

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)明るく元気に楽しく 2)挨拶 3)声掛け 4)笑顔 5)ダメと言わない支援</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 施設長の代理を出来る管理職。常勤、非常勤をまとめることができる人材。</p>
	<p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） ①社会人としての常識 ②県央福祉会で働いていることのプライドを持つ ③思いやりを持てる職員</p>

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は48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、聞き取り方式で実施致しました。聞き取り調査は、事業所内の個室を用意して頂き、利用者と調査員1対1で行い、匿名性を確保しました。

利用者総数

48

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
0	48	48
0	7	7
0.0	14.6	14.6

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

## 利用者調査全体のコメント

調査対象48名に対し、有効回答18名と回答率は14.6%でした。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が71.4%という結果となり、7割以上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、「いつもありがとうございます。今後も頑張りたいです。」「これからもお願い致します。」「具合が悪い時は良く見てくれます。」「という意見がありました。一方、「職員同士の連携が不十分と感じます。話合いの時間が不足しているのではないのでしょうか。」「動線の確保をきちんとしてほしいです。利用者の意向を聞いてほしいです。」「新しい人の言葉が分からない時があります。」「という意見もありました。

## 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
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	6	1	0	0
回答割合は、「はい」が85.7%、「どちらともいえない」が14.3%、「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。」「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	6	1	0	0
回答割合は、「はい」が85.7%、「どちらともいえない」が14.3%、「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「使いやすいです。」「風呂が大変です。浴槽が深いです。職員の腰に影響すると思います。」「という意見がありました。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	6	1	0	0
回答割合は、「はい」が85.7%、「どちらともいえない」が14.3%、「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「仲は良くカラオケに行ったりします。」という意見がありました。				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	6	1	0	0
回答割合は、「はい」が85.7%、「どちらともいえない」が14.3%、「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「ぬり絵が楽しいです。」「ビーズやフェルト、石鹸の仕事が楽しいです。」という意見がありました。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	6	0	1	0
回答割合は、「はい」が85.7%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」が14.3%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「きれいになっています。」という意見がありました。一方で、「動線の確保をきちんとしてほしいです。利用者の意向を聞いてほしいです。」という意見もありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	4	2	1	0
回答割合は、「はい」が57.1%、「どちらともいえない」が28.6%、「いいえ」が14.3%、「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「新しい人の言葉が分からない時があります。」という意見がありました。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	5	1	1	0
回答割合は、「はい」が71.4%、「どちらともいえない」が14.3%、「いいえ」が14.3%、「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「具合が悪い時は良く診てくれます。」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	1	4	2	0
回答割合は、「はい」が14.3%、「どちらともいえない」が57.1%、「いいえ」が28.6%、「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、「他のグループで気の合わない人がいます。」という意見がありました。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	5	2	0	0
回答割合は、「はい」が71.4%、「どちらともいえない」が28.6%、「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。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	4	3	0	0
回答割合は、「はい」が57.1%、「どちらともいえない」が42.9%、「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、以前に、プライバシーに対する意識づけを指摘する意見がありました。				
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	1	1	5	0
回答割合は、「はい」が14.3%、「どちらともいえない」が14.3%、「いいえ」が71.4%、「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。				
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	1	1	5	0
回答割合は、「はい」が14.3%、「どちらともいえない」が14.3%、「いいえ」が71.4%、「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	1	5	1	0
回答割合は、「はい」が14.3%、「どちらともいえない」が71.4%、「いいえ」が14.3%、「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、利用者への対応について指摘する意見がありました。				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	2	1	4	0
回答割合は、「はい」が28.6%、「どちらともいえない」が14.3%、「いいえ」が57.1%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では、「少し聞いた事があります。」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 <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 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 非該当
	<b>評価項目2</b> 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<b>評価項目3</b> 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当

## カテゴリー1の講評

### 法人の理念や事業所のモットーが浸透するように取り組んでいます

法人の理念や事業所のモットーは、所内に掲示し、職員はいつでも確認出来るようになっています。また、施設長は事業所のモットー「明るく、元気に、楽しく」を普段から口癖のように言っており、職員には十分に伝わっています。さらに会議でも法人理念や事業所モットーに触れる機会を作り、職員の意識向上に努めています。家族に対しては、年3回の家族懇談会で伝え、法人の方針や事業所の考え方を理解してもらうために取り組んでいます。

### 施設長は役割と責任を明確にし、事業所をリードしています

施設長は年度はじめに職務分担表を作成しており、経営層の役割や責任を明示しています。また、施設長はエリアマネージャーとしての役割や法人本部とのやり取りもあり、当事業所外で業務に当たる場合がありますが、職員はその立場を十分に理解しており、安心して事業所を任せています。施設長は事業所のモットー「明るく、元気に、楽しく」を日常的に言い続け、事業所の雰囲気作りを率先してリードしています。

### 重要な案件は全体会議で総意としてまとめて、最終決済につなげています

重要な案件については基本的に職員から発案し、その後、全体会議で協議します。最終的に施設長が判断し、多額な費用を要する決議等、重要な件に関しては法人の決済を仰ぐという手順になっています。現場の声を大切にするという面からボトムアップの形式を採用し、全体会議で協議する事により、皆で考え、決定し、総意とする事を大切にしています。決定した事は朝礼や終礼、全体会議で周知しています。家族に対しては、通知や家族懇談会にて周知しています。

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、地域の人々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 7/7
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(〇〇〇)		
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

**守るべき法・規範・倫理は社内規程や職員ハンドブックで周知に努めています**

福祉サービス事業者として守るべき法・規範・倫理は就業規則や社内規程で明記しており、明確になっています。また、法人では、社会人として守るべき倫理行動要綱および倫理行動マニュアルを載せた「県央福祉会職員ハンドブック」を非常勤職員を含めた全職員に配布しています。この職員ハンドブックの内容は会議等で確認する時間を設け、職員一人ひとりが理解し、普段の支援が法や規範に基づいて行動できるように努めています。

**第三者評価の結果公表や独自のホームページ作成等、開かれた組織へ取り組んでいます**

平成27年度は第三者評価の結果公表により、事業所の組織面やサービス面の内容を外部からも確認できるようになり、開かれた組織となるように取り組んでいます。第三者評価は今後も行っていく予定で、5年に1回、調査をする事になっています。外部に対して透明性を高める取り組みとしては、独自のホームページがあり、月に1回更新をしています。その他、地域の行政機関や養護学校に、許可を得てパンフレットを設置する等、情報発信に努めています。

**事業所を通じて、地域の福祉に役立つ取り組みをしています**

当事業所では、外部から講師を招き、事業所研修会を開催しています。当事業所看護師の知り合いの、医師の先生に来てもらい、知的症状に関する様々な話をさせていただく研修会を年に数回開催しています。また、他法人から講師を招き、救急法関係の研修を年2回必ず開催しています。当事業所からも専門性を生かし、養護学校の家族会向け講演会に講師やパネラーで参加したり、他法人からの依頼により初任者研修の講師を務めるなど、地域福祉に役立つ取り組みをしています。



カテゴリ3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8
<b>評価項目1</b> 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
<b>評価項目2</b> 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
<b>評価項目3</b> 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
カテゴリ3の講評		
<b>利用者の意向を把握し、解決に向けて取り組む体制があります</b> 苦情に関しては「苦情解決に関する規則」に基づいて処理する事になっています。苦情解決委員の連絡先は事業所内に掲示されており、利用者はいつでも委員に連絡し相談する事ができる環境になっています。また、施設長は法人の他事業所も総括するエリアマネージャーも兼務しており、当事業所にいない時もありますが、事業所にいる時は、親身になり、利用者の話を聞くように心掛けています。職員も利用者の意向や要望を個別支援計画にまとめ、個々の利用者の意向に沿った支援ができるよう努めています。		
<b>利用者満足度調査により、利用者意向を把握し、家族とも良い関係が保たれています</b> 当事業所では毎年利用者満足度調査を実施しています。利用者から回答を得る事が難しい場合には家族が回答しています。調査は毎年年度末の3月に実施し、集計したものに施設長の総評を載せて、翌年度6月の家族懇談会で家族に結果を公表しています。このアンケートを受けて、今年度は給食の委託業者を変更しました。アンケートの実施により、利用者意向を把握し出来る事は実施するという事が一番の目的ですが、アンケートの実施回数を重ねる事で利用者や家族の協力が得られるようになり、良い関係が保たれているという効果も出ています。		
<b>福祉に関する情報は地域や法人から情報収集し、所内では情報共有に努めています</b> 地域の福祉ニーズは近隣養護学校の家族会や障害福祉事業所協会、知的障害者連合会等から情報収集をしています。エリア内の他事業所からも会議で情報収集しています。また、福祉業界全体の動向については、法人から適宜情報が入るので、その情報を確認し、職員にも共有しています。その他、施設長は新聞の切り抜き等を職員に回覧し、情報提供しています。最近では職員からも情報提供があり、事業所全体で福祉に関する情報共有の体制が出来ています。		

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11
<b>評価項目1</b> 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 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
<b>評価項目2</b> 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 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
<b>評価項目3</b> 着実な計画の実行に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇)</span>		
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

**事業所の中期的な構想の計画化と着実な実行が期待されます**

法人では中期計画の指針として、「県央福祉会第三期中期計画(マスタープラン)」を作成し、非常勤を含む全職員に配布しています。この中期計画では、法人の現況、中期計画の意義、法人の現状分析、5年後のビジョン、ビジョンを実現するための戦略目標、ビジョンを実現するための年次計画を定めています。当事業所でもこの法人中期計画に沿って、単年度の事業計画を作成しています。当事業所の中期的な構想としては、分場を考えていますが、事業所の中期計画では確認出来ませんでした。構想から計画、そして着実な実行へのステップが期待されます。

**計画推進に向けて取り組む体制が確立されています**

施設長は年度事業計画推進のため、役割分担表を作成しており、職員の役割や責任を明示しています。毎年3月もしくは4月の会議で年度の職員個々に対する役割を発表や説明をしています。また、全体会議やチーム会議(個別支援会議)、常勤会議を設置し、計画に関して協議しています。計画の進捗状況の確認は法人で半年毎に事業報告書の作成義務があり、進捗状況を確認する機会となっています。年度事業計画書や報告書は全職員に配布され、職員は計画に対する報告の確認が出来るようになっています。

**防災や感染症、インシデント等、利用者や職員の安全に努める取り組みをしています**

防災訓練は年に3回実施し、防災担当が都度計画を作り実施しています。その他、救急法の訓練等も行っています。緊急時の備えとしてヘルメットを利用者、職員の全員分を用意し、備蓄も備蓄表に基づく3食3日分備えがあります。また、緊急時のための連絡網も作成しており、有事の際には施設長に情報が集約されるように徹底しています。感染症対策としては、事業所でインフルエンザ予防接種を実施したり、職員は生活空間を除菌するグッズを着用し感染予防に取り組んでいます。インシデントに関してはヒヤリハットに力を入れる事で抑制に繋がっています。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>6/7</b>
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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	<input type="radio"/> 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

**職員が多くの研修に参加出来るような環境作りに努めています**

研修に関しては、職員は内部研修、外部研修に関わらず、多数参加する事が出来る環境を作っています。事業所や法人から参加を指定される研修もありますが、主に職員の意向を尊重し、施設長は職員が参加を主張した研修は極力許可するように心掛けています。研修後は各自の研修ノートに感想を記述する決まりになっています。参加した研修が他の職員にも必要と判断された場合、会議で発表し共有する事になっています。

**法人では「メンター・メンティー研修」に力を入れています**

当法人には「メンター・メンティー研修」があり、これはメンティー(新入職員)にメンター(先輩職員)がつき、新入職員ならではの悩みを先輩職員に相談が出来るという制度になっています。メンターとメンティーはそれぞれ違う事業所という条件があり、事業所内では言いづらい事もメンターが対応し、解決に向けて取り組んでいます。この制度は利用に対して1時間の時間外手当が支給される事になっており、法人として新入職員のメンタルケアに力を入れています。当事業所の施設長もメンターとして積極的に参加しています。

**様々な同好会活動により、職員間で一体感が生まれています**

職員同士の交流の場を提供するため、色々な同好会を作り活動しています。駅伝同好会は5年程度続いており、他の事業所の職員も参加しています。またラーメン同好会では食事の後に皆で議論しお店を評価する等、職員間で楽しんでいます。他にもバレーボールやカラオケなど職員は多岐に渡り活動しています。同好会活動は施設長がはじめましたが、今では職員間で発案し率先して活動しています。この活動により職員同士、職場以外で交流を持つ事で一体感が生まれ、職場でも協調性を持った支援に繋がっています。

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
<b>評価項目1</b> 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			<b>評点(〇〇〇)</b>	
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	
<b>評価項目2</b> 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			<b>評点(〇〇〇〇)</b>	
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、本部のクラウドコンピューターで集中管理しており、職種別にフォルダが用意されアクセス制限もしています。職員は必要に応じて共有フォルダーからいつでも必要な情報を取得する事ができ、適宜更新もされています。割り振られたアカウントとパスワードがあれば情報は別事業所からもアクセスする事ができ、作業の利便性に優れた環境になっています。パソコン自体にはパスワードが設定され、職員以外の方がアクセスする事は出来ない環境になっています。</p> <p><b>利用者の個人情報保護に努め、写真等の掲載には十分な配慮をしています</b></p> <p>事業所で扱っている個人情報の利用に関しては、契約時に個人情報保護の同意書を交わしています。また、個人情報保護規程を定めており、職員に情報の取り扱いに関して周知しています。写真等の使用は基本的に家族向けの資料等に限定し、例外的に法人の機関紙等、外部掲載する場合は、使用の都度、家族の許可を取るようにし、許可されたもののみ掲載手続きをするようにしています。個人情報保護に関しては法人のホームページでも「個人情報の保護に関する方針」を載せており、利用者の個人情報の保護を図ることを宣言しています。</p>				

カテゴリー8

8 カテゴリー1～7に関する活動成果

サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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  
 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」  
 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」  
 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」

- 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

家族の高齢化問題等、地域の関係機関と連携し、解決に向け取り組んでいます

地域福祉の問題点の解決に向けて地域の福祉機関と連携しています。以前、当時事業所の利用者のご家族が認知症と診断され、利用者の事に関して話し合う事が難しくなりました。そのような時に、地域包括支援センターやヘルパーステーションと連携し、そのご家族のケアに関して解決に向け取り組みました。家族の高齢化も深刻な問題になっており、今後は利用者だけでなく家族の状況も把握しながらの支援が求められます。そのような中、事業所だけでなく、外部の専門機関と連携する体制が出来ており、事業所の運営もうまく行くようになっています。

サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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  
 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」

- 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

統括ポジションの配置は、組織向上と職員のスキルアップに繋がっています

近年、中間管理職となる職員に対しては、経営的スキル向上のため、作業班の一人として配置する事をやめ、総合的な統括ポジションを作り、配置しました。これにより、一責任者としての判断力や決断力、責任感が向上しました。中間管理職を担っていた職員は別事業所に異動し、現在、同ポジションを担う職員はいませんが、総括ポジションを設置した事により、組織の能力向上に繋がる基盤作りとなっています。

サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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  
 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」  
 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」

- 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

利用者がその人らしさを発揮できるような工夫をしています。

利用者がその人らしさを発揮できる様々な活動を提供しています。作業活動として自主製品の製作、受注作業、売店での販売等があります。自主製品の一つにフェルトを使ったクマのストラップがあります。この製品は片手に麻痺のある利用者でも作れるように職員が考案して生まれました。丸いプラスチック容器にフェルトを入れ麻痺のない片方の手で振るとフェルトが丸く塊になりクマの原型ができます。このストラップは「かわいい」と大変好評を得ています。ストラップの売上は工賃の一部となり、利用者のモチベーションにも繋がっています。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

市からの収入を利用者のために使い、財政の安定に繋がっています

相模原市では単独補助金が多く、収入の約2割を占め、加算制度も手厚くなっており、財政は安定しています。当事業所ではその市からの収入を手厚く質の高い人員確保のための資金にしたり、送迎車両を8台用意する等、利用者のために再投下しています。手厚く質の高い人員や余裕を持った送迎は利用者の安全と安心に繋がっています。その結果、通所率も高く、財政の安定に繋がっています。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している  
・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者意向を把握し、実現しています

当事業所では毎年利用者満足度調査を実施しています。利用者から回答を得る事が難しい場合には家族が回答しています。調査は毎年年度末の3月に実施し、集計したものに施設長の総評を載せて、翌年度6月の家族懇談会で家族に結果を公表しています。このアンケートを受けて、今年度は給食の委託業者を変更しました。変更の結果、現在の業者は好評を得ています。その他、事業所入り口のパラソルや利用者の体型にあう机や椅子等、利用者意向から備品購入に至っています。



Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>事業所情報はパンフレットやホームページの他に、学校の家族会などでも発信しています</p> <p>利用希望者への情報提供はパンフレットやホームページの他に、利用者の卒業した学校で開催される家族会やイベントに施設長が出向き、事業所の情報を発信しています。パンフレットはレイアウトに淡い色を使い事業所方針・活動グループの紹介・製品・交通アクセスなどが多くの写真とやさしい文章で紹介されており、事業所の明るい雰囲気が伝わってきます。パンフレットは見学者や訪問客に配布されていますが、利用者の活動の場となっている法人の運営している売店や販売会などにも置いてあり、自由に持ち帰れるようにしています。</p> <p>ホームページは毎月更新され、利用者や家族も楽しめるページになっています</p> <p>当事業所には事業所独自のホームページがあり、法人ホームページにリンクされています。事業所のページには事業所情報が詳細に掲載され毎月更新しています。ホームページには事業所概要(沿革・方針・利用定員・サービスの種類・支援グループ・開所日及び時間・新人職員紹介)イベント(行事)・仕事内容・製品紹介・問い合わせ先(法人・事業所・交通アクセス)などが、項目ごとに細かくわかりやすく掲載されています。全てのページで写真が多用され、利用者や家族が見ても楽しめる明るいページになっています。</p> <p>見学時のマニュアル作成等、見学者対応への標準化が期待されます</p> <p>見学希望者は基本的にいつでも見学できるようになっています。見学時はパンフレットをもとに施設や利用者の活動の様子を案内しています。利用者の一日のスケジュールや送迎の体制、入浴利用・食事代等について説明し、見学者の質問に丁寧に答えるようにしています。見学者の記録は業務日誌と見学者記録に記入しています。しかし見学の対応についての対応マニュアルは確認出来ませんでした。担当者の施設長が不在になる事も多い事から、見学者に対して誰でも同じように対応できるような環境づくりが期待されます。</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 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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		<b>評点(0000)</b>
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当

サブカテゴリー2の講評

**契約前に見学・実習・面談を実施し、サービス内容の理解と同意を得て契約をしています**  
 サービス開始にあたっては契約前に見学・実習・面談を実施し、サービス内容についての理解と同意を得て契約をしています。契約書にはルビがふってあり利用者にもわかりやすくなっています。事業所には様々な症状の利用者がおり、見学・実習・面談・契約時にはそれぞれの症状の特性や程度に応じて工夫して説明し、納得して利用が開始できるように努めています。契約前に利用者・家族・事業所のお互いの情報交換が行われて、利用者や家族のニーズを踏まえて適切な支援が開始できるようにしています。

**利用開始時には安心して過ごせるようにマンツーマン体制をとれるように配慮しています**  
 利用開始時には利用者が安心して過ごせるように職員の支援体制を手厚くして、いつでもマンツーマン体制がとれるように配慮しています。一日の基本のスケジュールはありますが、利用者の状況に応じて早めに休憩したり、他の利用者から離れて見学したりと、無理なく事業所での生活に慣れていけるように配慮しています。また、家族には連絡ノートや電話で事業所での様子を伝えていますが、利用者によっては自分で連絡ノートに記入して家族に状況を伝える事もあります。

**「基礎情報」等で状況把握し、終了時は利用者と移行先に見学に行くなどしています**  
 利用開始にあたって、利用者支援に必要な情報は家族から「基礎情報」「緊急事態に対応するための連絡カード」に生育歴、既往歴・緊急事態移送病院・日常生活・服薬状況等を記入して頂き、職員は「支援シート」を作成して日々の支援に必要な情報を記録しています。症状の程度が変化し他の施設に移行するなどのサービス終了時には、本人に対して不安にならない言葉かけをしたり、本人・家族と一緒に移行先に見学に行くなどの支援をしています。また、本人・家族の同意を得たうえで、意向先に必要な情報の提供もしています。

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
---	-----------------	-------------------	-------

<b>評価項目1</b> 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		<b>評点(000)</b>
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当

<b>評価項目2</b> 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		<b>評点(000)</b>
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、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(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく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(〇〇)</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
サブカテゴリー3の講評		
<p>個別支援計画は自分らしく生きていけるような視点でニーズを考えて作成しています</p> <p>個別支援計画は自分らしく生きていけるように事業所での活動だけでなく人生全般にわたる視点でニーズを考えることを大切にして作成しています。支援に必要な個人情報はプロフィール表、基礎情報、支援シート、緊急事態に対応するための連絡カードで把握しています。計画は年に2回モニタリングを実施し、中間報告と年度末報告を作成して次年度に繋げています。年度初めに利用者・家族との面談を行い、昨年度の報告と今年度の計画について説明し、納得のうえ同意を得ています。計画を緊急に変更する必要がある場合は個別支援会議で検討しています。</p> <p>個別支援計画の目標を意識して支援を展開するための工夫が期待されます</p> <p>利用者一人ひとりに関する日々の支援内容は援助記録表に記録されています。グループごとに作成されている援助記録表はパソコンのソフトを使用し、一人ひとりの個人記録にまとめられて毎月の状況や変化の様子がわかるようになっています。援助記録表は自由記述の書式になっており、主として特記事項が記載されています。個別の支援計画の目標を職員が意識したり、目標についての支援内容の実施が記録されにくい書式になっています。個別支援計画の目標を意識して支援を展開するための工夫が期待されます。</p> <p>チーム会議・朝礼・終礼、業務日誌等で情報の共有をしています。</p> <p>個別支援計画の内容はチーム会議で共有し、日々の利用者の状況については送迎時の家族との会話や連絡ノートで把握し、朝礼や終礼で周知し業務日誌に記録しています。業務日誌には利用者の出勤状況・行事・活動・職員からの連絡事項・ボランティア・実習生・来客者・見学者・朝礼夕礼時の連絡事項・医務連絡・ヒヤリハット・事故報告・職員の出勤状況・車両予定など、当日のあらゆる情報が記録されるようになっています。休暇や出勤日でなかった職員は事業所の全体状況を業務日誌で把握出来るようになっています。</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 <b>7/7</b>
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</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

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している			評点(0000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に予防・再発防止を徹底している		○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

**利用者のプライバシーや羞恥心へ気配りしながら支援を行っています**  
 事業所は生活介護の施設であり、症状の重い利用者が多く、職員は利用者のプライバシーや羞恥心へ気配りしながら支援しています。入浴介助は同性介助に徹し、衣類の着脱時には必ず扉を閉め、脱衣室への入り口扉内側には暖簾を取り付けて中が見えにくくしてあります。トイレに置いてある排泄容器にはカバーをかけ、オムツ交換は必ずトイレの中で行っています。パンフレットやホームページで使用する利用者の写真はその都度、利用者と家族の了解を得て掲載しています。

**理解可能な方法で選択肢を用意し、利用者自身に決められるように支援しています**  
 事業所方針に「利用されるみなさまお一人おひとりの生活や生き方を尊重し、その人らしい生活を実現することを目指し、作業と余暇支援の両立を目指した支援を行います。」を掲げ、日々の活動に利用者の同意を得て支援しています。同意を得る方法として、一人ひとりの状況に応じて理解可能な方法で選択肢を用意し、利用者自身に決められるようにしています。また、毎月オンブズマンの訪問があり、利用者と面談し事業所にフィードバックしています。パソコンを使用したいとの利用者の希望に沿って作業室にパソコンを置いて使えるようにしてあります。

**利用者一人ひとりが自分らしい過ごし方ができるように努めています**  
 事業所には毎日、30名ほどの利用者が通所してきています。身体、知的、精神に症状を持つ利用者が、それぞれ自分らしい過ごし方ができるように、症状の特性や程度に応じて、グループに分かれて日中活動をしています。国の基準より職員の配置を手厚くし、職員がより適切な支援ができるように配慮しています。法人が定期的に継続して行っている権利擁護の研修に担当者をして、研修内容を他職員に伝達研修しています。この伝達研修の中で、職員の言動に関するチェックも行われ振り返りの機会になっています。

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 10/11

評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている			評点(000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている		○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している		○非該当

評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている			評点(00●)
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

サブカテゴリー6の講評

マニュアル「ハンドブック」を全職員に配布して業務の標準化を図っています

業務の標準化を図るために法人としてマニュアル「ハンドブック」を全職員に配布しています。ハンドブックには法人・事業所の職員として必要な基本的なあらゆる事項(法人理念・使命・支援者マニュアル・クレーム対応～研修制度まで)について記載されており、職員は業務の不明点について調べたり、業務点検の手段として活用しています。事業所独自のマニュアルとして利用者一人ひとりの作業等の手順書を本人に理解できる方法で(文字・絵・イラスト・写真・図・実物など)作り、掲示したり、そばに置いて常に活用しています。

利用者ごとの作業マニュアル等について記録としての管理が期待されます

利用者一人ひとりの支援については個別支援計画を作成して計画に沿って支援しています。計画は手順書「個別支援計画スケジュール」に沿って実施され、中間評価(アセスメント)を2回行っています。中間評価を通して達成状況を確認し支援方法の検証をして必要に応じて修正するなどしています。各利用者の作業手順書や一日のスケジュール票等様々な支援についてマニュアル的に作られていますが、書類としての保管が確認出来ませんでした。利用者の継続的で適切な支援のために記録として管理されることが期待されます。

様々な会議や研修を通して職員の支援技術の向上に努めています

サービス向上を目指して、毎日の朝礼、終礼・グループごとの支援会議・全体職員会議・ケース会議等で利用者支援について話し合っています。法人は人材育成を重視しており階層別研修はじめ各種研修が用意され、職員は各自、研修ノートを所持し研修履歴がわかるようになっています。事業所も研修参加による職員の支援技術の向上に期待しており、研修参加や資格取得について積極的に勧められています。研修参加についての環境は恵まれており、職員の研修への意識は高いものがあります。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4																
サービスの実施項目		サブカテゴリー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て支援し、中間報告と年度末報告で検証しています</p> <p>利用者の支援は個別支援計画に基づいて行われています。日々の支援で必要な利用者ごとの作業手順書の作成や作業室環境を個人が落ち着ける仕切りを設けるなど各利用者の症状の特性に応じて適切な支援ができるように取り組んでいます。計画は年に2回モニタリングを実施し、中間報告と年度末報告とを作成して支援について検証し次年度に繋げています。計画を緊急に変更する必要がある場合は個別支援会議で検討しています。朝礼、終礼・グループごとの支援会議・全体職員会議等で話し合い、職員が統一した対応がとれる仕組みが作られています。</p> <p>絵や文字、写真・現物等を使用して、コミュニケーションの取り方を工夫しています</p> <p>利用者の症状の特性や程度を踏まえたうえで、一人ひとりに合わせてコミュニケーションの取り方を工夫しています。利用者によっては通常の会話でコミュニケーションがとれる方もいますが、言葉による理解が難しい方には絵や文字、写真・現物等で伝える工夫をしています。また、一日のスケジュールをわかりやすい言葉を使い、縦長の表にして伝える利用者もいます。トイレの入口には「入ってます」などの簡単な言葉を書いたカードをかけて、使用中であるかないかを分かりやすくするなど、きめ細かく利用者が理解しやすい工夫が随所にされています。</p> <p>利用者や職員間のよい関係づくりのために症状の特性に応じてグループを分けています</p> <p>利用者に事業所での時間を「明るく！元気に！楽しく！」(事業所のモットー)に過ごして頂くために症状の特性に応じて支援グループを分けています。グループは身体と知的の2つに分け、知的に症状のある方はまた2つのチームに分けて支援しています。それぞれの特性に応じた作業や休憩、個室の提供等の工夫や、行事やレクでの楽しい時間の共有で利用者や職員間の関係づくりをしています。日々の支援の中で生じる利用者同士がうまく行かない時は、部屋を分けて接点を少なくしたり、調子のよい時にいい関係になるように支援するなどしています。</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

生活介護事業所ですが仕事も行い、レクリエーションも充実させ、入浴も行っています

事業所には毎日、30名ほどの利用者が通所しており、一人ひとりについてその人らしさを発揮できる場を用意しています。生活介護事業所ですが、仕事も行い、レクリエーションも充実させ、入浴も行っています。事業所方針に一人ひとりの生活や生き方を尊重し、その人らしい生活を実現することを目指すことを掲げ、症状の特性に応じてグループを分け、様々なプログラムを提供しています。症状の重い方がほとんどですが全利用者にそれぞれ参加できる作業を用意し、工賃を支払い、大人の社会人としての生活の場を提供しています。

各利用者のその人らしさを発揮できる場面として多様な活動を提供しています

利用者のその人らしさを発揮できる場面として多様な活動を提供しています。日々の作業活動として自主製品の廃油石鹼・再生はがき・フェルト製品などの製作、受注作業として付箋メモ等各種袋詰め、売店での販売等があります。レクリエーション活動が月に2～3回あり、チームごとにカラオケや外食等それぞれ楽しんでいきます。また、月に1回は全体でのイベント(日帰り旅行・コンサート・ひな祭り会等)を実施しています。また、近隣に畑を借り、ボランティアの力を借りて野菜作りをしており、利用者が収穫を楽しみにしています。

昼食は利用者が毎日評価し、作業所内は利用者の作品が楽しい雰囲気を作っています

昼食は近隣にある同一法人が運営する事業所で作られた食事が配食され、当事業所で盛り付けや配膳をしています。毎日、利用者2人が検食評価表で本日の献立の味付け等の評価を行い、利用者も参加する給食会議で意見交換をします。昼食はグループごとに食べ、BGMを流したり、身体的症状の利用者グループではマンツーマンで介助を受けながら食べている利用者もいます。各部屋には空気清浄器・加湿器を置いて部屋の乾燥等に気を配り、部屋によっては壁面に利用者の書道などの作品・DVD収納の手作り壁掛け等を飾り、楽しい雰囲気を醸し出しています。

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

「緊急事態に対応するための連絡カード」で情報を把握して健康維持を支援しています

看護師が毎日2～3名勤務しており、身体的症状の利用者グループに席を置き、利用者と一緒にいて見守りや支援をしています。利用開始時に家族に記入して頂いた「緊急事態に対応するための連絡カード」で利用者のかかりつけ医・服薬や発作の有無・既往歴・緊急事態移送病院・身体状況等、詳細に把握して健康を維持できるように支援しています。カードは年に1回、家族に内容を確認して更新すると共に、年度途中で変更があった場合も連絡を依頼しており、最新の情報になるようにしています。年1回、健康診断を実施し身体状況の把握をしています。

看護師は利用者の状況を熟知して健康維持に努めています

支援職員と看護師が連携して利用者の健康維持に努めています。看護師は支援職員と同じ勤務時間で朝礼から終礼まで一緒の場面で利用者・支援職員と共に利用者支援に入り、利用者の日々の様子を熟知しています。業務日誌には医務からの連絡欄が設けられ、援助記録に看護師が記入することもあり、利用者の情報のほとんどが看護師に集まる仕組みができています。利用者に体調の変化があった場合は速やかに看護師に連絡し確認してもらいます。事業所の近隣には大きな病院があり、緊急時には、短時間で駆けつけられるようになっています。

利用者の薬セットは看護師が行い、与薬は支援員が行っています

利用者の薬セットは看護師が行い、与薬は支援員が行っています。看護師は薬手帳のコピーを家族から頂き、預かった薬に間違いがないか確認しています。誤投薬防止として、あるグループでは本日分の薬を利用者ごと・投薬時間ごとの袋にセットして壁面に吊るし、別の壁面に「お薬カレンダー」として曜日ごとの投薬名簿表に一人ずつ透明ポケットを作って名前カードを差しこみ、服薬が終わった利用者はカードを裏返すと赤字で「〇さんのみました」の表示が出て飲み忘れを防ぐ工夫をしています。また、薬の空袋は回収して確認しています。



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

利用者本人の意向を踏まえて、家族等の協力を得て適切な支援ができるようにしています

利用者・家族の同意・協力を得て適切な支援ができるようにしています。利用開始時には利用者・家族の同意を得て利用者に関する基本的な情報を事業所が定めた統一の様式に記入して提出して頂いています。利用開始後の支援で家族等に協力を依頼する場合は日々の送迎時での家族やグループホーム職員との会話や連絡ノート・電話で連絡しています。また、個別支援計画の報告や本人・家族の希望を伺う際等に自宅やグループホームを訪問して家族やグループホーム職員の顔を見ながら、話を伺うこともあります。

送迎時の会話や連絡ノート、年間予定表等で利用者や事業所の様子を知らせています

家族等には送迎時の会話や連絡ノート・面談・家族懇談会・年間予定表「ふるーる年間カレンダー」、献立表等で利用者の様子や事業所の予定を知らせています。また、事業所のホームページには毎月、月の予定が記載されて事業所の大まかな動きが分かるようになっていています。連絡ノートに事業所での様子を記入し、いつもと違う様子が見られる場合は電話等で速やかに伝えていきます。年間予定表は事業所の年間の開所日・早帰り日・夏休み・全体行事・家族懇談会・希望出勤日・健康診断等の1年間の予定が一目でわかるものとなっています。

家族懇談会が開催され事業所の運営や利用者の状況について報告されています

年に3回、家族懇談会が開催され事業所の運営や利用者の状況について報告され、お互いの情報交換の場になっています。家族懇談会には法人職員、事業所職員が参加し、法人からは新規事業や法人全体の動きについての報告、事業所からは利用者状況や事故やヒヤリハットの報告などもされています。また、外部の講師を呼んで「後見人制度」についての講習等も行っており、親が亡くなった後や、グループホーム入居後についての制度利用を考える機会を提供しています。

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

事業所自体が地域の一員として役割を担い、利用者と共に地域で活動しています

事業所は近隣の学校から出る揚げ油から石鹼を作る等、地域の一員として役割を担い利用者と共に地域で活動しています。運営法人は利用者への熱い思いをもっており、理念に「ソーシャル・インクルージョン」(共生)を掲げ、障がいのある人もない人も地域で共に暮らせる社会作りを目指しています。事業所は生活介護のサービスを提供しており、利用者の多くに知的の症状があり、半数近くは車椅子を使用するなど重い症状がありますが、持てる力に応じて仕事をし、工賃を得て大人の社会人としての生活ができるように支援しています。

毎日のようにボランティアが来園し利用者と交流しています

支援方針の一つに「レクリエーション活動、社会活動、創作活動についてはボランティアを含めた地域との交流を重視します」と謳い、多くのボランティアに支えられています。廃油石鹼づくりでは廃油から石鹼への工程で熟練の技術が必要な部分を担当される方、近隣の畑での野菜栽培を支援して下さる方、イベントでの楽器演奏等、毎日のようにボランティアが来園して利用者と交流しています。月2回のレクの日には初詣・近隣への散策・外食・お花見等近隣の施設やレストラン等にチームで出かけて楽しんでいます。



## 6 評価項目6

【生活介護】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(0000)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている	○非該当
●あり ○なし	3. 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	4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している	○非該当

## 評価項目6の講評

個々の利用者に適切な作業や余暇活動を提供するために多様な活動を用意しています

一人ひとりの利用者に適切な作業や余暇活動を提供するために、多様な活動を用意しています。作業は多岐にわたり、廃油石鹼・小物制作、受注作業、売店での販売や祭りへの出店等があります。余暇活動では毎月の行事や、チームでのレクリエーション、畑での野菜の収穫、休憩時間の音楽等一人ひとりにあったものが用意できるように努めています。また、書道や絵画作品、折り紙・好きな歌手の写真を飾る・ぬいぐるみ・雑誌・新聞などそれぞれの利用者の好きなこと、楽しめることを積極的に取り入れています。

生活面の支援では基本は見守りとし、利用者の自分でできることを大切にしています

生活面の支援では基本は見守りとし、食事や排泄、着脱等について利用者の自分でできることを大切にしています。利用者の半数近くが車いすを使用しており、生活面でも症状の重い方が利用していますが、利用者一人ひとりについてどこまで自分で出来るかよく見極めたうえで支援しています。自分からトイレに行けない利用者には定時排泄で時間ごとにトイレに行くように声をかけています。食事については麻痺があっても自分で食べられない利用者については全介助とし、入浴時には職員2人で介助して安全に配慮しています。

利用者全員が仕事をして、工賃が支払われています

事業所では作業と余暇の両立を目指し、様々な作業を用意しています。利用者一人ひとりについてそれぞれの状況にあった作業を提供できるように受注事業・リサイクル事業・手工芸事業・商品販売など用意しています。工賃については通所契約時に支払う事を説明しています。仕事時間は一日5時間までで、工賃は利用者の作業時間に合わせて支払われています。昨年度は1ヵ月平均で1,845円でした。作業は利用者の負担にならないように配慮しながら進めています。



事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	4-2-1	利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる
タイトル①	多くの質の高い職員や余裕を持った送迎等、利用者の安全と安心に繋がっています	
内容①	当事業所では、利用者の安全、安心を最も重視しています。職員は現在定員30名に対して常勤換算で18.6人、直接支援に携わっている職員一人当たりの利用者数は1.6人となっています。職員の専門性も高く、社会福祉士が4名、介護福祉士が5名、精神保健福祉士が1名、看護師が3名等、多くの有資格者が在籍しています。また、送迎車両も8台用意し、無理の無い送迎ルートでドアツードアの送迎をしています。手厚く質の高い職員による支援や余裕を持った送迎は、利用者の安全と安心に繋がっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている
タイトル②	利用者がその人らしさを発揮できるように工夫し、様々な活動を提供しています	
内容②	利用者がその人らしさを発揮できる様々な活動を提供しています。作業活動として自主製品の製作、受注作業、売店での販売等があります。自主製品の一つにフェルトを使ったクマのストラップがあります。この製品は片手に麻痺のある利用者でも作れるように職員が考案して生まれました。丸いプラスチック容器にフェルトを入れ麻痺のない方の手で振るとフェルトが丸く塊になりクマの原型ができるようになっていきます。このストラップは「かわいい」と大変好評を得ています。ストラップの売上は工賃の一部となり、利用者のモチベーションにも繋がっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	3-1-2	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
タイトル③	通所施設にも関わらず、入浴設備があり、車8台による送迎システムもあります	
内容③	当事業所は通所施設ですが、入浴設備があり、身体的症状の利用者のみならず、知的な症状の利用者も利用しています。浴室は家庭より広めで、1日2～3名が入浴し、同性による介助を徹底しています。浴室にはリフト等の設備はないため、症状が重い利用者には職員2人で介助し安全に配慮しています。また、送迎にも力を入れており、送迎車両は8台用意し、ドアツードアの送迎をしています。利用者ニーズを把握し、安全に配慮しながら、支援に取り組む姿勢が窺えます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	職員が働きやすい職場の環境作りに努めています
	内容	当事業所では職員が働きやすい環境作りに努めています。研修に関しては、職員のやる気を尊重し、職員が参加を主張した研修には、法人内外問わず、参加させています。メンタルケアに関しては、法人では、新入職員が先輩職員に相談できるメンター・メンティー研修制度を設けています。また、当事業所では、様々な同好会があり、職場を離れて職員同士が交流できるようにしています。当事業所では重度の利用者が多く、悩みも多い中、職員自身興味がある分野を学習する機会を作り、先輩に相談する機会を作り、仲間と楽しく過ごせる機会を作っています。
2	タイトル	地域の福祉施設として活発に活動しています
	内容	当事業所では、外部から講師を招き、事業所研修会を開催しています。当事業所看護師の知り合いで医師の先生に来てもらい、知的の症状に関する様々な話を聞く研修会を年に数回開催しています。また、他法人から講師を招き、救急法関係の研修を年2回必ず開催しています。当事業所からも専門性を生かし、養護学校の家族会向け講演会に講師やパネラーとして参加しています。業務面でも地域包括支援センターやヘルパーステーションと連携し、家族の高齢化にも目を向け、地域の福祉の役割を担っています。
3	タイトル	自分らしい過ごし方ができるように、症状の特性や程度に応じてグループに分かれて日中活動をしています
	内容	事業所には毎日、30名ほどの利用者が通所してきています。身体、知的に症状を持つ利用者がそれぞれ自分らしい過ごし方ができるように、症状の特性や程度に応じてグループに分かれて日中活動をしています。日中活動は作業・余暇活動の両立を目指して様々な活動を提供しています。一人ひとりの状況に応じて理解できるような方法で選択肢を用意し、利用者自身に活動内容を決められるようにしています。個別支援計画は利用者が自分らしく生きていけるように事業所での活動だけでなく人生全般にわたる視点でニーズを考えることを大切にしています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	人事異動の時期やルールに課題が残ります
	内容	当事業所の施設長は相模原地域約25事業所のエリアマネージャーも兼ねており、仕事が多岐に渡ります。それにより、当事業所にいる時間も限られています。そのため施設長に代わる主力職員を育てていましたが、人事異動により、他事業所への配置となりました。また、正社員不足の中、非常勤職員から正職員試験に合格した職員がいましたが、正職員試験に合格した職員は他事業所へ異動するという法人ルールにより、他事業所への配置となりました。このように主要人材や正職員が育成中に異動となる状況があり、人事異動の時期やルールに課題が残ります。
2	タイトル	個別支援計画の目標を意識した支援を展開するための工夫が期待されます
	内容	利用者一人ひとりに関する日々の支援内容は援助記録表に記録されています。専用のソフトにより、グループごとに作成されている援助記録表は一人ひとりの個人記録にまとめられて毎月の状況や変化の様子が分かるようになっています。援助記録表は自由記述の書式になっており、主として特記事項が記載されていますが、個別の支援計画の目標を職員が意識したり、目標についての支援内容の実施が記録されにくい書式になっています。個別支援計画の目標を意識した支援を展開するための工夫が期待されます。
3	タイトル	具体的な支援方法をスキルとして蓄積し、手順書やマニュアルとして整備し活用されることが期待されます
	内容	各利用者の作業手順表や一日のスケジュール票等の利用者ごとの支援方法についてマニュアル的に作られています。それを事業所の手順書やマニュアルとしての整備は確認出来ませんでした。事業所は開設して8年になり、症状の特性や程度が異なる利用者、一人ひとりについて、適切な支援ができるように様々な方法を工夫し開発しています。これらの具体的な支援方法をスキルとして蓄積し、効率的に継続していくためにも、手順書やマニュアルとして整備し活用されることが期待されます。