


社会福祉法人 県央福社会  
アマポーラ藤沢 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26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><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <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（共生）」を目指します。 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)個々のプライバシーを守り、安心した生活が送れるように配慮してきます。 4)利用者さん個々の健康に留意し、看護師からのアドバイスを行っていきます。 5)余暇を楽しんでもらうために、地域への活動に参加していきます。</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>非常勤を採用する時には、利用者さんの気持ちを受容でき、きめ細やかに気付ける人を実習をして選んでいる。</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>利用者さんの立場に立って、物事を考えられるようにしてほしい。</p>

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は10名となりました。有効回答人数は9名となりました。

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、事業所内の個室を用意して頂き、利用者と調査員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

		10	
アンケート	聞き取り	計	
0	10	10	
0	9	9	
0.0	90.0	90.0	

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  
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

		10	
アンケート	聞き取り	計	
0	10	10	
0	9	9	
0.0	90.0	90.0	

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

調査対象10名に対し、有効回答9名と回答率は90.0%でした。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が33.3%という結果となり、3割強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、「対応時間を増やしてほしいです。」「もう少し、自分の事を考えてほしいです。対応してほしいです。声掛けが欲しい時があります。」という意見がありました。

## 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》

《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	5	4	0	0
回答割合は、「はい」が55.6%、「どちらともいえない」が44.4%、「いいえ」が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「やさしいです。」「相談をします。」という意見がありました。一方、「助けてくれるかはその時によります。」「分かりません。真面目に相談しません。」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	7	0	1	1
回答割合は、「はい」が77.8%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が11.1%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「使いやすいです。」「安心して使えます。」という意見がありました。一方、「風呂に入っている時、非常勤の女性が洗濯の為に入ってきてしまいます。」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	5	1	2	1
回答割合は、「はい」が55.6%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が22.2%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「外食が楽しいです。」「仲が良い利用者がいます。」という意見がありました。一方、「関係は微妙です。」「交流はあまりしません。」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	8	0	1	0
回答割合は、「はい」が88.9%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が11.1%、「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「きれいになっていると思います。」「きれいです。」「掃除はしています。」という意見がありました。一方、「掃除はしません。」「掃除はあまりしていません。」という意見がありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	5	2	1	1
回答割合は、「はい」が55.6%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が11.1%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「特に問題はありません。」という意見がありました。一方、「無理だとか、もっと頑張りなさいと言われます。」「職員は冷たい時、感情が高ぶっている時があり、困ります。」という意見がありました。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	6	2	0	1
回答割合は、「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「対応してくれます。」「スタッフは助けてくれました。」という意見がありました。一方、「こちらから言わないとダメです。」「あまり相談しません。」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	3	3	2	1
回答割合は、「はい」が33.3%、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が22.3%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「仲が良いです。」という意見がありました。一方、「割って入ったりはしません。」「けんかはたまにあります。放っておくこともあります」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	4	0	0
回答割合は、「はい」が55.6%、「どちらともいえない」が44.4%、「いいえ」が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「信頼できる職員は良く話を聞いてくれます。」という意見がありました。一方、「1名の職員以外は大切にしてくれます。」「体調が悪い時に悪く言ってくる人がいます。」という意見がありました。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	6	0	2	1
回答割合は、「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が22.2%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「非常勤の職員に個人的な事を漏らされたことがあります。」「情報を漏らしてもらうことが良くあります。」「職員が自分より先に情報を知っていたことがありました。」という意見がありました。				
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	3	1	1
回答割合は、「はい」が44.5%、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が11.1%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「半年に1回相談しています。」という意見がありました。一方、「職員の方とは話はしていません。」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	5	2	1	1
回答割合は、「はい」が55.6%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が11.1%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「今は説明していません。」という意見がありました。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	1	3	1
回答割合は、「はい」が44.5%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が33.3%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「あまり対応してくれません。」「応えてくれません。本当の相談はしていません。」「職員は仕事が忙しく、あまり様子を見に来ません。」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	4	0	4	1
回答割合は、「はい」が44.4%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が44.4%、「無回答・非該当」が11.1%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しているか	6	2	1	0
回答割合は、「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が11.1%、「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「食事が楽しみです。」「食事はおいしいです。」という意見がありました。一方、「そんなに楽しみではありません。」「量が欲しいです。」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	5	3	1	0
回答割合は、「はい」が55.6%、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が11.1%、「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「好きなことはできています。」「休みの日は出かけます。」という意見がありました。一方、「悩み事を抱えています。」「夜はあまり寝れません。」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	5	1	2	1
回答割合は、「はい」が55.6%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が22.2%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「自分が苦手な部分を支援してくれています。」という意見がありました。一方、「対応してくれる時間が短いです。」「思いません。余計な部分があります。」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	3	2	2	2
回答割合は、「はい」が33.4%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が22.2%、「無回答・非該当」が22.2%という結果となっています。自由意見では「連絡は自分でします。」「家族への連絡はあまりしません。」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
	<b>評価項目1</b> 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)	
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>
	●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
	<b>評価項目2</b> 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)	
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>
	●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
	<b>評価項目3</b> 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)	
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>
	●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の中で「利用者本位」の姿勢を周知徹底しています

法人の掲げる理念や基本方針は、全職員に配布される職員ハンドブックに明記しています。事業所内の玄関にも法人の理念・ミッション・基本方針・行動指針などを掲示しています。これらの職員への浸透は、入職時の研修で徹底して行っています。それ以外の場では当事業所の場合は月に1回全職員が参加する職員会議の場で、所長が「利用者本位」の考え方を重視、その姿勢で職員とやり取りを行い、実践的で具体的にした言葉で職員に伝えています。

### 経営層が事業所及び職員をリードしています

当事業所の施設長は3か所の所長と法人の湘南地区エリアマネージャーを兼務しており多忙を極めています。当事業所の日常の運営は世話人が責任をもって行っており、所長との間で随時「報・連・相」により連携しています。利用者へのサービスは多くの非常勤の職員が行い、それを常勤職員の世話人が束ねています。月に1度の職員会議で利用者の個々の変化や動き、食事や家事等、様々な報告があり、それに対し施設長と世話人の2名で方向性を決めています。職員を経営層が先導し、施設運営をしています。

### 重要な案件についての決定手順が決まっており、職員や利用者にも周知しています

重要な案件については、法人本部の理事会や評議員会で決定する仕組みになっています。また、その内容は所長会議で確認し、所長から職員に周知しています。事業所の事業計画などは、所長が世話人の意見を取り入れて原案を作成し、職員会議などで協議しています。作成した事業計画は常務理事を経て理事会の承認を得ています。また、利用者や家族にも職員を通じ個別に説明をしたり、「お便り」を配布して周知しています。

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 <b>4/4</b>
<b>評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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 <b>3/7</b>
<b>評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇●)</span>		
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
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(●●●)</span>		
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
<b>評価項目3</b> 地域の関係機関との連携を図っている <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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

### 遵守すべき法・規範・倫理の浸透には研修と人権委員会の開発したツールを使っています

当事業の職員は、入職時の研修で福祉サービスに従事する者としての法・規範・倫理等を全職員に配布する職員ハンドブック等を使った研修を受けています。また、身体拘束や虐待などの具体的事例をDVDとしてまとめたものを全員が見て教育を受けています。また、各事業所で人権や人間に対する尊厳を考えるきっかけとして、法人の人権委員会が開発したツールを使っています。このツールは大学の先生との共同開発によるもので、3種類のツールがあり、この事業所ではその中のひとつ「よりそう会」を使って人間に対する尊厳の重要性を学んでいます。

### 事業所にはAEDを設置し、地域住民の安全への役割を担っています

当事業所はグループホームのため、事業所の専門性を生かして地域に還元する取り組みは多くありませんが、緊急時に備えてAEDを設置しており、地域住民も使用できるようにしています。AEDが使用できる事を近隣に知らせる為、看板に目印をつけています。職員は緊急時に対応できるように、自治会主催の救急救命講習に今まで職員3名が参加しており、AEDの使い方や、救急蘇生法を学んでいます。利用者に対してはもちろん、地域住民に対しても緊急時には対応できるようになっています。

### 障がい福祉サービスを運営する8法人と連携したネットワークを活用しています

当事業所は、藤沢市で障がい者向け福祉サービスを提供する8法人のネットワークに参加しています。このネットワークは「法人協議会」と呼ばれ、障がい者福祉に関する市への要望をまとめたり、各事業所共通の課題である研修や防災、苦情解決等のテーマについて協議を行っています。防災マップの作成や苦情解決のための第三者委員の選定などがこのネットワークの具体的活動となっています。また、各法人間で共通課題や情報共有も行い、地域の情報収集にも役立っています。

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
		8/8
<b>評価項目1</b> 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) <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
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
<b>評価項目3</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
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		
<b>利用者との普段の会話から、一人ひとりの意向を掴むようにしています</b> 施設に対して苦情がある場合は、苦情解決制度が使える事を入所時に説明し、苦情相談窓口も伝えています。また、相談窓口等は明記し、施設内に掲示しています。今まではこのような制度を使うことなく、利用者の不満や意向は、日々の職員との会話の中で解決しています。人間関係のトラブルや自分の体調、部屋の快適性(日当たり等々)など様々な利用者の意向をなるべく普段の会話から掴むようにしています。日々の生活の場なのでいかに快適に過ごせるかという事を念頭に置いて支援しています。		
<b>利用者意向の把握に努めてますが、利用者会議の定期開催が期待されます</b> 朝夕の利用者の行動や職員との会話内容などは、詳細に記録しその内容が個人別の記録としてファイルしています。これを読むことで利用者一人ひとりの意向や苦情などが把握でき、その内容は職員間で情報共有しています。また、利用者会議(アマポーラ会議)もあり、利用者との意見交換の場としての機能があり、会議内容を受け、職員は出来る範囲で意向の実現に向けて取り組むしくみがあります。しかし、利用者会議は現在不定期で開催しており、今後は定期的な開催が望まれます。		
<b>市の協議会や法人内の会議より、地域の情報を収集しています</b> 当事業所は、藤沢市で障がい者向け福祉サービスを提供する8法人のネットワークに参加しています。このネットワークは「法人協議会」と呼ばれ、障がい者福祉に関する市への要望をまとめたり、各事業所共通の課題である研修や防災、苦情解決等のテーマについて協議を行っています。この協議会に参加する事が、地域の福祉ニーズの把握にも繋がっています。また、法人のスケールメリットにより、同法人内のエリア会議やグループホーム部会などからも情報の提供があり、福祉ニーズの把握に努めています。		

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

法人の中長期計画を基盤として年間事業計画を定めています

法人本部では中期経営計画第三期マスタープラン(平成26年4月から平成31年3月)を作成しており、その内容を基盤として各事業所では単年度の年間事業計画を作成しています。当事業所でも、所長が利用者ミーティングや職員会議でのホーム全体の意見を参考にして、また地域の情勢なども含め当事業所が取り組むべき方向や重点目標を中心に事業計画を定めています。

看護師が巡回し、利用者の体調管理や健康相談をしています

新しい支援体制の試みとして看護師が月に1回事業所を訪問し、利用者の体調管理と健康相談をしています。体温・体重・血圧などの測定と健康面での不安や体調について相談し、利用者の中には中年の方もおり、成人病予防の相談もしています。また、提携している医療機関もあり、必要があれば相談や診察をする事もできます。看護師の記録は職員が共有し、利用者の状況把握に繋がっています。

事故や感染症の情報を収集し、その予防や対応策について職員間で討議しています

利用者の安全確保に努め、事故が起きないように職員間で討議しています。共同生活の場では、ノロウイルスやインフルエンザなどへの感染症対応は極めて重要と言えます。職員間では感染症への予防と発生した場合の対応策を職員全員で情報共有しています。例えば嘔吐物が出た場合の処理の仕方などは毎年確認と実習の機会を設けています。また、ヒヤリハットの分析により事故に至らないための対策も職員会議の場で検討しています。最近では所在が分からなくなってしまった利用者があり、再発防止策に関して職員会議で討議しています。

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 <b>4/8</b>
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 <b>6/7</b>
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		
<p><b>採用は面接に加え実習評価も行い適性判断を厳しくしています</b>          当事業所においては常勤職員の採用は運営法人で厳格にされていますが、事業所採用の非常勤職員についても面接と実習評価を組み合わせるなどの適性チェックを厳しくした採用が行われています。施設長が第一次面接を行い、通過した人材は5日間の実務実習を行います。実習での接遇、態度などを観察し、更に通過となった人材がエリアマネージャーの第2次面接を受け、最終の採用判断を行う流れとなっています。</p> <p><b>個人別の育成計画や、研修計画の策定が望まれます</b>          経験年数や職級等の階層別に準備した研修のメニューを法人で用意し、職員への参加を呼び掛けています。また、希望者を対象に福祉関連の国家資格制度の勉強会や支援制度も整備しています。しかし、事業所と職員の間で相互に確認した個人別の意向に基づく育成計画や研修計画は確認出来ず、参加した研修内容の報告や研修内容の確認についても確認が出来ませんでした。今後は事業所での必要な人材像を確立し、それに向けての人材育成計画や研修計画の策定が望まれます。</p> <p><b>意向調査や人事面接はありますが、人事考課制度のしくみは確立していません</b>          常勤・非常勤問わず毎年本人の「意向調査」を行い、勤務継続の意思確認や仕事内容や勤務場所に対する意向を確認しています。また、常勤職員とは面談をして、人事面での希望や意向を管理者が確認するようにしています。給与や賞与の査定、昇給などに関する人事考課制度は法人の方で現在再開に向けて準備段階にあるため、人事面接から評価査定に至る一連の人事制度は存在していません。福祉サービスという業務内容を評価することの困難さがその要因となっています。</p>		

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
<b>評価項目1</b> 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			<b>評点(000)</b>		
<b>評価</b>		<b>標準項目</b>			
●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	
<b>評価項目2</b> 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			<b>評点(0000)</b>		
<b>評価</b>		<b>標準項目</b>			
●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	
<b>カテゴリ7の講評</b>					
<p><b>必要な情報は法人のクラウドコンピューターにより管理、保護、共有されています</b></p> <p>共有の情報は、法人本部のクラウドコンピューターで集中管理しており、職種別にフォルダが用意されアクセス制限もしています。職員は必要に応じて共有フォルダーからいつでも必要な情報を取得する事ができ、適宜更新もしています。割り振られたアカウントとパスワードがあれば情報は別事業所からもアクセスする事ができ、作業の利便性に優れた環境になっています。パソコン自体にパスワードを設定し、職員以外の方がアクセスする事は出来ない環境になっています。</p> <p><b>「個人情報保護法」の趣旨に基づいた取り組みを行っています</b></p> <p>事業所は業務上知り得た利用者や家族の個人情報を第三者に開示することはないという守秘義務が存在している事、また、事業所で行う個人情報の利用目的を明示したり、個人情報開示請求があった場合の対応方法などは入居時の契約書で利用者に説明し、契約書や個人情報提供に関する同意書を取り交わしています。個人情報保護の重要性認識のため、総合研修の場や職員に配布するハンドブック、職員行動綱領の中でも説明を加えています。</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>手洗い、うがいの声掛けを通じて感染症予防の成果も上がっています</p> <p>共同生活の場でのノロウイルスやインフルエンザなどの感染症対応は極めて重要であるという認識のもと、その予防と発生した場合の対応策を職員全員で情報共有しています。例えば嘔吐物が出た場合の処理の確認と実習の機会を設けています。昨年の感染症の季節には手洗いやうがいの声掛けを通じて予防を徹底し、感染疑いのある利用者は出ませんでした。</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 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 checked="" 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>目標管理シートの導入により、面談の機会は増えていますが、成果は確認出来ていません</p> <p>昨年より「目標管理シート」を導入し、個人の半期ごとの業務の目標について管理者と部下との間で面談をする機会が増えていますが。一連の人事評価・考課制度の確立の一環として導入されていますが、まだ始まったばかりでそのことによる成果は確認出来ませんでした。また、法人による人事制度は現在中断しており、再開に向けて取り組んでいます。</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	
利用者の健康管理の為、看護師の巡回訪問を開始しました	

新しい支援体制の試みとして看護師が月に1回事業所を訪問し、利用者の体調管理と健康相談をしています。体温・体重・血圧などの測定と健康面での不安や体調についての相談し、利用者の中には中年の方もおり、成人病予防の相談もしています。看護師の記録は職員と共有し、利用者の健康状態の把握に繋がっています。

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

訪問看護を導入した事で、医療連携加算がつき事業所の収入が増加しています

利用者にとって健康管理と病気の予防につながる看護師の訪問看護の導入は、事業所の財政面でも医療連携加算による収入増という形で反映しています。また、ここ数年は退所利用者もおらず、安定している状態です。日々の生活で利用者を安定させ、利用者の健康を保持するとともに加算を取るという流れが来ています。

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

利用者満足度向上への取り組みが期待されます

朝夕の利用者の行動や職員との会話内容などは、詳細に記録し、その内容は個人別の記録としてファイルしています。このファイルにより利用者一人ひとりの意向把握に繋がり、その内容は職員間で情報共有しています。また、利用者会議(アマポーラ会議)を開き、意見を職員に伝えるしくみもあります。このように利用者の意向を把握する取り組みはしていますが、今年度第三者評価に伴う利用者調査において、利用者満足度は高い水準とは言えず、利用者意向の把握につき、利用者会議や職員会議等で再度討議し改善する事が期待されます。また、利用者会議は不定期開催となっています。問題が起きた時だけでなく、定期的に関し、より深く利用者ニーズを把握する事への取り組みが期待されます。

## 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	4/4
評価項目1		評価点(〇〇〇〇)	
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なっている		○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		○非該当
サブカテゴリ1の講評			
<p>利用希望者に向けたホームの概要を載せたパンフレットや広報誌が期待されます</p> <p>法人のホームページおよびパンフレットにはホームの名称と所在地、電話番号が載っています。法人発行の広報誌「Rebion Vivir」(レジオン・ヴィヴィ)では経営者の心構え、社会福祉の動向、法人の国際貢献活動、上半期の全事業所のヒヤリ・ハットの集計・分析をしています。法人の後援会が利用者や家族、会員に向けた年1回の広報誌「かけはし」を発行し、イベントや法人全体の活動を紹介しています。今後はホームの理念や活動内容を伝えるパンフレット等を発行し、利用希望者等に身近に感じられる情報を提供していくことが期待されます。</p> <p>利用者に向けた案内やお知らせはルビを振り、写真や挿絵で解りやすいものになっています</p> <p>ホームは利用者に対して看護師の巡回案内など各種の連絡事項やお知らせを発行しています。週間の献立や防災関係による設備点検のお知らせ、お誕生日会のご案内などは大きな文字にし、ルビを振ったり、写真や挿絵を入れています。利用者が読みやすいよう、楽しいものになるよう工夫しています。事業所の情報を積極的に広報したり、公開することは行われていませんが、欠員が出た時には相談事業所や市の障害福祉課に口頭で届け出ています。また、所長が出席する法人内の事業所会議で公開し、利用者の募集を行っています。</p> <p>見学は希望者の要望に合わせて日程調整し、質問に丁寧に答えています</p> <p>見学の希望については、曜日や時間など要望に合わせて調整し、常勤職員が対応しています。基本的にリビングやトイレなど共用部分を見学していますが、利用者の了解のもとに居室を案内することもあります。職員体制、食事の提供、利用料金等を分かりやすく説明しています。相談事業所を通して見学依頼が来るのがほとんどです。利用希望者からの質問は、入居の相談、利用料金、職員体制、体調不調時の対応、金銭管理などがあり、質問には丁寧に答えています。見学は本人と家族と一緒に見えるケースが多数です。</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		評価点(〇〇〇)	
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

<b>評価項目2</b> 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			<b>評点(0000)</b>
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			
<b>契約書や重要事項説明書にはルビを振り、内容は分かりやすい記載に努めています</b> 見学の際には利用者・家族と所長又は副主任が面談し、利用者の意向を確認しています。生育歴や障がいの度合い、日常生活状況を聞き取っています。これらの情報や資料を基に職員会議で検討し入所決定をしています。入居時には「指定共同生活援助事業サービス利用契約書」及び「グループホームの生活についてだいなことを説明します」(重要事項説明書)を利用者・家族と一緒に読み合わせています。契約書には契約期間や支援計画、サービス内容、利用料金、守秘義務等が記載され、書面はすべてルビが振ってあり、分かりやすい記載に努めています。  <b>利用料金や苦情解決委員、個人情報保護について本人の理解を大切に説明しています</b> 重要事項説明書では、地域で普通の生活が出来るように世話人がいて困ったときや解らない時には相談出来ること、仲間と一緒に生活することなどホームでの生活について本人が理解できるよう詳しく説明しています。利用料については、各費用と合計した1カ月の金額を明示しています。外部の相談できる人として苦情解決委員等の連絡先を明記しています。説明を理解したら契約書・重要事項説明書に署名と印を貰っています。「個人情報保護方針」を定め書面「個人情報の提供について」で提供情報範囲、提出先等を記載し同意書を貰っています。  <b>面談を通して本人・家族の要望を把握し、支援に生かしています</b> 入所前に面談をし、今後の流れを伝え日中の通所先を確認しています。利用者・家族からの要望を聞き取り「利用者プロフィール表」に記載しています。本人から「外出は自由か、鍵管理は自分か、食事を作りたい」など生活に関わる質問や要望があります。家族の要望では「寒暖の区別が苦手なので衣類の調整をしてほしい、使いすぎないように金銭管理に注意を払ってほしい」等があり、本人の特徴を職員間で共有し支援に生かしています。入所開始時は関わる時間やコミュニケーションを多く取り、退所後のケースでは訪問を繰り返し不安の軽減に努めています。			
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	<b>10/10</b>
<b>評価項目1</b> 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			<b>評点(000)</b>
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
<b>評価項目2</b> 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			<b>評点(000)</b>
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たくうえで、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

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目4</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当
<b>サブカテゴリー3の講評</b>		
<p><b>基本情報や日々の様子・変化、利用者面談で作成する意向調査票から課題を捉えています</b></p> <p>利用者基本情報である所定のシート「利用者プロフィール表」では基本事項、障がいの状況、既往歴、生育歴、家族構成、嗜好、本人・家族の生活への要望等を記載しています。日頃の支援では職員が毎日引き継ぎに使用する「フロアノート・伝言板」に利用者の様子や変化を捉え申し送っています。個別支援計画の作成前には本人と面談し「意向調査票」にまとめています。こうした利用者の各種情報を基に分析を行いニーズをとらえています。アセスメントの見直しとして明確化した書面はありませんが、計画策定の際に各種の情報を活用し課題を整理しています。</p> <p><b>PDCAサイクルの確立した「個別支援計画表」を整え、作成しています</b></p> <p>半年に1回個別支援計画作成前に利用者本人・家族と面談を行い課題を整理し、サービス提供責任者が個別支援計画を作成しています。利用者や家族の希望を考慮した「年間を通じた総括的な支援テーマ」(目標)をあげ、生活基盤、健康、手段的日常生活動作、コミュニケーションなど9項目に分けた課題を設定しています。各項目に支援目標と具体的な支援内容・方法を立て、それを実践した支援内容、評価をしており、PDCAサイクルの確立した「個別支援計画表」として整えています。計画は定期的に見直し利用者のニーズに沿うよう改善を図っています。</p> <p><b>日々の支援記録を月単位でまとめ、職員会議で共有化を図っています</b></p> <p>日中は、昼間勤務の職員2名により利用者の変化や様子を5名ずつ担当し「フロアノート・伝言板」に記録、及び口頭で夜勤者に申し送っています。夜勤者は利用者10名それぞれの夜間状態をパソコン上に記録しています。サービス提供責任者は日中と夜間の記録をPCソフトにまとめ、1ヶ月分を紙ベースにし保管しています。職員会議で紙ベースにまとめた1ヶ月間の利用者の状況を職員間で確認し合い、情報の共有を図っています。利用者一人ひとりの情報は個別のファイルにまとめており、情報は確認できる仕組みを整えています。</p>		
<b>サブカテゴリー5</b>		
<b>5</b>	<b>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</b>	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b> <b>7/7</b>
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(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



<b>評価項目2</b> サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している			<b>評点(〇〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	

サブカテゴリー5の講評

**個人情報保護に関わる方針を定め利用・提供への同意書、守秘義務等徹底を図っています**

「個人情報の保護に関する方針」を定め、基本方針、個人情報の収集、利用・提供の実施、安全性確保の措置等について明記しています。個人情報の利用目的については制度利用上の申請やボランティア活動、技術向上のための研修等明確にしています。「倫理行動綱領」の中でも明示し徹底化を図っています。契約時の「個人情報の提供に関する同意書」では、提供を必要とする情報の範囲、提供先、提供条件を明示し利用者から同意をもらっています。守秘義務については契約書に謳い、毎月の職員会議で確認すると共に退職時には徹底するよう伝えていきます。

**居室やレターポストは利用者が管理しプライバシーに配慮した日常生活を保障しています**

「個々のプライバシーを守り、安心した生活が送れるように配慮していきます」を理念・方針にしています。一階の入り口には10人分の鍵付きレターポストがあります。居室は利用者本人が鍵をもち管理しており、職員は利用者個人の居室には入りません。居室の掃除のできない人は家族や本人の了解のうえに職員が清掃しています。事務所のパソコンはパスワードが設定されており、大切な書類はカギのかかる書庫に保管し、事務所は通常は施錠しています。日常の入浴・生理時の排泄についてはプライバシーに配慮し同姓介助を行っています。

**人権擁護への研修など各種の取り組みにより、障がい者への理解を深めています**

基本方針「人権の尊重とサービスの質の向上を図ります」を定め、法人人権研修を行い、所長以下7名が参加し報告書を提出しています。職員の言動、放任、虐待、無視等を行わないよう法人作成のルールを用いて実践しています。法人人権委員会による虐待アンケートに全職員が参加し結果を確認しています。施設内で高山塾の人権擁護ツール「よりそう会」を用い3回研修を実施し、障がい者への理解を深めています。日常的に利用者は本人の意志・選択で生活し、食事や入浴への意思を確認し、掃除をしたくない人には無理をさせず職員が行う場合もあります。

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	<b>9/11</b>
---	-----------	-----------------------	-------------

<b>評価項目1</b> 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			<b>評点(〇〇●)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当	

<b>評価項目2</b> サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている			<b>評点(〇〇●)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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

**必要な手引書の整備・充実により業務の水準化を図ることが期待されます**

1日の時間に応じたスケジュールマニュアルや権利擁護に関わるマニュアルは設置されていますが、生活支援マニュアルや外出マニュアルなど利用者のホームの日常生活支援に関わる手順書の一部は整備されていません。「緊急時対応利用者個人情報カード」や嘔吐物処理の手順、掃除チェック表、防災計画は整備されていますが、業務マニュアルの日常的な活用は一部のみになっています。「県央福祉会職員ハンドブック」には、利用者の支援マニュアルに関わる概念や意義、必要性等が書かれています。それらを参考に手順書の整備が期待されます。

**マニュアルの定期的な見直し、積極的なマニュアル改善への取り組みが期待されます**

サービスの標準化を示すものとして、個別支援計画書、職員の1日のスケジュール、薬チェックファイル、清掃チェック表等があります。個別支援計画書は基本的には6か月に1回見直しが行われています。タイムスケジュールや作業、引き継ぎ、掃除チェック表等は必要に応じて随時見直しを図っています。防災計画書や感染症については季節の到来前に見直しを実施しています。見直しは日々の職員や利用者、家族の要望を反映して行われていますが、マニュアルの見直しの定期的な会議や積極的な取り組みはなされておらず今後の課題と思われれます。

**業務を円滑に推進するために会議、研修、安全など様々な取り組みをしています**

常勤・非常勤による職員会議を月1回行い利用者の様子や変化を共有しています。食事の準備や利用者状況などサービスの基本事項や手順の確認、事務連絡等は職員会議や「伝達ノート」で共有化を図っています。常勤・非常勤に関わらず法人内研修やエリア研修、施設内研修に参加し、マナーや精神保健、人権擁護について学び、報告書を提出しています。避難訓練やAEDの講習に参加し、感染症に関わる汚物処理対策については職員会議で実践・体験しています。入職研修後のOJTは2人体制で行っています。ストレスマネジメントを年2回実施しています。

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	23 / 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(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>利用者の意思を大切に、のびのびとした生活ができるよう関わり方に配慮しています</p> <p>ホームは利用者にとっての棲みか・居場所であり、利用者の意思を大切に支援を行っています。非常勤職員が多く、複数の体制でシフトを組んでいることもあり、会議で個別支援計画の理解・徹底を図るために読み合わせを行っています。引き継ぎノートでもある「フロアノート」「伝言板」で利用者の様子や変化を確認し、利用者の関わり方については職員間で周知を図っています。実際の支援では掃除をしたくない場合や入浴する気になれない日には他日へ変更するなど柔軟な対応で利用者の気持ちを大切に、のびのびとした生活ができるよう支援しています。</p> <p>時間や場面の設定など一人一人への対話の仕方について職員間で共有しています</p> <p>利用者一人ひとりの人柄や特性に配慮しながらコミュニケーションをとっています。話したくない人には時間の間隔をおいて声をかけたり、日中の通所先と交わっている連絡帳を貰いながら話しかけのチャンスを作っています。また、他の方がいない場であったり、食後の食器洗いを一緒にしながらなど何気なく話したりしています。障がい特性によってはワイワイ騒ぐ傾向のある場合にはじっくり話をするよう場所を変えたり、言葉の入りにくい人には文章や写真で対応するなど、時間や場面の設定など一人一人への対応の仕方について職員間で共有しています。</p> <p>自立へ向けた情報を提供すると共に実際の提供場面では一緒に行動しています</p> <p>利用者の居場所であるホームは、自立した生活を送るために家族代わりに情報の提供を行うと共に、実際の提供場面で一緒に行動することも数多くあります。福祉関係の制度利用でガイドヘルパーが必要な方への情報提供をしたり、通院の日の確認の声かけや付き添いをしています。日常生活の支援では買い物に慣れない間は一緒に付き添ったり、定期の購入では漢字が読めないなど難しい場面もあるので一緒に出かけて支援しています。また、映画や演劇に行きたいなど調べ物をする際には一緒にスマートフォンで検索し情報の確認をしています。</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

本人の意向に沿った休日や余暇を過ごせるよう支援しています

「利用者自らの行動と判断を尊重する」ことを基本にして休日の過ごし方や余暇を楽しめる場を設定しています。利用者は一般就労や福祉的就労をしています。休日には自主的に地域のサッカーやバスケットなど障がい者の余暇サークルに参加したり、演劇や映画を見に行く人もいます。見守りの必要な方は食事やレクレーションで本人・家族と相談しながら誕生日会のメニューやレクレーションの選択をしています。キッチンを利用して本人の望む菓子作りやガイドヘルパーと外出を楽しんでいます。休日ゆっくり寝ていたり、ゲームに熱中している人にも寛容です。

利用者が主体的に利用者会議を運営し、イベントやルールを決めています

利用者会議である「アマポーラ会議」は27年度1回実施、28年度は4回を予定し、利用者が自らルールを決めたり、意見を述べています。係りはくじ引きで行い、司会・書記は利用者が担当しています。内容は風呂の順番を決めたり、レクリエーションとして行きたいところを話し合い、スケジュールを決めています。休日の昼食や誕生日会の実施、誕生日会の食事メニューをホームに提案しています。利用者同士の生活上の意見や要望として夜間の電話が騒音とならないよう時間を決めています。現在会議の開催は不定期で、今後は定期的な開催が期待されます。

リビングを中心に各居室が配置され、くつろげる場になるよう整理整頓しています

ホームは静かな住宅地にあり、築6年を経過したグループホーム専用の建物です。各居室のドア前にはリビングがあり、動線も良い設計です。採光は十分、換気と共用部分の整理整頓は職員が担当しています。リビング・浴室・トイレの清掃は利用者が土・日曜日に行い、清潔に維持されています。食材は外部へ注文し、食事作りは職員が行っています。週3回食事メニューの選択が可能で利用者が選んでいます。利用者はテーブルと食器のセッティングをしています。調理した職員と一緒に食事をし会話が楽しくなるよう配慮しています。

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

利用者の心身の健康状況について毎朝観察し、必要な方へ血圧測定をしています

障がいのある人や高齢者は感染症などの疾病に対する免疫力が低下している場合もあるので、個別状況に応じた健康維持に注意を払っています。利用者の心身の健康状態については、注意して観察するとともに日中サービス提供事業所や家庭での状況について連絡を取り合っています。ホームでは朝起きてこない場合など居室から出てきたときには顔色や動作など様子を視診しています。高血圧の人には毎朝血圧測定を行い、記録をとっています。利用者の加齢に伴う体調の変化に留意し、28年度から月1回の訪問看護を導入し、医療連携加算を取っています。

看護師・主治医の医療的な処置やアドバイスのもとに健康保持に努めています

年間を通しての検診として日中サービス提供事業所で年2回、一般就労先では年1回の血圧・体重・身長・血液検査・尿検査等が行われ、総合判定が出されています。ホームでは、毎月1回の訪問看護があり、血圧、検温、体重の測定を行っています。看護師及び主治医の指示による医療的な処置やアドバイスがあります。また、一人ひとりの面談による医療的な相談に乗っています。必要の際には通院に付き添い、医療情報を得ています。食事については、肉・魚・野菜とバランスに配慮しています。健康診断を基に太った人には注意を喚起しています。

「緊急時対応利用者個人情報カード」を整備し、緊急時の変化に備えています

「緊急時対応利用者個人情報カード」が整備されています。基本情報、緊急連絡先、服用、発作、かかりつけ医、現在の疾病、病歴、連絡が取れない場合の緊急時の対応について等一人ひとりの対応について詳細にまとめています。緊急時には所長に連絡し、対応について相談できる体制があります。自治会主催の救急救命講習に職員3名が参加し、AEDの使い方、救急蘇生法の講習を受講しています。薬については、服薬チェック表を作り、服薬忘れをチェックできるようにし、日常の生活が維持できるよう支援しています。

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

**利用者の意向を最優先し、家族は支援者と考え協力関係を築いています**

家族については支援者と考え、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。家族が協力的でない場合はホームが誠意を尽くす行動や説明で、努力を重ねています。利用者が通う日中サービス提供事業所や就労先とは、連絡帳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は欠かせないものとなっています。

**家族への連絡が生じた際は、面談や電話で本人の様子やホームの現況を伝えています**

ホームから家族への定期的な便りや、利用料や常勤職員の異動、イベント等のお知らせがあり、利用者を通じて渡しています。利用者が自宅へ毎月帰る際には家族に電話等で連絡し、ホームの生活等について本人の状況を伝えています。日々関わる中で必要に応じて連絡が生じた際には、面談や電話で本人の様子やホームの現況を伝えています。広報誌などの発行によるホームの現況を伝えることや家族会などの開催による家族同士の横のつながりへの支援も大事な活動と思われれます。今後に期待されます。

**面談や電話から家族の要望や意見を窺い、支援や改善に反映しています**

日頃の家族との面談や電話の中で、家族からの要望や意見を支援や改善に反映しています。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、「布団の入れ替えをやってほしい」「衣類の調整が苦手なので援助してほしい」「肌荒れがひどいので顔と手足に処置をお願いしたい」等があります。事業所から家族へは「薬が無くなった。通院の同意」等があります。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、職員も実践の中から支援技術の質を高めています。

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

**余暇を楽しんでもらうよう、様々なツールで地域情報提供への支援をしています**

ホームは利用者が地域住民の一人として生活していくには、どのような事が必要で、どのような情報が大切かを考えています。リビングにはテレビを設置し、新聞は2紙を購読し社会の動きや地域情報を得られるようにしています。余暇を楽しんでもらうために市の広報や地域の情報誌、新聞広告、スーパーの広告を常に見えるところに置いています。映画や演劇、スポーツ関係のイベント情報が入るよう日常的に話題を提供しています。パソコン操作やスマートホンの検索の仕方など職員が情報の取り方を教えています。

**「地域とは互いに助け合う関係でありたい」という基本的な考えを持ち運営しています**

ホームは「地域とは互いに助け合う関係でありたい」という基本的な考えを持ち生活しています。利用者も職員も近隣の人たちと挨拶を交わし、近隣の方に「蜘蛛を退治」してもらったり、ホーム側も「静かに暮らす」など良好な関係が保たれています。自治会に加入し納涼祭や自治会主催の防災訓練に参加しています。昨年は地域総合防災訓練に自治会の方々と一緒に利用者・職員6名が参加し、濃煙訓練など災害に向けた体験をしています。ポーリング大会やフライングディスク大会、誕生会でレストランを利用するなど地域の様々な社会資源を活用しています。

**ホームの理念「地域での共生」を目指しサテライト型ホームの構築を視野に入れていきます**

所長は藤沢市社会福祉協議会の社会福祉法人部会に所属し、防災マップ作りなど防災について取り組んでいます。施設内にAEDを設置し、地域の人たちが緊急時に利用できるよう看板に目印をつけています。今後はホームとして利用者の個別のニーズに応じていくために、サテライト型のホームを構築していくことを視野に入れていきます。ホームの理念「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(共生)を目指します」に基づき、利用者が地域で自らの人生を生き活きと生活していくことへの実現化に向けて取り組んでいます。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

12	<b>評価項目12</b> 【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><b>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</b></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。部屋で食べたり、後で食べることも可能です。食品衛生管理上朝は6時に食事ですが、食べない場合は12時に処分、夜は18時食事で、22時に処分しています。入浴については利用者間で取りきめ、順番については必要に応じて職員が調整しています。入浴・排泄では、女性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、洗濯機の使用は朝6時から夜23時までとし、夜型利用者には遅刻をしないよう早寝早起きを推奨しています。</p> <p><b>日常生活能力を高め、外出支援、社会・地域のニュースなど話題や行動を広げています</b></p> <p>TVや新聞購読、広報誌、広告紙など各種の社会情報や地域情報を提供しています。自治会のお祭りや防災訓練、スポーツイベント、映画鑑賞など地域の社会資源を活用し職員と一緒に参加をしています。洗濯物干しや食事プレートの片付けは利用者本人が行います。キッチンを利用しお菓子作りをしたり、各人の誕生会を祝ったり、レストランへ出かけたり、ガイドヘルパーを利用した外出支援をしています。喫煙専用場所も設けています。食事の時には政治や経済、オリンピック、スポーツなど各方面の話題をテーマに、生活や体験の場を広げています。</p> <p><b>ホームと日中サービス事業所との生活の連続性に配慮した連携を図っています</b></p> <p>日中サービス事業所とは連絡帳やメール、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、話し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。地域移行に向けた支援として①ホームを中心にサテライト型を構築し、②一人暮らしの体験の場を作る、③規則正しい生活(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。一人ひとりの障がい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>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-3	利用者が健康を維持できるよう支援を行っている
タイトル①	訪問看護制度を導入し、利用者の加齢や体調変化に応じています	
内容①	利用者の心身の健康状況は毎朝顔色や動作等について観察しています。高血圧の人には毎朝血圧測定を行い、記録をとっています。生活リズムや健康に配慮し日中サービス提供事業所と連絡を取り合っています。利用者の加齢に伴う体調の変化に留意し、体制を整備して28年度から訪問看護制度を導入しています。月1回の看護師の訪問があり、血圧、検温、体重測定を行っています。看護師及び主治医の医療的な処置やアドバイスがあり、面談による医療的な相談に乗っています。必要時は通院に付き添い利用者の不安を軽減しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-5-2	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
タイトル②	人権擁護ツールを用い所内研修を行い、放任、虐待等をしないことを徹底しています	
内容②	法人のミッション「ソーシャルインクルージョン(共生社会)を目指す」を掲げ、「人権の尊重とサービスの質の向上を図ります」を定めています。法人の人権研修に所長以下7名の常勤・非常勤が参加し報告書を提出しています。ホームでは高山塾の人間の尊厳について考えるツール「よりそう会」を用いて、人権研修を行っています。利用者の視点に立って考えること・想像することに重きを置いています。障がい者への深い理解を促し、日々の業務で職員の言動、放任、虐待、無視等を行わないようルールを作成するなど徹底した取り組みを行っています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	5-1-1	事業所にとって必要な人材構成にしている
タイトル③	面接に加え実習評価も行い適性判断を厳しくした人材採用をしています	
内容③	昨今、職員による利用者への虐待が問題となる中、福祉サービスに適性を欠く人材採用を未然に防ぐ事が事業所の課題となっています。当事業所においては常勤職員の採用は運営法人で厳格にされていますが、事業所採用の非常勤職員についても面接と実習評価を組み合わせるなどの適性チェックを厳しくした採用が行われています。施設長が第一次面接を行い、通過した人材は5日間の実務実習を行います。実習での接遇、態度などを観察し、更に通過となった人材がエリアマネージャーの第2次面接を受け、最終の採用判断を行う流れとなっています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	非常勤者の多い中で常勤職員を中心に個別支援計画策定や記録作成、職員会議で情報の共有化を図り支援のPDCAサイクルを回しています
	内容	基本情報「プロフィールシート」や利用者との面談記録「意向調査票」を基にアセスメントを行い、「施設サービス計画」を策定しています。支援テーマをあげ、生活基盤、健康など9項目に分けた課題を設定し、各項目に支援目標と具体的な支援内容・方法を立て、実践した内容を評価する仕組みになっています。日々の実践は日中担当の非常勤職員が個別に記録し夜勤者は夜の利用者状況を記録し1月分を個別記録としてPCソフトにまとめています。それをを用いて職員全員が参加するケースカンファレンスを行い、一人ひとりの支援に反映しています。
2	タイトル	緊急時に備え、「緊急時対応利用者個人情報カード」の整備や、救急救命士講習の受講を修了している職員がいる等、体制を作っています
	内容	利用者の緊急時に備え、「緊急時対応利用者個人情報カード」が整備されています。このカードには、基本情報、緊急連絡先、服用、発作、かかりつけ医、現在の疾病、病歴、連絡が取れない場合の緊急時の対応について等、利用者一人ひとりの対応について詳細にまとめています。緊急時には所長に連絡し、対応について相談するとともに、担当医に渡せるようにこのカードを備えます。また、自治会主催の救急救命講習に職員3名が参加し、AEDの使い方、救急蘇生法の講習を受講しています。
3	タイトル	業務を円滑に推進するために様々な取り組みをしています
	内容	常勤・非常勤による職員会議を月1回行い利用者の様子や変化を共有しています。食事の準備や利用者状況などサービスの基本事項や手順の確認、事務連絡等は職員会議や「伝達ノート」で共有化を図っています。常勤・非常勤に関わらず法人内研修やエリア研修、施設内研修に参加し、マナーや精神保健、人権擁護について学び、報告書を提出しています。避難訓練やAEDの講習に参加し、感染症に関わる汚物処理対策については職員会議で実践・体験しています。入職研修後のOJTは2人体制で行っています。ストレスマネジメントを年2回実施しています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	サービスの質を上げていくために、一定レベルのサービス水準を確保する手順書・マニュアルの整備が期待されます
	内容	1日の作業や支援のタイムスケジュール、権利擁護マニュアルは整備しています。生活支援マニュアルや外出マニュアルなど利用者のホームでの日常生活支援に関わる手順書については十分とはいえない整備状況です。従って、業務マニュアルの日常的な活用は一部のみになっています。非常勤職員も多い中、一定レベルのサービス水準を確保していくために手順書・マニュアルの整備が必要です。「県央福祉会職員ハンドブック」には、利用者の支援マニュアルに関わる概念や意義、必要性等が書いてあります。それらを参考に手順書の整備が期待されます。
2	タイトル	ホームの理念や活動内容を伝えるパンフレットをエリア全体で共同発行する等、利用希望者が身近に感じる事ができる情報提供が期待されます
	内容	法人のホームページ及びパンフレットにはホームの名称と所在地、電話番号が載っています。法人発行の広報誌「レジオン・ヴィヴィ」を発行し、理事の心構え、社会福祉の動向、法人の国際貢献活動、上半期の全事業所のヒヤリ・ハットの集計・分析など、全事業所や市民に向けた情報を発信していますが、これからホームを利用しようとする利用希望者に対してホームの情報が少ない状態です。今後はホームの理念や活動内容を伝えるパンフレット等をエリア全体で共同発行するなど利用希望者が身近に感じる事ができる情報提供が期待されます。
3	タイトル	第三者評価の利用者調査の結果を受け、利用者意向の把握につき、所内全体での討議改善が期待されます
	内容	朝夕の利用者の行動や職員との会話内容などは、詳細に記録し、その内容は個人別の記録としてファイルして、職員間で情報共有しています。また、利用者会議を開き、意見を職員に伝えるしくみがあります。このように利用者の意向把握に取り組んでいますが、今年度第三者評価の利用者調査における利用者満足度は高い水準とは言えず、利用者意向の把握につき、利用者会議や職員会議等で再度討議による改善が期待されます。また、利用者会議は27年度は1回のみで開催になっており、定期開催にするなど改善が期待されます。