

社会福祉法人 県央福社会
第2ゆりの木ホーム 御中

【第2ゆりの木ホーム】

【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19日

かながわ福祉サービス評価認証機関 第28号



日本コンサルティング株式会社

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)ソーシャルインクルージョンを目指します。 2)先駆的で開拓的な事業を展開します。 3)人権の尊重とサービスの向上を図ります。 4)インフォームドコンセントを大切にされた利用者さん主体の支援を推進します。 5)ニーズの多様化・複雑化に対応します。</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> <p>利用者さんの表面的な事象にとらわれず、常に原因を追究して根本的な部分からの支援を行える人物。現状の支援や業務に満足せず、常に改善を繰り返すことができる人物。</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>・様々なことにまず「気づくこと」を大切にし、その気づきが支援の源にあり、利用者の支援の向上に役立つという使命感。 ・グループホーム職員こそ障害者支援の中心であるという誇りを持ち利用者の支援向上と職員のステータス向上を必達するという使命感。</p>

調査対象	調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は18名となりました。有効回答人数は18名となりました。
調査方法	利用者調査の方法は、アンケート方式と聞き取り方式で実施致しました。聞き取り調査では利用者と調査者が1対1の環境で行いました。同事業所番号により、第1ゆりの木ホーム、第2ゆりの木ホーム、第5ゆりの木ホームを一体として集計しています。

障害者支援施設全体

利用者総数	18		
共通評価項目による調査対象者数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査の有効回答者数	3	15	18
利用者総数に対する回答者割合(%)	16.7	83.3	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	18		
共通評価項目による調査対象者数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査の有効回答者数	3	15	18
利用者総数に対する回答者割合(%)	16.7	83.3	100.0

利用者調査全体のコメント

調査対象18名に対し、有効回答18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、4割強の利用者が満足している様子が窺えます。施設に対する総合的なコメントを見ると、「今後は夜勤、宿直勤務の体制として力を併せていただきたいと思います。そして新しいグループホームとして拡大を願います。」「外出がしたいです。一人で外出は出来ません。」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	14	3	0	1
回答割合は、「はい」が77.8%、「どちらともいえない」が16.6%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「助けてくれます。」「信頼できます。」「頼りになります。」「という意見がありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	13	4	0	1
回答割合は、「はい」が72.2%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「お風呂やシャワー等、きちんと使えます。」「という意見がありました。一方「トイレが古いです。2階のトイレは流すと水が流れっぱなしです。」「心配な時があります。」「風呂が狭いです。」「という意見がありました。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	9	6	1	2
回答割合は、「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が5.6%、「無回答・非該当」が11.1%という結果となっています。自由意見では「皆仲が良いです。」「遊びに行っています。」「お話をして楽しいです。」「という意見がありました。一方「良くケンカになります。」「仲が良いが、男性で興奮する人がいます。」「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	13	5	0	0
回答割合は、「はい」が72.2%、「どちらともいえない」が27.8%、「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「きれいです。」「リビングはきれいです。」「という意見がありました。一方「まあまあです。」「自分の部屋はちょっと・・・。前は非常勤の職員が掃除してくれました。」「という意見がありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	14	3	1	0
回答割合は、「はい」が77.8%、「どちらともいえない」が16.6%、「いいえ」が5.6%、「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「一部職員の態度が気になります。」「1名の職員に3回怒鳴られました。」「周りの人と自分に接する時の対応が違います。」「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	14	3	1	0
回答割合は、「はい」が77.8%、「どちらともいえない」が16.6%、「いいえ」が5.6%、「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「面倒は良くみてくれます。」「病院に連れて行ってしてくれます。」「という意見がありました。				

21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	8	1	1
回答割合は、「はい」が44.4%、「どちらともいえない」が44.4%、「いいえ」が5.6%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「いさかいやいじめなどはありません。」という意見がありました。一方「放っておきます。ケンカはしていますが見ていません。」「職員がいない時に言い合いになったことがありました。」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	14	3	1	0
回答割合は、「はい」が77.8%、「どちらともいえない」が16.6%、「いいえ」が5.6%、「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「頼りになります。」「信頼しています。やさしいです。」という意見がありました。一方「信頼はしていません。あまり相談もしません。よく外部の人に相談します。」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	15	0	2	1
回答割合は、「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が11.1%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「情報が漏れる時もあると思います。例えばお小遣いを誰がいくらもらっているかなど、分かる時があります。壁越しに聞こえることがあります。」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	8	2	7	1
回答割合は、「はい」が44.4%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が38.9%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「たまに面談はあります。」という意見がありました。一方「面談はしていますが、計画の紙は分かりません。」という意見がありました。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	8	1	8	1
回答割合は、「はい」が44.4%、「どちらともいえない」が5.6%、「いいえ」が44.4%、「無回答・非該当」が5.6%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	11	4	2	1
回答割合は、「はい」が61.1%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が11.1%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「してくれる時もあります。」という意見がありました。一方「不満はありません。あまり対応してくれません。お願いもありません。」「ちょっとした事でトラブルになります。」「色々と言いますが、細かすぎて気にしすぎると言われます。」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	12	1	4	1
回答割合は、「はい」が66.6%、「どちらともいえない」が5.6%、「いいえ」が22.2%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「利用したことはありません。」「使ったことはありません。」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	12	4	1	1
回答割合は、「はい」が66.6%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が5.6%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「おいしいです。」「食べる事は楽しいです。」という意見がありました。一方「普通です。」「まあまあです。」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	13	2	2	1
回答割合は、「はい」が72.2%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が11.1%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「夜は休めています。」「テレビや雑誌をみて過ごしています。」「音楽を聴いたり、テレビをみたりすることが多いです。」という意見がありました。一方「時々寝れない時があります。」「疲れを感じる時もあります。」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	13	4	0	1
回答割合は、「はい」が72.2%、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が5.6%という結果となっています。自由意見では「受けられています。」「人との関わりで相談します。」という意見がありました。一方「身の回りのことは自分でやります。」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	6	2	1	9
回答割合は、「はい」が33.3%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が5.6%、「無回答・非該当」が50.0%という結果となっています。自由意見では「携帯で自分で連絡を取ります。」「施設側と弁護士の話の内容を聞いています。」という意見がありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー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 8/9
	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(○○○●)	
	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(○○)	
	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(○○○)	
	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

職員へ対して理念・方針の浸透を図っています

「ゆりの木ホーム」は、神奈川の県央地域を中心に約100件も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)が示されており、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。また、事業計画を回覧するほか、事業所会議でも説明しています。

経営層も現場のシフトに入るなど、一体となった運営で事業所をリードしています

27年度から所長が変わり、必要に応じて現場のシフトにも入ることで、より一体となった運営で事業所をリードしています。所長は、「いざという時に助けることができるリーダー」であることを心掛け、現場での疑問や質問にはすぐに答えを出せるようにしています。また、常勤と非常勤の役割をはっきりとさせ、お金に関することなどは常勤が、現場での業務は非常勤が担当することと示しています。しかし、これらの業務内容を示した職務分掌などは確認ができず、作成が望まれます。

職員及び利用者への情報提供、情報共有の意識が高まっています

法人内及び事業所での会議が多数あり、それぞれの会議に所長が参加して情報収集に努めています。そこで得た内容は、事業所会議で職員へ共有することとなっています。以前はやや形骸化していたものの、最近では職員間での情報共有の意識は高まってきている様子が、職員の自己評価から推察することができます。それでも、特に非常勤職員の勤務形態が多様なため、まだ課題であると所長は捉えて、日々改善に取り組んでいます。利用者に向けては、比較的多くの人たちが集まる夕食の時間帯を活用して、必要の都度、重要な事項は伝えています。

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
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 2/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(●●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	○非該当
○あり ●なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	○非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(●●●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○非該当
○あり ●なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	○非該当
○あり ●なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	○非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(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、職員がセルフチェックできる人権ツールが用意されており、事業所で実施していますが、より実態に合わせた内容に所長が見直すなどの工夫をして、職員への理解を深めています。

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。所長が就任した際に、近隣の住民への挨拶周りをして、何かあった時には声をかけてもらうような関係作りに努めています。

法人内の施設長会議が地域の情報収集の場となっています

地域の中で関係機関等が集まる場は特に設けられておらず、法人内での集まりがこれに代わるものとなっています。所長がパックアップ施設の管理者を兼務しているため、法人内の県央地域で行われる施設長会議に参加して、地域周辺での情報を共有することができています。最近では、ある施設で起こったトラブルについて、他事業所では起こらないように仕組みを再構築していこうとする動きがありました。事業所の専門性を地域に還元する取り組みや、ボランティアの意受け入れに関しては、現在は行っていません。

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		
第三者委員の周知、意見箱の設置などにより意向を把握しています 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るほか、施設内に顔写真と連絡先を明記したポスターを掲示しています。これまでのところ、苦情は届いていないとのことです。日頃、利用者から出た意見、要望等については所長に報告するようになってきました。必要に応じて職員同士で集まって検討を行い、その内容は業務日誌に記録しています。施設内に意見箱も設置していますが意見が入ることはなく、直接職員に話してくるケースがほとんどです。		
行事を行う際には利用者から意見を聞き、役立てています 行事などを行う際には、利用者から意見を聞き役立てています。例えば、旅行の行き先の決定や、誕生日会ではリクエストで好きな食事を選ぶことができるなどの取り組みがあります。また、嗜好調査も行っており、施設で意見をまとめて提出するようになってきました。利用者には行事が人気で、できる限り要望を受け入れて実施するようにしています。今後利用者からの意見をより集約できるようにするために、利用者自治会の設置を検討しています。さらに、把握した意向を体系立てて、活かしていけるようにすることを課題として取り組んでいます。		
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つながっています。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

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の記載があります。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。今年度の重点目標には、建物の移転計画や職員と利用者の関係作りなどがあります。

年度毎に掲げた重点目標などの進捗管理をしていくことを期待します

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、それまでに所長と主任で合議の上、次年度へ向けた課題を抽出し、作成しています。しかし、年度毎に掲げた重点目標など、実施の進捗管理ができていないことが課題となっています。今後は事業報告書に、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をすることで、管理していくことを期待します。また、計画推進にあたり、達成度合いを測る指標を設けることも大切であり、今後に期待します。

避難訓練等については、さらなる取り組みによる安全の確保が望めます

利用者の安全を守るための防災計画が法人で作成されており職員の役割分担が示されているほか、消防計画では通報訓練で消防署と連携しています。避難訓練は年4回以上実施することとなり、そのうち1回は夜間訓練を行うこととしています。以前は自治会の防災訓練や避難訓練があったとのことですが、現在は取り組みそのものがなくなってしまったようです。補完するためにも、バックアップ施設との連携や、大和市との防災協定などの取り組みが大切になります。そのほかでは、ヒヤリハットの作成に今年度から取り組み始めています。

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 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

常勤職員は法人採用、非常勤職員は事業所採用となっています

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。常勤職員は所長と主任と女性職員の計3名の体制となっています。少人数での運営体制のため、また現場の状況を把握するために所長もシフトに入り、時には夜勤をすることもあります。それにより、所長も現場の仕事を覚え、相互に助け合えるようになりました。この点については、職員の自己評価で良くなった点として意見がありました。中長期の視点から見ると、新たな職員採用の検討も望まれます。

体系化されている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

職員の法人内研修体系が作られており、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、それぞれ内容が設定されています。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させていくためにも、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「メンター制度」があります。入社1年目の職員に対して、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なっていきます。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。そのほかに職員のやる気向上につながるよう、ストレスチェックを実施して職員の状況の把握、負担がかからないようなシフト作成などに取り組んでいます。

7			カテゴリ7		
7			情報の保護・共有		
			サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		6/7
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>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</p> <p>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。パスワードは定期的に変更するようになっていて、常勤職員のみで管理しています。書類については、ホーム事務所で一括して管理しています。</p> <p>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</p> <p>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。個人情報保護に関すること、開示請求に対する対応方法をそれぞれ示しています。また、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、入社時にその取り扱いについて説明し、誓約書を提出してもらっています。</p>					

カテゴリ8	
8	カテゴリ1～7に関する活動成果
サブカテゴリ1(8-1)	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>事業計画に対する意識を高めるなど、改善に向けた取り組みが評価できます</p> <p>今年度より新体制となり、特に事業計画を意識するよう定期的に事業所会議で取り上げて進捗を確認しています。これまでにはない取り組みで、職員の意識が高まっています。事業所会議を定期的に行き、非常勤職員も参加することで情報の共有化も図られてきています。具体的な成果と現れるのはこれからになりそうですが、この取り組み自体は評価できるものとなっています。</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 type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>運営体制が整備されてきましたが、職員個々の能力向上への取り組みは今後の課題です</p> <p>昨年度から所長が変わり、現場の人員体制も整備されました。所長、主任、新人職員2名の計4名体制で、それぞれの役割を明確にして新人が上司に相談できるようになりました。運営体制という点では改善が進んだ一方で、この職員能力向上への取り組みはまだこれからといった状況です。運営が安定してきた後に、個々の能力向上を図る研修計画の作成などに取り組んでいくことを期待します。</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	
職員間の情報共有が図られ、全員が同じ方向を向いて業務を遂行しています	

以前は形骸化していた事業所会議の定期開催や、新人職員が上司に相談しやすい体制を整えるなどの取り組みにより、職員間での情報の共有化が図られています。日々の事柄は申し送りノートを活用し、会議で話し合われた内容は会議録に記録し、それぞれを共有することで全員が同じ方向を向いて業務が遂行できるようになっています。今後も継続していくことを期待します。

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

建物の移転を考慮し、今後の計画的な取り組みを期待します

体制を再編成して間もないこともあり、具体的な改善への取り組みは行われていませんが、財政状況自体は決して悪くはありません。重点目標に掲げている古くなった現建物からの移転を考慮すると、今後はより計画的な準備が必要になってきます。まずは現在の収支バランスを分析するなどの取り組みから、次年度以降の具体的な取り組みを期待します。

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

第三者評価の受審や利用者自治会開催の検討など、今後の取り組みに期待します

これまで利用者からアンケート調査等は実施したことがなく、口頭での意見徴収のみに留まっていました。今回初めての第三者評価受審となり、利用者調査を実施しました。また、将来的に利用者自治会の開催を検討し始めています。これらの取り組みから、より多くの利用者の意見を聞き入れ、支援に活かしていくことが期待されます。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリ1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1		評価点(〇〇〇〇)	
利用希望者等に対してサービスの情報を提供している			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている		○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		○非該当
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の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>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、法人の枠にとらわれない情報提供媒体の検討が期待されます。</p> <p>法人内事業所を中心に関係機関にグループホームの情報を提供しています</p> <p>グループホームのバックアップ施設内で大和市障害者相談支援「なんでも・そうだん・やまと」のサポートセンターを運営しており、密な連携と情報提供ができる体制があります。さらに法人の後援会と家族が母体となって立ち上げた成人後見センターとは、利用者のその人らしい生活のサポートのため成年後見について連携を図っています。利用者が地域の中で豊かで充実した生活が送れるよう市の障害福祉課や社会福祉協議会等関係機関に随時情報を提供し、関係性を築いています。</p> <p>現在定員を満たしていますが、問い合わせに対応しています</p> <p>現在、グループホームに入居している利用者のほとんどは法人内のバックアップ施設などに通所しており、一般就労をしている利用者も法人内の事業所との関わりを経ての入居となっています。定員のため利用に至ってはいたませんが、市のケースワーカーや外部の関係機関から利用が可能か等相談を受けることがあります。2年後のホームページ移転で2名の入居増を予定していますが、関係機関からすでに問い合わせがあります。今後も市や外部の関係機関との連携を深め、利用希望者の入居につながるような取り組みが期待されます。</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		評価点(〇〇〇)	
サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		○非該当

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 <p style="text-align: right;">評点(0000)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー2の講評		
新規利用者がある場合には、決められた書式で説明する体制を整えています 利用者の入居年数が長く(数年～数十年)、定員を満たしている状態であるため新規入居の事例はありませんが、新規利用者がある場合の説明は所長か、サービス管理責任者がおこない、基本的ルールやサービス内容等は利用契約書、重要事項説明書で説明し、同意を得る体制があります。用意しているサービス利用契約書書式は、利用者が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、時間をかけて説明することとしています。		
サービス開始時及び終了時の配慮ができる体制を整えています サービス開始時に利用者の支援に必要な基本情報、生活状況などはホーム生活支援計画アセスメント表にて記録をすることとしています。利用者の入居年数が長く(数年～数十年)、新規入居の事例が無い場合、グループホーム生活開始直後の本人の不安やストレスが軽減される支援や、利用開始前の生活を踏まえた支援について、サービス終了者への支援の継続性についても実践事例はありません。しかし、そのようなケースが想定される場合は、利用者の環境変化に対応できる支援をおこなうよう努めています。		
グループホーム再編計画により、利用者の精神的負担が増えないように努めています 今年度、法人内のグループホーム再編計画に基づいて、事業所は別ホームの管轄から第一ゆりの木ホームに移行しています。生活環境の変化はありませんが、利用者が混乱したり、精神的な負担が増えたりすることがないように職員は留意しています。事業所職員と通所先施設の職員がそれぞれ行き来する機会を設けて、利用者の様子をお互いに把握した上で支援につなげるようにしています。		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 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 <p style="text-align: right;">評点(000)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している <p style="text-align: right;">評点(000)</p>		
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をしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<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			
<p>今年度から支援計画の振り返りの会議を開き、次年度につなげることをしています</p> <p>ホーム生活支援計画アセスメント表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。個別の支援計画書に関するアセスメントは常勤職員による個別支援会議で意見等を出し合っています。個別の支援計画の現状・課題、支援目標は1年単位で半年後に見直しをする仕組みがあり、作成時、半年後の年2回モニタリング、アセスメントをおこなっています。年度末の振り返りが十分ではなかったことを踏まえ、今年度末は計画の振り返りの会議を開くこととしています。</p> <p>個別の記録ができる書式変更を通し、記録の改善が期待されます。</p> <p>個別の支援計画作成にあたっては、本人に面談を実施しています。面談は年2回で、家族や成年後見人を交えて実施することもあります。面談が難しい場合は、電話で意向を確認しています。日々の業務日誌(ケース記録)は、常勤、非常勤に関係なく、勤務した職員が記録していますが、個別の記録ではなく、全員分まとめた記録となっています。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今後、個別の記録ができる書式に変更していくこととしていますので、改善が期待されます。</p> <p>情報共有強化のため、非常勤職員の事業所会議出席率アップに取り組んでいます</p> <p>非常勤職員は出勤日数がそれぞれのため、出勤したら業務日誌と職員連絡ノートを確認することをルール化しています。特に共有したい内容は、常勤職員がメモを渡すこともあります。毎月の事業所会議は全職員参加を基本としています。利用者の日常支援について話し合い、日々の業務で職員が感じていることなど意見交換をしています。今年度は、事業所会議日程の年間スケジュールを立てることで非常勤職員が予定を立てやすいようにしています。会議出席率アップを通し、さらなる情報共有強化を図ろうとしています。</p>			
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		
●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

利用者の個人情報やプライバシーに配慮しています
 利用者の個人情報の取り扱いについては、「個人情報の提供について」の書式で、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。行事等で写真撮影をする際は、その都度本人に確認し、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。今回第三者評価における居室の見学についても本人の許可を得ています。行政など支援に必要な書類の場合は、許可を得てから本人の前で開封しますが、その他個人的に届いた手紙はそのまま手渡しています。

羞恥心に配慮した支援のため、対応策を検討しています
 男女同居の住まい方をしています。トイレや入浴時など本人の自覚が足りない場合は、職員がさりげなく注意を促しています。利用者の身体機能の低下等により職員の支援が必要な時は、同性介助を基本としていますが、緊急性がある場合やむおえず男性職員が女性利用者の介助をする場合があります。上の階にある第5ゆりの木ホームで業務をしている女性職員のサポートを要請する場合があります。今後、同性介助を徹底するため、羞恥心を伴う支援が必要な場合訪問ヘルパー対応も検討することとしています。

毎年事業所の重点課題に人権擁護を掲げ、取り組んでいます
 人権に関する研修の受講、職員会議等で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。さらに今年度の重点課題として、法人の理念の一つであるソーシャルインクルージョン(共生社会)の実現に基づき、バックアップ施設とも連携し、利用者の人権保障と権利擁護に努めるとともに、身体拘束や虐待など人権侵害を起こさないことを掲げています。

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	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		
●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(〇〇●)
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

マニュアルや手順書の作成、整備が期待されます

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)配付など一定の水準は確保していると思われま。しかし、ホーム内で必要なマニュアル、手順書は一部のみの作成にとどまっています。改変時期や見直しの基準も確認できませんでした。今年度事業所内の清掃や環境整備の部分的な手順書を作成中であることから、利用者支援のための職員の意見や提案を事業所独自のマニュアルとして作成及び整備を行い、さらなる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についてさらなる検討が期待されます

災害を想定した法人全体の訓練は年に1~2回、事業所単位の夜間想定を含む避難訓練は年4回おこない、利用者の防災意識向上に努めるとともに、事業所として防災対策を進めています。訓練には消防署の協力を得ており、署員の指導の下水消火器を使った訓練もしています。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)、手すりの設置など利用者の安全性に配慮した支援について十分でない部分があります。会議を通じたマニュアルの確認、研修など全職員が学べる機会の検討が期待されます。

特に非常勤職員が定期的に基礎知識を学べる機会の提供が期待されます

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。さらに内部、外部を問わず研修でスキルアップが図れる体制を整えています。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。それぞれ勤務日数が異なる上、一人職場のため、経験を通じての独自の支援になりやすい傾向があります。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、主任に連絡をし指示を仰ぐこととしていますが、職員が定期的に基礎知識を学べる場が必要であると考えています。取り組みの実践が期待されます。

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>個別の支援計画は具体的な課題と改善に向けた支援方法を記載し、支援しています</p> <p>個別の支援計画書は本人・家族それぞれの意向、長期目標と短期目標に基づいて「日常生活」「医療」「社会生活」「対人関係」「経済生活」の項目ごとに具体的な課題と支援方法を決めています。計画は常勤職員による個別支援会議を経て、サービス管理責任者が作成しています。事業所会議で支援計画の読み合せをおこない非常勤職員にも周知をしています。しかし、会議参加が難しい非常勤が少なからずいるため、日々の記録を含め、個別支援計画に基づいた日常支援の周知徹底について職員の意識をさらに高め、取り組まれることが望まれます。</p> <p>利用者の自立した生活のためにその方に必要な情報提供に努めています</p> <p>バックアップ施設に通所している利用者が、再度一般就労できるように就労支援センターや神奈川職業能力開発校など連携を図っています。必要に応じて市の生活保護課への相談をしています。その他ガイドヘルパー、訪問ヘルパーなど法人のネットワークを活かし、利用者の自立した生活のためにその方に必要な情報提供に努めています。</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>夜勤体制でないため、職員がいない時間帯の利用者間の関係性について把握が難しい部分があります。しかし、原因不明なイライラや不安のため夜大声を出してしまう場合は他の利用者や近隣にも迷惑であること、生活をしていく上で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。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。その他、他の人の話に影響されやすい場合は、職員が間に入り助言をすることで距離間を調整しています。</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。好きなアイドルや相撲のポスターを飾る、フィギュア、CD収集、パソコンの組み立て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。喫煙に関しては居室ではなく、喫煙場所を設けています。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一泊旅行を企画、実行しています。利用者の意見も参考に南房総、箱根、伊豆など出かけ、社会経験の機会を増やしています。

ハード面の制約の中、築30年の建物をリフォームや修繕をしながら使用しています

築30年の建物をリフォームや修繕をしながら使用しているので、経年変化による空間の匂いなど適宜窓を開け換気に気を付けています。設備の不具合や、備品が故障した場合は速やかに修理、交換をしています。男女が同居する生活なので、浴室やトイレ使用時は配慮をしています。清掃については、職員により方法・手順にばらつきがあったので、トイレ、浴室など現在手順書を作成中となっています。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。

普段の食事以外でも手作り料理、外食、レクリエーションなど食事を楽しんでいます

夕食はご飯と汁物は職員が作り、おかずはバックアップ施設から届きます。朝食は職員が用意しています。普段は決まった献立なので、土日など休日にはカレーやそうめんなど利用者で手作りする機会があります。回転寿司店、ファミリーレストラン、ラーメン屋など外食にも出かけています。誕生会には本人に食べたいものを聞いて焼き肉やスパゲティで祝っています。レクリエーションのクリスマス会も利用者でメニューを考え、ピザやオードブルを注文し楽しんでいます。

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、看護師の定期訪問など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ています。会話が無い、表情が乏しいなど普段と違う様子を察知し、職員間で引き継ぎをしています。通所先の職員に連絡帳で知らせる場合もあります。また、利用者の通所先や就労先でおこ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職員が同行し、近隣の病院で受けています。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ステーションの巡回があるので、看護師も相談に応じ、医療日誌に記録をしています。

法人内の訪問看護、クリニックと連携を図っています

健康面で常時支援が必要な利用者はいませんが、同一法人の訪問看護ステーションやホームの近隣にある協力医療機関と連携しており、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。訪問看護ステーションとは24時間対応が可能となっています。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ます。協力が可能な家族とは、面談時などに健康面で注意していることや気になることなど話し合っています。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、今年度から「緊急通院時資料」を個別に用意しています。

食事、歯磨き、服薬など一人ひとりに応じて支援しています

バックアップ施設から届く食事は、カロリー計算や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、食が細い利用者は主食の量を秤で加減しています。食が進まない場合は数種類のふりかけを用意し、選んでもらうこともあります。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。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、利用者へ手渡したり、飲んだら空袋をカレンダーに戻してもらい確認しています。

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>生活の様子など本人の意向を踏まえながら家族を始め関係者に知らせています</p> <p>グループホームでの生活の様子など家族、成年後見人に伝える場合には、本人の障がい特性、年齢など考慮しながら、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、納得をしてもらっています。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。家族、通所先の職員等とコミュニケーションをとりながら、利用者の意向を尊重した支援に努めています。</p> <p>それぞれの家族の状況を踏まえながら利用者支援につなげています</p> <p>家族や親族がいない、あるいは諸事情により連絡が取りにくいケースが多く、日常的に連絡のできる家族は限られており、ホームの現況や利用者の報告が遅れてしまうことがあります。しかし、協力を得られる家族とは年に2回の個別の支援計画に関する面談のほか、必要に応じて随時電話連絡や面談をしています。定期的に帰宅する利用者の場合は、自宅とホームでの過ごし方が異なるケースが多いため、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>		
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>利用者全員向け、個別に必要な情報とそれぞれ提供しています</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、随時知らせており、参加は利用者の判断に任せています。今後は、利用者が地域生活の幅を広げられるよう、グループ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、自立度の高い利用者は、必要な情報はさまざまな媒体を使って自分で収集しています。それが難しい場合は、利用者の状況に応じて訪問ヘルパー、ガイドヘルパー利用の紹介をするなど個別に対応しています。</p> <p>コンビニエンスストア、郵便局、スポーツセンターなど思い思いに利用しています</p> <p>法人主催の大和地区合同の地域の祭り「感謝祭」(年1回)、大和市の地区社会福祉協議会の交流会(年2回)には利用者も希望参加し、地域の人々と交流しています。グループホームは、最寄りの駅から10分程度と利便性が良く、商業施設や公共施設も多いので、利用者はコンビニエンスストア、郵便局、スポーツセンターなど自分で判断、選択し、利用しています。時にはホームのレクリエーションで歩いてファミリーレストランやラーメン屋など外食にでかけています。</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	4. 日中サービス提供事業と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている	○ 非該当
	○あり ○なし	5. 必要に応じて、地域移行に向けた、日中サービスや住まいの場についての情報提供や関係機関との調整を行っている	● 非該当
評価項目12の講評			
<p>食事、健康管理、整容など日常生活上の支援をしています</p> <p>利用者それぞれ通勤・通所時間が異なるので、朝食はそれぞれに任せています。食事を抜いたり、時間がかかり過ぎたりする場合は、職員が声をかけることもあります。夕食もそれぞれのペースで食べています。飲酒、間食、肥満傾向など偏りが過ぎる場合、健康管理や適度な運動の必要性を説明したり、入浴、髭剃り、歯みがきを忘れることが続く場合には整容、清潔など考慮しながら、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>朝出勤した職員は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</p> <p>遅番の職員は午後8時までの勤務なので、同管轄のホームと連絡体制を整備しているほか、警備保障会社と委託契約を結び、利用者の夜間から翌早朝(午後8時～午前6時30分)までの安全確保に努めています。朝出勤した職員は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。職員が不在の時間帯に好きなことに熱中しすぎたり、逆に気持ちが不安になり睡眠時間が足りなくなる利用者には、さり気ない言葉かけや見守りを続けていますが、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。</p> <p>一人暮らしと共同生活のバランスをとりながら職員は支援しています</p> <p>一人暮らしと共同生活のバランスをとりながら職員は支援しています。一人暮らしに必要な生活習慣や金銭管理の習得や、休まずに仕事に行くことを個別の支援計画に盛り込み支援する場合があります。他の利用者に迷惑にならない喫煙、飲酒、身だしなみについて、食事のためリビングに来る時間が早すぎる場合は、目で見て分かる図を作って少しずつ適正な時間にずらしてもらおうなど、適宜支援しています。職員の支援のほか、本人が望むグループホーム生活が続けられるよう、必要に応じ、通勤・通所先、行政など関係機関と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	1-1-2	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
タイトル①	経営層が様々な改善に取り組み、着々と成果に結びついています	
内容①	これまでの運営体制から一新し、自らもシフトに入ることによって現場を把握するなどの改善に力を入れています。各ホームでは、管理職と新人職員を組み合わせ互いに相談しながら運営できる体制をつくり、事業所会議には非常勤職員も参加してもらうようにすることで情報の共有化を進めるなど、着々と成果に結びついてきています。職員の自己評価でも、これらの変化をプラスに捉えている意見がいくつかありました。これらの取り組みが継続されることを期待します。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-1	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
タイトル②	職員は、利用者の言動の裏にある本当の意思を感じ取るように努めています	
内容②	精神症状も含め、さまざまな障がい特性のある利用者が生活しています。特性を理解するために法人内外の研修に参加し、一人ひとりに合った支援やコミュニケーション力の向上に努めています。本人が望む生活のため、自己選択・決定、プライバシーを尊重していますが、職員は、そのバランスを保ちながら必要なアドバイスや支援をしています。利用者の言葉に耳を傾け、普段の生活、表情、行動を良く観察することで、本人が発する言葉や行動が意思や感情をそのまま表現しているとは限らないことを職員は心得、本当の意思を感じ取るように努めています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-3	利用者が健康を維持できるよう支援を行っている
タイトル③	「緊急通院時資料」(持ち出し用シート)を緊急時に役立つ取り組みが始まっています	
内容③	同一法人の24時間体制の訪問看護ステーションや協力医療機関と連携し、随時相談できる体制が整っています。職員が一人勤務体制で、利用者の体調変化で救急で医療機関にかからなければならない場合も落ち着いて医療機関と対応ができるように、今年度から「緊急通院時資料」(持ち出し用シート)を個別に用意しています。利用者の基本情報、身体情報、既往歴など緊急時に必要な情報を網羅しています。服薬の情報シートも用意し一緒にファイルしています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	経営層のリーダーシップの下、改善へ向けた取り組みが成果につながっています
	内容	27年度から現在の所長が就任して以降、様々な改善に向けて取り組んでいます。バックアップ施設の管理者を兼務していることから時間に限りがありますが、中でも現場職員とのコミュニケーションを大切にしています。特に新人職員が配置されていることから自ら育成にあたり、また非常勤職員にも会議に参加してもらうことで情報の共有を進めるなどの取り組みが成果となって結びついてきています。職員の自己評価でも、これらの取り組みにより改善に向かっているという実感があることがわかります。
2	タイトル	利用者意向を把握するために第三者評価を活用するなど、サービス向上に向けて取り組んでいます
	内容	利用者意向を把握するために、これまでは行事の際に口頭で希望を聞くなどに留まっていましたが、今回初めて第三者評価を受審して利用者調査を実施しました。今後はさらに利用者の主体性も発揮してもらおうと、利用者自治会の開催も検討しています。様々な角度から利用者意向を確認し、そしてサービス向上へとつなげていく姿勢の現れといえます。今回の利用者調査で出た意見に応じていくことで、満足度も向上していくと考えられますので、ぜひ継続して取り組んでほしいと思います。
3	タイトル	法人の他事業所や関係機関の協力を得ながら、利用者に最善の支援が提供できるように努めています
	内容	法人は、大和市を中心に県内9つの市に96の事業所を運営しています。その強みを活かし、法人内のバックアップ施設、通所事業所、大和市障害者相談支援のサポートセンター、訪問看護ステーション、医療機関と日常的な協力連携体制をつくっています。法人の関係者が中心となって立ち上げた成人後見センターの協力も得られています。ホーム職員の支援のみならず、法人の他事業所や関係機関の協力を得ながら、日常生活、医療、経済生活などあらゆる面から利用者にとって最善の支援が提供できるように努めています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	管理職層の兼務を解き、事業所運営に集中できる体制を構築していくことが中長期の運営を考慮すると大切です
	内容	これまで法人では毎年複数の新規事業所を立ち上げてきました。今後もその流れは続いていくことが推察されますが、職員体制に関しては一部の管理職層に負荷がかかっているように見受けられます。たとえば、複数事業所の管理者を兼務する人が複数いることで、現場職員への管理機能が十分に働いていない面があるようです。当事業所では新体制となり、その点が改善に向けて取り組みが始まったところです。継続して体制を整えつつ、将来を見据えて事業所運営に集中できる人員配置を引いていくことで、安定した運営へとつながっていくことが期待されます。
2	タイトル	計画的な実行と振り返りを繰り返し、着実に事業計画に取り組んでいくことが望まれます
	内容	法人として中長期計画を示し、それに基づき各事業所で年間計画を立てることになりますが、その運動についてはまだ十分でないところがあるようです。また、立てられた計画について、その実行がどのように行われたかについての振り返りも、確実に行われているとはいえないようです。いわゆるPDCAサイクルに則り、着実な実行へとつなげていくことが望まれます。そのために、計画実行の時期や手順の明確化、目標の達成度合いを測る指標の作成などから始めてみてはいかがでしょうか。
3	タイトル	一人勤務体制の現状を踏まえ、さらなる業務の標準化への取り組みが期待されます
	内容	勤務は職員一人体制のため、経験を通じての独自の支援になりやすい傾向があります。加えて職員14名中11名が非常勤職員で、研修によるスキルアップを図っていくことが常勤職員と比較すると難しい現状があります。事業所会議は非常勤も参加する事になっており、そこでは情報を共有する事ができますが、利用者に安定した支援をおこなうために、ホーム独自に必要な清掃や環境整備の手順書の作成や、職員ごとに支援の食い違いが起こらないよう、さらなる業務の標準化への取り組みが期待されます。