


社会福祉法人 県央福社会  
ストロベリーハイツ御中

**【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)利用者さんの笑顔を支えられる、専門性とチーム力を持った職員が育つことを目指します。 2)個性及び障がいの特性を理解し笑顔で生活できる住空間を作ります 3)ソーシャルインクルージョンの考えを様々な場面で取り入れ、人材育成を図ります。 4)利用者さんの個々にあった、楽しみ方や休日の過ごし方の企画や情報提供を行います。</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>障がい者というより、1人の人として関わって欲しいと思っている。コミュニケーションを積極的に取り、入居者1人1人の様々な一面を知って欲しい。</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>常に入居者の立場に立ち、どの方法が良いかを人に言われたからやるのではなく自分で考えて支援方法を実行に移してほしい。</p>

調査対象	すべての利用者を対象としました。
調査方法	利用者に調査員が直接話を聞く、ヒアリング方式で実施しました。話を聞く際は、事業所の方にも協力頂き、利用者に負担が無いよう配慮しながら実施しました。

障害者支援施設全体

利用者総数	12	
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	12
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	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	12	
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	12
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	100.0

## 利用者調査全体のコメント

調査対象14名に対し、有効回答12名と回答率は100.0%でした。ヒアリング方式で実施したこともあり、今回の回答率になりました。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が50.0%という結果となり、回答した利用者の半数が満足している様子がうかがえます。施設に対する総合的なコメントを見ると、「ストロベリーハイツでの合同企画をもっと楽しくやりたい。楽しいホームにしたい。」等の回答がありました。

## 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	7	3	0	2
本設問に対応する回答は、はいが58.3%、いいえが0%、どちらともいえないが25.0%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が58.3%約半分の結果でした。本設問に対する自由記述は、「助けてくれる時とくれない時があります」などが寄せられていました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	10	0	1	1
本設問に対応する回答は、はいが83.3%、いいえが8.3%、どちらともいえないが0%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が83.3%であったことから満足度が高いことが推察されます。本設問に対する自由記述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	3	2	1
本設問に対応する回答は、はいが50.0%、いいえが16.7%、どちらともいえないが25.0%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」は50.0%で半分の結果でした。本設問に対する自由記述では「あまり交流できていない。季節イベントがあるのと、あとは食事の時くらいです。」などが寄せられました。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	11	0	0	1
本設問に対応する回答は、はいが91.7%、いいえが0%、どちらともいえないが0%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が91.7%であったことから満足度が高いことが推察されます。本設問に対する自由記述は特にありませんでした。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	6	2	3	1
本設問に対応する回答は、はいが50.0%、いいえが25.0%、どちらともいえないが16.7%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が50.0%と半分でした。本設問に対する自由記述は「厳しい時がある。」などが寄せられていました。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	9	1	1	1
本設問に対応する回答は、はいが75.0%、いいえが8.3%、どちらともいえないが8.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が75.0%であったことから満足度が高いことが推察されます。本設問に対する自由記述では「少し体調が悪くても、仕事に行きなさいと言われます。」などが寄せられていました。				

21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	5	4	1	2
本設問に対応する回答は、はいが41.7%、いいえが8.3%、どちらともいえないが33.3%の結果でした。本設問に対する自由記述では「人によります。」などが寄せられていました。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	6	3	2	1
本設問に対応する回答は、はいが50.0%、いいえが16.7%、どちらともいえないが25.0%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が50.0%と半数でした。本設問に対する自由記述では「相談にのってくれないことがあります。」などが寄せられていました。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	10	0	1	1
本設問に対応する回答は、はいが83.3%、いいえが8.3%、どちらともいえないが8.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が83.3%であったことから満足度が高いことが推察されます。本設問に対する自由記述では「重要なことなら守ってくれます。」などが寄せられていました。				
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	10	1	0	1
本設問に対応する回答は、はいが83.3%、いいえが0%、どちらともいえないが8.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が83.3%であったことから満足度が高いことが推察されます。本設問に対する自由記述では「仕事の状況について、不定期で聞いています。」などが寄せられていました。				
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	8	3	0	1
本設問に対応する回答は、はいが66.7%、いいえが0%、どちらともいえないが25.0%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が66.7%であったことから満足度が高いことが推察されます。本設問に対する自由記述では「カタカナ言葉など分からないことがあります。」などが寄せられていました。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	3	1	3
本設問に対応する回答は、はいが41.7%、いいえが8.3%、どちらともいえないが25.0%の結果でした。本設問に対する自由記述では「時によります。」などが寄せられていました。				
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	5	1	5	1
本設問に対応する回答は、はいが41.7%、いいえが41.7%、どちらともいえないが8.3%の結果でした。本設問に対する自由記述では「覚えていません。まずは職員に相談します。」などが寄せられていました。				

## 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
14.【施設入所支援】 食事の時間は楽しみになっているか	10	2	0	0
本設問に対応する回答は、はいが83.3%、いいえが0%、どちらともいえないが16.7%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が83.3%であったことから、満足度が高いことが推察されます。本設問に対する自由記述は、「おいしいです。」や「メニューによります。」などが寄せられていました。				
15.【施設入所支援】 休日や夜間に、好きなことができるか	10	0	1	1
本設問に対応する回答は、はいが83.3%、いいえが8.3%、どちらともいえないが0%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が83.3%であったことから、満足度が高いことが推察されます。本設問に対する自由記述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	5	3	3	1
本設問に対応する回答は、はいが41.7%、いいえが25.0%、どちらともいえないが25.0%の結果でした。本設問に対する自由記述では「話を聞いてくれない職員がいます。」などが寄せられていました。				
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	7	0	1	4
本設問に対応する回答は、はいが58.3%、いいえが8.3%、どちらともいえないが0%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が58.3%と約半分でした。本設問に対する自由記述では「連絡をしない。」や「そういう場合はありません。」などが寄せられていました。				



## 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 <b>9/9</b>
	<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

### 事業所が目指す理念と基本方針を明示し、周知浸透を図っています

法人の2つの理念と11の基本方針は、ホームページ及び法人パンフレット、職員ハンドブック、事業計画等に掲げています。職員には法人に入職した際の研修で理念や基本方針など目指していることを伝えています。事業所としては、年度初めの職員会議で事業計画の読み合わせを行い、理解を深めています。また、理念や基本方針は、会議や勉強会の都度確認するようにして、職員の日頃の行動に結びつくようにしています。また、参加出来なかった職員には、議事録を使い直接伝え漏れが無いようにしています。

### 経営層は役割を明確にして適切な事業所運営のため、率先して行動しています

経営層の役割や責任は、法人の職務権限規程と組織図で明示されています。経営層は事業計画・報告の作成、人材配置・育成、予算の策定と管理、法人や外部関係機関との連絡・調整などを担い、適切な事業所運営ができるように率先して行動をしています。また、経営層は法人エリア内のグループホームと連携し様々な事に取り組んでいます。取り組んだ成果を当事業にも活かすようにして、相乗効果が出るよう取り組んでいます。

### 決定した重要な案件は、様々な方法で職員・利用者等に周知しています

事業所内の重要な案件については経営層が議案を作り、月1回の職員会議で検討し、決定しています。法人の決済が必要な内容がいくつか決められており、その場合、エリアマネージャーを通して法人の承認を得ています。決まった重要案件については、職員会議等で職員に周知をしています。会議の中で利用者の一人一人の状況を把握し全員で情報を共有しています。会議は議事録を作成し、参加できなかった職員も把握できるようにしています。利用者等に対しては、必要に応じて事業所内の掲示板でも周知しています。

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 4/4
<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 6/7
<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(〇〇〇)</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

### 利用者支援の姿勢が「職員倫理行動綱領」として制定されています

法人の職員は日本国憲法の「基本的人権の尊重」や国際連合による「人権に関する世界宣言」「障がい者権利宣言」等の考え方に基づく利用者に対する支援の理念と基本的支援姿勢を示した「職員倫理行動綱領」を制定し、職員への周知・浸透を図っています。この綱領は、パンフレットやホームページで公開されるとともに、常勤・非常勤職員全員に配布されている「職員ハンドブック」に明記されています。法人に新しく採用された職員は各エリア毎に実施される新任職員研修や入所1～2か月目に行われる振り返り研修の場でこの内容の周知が行われています。

### ボランティア受け入れに関する手引き等を明確にして受け入れ体制を確立しています

当事業所は、事業計画にボランティアを積極的に受け入れる旨を定め取り組んでいます。受け入れの際は、ボランティアの方に配布する手引きを定め、受け入れ体制を整えています。法人のエリア内の施設と連携を図り、ボランティアの担当者を取り決め分担しながら取り組んでいます。担当者は受付からオリエンテーションまで業務を行い、オリエンテーションでは、利用者のプライバシーについての問題や留意事項について伝えています。ボランティアの募集は地域のボランティア募集冊子に掲載して行っています。

### 地域とのつながりから実践に変えていくことが課題だと認識しています

当事業所は利用者の夜間、休日の生活地域となり、地域への融合が必要となってきます。ボランティアの受け入れや地域自治会への参加等地域の方々とつながりのある取組みは行っています。一方で事業所が持つ専門知識等の地域への還元は、実践出来ていないと事業所経営層は認識しています。法人エリア内のグループホームと連携し課題を把握しているものの、市の他法人のグループホームとの連携なども課題認識がある状況です。市のみならず、県内をリードする法人として、今後の取組みに期待します。

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 <b>5/8</b>
<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(●●●)</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>利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)が確認できるように取り組んでいます</b> 利用者本人および家族には契約時に「重要事項説明書」で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利用できる旨を説明し周知を図っています。また、苦情解決制度に関してポスターを作成し、事業所内に掲示し利用者に周知しています。利用者一人ひとりの意見や要望を収集できるように「ご意見箱」を設置しています。また、面談等を行い、その時に意向等を確認しています。		
<b>利用者会議や定期的な面談を実施し意向把握し、サービス向上に活用しています</b> 当事業所では、利用者の意向を把握するために、利用者会議を開催しています。利用者の方々が意見交換する中で事業所で何が出来るか等を検討する際に活かしています。また、利用者との面談を実施し、時間をかけて直接話しかけ個々の状況を把握するように努めています。把握した意見の中から朝晩を中心とした平日のサービス提供だけでなく、利用者の休日に着目した余暇サービスにも力を入れています。また、今年度は第三者評価機関による利用者調査も実施し利用者の意向把握に努めています。		
<b>利用者サービスの向上につながる、地域事業環境のニーズ把握と活用は今後の課題です</b> 当事業所は、法人内のグループホームと連携し利用者ニーズの把握とその解決に努めています。法人内の所長層が集まる会議から、事業環境に関する情報が提供され、把握は行っている状況です。しかし、当事業所を中心とした取り巻く環境の状況把握と分析、活用という面は今後の課題です。経営層もこの課題は認識している状況です。事業特性や職員配置の問題など検討する項目が多くありますが、利用者の生活の幅を広げるためにも今後の取組みに期待します。		

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

事業計画は法人の中期計画に沿い、職員の意見も取り入れ作成しています

法人では中期計画「マスタープラン」を作成し、年度計画も策定しています。事業所はこれを受けて年度の事業計画および年間予定表を策定しています。事業計画は現場の状況を踏まえて、現場が主体性を持って実行できるよう所長が原案を作成し、職員会議で討議検討を加え決定しています。グループホームという事業特性を考慮し、企画や人材育成の計画を立てています。

毎月進捗状況を確認しながら、着実な計画の実行に取り組んでいます

事業計画を着実に実行するために、毎月進捗状況を確認出来る場を設けています。所長を中心に事業を行っていますが、サービス提供の主体は現場と捉えています。そのため、進捗状況を確認しながら、そのときの職員体制や能力に合わせたやり方を考えてもらいながら、計画の推進に努めています。また、法人内の他の事業所との交流研修や勉強会を行っているなかで事業所に行かせる取り組みを取り入れ、より高い成果が出るように取り組んでいます。

防災計画や健康管理、事故の予防等、利用者が安全に過ごせるように取り組んでいます

利用者および職員の安全を図るために、関係機関との連携や事業所内での役割を明確にしています。当事業所は、メディカルセンタービル内にあり、緊急時等は即座に対応できます。また、入居場所がビルの5階ですが、ビル管理者と連携を図り災害時の非常階段を使う優先度、カギの開閉などの確認を行っています。日頃の安全対策も、「ヒヤリハット」に取り組んだり、想定されるリスクは、あらかじめ職員に情報提供したりするなど、事故の未然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>3/7</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

**職員の主体的な判断力の向上を心がけています**

事業所内で行う会議の際には職員各自が気が付いたことや意見を意識して聞くようにしており、要望や質問に対しては結論を出す前に本人にどう考えるかを発言するようにして主体的に考える習慣が付くように指導しています。研修参加した職員にはA4で1枚程度のレポートを書くように指導し、レポートにはコメントを追記しています。また、所長が法人内の他ホームとの連携を強化していることから、交流の場などを通じ、感じ取ったものを自ホームでの取組みに活かせるなど、主体性を持って取り組める環境を用意しています。

**法人で始めた目標管理シートを活用した職員一人ひとりの育成計画の策定が望まれます**

法人としては研修委員会があり、年間50件以上の法人内研修を企画しています。事業所としても昨年度は20テーマに近く出ており、良い研修の機会となっています。さらに、法人外の研修にも職員の希望に応じて参加することができています。しかし、事業所では研修後のレポート提出による成果確認を徹底できていないというのが課題となっています。法人として今年度より、目標管理シートに基づいた職員個別の育成計画を立てることをはじめたようですが、当事業所ではまだ運用が開始されていません。運用の方法を検討し、活用していくことが望まれます。

**職員のやる気を今後も維持していくため、人事制度の検討が望まれます**

職員の疲労やストレスなどの状態は所長による面談等を通じて把握できるようにしています。就業状況の把握と勤務時の表情や体調などを随時確認し、状況に応じてシフト調整するなどの対応をしています。福利厚生制度として法人の福利厚生会があるほか、県の福利協会に加入しており、余暇支援などを受けることができます。職員の育成・評価・報酬を連動した人事制度については、現在は法人全体として検討しています。職員のやる気にも深く関わってくる制度ですので、今後の進展が望まれます。

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	
			4/7	
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(○●●)	
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(○○○●)	
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></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の機能がついています。職員は必要に応じて共有フォルダからいつでも必要な情報を取得する事ができます。割り振られたアカウントとパスワードがあればアクセス可能で、作業の利便性に優れた環境になっています。しかし、このシステムが導入されて間もないことからシステム環境を活かしきれていないのが、調査時の状況でした。サービス提供をする上で情報の整理活用は重要であることから、今後の取組みに期待します。</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共有をしています</b></p> <p>事業所で扱っている個人情報の利用目的は、法人が定めた「利用契約書」「個人情報の提供について」等を用いて詳しく説明して了解を得ています。また、個人情報保護法に則り、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。職員やボランティアからは個人情報保護に関する説明を行っていますが、書面として定めるには至っていません。</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	標語を選択してください
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 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	
「改善の成果」を入力してください	
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	
3施設合同の職員別向け研修会を実施し、実務に直結するスキルを身につけています 所長が講師を務める内部研修を行っています。今年度から、平日の10時半から12時を利用して行われ、所長が管轄する3施設合同の経年別研修会を、毎月1回ずつ実施しています。「ベテランクラス」は2人で、所長と一緒に人材育成の課題について話し合います。「中堅クラス」は3人で事例の相談をしたり、3施設合同企画行事の相談などを行います。「新人クラス」は5名で、「個別計画書の読み方」を学ぶなど、職員として必要な知識・価値・技術の修得を行い支援に活かしています。	
サブカテゴリ3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	標語を選択してください
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 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	
「改善の成果」を入力してください	



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

標語を選択してください

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

「改善の成果」を入力してください

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

標語を選択してください

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

「改善の成果」を入力してください

## 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>利用希望者に広く当事業所を紹介するための工夫が望まれます</p> <p>口コミによる利用希望者が多いことが当事業所の特徴です。特に、同法人内の日中サービスを利用している方やご家族が、当事業所への入所を希望される場合が多い現状です。それは、当事業所から通所している利用者の生活の様子を直接聞いた利用者やご家族が興味をもつ場合が多いということです。常に、空室の無い状況の為、外に向けた発信をしていますが、入所希望者が地域に多くいる可能性もあります。ホームページやパンフレットの作成など、広く当事業所の情報を発信していくことが望まれます。</p> <p>見学時にはグループホーム(共同生活援助)について丁寧に説明しています</p> <p>毎年、定期的に地域の相談支援機関が、当施設の見学会を実施しています。相談支援員と当事者、家族と一緒に訪れます。その時は、当施設の中を丁寧に紹介するようにしています。また、「障害者のグループホーム」についての理解を深められるような説明をしています。特に施設との違いについて丁寧に説明をし、質問にも応じています。見学者がグループホームは「自分で考えて生活する場」であることを理解できるように、具体例を挙げながら説明するという工夫を行っています。</p> <p>見学時には、丁寧な個別対応をしています</p> <p>同法人内の日中サービスの相談員や社会福祉協議会からの紹介で、個別見学を希望する当事者や家族がいます。連絡があると、日程調整の上、時間を十分にかけて施設内の紹介と説明をしています。見学者の個々の不安に丁寧に答え、安心感を持って頂けるように配慮した説明をしています。例えば、負担金について心配される方の場合には、補助金などを使える制度について説明し、利用者負担がどれくらいかかるのかを具体的に説明しています。</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 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

<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(〇〇〇〇)</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
<b>サブカテゴリー2の講評</b>			
<p><b>利用者の特性に応じた説明を行い、自らの希望で入所することを大切にしています</b></p> <p>当事業所では、利用者の特性に合わせた、意向確認をする工夫をしています。例えば、絵を描いて示したり、選択肢を複数書いて示すなどの工夫をしています。また、判断能力に不安のある利用者場合は、同席している家族や後見人等への説明も丁寧に行っています。「出来ることは自分です」という意識を持って入所し、少しずつできることを増やすことを目標としているホームであるということを十分に説明し、ご本人の意向を確認してからの利用を基本としています。</p> <p><b>利用者の特性理解をすることで不安やストレスの軽減を図っています</b></p> <p>利用者の特性を理解するために、まず利用者本人から事前に不安なことを聞き、次に、家族から不安時やストレス時の本人の兆候を聞きます。加えて、日中に通っている通所先に出向いて、相談員から日中の様子を聞いて確認し、利用者の特性を様々な角度から理解できるようにしています。職員が一人ひとりの利用者の特性を理解し、特性に応じた不安時やストレス時の対応方法を共通理解のもと対応することで、不安なくホームでの生活になじめるように工夫しています。</p> <p><b>担当職員制を設け、利用者が混乱しないように工夫をしています</b></p> <p>利用者が入所するとすぐに、担当の職員が決まります。常勤職員と非常勤職員が二人一組で一人の利用者を担当します。深く関わる職員を固定することで、利用者がわからないことを誰に相談したらよいか迷うことなく、安心して聞けたり、入所して不安になったことを言いやすい体制を作っています。担当職員が得た情報は、引き継ぎノートを利用して、全職員に伝え、職員が統一した対応をすることで、利用者の不安やストレスが軽減できるようにしています。</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	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	<b>5/10</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(〇〇●)</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(〇●●)</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、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 <span style="float: right;">評点(●●)</span>		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○非該当
○あり ●なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当
<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 <span style="float: right;">評点(○○)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当
サブカテゴリ3の講評		
<b>制度に則り、個別支援計画を活用するしくみの構築が望まれます</b> 個別支援計画は利用者の障害特性に応じた丁寧な面接によるアセスメントに基づき作成されています。一人ひとりの利用者の支援方法は丁寧な話し合いを行いながら「個別支援マニュアル」の変更を随時行っています。今後は、制度に則った支援サイクルで支援が行なわれることが望まれます。アセスメントの定期的時期と手順を決めるしくみ、個別支援計画書を最低6ヶ月に1回見直す時期と手順を決めるしくみ、利用者の変化に応じて随時個別支援計画書を変更するしくみの構築等を整えていくと良いでしょう。		
<b>「個別支援記録」の整備が望まれます</b> 日々の利用者の変化は、「業務日誌」に記録され、全職員は、勤務前に「業務日誌」に目を通します。また毎朝の「反省会」でもタイムリーに利用者の変化を引き継ぎます。日々の支援は滞りなく行われています。また、一人ひとりの利用者の一日の生活の流れと、職員がどのように関わるのかが詳細に書かれた「個別支援マニュアル」があり、「今」という点での利用者のごことはよく理解し、よい支援ができる仕組みがあります。今後は、時系列にどのような支援が行なわれたのかを見ることのできる「個別支援記録」の整備が望まれます。		
<b>支援方法を全職員が共有できるしくみがあります</b> 個々の利用者の支援方法を話し合うカンファレンスを担当職員を中心に1～2か月に1回行っており、そこで決まったことの報告や支援方法について、毎月の職員会議で、担当職員から書面及び口頭で説明しています。また職員会議に出席した職員が質疑応答を行い、会議に出席できなかった職員にも誰が伝えるかを決めて伝達しており、支援方法を全職員で共有し、常に改善するしくみがあります。		
サブカテゴリ5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 <span style="float: right;">サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/7</span>	
<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 <span style="float: right;">評点(○○○)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当



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

**利用者の尊厳を配慮した言動の振り返りを職員研修で行っています**

職員は利用者を「○○さん」と呼ぶことに、職員同士も名前を「さん」づけで呼ぶことに決めています。また、工作中は、丁寧語で話すことにしています。言葉づかいは支援の基本的態度が出る部分なので、職員は個人を尊重した言葉づかいをすることを意識しています。毎月の職員研修会の場でも「自分の利用者への言葉は大丈夫でしたか?」「命令口調になっていませんか?」「職員間の言葉遣いは大丈夫でしたか?」と所長から投げかけ、職員が自ら振り返る時間を作り、その重要性を認識できるようにしています。

**虐待が発生した場合を想定したシステムの構築が望まれます**

法人として人権や虐待への取り組みがなされており、研修への参加も行なっています。これまで事業所内での虐待事例もありません。しかし現状では、虐待等が発生した際の対応等がまとめられていません。今後は、虐待防止法に則り、発見した職員には通報義務があることを知り、虐待が起こった時に、どのように職員が対応するべきかを示したマニュアルの作成や通報先の明示など、発生時を想定したシステムの構築が望まれます。

**利用者のプライバシーに配慮した支援を行っています**

プライバシー保護の一つの例として、ヒヤリハット報告書はイニシャルで書くことにしています。ヒヤリハット報告書は法人全体の統一書式で、所長が法人の会議で報告する機会もあるため、個人名が出ないように配慮しています。また、ヒヤリハット報告書を施設合同の勉強会の事例として使うこともあるため、イニシャル表記にしています。このように施設管理や職員の研修の場面など、施設の外で利用者の名前が独り歩きし、利用者のプライバシーが侵されないように職員は配慮しています。

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	9/11
-------------	-----------------------	------

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

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

**不測の事態に対処するためのシステムの構築が望まれます**

個別の利用者支援の方法はマニュアル化されていますが、申し送り時に話すポイント、業務日誌に記録すべき事項などをマニュアルとして決めておくことが、業務の標準化につながります。特に災害時や夜間緊急時の対応マニュアルは現在作成中ですが、職員の移動や所長がいない時の判断の基準を一定にする為にも早急なシステムの構築が望まれます。

**業務を見直す時期や手順の基準を定めて効率的な動きができることが望まれます**

利用者が使いやすいように食堂のテーブルの配置を変えたり、配膳棚を購入したり、利用者の声が所長まで届き、迅速に変更等は出来ています。これは、利用者職員、職員同士のコミュニケーションが良好なためだと考えられます。一方で、所長に権限が集中している状況ともいえます。今後は、変更の時期や手順を明確にし、誰でもいつでも変更することを提案できるような手順の基準を定めることで、効率的な動きにつながることを期待されます。見直し時期を計画的に置くことが望まれます。

**充実した職員会議が開かれています**

当事業所では平日の10時から12時くらいを利用して、職員会議が月に1回行われています。職員会議には15名の職員中、10名が概ね参加しています。職員会議で検討したり伝えたいことは所長または常勤職員が資料を事前に準備し、当日所長から伝えます。職員が理解できるまで質疑応答を行います。また、利用者の個別支援方法についても話し合います。各利用者担当職員は1ヶ月の利用者の様子や変更したい点などを事前に入力した資料を準備し、参加者はそれに基づいて検討し共有します。参加者は全員メモを取り、内容の共有を図っています。

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 / 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(○○○●)</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>実践を「個別支援計画」と連動させることが期待されます</b></p> <p>当事業所は、利用者が自立することを目標に支援しています。何でも職員が手助けするということではなく、出来ることは自分であることができるように支援しています。また、自分の意志を上手に発信出来ない利用者の想いを十分聴くことを大切にし、利用者の言葉を引き出すコミュニケーションをするよう職員は心掛けています。このように常に利用者本位の支援を提供できるように考えた実践を行っています。今後は、これらの日々の実践を、「個別支援計画」と連動させることが期待されます。</p> <p><b>利用者一人ひとりと職員とのコミュニケーションを大切に考えています</b></p> <p>入浴介助の時間は、利用者と職員がマンツーマンで関われる貴重な時間で、本人の本当の想いを聴くことのできる場になっています。その頻度は毎日、週に3回、週に1回などまちまちですが、この時間は、利用者も他者がいない場所で職員と直接話の出来る場所という思いがあり、安心感を持って話しをされます。この時間を活用して、一人ひとりの本当の想いや意向を聴くように職員は意図的に「聴く」姿勢で臨んでいます。職員が聞き取った利用者の想いは、日々の支援方法の変更を活かしています。</p> <p><b>利用者が自分の力を発揮できるような支援をしています</b></p> <p>利用者が自分で他者との人間関係を作れるように支援しています。例えば、ホームの中の利用者同士のトラブルは、まず利用者同士で解決し、利用者同士で解決できない時には、メモに書いて職員に調停を申し出るという決まりにして、利用者が持っている力を少しでも発揮できるように支援をしています。また、「夕飯はいりません」「今日は病院に行きます」「帰りが遅くなります」など、何事も口頭ではなく、書いて職員に報告するようにしています。各自の障害により、書ける字の大きさに違いがあることに配慮して、自由な紙としています。</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(○○○○)</p>																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○非該当	●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当	●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当	●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当		
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○非該当																
●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当																
●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当																
●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当																

評価項目2の講評

利用者が自信をもって社会生活ができるように配慮しています

知的障害者が見た目で差別されることが多いと所長は考えています。その為利用者が見た目で差別されることが無いような支援が必要であると考えています。社会人として大切な清潔の保持に施設として気を配り、季節感のある服装をし、髪形を整えることなどの支援をしています。その結果として、おしゃれに興味をもつ利用者が増えました。そのことで、利用者が自信をもって地域に出掛けて行く機会も増えていきます。利用者の出来ていることをしっかりとほめて、自信をもって生活することを支援しています。

「利用者会議」をすることもあります

日曜日の午前中に利用者だけで話し合う「利用者会議」を行うことがあります。司会も利用者で、グループに分かれて話し合います。例えば、外出企画や食べたい食事案などが話し合われます。話し合った結果は、模造紙に書いて、玄関ホールに張り出します。利用者が主体的に自分達の生活を組み立てる良い機会となっています。ただ、平日は全員が通所しており、日曜日の午前中という時間設定になります。週末は、外泊する人や外出する人が多くなり、全員が集まれる時間の設定が難しく、不定期の開催で、継続できていないことが課題と経営層は感じてます。

利用者の希望を取り入れたメニューで楽しい食事時間になっています

食事は、「利用者会議」で希望の多かったメニューを提供するように配慮しています。また、誕生月の人には、職員が個別に希望メニューを聞いて、そのメニューを提供するようにしています。ケーキも準備してみんなで誕生日をお祝いをしています。利用者の希望の多いメニューは、パスタ、丼物、ハンバーグ、唐揚げなど多彩ですが、どの希望にも応じるようにしています。自分の希望が取り入れられることは、利用者にとって嬉しい出来事で、みなさん食事時間を楽しみにしています。

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

医療情報を共有して安全に医療管理を行っています

当事業所には、血糖測定とインスリン注射が必用な利用者も入居しています。そのため、スライディングスケールに基づいたインスリン量の調節を利用者ができるように支援しています。具体的には、注射針等は職員事務所で預かり、利用者が注射の時には事務所を訪れて職員と一緒に血糖値を確認しながら自己注射を行うことを支援しています。このような方の場合、必ず通院同行を職員が行ない、本人と一緒に医療情報を得て、職員全員が医療情報を共有して安全にインスリン等の管理ができるようにしています。

利用者の体調変化に速やかに対応できる体制を整えています

同じビルに内科・整形外科・歯科・処方薬局があります。このため、体調の変化があれば、早めに職員同行で受診を行う事が出来ます。待つ時間がなく、効率的に受診ができます。薬もいつでもとりに行ける安心感があります。「通院」を簡単な気持ちで行えることは利用者にとっても職員にとっても負担感が少なく大きなメリットとなっています。また、月に1回勤務している看護師の訪問は、受診すべきかどうかの判断を仰ぐ良い機会になっています。例えば、爪の状態について、「受診するべきかどうか」と判断に困る時など助言を得ています。

通院同行をして利用者の状態を職員が共有しています

健康管理は事業所の責任と考えています。そのため、定期通院は基本的に職員同行で行っています。受診時に医療機関からの指示が出た時には、「業務日誌」で引き継ぎ、「業務チェック表」に記入し、職員事務所に貼り出すということで職員が利用者の状態を共有します。また、医療機関からの指示は日中の通所先や家族にも電話で連絡を取るようになっています。反対に、ホームから医療機関に伝えたいことも、通院同行することでスムーズに行っています。女性には、年齢に従って、婦人科検診を勧めるなどの気配りも行なっています。

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

**本人の意向を尊重しつつ、必要に応じて家族や後見人と一緒に話し合います**

スマートフォンの利用など、外と繋がることのできる機器は、利用者の社会人としての生活の場を広げます。しかし反対に、利用者にとって不利益な状況を作ることもあります。事業所がスマートフォンを持つことを規制はしていません。しかし、その危険性については利用者・家族・後見人などと話し合いをして、利便性と危険性を共有しています。高額な通信料を請求されたり、新興宗教に勧誘されたりという例もあり、本人の意向の尊重と本人に降りかかる不利益から守ることのジレンマがあると経営層は認識しています。

**保護者会を1年に1回は行うことにしています**

当事業所では、年度初めに保護者会を行っています。後見人の参加もあります。この場で新入職員の紹介、担当職員の紹介をしています。非常勤職員が多く、3年に1回程度入れ替わり、利用者の担当職員も変わるため、保護者会で職員の顔写真を配布して家族と職員の距離を近くする努力をしています。担当職員の確認ができると、家族は安心します。また、保護者会では、日々のホームでの生活の状況以外にもさまざまな情報提供を行っています。例えば、加入できる傷害保険の情報提供など、他では得られない情報提供に努めています。

**担当職員が窓口となり、家族とは密に連絡をとり日々の支援に生かしています**

家族とは電話や外泊時に話しをする機会を頻繁に持っています。担当職員が窓口となって何事もやり取りするしくみになっています。特に利用者が日々の生活を楽しむためにどのようなお金の使い方をするかは、直接、家族の考えを確認しながら進める必要があります。必要に応じて確認をしています。また、施設からは、家族に対して、親亡き後の利用者の権利を守る方法について情報提供しています。元気なうちから考えておくことの必要性を投げかけ、情報提供し、一緒に考える体制を整えています。

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

**利用者の特性に応じた地域情報の提供に努めています**

自治会に入会しており、毎年地域のお祭りに参加することを利用者は楽しみにしています。自治会からの配布物は玄関ホールに掲示し、特にゴミの出しかなど生活情報は通年貼っています。公民館活動は、料理教室、太鼓の練習など、利用者の特性に講じた情報提供をしています。通い始める方は多いのですが、飽きてしまい継続しない現状です。一人ひとりの利用者の特性に合った活動を見つけた時にはいち早く情報提供するよう努めており、最近では、福祉事業所のカフェレストランの体験就労情報を就労希望者に提供し、検討中の方もいる状況です。

**学生ボランティアの登録システムを作っています**

地域の大学を通じてや学生のロコミで学生ボランティアが登録するシステムを作っています。登録ボランティアには、ホームで行事企画がある度にメールを配信し、対応できる人を募ります。お願いする内容は、外出や旅行の付添等です。最近では、バスを貸し切り、水族館見学と食事会を行い、多くのボランティアさんの付添援助を受けました。他にも利用者とボランティアと一緒に昼食会をしたり一緒にゲームをするなど、利用者はボランティアとの触れ合いを楽しみにしています。

**利用者が地域社会の一員として生活を楽しむ為に外出を奨励しています**

通所先の企画旅行への参加、グループや個人でガイドヘルパーさんの付添いで出かける等、外出を奨励しています。昨年は、沖縄旅行に行った人たちがいます。その場合、ボランティアさんの費用は利用者が負担し、ホームからも補助金を出しました。普段の生活でも、ガイドヘルパーさんと近くの街に映画鑑賞やカラオケに出掛けたり、ジャニーズのコンサートに行ったり、公園を散策したり、博物館に出掛けたり、それぞれの嗜好に応じてガイドヘルパーさんを活用して外出を楽しんでいます。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

12	評価項目12	【施設入所支援】入所施設において、日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている	評点(〇〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者が暮らしの幅を広げることができるよう、さまざまな体験の場を提供している	○非該当
	●あり ○なし	4. 日中サービス提供事業と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	5. 必要に応じて、地域移行に向けた、日中サービスや住まいの場についての情報提供や関係機関との調整を行っている	○非該当
評価項目12の講評			
<p><b>全利用者に規則正しい生活習慣が身についています</b></p> <p>全利用者が、平日は毎日、日中サービス提供事業所に通っており、8時半から9時10分の間に全員が出掛けます。その為、朝食時間は7時半からで、食べる時間や場所は暗黙のうちに決まっています。職員は4名で朝の身支度の支援をしています。歯磨き、トイレ、天候に合わせた服装選び、電車の運行に合わせた出発時間の決定などの支援を行っています。利用者は朝の行動を淡々と行い、出かけて行きます。夕食は、家庭的な食事を個々のペースで食べます。入浴は3ヵ所の浴室を利用して行われ、利用者は職員介助を触れ合い時間として楽しみにしています。</p> <p><b>利用者の暮らしの幅を広げる場の提供をしています</b></p> <p>利用者の多くは、他者に慣れるのに時間がかかったり、過去の生活経験などから他者と関わることに自信がありません。それらを克服して生活の場を広げられるように、職員は工夫をしています。例えば、地域とのつながりを持つために、地域でスポーツイベント等があると参加を進め、一歩を踏み出す勇気が出るような言葉かけをして後押しします。利用者が地域社会の一員として自信を持って生きて行けるような支援をすることを常に頭に描きながら職員は支援をしています。</p> <p><b>日中サービス提供事業所との連携を大切にしています</b></p> <p>一人ひとりの課題について話し合う「カンファレンス」を1~2カ月に1回定期的に開いており、日中サービス提供事業所の参加もお願いしています。ホームで過ごす時間は限られており、過ごす時間の長い日中サービス提供事業所での様子や意見を聞くことでホームでの支援の参考にしています。またホームでの様子を伝えることもして、一緒に利用者の生活目標を共有する機会にしています。必要に応じて担当職員が日中サービス提供事業所への訪問もしています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-3-4	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①	利用者に関する丁寧な申し送りで、状況をきめ細かく共有出来ています	
内容①	毎朝、10時から「反省会」という申し送りが行なわれています。この時間は、概ね利用者が日中のサービス利用に出掛けて、不在の時間です。業務日誌等の書面での申し送り、口頭での申し送りとともに、職員間での意見交換も行われており、ミニカンファレンスのような場となっています。毎日、職員同士が顔を合わせて、利用者の状況と支援方法を共有する時間が設けられていることで、丁寧に利用者の状況を共有することが出来ています。	

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	本人が自分で決める機会を作るように配慮をしています	
内容②	当事業所では、利用者が何かを決める場合にも、複数の選択肢のなかから本人が選べるように配慮しています。さらに、職員が決めつけないように気をつけています。特に、利用者の金銭の使い方について優先順位を決める場面では、利用者の「意向を尊重する」と、利用者の不利益にならないように「守ること」とのジレンマに職員が陥ることがありますが、それぞれの障害特性に応じて理解できるような説明の工夫をし、理解する時間を待って、自分で判断出来るように配慮しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-3	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
タイトル③	3つの経年別職員向け研修会を実施し、実務に直結するスキルを身につけています	
内容③	所長か講師を務める内部研修を行っています。今年度から、平日の10時半から12時を利用して行われ、3施設合同の経年別研修会が、毎月1回ずつ行われています。「ベテランクラス」は2人で、所長と一緒に人材育成の課題について話し合います。「中堅クラス」は3人で事例の相談をしたり、3施設合同企画行事の相談などを行います。「新人クラス」は5人で、「個別計画書の読み方」を学ぶなど、職員として必要な知識・価値・技術の修得を行っています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の意向を尊重した個別支援の内容を共有できる仕組みが出来ています
	内容	「個別支援マニュアル」を全利用者に対して作成し、それを全職員が持っており、新人職員でも一人ひとりの利用者への一日の支援の流れがわかり、標準的な支援を提供できるようになっています。また、毎朝の「反省会」で申し送りと同時にミニカンファレンスが行なわれ、支援方法の変更時は、業務日誌への記載や業務チェックシートの変更及び職員室に内容を貼りだすなど、全職員がタイムリーに変更事を把握できます。さらに、利用者一人ひとりに二人の職員が担当として配置され、利用者の意向を十分尊重して、支援方法を検討できる仕組みが出来ています。
2	タイトル	「個別カンファレンス」を定期的に継続して行っています
	内容	1ヶ月ないし2ヶ月に1回、すべての利用者の個別カンファレンスを開いています。この会議の運営は、利用者を支えるチームの要として機能している利用者ごとの担当職員が行なっています。カンファレンスには本人をはじめ後見人や日中サービス提供者事業者の参加もあり、タイムリーな生活上の困りごとを話し合い、皆で優先順位を話し合い、解決に向けた支援に活かしています。利用者の実際の生活全般について定期的に話し合い、日々の支援の方向性を確認する場として継続しています。
3	タイトル	事業所内の実情に応じた研修を行い実務に役立てています
	内容	所長が人材育成に力を入れており、月に1回ずつ経年別研修を行っています。研修時間の設定を工夫することで参加率も高く、職員の士気の向上にも役立っています。経年別の内容は、「ベテランクラス」では所長と一緒に人材育成の課題について話し合います。「中堅クラス」では、事例の相談や行事企画などの相談をします。「新人クラス」では個別支援計画書の読み方を学ぶなど、それぞれに対する課題をはっきりさせて研修が行われており、実践に役立つ研修となっています。福祉の知識・価値・技術を習得する場として期待が持てます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	「個別支援計画」を中心とした支援体制の構築が望まれます
	内容	現在行われている支援は、「個別支援マニュアル」を全職員が共有し、よく話しあい、利用者の意向の尊重をした利用者中心主義で良い支援が行われています。この実施方法でも個々の利用者の課題を浮き彫りにすることは可能で、きめ細かい支援につながっています。しかし今後は、現在行っている支援を、「個別支援計画」を中心とした、アセスメント、計画、実行、モニタリング、再アセスメントという支援サイクルに乗せて行く方法を考え、制度に照らした支援体制を構築することが望まれます。
2	タイトル	実行していることを可視化する書類の整備が望まれます
	内容	事業所では、利用者個々の課題を浮き彫りにする各種会議等を行っています。時間をかけて、多くの人が参加している職員会議や、カンファレンスなどの議事録を残すことが期待されます。書式に拘らなくても、まずは、議論したことを書面に残し、振り返りやすくすることが求められます。また、アセスメントシート、個別支援記録、モニタリング用紙なども現在行っていることを可視化するという観点で書類を作成することが望まれます。書類を整備することで、職員の異動があった時にもスムーズな移行が期待出来ます。
3	タイトル	「支援業務に伴う事務」にもう少し時間を割くことが望まれます
	内容	職員が、「一般事務」に費やす時間が多く、「支援業務に伴う事務」に時間を割けていない現状です。そのために、様々な書類の整備・更新に手が回っていない状況です。事務の効率化は職員配置とも関係することですので、法人とも相談の上、事務量を検討し、「支援業務に伴う事務」に時間をもう少し割き、職員が疲弊することなく、制度上求められている支援サイクルの実行と書類作成が望まれます。