

社会福祉法人 県央福社会  
高田西グリーンハイム御中

**【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7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)地域の中で豊かで充実した暮らしの実現に向けた支援の実施 2)「どんな人の人生も肯定される社会を作る」使命 3)人権の尊重とインフォームドコンセントを大切にした利用者さん主体の支援の実施 4) 職員間の連携を強化し、サービスの質の向上 5)地域との共生</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>常勤職員：一般職から副主任への登用を目指してほしいです。現場のリーダーシップを発揮できるように、非常勤職員から尊敬され、支援の目指すべきベクトルを日ごろの言動および行動で示してほしいです。 非常勤職員：利用者さん・ご家族の「思い」を汲み取る支援を続けてほしいです。</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>利用者さん自身が地域で豊かに暮らし続けていくために、中・軽度特有の支援、自閉症・行動障がいの特性の理解に基づいた支援を深めてほしいです。職員間のチームワークの醸成も大切にしたいです。</p>

調査対象	調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は5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、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、利用者との調査員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	5	
共通評価項目による調査対象者数	アンケート	計
共通評価項目による調査の有効回答者数	0	5
利用者総数に対する回答者割合(%)	0	5
	100.0	100.0

入力不要  
生活介護

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

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
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

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
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

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
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

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
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

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
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

施設入所支援

利用者総数	5	
共通評価項目による調査対象者数	アンケート	計
共通評価項目による調査の有効回答者数	0	5
利用者総数に対する回答者割合(%)	0	5
	100.0	100.0

## 利用者調査全体のコメント

調査対象5名に対し、有効回答5名と回答率は100.0%でした。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が100.0%という結果となり、全て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、「みんな優しい。」「利用者、職員にいい人が多い。」「最近、職員の入れ替わりがなくなったので安心。メンバーも最近変わって雰囲気良くなった。」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 コメント	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	4	1	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」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「少し物足りないと感じる。」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	5	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」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「今後バリアフリーを考えたほうが良いと思う。」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	4	1	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」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「まあまあです。」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	5	0	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」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見は特にありませんでした。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	5	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」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	4	1	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」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「気分が悪いと職員さんに対応してもらおう。」「普通です。」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	4	1	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」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「普通です。」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	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」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「一人一人の気持ちをくみ取れていると思う。」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	5	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」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	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」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「家族の意見も聞いてくれる。」という意見がありました。一方で「わからない。」という意見もありました。				
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	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」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	5	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」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「言ったことはやってくれる。」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	2	0	3	0
回答割合は、「はい」が40.0%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が60.0%、「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「聞いたがあまりよくわからない。」という意見がありました。				

## 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	4	1	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」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見は「ごはんが美味しいです。」「普通です。」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	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」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	4	1	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」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	5	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」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見は特にありませんでした。				

## 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
	<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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇)</span>	
	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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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) <span style="float: right;">○非該当</span>
	<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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	<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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>	
	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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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 <span style="float: right;">○非該当</span>

カテゴリー1の講評

**事業所が目指している理念や基本方針を明確にして職員や利用者などに周知しています**

法人本部からの目的、方針、使命、職員行動指針を受けて「高田西グリーンハイムが取り組むべき目標」「重点目標」「業務」「行動計画」などを事業計画に明記しています。法人の理念や方針は玄関や世話人部屋に掲示してあります。事業所の事業計画を職員会議で法人の目的や方針などは「県央福祉会職員ハンドブック」で周知しています。利用者本人や家族には「利用者さん・ご家族との懇親会」などで知らせる取り組みをしています。

**経営層は職員に寄り添い、不安がなくなるようにリードしています**

経営層は、職員が判断に迷った時に、当事業所の存在意義や法人理念の話をするなど、職員としっかり向き合い、職員が迷いから抜け、軌道修正できるように、リードしています。所長は他事業所を兼務しており、常に当事業所にいる訳ではありませんが、事業所にいる時や職員会議時には職員の不安を取り除くように心掛けています。経営層の業務的役割や責任については、「就業規則」「職員業務分担表」「県央福祉会職務権限規程」に記載があり、職員誰でも確認ができるようになっています。

**重要な案件についての決定手順が決まっており、職員や利用者などに周知しています**

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。事業計画の決定した内容は「利用者さん・ご家族との懇親会」等で、利用者側にも伝えていきます。

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

### 福祉サービス事業者として守るべきことを明確にしてその達成に取り組んでいます

県央福祉会職員として守るべきことを「倫理行動綱領」「県央福祉会の職員行動指針」「コンプライアンス(法令順守)」「倫理行動マニュアル」などにまとめ、入職時の研修で職員全員に「県央福祉会職員 ハンドブック」を渡し、周知徹底を図っています。ハンドブックには障がいに対する基本的な考え方から社会人としてのマナー等、県央福祉会の職員として誇りを持って働けるように工夫されています。当事業所ではハンドブックの活用は入職時研修の時くらいで、その後はあまり活用されておらず、基本を振り返るためにも会議等での活用が期待されます。

### 地域のオンブズパーソンの活用が、利用者と地域の人との繋がりになっています

当事業所はグループホームという「生活の場」であり、ボランティアを活用した取り組みは盛んではありません。ただ、法人で地域のオンブズパーソンを活用し、年に3回程度、ホームに来ていただき、利用者の普段の話や悩みを聞いてもらうという取り組みをしています。当事業所の利用者はオンブズパーソンが来る事を心待ちにしており、オンブズパーソンも来所時には食事を一緒に食べる等、良い関係が成り立っている事が窺えます。

### 自立支援協議会部会や町内会、消防署と協力体制が出来ています

地域の関係機関とは、自立支援協議会の部会の一つ「住まい部会」に参加し情報交換をしています。その他、防災などで協力し合うように港北消防署と町内会および同じ建物の1階の横浜共生会とは消防応援協力に関する覚書を締結する等、地域で連携しています。ただ地域への発信という面では具体的な取り組みはありませんでした。専門的なスタッフもいることから今後は講師派遣等、地域へ発信するような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
<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>施設の苦情解決制度を説明や掲示により、周知に努めています</b> 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、重要事項説明書を用いて契約時に利用者本人および家族に伝えています。また、苦情受付窓口の記載や外部の苦情解決者(第三者委員)も分かりやすく写真を載せて掲示してあります。職員は普段の会話から利用者の意向を把握するように努めています。また、間接的に意見を聞くために皆の声ボックスを設置していますが、意見が入った事はほとんど無く、活用には至っていません。		
<b>アンケートや利用者ミーティングにより、利用者意向の把握に努めています</b> 平成25年、26年度に法人全体で利用者アンケートを実施し、今年度第三者評価機関による利用者調査を行うなど、利用者の意向把握に努めています。また、主にレクリエーションに関しては、利用者ミーティングを行い、その結果が企画に反映される事が多くあります。利用者ミーティングは定期的な開催ではありませんが、話し合いたい時に適宜開催しています。食事の時間等、自然の会話から、話し合いになる事もあります。		
<b>地域事業環境に関する情報を収集してその状況を把握し分析しています</b> 地域の福祉ニーズを収集するために港北区自立支援協議会に参加し、住まい部会に参画しています。住まい部会からは福祉事業レポートの提供を受けています。法人内でも横浜ベイエリア6ホームが連携し、合同会議を行い、地域情報の収集に努めています。その他、法人本部からのメールや情報誌、所長会議などから地域のニーズ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(〇〇〇)
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(〇〇〇〇)
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(〇〇〇〇)
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高田西グリーンハイムが取り組むべき目標や重点目標を中心に事業計画を定めています。

着実な計画の実行に取り組んでいます

平成28年度高田西グリーンハイム事業計画書に基づき常勤世話人は所長に相談しながら主体となり事業計画の推進実行にあたっています。計画の推進実行には所長会議などから法人内外の先進事例や失敗事例を取り入れ運営に生かしています。また、得た情報は他事業所にもその事業所の参考になるようなものはメールで分りやすく表現するなど配慮して情報を提供をしています。

利用者の安全の確保ならび向上に計画的に取り組んでいます

防火管理者を定め、昨年度は同じ建物に入居している横浜共生会と2回(内1回は地域の避難訓練)法人の総合避難訓練を2回の計4回実施しています。徒歩15分の高田中学校一次避難場所への避難訓練や利用者の安全確認を行っています。事故や感染症の防止に関しては「危機管理対策要綱」でO157やインフルエンザを予防し、ヒヤリハットシート、ヒヤリハット事故報告などで再発の防止に努めています。

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>5/8</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

意向調査や面接により職員の今後を把握する取り組みをしています

法人の取り組みとして毎年8月に職員の意向を聞くという観点から、非常勤を含め全職員に対して意向調査を行っています。契約の更新や異動希望、興味のある分野、行きたい研修等、職員一人ひとりの今後について、確認をしています。その際に面接を希望する職員に対しては、所長が面接を行い、職員にとっても事業所にとってもお互いの事について考える良い機会になっています。

事業所の独自研修を実施し非常勤職員や利用者を参加しやすい体制を敷いています

研修に関して、昨年はエリアによる研修懇親会「性といのちの学習会」を3回実施し、所長および常勤職員と利用者が4名～5名参加しています。事業所内研修では、「人権ツール研修」を行い、所長のほか常勤1名、非常勤の方も2名参加しています。その他「法人マスタープラン伝達研修」には所長、常勤のほかにも非常勤6名が参加するなど研修開催場所や開催時間を工夫して非常勤職員も参加しやすい体制にしています。また外部研修に延べ10名、法人内研修に31名が参加しています。研修後には会議で発表する事もあり所内での情報共有に繋がっています。

人事制度の再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

職員のやる気向上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作っています。福利厚生制度としては福利厚生会や県の福利協会に入っています。このように職員へのやる気を向上への取り組みは様々ありますが、成果に連動した人事制度は現在再検討中であり、確立していません。職員のやる気向上に繋がる人事考課や給与制度の、今後の制度構築に期待します。

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><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> 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、適宜更新もされています。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。パソコン自体にはパスワードが設定され、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>個人情報は「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護して共有しています</b> 事業所で扱っている個人情報の利用目的は、契約時に「利用契約書」「個人情報の提供について」を用いて詳しく説明して了解を得ています。「個人情報保護規程」を定め、契約時に利用者本人や家族に説明しています。利用者や家族から情報の開示請求があった場合には「利用契約書」に明記してありそれに従い対応することになっています。職員からは個人情報保護に関する「誓約書」を提出してもらい情報の漏洩を防止しています。</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>方針等の掲示やマスタープラン研修は法人の基本的な考え方を学ぶ機会となっています</p> <p>法人の目的や方針、使命、県央福祉会の職員行動指針などを玄関やリビングなどに掲示するとともに、法人マスタープラン伝達研修を非常勤の方々が参加しやすいように事業所内で行い、所長、常勤、非常勤6名が参加しました。全体を通して、法人の基本的な考え方や方向性について学ぶ機会となっています。</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>前年度と比べ職員と組織の面で向上しています</p> <p>利用者からの相談事例を通じて支援の振り返りをしたことにより、また、利用者の話し合い(利用者ミーティング)から利用者の具体的な声を聴き、それを基に利用者視点に立って職員会議での討議検討を行い福祉サービスの質が向上しました。また、世話人が介護福祉士の資格を取得できたことにより安心したサービスの提供に繋がることが期待されます。</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	
前年度と比べ福祉サービス提供のプロセスの面で向上しています	

所長が自閉症トレーニングセミナー公開講座を受講、非常勤職員が自閉症実践講座を受講、常勤職員の自閉症事例検討会に参加等、事業所全体で、自閉症への知識向上に努めています。それぞれがその内容を研修報告書で職員会議で報告し全員で情報の共有ができたことにより、モニタリングに反映し個別支援計画を改善することができました。

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

障がい区分を適切に精査した事が、支援区分の上昇に繋がりました

利用者と家族との個人面談において障がい支援区分を適切に精査した事が認定調査に繋がり、支援区分が上がった利用者がありました。区分が上がった事により、事業所の収入も増加する事になり、事業所の収支バランスの改善に寄与しました。今後も区分が適切でない利用者には本人や家族と話し合っていく姿勢です。

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

前年度に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ます

利用者の意見を取り入れて、横浜ベイエリア内6ホーム全体余暇外出企画を3つの選択肢(1、プロ野球観戦9月実施済み 2、大型レジャーランド11月予定 3、箱根遊覧1月予定)のどれか1つに参加することにし、利用者意向に応じています。また、横浜ベイエリア内6ホーム共同で外部講師を招いての「性といのちの学習会」を開催しています。これには多くの利用者が参加しています。

## 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		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見学希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>ホームの情報はよこはま福祉ナビや法人ホームページや施設パンフレットで確認出来ます</p> <p>ホームの情報は、横浜市健康福祉局のよこはま福祉ナビや法人のホームページで紹介されています。パンフレットは館内およびバックアップ施設である中山みどり園で配布しています。中山みどり園には自立生活アシスタント事業として障害者の自立生活に関する相談窓口がおかれて、相談者に向けてグループホームでの生活を紹介します。グループホームの利用を希望している場合に配布されています。ただ、パンフレットの中の「入居者概要」については昨年度から内容の更新がされておらず、最新情報の掲載が望まれます。</p> <p>パンフレットや重要事項説明書などは表現およびルビなど理解しやすさに努めています</p> <p>利用希望者に配布して説明する事業所のパンフレットや重要事項説明書等では文字を大きく、文章表現およびカタカナや漢字にはルビを振って読みやすく理解できるように配慮されています。行き方地図は徒歩2駅からの目印になる建物を記し、建物の1階は別の事業所であることも表記しています。運営方針など基本情報や暮らすのに必要な費用、スタッフやバックアップ施設の役割などわかりやすく表記されています。グリーンハイムの一日については、朝のおはようございますから出勤、夜は職員が泊まることまで、ホームでの生活が具体的に説明されています。</p> <p>見学は希望者にあわせ、事業所はどんな施設でどんな生活をしているか説明しています</p> <p>バックアップ施設である中山みどり園を通しての問い合わせや見学希望に対しては事業所の世話人が対応しています。問合せにはグループホームとはどういう施設で、どんな人が入居してどんな生活をしているか説明し、施設見学も案内しています。見学は世話人の滞在日時内で希望者の都合に合わせて、朝夕問わず設定しています。見学時には、事業所の方針や費用はじめ、支援スタッフやバックアップ施設の関わりおよび入居者の1日の生活をイメージできるように案内し、掲示している重要事項説明書で詳細の内容も説明しています。</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		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

<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>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<b>サブカテゴリー2の講評</b>		
<p><b>重要事項説明書、重度化した場合の指針及びプライバシーポリシーに同意を得ています</b></p> <p>利用契約前には利用者本人にわかりやすい文言表現で作成したカタカナや漢字にルビをふった重要事項説明書の全項を読み合わせています。プライバシーポリシーについては法人のホームページに掲載して、利用契約書第7条3項の守秘義務を説明し同意を得ています。重度化した場合の指針では医療連携とホームの職員が何をしてくれるかを説明しています。どんな人たちが入居してどんな生活をしているかについては、ホーム内のレクリエーションや外出時の写真などで紹介し理解を得ています。</p> <p><b>事情や要望は個別支援計画書に記し関係機関と連携し入所当初の不安を軽減しています</b></p> <p>利用者や家族の状態や事情および希望などについては利用契約時にアセスメントを行い個別支援計画書に記載しています。利用開始当初は特に迷っていたり困っている様子が窺える時には職員から声をかけ、解決方法を選択しやすいように2つ提示するなど不安解消に努めています。解決したケースや相談、アドバイスなどの内容は支援日誌に記録し、職員間で共有して利用者のストレスを軽減しています。また、入所前の利用者の生活や状態については家族への聞き取りやケースワーカーの情報シートや相談により日常生活の継続性に努めています。</p> <p><b>自宅復帰など退去する場合は、継続した支援が受けられるよう情報を提供しています</b></p> <p>他の施設や自宅復帰、自活などホームを退去する場合は、家族及びケースワーカーとホームの世話人など利用者に関わっている専門職が情報を持ち寄りカンファレンスを行います。退去後に利用者に関わる就労支援センターや施設などへは、個別支援計画書および支援日誌、カンファレンス記録などの内容を情報として提供して、必要な継続した支援が受けられるようにしています。それらの情報提供により退去時の利用者及び家族の不安解消を図っています。</p>		
<b>サブカテゴリー3</b>		
<b>3</b>	個別状況に応じた計画策定・記録	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b> <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>
<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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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

**サブカテゴリー3の講評**

**個別支援計画書は利用者や家族の希望に則って定期及び随時に見直しています**

個別支援計画書は利用者ごとの領域に対しての現状、本人や家族のニーズ、支援員が気になる点および解決すべき課題を明記しています。出勤前や帰館時、夕食後の様子などの状態変化を把握し、支援日誌や職員連絡ノート、話し合いにより、職員間で共通の支援に努めています。世話人がモニタリングをして、毎月1回の職員会議では利用者全員のモニタリング結果を報告し討議しています。個別支援計画書は6ヶ月ごとに見直しを行います。食欲不振で元気がない場合など、原因を解明した上で随時、個別支援計画書を変更して問題を解決する時もあります。

**モニタリング記録票、個別支援計画書、面談報告書を一括保管して適切に管理しています**

個別支援計画に基づいた支援が利用者に相応しいか、モニタリングは利用者が落ち着く夕食後に職員から声をかけ、利用者の反応を待って自然な状態で話し合う方法をとります。楽しいコミュニケーションで終了する場合は別として、問題がある場合は、状況を把握してモニタリング記録票(課題整理票)に記録しています。モニタリング内容によっては家族および就労支援センターと面談を行い、意見交換し目標や支援内容の変更などを面談報告書に記録します。モニタリング記録票や個別支援計画書、面談報告書は一括保管して、適切な支援管理に努めています。

**支援日誌や職員ノートと話し合いおよび毎月の職員会議で利用者の状況を共有しています**

毎日の利用者の心身変化や生活状況については、支援日誌や職員連絡ノートもしくは話し合いで日勤および夜勤の全職員間で共有しています。世話人が行うモニタリングによる支援の経過や問題については家族や就業支援センターへの相談や面談報告を毎月1回の職員会議で報告や討議を行い職員間で共有しています。会議の欠席者には職員会議議事録の回覧や日常の話し合いの中で確認する等、適切な支援が出来るよう情報共有しています。

**サブカテゴリー5**

5	<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

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(0000)
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><b>プライバシーポリシーへの同意を得て自由とプライバシーの守られる環境に努めています</b></p> <p>プライバシーポリシーは利用契約時に読み合わせ理解した上で同意を得ています。就業先や医療機関、ガイドヘルパー等の契約やホームページへ写真掲載など、外部へ情報開示する場合は都度同意を得ています。職員の倫理行動綱領に則った「自由とプライバシーの守られる環境」としては、居室へはノックをして入室、相談時は居室で対応しています。居室の施錠は利用者が自己管理していて、不在時に洗濯物などで職員が入室する場合は事前に了解を得ています。また、羞恥心への配慮から同性介助に努めています。</p> <p><b>自己選択、自己決定しやすい環境に努め明るいホームづくりを目指しています</b></p> <p>自己選択、自己決定できる環境に配慮しています。自分の意思を伝えるに難しい人の中には、ゆっくり考えられるように翌日に返事をもらう方法や言葉を文字にして選択する方法等をとっています。また、話題を変えて別のタイミングで話すなど、自己選択、自己決定のできる環境での意思確認に努めています。どのように行ったかは支援日誌や職員連絡ノートを使って職員間で共有しています。また「褒めること・認めること」へのポジティブ思考の推進として「ホメール係」を選抜し、全職員で明るいホームづくりを目指しています。</p> <p><b>人権擁護ツールを活用して支援をふり返り、不適切な対応の防止に努めています</b></p> <p>法人が定めた使命には「どんな人の人生も肯定される社会を作る」があり、倫理行動綱領では障害者虐待防止法の理解および指針を示しています。職員ハンドブックには虐待が疑わしい場合の行政への通報義務を記し、予防および早期発見について行政や関係機関と連携して発生防止への体制を明記しています。事業所では職員会議において権利擁護ツールとしてDVD研修や人権シートを使用して、日常の中でグレーゾーンとなりやすい言動や利用者によりそう視点での支援について、職員自らが振り返る機会を持っており、不適切な対応の防止に努めています。</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(000)
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(000)
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

**ハンドブックを基に日誌や連絡ノート、口頭確認での共通認識で個別対応を行っています**

職員ハンドブックは支援への理念や基本となる手順を網羅しており、入職時全職員に配布されています。緊急時の対応や連絡先、防災サポートブックや感染症予防対策、重要事項説明書および管理規定などは掲示しています。日誌や職員間の連絡ノート、利用者ファイルはいつでも確認できるよう保管しており、申し送りや口頭での確認により、利用者個別の状態や対応経過の共有を図っています。職員の認識に差異が生じないために、世話人が中心となり伝え方の工夫や伝わった確認のための口頭によるコミュニケーションおよび会議で共通認識に努めています。

**利用者の状況に合わせたモニタリングを行い個別支援計画を見直しています**

個別サービスは6か月に1回のモニタリングによる個別支援計画の見直しを実施しています。特に心身の不調が認められる場合は、利用者との日常会話から必要に応じて職員会議でケースを討議して支援方法の変更などを個別支援計画に反映しています。モニタリングは利用者ごとに話しやすい時間帯を選んで日常会話から始め、プライバシーに配慮して居室で行っています。モニタリング報告書は同じファイルに保管の個別支援計画書に照らして作成し、職員が工夫した支援により改善できた点なども組み入れて、個別支援計画の見直しを行っています。

**職員会議での情報共有や研修により職員の資質向上に努めています**

毎月の職員会議では、個別支援計画に基づいた支援サービス水準の確保のために、ケースや行事、職員研修について、報告や討議を行い共有しています。事故報告の対策討議では、玄関ドアの開閉チャイムの設置について利用者が音に驚かないよう掲示案内するなど具体的な対策が図られています。職員会議は全職員が出席ですが、欠席者には回覧および世話人から口頭で説明し共通認識に努めています。職員の専門性を高めるために、毎月複数回の法人や外部の研修参加の報告共有、ホームの独自研修により事業所職員の資質向上に努めています。

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><b>評価項目1</b> 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><b>利用者の状態に合わせたコミュニケーションにより計画に基づいた支援を実施しています</b>                      利用者が寛いでいる夕食後に楽しい会話でコミュニケーションをとってから相談を受けるように努めています。発語が難しい利用者には、文字での質問形式にならないよう手ぶりや身振りも加えて会話や相談ができるよう工夫しています。把握した内容は日誌や連絡ノートに記録し、口頭での申し送りも行い職員間で共有し、個別支援計画に基づいた支援の実施を図っています。変更や見直しについては職員会議で討議して共有の上、見直した個別支援計画の支援を実施しています。</p> <p><b>利用者の自立支援のために情報を提供し、場合によっては情報活用を支援しています</b>                      後見制度情報などをはじめ利用者一人一人が行きたい場所や体験したい事がある場合は、インターネット検索をしたり、検索した情報の適正について相談にのっています。一人で行かれる場合は行き方や時間を、付添い同行が必要な場合は地域のガイドヘルパー情報を提供して、利用を検討していれば引き合わせています。希望のアミューズメントパークや映画、コンサートへの外出は計画や報告を本人およびガイドヘルパーから受けて共有しています。利用者の希望を叶えるための情報提供は自立支援に直結し、個別支援計画にも反映しています。</p> <p><b>利用者ミーティングでは仲間との懇親の機会を計画して、楽しい経験が増えています</b>                      利用者ミーティングでは事業所の利用者6人全員参加のイベントや懇親の機会を話し合っています。利用者で運営し記録をとって役割分担して実行しており、毎月1回はDVD鑑賞の日を決めて希望が出たDVDをリビングで利用者の殆どが鑑賞しています。事業所の行事は利用者ミーティングで意見や希望が出た外出先候補情報を職員がインターネットで収集提供して利用者の活動を支援しています。利用者の誕生会や休日の企画、外出余暇活動などの計画は実行前にミーティングを行い、そのミーティングの話し合いから楽しい機会となっています。</p>																		
2	<p><b>評価項目2</b> 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

利用者の闊達な意見交換で行事が決まり、個人外出など希望が叶う生活に努めています

利用者ミーティングは全員が意見をいう場面としており、各人の希望や意見が出され記録者が専用カレンダーに決まった予定を記入しています。鑑賞するDVDをリクエストする人、利用者の誕生会にカラオケや居酒屋、ボーリングなどを企画する人、チラシでバイキングを提案する人など活発に意見交換し、意見を出せない人も参加を決めています。ほとんど全員参加で職員は招待されて交流しています。休日の昼食やお菓子作りチームと外食チームもあり、個人の外出にはガイドヘルパーを利用するなど、その人の希望が叶う生活を支援しています。

利用者の意見でホームの決まり事の札を作成したり、生活環境の快適性に努めています

トイレを使用中のノックは落ち着かない事から、浴室同様に「使用中」の札の活用が利用者から提案され実施しています。洗濯機は下着が入っている時に蓋を開けられる事がないように、洗濯機にも「使用中」の札を活用しています。いずれも利用者ミーティングで発案や意見交換をして取り決め、事業所で設置した玄関の開閉チャイムについても利用者の理解を得て掲示しました。また、夏場の利用者がホームにいない9:30～15:30の間は、居室温度の上昇防止のため居室のドアとベランダを開放する環境管理に利用者の理解を得ています。

毎日の弁当はじめ休日の食事づくりや行事のメニューへ必要に応じた支援を行っています

食事は朝食夕食の食材配達業者を利用して、職員が調理し提供しています。朝食は出勤の準備が間に合うよう早めに提供し、就業先によって弁当が必要な利用者には職員が作っています。休日の昼食については、料理をしたい利用者は各自もしくは数人で協力して作り、外食をする利用者には必要に応じて同行など支援しています。食後の後片付けは利用者ができる範囲で行っています。利用者の誕生日や季節行事としての食事については利用者ミーティングで食べたい物の希望や意見を集めてメニューを決めています。

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

月1回訪問看護師が健康管理やメンタルチェックに来館し記録しています

月1回、訪問看護師が利用者が帰宅する夕方に健康管理やバイタル測定およびメンタルチェックに来館し、職員と情報共有しています。体温や脈拍、血圧測定を行い、その他利用者へ最近の健康状態や服薬状況を聞き取り、看護師記録に記載しています。状態によっては、生活上の注意事項を伝え、医療受診を勧めるなどアドバイスを行っています。利用者の健康状態に変化がある場合は家族に相談し、医療機関を受診の場合は必要に応じて同行しています。

通院同行や服薬チェック、栄養バランスなど必要に応じた支援を行っています

健康状態は医療情報や既往歴、服薬状況など入居時のアセスメントで本人や家族から聞いています。通院は状況に応じて職員が同行しています。服薬は事業所で管理していますが、自分で管理している利用者もいます。管理が難しい利用者は台所に備えた薬カレンダーポケットに保管し飲み忘れないように職員が管理しています。食事の好き嫌いや糖分や脂質の取りすぎについて、外食時には飲食店情報を提供しながらダイエットについて話題にする等、健康管理への意識を促しています。また、口腔ケアについても声かけを心がけ口腔内の清潔保持を支援しています。

体調変化が見られた場合は協力医療機関の判断を仰ぎ、場合によって救急対応しています

利用者の体調変化が見られた場合は、協力医療機関の医師に相談し判断を仰いでいます。リビングの玄関には協力医療機関の連絡先リストを掲示しています。事務所の電話横には緊急時連絡先と連絡の手順を掲示して緊急時に備えています。職員ハンドブックには事故時の緊急対応として、救急車を要請する場合の定義を、意識なし、呼吸障害、蒼白、その他を記載し、人工呼吸やAEDの使用ははじめ救急隊に手渡す状況メモおよび保険証や薬手帳等に記載しています。また、契約時には「重度化した場合の対応に係る指針」で医療連携体制を説明しています。

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

**利用者の様子に変化が見られる場合は些細な事も家族に相談しています**

利用者や家族の状況については、入居前のアセスメント時にケースワーカーから情報を得ています。利用者の希望や目標とは別に家族の意向も聞き取っています。個別支援計画書には利用者ごとの領域と設定に対して現状や利用者・家族のニーズを記載して、それを解決すべき課題を明確にして支援を計画しています。ホームは家族とは利用者の生活の自立支援にむけて信頼した協力関係に努めており、利用者の様子に変化が見られる場合は、些細な事も家族へ相談して利用者の理解を深め解決を図っています。

**利用者の様子は毎月定期的に知らせ、電話でも状況を報告しています**

利用者のホームでの毎日の生活の様子は日誌に詳細に記録しています。その記録から毎月1回、家族あてに最近の生活の出来事や特出すべき内容を手紙で知らせています。利用者に変化が見られて家族に相談で電話をかける場合にも、利用者の最近の様子を報告しています。6か月に1回の支援計画の見直しの会議に家族が出席する場合には、利用者のバイタル数値や健康状態、目標への支援内容、改善できた事や課題などを説明し、行事やイベント参加時の写真アルバムも見せて普段の状況も報告しています。

**家族から得た利用者や家族の情報は個別支援計画に反映しています**

家族からは入居前のアセスメント時の利用者の医療情報や生活の目標および希望だけでなく、必要に応じて都度、利用者のこれまでの生活での出来事や性格についても情報を提供してもらっています。個別支援計画の立案時、6か月ごとや変化に応じた個別支援計画の見直し時にも家族の意向を確認して、目標や支援計画、支援方法を理解して納得の上で、署名押印をうけています。また、ホームでは利用者や家族と頻繁な話し合いや意見交換により信頼関係の継続に努めています。

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

**利用者はホーム行事で地域資源を利用する機会が多く、自立支援が進んでいます**

利用者は毎日の通勤やホーム行事でスーパーや図書館、カラオケや居酒屋、ファミリーレストランでの外食等で地域の施設や店舗利用を経験する機会が頻繁にあります。バックアップ施設の自立訓練事業に送迎バスで通う利用者もホームの行事参加など地域の生活体験は広がっています。夏祭りや小中学校の運動会、移動動物園等予定が掲載される町内会の回覧版はリビングに掲示しています。利用者との会話から興味がありそうな情報等はインターネットで入手して提供し、外出が伴う場合はガイドヘルパーの利用など情報提供・支援しています。

**法人の横浜エリア合同イベントへの参加により利用者の生活圏が多様に広がっています**

ホームの日常的な地域の社会資源の利用とは別に、法人の横浜エリア6ホームでは合同してイベントやバスツアーなどを開催し利用者の生活圏や交流体験の拡大を図っています。生と命の学習イベントでは、昨年の法人の他地区の利用者を招待して食事会・名刺交換を体験につづき、「楽しいデートの仕方をやってみよう」を計画して、ホームや就業先以外の人たちと交流リアルな体験学習の場としています。また、法人の他のグループホーム合同での1泊旅行や地域のケアプラザでの祭への参加なども利用者にとって社会経験を多様化しています。

**就労先との連携に努めて、利用者の社会参加をバックアップしています**

利用者の就労先は、法人の横浜中部就労支援センターの仲立ちで利用者の希望や状況に合わせて紹介されています。就労支援センターでも就職のための支援は行われますが、ホームでは履歴書の作成や就職面談について本人の相談にのって服装や姿勢などもアドバイスしています。就労後は疲労や心身状態に注意を払い、世話人は就労先を訪問しています。就労先の仕事内容や本人の様子、職場の環境、担当職員に就労中の本人の様子をヒヤリングなど行って「職場訪問記録」を作成しています。食物アレルギーがある場合は屋食の試食も行っています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー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>利用者の状況によって食事・入浴・排泄介助を行い生活リズムに合わせて支援しています</b>                  日常生活で介助が必要な利用者には、場面に合わせて全介助・一部介助を個別支援計画に明記して支援しています。利用者ミーティングや行事への参加、誕生日の過ごし方なども本人の意思を確認して支援しています。生活の流れは一律ではなく、利用者ごとの起床、食事、出勤など、一人一人の生活が無理なく余裕をもてるように支援し、体調不良時などにも対応しています。職員は、夕食後の団らんや寛ぎ時間には利用者に合わせて楽しい会話を心がけ、利用者の健康状態を観察し個別の生活を支援しています。</p> <p><b>ガイドヘルパーの活用により自己実現している利用者は生活意欲の向上が図られています</b>                  利用者が一人ではなかなか出かけられない場所や参加しにくいイベントに興味を持った場合は、職員がガイドヘルパー情報を提供して、説明を聞く場面に同席し活用の支援しています。ガイドヘルパー同行により水族館、ビール工場見学、アミューズメントパーク、一般バスツアー、コンサートなどの経験ができた利用者は休日の行動範囲を広げています。職員の支援により利用者は、ホームの仲間や職員との信頼関係、就労先や自立訓練での社会参加、ガイドヘルパーにより自己実現が可能となり生活意欲の向上が図られています。</p> <p><b>就労先の訪問や自立訓練事業所との会議など利用者の日中の活動を把握し支援しています</b>                  就労後の利用者に変化がある場合は、生活や睡眠状況などを観察し職員間で共有し、訪問の看護師や家族にも相談して回復に努めます。就労2～3か月後に世話人は、就労先を訪問し利用者観察や職員ヒヤリングを行います。職場の人が「利用者への接し方が分らない、本人が挨拶ができない」等の場合は、利用者の心身状態やできる事、支援により理解できる事など説明して改善しています。自立支援事業所に通う場合は担当者会議で情報共有し支援しています。また自宅復帰や独り暮らしを開始する場合には、必要な情報提供や関係機関との連携を図っています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-2	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①	利用者がレク内容やホームルールを決めており、生活意欲の向上にも繋がっています	
内容①	レクリエーションとしてCDやDVD鑑賞、休日の昼食やお菓子づくり、誕生会や外出企画は、利用者ミーティングで計画されています。ミーティングではレクリエーションの実施に向けて利用者間で担当する役割分担をする等、利用者間で協議して決めています。ボーリング場やカラオケ、居酒屋で催す利用者の誕生会には職員も招待する等、利用者と職員の交流場にもなっています。また、ミーティングでは、共用部の使い方やルール等も意見を出し合って決めており、生活の意欲の向上に繋がっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-2	職員の質の向上に取り組んでいる
タイトル②	事業所の独自研修を実施し非常勤職員や利用者に参加しやすい体制を敷いています	
内容②	研修に関して、昨年はエリアによる研修懇親会「性といのちの学習会」を3回実施し、所長および常勤職員と利用者が4名～5名参加しています。事業所内研修では、「人権ツール研修」を行い、所長のほか常勤1名、非常勤の方も2名参加しています。その他「法人マスタープラン伝達研修」には所長、常勤のほか非常に非常勤6名が参加するなど研修開催場所や開催時間を工夫して非常勤職員も参加しやすい体制にしています。また外部研修に延べ10名、法人内研修に31名が参加しています。研修後には会議で発表する事もあり所内での情報共有に繋がっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	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③	利用者が健康で安全に過ごせるように取り組んでいます	
内容③	利用者の健康を保つためにバランスの取れた食生活を心がけ、利用者の嗜好も加味した楽しい食事の提供に努めています。また、定期的な体重測定や通院の付き添い、薬の管理等、利用者が健康に過ごせるように努めています。安全面では防火管理者を定め、昨年度は同じ建物に入居している横浜共生会と2回(内1回は地域の避難訓練)法人の総合避難訓練を2回の計4回実施しています。事故や感染症の防止に関しては「危機管理対策要綱」でO157やインフルエンザを予防し、ヒヤリハットシート、ヒヤリハット事故報告などで再発の防止に努めています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	就業先を訪問および専門職や関係機関との連携により利用者の社会参加を積極的にバックアップしています
	内容	世話人は夕食後団らんの時に、楽しい会話でコミュニケーションしたり、利用者の心身を観察し、居室で相談する等、利用者の心に寄り添っています。利用者の就労2~3か月後には就労先を訪問し、利用者や職場の観察、従業員へのヒヤリングをしています。職場で「利用者への接し方が分らない」等の場合は、利用者の心身状態や日ごろできる事、支援により理解できる事などを職場従業員に説明し、理解を得て改善を図っています。訪問の看護師、家族やケースワーカー、就労支援センターなどと連携して、利用者の社会参加を積極的にバックアップしています。
2	タイトル	利用者の自主決定によるルールや行事、交流の機会やガイドヘルパーの利用による自己実現など生活意欲が向上しています
	内容	トイレや浴室、洗濯機の使い方など生活ルールは全員が意見を言う自主運営の利用者ミーティングで意見交換して決めています。ホームの休日活動、DVD鑑賞や誕生会、外出企画など役割分担して実行し、地域の社会資源を利用し、職員も招待して交流しています。法人の横浜エリアで企画するツアーや食事会「性といのちの学習会」、法人のホーム合同の1泊旅行、町内会のイベントなどにも参加しています。個人の興味や外出希望には、ガイドヘルパー同行を支援しており、工場見学やコンサートなど自己実現が図れ生活意欲が向上しています。
3	タイトル	法人や事業所の考え方を意識した環境作りに取り組んでいます
	内容	経営層は、職員が判断に迷った時に、当事業所の存在意義や法人理念の話をするなど、職員としっかり向き合い、職員が迷いから抜け、軌道修正できるように、リードしています。また、今年度は「法人マスタープラン伝達研修」を事業所内で行い、法人の基本的な考え方や方向性について学ぶ機会を作っています。このように事業所内では常に法人や事業所の考えや方針を描き、同じ方向を向いて仕事ができるような環境作りをしています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	業務への標準化を推進し、業務負担の均等化、役割分担等の環境作りが期待されます
	内容	利用者への支援についての情報共有は、業務日誌と連絡ノート、口頭での共有がメインとなっており、1名の常勤の世話人による取り仕切りの割合が多い状態です。法人では異動が多く、常勤世話人が異動する事も十分考えられます。このような現状から業務の標準化を進める必要性が感じられました。今後は業務日誌や連絡ノートからの事例や身近な法人の職員ハンドブック等を活用しながら、標準化を進め、誰でも一定水準を確保し、その後、業務負担の均等化や役割分担等の環境づくりを進める事が期待されます。
2	タイトル	現在の地域連携に加え、専門性を生かした地域への取り組みが期待されます
	内容	地域の関係機関とは、自立支援協議会の部会の一つ「住まい部会」に参加し情報交換をしています。その他、防災などで協力し合うように港北消防署と町内会および同じ建物の1階の横浜共生会とは消防応援協力に関する覚書を締結する等、地域で連携しています。ただ地域への発信という面では具体的な取り組みはありませんでした。専門的なスタッフもいる事から今後は講師派遣等、地域へ発信するような取り組みが期待されます。
3	タイトル	個別の研修計画の策定が期待されます
	内容	法人の内外研修への参加、また、事業所内研修の開催など、研修に関しては積極的に活動されている事が確認出来ましたが、個別の研修計画については確認する事ができませんでした。今後は個別の研修計画を策定し、人材育成計画に繋げ、理念や中長期計画に合った人材が育成される事が期待されます。