

社会福祉法人 県央福社会
コモンシティ萌 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

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</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> <ul style="list-style-type: none"> ・人権を守る意識を常に持ってもらう。 ・日々安定した生活ができるような生活環境づくりを行う。 ・障がい特性等を知ることから利用者理解を進めていく。
	<p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に障がい福祉に関する社会情勢に関心を持ち、人権擁護や生活向上を目指していく。

調査対象	調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は9名となりました。有効回答人数は8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

	9
利用者総数	
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	8
利用者総数に対する回答者割合(%)	88.9

入力不要
生活介護

	9
利用者総数	
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

入力不要
自立訓練(機能訓練)

	9
利用者総数	
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

入力不要
自立訓練(生活訓練)

	9
利用者総数	
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

入力不要
就労移行支援

	9
利用者総数	
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

入力不要
就労継続支援(A型)

	9
利用者総数	
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

入力不要
就労継続支援(B型)

	9
利用者総数	
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

施設入所支援

	9
利用者総数	
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	8
利用者総数に対する回答者割合(%)	88.9

利用者調査全体のコメント

利用者総数は9名、調査対象8名に対し、有効回答8名でした。利用者総数に対数回答者割合は88.9%でした。総合的な評価では、「大変満足」の回答が25.0%、「大変満足」及び「満足」を合計した回答が62.5%という結果となり、6割程度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、「体力を元に戻して、仕事につきたいです。」「夜、見回りをしてほしいです。」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	3	0	0
回答割合は、「はい」が62.5%、「どちらともいえない」が37.5%、「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。」「助けてくれます。相談します。頼りになります。」という意見がありました。一方、「頼りになりますが、2名の職員が他の利用者に対応が違います。」「それなりにです。個人差があります。直ぐに気づく人とそうでない人がいます。ストレートに言って大丈夫な人には言いたい事を言っています。」という意見もありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	8	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。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	6	2	0	0
回答割合は、「はい」が75.0%、「どちらともいえない」が25.0%、「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「仲は良いです。余暇ではボーリング等も行きます。」「食事の時や上の階では、他の利用者とも会います。会えば話をしたりします。」という意見がありました。一方、「たまにケンカをします。」という意見もありました。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	6	2	0	0
回答割合は、「はい」が75.0%、「どちらともいえない」が25.0%、「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「自分の部屋は自分で掃除します。土曜日はモップがけをする事になっています。シャッターを閉めたりも当番で決まっています。」「皆で掃除をします。きれいです。」という意見がありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	6	1	1	0
回答割合は、「はい」が75.0%、「どちらともいえない」が12.5%、「いいえ」が12.5%、「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「1人だけエプロンが曲がっている時があります。薬が出ていない等、利用者が教えます。」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	5	2	1	0
回答割合は、「はい」が62.5%、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が12.5%、「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「病院に連れていってくれます。」という意見がありました。一方、「病院には行かず、様子見が多いです。」という意見もありました。				

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	4	0	0
回答割合は、「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が50.0%、「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「いさかいやいじめは今のところありません。」という意見がありました。一方、「職員はもめ事の程度によって、対応します。すぐに解決するようであれば放っておきます。間に入った方が良い時は、入ります。もめ事の後に当人に話をします。」という意見もありました。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	5	3	0	0
回答割合は、「はい」が62.5%、「どちらともいえない」が37.5%、「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「個人差があります。」「対応し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。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	6	1	1	0
回答割合は、「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が50.0%、「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「個人的な事を出さないと話が進まない時もあり、プライベートな事を話す時もあります。気にする程ではないです。」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	3	0	5	0
回答割合は、「はい」が37.5%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が67.5%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では話はして聞いてもらってはいます。」という意見がありました。一方、「最近では要望を聞く面談等の機会が減っています。ホームを開設した当初の方がありました。」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	2	0	6	0
回答割合は、「はい」が25.0%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が75.0%、「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	3	3	2	0
回答割合は、「はい」が37.5%、「どちらともいえない」が37.5%、「いいえ」が25.0%、「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「ダメといたりします。」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	1	6	0
回答割合は、「はい」が12.5%、「どちらともいえない」が12.5%、「いいえ」が75.0%、「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。				

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	5	3	0	0
回答割合は、「はい」が62.5%、「どちらともいえない」が37.5%、「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「食事おいしいです。おしゃべりしながら食べます。」という意見がありました。一方、「テレビがついていて、皆で会話をしながら食べる時があります。また、テレビを見入って会話がない時があります。」という意見もありました。				
15.【施設入所支援】 休日や夜間に、好きなことができるか	8	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「テレビ、ブルーレイ、音楽、カラオケに行く事もあります。夜は寝れています。」「音楽を聴いたり、ゲームをしたりもします。夜は良く寝れます。」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	3	4	1	0
回答割合は、「はい」が37.5%、「どちらともいえない」が50.0%、「いいえ」が12.5%、「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「お願いをしても出来る人と出来ない人がいます。」「時と場合によります。」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	4	0	1	3
回答割合は、「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が12.5%、「無回答・非該当」が37.5%という結果となっています。自由意見では「自分の希望を伝えてくれます。」という意見がありました。一方で、「自分で携帯で連絡をとっています。」「職員と家族は連絡を取りますが、内容は分かりません。」という意見もありました。				

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

「2つの理念と11の基本方針」を示して、職員への浸透を図っています

「コモンシティ萌」は、神奈川の県央地域を中心に100以上の事業所を運営する県央福祉会が運営主体となっています。法人のホームページには、「2つの理念と11の基本方針」からなる経営理念(クレド)を示しており、職員や利用者、家族、県民が見ることができます。特に「ソーシャルインクルージョンを目指します」「先駆的で開拓的な事業を展開します」という2つの理念は運営規程や職員ハンドブック等にも記載して、職員への浸透を図っています。ただし、職員自己評価からは浸透度合いがまだ十分ではない様子が伺え知り、課題と言えます。

「もえつうしん」「家族会」などを通じて、2つの理念を周知しています

利用者と家族に対しては2,3か月に1回程度のペースで作成している「もえつうしん」や、年2回程度開催している「家族会」を通して理念等伝えるようにしています。家族会は約半数の家族の参加に留まっているため、欠席した家族へのフォローも大切といえます。日々の生活の中では、夕食時に利用者が全員集まって食べていることから、職員がその時間帯にホームへ行き、伝達事項や理念等を全員へ話すようにしています。また、入所者の多くは法人が運営する日中活動の事業所へ通所していることもあり、理念等の周知は図られているといえます。

職員間の情報共有の意識が高まっています

職員の勤務体制は、所長のほか常勤職員が1名、非常勤職員が日勤1名・夜勤5名となっています。職員の情報共有は、日常的には日誌に書き綴り、日勤と夜勤の口頭での引き継ぎによって行われています。このような体制のため、常日頃から情報の共有を図るのが難しく、月1回の職員会議の場が重要な位置づけとなっています。この場で所長からの報告事項や活動状況について意見交換が行われています。職員自己評価では、「職員間の情報共有ができている」という意見が複数見られ、力を入れて取り組んでいる様子がみえました。

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 3/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇●)		
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(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○非該当

カテゴリー2の講評

「ハンドブック」「あおぞらプラン」など、倫理等に対する理解を深めています

法人では職員向け「ハンドブック」を作成し、福祉に従事するものとしてコンプライアンスや倫理行動綱領、オフィスマナー、虐待防止などの項目を示しています。全41ページからなる本冊子は入職時研修で全員へ配布し、研修で学んだ後に現場へ配属されることになっています。そのほかにも、神奈川県知的障害者関連団体が作成した「あおぞらプラン」(知的障害施設利用者権利宣言)を年度初めに輪読しており、職員の倫理(個人の尊厳)に対する理解を深める取り組みに力を入れて取り組んでいます。

利用者の生活の場であることを考慮しながら、地域との関わりを徐々に試みています

法人では現在、第三者評価の受審を積極的に進めており、当事業所では今回が初めての受審となります。評価結果は神奈川県社会福祉協議会のホームページに掲載される予定です。法人としては、ホームページで過去3年間の報告書、決算書等の情報を開示しており、透明性を高めています。ただし、グループホームは利用者の生活の場であることから、あまり積極的に地域の人たちへの情報開示は行っていません。近隣の小学校で行われる防災訓練に参加を計画するなど、必要な範囲での関わりを持ちながら、徐々に周知していこうと試みています。

地域内でのつながりを大切にし、自立支援協議会の部会などに参加しています

福祉施設の専門性を生かした取り組みとしては、他の法人からの依頼で特別支援学校へ所長が出向いて、グループホームについての講演を行ったことがありました。今後もこのような依頼があった場合には積極的に参加し、地域内でのつながりを大切にしていきたいと所長は考えています。地域でのつながりという点においては、自立支援協議会の減災対策部会のほか、サービス管理責任者の会合に参加するなどの取り組みも行われています。なおボランティアに関しては、グループホームの事業内容を考慮して受け入れ等は行っていません。

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		
第三者委員の設置、「みんなの声ボックス」などを整備しています 苦情解決制度については、契約時に重要事項説明書を読み上げて利用者等へ説明しています。たとえば、第三者委員に学識経験者と司法の専門家を配置していることなどです。法人独自の取り組みとして、意見箱「みんなの声ボックス」を事業所内に置いて、身近なところで苦情における情報を利用者に投稿してもらうようにしています。また、日々の利用者からの相談については、周りの利用者には聞かれないよう個別に部屋に入って話を聞くよう配慮しています。なお、利用者調査では75%の利用者が「プライバシーを守ってくれている」と回答しています。		
利用者の意向を反映した取り組みを増やしていくことが期待されます 夕食の団欒時を中心に利用者との会話の中でニーズを汲み取り、そして支援へとつなげていっています。たとえば、利用者からは「外出の開会を増やしてほしい」という意見が比較的多く出てきます。その意見を尊重して、外出の機会を毎月取り入れ、日中の仕事がない利用者が参加しています。ただし、今回第三者評価の利用者調査では「要望等に対応してくれるか」という設問に対して「はい」の回答割合が37%となっており、改善の余地があると思われま		
法人内で多くの地域情報が得られるメリットがあります 法人として大和市内に複数の事業所を展開していることから、法人内の会議の場で多くの地域情報が得られるというメリットがあります。各事業所間で情報を共有し、それぞれのサービス種別で取り組んでいる内容や課題を知ることで、自事業所の運営状況を客観的に把握することに繋がっています。法人外の情報収集の場としては、神奈川県知的障害福祉協会に加盟しているほか、大和市の自立支援協議会に参加するなどの取り組みがあります。		

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
		9/11
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(○○○)
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(○○○○)
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(○○●●)
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

3/4

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(○○○●)

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

法人の中期計画を基にして、事業所の年度計画を立てています

法人では第三期中期計画として平成26年度から31年度の5年間のマスタープランを作成して、5年後のビジョンを明確に示しています。計画書には、現状分析からビジョン実現のための戦略目標、年次計画とPDCAサイクルに沿った項目を記載しています。これを基にして、事業所単位で年間の事業計画を立て、重点目標や事業所としてユニークで独創的な取り組みなどを職員会議の場で話し合い、最終的に理事会で決定しています。外出やレクリエーションプログラムなどについては、世話人を中心に計画して取り組んでいます。

年度毎に重点目標を掲げていますが、その成果は明確にはなっていません

年度単位の事業計画は、毎年1月には法人本部へ提出するスケジュールとなっているため、それまでに職員会議で当年度の振り返りを行い、次年度へ向けた課題を抽出しています。27年度は職員間の協働意識とストレスモデルの導入、28年度はマニュアルの整備など、年度毎に重点目標を掲げています。ただし、事業報告書を確認する限りではその成果を十分に確認することはできませんでした。目標とその成果・達成度合いの関係をわかりやすく表現するなどの工夫が期待されます。

支援マニュアルで「健康管理」「感染防止」の項目を挙げています

事業所における生活面に関する独自の支援マニュアルがあり、その中に健康管理・感染防止に関する項目を挙げています。健康管理では、具体的な取り組みとして予防から健康観察、処置・通院、報告という流れとそれぞれの内容を書いています。感染防止では、手指感染防止から気道感染予防、環境汚染予防についての取り組み内容を書いています。避難訓練は震災訓練と法人総合防災訓練を行っているほか、近隣の学校との訓練にも取り組もうと計画をしているところです。

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 4/8
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 4/7
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

所長が不在になることが多く、適切な人員配置については課題といえます

採用方法に関しては、常勤と非常勤共に面接と現場実習を組み合わせたものとなっています。常勤職員は所長と世話人の2名体制となっていますが、所長はバックアップ施設の施設長などを兼務していることから事業所へ定期的に来ることが難しい状況です。職員自己評価の中にも、人員配置に関する点を見直したいと挙げている意見があるほか、所長自身も経営上必要な職員配置をしていきたいという考えがあり、現在は男性1名の常勤職員を更に配置する事を希望しています。適切な人員配置については今後の改善が期待されると思います。

体系化した研修を効果的に活用できるよう職員個々の目標の明確化等が望まれます

職員の法人内研修は体系化しており、大きくは「共通」と「階層別」に分かれています。「共通」では全体研修(年3回)、実践報告会(年1回)など、「階層別」では管理者から新人職員までを4階層に分けて、それぞれ内容を設定しています。個人別の年間研修計画はポートフォリオにて管理するようになってはいますが、充分には活用できていないのが現状です。特に非常勤職員の研修については難しいところがあるようです。利用者への支援能力を向上していくためにも、職員個々の目標の明確化、モチベーションの向上などの施策が望まれます。

メンター・メンティー制度を導入し、新入職員の育成と定着を図っています

法人では職員の働きやすい職場環境づくりの一つとして「メンター・メンティー制度」があります。入社1年目の職員(メンティー)に対して、メンターと呼ぶ先輩職員が付いて仕事に関する悩み事などの相談に乗るようにしています。メンターが直属の上司となると話しにくいことも出てくることから、直接業務では関わらない職員を配置するよう配慮しています。この制度による両者の育成も、法人の狙いとしてあります。就業状況の把握はできているものの、現状を踏まえた改善にまでは至っていません。

7			カテゴリ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					
法人共通のクラウドシステムで重要な情報を管理しています 運営に関する重要な情報は、法人がクラウドシステムを構築して管理するようにしています。職種別にフォルダを作成し、特定の情報に関してはアクセス権限を設けて機密性を保っています。ログインするには、職員一人ひとりのアカウントとパスワードを割り振られており、誰が、いつアクセスしたかを管理できるようになっています。事業所で管理する情報で印刷するものは、ファイルにして、鍵のかかる書棚に保管しています。					
個人情報保護規程を定めるほか、ホームページでプライバシーポリシーを明示しています 個人情報保護規程を定めて、個人情報の取り扱いに関してルールを決めています。ホームページには「プライバシーポリシー」として、基本方針や利用目的について明示しています。事業所で扱っている個人情報の利用に関しては、契約時に個人情報保護の同意書を交わして確認しています。職員に対しては、入職時にその取扱いについて説明し、誓約書を提出してもらっています。					

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 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 checked="" 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>中期的な視点の下に、毎年の計画的な取り組みを行うことが期待されます</p> <p>限られた人員の中での体制の下で運営しており、今後どのような方向性で進んでいくのかについては模索中です。所長が複数事業所の管理職を兼務しているため、定期的に訪問することも難しいのが現状です。まずは、所長が事業所業務に時間を割けるような体制を構築することが望まれます。地域の関係機関との連携は継続して取り組んでおり、必要な情報が収集できています。自治会にも参加して、徐々に関係性ができており、今後の発展に期待が持てます。計画の実行については、PDCAサイクルの徹底が期待されることです。毎年の事業計画は、その年度で求められる重点目標を設定するなど必要に応じた内容となっていますが、実行という点においては課題が残っています。法人の中期計画との連動、期中における計画の進捗状況の把握などの取り組みが期待されます。</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>研修の活用には課題がありますが、情報共有の意識は高まってきています</p> <p>法人としての研修体系は構築されているものの、現在の職員体制では十分に活用することが難しい状況です。特に非常勤職員の育成に関しては、本人の意向との兼ね合いもあり、どこまで求めるかは課題となっています。ただし、職員間の情報共有などに関しては職員会議の強化等により進展が見られています。職員自己評価からは「職員間の情報共有を意識をもって取り組んでいる」という意見が複数挙がっています。</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 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	
支援マニュアルの見直しなど、発展的な検討へと今後進むことを期待します	

職員が一堂に会する機会が月1回の職員会議の場のみとなっており、時間的な制約のため発展的な検討には至っていないのが現状です。打開策として、生活支援マニュアルの見直しや医療情報シート等の活用などに取り組み始めています。すぐに成果として現れているものではありませんが、継続した取り組みに期待します。

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

利用者の滞在日数の増加を試み、収益面の改善が図られました

昨年までは週末に自宅へ帰宅する利用者が多くいました。そのため、収益面においては厳しい状況となってしまっていました。そこで、週末でも利用者が楽しく過ごせるようなプログラムを検討し、実施した結果、滞在日数の増加につながりました。収益面において、改善が図られています。

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

外出機会の創出など、利用者の意向を反映した取り組みにより満足度が向上しています

日々の利用者とのコミュニケーションを大切に、何気ない会話の中からも利用者の意向を把握しようと努めています。その中の1つとして多くの利用者から、「外出機会を増やしてほしい」という意見がありました。そこで、今年度は平日でも仕事のない利用者に外出の機会やイベント行事を企画し、好評を得ています。成果が出たことから継続した取り組みとなっており、今後も新たな行事を検討するなどの取り組みに期待が持てます。

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	3/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(○○○●)	
	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>事業所の情報を得る媒体は法人のホームページのみとなっています</p> <p>法人は、大和市を中心に県内9つの市に96の施設や事業所を運営する社会福祉法人で、グループホームは、それら施設や事業所の利用者が地域の中で、自分らしく、あたりまえの暮らしを支援する場として開設をしています。そのような経緯から、ホームページの情報は法人のホームページのみで、所在地や定員を確認できる程度となっています。ホームページ独自のパンフレットなど、法人の枠にとられない情報提供媒体の検討が期待されます。</p> <p>法人内各事業所と複数の行政に欠員の情報提供をしています</p> <p>グループホームのバックアップ施設をはじめ、法人内の施設、事業所と常に連携を図り情報交換をしています。ホームページの情報は、行政、社会福祉協議会、知的障害者福祉協会など関係機関のほか、大和市内のサービス管理責任者の会合でも提供しています。今年度、退所者があったため、法人内各事業所と複数の行政に欠員の情報提供をしています。本人・家族の希望のほか、共同生活にある程度適応が可能かなど職員会議で検討しています。</p> <p>新規利用希望に向け、見学、体験入居の対応を進めています</p> <p>昨年度は、法人内の就労援助センターからの紹介で、グループホームを知りたいという見学者に対応しています。今年度は退所者があったため、行政、バックアップ施設からの紹介の利用希望者数名の対応を進めています。サービス管理責任者がそれぞれ個別対応をし、希望があれば数回の見学にも応えています。今後希望者の状況に合わせ、2、3泊から1週間の体験入居を経て、入居を決定することとしています。</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 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(○○○)	
	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	
<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
サブカテゴリー2の講評		
<p>担当職員が、利用者の状況に合わせ利用開始時の説明をしています</p> <p>新規利用にあたっての説明は、本人・家族に所長とサービス管理責任者がおこなうこととしています。基本的ルールやサービス内容等は利用契約書、重要事項説明書を用い、本人・家族の同意を得ています。用意している書式は、本人に分かりやすいよう漢字にはふりがなをふっています。説明時には本人の理解度や障がい特性を考慮しながらゆっくりと話したり、時間をかけて説明しています。本人・家族の希望や意向については、アセスメントシートに記録し、口頭でも聞き取っています。</p> <p>見学や体験入居が可能なのでホームでの生活イメージは得やすくなっています</p> <p>本人のこだわり、自宅などで続けてきた習慣といったこれまでの生活情報を得ています。通所先での様子なども参考にしています。それらを尊重しつつ少しずつ共同生活に慣れて行ってもらおうようにしています。利用開始前には、数回の見学や体験入居が可能なのでグループホームの雰囲気やホームでの暮らし方のイメージは得やすくなっています。また、入居当初は職員の言葉かけやさり気なく寄り添う時間を多くし、利用者の不安や環境変化に対するストレスが軽減されるようにしています。</p> <p>電話連絡、移行先訪問などサービス終了後も継続して支援をしています</p> <p>事情により、グループホームを退去した利用者に対し、職員が継続して電話連絡をしているほか、移行先の事業所を訪問し様子を確認しているほか職員とも情報交換をしています。サービス終了後も直ちに関係を終了することなく元利用者の状態を見ながら、少しずつ落ち着いて移行先で生活できるように調整をしています。</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	
<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
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	
<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

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		
<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

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		
<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

フェースシート、アセスメントシートをニーズや解決すべき課題の把握に活かしています
 利用開始前に記載をお願いしている、フェースシート、アセスメントシートにて利用者の基本情報や生活情報を得て、ニーズや解決すべき課題の把握などに活かしています。アセスメントシートは日常生活、健康管理、金銭管理、共同生活・地域生活、権利擁護の項目があり、現在の状況、本人家族の意見希望、現在の支援内容を記載し個別の支援計画に活かしています。アセスメントは個別支援計画中間見直し時と年度末の年2回行っています。アセスメントに関する文書様式の充実のため、改良を検討しています。

利用者との面談し、職員会議での話し合いを経て個別の支援計画を作成しています
 個別の支援計画作成にあたっては、世話人が本人と面談をしています。面談後は、計画の枠組みを作成し、職員会議でさらに話し合っています。その後、本人・家族に確認をしています。年度末に再度面談をし、計画の振り返りと次年度の目標を話し合っています。計画の見直し(モニタリング)の基本は半年ごととしていますが、緊急に変更する必要がある場合は職員会議で提示しており、随時見直す仕組みを整えています。

職員間の情報共有のため職員会議で活発な意見交換をしています
 職員のシフト時間は6パターンあり、職員の申し送り時は日誌でスケジュールを確認しながら、口頭でも丁寧におこなっています。さらに連絡ノート、対応ノート(利用者記録)を読み、サインをしています。また、職員会議は月1回、全職員出席を基本とし、利用者が通所、通勤後の午前9時からおこなっています。利用者一人ひとりについてケース検討やそれに対応する職員の支援方法など活発な意見交換を行っており、利用者が帰宅する午後16時頃まで話し合うこともあります。

サブカテゴリー5

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

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<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		
<p>一人ひとりの意向を踏まえ、プライバシーの配慮に努めています</p> <p>利用者の個人情報の取り扱いについては、法令に基づいた管理、対応を行うことを説明し、同意を得ています。行事や「もえつうしん」に使用等で写真撮影をする際も確認し、許可を得ています。本人の不在時に居室に入る必要がある場合は事前に断ってから入室しています。個人宛ての手紙はそのまま手渡していますが、行政など支援に必要な書簡の場合は、職員の目の前で開封をお願いしています。個別の相談でリビングを使用する際、他の利用者がある場合には事情を伝えて席を外してもらい、落ち着いて話ができるようにしています。</p> <p>ホームの重点目標は「権利擁護の徹底」としています</p> <p>法人が人間尊重主義の主旨の理念を掲げており、ホームの今年度の重点目標を、利用者の権利擁護の徹底をおこない、人権侵害、虐待、身体拘束がないように周知徹底するとともに、利用者との信頼関係を築き、充実した生活が送れるよう支援することを定めています。職員は、人権に関する研修の受講、利用者の気持ちに寄り添っていくための「人権擁護ツール」の活用、日常業務内での振り返り、お互いの注意喚起など、職員一人ひとりが人権意識を持ちながら支援に努めています。</p> <p>第三者委員、行政機関と連携し、トラブル解決の努力をしています</p> <p>過去に起こった利用者への不適切と誤解を招く職員の言動、利用者間のトラブルではグループホームやバックアップ施設からの説明・話し合いの上、第三者委員、行政機関と連携し、誠意を持って迅速に解決に向けて努力をしています。これまでのデータを職員間で引き継ぎ、事例分析、改善策の検討をしています。苦情、要望とその対応結果については、プライバシーに配慮しながら家族会等で公表し共有を図っています。</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 8/11
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇●●)
評価	標準項目	
<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 type="radio"/> あり <input checked="" 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
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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変更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 checked="" type="radio"/> あり <input 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

「コモンシティ萌生活支援マニュアル」の活用が期待されます

グループホームの事業計画書に基づいた業務、職員ハンドブック(マニュアル含む)配布など一定の水準は確保していると思われま。ホーム内で必要なマニュアル、手順書は、「コモンシティ萌生活支援マニュアル」をつくっています。しかし、改変時期や見直しの基準は確認できませんでした。これまでの生活支援マニュアルをさらにホームの利用者支援に則したものとなるように職員の意見を取り入れ修正を続けています。今後も整備を行い、業務の標準化に取り組まれることが期待されます。

利用者の安全性に配慮した支援や環境整備についてさらなる検討が期待されます

夜間を含む災害を想定した避難訓練は年3~4回行い、利用者の防災意識向上に努めるとともに、ホームとして防災対策を進めています。自治会に加入し、地域の訓練には所長が参加しています。しかし、緊急時に備えた嘔吐処理方法や救急救命(心肺蘇生など)、視力の弱い利用者のための手すりの設置、自家発電の設置など利用者の安全性に配慮した支援や環境整備について課題としている部分があり、今後の取り組みが期待されます。

研修参加、職員会議での話し合いなど業務の一定水準の確保に努めています

常勤職員は目標管理シートを用いた面談で、個々の目標値や課題を明らかにしています。さらに法人として内部、外部を問わない研修でスキルアップが図れる体制があります。非常勤職員も参加が可能ですが、多数の参加は難しい現状があります。しかし、全職員参加が基本の会議で利用者の障がい特性を理解するためにてんかんや発達障がいの支援方法について話し合い、一定レベルの知識の確保に努めています。わからないことや判断に困ることが起きた場合には所長、世話人に連絡をし、指示を仰ぐこととしています。

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	22 / 22															
1	<p>評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当	●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当	●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当		
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当																
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当																
●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当																
●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当																
評価項目1の講評																		
<p>個別支援計画に基づいた支援のために過不足のない記録のとり方が必要と思われます</p> <p>個別の支援計画書は、長期目標(夢や希望)、中期目標があり、目標を達成するための本人の役割とそれをどのように支援していくかを定めています。1年間の目標は本人が達成できることを考慮しています。利用者記録は、常勤、非常勤に関係なく記録をしていますが、個別の支援計画に沿った記録の取り方、利用者の様子の推移など丁寧な経過把握の必要性について全職員に周知できていない現状があります。状況を的確に伝えられるような文書作成のため改善検討が期待されます。</p> <p>言葉かけの配慮、根気強い説明など一人ひとりに合わせた関わり方をしています</p> <p>ネガティブな発言が多い利用者には、プラス思考の発言を意識しながら対応する、生活の様子を見て注意をする必要がある時は、注意コール怒られるという感覚を抱かせない言葉かけをする、わざとルールを守らない時も根気強く説明を繰り返すなど、一人ひとりの障がい特性・理解力・性格を踏まえた関わり方をしています。また、視覚が弱い利用者が食事をするときは、メニューを一つずつ説明しながら提供したり、玄関の杖立には赤い目印をつけ自分で探してもらうなど自立支援のバランスを考えています。</p> <p>一人ひとりの障がい特性や性格を理解し、利用者同士の関係性に配慮しています</p> <p>職員は、利用者の表情、言動をよく観察し、不安や苛立ちを察知することで利用者間の大きなトラブルを未然に防ぐよう努めています。ユニットで話し合い決めたルールを破る、わざとコミュニケーションをとらず相手を怒らせるなど共同生活をしていく上での利用者間のトラブルには、当事者に生活上必要なルールがあることを繰り返し説明し、理解を促しています。職員会議で情報を共有し、職員によって対応に違いが起きないようにしています。必要に応じて職員が悩みなどゆっくり聞く時間を設け、孤立しないよう配慮しています。</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

居室は他の利用者の迷惑にならなければ過ごし方は自由としています

居室はプライベート空間なので、他の利用者の迷惑にならなければ過ごし方は自由としています。好きなアイドルのポスターを飾る、マンガ、CD収集、テレビゲームなど一人ひとりその人らしさが損なわれないように職員は見守っています。リビングに置いた乗馬型マシン、サイクルマシンで楽しみながら運動をする利用者もいます。個人の生活だけでなく、利用者同士で充実した時間を過ごせるように季節の花鑑賞、市民祭り見物、観光スポットなど外出活動を積極的におこなっています。

利用者同士でモップがけ、トイレ、浴室清掃等行い過ごしやすい環境整備をしています

グループホームのために建てた築5年の比較的新しい2階建て住居です。リビング他共用空間の採光、換気、温湿度、清潔等に配慮しています。1階利用者は共用空間のモップがけを手伝っています。2階利用者はトイレ、浴室清掃、窓のシャッター下ろしを当番制で担当し、自分たちで過ごしやすい環境を整えています。食事は全員で1階リビングで摂っており、食後の団らんなどコミュニケーションも取りやすい環境があります。居室に関しては、本人に任せることを原則としていますが、衛生面を考え職員が掃除や整理整頓を手伝う場合もあります。

利用者の希望を取り入れた献立、外食等食事時間を楽しんでいます

委託業者が作成した献立に基づいた食材が届きますが、季節感や年中行事に配慮した献立も盛り込まれています。調理は職員がしています。食事は1階のリビングで2ユニット全員で賑やかに食べています。月に3回は「手作りの日」とし、利用者の希望を取り入れて作っています。誕生日には本人のリクエストを聞き、天丼、とんかつ、てまり寿司、たくあんなどで祝っています。休日の昼食は利用者で作ったり、ホーム近くの洋食屋や回転ずしに出かけています。外出活動も多くその際の昼食はファミリーレストラン等利用しています。

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

日々の観察、定期的な健康診断等利用者の健康状態を把握しています

日々職員は一人ひとりの行動や様子を良く観察し、普段と違う場合は職員間で引き継ぎをしています。通所先の職員に連絡帳や電話で知らせる場合もあります。また、毎日バイタルチェックをする利用者は健康チェック表で管理しています。利用者の通所先や就労先でおこなった健康診断結果を聞き、健康管理に活かしています。実施が無い場合には個別で受ける予定としています。健康について職員は都度相談に乗っているほか、毎月法人内の訪問看護師の巡回があるのでその際に相談に応じ、アドバイス等は日誌に記録をしています。

家族、訪問看護師、かかりつけ医と協力体制をつくり、健康維持の支援をしています

健康面で常時支援が必要な利用者はいませんが、法人内の訪問看護ステーションと連携しており、利用者の健康に関する情報を密に共有できる体制があります。職員が判断に困る場合も適宜連絡し、的確なアドバイスをしています。利用者それぞれのかかりつけ医とは受診同行の際に指示を受けているほか、家族から薬の変更など随時情報を得ています。軽い発作が起きた時は発作時の記録表で把握をしています。また、緊急時であっても落ち着いて医療機関と対応ができるように、「危機対応個別医療情報」を個別に用意しています。

運動、体のリズム、服薬等一人ひとりに応じて支援しています

委託業者が作成した献立はカロリー、塩分、脂質など栄養バランスを考慮した献立となっています。肥満気味であったり、体を動かしたい場合はリビングに置いた乗馬型マシン、サイクルマシンを利用しています。虫歯、歯周病予防のため、歯磨きを励行し、習慣化しない利用者には促しの支援をしています。女性の体のリズムについても必要に応じ支援しています。服薬は自己管理のほか、支援が必要な場合は職員が薬カレンダーにセッティングし、本人に取りに来てもらいます。空袋は職員が回収、確認後処分しています。

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている		○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている		○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている		○非該当
評価項目4の講評			
<p>本人の意向を踏まえながら状況を家族に知らせ、家族からも情報を得ています</p> <p>本人の様子など家族に伝える場合には、本人にとって不本意な内容であっても伝える必要があることを説明し、納得してもらっています。買い物など本人の判断不足から起こる問題は、トラブルになる前に家族とも相談をしています。通所をしている利用者は、通所先の職員と連絡ノートを利用することを了解してもらっています。定期的に帰宅する利用者の場合は、在宅時のトピックなど家族から情報を得て支援に活かしています。本人を送り、ホームに家族が来た時に直接話を聞く場合もあります。</p> <p>家族会、「もえつうしん」でホームや利用者の様子を伝えています</p> <p>家族会があり、年に2回(6月、1月)開催し、毎回半数程度の出席を得ています。ホームの現況、利用者の暮らしぶりなど紹介、その後の意見交換など議事録に記録しています。これまでの説明が不足する部分もあり、今後はこの家族との認識差異については丁寧に説明をしていくこととしています。その他必要に応じて家族面談を行っています。また、昨年度から、2、3ヶ月ごとに「もえつうしん」を発行しています。ホームの取り組み、利用者の様子とその関係性など家族にもっと知ってもらい、家族との協力、連携を深められるよう努めています。</p>			
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている		○非該当
評価項目5の講評			
<p>自治会の回覧板から得た、利用者が興味を持つ地域の情報を随時知らせています</p> <p>自治会に入会しており、回覧板から得た地域からのお知らせや催し物情報等、随時知らせています。チラシを配付したり、ポスターを掲示する場合があります。近隣の小学校で行われた地域の避難訓練には所長が参加していますが、今後は、利用者が地域生活の幅を広げられるよう、ホームとして積極的に自治会と関わりを持つ必要性を感じています。具体的な検討が期待されます。また、ホームは自立度の高い利用者が多く、必要な情報はさまざまな媒体を使って自分で収集し、利用者同士で情報交換しています。</p> <p>利便性の良い環境を利用し、利用者は個人、利用者同士で出かけています</p> <p>ホームは、最寄りの駅から数分と利便性が良いので、地域の資源を利用しやすい環境があります。地元の洋食店、中華料理店、喫茶店など休日に利用しています。駅前の祭りには散歩がてら気軽に参加しています。ホームの外出や余暇活動では保健福祉センターのふれあいコンサートやボウリング場で楽しいひと時を過ごしています。その他、利用者は自分で情報を収集し行きたいところに出かけています。その際は行き先、食事の変更があるかなど予定変更届を提出してもらっています。</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)・非該当1
	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	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、健康管理、整容など日常生活上の支援をしています</p> <p>健康を保つためにバランスのとれた食生活支援を心がけています。苦手な食材が分からないように職員が調理の工夫をしたり、嚥下状態に配慮する場合は具材を小さく切り分けています。食事を抜いたり、時間がかかり過ぎたりする場合は、さり気なく声をかけています。入浴の際は必要に応じ見守っています。女性の体のリズムを把握しトイレの後始末についても適宜支援しています。その他整容、清潔など本人の自己選択、プライバシー、職員の関わり具合のバランスを常にとりながら支援するように努めています。</p> <p>安眠ができるよう、居室のドア越しに声をかけたり、ベッドで休むことを促しています</p> <p>居室で趣味など好きなことに熱中している場合は、睡眠時間を考慮し職員がドア越しに声をかけています。疲れて床に座ったまま眠ってしまう癖のある利用者の場合は、時間を見てドアを開けベッドで休むよう促しています。翌朝利用者の表情や顔色を観察し、安眠ができたか確認しています。生活リズムが狂い通所を休むなど日中に支障が起きる場合には適宜注意喚起をしています。衛生面やスッキリとした気分で眠れるように職員が定期的にシーツや枕カバー交換の支援をする場合もあります。</p> <p>食後の余暇、外出活動、夏祭りなどさまざまな体験の機会を提供しています</p> <p>利用者の豊かな生活のため、余暇支援に積極的に取り組んでいます。日常としては食後の利用者同士の団らん、ゲーム、買い物、散歩、運動など行っています。休日の外出活動も利用者ミーティング開催時等で意見を募りながら毎月計画し、出かけています。同法人のグループホームと合同の夏祭りは定例行事となっています。また、利用者が楽しめる趣味、娯楽の情報提供を行ったり、利用者の個別の支援計画に応じて、ガイドヘルパーの導入をしています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-12	【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
タイトル①	利用者が充実した時間を過ごせるように余暇、外出活動に力を入れています	
内容①	利用者のQOL(生活の質)の向上、ホームでの生活の満足度を高め、充実した時間を過ごせるように余暇、外出活動に力を入れています。花見や鯉のぼり見学といった季節の外出、利便性の良い立地環境を活かし、座間の大風祭り、隣駅の保健福祉センターでのコンサート、横浜の動物園など利用者の意向を取り入れながら積極的に出かけています。また、同法人のグループホームとの合同夏祭りは、ホームのリビングや庭を利用し、ヨーヨー釣り、スイカ割り、ビンゴゲームなど楽しむ企画で定例行事となっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-4	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している
タイトル②	連絡ノート、対応ノート、月1回の職員会議で情報共有に力を入れています	
内容②	職員のシフト時間は6パターンあり、職員の申し送り時は日誌でスケジュールを確認しながら、口頭でも丁寧におこなっています。さらに連絡ノート、対応ノート(利用者記録)を読み、読み終わったら各自サインをします。また、職員会議は月1回、全職員出席を基本とし、利用者が通所、通勤後の午前9時から開始します。利用者一人ひとりについてケース検討やそれに対応する職員の支援方法など活発な意見交換を行い、利用者が帰宅する午後4時頃まで話し合うこともあります。職員間で討議出来る貴重な時間を各々理解し、ホーム運営の礎になっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	2-1-1	社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している
タイトル③	倫理や人権尊重などをテーマにした研修や教育に力を入れています	
内容③	法人では4月入職の職員に入職時研修を3月から約3週間かけて実施していますが、その中で特に倫理や人権の尊重に関する内容を重視しています。法人で作成している「ハンドブック」には倫理行動マニュアルを示し、場面に応じた利用者との関係を明確にしています。また、年度初めには「あおぞらプラン」(知的障害施設利用者権利宣言)を輪読するなどの取り組みもあります。さらに、事業計画では利用者の権利擁護を重点目標として掲げており、法人の人権ツールの活用など内部研修にも力を入れています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	事業所での生活がより充実しており、また利用者と職員の良い関係性を築いています
	内容	事業所での生活が充実するよう、新たな取り組みを行いました。利用者の意向を反映した外出機会の創出では、水族館へ出かけたりお祭りに参加しました。また、食事に関してもメニューを見直して、たとえば季節の行事食を取り入れました。結果として、利用者の滞在日数が増加して、収益面の改善にも繋がっています。事業所独自の取り組みとして掲げている利用者と職員が夕食後の団欒などにより良好な関係を築いています。
2	タイトル	食事の時間が利用者・職員双方にとって有意義な交流の場となっています
	内容	食事の時間は、利用者の健康作りに配慮したものとなっているのみに留まらず、利用者同士や職員との団欒の場となるなど、大切な時間になっています。食事は栄養バランスに配慮するのはもちろんのこと、好き嫌いにかかわらず苦手な食材でも食べられるような工夫をしています。夕食後の団欒は、その日あった出来事を利用者同士が話して共有することで安堵感を得られる場となっています。職員が同席することで、利用者の様子を知る貴重な時間にもなっており、双方にとって有意義な交流ができています。
3	タイトル	利用者ミーティング、当番制、予定変更届など利用者の主体性、社会人としての意識の向上に配慮した支援に取り組んでいます
	内容	利用者の主体性、一社会人としての意識の向上、皆で協力していくことの大切さを理解してもらう意味もあり、2階ユニットは利用者ミーティングを開催したり、共用空間のトイレ、浴室清掃、窓のシャッター下ろしを当番制で担当し、過ごしやすい環境を自分たちで整えています。その他利用者からの意見要望は都度聞き取り、反映に努めています。また、利用者は自分で情報を収集し行きたいところに出かけていますが、その際は行き先、食事の変更があるかなど予定変更届を提出してもらい意識づけをしています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	「コモンシティ萌生活支援マニュアル」の一層の充実及び非常勤職員がスキルアップを図れる取り組みの検討が望まれます
	内容	これまでの生活支援マニュアルをさらにホームの利用者支援に則したものとなるように職員の意見を取り入れながら修正を続けています。今後も整備を行い、業務の標準化への取り組みが期待されます。また、全職員参加が基本の会議で利用者の障がい特性を理解するためにてんかんや発達障がいの支援方法について話し合い、非常勤職員も一定レベルの知識の確保に努めていますが、常勤職員のように計画的な研修の参加は難しい状況があります。非常勤職員がスキルアップを図れる取り組みの検討が望まれます。
2	タイトル	利用者満足度調査の定期的な実施などにより、利用者の意向に沿った新たな取り組みで満足度を高めていくことが期待されます
	内容	今年度から利用者の意向を反映して、外出機会の創出など事業所での生活が充実する取り組みが行われています。ただし、今回第三者評価に伴う利用者調査では「要望等に対応してくれているか」の設問に対して「はい」と答えた割合は37%に留まっており、改善の余地があると言えます。利用者満足度調査は現在必要に応じて実施しています(26年度実施、27年度未実施)。今後は年に1回など定期的の実施するなどして、利用者の意向により応えられる仕組みづくりに期待します。
3	タイトル	家族との関係は深く、取り組みも行っていますが、家族への情報の浸透には課題があります
	内容	家族との関わりは強く、家族会があり、年に2回(6月、1月)に開催し、毎回半数程度が出席しています。家族会も利用者の日常の様子やホームの現況を知らせるために必要に応じて面談も行っています。さらに昨年度から、家族向けに2~3か月毎に「もえつうしん」を発行し、余暇・外出活動を中心に伝えています。このように家族とは強いつながりが確認できましたが、今回第三者評価に付随した家族調査では、「運営が見えにくい」というような意見が複数確認できました。取り組みはありますが、家族への情報の浸透には課題があります。