でサービスの提供や支援を振り返る場が作られ必要に応じて変更している。随時変更することが可能であり、先延ばしにせず即実践し、スタッフミーティングなどで周知、確認できるようにしている。さらに、計画相談支援員は、相談事業所連絡会など関係機関職員向けに開催される会議や研修に参加し、専門的な知識の取得やスキルの向上に努めている。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 24/24	
1 評価項目1 利用者の個別の情報や要望を把握している		評点(○○○○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 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		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の個別事情や要望の把握をし、記録している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者および家族から聞き取る以外に観察などで状況を確認し、情報の把握に役立てている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の要望以外に、把握した状況を分析し生活課題を抽出している		○非該当
●あり ○なし	5. アセスメント時に利用者が望む生活像の把握をしている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>利用者が希望や意向を表出しやすいよう配慮した対応を心がけている</p> <p>利用者の障害特性により希望や意向を伝えることが不得意な場合もある。希望や意向は関係者からの情報でもある程度は把握することができ、その情報をもとに面談を行なうこともある。しかし利用者が気持ちを出せるよう配慮し、希望を聞けるよう努めている。利用者にとって話しやすい環境で、話し方やペースに合わせて面談し、一方的な質問や否定はせず利用者が話した事をそのまま記録し、支援に反映させている。</p> <p>訪問面談を通して生活状況の把握を行なっている</p> <p>モニタリングや必要時には自宅を訪問し面談を行なっている。訪問することでサービス利用時には気づきにくい生活場面での困りごとや、得意なこと等の把握と、生活状況の確認をしている。利用者の目標達成や生活の幅を広げるために、得意なことやできていることの活用につなげ、困りごとへはサービス導入等サポートの検討を行なっている。また、定期的に訪問することで生活面や心身状況の変化を察知することができる。</p> <p>利用者の状況や事情を理解するためサービス事業所等と情報共有している</p> <p>利用者の関係機関や医療機関と情報共有し、現在の状況以前の生活歴や既往等も把握し利用者より理解できるよう取り組んでいる。通所系の利用者は事業所に訪問し、訪問系の利用者はサービス提供時間に自宅を訪問するなど、サービス利用中の様子を確認している。同時に事業所の職員とも情報を交換している。また、併設事業所の利用者が高い頻度で職員と顔を合わせられるメリットがある。</p>			
2 評価項目2 一人ひとりのサービス等利用計画は、利用者本人や家族の希望と関係者の意見を取り入れて作成している		評点(○○○○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所としてサービス等利用計画作成にあたっての基本的考え方や方法を明確にしている(個性の尊重・自立支援の視点等)		○非該当
●あり ○なし	2. 障害者総合支援法サービス及びその他サービスに関する情報を収集し、利用者のニーズに応じて提供している		○非該当
●あり ○なし	3. サービス等利用計画は利用者の望む生活像をもとに、利用者の状況や要望などを取り入れて作成している		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者と家族の意向が異なる場合には、話し合いを行うなど、調整を図っている		○非該当
●あり ○なし	5. 利用者の要望と専門的視点からみたニーズが一致しない場合、可能な限り利用者に説明し同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	6. 作成したサービス等利用計画の内容(サービスの種類、回数、利用者負担金額等)について説明し、同意を得ている		○非該当

評価項目2の講評

利用者の目標達成のため具体化した課題を設定している

サービス等利用計画は、利用者の目標や要望をかなえつつ安定した地域生活を送れるよう、利用者で作成している。達成に長期間を要する目標から、日常の些細な要望まで、達成のために必要な課題を利用者と検討している。そして生活に密着した具体化した課題を設定し、適切なサービス提供となるよう調整している。利用者の気持ちを大事にしており、利用者の言葉をそのまま記載するようにしている。

併設事業所と共同で利用者支援について検討している

併設の多機能型と短期入所の事業所を利用している利用者が多い。支援にあたっては連携が取りやすいメリットがあるため、関係機関から事業所指定での依頼も多い。そのため事業所が単体で支援するのではなく、3事業所が共同で利用者の支援することを検討している。記録システムや申し送りの共有のほか、毎月のケア会議やスタッフミーティングも共通となっており、サービス等利用計画作成や支援状況について共同で検討する体制となっている。

利用者に同意を得られるよう配慮しサービスの内容に応じた適切な説明に努めている

利用者の地域生活維持と目標達成のため、サービス等利用計画作成時にはアセスメントとサービス事業所等、関係機関からの情報も踏まえて検討している。利用者のアセスメントの認識が異なる場合もある。事前に事業所変更やセルフプランへ移行できる旨説明したうえで、利用者を尊重しつつ事業所のアセスメント内容を認識できるよう、丁寧に説明し利用者が納得できるよう努めている。

3 評価項目3

利用者の状態を分析し、サービス担当者会議によって効果的なサービス等利用計画となるように調整している

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族やサービス提供事業者等関係者とアセスメント内容を共有している	○非該当
●あり ○なし	2. 相談支援専門員が作成したサービス等利用計画のサービス内容について、家族やサービス提供事業者等関係者から意見を収集し、必要に応じて見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス担当者会議の内容を記録している	○非該当
●あり ○なし	4. 必要に応じて、自治体や関係機関等と連携を図っている	○非該当

評価項目3の講評

利用者との都合に配慮し開催場所や日時を設定している

サービス担当者会議は利用者とサービス事業所のほかに、保健センター等利用者を支援している関係者にも参加を呼びかけている。多くの関係者が参加する場合には日程調整に時間を要することもある。そのため、開催場所は利用者との都合や、往復の時間等に配慮して決定し、利用者の生活に支障がない時間で設定している。

事前の情報共有により利用者の負担を減らし円滑で効果的な会議となるよう調整している

サービス担当者会議の前には利用者と面談し、サービス等利用計画原案をもとに、利用者の希望や会議での検討事項を確認している。参加者にも事前にアセスメント内容や議題を共有し、検討内容や各機関の役割を明確にしている。あらかじめ情報共有することで、当日は利用者を中心にサービス利用についての的確な検討をすることができ、効率的・効果的なサービス担当者会議につながっている。

サービス提供にあたり過不足がないよう確認し利用者の同意を得ている

サービスの目的や回数は利用者との事前面談や関係者との相談により概ね決定している。サービス担当者会議では、課題解決に必要な検討とサービス内容を確定しており、利用者の希望や意向を確認したうえで同意を得ている。利用者へは支援者の役割やサービス内容を納得できるよう丁寧に説明している。また、利用者の疾病や環境に応じて急変時の医療体制や緊急時対応なども確認し、過不足がないよう留意している。

4 評価項目4 サービス等利用計画に基づいて提供されるサービスの開始当初に、サービス提供の状況を確認している		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 提供されているサービス内容がサービス等利用計画の援助目標に沿ったものであるか確認をしている	○非該当
●あり ○なし	2. サービスの提供によって生じる利用者の状態や環境等の変化を確認している	○非該当
●あり ○なし	3. 提供しているサービスに過不足がないかの確認をし、必要に応じて調整している	○非該当
●あり ○なし	4. 特定相談支援の経過を記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	5. 利用者、家族とサービス提供事業者の関係が良好であるか確認をしている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>サービス開始直後には利用者とサービス事業所から利用状況を聴取している</p> <p>サービス開始時には、利用直後に利用者から感想等を確認している。利用者によっては事業所に出向き、利用者の表情や活動の様子をうかがっている。事業所へも同様に利用状況を聴取している。利用者と事業所から率直な意見や感想を聞くことで、利用者と事業所の関係を構築し、利用者の目的に応じた利用ができるよう支援している。</p> <p>利用が定着するまでは面談や同行などを行ない細やかな支援に取り組んでいる</p> <p>新たなサービス開始やサービス事業所の移転など、利用者にとってイレギュラーな事態には、利用が定着するまで事業所への同行や訪問、面談など密に支援をしている。利用者が安心して継続的に利用ができるよう、事業所とも連携している。利用者を相談しながら心情等を見極め、徐々に関わる回数を減らし、利用者が依存的にならず、自立して利用できるよう取り組んでいる。</p> <p>併設事業所と密に情報共有し支援に反映させている</p> <p>利用者との面談や同行の記録及び事業所とのやり取りはシステムを通じて記録している。記録システムは併設事業所と共有でき、サービスの利用状況は随時確認することが可能となっている。事務所も同じ部屋となっている。特にサービス内容の変更後や利用者に変化がある場合には、職員間で支援について相談している。また、日常では互いの情報を共有し、利用者の支援に反映させている。</p>		
5 評価項目5 利用者の状態や環境の変化を継続的に把握し、必要に応じてサービス等利用計画の見直し・変更を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス等利用計画における援助目標の達成度を定期的に把握し、記録している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の状況や要望等の変化を定期的に把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 援助目標の達成状況や利用者の状態変化等必要に応じて再アセスメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の状態や要望の変化に対応しサービス等利用計画の見直し・変更をしている	○非該当

評価項目5の講評

定期モニタリングにより目標・課題の進捗状況を確認するしくみがある

定期モニタリングやサービス事業所との情報共有により、サービス等利用計画に位置付けられた目標や課題に沿ってサービスが提供されているかを確認している。同時に支援目標の進捗及び達成度も把握している。これらをもとにサービス等利用計画の見直し時には、アセスメントを行なっている。サービス開始から計画見直しまでのプロセスが確立されている。

利用者の状況によりサービス内容変更など適宜計画の見直しを検討している

利用者の変化や、サービス利用状況によりサービス回数やサービス事業所の変更まで、適宜サービス等支援計画の見直しを検討している。目標達成が予想より早い場合には、利用者のモチベーション維持のためステップアップした計画を検討し、体調不良等で心身に負担がある場合には利用日数を調整するなど、利用者の状況に適した計画となるよう取り組んでいる。

利用者が自身で選択又は決定できることを伝え支援している

サービス等利用計画の担当者及び事業所は、自身で選択でき変更が可能であることを適宜伝えている。契約時には必ず説明しているが、認識が薄くなりがちであり、利用者の権利擁護の観点とトラブル防止のため、計画見直し時などの機会に伝えている。開所から現在まで、利用者からの変更希望や契約終了の申し入れはないが、他の事業所へ変更の際には円滑に引き継ぎできる体制がある。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-2	利用者の状況を分析しサービス担当者会議によって効果的なサービス等利用計画となるように調整している
タイトル①	利用者に関わる関係者が利用者の状況を把握し共通認識のもと適切な計画となるよう取り組んでいる	
内容①	利用者支援に関わる関係者は、利用者にとっての資源と考え、関係者同士の顔の見える関係を重視している。そのため、担当者会議の際には多くの関係者の出席を求めている。各事業所の専門職が利用者の状況を報告し、共通認識のもとで利用者の希望に沿い、地域生活に必要なサービスが適切に組み込まれた計画となるよう取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-4	サービス等利用計画に基づいて提供されるサービスの開始当初に、サービス提供の状況を確認している
タイトル②	利用者のサービス利用と生活の安定のための適切な支援に努めている	
内容②	新規サービス利用及び新たなサービス導入後は、利用者と関係者と密に関わり支援している。利用者宅とサービス事業所へ訪問しモニタリングを行ない、利用に際しての不安や課題を解消している。利用者の不安軽減のため、軌道に乗るまでは同行するなど、利用者の心情に合わせた細やかな支援を行なっている。サービス事業所とも利用者情報や利用時の様子を共有しており、顔を合わせることでより連携を深めている。利用者の生活ペースを崩すことなく安定した生活を維持しながら、目標や目的を達成できるよう支援に努めている。	

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

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	関係機関との連携を密に、利用者本位に重点を置いた意欲の向上と地域生活に向けた支援を実践している
	内容	利用者が目的や希望を持ち地域で自立した生活をするための生活能力を意識した支援を目指しており、利用者が自身の能力や特技を認識し、自信をもって生活できる寄り添った支援に取り組んでいる。利用者支援に関わる関係者は利用者にとっての資源と考え、関係者同士の顔の見える関係を重視している。担当者会議には多くの関係者の関与により、利用者の状況の報告と共通認識のもとで、利用者の希望に沿った地域生活に必要なサービスが適切に組み込まれた計画となるよう取り組んでいる。利用者を中心として利用者本位のサービス提供に向けて、利用者の意欲や自立の意識を高める効果が期待できる。
2	タイトル	利用者の状況把握により適切な評価とニーズに一体となって対応した計画につなげている
	内容	利用者からの情報の収集には、関係機関からも情報が得られるしくみを作っている。こうした情報収集はアセスメントや計画作成時に役立てられ、利用者の要望やニーズを聴き取りながらのサービス等、法人と一体となって、利用計画の作成につながっている。また、関係機関からの情報は本人の状況の把握の参考として、体調の変化や病状の悪化時の対応に役立てられている。利用者の要望や情報が様々な面から収集されることにより、利用者の特性や健康状況に配慮したサービスの提供を可能にしていると共に、適切な利用者の評価が図られている。
3	タイトル	センター機能を活用した支援体制のもと利用者個人の状況に配慮した丁寧な支援に取り組んでいる
	内容	利用受入れから利用終了まで、利用者の要望や心身の状況に配慮した丁寧な支援を行なっている。通所先への見学同行や訪問面談のほか、関係者との情報共有を密に行なうなど利用者の状況をタイムリーに把握している。連休等関係機関が休みの前には、サービスや関係者との交流が途切れないよう調整している。また、相談支援事業として来所・電話相談を受けており、電話相談は24時間可能としている。併設の多機能型・短期入所事業所を利用している利用者も多く、センター全体で支援する体制となっている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	新規利用者及び多様な利用者をスムーズに受け入れのための体制強化に期待したい
	内容	特定相談の体制としては、専任の相談員職員は2名であり、既存の利用者支援で多忙な時期もあり、インタビュー面談や関係者との情報共有は入念に行なっていることもあり、サービス開始までに期間を要する場合もある。兼任する相談員を1名配置し体制強化を図っているが、今後のさらなる利用者の積極的な受け入れによる利用者の増加を考慮して、待たせることなく希望者に対するタイムリーな対応に向けて、早期にサービス利用につながるような取り組みの充実を期待したい。
2	タイトル	支援のさらなる充実に向けて、関係機関との連携の強化と専門性の向上への取り組みに期待したい
	内容	「一人ひとりの生活に寄り添った支援やサービスが受けられるように、障害者福祉サービスに関するサービス等利用計画の策定等を行ない、サービスが継続的かつ適切に利用できるよう状況の確認、計画の見直し、関係機関、担当者との連携調整を図ること」を支援方法として明確化している。継続して、保健師や主治医など関係機関との積極的な情報収集と連携を図り、ケースごとの質を保ちながらの計画相談支援のさらなる充実と併せて、相談支援専門員としてのスキルアップを図り、専門性の向上への取り組みに期待したい。
3	タイトル	キャリアパスの効果的な活用など、職員一人ひとりの状況等を踏まえた個人別の能力育成の取り組みに期待したい
	内容	法人との連携を密にしてキャリアパスを踏まえた研修等の職員の能力向上に取り組んでいる。キャリアパスワークシートにおいて職階に応じた役割・定義・業務・資格等が示され、職員に周知されている。さらに、キャリアパスに応じた教育システムにおいて、役割に応じて学んでほしいことや各種スキルを明示し、各職員の能力・レベルに応じて、希望や経験、事業担当を考慮して研修に参加できるようにしている。今後も継続して、目標管理制度やキャリアパスの効果的な活用など、職員一人ひとりの状況等を踏まえた個人別の能力向上への取り組みに期待したい。