

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

サービス分析結果

利用者調査結果

事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報

## 評価結果ダイジェスト



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

▼全体の評価講評 ▼サービス分析結果 ▼利用者調査結果 ▼事業者のコメント

## 平成19年度

## 知的障害者通所更生施設[経過措置]

|        |                                              |
|--------|----------------------------------------------|
| 事業所名称  | 荒川区立生活実習所分場                                  |
| 評価機関名称 | 特定非営利活動法人 NPOサービス評価機構                        |
| 評価者    | 修了者No.H0201035 修了者No.H0306081 修了者No.H0701006 |
| 評価実施期間 | 2007年11月16日～2008年2月28日                       |

## 全体の評価講評

▶ 詳細はこちらから

## 特に良いと思う点

- 利用者の自発性を引き出す支援の工夫
- 利用者および家族への情報提供ツールである『仲間たち』作成の姿勢と努力
- 丁寧かつ真摯な姿勢で取り組んでいる利用者意向の把握と対応

## さらなる改善が望まれる点

- 施設独自のサービス方針の明確化
- 職員のニーズに合わせた内部研修の充実
- 個々の職員の育成に向けた施策

[このページの一番上へ](#)

## サービス分析結果

▶ 詳細はこちらから

## サービスの実施項目

## サービスの実施

## 評点

## 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

【講評】[詳細はこちら](#)

- 個別の支援計画を作成し、利用者全員にそれぞれ配布している。支援は、計画に基づいて…
- 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を重点課題として取り組んでいる。…
- 帰りの時間が迫ると、その日の当番の利用者が連絡帳を手渡している。一人ひとりの利用…

## 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

【講評】[詳細はこちら](#)

- 日中活動については、基本的な生活習慣の確立、生活能力の向上を目指して、さまざまな…
- 一人ひとりのニーズに応じたその人らしさを發揮できる活動は、さまざまであるが、概ね…
- 利用者が活動しやすいように、車いす利用に合わせた机の配置を行った。活動に意欲を示…

## 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

A

【講評】[詳細はこちら](#)

- 食事は、利用者の嗜好調査(年1回)を行い、結果は保護者にも知らせ、意見を献立に反…
- 利用者の状態に合わせて食事形態も刻み食、ペースト食、おかゆを用意し、食べやすいよ…
- 食事時間が楽しいひと時となるように、音楽等を流したり、グループごとに工夫している…

## 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

【講評】[詳細はこちら](#)

- ・日常生活上の支援は、施設支援計画に基づいて行っている。一人ひとりのペースが異なる…
- ・来所して顔が揃うと、「あさの会」を始める。利用者主体のもので、まず天気シールで今…
- ・支援計画により、身の回りのことは自分で行えるように働きかけている。そのために、た…

## 5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている

A+

### 【講評】[詳細はこちら](#)

- ・利用者の健康診断は、保健所で年1回行っている。施設では、内科が月2回、精神科が月…
- ・通院や服薬等に関しては、連絡帳や健康手帳を保護者と相互に交換する中で、必要に応じ…
- ・利用者の体調変化への対応には、『医療的ケア実施手続き』というマニュアルが策定され…

## 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

A

### 【講評】[詳細はこちら](#)

- ・行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や希望を考慮し、多彩なものがあ…
- ・利用者および保護者は、三者面談や支援計画策定の際に意見を述べる機会がある。それら…
- ・利用者の「今日の予定」は毎日それぞれ「写真カード」を提示して周知を図っている。行…

## 7. 施設と家族等との交流・連携を図っている

A

### 【講評】[詳細はこちら](#)

- ・個別の利用者の様子は連絡帳を活用して知らせているが、利用者全員へのお知らせ版とし…
- ・施設は三者面談を年1回、家庭訪問は随時行い、各利用者保護者とは交流を深めている。…
- ・利用者の日常の様子は、毎日の連絡帳により保護者に知らせている。当日の活動状況、健…

## 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

A

### 【講評】[詳細はこちら](#)

- ・地域の情報は、散歩、機関紙『あしあと』の配布等、利用者自身が外出する際に得ること…
- ・社会資源の一つにボランティアが挙げられる。登録ボランティアは同一法人の生活実習所…
- ・活動文化祭「やかまし祭」では、施設を公開して利用者の日頃の活動の成果を紹介し、理…

## 評点の内容

[▶ 詳細はこちらから](#)

[このページの一番上へ](#)

## 利用者調査結果

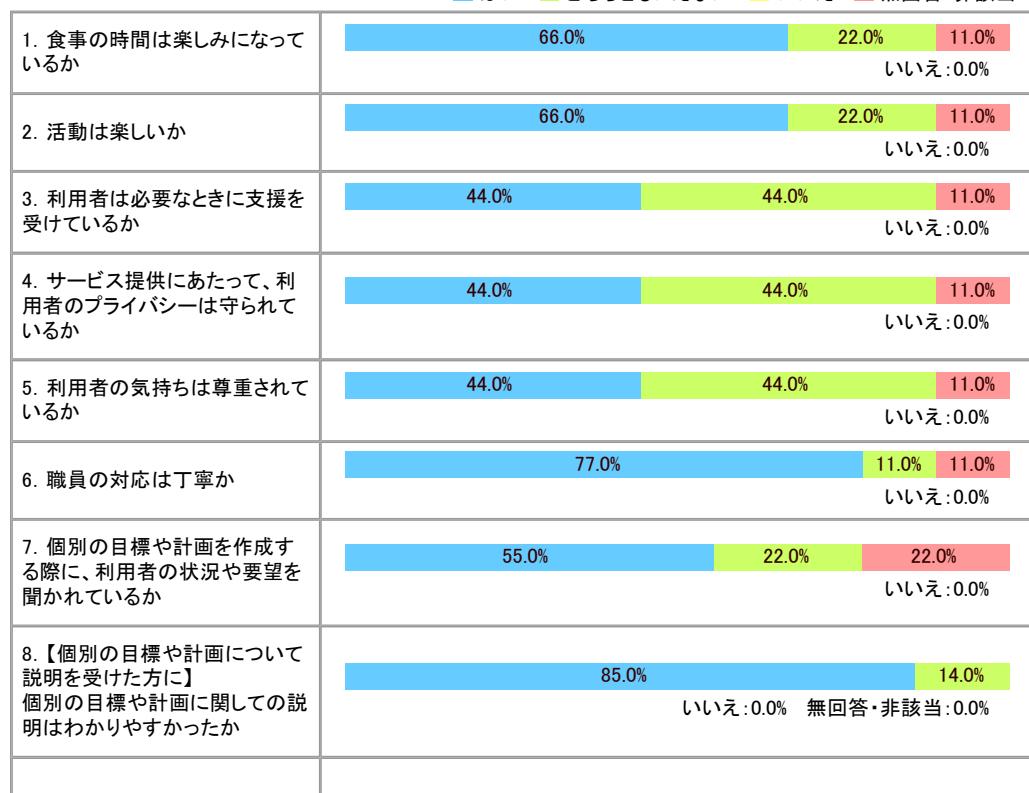
[▶ 詳細はこちらから](#)

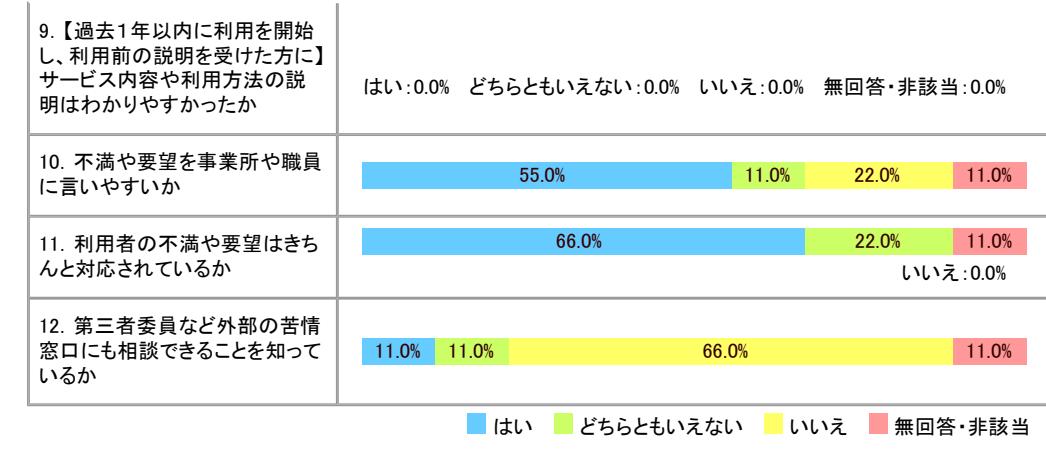
※読み上げソフトをご利用のかたへ  
パーセンテージの読みあげは「はい」「どちらともいえない」「いいえ」「無回答」の順番で読み上げられます。

有効回答者数/利用者総数

9/15

■ はい    ■ どちらともいえない    ■ いいえ    ■ 無回答・非該当





[このページの一番上へ](#)

## 事業者のコメント

\*以下の項目は事業者によって、自ら更新される情報です。

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他の問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

## 全体の評価講評



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

▼全体の評価講評 ▼コメント

## 平成19年度

## 知的障害者通所更生施設[経過措置]

&lt;&lt;前の評価結果を見る

|        |                                              |
|--------|----------------------------------------------|
| 事業所名称  | 荒川区立生活実習所分場                                  |
| 評価機関名称 | 特定非営利活動法人 NPOサービス評価機構                        |
| 評価者    | 修了者No.H0201035 修了者No.H0306081 修了者No.H0701006 |
| 評価実施期間 | 2007年11月16日～2008年2月28日                       |

## 全体の評価講評

## 特に良いと思う点

## • 利用者の自発性を引き出す支援の工夫

来所して顔が揃うと、「あさの会」を始める。先ず天気シールで今日の天候を確認し、1日の流れは、「写真カード」等をそれぞれに配り、行動をひとつづつ確認している。また、帰りには、明日の予定カードを示し、計画性を持てるように働きかけている。こうしたこともパターン化して継続することにより、日常生活において自発性を習慣づけている。たとえ意思表示や動作が遅くても、職員はあせらずに「行動を待つこと」を重視するよう努めている。

## • 利用者および家族への情報提供ツールである『仲間たち』作成の姿勢と努力

利用者全員へのお知らせ版として『仲間たち』を発行している。施設の現況やニュースなどの社会の動き等、利用者や保護者にわかりやすい表現で書かれている。必要に応じて随時発行され、前年度は40回に及んでいる。利用者が閉鎖的になることなく、ふつうの生活が送れるように、社会の一員としての情報をタイムリーに提供している施設の姿勢と努力は貴重であり、注目に値する。

## • 丁寧かつ真摯な姿勢で取り組んでいる利用者意向の把握と対応

利用者の意向把握に関しては、給食会議(毎月開催)および嗜好調査、個人面談、保護者懇談会、保護者連絡会等を通してきめ細やかな吸い上げを行なっている。また家族を対象に区職員を講師に依頼し、自立支援法に関する勉強会を開催するなどしている。利用者調査のコメントにも、施設側の利用者および家族の希望を叶えるための前向きな努力に対して感謝の声が寄せられていた。利用者の要望や意向に対して丁寧で真摯な対応がなされている。

## ✓さらなる改善が望まれる点

## • 施設独自のサービス方針の明確化

利用者支援に当たっての心構えや基本方針は「事業運営についての理念」、「運営方針」としてまとめているが、これらは一般的なものである。当施設の利用者の状況やニーズ、施設をめぐる環境等を勘案した上での当施設独自のサービス方針を明確化されることを望む。それができると利用者および家族、さらには職員に対して、当施設が最も大切にしている支援、さらには当施設の事業使命の浸透がさらに深まると考える。

## • 職員のニーズに合わせた内部研修の充実

研修は、法人主催により新任研修および現任研修が行われている。また非常勤職員研修も別途に開催されている。OJTは、各人のサービス方法について指導者から随時助言・指導が行われている。指導者は主にグループリーダーがその役を負っている。ただし、研修参加者は人数、研修内容とも限定されており、ニーズを勘案した施設内研修の充実と研修の共有が今後の課題として挙げられる。

## • 個々の職員の育成に向けた施策

『目標・成果シート』、『自己評価票』や『自己申告書(異動意向調査)』を作成し、上司と部下の面接により職員の意識および意向の把握は行われているが、さらに職員の能力開発を効果あるものし、サービスの質の向上に繋げていくためには、個人のキャリア・適性・要望を把握した上で個別の育成計画を作成し、研修実施後の効果測定を行なうなど、さらなる充実を期待したい。

## コメント

訪問調査が効率的・効果的に行われるよう、事前に評価員3名による資料等の確認作業を行った。

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析結果

サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

平成17年度評価結果

## 組織マネジメント分析結果



- ▼リーダーシップと意思決定
- ▼経営における社会的責任
- ▼利用者意向や地域・事業環境の把握と活用
- ▼計画の策定と着実な実行
- ▼職員と組織の能力向上
- ▼情報の保護・共有
- ▼カテゴリー1~7に関する活動成果

## 平成19年度

## 知的障害者通所更生施設[経過措置]

&lt;&lt;前の評価結果を見る

|          |                        |
|----------|------------------------|
| 事業所名称    | 荒川区立生活実習所分場            |
| 評価機関名称   | 特定非営利活動法人 NPOサービス評価機構  |
| 事業評価実施期間 | 2007年12月10日～2008年2月28日 |

## 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                                                                                                                                                                                                                  | 評点 |
| 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                                                                                                                                                                                                             | A  |
| 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                                                                                                                                                                                                  | A  |
| 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                                                                                                                                                                                          | A  |
| <b>【講評】</b> <a href="#">詳細はこちら</a><br><ul style="list-style-type: none"><li>● 利用者支援に当たっての心構えや基本方針は「事業運営についての理念」として明示して...</li><li>● 事業計画書に各職種の職務内容が明記されている。また毎年4月、当該年度における「職...</li><li>● 重要な案件は、16名の理事で構成される「理事会」、地域の民間団体の代表者40名で...</li></ul> |    |
| <b>評点の内容</b><br><a href="#">▶ 詳細はこちらから</a>                                                                                                                                                                                                      |    |

[このページの一番上へ](#)

## 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、その達成に取り組んでいる                                                                                                                                                                                                     | 評点             |
| 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              |
| 2. 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている                                                                                                                                                                                               | A              |
| <b>2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている</b>                                                                                                                                                                                                                   |                |
| 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 <sup>+</sup> |
| 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 <sup>+</sup> |
| 3. 地域の関係機関との連携を図っている                                                                                                                                                                                                                            | A              |
| <b>【講評】</b> <a href="#">詳細はこちら</a><br><ul style="list-style-type: none"><li>● 法人として『プライバシー保護に関するガイドライン』が作成されている。ガイドライン...</li><li>● 第三者評価は、平成17年度受審しており、今年度で第2回目の受審となる。機関紙「あ...</li><li>● 地下ホールを地域住民の方々へ貸し出したり、地域の方々を対象に映画上映も行なってい...</li></ul> |                |
| <b>評点の内容</b><br><a href="#">▶ 詳細はこちらから</a>                                                                                                                                                                                                      |                |

[このページの一番上へ](#)

## 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                        | 評点 |
| 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  |
| 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  |
| 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                       | A  |
| <b>【講評】</b> <a href="#">詳細はこちら</a>                      |    |

[このページの一番上へ](#)

- 苦情解決制度については契約書を提示し、利用者および家族へ説明している。第三者委員…
- 利用者の意向把握に関しては、給食会議(毎月開催)および嗜好調査、個人面談、保護者…
- 当施設は毎年、養護学校の卒業生を受け入れているため、養護学校の生徒および家族、教…

**評点の内容**

▶ 詳細はこちらから

[このページの一番上へ](#)

## 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

評点

- 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している
- 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している
- 着実な計画の実行に取り組んでいる

A

A

A

### 2. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点

- 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

A

【講評】[詳細はこちら](#)

- 荒川区とは、平成18年度から平成20年度までの指定管理者制度の契約を行っており、…
- 事業計画の策定プロセスとしては、毎月開催されるグループリーダー会議においてその作…
- 『緊急時対応マニュアル』、『危機管理マニュアル』が作成され、職員勤務室にて保管…

**評点の内容**

▶ 詳細はこちらから

[このページの一番上へ](#)

## 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

評点

- 事業所にとって必要な人材構成にしている
- 職員の質の向上に取り組んでいる

A

A

### 2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

評点

- 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
- 職員のやる気向上に取り組んでいる

A+

A

【講評】[詳細はこちら](#)

- 給与制度は年功序列型であるが、職務についての目標と成果を記入する『目標・成果シ…
- 外部研修に関しては研修案内文を掲示、回覧し、希望者を募り、常勤・非常勤を問わず意…
- 医療的ケアが必要な方が入所されたことに伴い、当施設は区立施設であるということから…

**評点の内容**

▶ 詳細はこちらから

[このページの一番上へ](#)

## 情報の保護・共有

### 1. 情報の保護・共有に取り組んでいる

評点

- 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
- 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している

A

A

【講評】[詳細はこちら](#)

- 利用者に関する記録等は、紙ベースが主である。また書類関係には必ず保管年度が記載され…
- 当施設における個人情報の文書は何かということを整理しており、個人情報の保護に関す…
- 利用者および家族へは、重要事項説明書を使用しながら個人情報保護に対する当センター…

**評点の内容**

▶ 詳細はこちらから

[このページの一番上へ](#)

## 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

評点

- 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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+

【改善の成果】[詳細はこちら](#)

- 地域住民の方々へ、日頃の施設での利用者の活動の様子を知るために「やかま…

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2. 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している</b>                              | 評点        |
| 1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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  | <b>A</b>  |
| <b>【改善の成果】</b> <a href="#">詳細はこちら</a>                           |           |
| ● 新人職員研修は2日間、現任研修は4日間に亘り、法人主催により常勤、非常勤ともにほ...                   |           |
| <b>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</b>               | 評点        |
| 1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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  | <b>A+</b> |
| <b>【改善の成果】</b> <a href="#">詳細はこちら</a>                           |           |
| ● 利用者の意向把握に関しては、給食会議(毎月開催)および嗜好調査、個人面談、保護者...                   |           |
| <b>4. 事業所の財政等において向上している</b>                                     | 評点        |
| 1. 財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている                  | <b>A</b>  |
| <b>【改善の成果】</b> <a href="#">詳細はこちら</a>                           |           |
| ● 区からの委託事業であることから、区・都の監査以外にも外部監査を導入し、法人事務局...                   |           |
| <b>5. 前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している</b>                       | 評点        |
| 1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリーで評価される部分において改善傾向を示している | <b>A+</b> |
| <b>【改善の成果】</b> <a href="#">詳細はこちら</a>                           |           |
| ● 利用者の意向把握に関しては、給食会議(毎月開催)および嗜好調査、個人面談、保護者...                   |           |

評点の内容  
▶ [詳細はこちらから](#)

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

[全体の評価講評](#)

## 事業評価結果

[組織マネジメント分析  
結果](#)[サービス分析結果](#)[利用者調査結果](#)[事業者のコメント](#)

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

[平成17年度評価結果](#)

## サービス分析結果

 利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法
[▼サービス提供のプロセス項目](#)[▼サービスの実施項目](#)

## 平成19年度

## 知的障害者通所更生施設[経過措置]

[<<前の評価結果を見る](#)

|          |                        |
|----------|------------------------|
| 事業所名称    | 荒川区立生活実習所分場            |
| 評価機関名称   | 特定非営利活動法人 NPOサービス評価機構  |
| 事業評価実施期間 | 2007年12月10日～2008年2月28日 |

## サービス提供のプロセス項目

## サービス情報の提供

## 評点

1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している

A

[【講評】詳細はこちら](#)

- 利用者が入手できる施設の情報は、機関紙『あしあと』を年4回、各1,300部発行し...
- 利用者には、それぞれの特性を考慮して、「写真カード」「絵カード」「しおり」等を利...
- 行政や関係機関等には、実績記録表を送付したり、必要に応じて事故報告を行っている。...

## 評点の内容

[▶ 詳細はこちらから](#)

## サービスの開始・終了時の対応

## 評点

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

A

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

[【講評】詳細はこちら](#)

- サービスの開始にあたっては、契約書別紙、重要事項説明書に基づき説明している。サー...
- 支援に必要な個別事情や要望は、個別支援計画やフェイスシートに記録している。フェイ...
- サービス終了時には、不安を軽減し、スムーズに支援の継続ができるように配慮している...

## 評点の内容

[▶ 詳細はこちらから](#)

## 個別状況に応じた計画策定・記録

## 評点

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. 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

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

A

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

[【講評】詳細はこちら](#)

- 利用者の心身・生活状況は、ケース記録に記載して把握している。一人ひとりのニーズや...
- 計画策定にあたっては、利用者の意識調査や面談により、適切な状況・ニーズの把握に努...
- 利用者に関する計画や情報は、フェイスシート・ケース記録・施設支援計画で職員すべて...

## 評点の内容

[▶ 詳細はこちらから](#)

## プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

## 評点

1. 利用者のプライバシー保護を徹底している

A

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

A

[【講評】詳細はこちら](#)

- 利用者の情報を外部に提出したり、施設の様子を広報する場合は、個別に同意を得るよう...
- 職員のモットーとしては、利用者の意思を汲み取り確認すること、職員とのコミュニケーション...
- 利用者の虐待被害を見出した場合は、区や保護者との連携体制を整備している。また、一...

## 評点の内容

[▶ 詳細はこちらから](#)

## 事業所業務の標準化

## 評点

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

A

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

A

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

[【講評】詳細はこちら](#)

- サービスの基本事項や手順等を明確にするために、各種のマニュアルを作成している。マ...
- マニュアルの見直しは、事業計画作成時期に行なうようにしている。利用者や職員の意見・...
- 職員のレベルアップを目指す研修は、法人主催により新任研修および現任研修が行われて...

### 評点の内容

▶ 詳細はこちらから

[このページの一番上へ](#)

## サービスの実施項目

| サービスの実施                                                                                                                                                                                                  | 評点 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 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  |
| 【講評】 <a href="#">詳細はこちら</a>                                                                                                                                                                              |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>個別の支援計画を作成し、利用者全員にそれぞれ配布している。支援は、計画に基づいて...</li> <li>利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を重点課題として取り組んでいる。...</li> <li>帰りの時間が迫ると、その日の当番の利用者が連絡帳を手渡している。一人ひとりの利用...</li> </ul>  |    |
| 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  |
| 【講評】 <a href="#">詳細はこちら</a>                                                                                                                                                                              |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>日中活動については、基本的な生活習慣の確立、生活能力の向上を目指して、さまざまな...</li> <li>一人ひとりのニーズに応じたその人らしさを発揮できる活動は、さまざまであるが、概ね...</li> <li>利用者が活動しやすいように、車いす利用に合わせた机の配置を行った。活動に意欲を示...</li> </ul>  |    |
| 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                                                                                                                                                                | A  |
| 【講評】 <a href="#">詳細はこちら</a>                                                                                                                                                                              |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>食事は、利用者の嗜好調査(年1回)を行い、結果は保護者にも知らせ、意見を献立に反映...</li> <li>利用者の状態に合わせて食事形態も刻み食、ペースト食、おかゆを用意し、食べやすいよ...</li> <li>食事時間が楽しいひと時となるように、音楽等を流したり、グループごとに工夫している...</li> </ul> |    |
| 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  |
| 【講評】 <a href="#">詳細はこちら</a>                                                                                                                                                                              |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活上の支援は、施設支援計画に基づいて行なっている。一人ひとりのペースが異なる...</li> <li>来所して顔が揃うと、「あさの会」を始める。利用者主体のもので、まず天気シールで今...</li> <li>支援計画により、身の回りのことは自分で行えるように働きかけている。のために、た...</li> </ul>  |    |
| 5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている                                                                                                                                                                                | A+ |
| 【講評】 <a href="#">詳細はこちら</a>                                                                                                                                                                              |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の健康診断は、保健所で年1回行なっている。施設では、内科が月2回、精神科が月...</li> <li>通院や服薬等に関しては、連絡帳や健康手帳を保護者と相互に交換する中で、必要に応じ...</li> <li>利用者の体調変化への対応には、『医療的ケア実施手続き』というマニュアルが策定され...</li> </ul> |    |
| 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                                                                                                                                                                | A  |
| 【講評】 <a href="#">詳細はこちら</a>                                                                                                                                                                              |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や希望を考慮し、多彩なものがあ...</li> <li>利用者および保護者は、三者面談や支援計画策定の際に意見を述べる機会がある。それら...</li> <li>利用者の「今日の予定」は毎日それぞれ「写真カード」を提示して周知を図っている。行...</li> </ul>  |    |
| 7. 施設と家族等との交流・連携を図っている                                                                                                                                                                                   | A  |
| 【講評】 <a href="#">詳細はこちら</a>                                                                                                                                                                              |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>個別の利用者の様子は連絡帳を活用して知らせているが、利用者全員へのお知らせ版とし...</li> <li>施設は三者面談を年1回、家庭訪問は随時行い、各利用者保護者とは交流を深めている。...</li> <li>利用者の日常の様子は、毎日の連絡帳により保護者に知らせている。当日の活動状況、健...</li> </ul>  |    |
| 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                                                                                                                                                                   | A  |
| 【講評】 <a href="#">詳細はこちら</a>                                                                                                                                                                              |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の情報は、散歩、機関紙『あしあと』の配布等、利用者自身が外出する際に得ること...</li> <li>社会資源の一つにボランティアが挙げられる。登録ボランティアは同一法人の生活実習所...</li> <li>活動文化祭「やかまし祭」では、施設を公開して利用者の日頃の活動の成果を紹介し、理...</li> </ul>  |    |

### 評点の内容

▶ 詳細はこちらから

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

---

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

## 利用者調査結果



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

▼調査概要 ▼調査結果全体のコメント ▼調査結果

平成19年度

知的障害者通所更生施設[経過措置]

&lt;&lt;前の評価結果を見る

|           |                        |
|-----------|------------------------|
| 事業所名称     | 荒川区立生活実習所分場            |
| 評価機関名称    | 特定非営利活動法人 NPOサービス評価機構  |
| 利用者調査実施期間 | 2007年12月10日～2008年1月18日 |

## 調査概要

- 調査対象:**現在登録している利用者に対して調査を実施した。回答者の属性は次のとおりである。性別:男性6名、女性3名、年齢:20歳未満1名、20～30歳未満7名、40～50歳未満1名。
- 調査方法:**アンケート方式  
アンケートによる調査。施設から利用者の方々へ配布していただいた。当評価機関からの封筒を使用し、封筒には①調査の記入に当たった文書、②調査票、③返信用封筒を入れ、直接当評価機関に返送していただいた。
- 利用者総数: 15人
- 共通評価項目による調査対象者数: 15人
- 共通評価項目による調査の有効回答者数: 9人
- 利用者総数に対する回答者割合(%): 60.0%
- 調査項目: [共通評価項目](#)

[このページの一番上へ](#)

## 調査結果全体のコメント

●総合的な感想としては、「大変満足」1名(11.1%)、「満足」2名(22.2%)、「どちらともいえない」2名(22.2%)、「不満」2名(22.2%)、「無回答」2名(22.2%)であり、回答を寄せた方々の44.4%が満足と答えられた。●回答を寄せられた方々の70%以上が「はい」と答えられ、満足された設問は次のとおりである。問6「職員の対応は丁寧であるか」。●「はい」と答えられた方が50%以下であり、「どちらともいえない」と「いいえ」と答えられた方が50%以上であった設問は問15「困ったことを第三者委員など職員以外の人にも相談できることを知っていますか」であった。

[このページの一番上へ](#)

## 調査結果

## 1. 食事の時間は楽しみになっているか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 6人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

## 【コメント】

回答された方々の66.7%が「はい」であったが、「いいえ」の方はゼロであった。

## 2. 活動は楽しいか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 6人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

## 【コメント】

回答された方々の66.7%が「はい」であったが、「いいえ」の方はゼロであった。

## 3. 利用者は必要なときに支援を受けているか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 4人 | どちらともいえない | 4人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

## 【コメント】

当施設の支援について満足されている方は回答を寄せられた9名の中で4名(44.4%)であったが、一方「どちらともいえない」と答えられた方も4名(44.4%)であった。「いいえ」と答えられた方はゼロであった。

#### 4. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 4人 | どちらともいえない | 4人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

【コメント】

プライバシーへの配慮について満足されている方は回答を寄せられた9名の中で4名(44.4%)であったが、一方「どちらともいえない」と答えた方も4名(44.4%)であった。「いいえ」と答えた方はゼロであった。

#### 5. 利用者の気持ちは尊重されているか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 4人 | どちらともいえない | 4人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

【コメント】

気持ちの尊重について満足されている方は回答を寄せられた9名の中で4名(44.4%)であったが、一方「どちらともいえない」と答えた方も4名(44.4%)であった。「いいえ」と答えた方はゼロであった。

#### 6. 職員の対応は丁寧か

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 7人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

【コメント】

回答された方々の77.8%が「はい」であり、職員の対応に関しては概ね満足されている。

#### 7. 個別の目標や計画を作成する際に、利用者の状況や要望を聞かれているか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 5人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 2人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

【コメント】

回答を寄せられた方々の55.6%が「はい」であったが、「いいえ」と答えた方はゼロであった。

#### 8. 【個別の目標や計画について説明を受けた方に】

##### 個別の目標や計画に関する説明はわかりやすかったか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 6人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 0人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

【コメント】

「個別の目標や計画について説明がありましたか」との設問に対して「はい」と答えた方は7名であった。7名の方々に対して「個別の目標や計画に関する説明はわかりやすかったか」の設問に対して、6名(85.7%)の方々が「わかりやすかった」と答えていている。

#### 9. 【過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に】

##### サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 0人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 0人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

#### 10. 不満や要望を事業所や職員に言いやすいか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 5人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 2人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

【コメント】

回答を寄せられた方々の55.6%が「はい」であり、「どちらともいえない」と「いいえ」と答えた方は3名(33.3%)であった。「気軽に話すというわけにはいきませんが、子どものためと思って言葉を選び、誤解がないように正確に伝えるように注意して話します」との声も寄せられた。

#### 11. 利用者の不満や要望はきちんと対応されているか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 6人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

【コメント】

回答を寄せられた方々の66.7%が「はい」であったが、「いいえ」と答えた方はゼロであった。

#### 12. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか

|    |    |           |    |     |    |         |    |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 1人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 6人 | 無回答・非該当 | 1人 |
|----|----|-----------|----|-----|----|---------|----|

【コメント】

回答を寄せられた方々の7名(77.8%)が「どちらともいえない」と「いいえ」であった。

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報

## リーダーシップと意思決定



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 講評

利用者支援に当たっての心構えや基本方針は「事業運営についての理念」として明示している。さらに、「生活・作業」、行事・地域、給食、健康診断、通所バス運行等のさまざまなサービス提供を行う上での基本的な考え方を「運営方針」としてまとめている。これらは施設内に掲示し、職員および当施設を訪問する方々に対して周知および理解の浸透に努めている。また経営幹部からも、新人職員研修、職員会議、ミーティング等のさまざまな機会を通して職員に対して話をしている。

事業計画書に各職種の職務内容が明記されている。また毎年4月、当該年度における「職員別職務分担表」(一覧表)を作成、職員へ配布し、職員が自分の業務内容が理解できるようにしている。一方、組織的管理を行っていく上で、組織図は組織内の指示命令系統を明確化する意味で重要なものであり、職員に対しても理解をしてもらう必要がある。組織図は規程集の中に入っているが、職員に対して配布される事業計画書の中にも記載されることが望まれる。

重要な案件は、16名の理事で構成される「理事会」、地域の民間団体の代表者40名で構成される「評議員会」にて重要な案件が議決される。その方針に沿って、施設の運営上の課題等は各施設・事業所の責任者である係長が参加メンバーとなっている「リーダー会議」で討議され、係長会で討議された内容は施設内の「グループリーダー会議」にて周知されている。また毎日、午前8時30分と午後4時30分の会議にて適時必要な事項は周知している。

[このページの一番上へ](#)

## 1-1-1. 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      | A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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)</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## 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

| 評点      | A                                                                                                              |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている</li> <li>○ 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                |

## 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      | A                                                                                                                                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                          |

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

---

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせはこちらから

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

---

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

## 組織マネジメント分析結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報

## 経営における社会的責任



## 講評

法人として『プライバシー保護に関するガイドライン』が作成されている。ガイドラインには障害者への虐待行為とはどのようなことなのか等を明示している。さらに、職員の支援に当たっては、先ず最初に「本人の意思確認を行う」とや「しつけや指導と称して行われる行為も虐待です」等の具体的な行動規範が明示、職員が何時でも見られるよう各部屋へ掲示し、注意喚起を促している。

第三者評価は、平成17年度受審しており、今年度で第2回目の受審となる。機関紙「あしあと」を年4回、各1,300部発行し、区、図書館、ひろば館、小・中学校、スポーツハウス、スーパー等、広く関係機関・地域に配布している。この他、施設前の掲示板には当施設の取り組みのみならず地域の情報等が掲示され、地域に対して当施設の活動の様子や運営についてできる限り情報公開し、開かれた施設づくりへ取り組んでいる。

地下ホールを地域住民の方々へ貸し出したり、地域の方々を対象に映画上映も行なっている。併設デイサービス・センターが主催する「家族介護者教室」や「セラパン体操」が毎月開催されており、当施設の機能を地域の住民の方々へ貢献すべく努めている。また当法人は地域福祉を推進する役割を担うために設立されており、理事会や評議員の構成メンバーの方々も地域の福祉関係の団体の代表を務める方々ばかりであるため、施設運営においてさまざまな地域の福祉分野でのネットワークを活かした取り組みができる体制が整備できている。

[このページの一番上へ](#)

## 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

|         |                                                                                                                                                          |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点      | A                                                                                                                                                        |
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                          |

## 2-1-2. 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている

|         |                                                                                                                                                                             |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点      | A                                                                                                                                                                           |
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる</li> <li>○ 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                             |

## 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

|         |                                                                                                                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点      | A+                                                                                                                                                                                  |
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ 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</li> </ul>      |
| A+の取り組み | 地域住民の方々へ、日頃の施設での利用者の活動の様子を知っていただくために「やかまし祭」を開催している。「給食展示コーナー」等の各種コーナーが設けられており、利用者が普段食している特別食や刻み食などを展示したり、活動の一環である「はた織り」「紙すき」「パソコン活動」等の活動も体験していただき、当施設の活動を理解していただくよう施設一丸となって取り組んでいる。 |

## 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

|      |                                                                                                                                                                                   |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点   | A+                                                                                                                                                                                |
| 標準項目 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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)</li> <li>○ 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</li> </ul> |

### A+の取り組み

登録ボランティアは同一法人の生活実習所と共に200人であり、同一法人内他事業所にはボランティアセンターが設置されており、密な連携ができている。ボランティアの受け入れ等においては他施設に比べて特段のノウハウの蓄積を保有し、その中でも「ボランティアマニュアル」は<ボランティア受け入れの目的>を明確にし、受け入れの手順等も詳細に作成され、職員にとってもボランティアの必要性や役割の認識を適切に持てるよう工夫されており、隨時見直しもされている。

### 2-2-3. 地域の関係機関との連携を図っている

| 評点      | A |                                          |
|---------|---|------------------------------------------|
| 標準項目    | ○ | 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          |
| A+の取り組み | ○ | 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 |

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

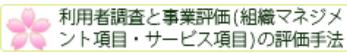
## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報



## 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

## 講評

苦情解決制度については契約書を提示し、利用者および家族へ説明している。第三者委員(区高齢者クラブ連合会長、民生・児童委員)が設置され、第三者委員については館内に掲示されている。利用者および家族からの苦情や要望は、その都度対応し、グループリーダー会議において報告し、職員への周知も図っている。議事録をみると、<送迎中の対応・態度について施設に苦情の電話が入った際には委託先の業者に直ちに注意を促すのみならず、所長が近隣の家々に対して挨拶周りを行なった>との記載があり、真摯な対応がなされている。

利用者の意向把握に関しては、給食会議(毎月開催)および嗜好調査、個人面談、保護者懇談会、保護者連絡会等を通してきめ細やかな吸い上げを行なっている。その中で挙がってきた案件に対して、ガイドヘルパーやショートスタイルの利用に繋げ、利用者にとっての生活の幅が広がり、より豊かな人間関係の中での生活ができるなど、利用者および家族の喜びに繋げている。また家族を対象に区障害者福祉課の職員を講師に依頼し、自立支援法に関する勉強会を開催するなどし、利用者の要望や意向に対して丁寧できめ細やかな対応がなされている。

当施設は毎年、養護学校の卒業生を受け入れているため、養護学校の生徒および家族、教師の実習先ともなっている。そのため、養護学校との連携は綿密に行なっている。また当法人は地域の方々や行政等の方々との連携のもと、「地域福祉活動計画」を作成中であり、そこに地域住民の方々の声を反映するため、「地域懇談会」を開催している。当法人の特性から地域の福祉ニーズの収集には他施設には見られない取り組みがされている。

[このページの一番上へ](#)

## 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)

| 評点      | A                                                                                                                                              |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                |

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                       |

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                    |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                      |

[このページの一番上へ](#)[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

## 組織マネジメント分析結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報



## 計画の策定と着実な実行



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 講評

荒川区とは、平成18年度から平成20年度までの指定管理者制度の契約を行っており、その際に策定した中期事業計画が作成されている。平成19年度の事業計画も作成されている。平成18年度から導入された自立支援法により、施設経営においては運営・経営主体の責任の度合いが増し、それに伴い利用者の障害の重度化や利用者を在宅で支える家族の高齢化等、利用者の取り巻く環境は厳しさを増している。その中で、自己選択、自己決定、自己責任の力を持てるような支援の強化に取り組もうとの意気込みで作成されている。

事業計画の策定プロセスとしては、毎月開催されるグループリーダー会議においてその作成スケジュールを通知し、先ずは現場の課題・問題点の把握をし、事業計画および予算案を提出するなどして全職員が事業計画の作成に参加できるようにしている。その後法人事務局から内容点検およびヒアリングが行われ、理事会・評議員会において決裁される。

『緊急時対応マニュアル』、『危機管理マニュアル』が作成され、職員勤務室にて保管されている。また外部研修の「リスクマネジメント研修」にも職員を派遣し、職員への事故の再発防止のための意識づけを行っている。ヒヤリハット報告書は作成されていない。今後はインシデントとアクシデントの定義を明確にされ、『ヒヤリハット報告書』を作成し、その集計・分析を行い、事故の再発防止に向けた取り組みの充実を望む。

[このページの一番上へ](#)

## 4-1-1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

| 評点      | A                                                                                                                                                            |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 年度単位の計画を策定している</li> <li>○ 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                              |

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している</li> <li>○ 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                          |

## 4-1-3. 着実な計画の実行に取り組んでいる

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## 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

| 評点 | A                                                                                               |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> |

|         |                                                                                                                                  |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    |  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       |
|         |  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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                                  |

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

## 組織マネジメント分析結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報



## 職員と組織の能力向上



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 講評

給与制度は年功序列型であるが、職務についての目標と成果を記入する『目標・成果シート』を活用し、仕事の目標を持たせ職員のやる気の醸成に活用している。また『自己評価票』や『自己申告書(異動意向調査)』が作成されており、管理職との面接を行ない、管理職が職員の意向や現場の問題・課題を掴む機会の確保や、また職員個々の適性や将来の希望を聞き取り適材適所の人材配置になるよう努めている。また『非常勤職員採用等意向調査』も作成し、契約更新の際に活用するなど非常勤職員の育成に対する配慮もできている。

外部研修に関しては研修案内文を掲示、回観し、希望者を募り、常勤・非常勤を問わず意欲のある者を研修へ派遣している。今後は当施設の職員ニーズや課題等をさらに分析し、当センター独自の内部研修の計画を策定されることを望みたい。

医療的ケアが必要な方が入所されたことに伴い、当施設は区立施設であるということから他民間施設では受け入れが困難な利用者も積極的に受け入れていこうとの方針を持ち、区へ申請し、非常勤看護師や生活支援員の増配置を行っている。また超過勤務に対しては『時間外勤務等命令簿』を作成し、必ず上司の許可を得て上での残業を行うということはもちろんのこと、1ヶ月9時間以内、年間108時間以内という上限設定を設けており、職員の就業環境に対する配慮も行なっている。

[このページの一番上へ](#)

## 5-1-1. 事業所にとって必要な人材構成をしている

| 評点      | A                                                                                                                                                         |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている<br><input type="radio"/> 適材適所の人員配置に取り組んでいる |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                           |

## 5-1-2. 職員の質の向上に取り組んでいる

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## 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

| 評点      | A+                                                                                                                                                                                   |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み | 新人職員研修は2日間、現任研修は4日間に亘り、法人主催により常勤、非常勤ともにほぼ同じ内容で実施されている。非常勤職員に対して、常勤職員と全く同様の研修体制が整備されていることは評価に値する。                                                                                     |

## 5-2-2. 職員のやる気向上に取り組んでいる

| 評点 | A                                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------|
|    | <input type="radio"/> 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マ |

|         |                                  |                                          |
|---------|----------------------------------|------------------------------------------|
| 標準項目    |                                  | ネジメントを行っている                              |
|         | <input checked="" type="radio"/> | 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 |
|         | <input checked="" type="radio"/> | 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            |
|         | <input checked="" type="radio"/> | 福利厚生制度の充実に取り組んでいる                        |
| A+の取り組み |                                  |                                          |

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

サービス分析結果

利用者調査結果

事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報

## 情報の保護・共有

利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 講評

利用者に関する記録等は、紙ベースが主である。また書類関係には必ず保管年度が記載され、キャビネットでの管理の方法等、機密情報の管理に関しては他への漏洩がないように徹底されている。また、パソコンでの一元管理に関しては今後の課題となっているが、現在、使用している書類関係の作成・保管においてはパスワード設定がされ、機密情報の保護も図っている。

当施設における個人情報の文書は何かということを整理しており、個人情報の保護に関する規程類は完備されている。またこれらの指針等はセンター内に掲示され、職員はもちろんのこと利用者および家族、施設を訪問した方々に対して当施設の個人情報保護に関する取り組みの周知を図っている。さらに個人情報保護担当者も配置されている。

利用者および家族へは、重要事項説明書を使用しながら個人情報保護に対する当センターの取り組みについての説明を行なっている。ボランティアや実習生に対しても、オリエンテーションの資料にはプライバシー保護の観点から利用者の個人情報について口外しないようにと記載されており、活動を開始するに当たっては口頭にて個人情報の保護遵守の徹底について伝えている。活動終了時には必ず関係書類の回収も行なうなど情報管理の徹底に努めている。

[このページの一番上へ](#)

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している<br><input type="radio"/> 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                          |

## 7-1-2. 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                      |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 個人情報の保護に関する規定を明示している<br><input type="radio"/> 開示請求に対する対応方法を明示している<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                        |

[このページの一番上へ](#)[▲このページのトップへ](#)

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

サービス分析結果

利用者調査結果

事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

平成17年度評価結果

## カテゴリー1～7に関する活動成果



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 8-1-1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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

- ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」
- ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」
- ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」

| 評点    | A <sup>+</sup>                                                                                                                                                                      |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 改善の成果 | 地域住民の方々へ、日頃の施設での利用者の活動の様子を知っていただくために「やかまし祭」を開催している。「給食展示コーナー」等の各種コーナーが設けられており、利用者が普段食している特別食や刻み食などを展示したり、活動の一環である「はた織り」「紙すき」「パソコン活動」等の活動も体験していただき、当施設の活動を理解していただくよう施設一丸となって取り組んでいる。 |

[このページの一番上へ](#)

## 8-2-1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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

- ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」

| 評点    | A                                                                                                |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 改善の成果 | 新人職員研修は2日間、現任研修は4日間に亘り、法人主催により常勤、非常勤ともにほぼ同じ内容で実施されている。非常勤職員に対して、常勤職員と全く同様の研修体制が整備されていることは評価に値する。 |

[このページの一番上へ](#)

## 8-3-1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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

- ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」
- ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」

| 評点    | A <sup>+</sup>                                                                                                                                                                                              |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 改善の成果 | 利用者の意向把握に関しては、給食会議(毎月開催)および嗜好調査、個人面談、保護者懇談会、保護者連絡会等を通してきめ細やかな吸い上げを行なっている。また家族を対象に区職員を講師に依頼し、自立支援法に関する勉強会を開催するなどしている。利用者調査のコメントにも、施設側の利用者および家族の希望を叶えるための前向きな努力に対して感謝の声が寄せられていた。利用者の要望や意向に対して丁寧で真摯な対応がなされている。 |

[このページの一番上へ](#)

## 8-4-1. 財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

| 評点    | A                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------|
| 改善の成果 | 区からの委託事業であることから、区・都の監査以外にも外部監査を導入し、法人事務局により適正な予算管理が行われている。 |

[このページの一番上へ](#)

## 8-5-1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリーで評価される部分において改善傾向を示している

- ・カテゴリー3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

| 評点    | A <sup>+</sup>                                                                                  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 改善の成果 | 利用者の意向把握に関しては、給食会議(毎月開催)および嗜好調査、個人面談、保護者懇談会、保護者連絡会等を通してきめ細やかな吸い上げを行なっている。その中で挙がってきた案件に対して、ガイドヘル |

## 改善の成果

パーやショートスティの利用に繋げ、利用者にとっての生活の幅が広がり、より豊かな人間関係の中での生活ができるなど、利用者および家族の喜びに繋げている。また家族を対象に区障害者福祉課の職員を講師に依頼し、自立支援法に関する勉強会を開催するなどし、利用者の要望や意向に対して丁寧できめ細やかな対応がなされている。

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## サービス情報の提供

## 講評

利用者が入手できる施設の情報は、機関紙『あしあと』を年4回、各1,300部発行し、区、図書館、ひろば館、小・中学校、スポーツハウス、スーパー等、広く関係機関・地域に配布している。そのほかパンフレット、ホームページでも情報提供している。また、利用者家族(保護者)には、お知らせ版を兼ねて「仲間たち」を作成し、随時、社会の動向や利用者の生活の様子等を知らせており、18年度は40回に達している。その精力的な取り組みは特筆に値する。

利用者には、それぞれの特性を考慮して、「写真カード」「絵カード」「しおり」等を利用している。これは、ハガキ大程度の台紙に、動作やその内容を示す写真・絵を一つひとつ貼り付け、誰でもそれを見ることによって理解できるようにしたものである。同じ動作の内容でも、部屋ごとに、また、障害に応じて個別に表現を変えたりしており、きめ細かに、膨大な種類のカードが利用されている。

行政や関係機関等には、実績記録表を送付したり、必要に応じて事故報告を行っている。また、問い合わせや見学等に対しても、随時対応している。なお、室内等の見学は、利用者の了解を得て実施している。養護学校の生徒や保護者に対しては、今後生活実習所利用を希望する場合もあるので、進路担当の教師とも連携しており、施設の「事業計画」を配布している。来所時には、氏名を日誌に記入し、必要に応じコミュニケーションを深めることも行っている。

[このページの一番上へ](#)

## 1-1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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している<br><input type="radio"/> 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している<br><input type="radio"/> 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                       |

[このページの一番上へ](#)[▲このページのトップへ](#)

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## サービスの開始・終了時の対応

## 講評

サービスの開始にあたっては、契約書別紙、重要事項説明書に基づき説明している。サービス内容や利用者負担金等についても丁寧に説明し、同意を得ている。公立施設なので、契約書は本人と行政がそれぞれ保管している。利用者や保護者の意向は説明および家庭訪問の際に聴取し記録している。なお、利用者は養護学校卒業者が多いが、学校では1~2年生で進路を検討し、2年生では生活実習所で2~3日の体験実習を行うので、コミュニケーションも意向も比較的取りやすい様子である。利用者調査では「説明がわかりやすかった」が80%であった。

支援に必要な個別事情や要望は、個別支援計画やフェイスシートに記録している。フェイスシートは施設独自の様式でわかりやすく、チェックシートもあるが、そのほか養護学校からの資料、嗜好調査、医療情報等により必要な情報を把握している。開始直後の不安を軽減し、利用前の生活をふまえた支援を行うために、事前面接の際、家庭で普段使用しているものを了解のもとでデジカメに撮り、参考として活用する等の工夫もしている。

サービス終了時には、不安を軽減し、スムーズに支援の継続ができるように配慮している。18年度の退所者はいなかった。なお、退所後は、大多数の利用者は民間の福祉作業所、生活実習所、一般就労に大別される。その際、複数の選択肢を選び、区の調整会議で検討するしくみである。移行にあたっては、フェイスシート等の情報を他施設に提供し、円滑に支援が継続するように配慮をするが、情報は保護者を通じて提供し、個人情報保護に留意するよう努める。

[このページの一番上へ](#)

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                                          |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                            |

[このページの一番上へ](#)

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> サービス利用前の生活をふまえた支援をしている<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                  |

[このページの一番上へ](#)[▲このページのトップへ](#)

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

## 組織マネジメント分析結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

福祉サービス第三者評価情報



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 個別状況に応じた計画策定・記録

## 講評

利用者的心身・生活状況は、ケース記録に記載して把握している。一人ひとりのニーズや課題は、フェイスシートや個別支援計画に記録している。三者面談は年1回行うが、きめ細かな聞き込みを行い、ニーズや希望も把握して本人、保護者、施設の三者により、支援計画作成、評価も行っている。施設からの訪問者は看護師、課長、担当職員であるが、多角的な視点で状況を分析し、討議のうえ支援に反映させている。アセスメントの見直しは、定期的に、年度末に行っている。

計画策定にあたっては、利用者の意識調査や面談により、適切な状況・ニーズの把握に努めている。個別面談の方法については綿密な手順を策定している。また、施設支援計画は作成資料として項目を5項目に設定し、チェック表で確認するしきみである。項目は、日常生活動作、健康、食事、コミュニケーション、社会参加・社会生活技能であり、担当職員が計画の試案を作成し、それを検討して完成させるという段取りである。計画は、グループごとに日々の支援計画として実践しているが、長期・短期の計画が策定されている。

利用者に関する計画や情報は、フェイスシート・ケース記録・施設支援計画で職員すべてが共有している。アセスメントは常勤職員が作成し、日々のケース記録で情報は共有しているが、日常的に、および支援計画会議の中でチェックを行い、目標に対しての成果や評価を行っている。利用者に変化のあった場合は、朝・夕のミーティングで申し送りをし、引継ぎを行っている。とりわけ、医療面や栄養面については観察をしており、変化を見逃さないように留意している。

[このページの一番上へ](#)

## 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

|         |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                            |
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 利用者的心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                              |

[このページの一番上へ](#)

## 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

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている</li> <li><input type="radio"/> 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

[このページの一番上へ](#)

## 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

|         |                                                                                                                                                                                            |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点      | A                                                                                                                                                                                          |
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                            |

[このページの一番上へ](#)

### 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

| 評点      | A                                                                                                                            |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                              |

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

## プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 講評

利用者の情報を外部に提出したり、施設の様子を広報する場合は、個別に同意を得るようにしている。お知らせ『仲間たち』の文中で、あるいは展示等で氏名、写真等を掲載する場合は、必要に応じ同意書の文書も添付している。プライバシーに関しては規程もあるが、職員は、日常的にプライバシー保護の議論を行っている。また、羞恥心に関しては、排泄・入浴介助等は同性介護が原則である。男性トイレにもカーテンを設置し、排泄介助の際は必ずカーテンを使用するようにしている。利用者調査では、68%がプライバシーは守られていると答えている。

職員のモットーとしては、利用者の意思を汲み取り確認すること、職員とのコミュニケーションを深めること、各人の行動パターン・こだわりを把握すること、等を重視し、利用者を傷つけたり、虐待したりすることのないように言動を振り返っている。虐待防止、利用者の権利については、目に付くように各部屋に掲示してある。また、所長は、不定期に各部屋を巡視して点検している。さらに、グループリーダー会(リーダー、看護、栄養、心理技術、所長)は月1回、職員会議は必要に応じて開催し、問題点を提起して協議するしきみである。

利用者の虐待被害を発見した場合は、区や保護者との連携体制を整備している。また、一人ひとりの価値観や生活習慣については、三者面談等で把握した情報を活用し、グループの中で支援方法を工夫して配慮するようにしている。画一的な待遇は行わない方針であるが、グループは一部屋6~9名の2グループであり、比較的個別の状態を把握しやすい体制である。活動も、グループ単位に行なうことが多く、成果を挙げている。

[このページの一番上へ](#)

## 5-1. 利用者のプライバシー保護を徹底している

| 評点      | A                                                                                                                                                                          |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                            |

[このページの一番上へ](#)

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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)<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 虐待被害にあつた利用者がいる場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

[このページの一番上へ](#)[▲このページのトップへ](#)

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

## 事業所業務の標準化



利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 講評

サービスの基本事項や手順等を明確にするために、各種のマニュアルを作成している。マニュアルは送迎者安全運転励行、ボランティア、給食、行事等に関するものがある。わかりやすい表現としており、現実のサービスとの整合性については、ミーティングで点検を行っている。法改正等を見据えて補足したり、生活実習生との話し合い等を通じて修正を加えたりしている。マニュアルは、見やすいところに配置してはいるが、日常的な活用は充分とは言えない。必要な業務の手順と内容は、さらに検討して実態に合わせて整備することが望まれる。

マニュアルの見直しは、事業計画作成時期に行なうようにしている。利用者や職員の意見・提案は、工夫等も含めてミーティングや会議の中で検討し、マニュアルや業務等に反映するようにしている。ミーティングは数多く開催され、職員の意見も活発に出されている。そのほか業務を遂行する中で、担当業務ごとにそれぞれ反省したり、問題点を提起したりして検討を行っている。

職員のレベルアップを目指す研修は、法人主催により新任研修および現任研修が行われている。また非常勤職員研修も別途に開催されている。OJTは、各人のサービス方法について指導者から随時助言・指導が行われている。また、わからないことが起きた場合は、指導者に相談・助言を得ている。指導者は主にグループリーダーであり、そのほか所長、課長、心理技術者、看護師等がその役を負っている。ただ、研修参加者は人数、研修内容とも限定されており、ニーズを勘案した職場内研修の充実と研修の共有が今後の課題として挙げられる。

[このページの一番上へ](#)

## 6-1. 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るために取り組みをしている

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

[このページの一番上へ](#)

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

[このページの一番上へ](#)

## 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

| 評点      | A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> </ul> |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|         |                                                                                                                          |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |  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、助言を受けています |
| A+の取り組み |                                                                                                                          |

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

[福ナビトップへ](#) | [サイトマップ](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

## 評価結果ダイジェスト

## 評価結果詳細

## 全体の評価講評

## 事業評価結果

組織マネジメント分析  
結果

## サービス分析結果

## 利用者調査結果

## 事業者のコメント

## 評点の見方

## 他年度の評価結果

## 平成17年度評価結果

## 福祉サービス第三者評価情報

## サービスの実施

 利用者調査と事業評価(組織マネジメント項目・サービス項目)の評価手法

## 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

## 講評

個別の支援計画を作成し、利用者全員にそれぞれ配布している。支援は、計画に基づいて行うが、それぞれの「伸びせるもの」を重視して、日常の変化に留意し、具体的な手段により現場での確認を行いながら実践を行っている。なお、自分自身の計画を自覚し、目標に向かって自立生活を目指すことは有益であるが、利用者調査では、「目標や計画をつくる時、職員はあなたの話を聞いてくれたか」に対し、「はい」は59%、「どちらともいえない」が27%であった。信頼関係を深め、個性を考慮してより一層傾聴していくことが望ましい。

利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を重点課題として取り組んでいる。各自の意思表示の仕方を把握することが重要であり、それに応じて多様な対応方法を工夫している。一人ひとりに応じた「写真カード」「絵カード」等の利用が最も多い。そのほか特性に合わせたさまざまな手法や工夫が行われており、何らかの方法により意思表示ができるように、利用者の状態に対応する各部屋ごとの特徴が顕われていた。

帰りの時間が迫ると、その日の当番の利用者が連絡帳を手渡している。一人ひとりの利用者の名前を呼び、返事をしたらその傍らに行って連絡帳を手渡していく作業である。評価者が訪問した際には名前を呼ぶ、返事をする、それらのこともスムーズにいかず、中には両者の人間関係からか、受け取らないとそっぽを向く場面も見受けられた。全員が受け取り、さようならの挨拶をするまで、職員は必要に応じ支援し、悪感情が残らないように巧みに対人関係の修復を行っていたのが印象的であった。

|         |                                                                                                                                                                                                      |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点      | A                                                                                                                                                                                                    |
| 標準項目    | <input type="radio"/> 個別の支援計画に基づいて支援を行っている<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 自立生活に必要なさまざまな情報を提供している<br><input type="radio"/> 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                                      |

[このページの一番上へ](#)

## 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

## 講評

日中活動については、基本的な生活習慣の確立、生活能力の向上を目指して、さまざまな活動メニューを設定している。利用者の希望や特性により、選択して行っている。日常動作訓練も日常的に行われているが、全体的なものとしては専門講師による手話音楽(月1回)、リズム体操を取り入れ、音楽により身体を動かして情緒安定を図るものである。そのほか多様なメニューがあるが、グループで、あるいは各人が選択して参加している。予定表には、個別参加も記載されている。

一人ひとりのニーズに応じたその人らしさを発揮できる活動は、さまざまであるが、概ねグループごとに参加している。各部屋では、特性に合わせて美術造形、手芸・創作活動などを行っており、部屋の飾り付けも驚くほどユニークさに溢れている。社会の仕組みを理解し体験する社会見学(年2回)、そのほか乗馬体験、マッサージ、ランニング、パソコン、調理実習等多様であるが、個別の希望に対応して実施している。なお、職員調査では、グループを2つにしたので活動内容や時間が個別のニードに対応しやすくサービスが向上した、との評価があった。.

利用者が活動しやすいように、車いす利用に合わせた机の配置を行った。活動に意欲を示さない人に対しては、写真を見せたり、現物を飾ったりして、自立を目指して「やってみたい」と思えるような環境を整え、動機付けも行っている。利用者調査では「活動は楽しいか」に対し、「はい」が77%、「どちらともいえない」は23%であり、満足度が高かった。.

|    |                                                           |
|----|-----------------------------------------------------------|
| 評点 | A                                                         |
|    | <input type="radio"/> 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 |

|         |                       |                                       |
|---------|-----------------------|---------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> | 利用者が活動しやすい環境を整えている                    |
|         | <input type="radio"/> | 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 |
| A+の取り組み |                       |                                       |

[このページの一番上へ](#)

### 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

#### 講評

食事は、利用者の嗜好調査(年1回)を行い、結果は保護者にも知らせ、意見を献立に反映するようにしている。また、保護者に対しては、保護者会の折に試食会(年1回)をグループごとに行い、意見や要望を聴取している。施設では給食会議を月1回開催し、所長、看護師、支援員、栄養士、調理員が参加して、栄養が偏らず、バラエティに富んだ豊かな食生活を目指して、食事関係についての内容・運営等の協議を行っている。

利用者の状態に合わせて食事形態も刻み食、ペースト食、おかゆを用意し、食べやすいようにしている。調理は、同一法人の生活実習所本所で行い、盛り付けたものを運搬している。温冷配膳車および食器もふたをする等の工夫をして温冷配膳に努め、個別の状態に応じ盛り付けを小分けにしたり、とろみをつけたり、代替食や同じ食材でも調理方法を変えたりと配慮している。栄養ケアマネジメントも行っている。なお、献立表は利用者にも配布している。

食事時間が楽しいひと時となるように、音楽等を流したり、グループごとに工夫している。食事介助の際には、職員による声かけ、話しかけを重視し、雰囲気づくりを心がけている。利用者調査では「食事時間は楽しいか」の問いに、77%が「はい」と答え、「子どもは食事がおいしいといっている」との意見があった。

|         |                                            |
|---------|--------------------------------------------|
| 評点      | A                                          |
| 標準項目    | <input type="radio"/>                      |
|         | 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 |
|         | 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        |
| A+の取り組み |                                            |

[このページの一番上へ](#)

### 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

#### 講評

日常生活上の支援は、施設支援計画に基づいて行っている。一人ひとりのベースが異なるので、能力や表現力を伸ばすため、活動内容や所要時間もそれぞれの動きに合わせて調整を行っている。来所してから過ごす1日の流れは、「写真カード」等をそれぞれに配り、行動をひとつづつ確認している。また、帰りには、明日の予定カードを示し、計画性を持てるように働きかけている。

来所して顔が揃うと、「あさの会」を始める。利用者主体のもので、まず天気シールで今日の天候を確認し、一人ひとりの名前を呼び、「おはよう」と挨拶をする。それから体操をし、その後で各自の活動を始めるという流れである。こうしたことでもパターン化して継続することにより、日常生活において自発性を習慣づけ、ひいては機能訓練ともなる、と施設では考えている。

支援計画により、身の回りのことは自分で行えるように働きかけている。そのため、たとえ意思表示や動作が遅くても、職員はあせらずに「行動を待つこと」を重視するように努めている。この姿勢は、自立生活を促進するための支援の基本であり評価できる。

|         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| 評点      | A                                 |
| 標準項目    | <input type="radio"/>             |
|         | 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 |
| A+の取り組み | <input type="radio"/>             |
| A+の取り組み | 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    |

[このページの一番上へ](#)

### 5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている

#### 講評

利用者の健康診断は、保健所で年1回行っている。施設では、内科が月2回、精神科が月1回の往診があり、そのほか2名の看護師がバイタルチェックとして体温は毎日、血圧は週1回チェックしている。利用者の中で座位を保持できない人、ストレッチャー使用者、おむつ交換の要介助者が見られ、そのほか座薬、バルーン利用者等、健康維持のための支援にも慎重さが求められる。保護者にも健康に関しては不安があるが、相談等には、必要に応じ丁寧に対応している。

通院や服薬等に関しては、連絡帳や健康手帳を保護者と相互に交換する中で、必要に応じて助言や支援をしている。また、服薬管理に関しては、保護者より預かった常用薬は各人の箱に入れて管理し、服薬は飲むのを見届け、あるいは支援し、空になった袋は保護者に返還するというしきみである。口に入れても吐き出したりする光景も見受けられ、職員が適切に対処していたが、誤薬・誤飲はないようにゆったりと対応している。なお、利用者調査では、職員と看護師の増員を望む声が出されている。

利用者の体調変化への対応には、『医療的ケア実施手続き』というマニュアルが策定されている。医療的ケアを必要とする場合、実施申請書から実施状況報告書提出に至るまでの流れと主治医、保護者、施設、嘱託医のそれぞれの役割と手順が明示されている。なお、危機管理については、事故発生時の対応について設定されている。しかし、緊急時の対応は、より明確に明示しておくことが望まれる。嘱託医とは連携をしており、診察日以外でも相談できる。日頃の観察を密にして予防に努めており、看護師は、成人病関係の指導も行っている。

| 評点                   | A <sup>+</sup>                                                                                                                                                                                                      |                                         |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 標準項目                 | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                               | 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 |
|                      | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                               | 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            |
|                      | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                               | 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている                |
|                      | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                               | 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   |
| A <sup>+</sup> の取り組み | ・利用者の健康に関しては、利用者・保護者の多くが不安を抱いている。そのため保護者との情報交換が重要で、健康手帳を活用している。これは、施設独自に考案されたもので、内服薬、健診データ、バイタルチェック等の身体測定データ、医師の診断所見等が網羅されており、健康状態の推移や変化等が把握できる。医師の診断や保護者が健康管理をする上でも有効に活用されている。加えてこれは職員の工夫により考案されたものであり、さらに高く評価できる。 |                                         |

[このページの一番上へ](#)

## 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

### 講評

行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や希望を考慮し、多彩なものがある。社会見学は年2回実施して見聞を広めている。また、宿泊訓練も保護者を離れてさまざまな体験をして自律性を高めるという得がたい体験をしている。運動会も区内通所施設合同のハートの運動会、区内障害者の大運動会等に参加して楽しいひとときを過ごした。施設内ではクリスマス会、成人を祝う会等があり、「やかまし祭」では地域に施設を公開し、生活の様子や作品展示により多数の参加者を迎える、地域交流を促進した。

利用者および保護者は、三者面談や支援計画策定の際に意見を述べる機会がある。それらの意見をふまえ、特性を考慮して施設運営に反映していく仕組みである。また、日常的には、連絡帳に意見・質問・疑問点等を記載することができ、施設では、その都度それらに対応していくというしきみも活用されている。利用者調査では、「活動は楽しいか」に対し「はい」が77%、「どちらともいえない」が23%であった。生き生きとした活動状況がそれを裏付けている。

利用者の「今日の予定」は毎日それぞれ「写真カード」を提示して周知を図っている。行事やイベントの企画には、利用者の意見を取り入れ、準備も利用者が主体的に進めたりしている。職員はそれを支援し、担当者会議はその都度開催している。また、ボランティアは各グループに配属され、行事の際の受付とかレクリエーションとかの運営にも携わっている。セレモニーは、利用者、職員、ボランティアの三者で行われていることがうかがえる。

| 評点                   | A                     |                                                   |
|----------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|
| 標準項目                 | <input type="radio"/> | 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"/> | 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"/> | 日常の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"/> | 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きみを整えている       |
|                      | <input type="radio"/> | 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                       |
| A <sup>+</sup> の取り組み |                       |                                                   |

[このページの一番上へ](#)

## 7. 施設と家族等との交流・連携を図っている

### 講評

個別の利用者の様子は連絡帳を活用して知らせているが、利用者全員へのお知らせ版として『仲間たち』を発行している。施設の現況やニュースなどの社会の動き等、利用者や保護者にわかりやすい表現で書かれている。必要に応じて隨時発行され、18年度は40回に及んでいる。利用者が閉鎖的になるとなく、ふつうの生活が送れるように、社会の一員としての情報もタイムリーに提供している施設の姿勢と努力は貴重であり、注目に値する。

施設は三者面談を年1回、家庭訪問は隨時行い、各利用者保護者とは交流を深めている。さらに保護者懇談会を実施し、同日に保護者会が行われており、全体の保護者会は年4回程度、各グループの保護者会は年3回程度開催し、施設との絆を深めている。その際試食会も行うが、半数以上の参加を得ている。また、勉強会を開催したり、保護者会用の戸棚も設置している。また、施設では、必要に応じ短期入所、緊急時入院先の情報提供を行い、便宜を図っている。

利用者の日常の様子は、毎日の連絡帳により保護者に知らせている。当日の活動状況、健康チェックの結果、その他心身状態の変化、留意事項等を記載して保護者に渡し、次回通所日に保護者から同様の情報を記載し、意見等も記載して施設に戻すしきみである。このことにより保護者、施設の交流が始まり、信頼関係が構築され、利用者の意思・本音等が吐露されるようになる。把握された意向は、保護者と連携して実現するように努めている。

| 評点      | A                                                                                                                                                                              |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 必要に応じて、家族等への情報提供や支援をしている |
| A+の取り組み |                                                                                                                                                                                |

[このページの一番上へ](#)

## 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

### 講評

地域の情報は、散歩、機関紙『あしあと』の配布等、利用者自身が外出する際に得ることもある。また、地域の店舗等(5ヶ所)の協力を得て利用者の作品・絵画を一覧して展示する「アート展」を常時催し、施設についての理解を得ようと啓発活動をしている。作品は、自分たちで概ね1ヶ月ごとに交換している。さらに他の生活実習所と共に催の地域懇談会や障害者福祉会館利用等によって得られた情報も、適宜、お知らせ『仲間たち』等で、情報提供している。

社会資源の一つにボランティアが挙げられる。登録ボランティアは同一法人の生活実習所と共通で200人である。法人の機関紙やボランティアセンター、職員による開拓等、媒体は多様であるが、行事を始め利用者の活動プログラムの実践に大きな役割を果たしている。また、養護学校からの実習生が18年度は10名来所しており、利用者とともに多様な体験をし、生活の活性化をもたらした。

活動文化祭「やかまし祭」では、施設を公開して利用者の日頃の活動の成果を紹介し、理解と共感を得て地域との交流を目指すものである。作品展示や保護者会の模擬店、体験コーナーもあり、地域からは保育園の演奏、町会からの参加もあり成果を得た。利用者の平均利用年数は平均6年であるが全員当該区民であり、地域にも馴染みが深い。また、心身のハンディはあっても適切な支援計画により活力がうかがえる。今後さらに地域との連携を深め、より多角的に生活の幅を広げるための取り組みを検討されることを望む。

| 評点      | A                                                                                                                |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 標準項目    | <input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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 |
| A+の取り組み |                                                                                                                  |

[このページの一番上へ](#)

[▲このページのトップへ](#)

第三者評価については電話03-5206-8750、その他のお問い合わせは[こちらから](#)

**財団法人東京都福祉保健財団**

Copyright©2003-2009 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.