

社会福祉法人 県央福社会
ファミリーナ宮下 御中

【平成28年度】
第三者評価結果報告書
〈東京都版〉

平成28年12月28日

かながわ福祉サービス評価認証機関 第28号



日本コンサルティング株式会社

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)障がい児・者、高齢者のノーマライゼーションの実現からソーシャル・インクルージョンを目指す。 2)社会・福祉・介護ニーズに応えるべく先駆的で開拓的な事業を展開します。 3)福祉の現場は、『社会福祉の仕組みや制度を変える』使命があります。 4)福祉の現場は、『社会保障の第一線である』と認識し活動する使命があります。 5)福祉の現場は、『どんな人の人生も肯定される社会を作る』使命があります。</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>・利用者さん、ご家族は大切な「お客様」として受け止め、より質の高い支援に努め、人間尊重主義に基づく法人、施設、事業所の経営の安定化に努め、笑顔を大切に職場づくりをめざし、お互いを思いやり、手厚くもてなし、礼儀正しさを持ち合わせた人になることをめざす。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>・利用者さんの人権を尊重した質の高い支援を目指して欲しい。 ・積極的に支援に取り組んで欲しい。 ・何かあった場合は素早く動いて欲しい。</p>

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は12名となりました。有効回答人数は5名となりました。

調査方法

利用者調査の方法は、アンケート方式と聞き取り形式の併用で実施致しました。アンケートは無記名で返信用封筒に入れて機関に送付いただき、回答者が特定されないように配慮しました。聞き取り調査は1対1でヒアリングを行い、プライバシーに配慮して行いました。

障害者支援施設全体

利用者総数

		12
アンケート	聞き取り	計
5	5	10
5	5	10
41.7	41.7	83.3

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

生活介護

利用者総数

アンケート	聞き取り	計
		0
		0
0.0	0.0	0.0

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

自立訓練(機能訓練)

利用者総数

アンケート	聞き取り	計
		0
		0
0.0	0.0	0.0

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

自立訓練(生活訓練)

利用者総数

アンケート	聞き取り	計
		0
		0
0.0	0.0	0.0

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

就労移行支援

利用者総数

アンケート	聞き取り	計
		0
		0
0.0	0.0	0.0

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

就労継続支援(A型)

利用者総数

アンケート	聞き取り	計
		0
		0
0.0	0.0	0.0

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

就労継続支援(B型)

利用者総数

アンケート	聞き取り	計
		0
		0
0.0	0.0	0.0

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(%)

施設入所支援

利用者総数

		12
アンケート	聞き取り	計
5	5	10
5	5	10
41.7	41.7	83.3

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

調査対象12名に対し、有効回答10名と回答率は83.3%でした。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が60.0%という結果となり、回答した6割の利用者が満足している様子が窺えます。施設に対する総合的なコメントを見ると、「よくやっていただいています。本人の好きな外出、(外食等)の機会が多くなればいいと思います。」「分かりやすい手順書を作成してくれて、本人は安心していると思います。」という意見がありました。一方「コミュニケーションが取れる施設を希望します。」という意見もありました。

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》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

利用者調査結果

共通評価項目	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	7	2	0	1
回答割合は、「はい」が70.0%、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が10.0%という結果となっています。自由意見では「相談します。やさしいです。」「よく相談します。」「助かっています。」「という意見がありました。一方、「時々助けられます。いない時が多いです。」という意見がありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	8	1	0	1
回答割合は、「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が10.0%という結果となっています。自由意見では「使えます。」「風呂等自分で入れます。」という意見がありました。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	2	5	2	1
回答割合は、「はい」が20.0%、「どちらともいえない」が50.0%、「いいえ」20.0%、「無回答・非該当」が10.0%という結果となっています。自由意見では「仲良いです。」「時々話をします。」という意見がありました。一方、「他の施設との交流はないと思われます。」「重度の方が多く、コミュニケーションが取りづらいです。」という意見がありました。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	10	0	0	0
回答割合は、「はい」が100.0%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。コメントは特にありませんでした。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	8	2	0	0
回答割合は、「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。コメントは特にありませんでした。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	5	3	1	1
回答割合は、「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」10.0%、「無回答・非該当」が10.0%という結果となっています。自由意見では「体調が悪い時は自分の部屋で休んでいます。」という意見がありました。				

21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	2	5	0	3
回答割合は、「はい」が20.0%、「どちらともいえない」が50.0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が30.0%という結果となっています。自由意見では「押してくる利用者がいます。職員にカバーしてもらっています。」という意見がありました。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	5	3	1	1
回答割合は、「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」10.0%、「無回答・非該当」が10.0%という結果となっています。コメントは特にありませんでした。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	4	4	0	2
回答割合は、「はい」が40.0%、「どちらともいえない」が40.0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が20.0%という結果となっています。コメントは特にありませんでした。				
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	4	1	3	2
回答割合は、「はい」が40.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」30.0%、「無回答・非該当」が20.0%という結果となっています。自由意見では「面談の時に見えています。相談もしています。会社でも良いので、話ができることを希望したいです。」という意見がありました。				
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	2	2	3	3
回答割合は、「はい」が20.0%、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」30.0%、「無回答・非該当」が30.0%という結果となっています。コメントは特にありませんでした。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	4	0	2
回答割合は、「はい」が40.0%、「どちらともいえない」が40.0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が20.0%という結果となっています。自由意見では「問題はありません。」という意見がありました。一方、「聞いてくれる時とそうでない時があります。」という意見がありました。				
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	1	2	5	2
回答割合は、「はい」が10.0%、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」50.0%、「無回答・非該当」が20.0%という結果となっています。コメントは特にありませんでした。				

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
14.【施設入所支援】 食事の時間は楽しみになっているか	9	0	1	0
回答割合は、「はい」が90.0%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」10.0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「好きな食べ物があります。」「楽しみです。スパゲッティミートソースが好きです。」「不満はありません。」という意見がありました。				
15.【施設入所支援】 休日や夜間に、好きなことができるか	4	6	0	0
回答割合は、「はい」が40.0%、「どちらともいえない」が60.0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「良く寝ています。」「電車が好きです。」「夜は休めています。」という意見がありました。一方、「時々大きい声が聞こえます。週に1回程度。」という意見がありました。				
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	6	3	0	1
回答割合は、「はい」が60.0%、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」0%、「無回答・非該当」が10.0%という結果となっています。自由意見では「とても助かっています。」という意見がありました。				
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	1	1	1	7
回答割合は、「はい」が10.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」10.0%、「無回答・非該当」が70.0%という結果となっています。自由意見では「連絡はしません。」「家に帰ります。」「自分で連絡しています。」という意見がありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 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

法人が目指している理念や方針は法人内研修や職員ハンドブックで周知しています

法人には、「ソーシャルインクルージョン(共生社会)を目指します。」「先駆的で開拓的な事業を展開します。」という2つの理念とそれを支える11の基本方針があり、各施設では、それに基づき日々活動、支援をする事になっています。この考え方は事業所内にも掲示しています。また、職員には、法人の全体研修や全職員に配布する職員ハンドブックを通じて、理念や基本方針の浸透に努めています。このように組織の考え方について触れる機会を作っていますが、職員調査の結果では理念や方針への意識は高いとは言えず、浸透への課題が残ります。

所長の他、2名のリーダー層が他職員を先導しています

当事業所には所長の他、2名のリーダー層がおり、この3名が中心となって運営しています。所長は他事業所を兼務しており、日常業務はリーダー層が中心となり、他の職員を先導しています。当事業所は重度の利用者が多く、利用者とのコミュニケーションや風呂介助など、多くの難点がありますが、それを乗り越えるため、職員間で情報共有を密にしてリーダー層が情報を把握し、所長と協議する体制を作っています。職員個々の役割に関しては職員間で共有できていますが、明示しているものは無く、今後の取り組みが期待されます。

事業所の意思決定はホーム会議で行い、職員や利用者に周知しています

事業所の意思決定機関はホーム会議であり、会議時には可能な限り事前に職員の意見を聴取しています。利用者についてはホームでの様子の他、通所施設での様子も見に行き、問題があれば会議で対策を検討しています。会議内容は議事録により参加出来なかった職員も後で確認できるようになっています。利用者に対しては、ホームへのお知らせを所内の掲示や口頭で伝達しています。家族に対しては、文書で通知する他、最近はじめた「みやした通信」も今後伝達ツールとして活用する予定です。

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 3/4
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●)		
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 0/7
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(●●)		
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(●●●)		
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(●●)		
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

入職時に法人の考え方や法、規範、倫理を伝える機会を設けています

入職前の最終面接では、倫理行動綱領の内容を確認し、採用前に法人としての職員像を提示しています。入職後の新人研修では、法人の理念、基本方針の伝達や、法知識、社会人としてのマナーや人権擁護、利用者に対する接し方などを掲載した職員ハンドブックの内容確認などを行い、法、規範、倫理を学ぶ機会となっています。また、法改正などがあった場合には、法人から通知が来て、それを所内で回覧しています。しかし、回覧に留まり、更なる理解を深めるための所内勉強会や法文書の読み合わせは行っておらず、今後の取り組みが期待されます。

透明性の高いホームを目指しつつ「生活の場」という意識を優先する事を心掛けています

今年度は第三者評価を受審し、結果を公表する予定で、透明性の高い事業所を目指しています。しかし、その他、地域社会に対して事業所に関する情報の開示はグループホームという特性上行っていません。今後はボランティアなどの活用しレクリエーションをする事なども選択肢としてもありますが、あくまでも「生活の場」という意識を優先し、利用者の権利の順守を心掛ける事を方針としています。今後はこの「生活の場」としての考え方を尊重しつつ、障がい者理解(特に重度障がい者支援)に繋がるような情報発信への取り組みも期待されます。

地域福祉への今後の取り組みが期待されます

現在、法人内の他事業所との情報共有はありますが、他事業所が運営する近隣のグループホームとの交流など横断的な関係は無く、地域の福祉関係の会合もありません。また、地域福祉に対して専門性を活かした取り組み(講師派遣等)も行っていない。現在地域との関わりは自治会に加入している事が挙げられますが、今後は福祉分野での法人外の横断的な関係確保に努め、地域の福祉ニーズを把握したり、重度障がい者支援の経験を活かした福祉関連の会合への講師派遣等、地域福祉への取り組みが期待されます。

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 8/8
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(〇〇〇)		
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		
利用者や家族が意向を伝えやすい環境を作っています 苦情解決制度に関しては、契約時に重要事項説明書をもとに説明しています。また、各フロアの入り口に苦情受付の連絡先を明示しています。これまで利用者及び利用者家族から具体的な苦情が出たことはありません。事業所としては苦情解決制度を利用者が使う前に問題解決ができるよう一人ひとりの特性に合わせてコミュニケーションを取り、意向を聞いています。また、利用者と家族の意見は個人面談の時に、聞いています。家族とは連絡帳を活用し、日中の活動施設も含めて昼、夜の利用者の様子を家族に伝え、家庭からも意見をもらうようにしています。		
重度の利用者が多くなっていますが、月に1度外出の機会を設けています 半年に一度、個別支援計画を更新する際にも利用者の意向を聞いています。個別支援計画更新時は利用者の他にご家族も面談に参加し、話し合っています。また、今年度の第三者評価の利用者調査も利用者の意向を聞く機会になっています。利用者からは「外出」の希望が多く、当事業所では月に一度、外出の機会を設けるようにしています。また、重度障がい者への対応による加算で収益は改善し、その利益部分は今後の外出や誕生日会等に対するの使う事を検討しています。今後は更なる意向把握への取り組みとして定期的なアンケートの活用などが期待されます。		
法人からの情報や自治会の地域に関する情報を収集しています 当事業所は複数の事業所を持つ法人組織に属しているため、福祉に関する情報は法人より通知があります。職員にはメールを使用して伝達しています。その他、地域の情報収集の場として、自治会があります。自治会では納涼祭なども主催しており、当事業所も参加し、地域交流の場にもなっています。近隣住民に対しては、気を使うように指導しており、当事業所車両の通行による近隣への影響などを日常的に留意しています。地域のグループホームとの交流など横断的な関係は薄く、今後の取り組みが期待されます。		

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

事業計画は実現可能な範囲で一步でも前に進むという方針で策定しています

法人の中期計画であるマスタープランを参照し、それに基づき事業計画書を策定しています。事業計画策定時には前年の振り返りと事業所の年度単位で実現可能な事を考え、一步でも前に進むという方針で策定しています。利用者が楽しみにしている月1回の外出に関しても車の購入から毎年少しずつ計画を進め実現に至り、現在回数の増加も検討しています。職員育成に関しても研修の参加や資格取得などの目標を設定し、研修後のレポート提出や半年ごとにその成果の振り返りを行う等、計画的に行っています。結果として専門資格の取得に成功しています。

ヒヤリハットやインシデントを記録し、改善に役立てていますが、課題もあります

利用者に対する安全面に関しては、ヒヤリハットやインシデントの報告により安全管理に努めています。報告を基に改善策について会議等でも討議をしています。しかし、現在ヒヤリハットの報告数は少なく、積極的に実務に繋げるという面では弱さがあります。また、ヒヤリハットとインシデントの線引き基準についても課題があります。今後は基準の策定や積極的に実務に繋げていく事が期待されます。また、法人内の事業所で起きたヒヤリハット事例から改善に繋がった「良い例」を検証し、実務に繋げていくという、「質への取り組み」も期待されます。

利用者の出入りや外部からの侵入対策等、利用者が安全に過ごせる様に取り組んでいます

利用者が安全に過ごせるように取り組んでいます。1階、2階ともにホームの出入口の扉はロックがかかるようになっており、重度利用者が多い中、利用者が一人で外に出る事がないよう、職員や来訪者が出入りする時は逐一ロックをかける事を徹底しています。また、ホームのガラスは強化ガラスになっており、外部からの侵入者対策もしています。障がい者施設への侵入事件を受け、更なる安全対策にとりて、車の出入り時のセキュリティについても協議しています。

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 7/8
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 6/7
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(○○○●)

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

職員一人ひとりの個人目標や計画を立て、人材育成に努めています

職員は年度初めに年間の個人目標を立てることになっています。個別の研修計画も立てており、所長と職員が相談しながら作成しています。現在、強度行動障がい利用者に対する研修を受講しており、3年間の研修計画を立て、受講しています。研修に参加後はレポートを作成することになっており、提出したレポートに所長がコメントをつけて返却しています。この事は、職員に対してさらなる動機付けを図るとともに、研修により育成に効果があったか否かの検証にも繋がっています。

人事制度の構築による職員のやる気向上への取り組みが期待されます

職員への取り組みとして法人では外部業者によるストレスチェックを行っています。また、法人で非常勤のカウンセラーを雇用し、事業所の職員が相談出来る環境を整えています。福利厚生制度として福利厚生会や県の福利協会に入っています。このように職場環境改善への取り組みはありますが、職員のやる気向上が期待される評価制度や賃金制度等、人事制度の構築には課題があります。現在行っている目標管理や研修計画に加えて、更なる取り組みが期待されます。

面接と実習による採用プロセスがあり、適性に重きを置いた人材採用に努めています

常勤職員の採用は運営法人で行い、非常勤職員については、事業所で採用をしています。採用プロセスには、面接と実習があり、事業所での就労に問題がないかを厳格にチェックしています。事業所で行う非常勤採用については、所長が第一次面接を行い、通過した候補者は数日間の実習を行います。事業所側は、実習での接遇や態度などを観察し、問題ないと判断した場合、候補者は2次面接へと進みます。2次面接はエリアマネージャーが担当し事業所、候補者の意向を取りまとめ、さらに法人倫理等の説明も行い、採用に繋がっています。

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(000)		
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(0000)		
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>法人の利便性の高いクラウドサーバを活用しています</p> <p>法人全体でクラウドサーバを使用しており、重要な情報はクラウドサーバ上で管理されています。クラウドサーバへのアクセスは情報共有している事業所に限定されており、当事業所ではパソコン自体は職員全員がパスワードを入力することで操作が可能となりますが、クラウドサーバ上のデータが格納されている各フォルダはそのフォルダに対する権限を持っている職員以外はアクセスができません。情報は適宜更新されており、整理がされています。</p> <p>利用者の写真や書類など、個人情報の取り扱いは厳重に管理しています</p> <p>法人のホームページでは個人情報保護法の趣旨を踏まえた個人情報の取り扱いが、「プライバシーポリシー」として法人でまとめられ、個人情報の保護に関する方針等が記述されています。また、法人で個人情報保護規定を策定しており、職員に対しては入職時に説明し、利用者に対しては入所時に説明しています。事業所では、利用者の写真を撮影し、使用する際には利用者の許可を取るようしており、基本的に対外的な公開はしないようになっています。</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」	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	
<p>利用者の安全の確保への取り組みを日々行っています</p> <p>ホームの出入口はロックがかかり、利用者が一人で外に出る事がないように、職員や来訪者が出入りする時に逐一ロックをかける事を徹底しています。また、事業所内の尖った箇所等には資材でカバーをし、怪我をしないように配慮しています。鑑が苦手な利用者への対策として鑑にカバーをするなどして対応をしています。入浴時には傷等がないかを確認する為のチェック表を作成し、身体の状態を細かく確認しています。その他、ホームのガラスは強化ガラスになっており、外部からの侵入者対策もしています。</p>	
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」	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	
<p>個別に研修計画を立て、実行しています</p> <p>個別に研修計画を立てており、現在、強度行動障がいのある利用者に対する研修を受講しており、3年間の研修計画を立て受講しています。また専門資格取得も積極的に行っています。研修に参加後はレポートを作成することになっており、提出したレポートに所長がコメントをつけて返却しています。この事は、職員に対してさらなる動機付けを図るとともに、研修により育成に効果があったか否かの検証にも繋がっています。研修の参加は常勤職員が多くなっており、非常勤職員の参加は少なく、今後の更なる取り組みが期待されます。</p>	
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」	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	
充実した医療的ケアの体制が日々の運営を支えています	

法人で提携している看護ステーションの看護師が月一回訪れ、日常生活の医療的ケアや相談を受けています。また、看護師とは24時間体制で連絡を取る事ができ、緊急時の対応指示を受けることもできます。また、法人内のクリニックにも連絡し、医師の指示を仰ぎ的確な対応ができるようになっています。このような医療的ケアを取り巻く環境は、職員の支援をサポートしています。また、職員の精神的な安心にも繋がり、日々の運営に良い影響を与えています。

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

シフトの工夫や加算により収支が改善しています

開所時の収支状況には課題がありましたが、職員の勤務体制を見直してシフトを工夫することでの経費削減と、重度障がい者への対応における加算等により、収入は増え、収支が改善し、今年度上期利益の計上に繋がっています。増益部分は今後の利用者の外出活動や誕生日会等の行事の経費に充てる等を想定しています。

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

利用者調査により、事業所の振り返りに繋がっています

今年度は利用者調査を行い、利用者の意向把握に努めました。総合満足度は8割を超え、一定の評価が出ている事が確認できました。特に「施設内はきれいになっているか。」「食事の時間は楽しいか。」という問いでは満足度は9割を超える結果が出ています。当事業所では、初めての調査となり、事業所の振り返りにも繋がっています。利用者は重度の方が多く、中にはコミュニケーションがうまく出来ない利用者もいます。今後は家族の力も借り、定期的なアンケートを取る等して、利用者の意向把握に努める事が期待されます。

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	1/4
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(○●●●)</p>			
	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>利用希望者に当事業所を広く紹介する媒体整備を期待します</p> <p>当事業所は、同法人からの情報や紹介による利用希望者が多い施設です。特に、同法人内のサービスを利用している方やご家族が、当事業所から通所している方の様子を見聞きしたりすることで、事業所の情報を取得しています。このような状況から空室の無い状態が多く、法人外に向けた発信を常時行っている状況にはありません。空室が出た場合には、相談事業所や法人以外の関係機関に声を掛け募集を行っている状況です。事業所を地域の方に広く知ってもらうためにも、パンフレット等地域利用者が手に取りやすい媒体等を整備することが望まれます。</p> <p>見学時には、丁寧な個別対応をしています</p> <p>同法人内の日中サービスを利用している方や相談事業所の相談員からの紹介で、見学を希望する本人・家族がいます。ある程度当事業所のことを知っている見学者が多い状況ですが、日程調整の上、時間をゆっくりかけて見学して載っています。本人・家族の不安を解消できるような見学時の対応をし、見学者の個々の不安に答え、安心感を持っていただけるように配慮した説明をしています。体験入居があることなども説明しながら、見学後の体験入居を経験していただき、当事業所の生活を知ってもらうよう取り組んでいます。</p> <p>利用者の特性を考慮した情報提供を広く行っていくことが求められます</p> <p>当事業所の利用までの流れは、法人内のサービスに関係している方が利用者の大半を占めている状況です。そのため当事業所を知ってもらうための情報発信に弱さがあります。法人内で完結するだけでなく、常に関係機関等に対して当事業所の活動の様子を発信していくことが求められます。さらに、事業所も課題として認識している障がい特性に応じて情報発信する事は、利用者や地域ニーズの把握だけでなく職員の障がい理解のレベルアップにつながる可能性があります。利用者獲得のための情報発信という範囲に限定せず、事業所の情報発信に努める事を期待します。</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
<p>評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている</p> <p style="text-align: right;">評点(○○○)</p>			
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
	●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
	●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当

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			
<p>体験入居で当事業での生活を知ってもらい、当人やご家族の不安を解消しています</p> <p>入居前に、当事業所をよく理解して頂ける工夫をしています。その一つとして、体験入居を行っています。この取組みによりスムーズな入所生活を送れる事につながっています。利用者当人は、施設が合っているかどうかを知ることができます。家族等の関係者も体験中の利用者や連絡を取ることが出来、様子を確認する事が出来ます。職員にとっては、法人内で知っている方が多いとはいえ、実際に生活の様子を見ることで書面にはあらわれていなかった細かな点を把握することが出来ています。体験入居することで、利用者・職員双方の不安を解消しています。</p> <p>入居が決まり、サービス提供開始時には丁寧な説明を行っています</p> <p>サービスの開始にあたり、入居時に契約書、重要事項の案内を利用者、ご家族に説明しています。サービス提供の基本となる重要事項の説明は、重要事項説明書としてまとめています。書面にはルビを振るなど読みやすいように工夫しています。その書面を見ながら平易な言葉で説明するので、初めての利用者、ご家族でも理解することが出来ます。また、このサービス内容を確定させる前には、入居前に本人・ご家族と面談を実施し、サービス内容に反映させています。確定したサービス内容の利用費、負担額などを説明し、同意後署名頂いています。</p> <p>利用前の生活歴をきめ細かく把握し、入居後変わらない生活の実現に努めています</p> <p>入居前の利用者の生活について、多くの情報を得る工夫をしています。同法人からの情報、体験入居時の状況、ご家族等関係者との面談、アセスメント表などからこれまでの生育歴をきめ細かく把握しています。なかでもご家族等の関係者からは、自宅での様子を細かく伺っています。例えば、利用者が帰宅後に、コーヒーを飲んだあとに風呂に入るのであれば、極力それが実現できるような計画を立てています。これまでの生活の実態をきめ細かく把握することで、入居後に好ましい生活習慣で生活を送れるような支援を行っています。</p>			
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	10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している			評点(000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している			評点(000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のし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(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当
サブカテゴリ3の講評		
利用者を深く理解するための工夫をしています 当事業所では、利用者の個々の状況に応じた支援をするために、利用者の状況把握をきめ細かくおこなっています。入居前の成育歴の把握に加え、アセスメント表を活用し利用者の状況把握を行っています。アセスメント表には、起床から就寝の日常生活を12項目に区分けし、食事であれば、好き嫌い・盛り付け・片付けにいたるまで利用者の状況を把握できるようになっています。状況が変わらない限りアセスメント表は変更していません。日々利用者に関わっている状況ですが、アセスメント表の見直しを計画的に業務に取り入れる事が望まれます。		
帳票類を活用したり、関係者から話を聞いたりするなどして日々の活動を記録しています 当事業所では、利用者の心身の状況や生活状況等を記録し、把握しています。日々の業務日誌や申し送りノートからの情報を利用者個人のケース記録にその時の状況を記録しています。また、連絡ノートを活用し、日中活動の事業所、家庭、当ホームの3者を結ぶツールとして活用しています。また事業所は書面では限界があると認識しており、家族、関係機関等から話を聞いたり必要な資料を取り寄せるなど時間を掛けて利用者の状況を把握し記録しています。これらをきめ細かく記録することで、職員間の情報共有や個別支援計画作成時に活用されています。		
記録に基づきホーム会議を行い、利用者個々の状況に応じた支援を行っています 当事業所は、業務日誌や申し送りノートを活用して日々の活動をケース記録としてまとめています。この記録類を活用するために、月一回のホーム会議で、ケース記録から主な様子を書面で伝えています。会議の中で利用者の状況を共有し、変更が必要な場合は、常勤職員主導で変更し記録に残しています。ホーム会議録は、回覧不参加の非常勤職員にも確実に伝わるようにしており、支援にバラツキが無いように努めています。さらに、サービス提供のもとになる個別支援計画を見直す際には、年2回支援計画策定会議を別に行い、支援計画の質を高めています。		
サブカテゴリ5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/7
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(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 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	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当

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(○○○●)		
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

個々の生活の場を意識し、利用者のプライバシーを尊重した支援体制を整備しています

ホームという利用者が休息する場であることを第一に、個々の利用者にも配慮した支援を行っています。ホーム入居時に個人情報の提供に関する同意書に押印頂いています。ホームに届く郵便物等の扱ひも個別レターボックスを用意し保管しています。また、利用者の連絡帳についても職員の事務所で個別に管理しています。今回の調査時は、ホームに男性のみが居住しており男性専用のホームとなっていました。支援における入浴、排せつなど直接身体介護は同性介助をしています。業務日誌にも、入浴対応者を記載する項目があり、記録として残しています。

望ましい生活環境を整備し本人が自分で決める機会を作るよう配慮しています

何を決める場合にも、複数の選択肢のなかから利用者本人が選べるように配慮しています。これを実現するために利用者の成育歴から日々の支援内容をきめ細かく記録し把握するよう努めています。利用者の特性を把握し、利用者に応じた選択肢を示すことで利用者の意思で生活を選択出来るように工夫しています。また利用者や家族等関係者からの要望を聞き、配慮した支援を行っています。例えば金銭管理について、家族から得た過去に失敗した情報を活用し、利用者へ選択肢を提示しながらも使い過ぎないような支援となるよう工夫しています。

常勤と非常勤職員が持つ情報、支援レベルを確認する場が求められます

当事業所では、利用者の特性を考慮し利用者の意思を尊重した支援を行っています。それを実現するために各種帳票、ホーム会議、日々の職員間の情報共有などで体制を整えています。しかし、今回の職員アンケートにおいて常勤と非常勤職員間の情報のギャップや支援が職員よりでは、とも取れる問題意識の高い意見が寄せられていました。事業所は生活の場という機能上、夜勤業務が多くを占めます。法人主体では権利擁護等に力を入れています。事業所においても知識面の確認と支援体制について振り返る場を計画的に設定していくことが求められます。

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	6/11
-------------	-----------------------	------

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(○●●)		
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(○●●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
○あり ●なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映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(○○○○●)

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

利用者個々の生活スタイルを記した業務スケジュールを作成し支援を安定させています

当事業所が目指しているサービスの基本事項や朝晩の流れ等を明確にしています。日々の業務内容や関係者から聞いた内容等はケース記録としてまとめられています。日々の支援内容を安定させるために、フロアごとに業務スケジュールがあり、朝は何時に誰が起き、どのような支援が必要かを記載しています。また夜勤業務スケジュール、明け業務スケジュール等が定められ、それに基づいた支援を行っています。月一回のホーム会議ではケース記録をもとに支援のあり方を一人ひとり検討し、必要があれば見直しを行っています。

支援内容はホーム会議を通じ適時見直していますが、計画的な見直しが求められます

当事業所は、月一回のホーム会議の中で支援内容について、ケース記録をもとに見直ししています。その会議の中では、サービス提供を見直し成功した事例を共有し、手順の見直しに役立てています。随時見直し、実施を行っている一方で、発生・発覚した事柄に対応している面も見受けられました。今回実施した職員アンケートにも改善事項で類似事項が挙がっていました。中長期的な視野で優先度を明確にし、計画的にサービス向上を図る面も必要と思われます。今回の職員アンケートを振り返り、優先度を付けながら計画的に進めていくことを期待します。

充実したホーム会議が行われ、職員のサービス提供の質を安定させています

当事業所では、ホーム会議を月に1回行っています。ホーム会議の内容は、主に利用者の支援に関することになります。1ヶ月間のケース記録や関係機関とのやり取りなど、記録をもとに各利用者の様子を振り返り、必要に応じて支援の中身を変更しています。このホーム会議を通してサービスの基本事項や手順、利用者の状況が職員全体に行き渡るようになっていきます。また、会議だけでなく日々の業務の中でも職員はわからないことがあれば、その都度先輩や上司に確認出来る体制を取っており、相談・助言をタイムリーに実施することが可能となっています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4																
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	20 / 23															
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(○○○●)</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>個別支援会議を開催し個別支援計画の中身に深みを持たせています 当事業所は、入居前は関係機関との連携によるアセスメント、入居後には日々の支援記録をケース記録として残し、月一回のホーム会議で支援内容の検討を行っています。年二回の個別支援計画見直しの際に個別支援計画検討会議を開催し、計画の適否を検討しています。個別支援計画作成時は、担当者が作成しますが、その際は把握した利用者の状況だけでなく、一番利用者と接することが長い夜勤者等から日々の様子を詳細に聞き取り計画に反映させています。望ましい生活習慣獲得に向け、利用者の自立を尊重した支援内容を計画に盛り込んでいます。</p> <p>利用者一人ひとりの状況を考慮したコミュニケーションをとり、入居生活を支えています 当事業所の利用者の方の中には、コミュニケーションが得意ではない方もいます。事業所の特長として、利用者の様子をきめ細かく把握する点が挙げられます。コミュニケーションの取り方も職員の工夫により、口頭だけでなく利用者の個々の特性に合わせて、イラストや写真、筆談などを用いて利用者の意向を把握したり、選択を促したりしています。施設内の掲示板等にも、スケジュールボードで予定が見てわかるようになっていたり、トイレをきれいに保つ方法、洋服をたたむ方法などが写真で掲示されていたりする等、一目でわかるようになっています。</p> <p>利用者が思うような生活を送れるように必要な支援を行っています 当事業所は、生活の基盤になる、利用者にとってそれぞれの望ましい生活習慣が身につくような支援を心がけています。日常の歯磨き、整容等に関しても利用者が望ましい選択を出来るように絵カードを使いコミュニケーションを取ったり、休暇の際に出掛ける交通手段も絵カードを使い選択出来るようにしたりする等、工夫しています。利用者自身が休暇に外出出来るように、カイドヘルパーと連携し取り組んでいます。また、外食をしたいという希望があった場合は、職員が個別に対応し利用者の意向実現に向け取り組んでいます。</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(○○○●)</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

入居ホームは、静かな住宅街の中にあり、ゆったりと過ごせる空間になっています

当事業所は、グループホームとして専用設計施工され、入居部屋、リビング、風呂場等が機能的な配置になっています。立地環境は、閑静な住宅街の中にあり、心身を休めるには最適な場所となっています。施設は、2階建てですが、館内エレベーターもあり車イスの方も不自由なく移動することが可能です。また陽当たりも良く、各部屋も同じく陽当たりが良い状況です。朝食や夕食で使うことが多い、リビングですが、キッチンからの動線もゆったり確保してあり、食事の際も利用者自身のペースを乱されることは無い程、スペースを確保しています。

利用者が快適に過ごせるよう施設環境を整えています

利用者の各部屋は、毎朝掃除機掛けを行っています。利用者の状況により、ご自身で出来る方はご自身で、難しい方の部屋は職員が掃除機掛けを行っています。また、起床時就寝時にはカーテンや窓を開閉し生活にメリハリが付くようにしています。個々の利用空間と共用空間の利用に関する決まり事は、利用者の意向やコミュニケーション状況に応じて対応し環境整備に努めています。一方で今回の職員アンケートに環境整備に関して意見が寄せられていました。さらなる住環境向上に向けての機会と捉え検討していくことを期待します。

食事提供は、嗜好品を含め利用者の意向を反映した食事となるよう努めています

当事業所の食事提供は利用者に好評です。特に朝食は品数も多く、楽しみにしている利用者が多いことが今回の利用者調査でもわかりました。事業所では、食事メニューの中に利用者が好きなものを週一回入れるように努めています。またおやつやコーヒーなどの嗜好品に関しても極力対応できるように努めています。夕食の食事提供は、同法人の配食サービスを活用しています。食事介助が必要な利用者に対しては、きざみ食や個別介助を行っています。また利用者の食材に対する好き嫌いにも対応し、食事メニューを変えずに食材の変更で対応するなどしています。

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

日頃からの健康管理はホームの責任と捉え、日々の変化を見逃さないようにしています

利用者の健康管理は、日中活動の施設や相談事業所と連携を取っていますが、ホームの責任と捉えています。そのため日頃の様子を把握することで、不調の早期発見、日ごとの違いなどを敏感に察知しています。定期健康診断も年一回行っており、体重が増加した利用者に対してはカロリーコントロールする等即座に対応しています。また利用者から訴えがあった場合には、適時対応し、医療機関からの指示が出た時には、業務日誌に記録し、申し送りノートを使い利用者の状態を職員が共有出来るようにしています。

医療的な体制を整え、日常の相談から緊急時の処置まで対応することが可能です

法人で提携している看護ステーションの看護師が月一回訪れ、日常生活の医療的ケアや相談を受けています。また、看護師とは24時間体制で連絡が取れることが出来ます。緊急時の対応の際には指示を受けることが出来ます。この点は職員の安心感にもつながっています。また、法人内のクリニックにも連絡し、医師の指示を仰ぎ的確な対応をすることが可能です。日常生活を医療的に支えるために、多くの機関と連携し利用者を見守っています。関係機関には、法人提携のクリニックの他、歯科、精神科等があります。必要に応じて職員も同行しています。

服薬が必要な利用者に、確実に処方出来るしくみを整えています

当事業所では、服薬が必要な利用者には適切な管理を行い、混同しないような仕組みを整えています。特に事務室内に独自の週間投薬カレンダーを設けています。これは、透明ポケットに週間の曜日ごと、利用者ごとに薬を入れ確実に投薬出来るようにしています。ポケットに入れる際にダブルチェックしており、さらに投薬後の空き袋をポケットに戻し、日誌にも投薬の記録を残しています。災害等の不測の事態に備え予備薬も3日程度を持ち、万が一に備えています。

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>家族と連携を図り、利用者本人の意向を第一にした支援につなげています</p> <p>当事業所にはコミュニケーションが苦手な利用者もいるので、家族との連携を重要な情報源として位置づけています。入居前から連携を密にとり、入居後は日々の状況を伝え、協力を得られる関係を築く努力を続けており、良好な関係を築いています。家族への相談については本人の意思を尊重し、最優先して話し合いを行っています。利害関係が生じるなど本人が話しづらい問題では職員が代弁し家族に十分な説明をしています。利用者が通う日中サービス事業所や就労先とは、連絡ノートや電話で日々の情報を交換し、共有しながら見守りや連携を行っています。</p> <p>利用者の健康面の状況は密に共有し、相談しながら対応しています</p> <p>利用者自身の健康面は、提携している看護ステーションやクリニックにより管理し万全の体制を整えています。その際の情報は、連絡ノートなどを使用し家族にも共有しています。定期診断の結果内容やその後の対応なども家族と相談しながら決めていきます。体重が増加しカロリーコントロールが必要な場合も相談の上決めていきます。なにかあればすぐに電話で状況を報告し対応を協議するなど、家族関係者と密な関係が築けており、今後も継続していくことが望まれます。</p> <p>連絡ノートや電話から家族の要望や意見を伺い、支援や改善に反映させています</p> <p>日頃の家族との連絡ノートのやり取りや電話の中で、家族からの要望や意見を支援や改善に反映させています。ホームへの要望や利用者一人ひとりに関わる支援に向けて家族からの情報は貴重な支援材料となっています。例えば、連絡ノートで自宅での様子を記入頂いたり、事業所側からはホームの生活で気づいた点などを伝えたりしています。電話では、日々の関わりの中で本人の様子を伝えたり、障がいを持つ家族への理解を深めたり、職員も実践の中から支援技術の向上を図る取組みにつなげたりしています。</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●)
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>地域の住人として生活するための支援をおこなっています</p> <p>社会生活を送る上での情報、支援を事業所は提供しています。日々の生活では、通所事業所へは、一般交通機関で行かれる方や送迎バスで行く方がいます。一般交通機関で通所する方には、GPS機能付の機器を持ち災害時の対応にも備えています。利用者の生活圏に関する情報提供は、自治会に属しており情報提供を行っています。自治会が開催する夏の納涼祭に顔を出す利用者もいます。またガイドヘルパーを活用し外出する利用者もいます。一方で利用者への地域・生活圏の情報提供に関して積極的に行っていない状況なので今後の改善が求められます。</p> <p>地域との連携を深める活動強化が求められます</p> <p>当事業所は自治会にも入り、納涼祭などにも一部の利用者が参加し地域交流を図っています。また事業者は、防災に対する意識を高める点を事業計画に載せ取り組んでいます。さらに余暇活動の充実も事業計画に載せ取り組んでいます。しかし今回の職員アンケートの声に地域活動強化を望む意見が散見されました。防災への対応は一つの事業所で出来るものではなく、地域との連携が必要です。日頃から地域に根ざした活動が求められます。事業計画を実現していくためにも、職員の声に優先度を付けながら対応していく事が求められます。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

12	評価項目12	【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>食事・入浴・排泄・睡眠等は基本的に利用者本人の意向やペースを尊重しています</p> <p>食事・入浴・排泄・睡眠等の支援では基本的に利用者本人の意向やペースを尊重しています。食事はリビングで食べますが、個々の生活リズムを尊重し、業務スケジュール表にも朝食や夕食の時間を記載しています。入浴については一番に入りたい方など利用者間で取り決め、必要に応じて職員が調整しています。入浴・排泄では、介助が必要な利用者には同姓介助で支援・見守りを行っています。睡眠については安眠を妨げないよう、共用部は21時消灯としています。施設内で23時巡回を行い、場合によって就寝を促し生活のリズムを整えています。</p> <p>ホームと日中サービス事業所等との生活の連続性に配慮した連携を図っています</p> <p>日中サービス事業所とは連絡ノートやメール、電話を通じて一人ひとりの状況に応じて連絡を取り合っています。本人の調子の悪い時の情報交換、話の内容の事実確認等を行い、ホームと作業所の生活の連続性に配慮した連携を図っています。この場合には、看護師や提携するクリニックとも適時連携を図っています。自立に向けた支援として望ましい生活習慣(体調自己管理・賃金確保・通勤可能)が出来る支援を行っていくことを課題と捉えています。一人ひとりの障害別への課題や住まいの場探しなど地道な努力をし、共生の道を探っています。</p> <p>重度利用者を支えていく際の施設環境に応じた工夫と改善を行っています</p> <p>当事業所は、グループホーム専用設計のもと施行されました。各居室、キッチン、リビングなどスペースが確保されています。施設は2階建てで、利用者の特性を考慮し、1階と2階でグループを分けています。支援者も身体障害者が多く、加えて重度の方が居住してしています。事業所の経営層、職員も含め施設ハード面に関しての課題認識があります。現状は、職員の工夫で対応していますが、今後の利用者の将来を見据えた対応が求められます。施設単独で対応するだけでなく、法人の資源も活用しながら対応していくことを期待します。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-1-2	職員の質の向上に取り組んでいる
タイトル①	面談により個人目標を設定し、計画的な研修の参加や資格取得を実現しています	
内容①	年度初めに所長と職員は個人面談を行い、職員の目標を設定しています。また、個別に研修計画も立て、現在、3年計画の強度行動障がい利用者に対する研修の受講に力を入れています。専門資格の取得にも力を入れており、資格の取得に至ったケースも複数出ています。研修に参加後はレポートを作成することになっており、提出したレポートに所長がコメントをつけて返却しています。この事は、職員に対してさらなる動機付けを図るとともに、研修により育成に効果があったか否かの検証にも繋がっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	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
タイトル②	重度の利用者が安全に過ごせるように取り組んでいます	
内容②	重度利用者が多い中、利用者が安全に過ごすための環境作りに力を入れています。ホームの出入口はロック式で、利用者が一人で外に出る事がなく、職員や来訪者が出入りする時は逐一ロックをかける事を徹底しています。また、事業所内の尖った箇所等には資材でカバーし、怪我をしないように配慮をしています。入浴時には傷等がないかを確認する為のチェック表を作成し、身体の状態を細かく確認しています。その他、ホームのガラスは強化ガラスになっており、外部からの侵入者対策もしています。結果として直近27年度の事故報告は挙がっていません。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-4	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
タイトル③	重度利用者の将来を見据えた支援を家族と連携し行っています	
内容③	当事業所は、重度の利用者を受け入れることを強みにしています。必要な支援を実現するために、利用者に関する情報をきめ細かく収集・記録しています。そのために家族との連携にも力を入れて取り組んでいます。普段からのコミュニケーションを丁寧に行い、言いやすい関係を構築しています。また、現状の支援だけでなく、ご家族、利用者本人の高齢化等を見据え、将来の姿を共に描いています。必要な方には、後見人制度について説明などして、橋渡しの場になればとの思いで取り組んでいます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者や家族のニーズである外出の機会を月1回設け、重度の利用者でも余暇を楽しめる環境を作っています
	内容	利用者や家族からは、「外出」のニーズが多くなっており、月に一度、外出の機会を設けるようにしています。現在は近場の飲食店等に行き、普段と違う環境で食事を楽しんでもらえるようにしています。27年度はゴールデンウィークの時にも外出を企画実行し、重度の利用者でも余暇を楽しめる環境作りに努めています。事業所の収益面は重度の利用者に対する加算等により改善しており、利益部分を今後の外出や誕生日会等に対しての使う事も検討しています。
2	タイトル	家族との連携を強固にすることで、利用者に家にいるのと同じ環境の実現に努めています
	内容	当事業所は、できる限り家族からの要望に応じるようにしています。コミュニケーションを不得手とする利用者に対しても、家族からの情報があることで、利用者の意向を汲んだ支援につなげることができています。ご家族とは、連絡ノートを使ったやり取りだけでなく、普段からちょっとしたことでも直接コミュニケーションを取り、保護者との信頼関係構築をおこなっています。言いやすい関係性から、さらに利用者の素の姿を聞き出すことができています。入居生活でも、家にいた頃と変わらない環境の実現に取り組んでいます。
3	タイトル	生活の場であるホームで、リラックスして過ごせるようきめ細かい支援を行っています
	内容	利用者の過去の成育歴、家族や通所施設との連携、日々の支援記録に基づき支援しています。様々な情報と利用者との関わりから意向を汲み取っています。家族からの家庭での姿と通所事業所からの活動の様子、これらを考慮し、ホーム内の環境設定や負担が無いように自己選択を促す支援を実現しています。平日は朝ご飯、出掛ける時間などが集中しがちですが、きめ細かい業務スケジュールを作り、余裕を持った支援につなげています。これらの取組みが利用者にも伝わり、今回の利用者の声にも当事業所が好きという声が寄せられていました。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	非常勤職員のモチベーションアップのしくみ作りが期待されます
	内容	常勤職員に対しては研修の参加等、スキルアップのしくみがありますが、非常勤職員に対する同様の取り組みは弱くなっています。当事業所では常勤よりも勤続年数が長い非常勤職員もおり、積極的に活用をすることでさらなる当事業所の改善に結びつく可能性が考えられます。非常勤職員が積極的にスキルアップをすることで利用者の満足度へ貢献し、評価に繋げ、最終的に非常勤職員のモチベーションアップを図ることが考えられます。今後のしくみ作りが期待されます。
2	タイトル	支援内容はホーム会議を通じ適時見直していますが、計画的な見直しが求められます
	内容	今回の調査で、月一回のホーム会議の中で支援内容について、ケース記録をもとに見直している事を確認しました。その会議の中では、サービス提供を見直し成功した事例を共有し、手順の見直しに役立てています。即時見直し、実際の支援にもつなげている一方で、発生・発覚した事柄に対応している面も見受けられました。今回実施した職員アンケートにも改善事項で類似事項が挙がっていました。中長期的な視野で優先度を明確にし、計画的にサービス向上を図る事柄もあると思われます。動きが速い利点を活かした、計画的な改善活動に期待します。
3	タイトル	重度利用者を支えていく際の施設環境にさらなる工夫と改善を期待します
	内容	当事業所の強みが、重度の利用者対応にあることが今回の調査で確認できました。知的障がい者を受け入れる事を念頭においた施設施行であったものの、職員の工夫と努力で施設環境を活かした支援を提供しています。その支援は、食事、排泄、入浴様々な点できめ細かく対応していました。経営層との話の中でも、利用者の重度化、高齢化など今後を見据えると、排泄・入浴等のシーンで検討しなければいけない項目があると認識しています。施設単独で対応するだけでなく、法人の資源も活用しながら対応していくことを期待します。