

社会福祉法人神奈川県厚生協会
貴峯荘 御中

平成29年度 第三者評価結果報告書

サービス種別：障害者支援施設
(施設入所支援 + 生活介護)

調査対象

利用者数51名全員を対象に行いました。

調査方法

利用者調査の方法は、聞き取り方式で実施致しました。聞き取り調査は事業所側に個室をご用意いただき、1対1で行い匿名性を確保しました。

障害者支援施設全体

利用者総数

		51
アンケート	聞き取り	計
0	51	51
0	51	51
0.0	100.0	100.0

共通評価項目による調査対象者数

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

生活介護

利用者総数

		11
アンケート	聞き取り	計
0	11	11
0	11	11
0.0	100.0	100.0

共通評価項目による調査対象者数

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

入力不要

入力不要

入力不要

入力不要

入力不要

入力不要

施設入所支援

利用者総数

		40
アンケート	聞き取り	計
0	40	40
0	40	40
0.0	100.0	100.0

共通評価項目による調査対象者数

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

総合的な評価は、「大変満足」11人(21.6%)、「満足」20人(39.2%)、「どちらともいえない」11人(21.6%)、「不満」9人(21.6%)、「大変不満」0人、「無回答」0人でした。

自由意見は、「イベントが楽しい。」「職員が気さくに話しくて良い。」「設備がいい。」などがあり、一方では、「職員が入れ替わらず楽しく過ごしたい。」「身の回りのことは自分で出来るけど、精神的な面をもっと気に掛けて欲しい。」「人手不足なのだから、ちゃんと連携を取って欲しい。」などがありました。

場面観察方式の調査結果

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

評価機関としての調査結果

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

障害者支援施設全体の利用者の有効回答数が

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

障害者支援施設全体の利用者の有効回答数が

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

障害者支援施設全体の利用者の有効回答数が

利用者調査結果

コメント欄を必ず入力してください

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	45	5	1	0
「はい」が88.2%、「どちらともいえない」が9.8%、「いいえ」が2.0%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は「自分でできることはやるようにしている。」、「ベッドが壊れた時に直してくれた。」、「相談することはあまりない。自分でやっている。」などがあります。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	35	11	2	3
「はい」が68.6%、「どちらともいえない」が21.6%、「いいえ」が3.9%、「無回答・非該当」が5.9%となりました。 自由意見は「今のところは大丈夫。」、「洗濯機、乾燥機が壊れた時の対応が遅い。」などがあります。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	31	14	5	1
「はい」が54.4%、「どちらともいえない」が28.2%、「いいえ」が12.0%、「無回答・非該当」が4.8%となりました。 自由意見は「気の合った人とおしゃべりしている。」、「あまり話したくない。職員とは話す。」などがあります。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	33	12	6	0
「はい」が64.7%、「どちらともいえない」が23.5%、「いいえ」が11.8%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は「洗い場、デイルームはやや散らかっている。」、「トイレや浴槽が汚い。」などがあります。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	37	12	2	0
「はい」が72.6%、「どちらともいえない」が23.5%、「いいえ」が3.9%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は「職員によって違う。」、「言葉遣いが悪い人がいる。」などがあります。				

20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	42	5	1	3
<p>「はい」が82.4%、「どちらともいえない」が9.7%、「いいえ」が2.0%、「無回答・非該当」が5.9%となりました。 自由意見は「職員さんや看護師さんがちゃんとしてくれる。」、「人手不足で何とも言えない。」などがあります。</p>				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	38	9	0	4
<p>「はい」が74.6%、「どちらともいえない」が17.6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が7.8%となりました。 自由意見は「なにかあれば職員さんが間に入る。」、「職員による。」などがあります。</p>				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	36	11	4	0
<p>「はい」が70.6%、「どちらともいえない」が21.6%、「いいえ」が7.8%、「無回答・非該当」が0%となりました。 自由意見は「まあまあ接してくれている。」、「しょうがないのはわかるけど、手のかかる人を優先しているので関りが薄い。」などがあります。</p>				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	35	9	2	5
<p>「はい」が68.7%、「どちらともいえない」が17.6%、「いいえ」が3.9%、「無回答・非該当」が9.8%となりました。 自由意見は「アンケート行う際、みんなと一緒にやらされ、やりにくかった。」などがあります。</p>				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	36	11	0	4
<p>「はい」が70.6%、「どちらともいえない」が21.6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が7.8%となりました。 自由意見は「覚えていない。」、「あまり聞いてくれない。」などがあります。</p>				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	38	9	0	4
<p>「はい」が74.6%、「どちらともいえない」が17.6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が7.8%となりました。 自由意見は特にありませんでした。</p>				

26. 利用者の不満や要望は対応されているか	31	12	5	3
<p>「はい」が60.8%、「どちらともいえない」が23.5%、「いいえ」が9.8%、「無回答・非該当」が5.9%となりました。 自由意見は「時間がかかっても対応はしてくれる。」、「相談に乗ってくれる。」、「話を聞いて欲しいときに、聞いてくれないときがある。」、「良い職員が辞めてしまう。」などがあります。</p>				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	29	6	11	5
<p>「はい」が56.9%、「どちらともいえない」が11.8%、「いいえ」が21.5%、「無回答・非該当」が9.8%となりました。 自由意見は「知っているけど、話すようなことはなかった。」、「2回くらい話をした。」、「知らない。」などがあります。</p>				

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
4.【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	8	1	1	1
「はい」が86.6%、「どちらともいえない」が9.6%、「いいえ」が1.9%、「無回答・非該当」が1.9%となりました。 自由意見は「作業が楽しい。」「仕事があるから楽しい。」「休みの時間が楽しい。」などがあります。				

利用者調査結果

実数の合計が有効回答者数と一致しない共通評価項目があります

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
14.【施設入所支援】 食事の時間は楽しみになっているか	26	4	8	2
「はい」が65.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が20.0%、「無回答・非該当」が5.0%となりました。 自由意見は「委託になってから質が落ちた。」「美味しくない(味が濃かったり、薄かったりする)。」などがあります。				
15.【施設入所支援】 休日や夜間に、好きなことができるか	36	1	0	3
「はい」が90.0%、「どちらともいえない」が2.5%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が7.5%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
16.【施設入所支援】 利用者の個別の要望や状況に応じた支援を受けているか	30	5	1	4
「はい」が75.0%、「どちらともいえない」が12.5%、「いいえ」が2.5%、「無回答・非該当」が10.0%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
17.【施設入所支援】 職員が利用者の家族等に連絡をする場合、方法や内容等についてあらかじめ利用者の希望が聞かれているか	30	4	0	6
「はい」が75.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が15.0%となりました。 自由意見は「上手に伝えて欲しい。」などがあります。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 9/9
	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(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○非該当
	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
	●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○非該当
	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
	●あり ○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 ○非該当
	●あり ○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 ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当

カテゴリー1の講評

事業所の理念を職員、利用者、地域社会へと幅広く明示しています

当事業所は「自主・自立・安心・連携」という理念を掲げています。この理念を含め、法人の基本指針は事業計画書の冒頭にも記載され、職員がいつでも確認出来るようになっています。事業所の理念、ビジョン、基本方針について、職員が理解を深める取り組みとして、貴峯荘と貴峯荘ワークピア合同の業務連絡会を月1回開催し、確認を行っています。また、ホームページやパンフレットにも明示することにより、利用者の家族や地域社会の人々にも理解を求める働きかけを行っています。

経営層は自らの役割と経営の方針を職員に説明しています

経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えています。その伝える方法のひとつとして『理事長メッセージ』があります。『理事長メッセージ』は毎年4月、全職員が参加出来る様2日間に分けて開催される理事長からの説明会です。そこで、新年度の目標や取り組み内容等の説明を行っています。また、職員への日常的な連絡は、連絡会によって行われます。連絡会は毎朝各課の代表で行われており、理事長から日常的な連絡を職員へ伝えています。経営層である理事長は、直接職員へ連絡事項を伝えて、事業所をリードしています。

評議員会と理事会によって案件を解決し、その内容を職員及び利用者に伝えています

経営層が対応すべき案件があがった際、評議員会と理事会を開催し、案件の検討と解決をしています。評議員会と理事会で決まった内容は運営会議に回り、連絡会で職員に伝えられます。さらに、利用者へはその都度、食堂等の広い部屋に集まって理事長からその内容を伝えられています。また、一般職員から経営層への報告・連絡・相談がなかなか行われず、情報の流れが一方通行になっています。双方向に情報を発信することが望まれます。

2			カテゴリ2
2			経営における社会的責任
			サブカテゴリ1(2-1)
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している		○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる		○非該当
評価項目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(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 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		○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している		○非該当
			サブカテゴリ2(2-2)
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)		○非該当
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている		○非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している		○非該当
●あり ○なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)		○非該当
●あり ○なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている		○非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している		○非該当
●あり ○なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている		○非該当

カテゴリー2の講評

地域社会に対して、透明性を高める取り組みを行っています

当事業所ではホームページの作成や、貴峯だよりの発行を行っています。ホームページでは施設の案内、法人の理念・事業方針、数多くのイベント紹介など、写真を多数掲載し、見やすいホームページ作りを目指しています。定期的に更新を行い、最新の情報を提供しています。貴峯だよりは年2回発行しているほか、ホームページと同様に事業計画、イベントの写真、決算情報等を掲載しています。これらの取り組みにより、透明性の高い事業所を目指しています。

地域と連携して行事を行い、地域交流に取り組んでいます

地域の方々と交えたイベントとして、七夕、夏祭りなどがあります。七夕は近隣の小学生が飾りを作って、施設まで飾り付けに来てくれます。近隣のイベントの際は当事業所が保有するテントやポップコーンの機材を貸し出しています。また、施設内にある地域交流スペースは利用者がダンスサークルで利用をしたり、地域に開放するなど、地域交流活動に取り組んでいます。

ボランティアの方々と受け入れ、施設内外の行事や日中活動をしています

「ボランティア受入取扱い要領」に従い、ボランティアを受け入れています。ボランティアの方々には施設内および地域、日中活動を一緒に行なっていただいています。昨年度、ボランティアの方々に参加いただいた行事や日中活動は法人全体で19件、延参加人数は437人となっています。ボランティアの方々との行事には『夏まつり』や『餅つき大会』などがあり、日中活動では『陶芸』、『絵画』などがあります。陶芸に関しては、陶器を焼く窯も施設内にあり、設備も充実しています。

カテゴリ3		
3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用		
サブカテゴリ1(3-1)		
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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇●●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
カテゴリ3の講評		
<p>利用者にヒアリングを行い、大きな課題解決には理事長も参加して取り組んでいます</p> <p>アンケート及び、日常的なヒアリングで、利用者一人ひとりの要望に対応しています。利用者に行ったアンケートから大きな課題として取りあげられた内容に関しては『苦情または意見・要望等連絡票』を起票し、理事長まで回覧します。この連絡票を起票して解決した課題として『職員間の伝達不足』がありました。このように連絡票を起票してまで対応する案件は稀ですが、利用者からの意見、要望、苦情を解決する仕組みは整っています。</p> <p>利用者が自由に意見できる場を設け、利用者に人気の行事や日中活動を開催しています</p> <p>月に1回、各フロアでフロア会議を開催しています。フロア会議では、そのフロアの利用者全員と職員が参加し、利用者が自由に意見や要望を発言することが出来ます。また、利用者に人気の高い地域行事への参加も行っています。その地域行事としては、『近隣中学校の吹奏楽部によるコンサート』や、夏まつりにおける『和太鼓の演奏』、『近隣学生による模擬店』などがあります。その他にも、ボランティアの方にご協力を得て行っている『カラオケ』や『絵画サークル』、『音楽サークル』などがあります。</p> <p>地域の福祉ニーズの収集と分析の取り組みが望まれます</p> <p>平塚市の障がい福祉施設連絡会に参加し、市の方針、計画、制度改定等の情報収集を行っています。また、県の身体障害者施設協会や、相談事業所、支援学校等、地域との交流は行っていますが、福祉のニーズという面では情報収集が出来ない状況です。地域と行っている行事も年間9つ程ありますが、地域の潜在的なニーズ等の情報収集には至っていない状況です。今後は意識的に情報収集と、その分析をすることが望まれます。</p>		

カテゴリ4		
4 計画の策定と着実な実行		
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況
		11/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		
		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		
		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にすることの取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上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

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価

標準項目

●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、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	○非該当
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-4の講評

事業計画に明確な目標、具体的な取り組みを明示して運営しています

当事業所では事業計画を作成しています。その事業計画では重点目標および具体的な取り組みを示しています。29年度の重点目標は「利用者支援の充実」という1点です。その取り組みとして、以下の3点があります。「入所支援、生活介護、短期入所の新規利用の拡大をする。」、「利用者、家族の状況を把握し、高齢化を踏まえ状況に適した対応に努める。」、「居室や共有部の環境整備、支援の充実を図る。また、余暇活動の充実を図る。」というものです。このような明確な目標に向かって、取り組んでいます。

事業計画を作成し、進行表で確認をしながら計画的に取り組んでいます

年度末に事業計画を作成して、進行表を使用して進行を確認しています。計画を作成する際は、職員への業務負担も考慮をしています。進行表での確認は全体としては半期に一度、職員は毎月進行状況の報告を業務日誌を通して確認をしています。また、事業計画には各セクションの重点目標や具体的な取り組み等も載せているので、普段の会議でも用いることで、職員がその都度再確認が出来るような仕組み作りにも期待されます。

利用者が安全・安心に過ごせる施設運営に取り組んでいます

支援会議、ケース検討会、職員のスキルアップ等で、利用者の安全・安心に取り組んでいます。支援会議では利用者一人ひとりの支援状況を確認・共有し、利用者が安心してサービスを受けることができる環境を整えています。ケース検討会では、インフルエンザの予防対策等を話し合い、施設内感染予防に取り組んでいます。職員のスキルアップに関しては、「障害福祉施設等危機管理講習会」に参加したり、利用者の送迎を担当する職員が「安全運転講習会」に参加をし、職員の安全に対する知識・能力を向上させる取り組みも行っています。

カテゴリ5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(○○○)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(○○●●●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
○あり ●なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	○非該当
○あり ●なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 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(○○○)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	○非該当

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ5の講評

個別育成計画を立てるなど、職員育成への取り組み向上が望まれます

個人別の育成計画はありませんが、現状では職員個人個人と所長が面談をして、本人の希望をヒアリングして、必要な支援をしています。そのため今後は職員の能力向上に向けての取り組みとして、個別育成計画の作成と実行が求められます。入社したばかりの新入職員には、先輩職員がマンツーマンで指導を行うプリセプター制度を3カ月間行っています。今回の利用者調査では、利用者から新入職員に対して厳しい評価をする方もいた為、今後、新入職員育成の強化が求められます。

職員が研修に参加し、その内容を共有して、職員全体で学びに取り組んでいます

職員は積極的に研修に参加し勉強に励んでいます。職員の研修参加状況(平成28年度)は、法人全体で内部や外部で開催された研修78件に延べ416名が参加しています。研修の構成としては一般、介護、健康管理、新任、階層別研修などがあります。研修に参加をした職員は研修出席報告書に内容をまとめ、他の職員と情報共有をし、研修に参加出来ない職員も同様に知識を高めるよう取り組んでいます。また、資格支援制度により、介護福祉士等の資格取得にかかる費用を上限はありますが、法人が一部支援をしています。

事業所が求める人材像は明示し、適材適所に向けた人員配置を行っています

事業所が求める人材像は事業計画に掲載している『職員・5つの信条』、更に法人の倫理綱領8条に明示しています。法人の職員倫理綱領8条においては、法人の職員行動指針に詳細内容が示されています。また、所長は職員と個別に面談をし、法人内異動の要望も聞いています。本人の要望と、現状の人員体制を踏まえ、適材適所にむけた人員配置を行っています。人員配置をするにも採用が肝なので、求人広告会社と年間契約をして求人を行い、安定した採用を行える様にしました。その結果、人員確保が出来ました。

7			カテゴリ7		
7			情報の保護・共有		
			サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		7/7
評価項目1 事業所が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(〇〇〇)		
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 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		○非該当	
●あり ○なし		2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		○非該当	
●あり ○なし		3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当	
評価項目2 個人情報、「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(〇〇〇〇)		
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		○非該当	
●あり ○なし		2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		○非該当	
●あり ○なし		3. 開示請求に対する対応方法を明示している		○非該当	
●あり ○なし		4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		○非該当	
カテゴリ7の講評					
<p>ファイル管理を工夫して、情報の保護・共有に取り組んでいます</p> <p>各課ごとにスタッフルームで情報を管理しています。個人情報に関しては施錠できる書類棚で管理をしています。収集した情報は、スタッフルームのホワイトボード等も使って、職員同士で情報共有をしています。また、必要なときに、必要な書類が見付けられるように、ファイル管理はインデックス等を利用して工夫をして見やすく使いやすい運用を行っています。今後は職員の業務負担軽減の為、書類による情報管理からパソコンを導入し、業務効率を上げることなどの取り組みが期待されます。</p> <p>全ての職員が個人情報の取り扱いについて学んだ上で、業務にあたっています</p> <p>全ての職員は、個人情報保護に関する知識の習得を行った上で業務にあたっています。個人情報の取り扱いについては重要事項説明書の「利用者の記録や情報の管理及び開示について」及び「個人情報保護に関する方針」に明記され、職員に周知・徹底されています。また、神奈川県障害者地域作業所連絡協議会が主催する研修会「障害者の個人情報とプライバシー」等にも参加し、個人情報保護の取り組み強化を図っています。利用者アンケートでは、大半の利用者の方からプライバシーは守られているとの意見が出ています。</p>					

カテゴリ8

8 カテゴリ1～7に関する活動成果

サブカテゴリ1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

職員の補充・確保を行い、就業状況が改善に向かっています

求人広告会社と年間契約をして求人を行いました。ネットでの求人が功を奏し、法人全体で40名以上の応募があり、人員確保に成功しました。その結果、人員体制は整ってきましたが、職員の定着率を上げる取り組みは今後の課題となっています。一方で、ボランティア登録ならびに受け入れの倍増計画も進行状況が厳しいため、取り組み強化が望まれます。

サブカテゴリ2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

資格支援制度による、職員の能力向上を図っています

資格取得支援制度を始めたことにより、職員から制度利用の希望者が出てきていますが、まだ成果としては現れていません。そのため、この制度を多くの職員が利用し、有資格者を増やすことで、職員と組織の能力の向上を目指しています。

サブカテゴリ3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリ7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

ホームページをリニューアルしたことにより、問い合わせが増えてきています

ホームページをリニューアルしたことで、ユーザーが迷わず必要な情報にたどり着けるようになりました。主な改善内容としては、これまで孤立していたページをそれぞれのグループに収め、情報の整理を行い、ページ構成の最適化を図りました。お問い合わせについては、施設利用に関することと、採用専門の応募フォームをセットし、分かり易さを強調しました。更に、施設紹介のページでは、複数の施設を分かり易く配置し、施設毎の区分を行いました。また、今後は広報委員会を立ち上げ、貴峯荘60周年記念にむけた施策を取り組む予定です。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目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

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

収入増加と経費削減の取り組みにより、収支バランスの改善を行いました

収入増加の取り組みとして、職員を増やし、職員配置加算を得ることが出来ました。また、利用者は常に定員に達している状態をキープして、収入を安定させています。経費削減の点では、LED化と、公共料金の見直しをしています。LED化は、事業所内の電気を徐々にLED電球に交換しています。このことで長期的な面で電球の交換もしばらく不要になり、電気代も節約が出来ます。公共料金の見直しは、電力会社とガス会社をひとまとめにして使用料を下げました。これらの取り組みにより、収支バランスの改善を行うことが出来ました。

サブカテゴリ5(8-5)

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

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリ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3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

地域の方々と行う行事や日中活動で、利用者満足を得ています

利用者アンケートで事業所での活動が楽しいと回答した方は約6割います。その理由のひとつとして、利用者が楽しみにしている行事の開催があります。その行事は年間9つ程あり、『近隣中学校の吹奏楽部によるコンサート』や『夏まつり』、『クリスマス忘年会』などがあります。また、日常の活動でも利用者が楽しみにしている活動があります。その活動は10種類ほどあり、『カラオケ』や『絵画サークル』、『陶芸』などがあります。このような行事や活動で利用者満足を維持しています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリ1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○非該当
	●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
	●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の見学があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評			
<p>ホームページがリニューアルされ、見た目もよく、事業所情報を検索しやすくなりました</p> <p>当事業所の情報は法人全体のパンフレット、もしくはホームページで確認することができます。事業所単独でのパンフレットは作成していませんが、法人全体のパンフレットには施設の概要や法人の沿革、地図等が記載されており、施設の見学者に配布されています。ホームページは平成28年11月1日にリニューアルされ、これまでバラバラに表示していた各事業所の情報も整理されたことで事業所の情報を調べやすく、使い勝手のよい仕様に生まれ変わりました。パソコンのほかにスマートフォンでも事業所の情報を検索しやすくなっています。</p> <p>利用者への書類にはひらがなのルビが付いており、分かりやすくなるよう配慮しています</p> <p>利用者の特性を考慮し、本人に配布する書類にはひらがなのルビを付けるなど配慮しています。入所時の契約書や重要事項説明書にもひらがなのルビが付いているほか、利用者が楽しみにしている食事の献立表にもひらがなのルビが付いていることで、本人が理解しやすくなっています。また、ホームページや法人のお知らせ(貴峯だより)は写真を多く掲載していることで、事業所の雰囲気や行事はもちろん、一人一人の支援員についても顔と名前が理解できるように工夫しています。</p> <p>事業所への問い合わせには相談員が個別に対応し、記録にまとめています</p> <p>法人ではホームページ以外にも関係者に情報を発信しています。法人の情報誌として「貴峯だより」を年に2回(1月・9月)に作成し、利用者や家族、行政、周辺の学校、各連絡会に配布しています。その結果、事業所への問い合わせも増えているようです。利用希望者がいる場合、法人の相談員が間に入り利用希望者と事業所の橋渡しをしています。利用希望者の状況に応じて相談員が個別に対応し、本人の状況や希望を確認し、情報を相談記録にまとめています。</p>			
サブカテゴリ2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
	●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
	●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている			評点(0000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリー2の講評			
利用状況表を基に利用調整会議を行い、利用開始後の不安を軽減するよう努めています サービス開始前の利用者の状況は利用状況表にまとめられており、これまでの生活歴や健康状態について職員は把握しています。この書類は家族との面談を通じて相談員が作成し、職員はそれを確認しています。この利用状況表の情報をもとに、施設長・現場主任・看護師・栄養士等の主要メンバーで利用調整会議を行い、利用者本人に対してどのような支援を行うかの確認をしています。これらの事前準備を経て、利用者の特性を考慮した支援を行うことでサービス開始直後の不安軽減に努めています。			
利用者が安心して過ごせるよう、これまでの本人の生活を踏まえた支援をしています 利用者が施設に馴染めるよう、職員は利用者がサービスを利用する前の生活を踏まえた支援を行えるように気にかけています。そのため、できるだけ利用者本人が施設を家庭のように過ごしやすい環境であると感じられるように、食事や作業をする際に大勢の利用者と同じではなく、本人にあった高さの机や椅子を調整して提供しています。利用者の情報は事前に相談員や支援員が家族からヒアリングをしているため、本人が落ち着くために必要な環境や物などの情報を把握しています。			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	9/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している			評点(000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している			評点(000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している		○非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している			評点(○●)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある		<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している		<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している			評点(○○)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、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

サブカテゴリー3の講評

ケース記録や個別支援計画の様式は決められており、内容は定期的に見直されています

利用者の心身状況や生活情報等はケース記録に記載し、個別支援計画の見直しに活かしています。ケース記録や個別支援計画の様式は法人で決められたフォーマットを使用しています。利用者の状況を日々の会話や観察からアセスメントをして、半年に1回の個別支援会議で支援の方向性について定期的に見直しや確認をしています。また、経営状況や運営についての打ち合わせが中心である業務連絡会議を毎月1回開催しており、その場で利用者の支援内容についても議論されることがあります。そのため、柔軟に支援方法を変更することもできる状況です。

利用者個々のケース記録の記載内容にバラツキがあり、今後の改善が望まれます

利用者に関する日々の記録は業務日誌や申し送りとして記載しています。ただ、現状では利用者が平穏な状況や特筆すべき事柄がなければ日々の記録に残らないこともあり、利用者個々のケース記録についても記載されている日付や内容にバラツキがみられます。また、業務日誌や申し送り事項から利用者個々の情報を抽出してケース記録に転記している状況のため、この作業に支援員の時間が取られています。計画に沿った支援の経緯が確認できるようにケース記録の改善が期待されます。

利用者の計画内容を職員同士で日々確認できるように改善することが望まれます

利用者の情報は朝の連絡会で職員同士が確認しています。主に利用者の体調面や留意点について夜勤の職員から日勤の職員に引継ぎが行われています。引継ぎ事項は業務日誌に記録しており、職員は内容を確認したら押印して、情報共有しています。また、利用者の個別支援計画の進行状況の共有としては、現状個別支援計画はファイリングされ保管している状況のため、職員が日々個別支援計画に記載している内容を目にすることは少ないようです。そのため、今後は利用者の計画内容をいつでも把握できるための取り組みが望まれます。

サブカテゴリー5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 **7/7**

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している			評点(○○○)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、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	○非該当
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー5の講評		
<p>利用者のプライバシーを守るため、職員は同性介助を行い本人の羞恥心に配慮しています</p> <p>利用者のプライバシーを守るため、事業所では利用者の羞恥心に配慮した支援を行っています。例えば、利用者の着替えや入浴、排泄時での支援は職員の同性介助を基本としており、本人が安心できるようにしています。それ以外にも検温する時や湿布を貼る時など、日常の些細な事にも職員の同性介助で行えるようにしています。また、日常の支援活動の中では職員同士の引き継ぎ事項を周囲の人たちに聞かれないように注意するほか、利用者のプライバシーに関わる物は出さないように配慮しています。</p> <p>利用者の気持ちに寄り添うため、職員は職員行動指針やチェックリストを活用しています</p> <p>職員は日々利用者の支援をするうえで、利用者本人の意思を尊重し対応しています。利用者は自分の意思を伝えられる方もいますが、なかなか意思を伝えられない方もいるため、職員が利用者に向き合い、常に気持ちを察する必要があります。そのため、職員が高い倫理の意識を持ち、利用者のことを考えることができるように「職員行動指針」を設けたり、独自の「チェックリスト」を使った自己の振り返りを3か月に1回実施しています。職員行動指針は業務連絡会で読み合わせを行い、チェックリストの結果は事業所毎に統計をだして改善に活かしています。</p> <p>虐待防止委員会を発足し、職員へ外部講師・内部講師の研修を行っています</p> <p>利用者が虐待被害に遭わないように、法人として虐待防止委員会を発足し、虐待防止に努めています。虐待防止委員会は理事長が各事業所からメンバーを選任しています。また、職員が虐待しないように研修にも力を入れています。外部講師を招へいた際は「当事者として虐待と支援の線引き」について学習し、所長が講師を務めた際は「虐待とは何か？」をテーマに学習しました。それ以外にも職員は3か月に1回独自のチェックリストによる自己チェックで虐待防止の意識を醸成しています。</p>		
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 11/11
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	
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当
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	
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

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

サブカテゴリ6の講評

事業所の業務を標準化するためにマニュアルを整備し、活用しています

職員が行う事業所業務を標準化するために業務マニュアルを整備しており、主に「支援」と「作業」に業務内容を分けています。「支援」も「作業」も業務マニュアルがあるため、職員はマニュアルに沿って利用者支援を行っています。新人職員が入職した際は先輩職員についてOJTで教えてもらう一方で、業務マニュアルも確認しています。業務に関する様々なマニュアルは見直す機会を設けています。そのため、夜勤時などで職員が少ない場合でもマニュアルやケース記録、申し送りなどで利用者の情報を確認することができます。

利用者や職員からの意見をもとに業務や支援を見直す取り組みをしています

事業所の基本的な業務については、事業計画の策定時に全体の計画を踏まえて見直しています。利用者や職員から意見があれば、業務や手順の見直しをしているため、議題に対して会議を選択し、必要な参加者を決めています。例えば、利用者の生活に関する内容であればフロア会議を行います。フロア会議では利用者を集めて議案に対する意見の確認を行い、必要があれば改善に努めています。特に職員からの意見は独自のチェックリストでの自己評価を行っていることもあり、率直な意見が言いやすい状況になっています。

利用者支援や作業について、職員の誰もが同じことをできるように工夫しています

職員が利用者の状況や作業の状況を共有するために、朝の引き継ぎを行っています。その場で夜勤者からの情報も日勤者に伝えられることで、必要な情報が共有されています。また、職員が利用者への支援で分からないことがある場合、夜勤時などでは別の職員に電話で相談できる仕組みを設けています。作業面では一人の職員が特定の作業にだけ特化するのではなく、複数人が同じ作業をできるようにしているため、新人の職員でも気軽に先輩職員に確認できるようにしています。

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	27 / 27															
1	<p>評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当	●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当	●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当		
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当																
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当																
●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当																
●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当																
評価項目1の講評																		
<p>個別支援計画書で利用者の意向や支援の方向性を明確にして職員は支援をしています</p> <p>事業所では個別支援計画書に基づき、利用者一人一人の支援を行っています。個別支援計画書には「施設利用への利用者等の意向」「総合的な支援の方針」を分けて書くことで、支援の基本を明確にしています。その上で計画は大きく5つのカテゴリ(①生産活動、②ADL、③生活面、④健康、⑤栄養)に分け、カテゴリに対して「利用者のニーズ・解決すべき課題」「支援目標」「支援内容」「評価」「支援内容」を記載するようにしています。①～③は担当の支援員が、④は健康管理(看護職)が、⑤は栄養士がそれぞれ担当して記載しています。</p> <p>利用者とのコミュニケーションでは手話や筆談を使っています</p> <p>利用者一人ひとりの特性に合わせて、職員はコミュニケーションの取り方を工夫しています。利用者によっては、職員が話しかける内容が理解することが全く出来ない、ゆっくり話をすれば少し理解できる、耳元で話をすれば理解できる等、様々な状況であるため、職員同士でどのようにコミュニケーションを取るかを試行錯誤しています。現在は手話や筆談を使い、会話ではないコミュニケーションもできるようにしています。手話でコミュニケーションとれる利用者が比較的多いこともあり、手話対応できる職員を確保しています。</p> <p>利用者が外部の様々な人と触れ合い、関係づくりができるよう支援しています</p> <p>利用者が施設の中で過ごすことも多いため、他の利用者や職員以外とも関わりを持てるように支援しています。日中活動では生産活動をしているため、外部の方と触れ合う機会として土日の余暇活動(ダンス教室や絵画教室)や生活面の支援機会があります。余暇活動は外部のボランティアとの関わりが中心となり、生活面では外部の美容師や補装具業者の方との関わる機会もあります。それ以外にも、平塚市の七夕祭りや地域レクリエーションなどにも利用者が積極的に参加・見学することで、地域の方と触れ合う機会も大切にしています。</p>																		
2	<p>評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○非該当	●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当	●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当	●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当		
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○非該当																
●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当																
●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当																
●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当																

評価項目2の講評

利用者が主体の自治共済会でクリスマス会や他のイベントについて話し合われています

事業所内で利用者が行うイベントや生活での決まりごとは、自治共済会で決めています。自治共済会は利用者が主体的に行う会であり、職員はアドバイザーとしてその運営をサポートしています。毎年利用者の中から会長と書記を決めて、みんなで行うクリスマスイベントやカラオケ大会イベントなどをいつ行うか、どのようにするか、予算も含めて決めています。この自治共済会を通じて利用者の主体性や責任性も育まれているようです。今後は自治共済会に参加しない利用者に対してどうフォローするかが、課題になっています。

施設内の清掃は利用者ができるだけ行い、職員がフォローして清潔を維持しています

施設内は利用者が過ごしやすい環境に配慮しています。施設の清掃について、利用者個々の居室の清掃は各自で行います。共用部についてはクリーンナップがいるため、日ごろから清潔が保たれています。利用者個々の居室も含めて本人が対応しきれない部分については職員がフォローするようにしています。その他、共用部分は多くの利用者が集まるため、換気も十分に行っています。また、利用者からは「トイレの換気」が気になると意見が多数あったため、継続的な取り組みが望まれます。

利用者が食事の時間が楽しくリラックスできるように環境や食事内容を配慮しています

利用者が楽しい食事の時間を過ごせるよう明るい食堂でテレビも流し、リラックスできるようにしています。利用者が座るテーブルの位置についても本人の拘りがあれば尊重しています。食事は外部の委託業者が提供していますが、食事内容は利用者の代表も参加する給食委員会で意見が出され、施設側が利用者の意向をまとめて外部業者の栄養士と相談して決めています。利用者が楽しめるようにパンかピラフの2つから選べる選択食もありました。また、利用者の摂食・嚥下機能によってはSTの指示のもと、利用者の食事を刻みにするなどの配慮もしています。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

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

評価項目3の講評

法人では看護師を6名配置し、巡回を行うことで利用者の健康管理を行っています

利用者の障害の重度化は事業所としての課題となっており、健康に関する取り組みには特に配慮しています。法人では看護師を6名配置し、法人の入所施設や就労継続B型事業所、グループホーム等をカバーしています。利用者の日々の健康状態は、看護師と職員が施設内を巡回して利用者の様子を直接確認し看護記録を付けるほか、相談支援や心理的なケアも行っています。さらに、職員も看護師から日常的に医療に関する指導を受けることもあります。利用者に対する申し送りがあれば、申し送りノートに記載して夜勤者と共有しています。

看護師は利用者へのケアだけでなく、職員に対してもアドバイスや研修を行っています

利用者の健康状態を把握するために年2回(4月・9月)の健康診断を実施しているほか、歯科検診と予防接種を計画的に実施しています。利用者がケガをするなどの緊急時対応として看護師や職員が病院まで付き添いをするもありますが、その際は利用者の状況や医師の説明を通院同行報告書に記載し管理しています。また、看護師は新しい利用者を受け入れる際の利用調整会議にも参加しており、利用者の健康状態に関する面からアドバイスをしています。職員に対しては服薬や食中毒、インフルエンザ等の研修も行っています。

利用者の服薬管理は看護師が行い、夜勤担当職員とも連携して服薬状況を把握しています

利用者の服薬については看護師が服薬管理のチェックをしています。服薬が必要な利用者が必要な薬の種類を把握しています。薬を朝・昼・夜・就寝前に分けており、日中は看護師が利用者一人ひとりの服薬状況を確認しています。夜から朝にかけては夜勤担当職員が服薬の確認をしており、薬の空き袋も回収して利用者が薬を飲んだ証拠として管理しています。その後、夜勤担当職員は配膳日報に利用者の服薬情報も記載し、日中の職員へ利用者の状況を共有しています。

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>家族会を年に1回開催していますが、家族との関わりは本人の意思を尊重しています</p> <p>家族等との定期的な意見交換の場として、家族会を毎年4月に開催しています。以前は保護者の関心も高く、家族会への参加率も高い状況でしたが、最近では家族の高齢化の影響もあり、家族会の参加が半分程度まで下がっています。そのため、事業所が家族と連絡を取る際は機関誌の配布以外では、電話連絡か、利用者の体調面で緊急対応の場合しかありません。また、利用者本人が自分の意思で家族とは積極的に連絡を取ってほしくない事業所側に相談することがあれば、本人の意思を尊重するようにしています。</p> <p>家族の高齢化や身寄りのない利用者も増えている状況のため、今後の対応に期待されます</p> <p>利用者と共に家族の高齢化も進んでおり、安心して老後を過ごしてもらうためには、施設側と家族側とで利用者の将来像の考え方について共有することが課題となっています。また、現状として、身寄りがない利用者も増えている状況についても課題であるという認識を職員は持っています。そのため、職員は成年後見制度に関する理解が必要であると考えており、場合によっては制度を活用するメリット・デメリットをしっかりと伝えたいと考えています。また、家族がいる利用者に対しては入所時から本人に関する情報を確認しており、職員は支援に生かしています。</p>		
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○非該当
評価項目5の講評		
<p>地域の行事やイベントを周知し、利用者が必要な情報を得られるようにしています</p> <p>事業所では利用者が地域の行事やイベント等の情報を得られるようにしています。事業所内の壁にポスターや案内文など、地域の情報を掲示したり、関心のありそうな利用者には直接内容を伝えていきます。テーマとしては県内で行われる運動会や音楽会などに関心・興味を持つ利用者があるようです。そのため、事業所としてもイベントの内容によっては職員も付き添って、本人の外出をサポートすることとしています。ただ、最近では以前に比べ外部のイベントに参加する利用者も減少してきていると職員は感じているようです。</p> <p>利用者が地域のイベントに参加したり、スーパーに買い物に行けるように支援しています</p> <p>利用者が地域の資源を活用し社会参加する機会を増やせるように事業所では取り組んでいます。利用者が参加する地域の行事やイベントはスポーツ大会や音楽会、平塚市の七夕祭りなどが人気があります。職員が行事やイベントに参加することもあります。基本的にはボランティアを募り、利用者が好きな場所にいけるように支援をしています。また、事業所の近隣に大型商業施設や大型スーパーがあるため、買い物に出かけたい利用者もいるようです。その場合、事業所では外部のヘルパーや介護タクシーの利用を勧めるなどの助言をしています。</p>		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

6 評価項目6 【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している	○ 非該当
評価項目6の講評		
<p>利用者一人ひとりに合わせた創作活動や生産活動のほか、機能訓練を行っています</p> <p>利用者一人ひとりの目標を個別支援計画に示し、その計画に沿って職員は創作的活動や生産活動の支援をしています。創作的活動では絵画や塗り絵、音楽、ダンス等様々な取り組みがあり、生産活動では印刷やクリーニング、組み立て、縫製等の取り組みをしています。また、利用者の機能訓練として歩行訓練やリハビリを行う機能訓練指導会を行っています。機能訓練指導会は整形外科医の指導の下、PT・OT・看護師等も参加協力しながら行うこともあり、利用者の機能向上に役立っています。</p> <p>利用者が自分でできることはできるだけ自分でできるよう、職員は関わっています</p> <p>事業所の方針として、利用者が自分でできることは自分で行えるようにすることを目指しています。職員は利用者一人ひとりの状態を見極める必要があり、いわゆる「残存能力」を向上できるように支援することが重要だと考えています。そのため、例えば今まで自分で洗濯ができていた利用者が身体機能の低下により洗濯ができなくなってしまった状況であれば、本人が継続して自分で洗濯できるようになるためにはどうした良いか、職員は考えています。何事も職員が簡単に利用者を手伝うのではなく、本人の残存能力の維持・向上を考えて支援しています。</p> <p>工賃の仕組みについて、事業所では規定を作成し利用者にわかりやすく伝えています</p> <p>利用者が行う生産活動について、事業所では工賃明細書を渡し、本人が理解できるように説明をしています。事業所では印刷、クリーニング、組み立て、縫製の作業があり、それぞれ工賃の基礎となる単価の違いや担当内容によっては難易度に違いがあります。そのため、事業所では「利用者の作業工賃・調整手当等の取扱い要綱」の規定を作成し、工賃支払いの根拠を明確に示しています。また、「作業評価基準」を作成し、作業理解力や質、量、勤務状況等を反映した内容で工賃を支給するなど、利用者が頑張れば工賃が上がる仕組みを構築しています。</p>		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

13	評価項目13 【施設入所支援】入所施設において、日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者が暮らしの幅を広げることができるよう、さまざまな体験の場を提供している	○非該当
	●あり ○なし	4. 日中サービス提供事業と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	5. 必要に応じて、地域移行に向けた、日中サービスや住まいの場についての情報提供や関係機関との調整を行っている	○非該当	
評価項目12の講評			
<p>個別支援計画書に従って食事や入浴、排泄の支援は行われています</p> <p>利用者の食事や入浴、排泄は個別支援計画書で決められた通り、本人の状況に合わせて個別対応しています。個別支援計画書に特段の配慮事項がなければ通常通り対応しています。事業所では食事や入浴は決められた時間の中で行われていますが、排泄は利用者の好きなタイミングで行うことができ、必要に応じて職員がサポートできる体制が整えられています。入浴面では毎週月曜日、水曜日、金曜日の午後の時間で男性と女性で分かれて順番に入浴しています。利用者によっては長い時間入浴する人もおり、本人の意向も反映されているようです。</p>			
<p>利用者が安心して睡眠ができるよう環境を整えたり、状況によって相談対応をしています</p> <p>利用者が安心して睡眠をとれるように、居室は完全個室になっており、本人が落ち着くことができる環境を整えています。就寝時に利用者によっては居室の外側(通路側)の電気の光を気にすることもあり、職員は光を遮断するような工夫を扉に施すことによって本人が落ち着き、安心できるようにしています。また、夜間の巡回の際に利用者が寝れずに起きている状況であれば、本人に話を聞いて対応し、翌日に影響がありそうであれば日中の職員に申し送りをしています。また、利用者が寝れないような状況であれば、医療機関を紹介する等もしています。</p>			
<p>利用者が充実した生活を送れるように日中活動や行事等、様々な機会をつくっています</p> <p>利用者が暮らしの幅を広げられるように、日中活動や行事の充実を図っています。日中活動では外部のボランティアと接し、行事では地域のスポーツ大会に参加する機会や地域の学校や関係機関との関わりがあります。それ以外でも事業所では利用者が外部の関係機関と関わりが持てる機会も提供しています。例えば、聴覚障害を持った利用者が障害の専門的な外部団体のデイサービスを受けたいということであれば協力して連携しています。利用者によっては施設内で過ごすことが多く、あまり外出しないこともあるため、本人が興味を示せるよう支援しています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-6	【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている
タイトル①	重点目標として利用者支援の充実を掲げ、利用者の自立へ向けて支援しています	
内容①	利用者への支援を画一的なものにすることなく、利用者一人ひとりの意向と障害特性に応じた個別支援計画を作成し、実践しています。「利用者支援の充実」を重点目標として掲げ、継続的に利用者の機能訓練に取り組んでいます。機能訓練指導会として、整形外科医やPT、OT、看護師等の専門家の協力を得ながら利用者の歩行や必要なりハビリを毎週行っています。利用者は日々の生産活動の傍ら自身の歩行や動作などの機能訓練を行うことで自立した生活が維持・向上できるように取り組んでいます。職員は機能訓練の状況も踏まえて支援に生かしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている
タイトル②	利用者が食事の時間が楽しく感じられるように、メニューや提供方法に工夫しています	
内容②	多くの利用者が楽しみにしている食事の時間が充実するように運営サイドで様々な取り組みがみられます。食事のメニューは給食委員会で話し合われており、利用者の代表も委員会メンバーに入っているため、現場の意向が反映できる仕組みになっています。また、利用者によっては栄養管理が必要になるため全てのメニューにカロリー表示をしているほか、誤嚥防止対策として食形態については刻み食の程度を複数の段階で提供できるようにしています。季節の行事には特別食を提供したり、毎月選択食を提供する等、利用者が食事を楽しめるようにしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	2-2-3	地域の関係機関との連携を図っている
タイトル③	地域と連携して行事を行い、地域交流に取り組んでいます	
内容③	地域の方々を交えたイベントとして、七夕、夏祭りなどがあります。七夕は近隣の小学生が飾りを作って、施設まで飾り付けに来てくれています。近隣のイベントには、当事業所が保有するテントやポップコーンの機材を貸し出しています。また、施設内にある地域交流スペースは利用者がダンスサークルで利用をしたり、地域に開放し、地域交流活動に取り組んでいます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	職員はセルフチェックリストを活用することで、自己の振り返りを定期的に行うことができ、その結果を法人運営に生かしています
	内容	法人・施設運営の基本方針として、利用者の個別化やコミュニケーションの円滑化、生活の質向上、自己研鑽、地域社会との連携を「職員・5つの信条」にまとめて掲げています。職員は法人が掲げる理想の職員像を目指すべく、3か月に1回「職員セルフチェックリスト」に回答して、現状の自身の考えや取り組みを見直しています。このセルフチェックリストは匿名記述ですが所属先は記載できるため、法人として事業所毎に職員の意識の推移が把握することができます。特定項目に低い数値があれば必要な対策を講じることができ、組織運営に生かしています。
2	タイトル	利用者の意向や適性を踏まえた作業を提供することができており、その対価となる工賃については明確な支給根拠が決められています
	内容	事業所では利用者が行う生産活動として、印刷やクリーニング、組み立て、縫製の作業を用意しており、利用者の意向や適性などを考慮して配置を決めています。それぞれの作業には工賃の基礎となる単価や難易度に違いがあるため、「利用者の作業工賃・調整手当等の取扱い要綱」の規定を作成し、工賃支払いの根拠を明確に示しています。また、利用者のモチベーション向上を目的として、「作業評価基準」を作成しています。この基準により、利用者一人ひとりの作業の理解力や作業の質、作業の量、勤務状況等を工賃に反映することができています。
3	タイトル	法人には複数の事業所がある為、利用者の状況によっては事業所の移動を行うなど、スケールメリットを生かした支援が可能です
	内容	当法人は今年で創立60年を迎え、現在では身体障害者の総合福祉施設として施設入所支援や短期入所、生活介護、就労継続支援B型、グループホーム等、地域に根付いた運営しています。そのため、利用者にとっては通所から入所に切り替えが必要になった際に同じ法人内にある事業所を選択できるメリットもあります。その場合、法人内で利用者の情報を共有できるため、職員は本人の状態を把握した上で継続性を持った支援を行うことができます。このように法人のスケールメリットを生かした取り組みで、利用者の安心を向上させています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者の日々の状況について、継続的にケース記録に記載できるような仕組みへと改善が期待されます
	内容	利用者に関する日々の記録は業務日誌や申し送りとして記載していますが、内容としては改善の余地があります。現状のケース記録では特筆すべき事柄があれば業務日誌や申し送りから転記していますが、特に利用者が平穏な状況や特筆すべき事柄がなければ記録に残していない状況です。そのため、ケース記録に記載されている日付や内容からは、利用者に関わった事柄について経緯を追って確認することまではできない状況です。今後は支援の経緯が確認できるようにケース記録の取り方について改善が期待されます。
2	タイトル	個別支援計画の内容を職員同士が共通理解し、日々の支援に生かすことができるような仕組みづくりが望まれます
	内容	利用者への支援は個別支援計画書に記載していますが、個別支援計画書の活用については改善の余地がある状況です。この個別支援計画書はファイリングされ保管している状況のため、現状では職員が個別支援計画に記載している内容を必要に応じて確認することはありますが、常に計画内容を目にして支援に生かしているという状況ではないようです。職員とのヒアリングでも職員が利用者の支援内容を共通理解として十分把握しているかという点においては課題が見られます。そのため、支援計画の内容を把握できる仕組みづくりが望まれます。
3	タイトル	プリセプター制度により新人職員と先輩職員の育成を行っていますが、利用者支援に課題があるため、支援方法の見直しが望まれます
	内容	法人では新しい職員が入職すると先輩職員一人が付き、約3か月間マンツーマンで指導を行う仕組み(プリセプター制度)を取り入れています。マンツーマンで指導を行うことにより、新入職員の成長だけでなく、指導を行う先輩職員もリーダーとして成長を見込んでいます。一方で、今回の利用者アンケートでは職員の支援に不満を持つ利用者の声が一定数ありました。そのため、利用者への関わり方や支援方法について、職員間でのバラつきが見られるため、具体的な利用者支援の在り方を今一度見直すことが望まれます。