

社会福祉法人 県央福社会
すてっぷ 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

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	8	
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	7	7
利用者総数に対する回答者割合(%)	7	7
	0.0	87.5

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	8	
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	7	7
利用者総数に対する回答者割合(%)	7	7
	0.0	87.5

利用者調査全体のコメント

調査対象7名に対し、有効回答7名と回答率は100%でした。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が85.7%という結果となり、回答したほとんどの利用者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、「手すりをお願いしたら、付けてくれた」、「がんばってください」という回答がありました。一方で、「他の利用者がうるさい」という回答もありました。

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	0	0	0
本設問に対応する回答は、はいが100%、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」が全数の100%であったことから、満足度が非常に高いことが推察されます。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	6	1	0	0
本設問に対応する回答は、はいが85.7%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が80%を超えていることから、満足度が非常に高いことが推察されます。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	4	3	0	0
本設問に対応する回答は、はいが57.1%、いいえが0%、どちらともいえないが42.9%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が50%を超えている回答結果でした。本設問に対するコメントは寄せられていませんでした。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	6	1	0	0
本設問に対応する回答は、はいが85.7%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が80%を超えていることから、満足度が非常に高いことが推察されます。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	6	1	0	0
本設問に対応する回答は、はいが85.7%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が80%を超えていることから、満足度が非常に高いことが推察されます。本設問に対する自由記述は、ありませんでした。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	6	1	0	0
本設問に対応する回答は、はいが85.7%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が80%を超えていることから、満足度が非常に高いことが推察されます。本設問に対する自由記述は、ありませんでした。				

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	0	0	2
本設問に対応する回答は、はいが71.4%、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70%を超えていることから、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、「もめごとがない」「いじめはない」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	5	1	1	0
本設問に対応する回答は、はいが71.4%、いいえが14.3%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が70%を超えていることから、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、「もっとかまってほしい」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	6	0	0	1
本設問に対応する回答は、はいが85.7%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が80%を超えていることから、満足度が非常に高いことが推察されます。本設問に対する自由記述は、寄せられていませんでした。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	5	2	0	0
本設問に対応する回答は、はいが71.4%、いいえが0%、どちらともいえないが28.6%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が70%を超えていることから、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、「行事がある」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	6	1	0	0
本設問に対応する回答は、はいが85.7%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が80%を超えていることから、満足度が非常に高いことが推察されます。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	1	1	0
本設問に対応する回答は、はいが71.4%、いいえが14.3%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が70%を超えていることから、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、ありませんでした。				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	1	3	3	0
本設問に対応する回答は、はいが14.2%、いいえが42.9%、どちらともいえないが42.9%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が半数を下回っていることから、今回の調査を機に取り組み状況を確認することが望まれます。				

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
14.【施設入所支援】 食事の時間は楽しみになっているか	5	2	0	0
本設問に対応する回答は、はいが85.7%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が80%を超えていることから、満足度が非常に高いことが推察されます。本設問に対する自由記述は、「」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	6	1	0	0
本設問に対応する回答は、はいが85.7%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が80%を超えていることから、満足度が非常に高いことが推察されます。本設問に対する自由コメントに、「テレビを観たり、音楽を聴いたりしている」などが寄せられていました。				
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	7	0	0	0
本設問に対応する回答は、はいが100%、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」が全数の100%であったことから、満足度が非常に高いことが推察されます。				
17.【施設入所支援】 職員が利用者の家族等に連絡をする場合、方法や内容等についてあらかじめ利用者の希望が聞かれているか	5	1	0	1
本設問に対応する回答は、はいが71.4%、いいえが0%、どちらともいえないが14.3%の結果でした。設問に対して肯定的にとれる「はい」が70%であったことから、満足度が高いことが推察されます。				

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> <ol style="list-style-type: none"> 1) ソーシャル・インクルージョン（共生社会）の実現（法人理念） 2) 先駆的で開拓的な取り組み（法人理念） 3) 利用者さん・ご家族は大切な「お客様」 4) 利用者さんの人権を尊重し、利用者さん主体の支援を行う 5) 多角的な視点からのケアマネジメント
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>【当法人の職員行動指針】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者さん・ご家族を大切な「お客様」として受け止め、より質の高い支援に努めること。 ・笑顔を大切にされた職場づくりをめざすこと。 ・ホスピタリティ（お互いを思いやり、手厚くもてなすこと）とコーターシー（礼儀正しさ）を持ち合せた人になることを目指すこと。 <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>【当法人の使命（ミッション）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉の現場は、「社会福祉の仕組みや制度を変える」原動力となるという使命をもつこと。 ・福祉の現場は、「社会保障の第一線である」という認識を持って、時代の先端を歩まなければならないという使命を持つこと。 ・どんな人の人生も肯定される社会作りをするという使命をもつこと。

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 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

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、議事録を回覧する等、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。現在のところ利用者等に対する情報提供に課題があると経営層は感じているので、今後の対応策に期待します。

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 3/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇●)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○非該当
サブカテゴリ2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 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(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●)		
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。

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

当ホームは利用者の意思を尊重し、できる限り活動の幅が狭まらないようにしています。そのため地域は、利用者の夜間、休日の生活地域となる重要な場所と認識しています。地域自治会への参加等地域の方々との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、実践出来ていません。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。

ボランティア受入れに関する手引き等を整備していくことが望まれます

当ホームは、利用者の意思を尊重し、なるべく独力で生活をすごせるような支援に努めています。日常生活シーンだけでなく、休日余暇の過ごし方においても、外出を希望するのであればそれが出来るよう関係者と協力した体制を整えています。そのためボランティアの方の存在は重要な位置づけとなっています。しかし、評価時点では受け入れ時の対応が明確になっていませんでした。実施時には、口頭で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。今後は、ボランティアの方の受け入れ体制を整備していくことが望まれます。

カテゴリ3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8
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		
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 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、ホーム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、面談やアンケート等を行い、その時に意向等を確認しています。		
食事に関するアンケートの実施し意向把握し、サービス向上に活用しています 当ホームでは、利用者の食事に関する意向を把握するために、年1回アンケート調査を実施しています。食事提供は配食サービス会社を利用していますが、アンケート結果などを踏まえメニューの考案に活かしています。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。		
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を行っています 当ホームは、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。また、地域の情報をいち早くつかみ利用者に情報提供しています。提供する情報は必要に応じて整理し、利用者が選択しやすいような形で知らせています。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地域との融合を深めるよう、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 9/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		評点(○○○)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		評点(○○○○)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(○○●●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当
○あり ●なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にすることの取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-4の講評

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、課題を職員間で共有し計画に反映しています。さらにグループホームという事業特性を考慮しつつ、利用者の意向を聞き取り次月源可能な計画を策定しています。

半期に一度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、半期に一度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等を行っているなかで事業所に行かせる取組みを取り入れ、より高い成果が出るように取り組んでいます。

利用者が安全に生活できるよう関係機関と連携を図っています

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ホーム内で取組みを行っています。法人内に危機対策管理室があり、予防対策を策定しています。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。経営層は、事故、感染症、侵入、災害等への具体的対処策を関係機関とさらに連携を深め取り組んでいく必要があると認識しています。

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 7/8
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 6/7
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

現場での実践を通じた職員育成が行われています

所長自らが、利用者個別マニュアルに沿った支援となるよう、職員に指導し、スキル向上を図っています。また職員会議の場では、職員各自が気が付いたことを発表してもらったり、他の職員の意見を意識して聞くようにするなどおこない、共有を図っています。また、研修に参加した職員には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を行っています

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。当ホームからも参加しており、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。また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、年3回程度面談を行い、目標の進捗状況確認を行っています。研修に参加している一方で、研修後の共有の徹底や現場での実践が取り組めていないという認識があります。

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		7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		○非該当		
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		○非該当		
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当		
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(0000)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		○非該当		
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		○非該当		
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		○非該当		
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		○非該当		
カテゴリ7の講評					
<p>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</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>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</p> <p>当ホーム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。職員やホームに関係する方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	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>法人の中長期計画に沿った単年度計画を職員全体で共有し意識の統一を図っている</p> <p>法人では、中長期計画を作成しています。それを受ける形の単年度計画を立案する際に、法人中長期計画の読み合わせを職員間で行いました。また同時にホームの事業計画も職員間で共有しました。法人の方向性を確認しながら、事業計画が策定されたので、職員の意識が統一され、一体感のある支援をすることにつながっています。</p>	
サブカテゴリ2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>法人の倫理綱領やガイドブックをガイドラインとした能力向上に取り組んでいます</p> <p>法人の倫理綱領やガイドブックを職員と読み合わせを行い、求められている支援の基準を確認し意識するようになりました。また、権利擁護や虐待防止など近年福祉に求められている事柄についても、研修報告や資料を用いて周知し会議等で話し合いを行っています。支援の基準や求められていることを明確にすることで、取り組み項目がわかりやすくなり、能力の向上が図りやすくなりました。これにより、利用者からのご意見も少なくなったと経営層は実感しています。</p>	
サブカテゴリ3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリ7:「情報の保護・共有」	<input 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	
相談事業所との連携を深め、一体的なサービス提供が可能となっています	

相談事業所との連携をはじめること、担当者や各事業所間で調整がより行われるようになりました。個別の支援計画書に多くの事業所や職員の意見をより反映させるようになっていきます。各事業所での役割を明確にし、当ホームの職員がすべき役割なども確認することにつながりました。また、よりより支援につながるためにも記録の重要性を確認し、意識して取り組むようになりました。これにより各事業所間での振返りやサービス提供のプロセスを確認することが出来るようになりました。それを受け明瞭な計画が立てられるようになり、職員間で共有し、理解することが容易になっています。

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

事業計画に沿った予算立案と執行管理で事業運営を適正に保っています

年間の予算立案を、事業計画に沿った形で作成しています。必要な取組みを予算化することで、ムダな経費等がかからないようにしています。また、収入に関しても、サービス提供の加算項目を把握し、必要があれば取組み、事業運営の安定性につなげています。予算の執行状況を適時把握しながら事業証運営を行っており、支出超過なく事業を推進しています。

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

利用者の意向把握を行い、形にする取組みを継続して行っています

当ホームでは、利用者に対する意向把握を様々な形で行っています。定期的な面談を行い、実際の声として聞いたり、食に関するアンケート調査を行うなどして意向把握に努めています。また、日中活動の事業所とも連携をはかり、利用者のニーズを把握するようにしています。様々な形で把握されたご意見要望は、なるべく形になるようにしています。特に設備・環境面は迅速に対応することを心がけています。実際に、隣室や階上の騒音対策に取り組んだり、お風呂場に手すりを設置したりするなどしています。また、食の面では、配食サービス業者と連携し、嗜好にあったものを提供するなど実際のサービスに活かすなどしています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリ1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	3/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(○○○●)	
評価	標準項目		
○あり ●なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当	
サブカテゴリ1の講評			
<p>法人外の人にも事業所情報を提供することが望まれます</p> <p>法人ホームページと当ホームのパンフレットを作成しています。評価時点ではすぐに入所受け入れできる状況に無いため、積極的に情報提供をしていない現状でした。利用者・家族の期待を考えると情報提供を積極的に行い、そのニーズを明らかにすることで、今後の法人の事業展開への道筋が見えることも期待できます。利用者本位のサービス提供の状況を広く一般の方にアピールするためにも、パンフレットを関係機関に置くことなどで法人外のニーズに対しても対応していくことが望まれます。</p> <p>生活をイメージできる読みやすいパンフレットを作成しています</p> <p>パンフレットには、法人の理念や歴史の他、どんな人が対象で、入所できるのか、施設の設備や職員体制、具体的な支援内容、入居時に必要な費用、入居後の費用負担額ホームでの生活の決まりごとなど具体的に書いています。また、外観や、見取り図、設備内容なども詳しく載せられており、利用者は自分の障害や希望と合うかどうかを判断する材料になります。項目ごとに分かりやすいレイアウトで、利用者が読むことを意識して作成しています。</p> <p>見学希望者は必ず受け付けし、丁寧な説明を行っています</p> <p>当ホームの「利用者本位」のサービス提供を口コミで聞いた、他県の家族会の方々が見学したり、他のホームに入所している方の家族が見学したり、希望があれば、見学を受け入れ、丁寧な説明をしています。実際に利用希望でなく、「サービス内容を比べてみたい」という方々の見学にも対応しています。当ホームの利用者本位のサービス提供の在り方が口コミで広がっています。現状は満室状態が続いており、新規利用者を受け入れられる状態にありません。</p>			
サブカテゴリ2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(○○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当	
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当	

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている			評点(0000)
評価	標準項目		
●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			
<p>運営規定・重要事項説明書を用いて、説明と同意を口頭と書面で行っています</p> <p>運営規定や重要事項説明書の内容は、利用者や家族に対して口頭で説明し、同意を得て書面を交付しています。特に、利用者負担金については、具体的に詳しく説明しています。また、利用者や家族に、ホームでの具体的な生活がイメージできるように、ホーム長が直接利用者や家族と面接を行い、詳しく説明しています。本人に理解頂けるような説明をするために、事前に日中サービス提供事業所の相談員と連携し、本人の特性を聞き、特性に応じた説明を行っています。</p> <p>利用開始時の不安の解消には細心の注意を払った支援を提供しています</p> <p>利用開始直後は「淋しい」という利用者いますが、家族の協力を得て、しばらくは定期的に家族面会をしてもらうなどの工夫をしています。また、家族と離れた生活に少しずつ慣れるように、急な変化が不安を大きくしないように配慮もしています。ホームでも自宅と同じような気持ちで過ごすことができるよう、例えば自宅でラジオを聴いて気持ちが落ち着いていた人は、リビングで過ごすより、一人でラジオを聴く時間を作るように工夫するなど、自宅に近い環境設定をするように配慮しています。</p> <p>退去者が不安なく次の場で生活できるように個別の対応をしています</p> <p>退去時には、安心して次の生活ができるように個別に丁寧な対応をしています。例えば、医療依存度が高くなり、療養型病院に入院をすることになった方の場合、ホーム長が治療入院中に何度も本人を病院に見舞い、今後ホームでの生活が困難である事情を本人に理解できるように説明しています。次の生活先とも連携をすることを説明し、本人が安心して生活を継続できるようにしています。退去後の事務手続きや金銭的なやり取りについても本人や家族に丁寧に説明し、本人や家族の不安や負担感を軽減できるように、個別の状況に合わせた対応をしています。</p>			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している			評点(000)
評価	標準項目		
●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			評点(0●●)
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

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(○●)
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(○○)
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3の講評

月に1回の面接によりアセスメント内容の見直しが必要かどうかを確認しています

サービス管理責任者である所長が、月に1回利用者と個別面接を行い、じっくり話を聴く方法で個別支援計画の内容をモニタリングするしくみが出来ています。利用者の状況に変化がないかどうかをタイムリーに把握したり、利用者のニーズに変更がないかどうかを確認するために毎月行っています。サービスの在り方がこれで良いのかどうかは、事業所独自のモニタリング表に記録しています。日々の支援の中で利用者に変化があれば、さらに短いスパンで支援方法の変更を行っています。

把握した内容を個別支援計画と連動させるするしくみづくりが望まれます

支援方法を緊急に変更する必要がある時には、日々の業務日誌に記載しています。7名の入所者中3名は介護保険を利用しており、変化の度に当事業所内で担当者会議が開かれ、ホーム職員も参加してその支援の方法の変更が検討され、それに応じてホームでの支援方法も細かく変更しています。担当者会議議事録や変更された居宅サービス計画書を職員は必ず見て支援方法の変化は共有しています。今後は、居宅サービス計画書と整合性をもって、随時個別支援計画を変更することが望まれます。

個別支援計画に対する支援経過記録の作成が望まれます

日々の支援は一人ひとりの利用者の一日の流れに沿って、詳細な手順を書いた個別マニュアルに基づいて行っています。日々の利用者の様子や変化は業務日誌に記録され、勤務に入る前に、職員が業務日誌を見ることで、利用者の日々の変化と支援方法の変更を確認してから支援に入る事が出来ています。また「利用者活動記録」という様式に業務日誌の内容を1か月に1回転記していますが、今後は個別支援計画に基づいた支援内容の記録と、日々の変化を時系列でみることで出来る個別支援記録の作成が望まれます。

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 サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況 **6/7**

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(○○○)
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(○○●)		
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		
利用者のプライバシーの保護には注意を払っています 当ホームでは、利用者のプライバシーの保護をするために、無防備な利用者を守るように配慮しています。利用者は所長や職員への信頼が厚く、役所から送られてくる書類の処理を職員に依頼することがしばしばあります。このような場合、必ず、本人の部屋で、本人と一緒に開封し、処理方法を説明した上で、必要に応じて職員が代理で対応するように徹底しています。利用者から職員に、よきに計らって欲しいという希望があっても、利用者のプライバシーに関するものを職員が勝手に開封や処理することはできないことを利用者に伝えています。		
利用者の羞恥心に配慮した支援を実践しています 当ホームでの排泄介助時は、移乗介助をした後、一旦トイレから出て、終了するまで外で待つということを徹底しています。知的障害を重複している方は、利用者本人が羞恥心を意識しない場面もありますが職員が意識して利用者に羞恥心を持って貰えるような対応をしています。また、どんなに信頼関係が構築されても、馴れ合いで、利用者の羞恥心を軽く扱うようなことがないように徹底しています。たとえば職員が敢えて、利用者のパーソナルスペースに無暗に入り込まないように配慮するなどの支援を行っています。		
職員会議で言動の振り返りをして利用者を傷つけないようにしています 法人のガイドブックや倫理綱領を基に職員会議で日々の支援の振り返りを行っています。自分たちのしていることが倫理綱領に反していないか、心理的な虐待になっていないかなどを振り返っています。また、障害特性への理解が無いために、利用者の気持ちを傷つけるような言動を行なう可能性があることへも細心の注意を払っています。対応するするために、障害特性を理解するための知識を職員会議で所長から職員に伝えたり、利用者を尊重した対応のしかたを所長自らが行なってみせるという教え方もしています。		
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
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(○○○)		
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(○○●)		
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(○○○○●)

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

どの職員が対応しても同じ支援を提供出来る詳細な個別支援マニュアルがあります

利用者一人ひとりの生活の支援について書かれた個別支援マニュアルが全利用者に対して作成されています。これを見ることで、新人職員も、利用者個々の配慮すべき点がすぐにわかり、誰でも同じ支援ができる仕組みになっています。入浴や排泄などの、利用者個々の細かい介助方法もすべて個別支援マニュアルに書かれています。加えて個別の発作や胸痛時に標準化した手順で対応ができるように緊急時の個別対応マニュアルも作成しています。一人ひとりの障害特性や個性に応じた質の高い個別支援を提供できる体制が築かれています。

提供しているサービスの変更の基準や手順を明らかにする工夫が望まれます

当ホームの職員間では、利用者の状況の変化についての情報の交換は常に行われており、誰かが感じたことをそのままにせず、言い出せる雰囲気になっています。日頃交換している利用者情報を職員会議という場で統一し、会議録の回覧で共有するというシステムが出来あがっています。利用者の安全性に不安があるようなことが起きた時にも、すぐに話し合い、すぐに変更するようにしています。サービス提供しながら、都度対応する仕組みは確立しています。一方で、どのような時に、どのような手順で提供しているサービスの変更するのかが明確になっていません。

職員の知識・技術の標準化を図る体系づくりが望まれます

利用者支援に必要な知識を得る研修は、法人主催の研修や地区社協主催の研修があり、主に常勤職員が参加しています。「ウエルフェアレポート」を読むことも知識を得る為に役立っています。また、職員一人ひとりのプロ意識は高く、介護福祉士や精神保健福祉士の資格取得に向けて学んでいる職員もいます。しかし、様々な勤務形態や知識レベルの違う職員をホームとして育成するシステムがありません。今後は、ホームとして、職員の知識・技術水準の標準化を図るために研修体系を作ることが望まれます。

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 / 23															
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>一人ひとりの特性に応じたきめの細かい支援を実行しています 当ホームは、利用者の個別支援計画に基づき支援を行なっています。また、個別支援計画を補完するかたちで個別支援マニュアルを一人ひとりに対して作成しています。そのマニュアルは、入浴や排泄介助の方法等を誰でも同じ方法で行えるように、全職員に配布し支援の標準化を行っています。また利用者の状況変化に対応した支援方法の変更は、職員会議で全職員の意見を取り入れて変更しています。支援方法の徹底をするために、所長と一緒に支援に入り、職員の支援方法を確認したり、直接指導するなど、きめ細かい支援をするための教育を行なっています。</p> <p>生活に必要な情報を迅速かつ適切に利用者に届ける工夫をしています 利用者が一人では理解しにくい制度やサービスについて、正確な情報を早く得る努力をしています。たとえば職員が関係行政や店舗に向いたり、電話で確認をしたりして、年金や利用するサービス、携帯電話の購入方法などの情報を正確に利用者に知らせています。また、障害の特性に合った情報提供方法を工夫しています。例えば、利用者が理解しやすい平易な言葉で説明を行うなどの工夫をしています。さらに、情報によって利用者に不利益が被らないように、場合によっては取捨選択して情報提供をするように配慮しています。</p> <p>利用者の本当の想いを聴く姿勢を大切にしています 利用者の自立生活を支援するための大切な話は、利用者の居室に訪問することで、利用者が安心して自分を出せる環境の中で行うように徹底しています。また、利用者が本当にどうしたいのかという想いをくみ取るように努めています。具体的には、発せられる言葉だけに左右されることなく、本人がどのようなアクションをする人であるのかをおもひながら、表情など言外のコミュニケーションにもアンテナを張りながら聴くように努めています。さらに本人の本当の想いを聴くことを職員全員ができるように職員会議で確認し合っています。</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

自由に生活できる寛容な雰囲気づくりをしています

当ホームの玄関は自動ドアで、利用者が一人で自由に外出できます。近所のスーパーに電動車いすやシニアカーで買い物に行く人もいます。玄関ドアから道路までは緩やかなスロープで、安全に配慮した環境を整えています。室内での喫煙も、飲酒も制限していません。一人ひとりのホーム内外でしたい生活を制限しない方針です。出かけたい時には出かけ、出かけたくない時には部屋にこもり、話したい時には話し、話したくない時には黙ることが保障されています。職員は、利用者が自然体の生活ができる雰囲気づくりを意識して作っています。

ホームでの生活上のきまりごとは、利用者と相談して決めています

職員は、職員と利用者の会話がいつでも出来る雰囲気づくりを意識して作っています。自治会や利用者会議のような形はありませんが、困り事を相談すると、すぐに話しあって、解決が出来ます。例えば、洗濯室の隣に住んでいる利用者が夜間の洗濯機の音がうるさくて眠れないと職員に訴えた時、利用者の意見を反映して、夜間の洗濯機の使用はしないことに決めました。職員からも、積極的に、利用者に「困りごとが無いのか」の声かけをするようにしています。利用者職員が双方向にいつでも話ができる雰囲気があり、困りごとの解決に務めています。

ホームの食事が一番だと言ってもらえる食事です

利用者は、朝食の味噌汁を飲んで「ホームの食事が一番だなあ」と言うほど、食事が楽しみな施設となっています。それには様々な工夫があります。ひとつは、1年に1回、必ず食事に関するアンケートを実施し、施設と配食業者との話し合いが持たれ、利用者の希望のメニューが出るようにしています。二つめには、季節感が持てる食事の工夫をしています。新年会に寿司屋さんがホームに来て握ってくれることで、お正月らしさを楽しみ、春、夏のお彼岸にはおはぎを出し、夏には1階のベランダでバーベキューをして食事を楽しんでいます。

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

他事業所の看護師と連携を図るなど、医療に関する連携は密に行っています

当ホームでは身体的な特徴から、床ずれが出来る方もいますが、他職種が連携して治療する体制が出来ています。日々のお世話をする職員が発見し、週に1回勤務するホーム看護師に報告します。看護師は治療方針について、医師の指示を得て、施設職員に周知徹底します。また、日中サービス提供事業所の看護師とも処置方法の共有を図ります。共有の方法は、連絡帳の活用や電話を活用し、医師の指示書等の共有を図っています。このような方法で、隙間の無い医療連携を職員は心がけています。

健康の維持に食事は大切だと伝えています

利用者の中には好き嫌いの多い方もおられます。職員は、バランスの良い食事摂取が健康の維持に大切であることを伝える努力をしています。利用者一人ひとりに分かりやすく、受け入れやすい言葉で説明しています。調理担当者は、利用者が偏りなく食事から栄養を摂取できるように工夫もしています。例えば、嫌いな食材を食べやすくして提供するために、嫌いな野菜をハンバーグに入れたり、細かくして酢の物に入れたり、嫌いな魚を竜田揚げにしたりという工夫をしています。職員全員が利用者の健康を願い、食事の重要性を理解した対応を行っています。

職員は、薬は命の綱と認識し、服薬管理を徹底して行っています

利用者全員が服薬をしており、薬を自己管理できる方はごくわずかな人数です。職員は、「薬は利用者の命の綱」と認識して、自己管理出来ない方の薬を間違いなく飲めるようしています。具体的には、誤薬がないようにする為に、朝と夕の食後の薬は、職員が2人で氏名と薬を確認して器に入れ、利用者が口に入れることを確認しています。利用者の「命を守る」職員の大きな仕事と職員一人ひとりが意識し、誤薬、服薬漏れの防止に注意しています

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(○○●)
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

本人の意向を何よりも優先しながらご家族等との連携を図っています

家族や利用するサービス提供者への連絡をする時も、必ず本人にその旨を伝えて、了解を得るようにしています。本人が家族に心配を掛けたくないのに連絡を取らないで欲しいという場合は、本人の意向を尊重して、頻りに連絡しないようにしています。本人と家族の意向が合わない場合、例えば、本人にとってはこだわりのある衣類でも家族にとっては古い衣類にしか見えないので捨てて欲しいという要望があった時なども、家族に会う時には着ないけれど、捨てないという本人の意向を優先して対応しています。

家族とのやり取りは関係性に配慮しながら綿密に行っています

外泊時の様子は、家族が電話で教えてくれます。ホームから家族には、ホームでの生活の様子を書いた連絡帳や電話を利用しています。体調の変化はご家族が最も不安に思っておられることなので、特に詳しく報告するようにしています。本人と家族の関係性を壊さないことを何よりも大切に考えており、これまでの利用者本人と家族との関係性を深く理解し、関係性に配慮した対応をする為に常勤職員のみが家族との連絡窓口となっています。今後は、どの職員も連絡できるよう、利用者理解を深めより良い支援をしたいと経営層は考えています。

利用者がどのように生きて来たかを知り、本人理解に活かすことが望まれます

当ホームでは、利用者との話の中で元気な時に何をしていたか等、過去のことを取上げて聞かないようにしています。経緯だけがわかれば良いと考えており、これからどうするかが大切だと考えています。しかし、人を統合的に理解し、これからどのように生きて行くのかを一緒に考えるためには、今という点だけではなく、どのように生きて来たのかという線や面で利用者を深く理解することが必要です。本人や家族と協力のもと、深い利用者理解に基づいて未来に向けた支援をすることが望まれます。

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(○○)
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

たくさんの情報の中から利用者が選択して参加しています

ホームは自治会に入会しており、回覧板はコピーして事務所前に掲示しています。社協まつりや地域のお祭りにはヘルパーさんの付添で出かける方もおられます。入所すると、必ず地域の公民館に職員と一緒に出掛けることにしており、場所を伝えるだけでなく、さまざまな活動が地域にもあることを伝えて、参加することを勧めています。車いす友の会や法人の「性の勉強会」などへの参加も勧めています。数ある情報の中から利用者は好みに応じて参加することもしないことも自分の判断で取捨選択出来るようになっていきます。

利用者の選択次第で、どこにでも出かけられる体制を整えています

入所すると、まず、バスと電車で出かけることを体験します。必ず、職員とマンツーマンで出かけて、出かける方法を知ります。出かけようと思えば、電動車いす、シニアカーの方は1人で出かけることができます。その他の方はヘルパーさんの付添や職員同伴で、いつでも出かけられる体制になっています。職員はもっと積極的に外に出掛けて欲しいと願っていますが、あまり積極的になれない利用者が多い現状です。ホームで過ごすことを楽しんでおられるようですが、もっと外出したいと思う動機づけが必要かもしれません。

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>利用者の意欲とプライドを大切にした支援をしています</p> <p>本人の意欲を大切にした支援をしています。例えば、転倒のリスクがある人でも、本人が「一人で入浴したい」という強い希望がある場合には、職員はさりげない見守りを行いつつ、一人で入浴することを支援します。その際に、安全な入浴方法を受け入れて貰えるような信頼関係に基づくコミュニケーションの工夫も行なっています。安全重視をし過ぎて、本人の意向を無視したりプライドを傷つけないように配慮し、本人の意欲と能力の維持・向上を目標としています。また、本人が納得する方法と一緒に見つけられるように、信頼関係の構築に努めています。</p> <p>「働きたい」という気持を実現できるように支援します</p> <p>本人が「働きたい」と希望する限り、実現できるように支援します。病院からの退院時、「とても就労など考えることができない人だ」と申し送りを受けても、本人が希望する限り、あきらめることなく、支援しています。デイサービスから始めて、就労移行事業所への通所に移行した実績も当ホームにはあります。本人も職員も粘り強く頑張り、実現に向けて共に生活を送っています。本人の能力を少しでも高められるように、心身ともにリカバリーするように職員は寄り添うことを旨としています。</p> <p>本人の希望を可能な限り尊重し、実現に向けた支援を行っています</p> <p>本人が希望することは何でも体験できるような支援を行います。コンサートに出かけたり、日帰り旅行にヘルパーさんと行ったり、野球観戦、スカイツリー見学など、本人が希望すれば出かけられる方法を、職員は必ず考えます。職員と一緒に墓参した方もおられます。はつきり場所のわからない家族のお墓を、電車を乗り継いで、本人と職員で探してやっと墓参できました。旅行に全員で行くことは、それぞれの経済状況の違いや職員体制などから実現できていませんが、ボランティアさんの活用などを検討して実現できるように工夫しています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-6-3	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①	提供するサービスの質を一定水準に保つために所長がマンツーマンで指導しています	
内容①	排泄、入浴などの直接介助のほか、料理や掃除など、何でもできる多様性のある人材、直ぐに動ける人材育成に力をいれています。所長と一緒に介助に入り、一人ひとりの職員にマンツーマンで介助方法や支援の方法なぜそうするかという理由を伝えながら教えることで、提供するサービスを一定水準に保っています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-1	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	利用者の本当の想いを聴く姿勢を大切にしています	
内容②	利用者の自立生活を支援するための大切な話は、利用者が安心して自分を出せる環境の中で聴けるように利用者の居室に訪問することを徹底しています。また、利用者が本当にどうしたいのかという想いをくみ取るように努めています。具体的には、発せられる言葉、リアクションや表情など言外のコミュニケーションにもアンテナを張りながら聴くように努めています。さらに本人の本当の想いをどのように聴くことができるのかを職員会議で話し合っています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	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③	自由に生活できる寛容な雰囲気づくりをしています	
内容③	自由に生活できる環境整備をしています。具体的には、ホームの玄関は自動ドアで、利用者は一人で施設の外に出ることができます。玄関ドアから道路までは緩やかなスロープで、電動車いすやシニアカーで近所のスーパーに自由に買い物に行くことができます。喫煙、飲酒も制限していません。利用者がしたいことを基本的に制限しない方針です。出かけたい時に出かけ、出かけたくない時には部屋にこもり、話したい時に話し、話したくない時には黙ることが保障されています。職員は、利用者が、自然体の生活ができる寛容な雰囲気を意識して作っています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	自由で、寛容な雰囲気ホームです
	内容	当事業所は利用者の生活をホームの「決まりごと」で縛り付けないようにすることを大事にしています。利用者のこれまでの生活の継続ができるように様々な工夫をしようとする姿勢が随所に、どのようにして利用者の希望を叶えるかを最優先にしています。利用者の自由性を最大限に尊重し、出かけることも、出かけないことも自己決定を尊重して押し付けないようにしています。お酒を飲むことも、たばこを吸うことも制限せず、自宅に住むのと同じように、自分らしく自由に生活することを保障しようとする寛容なホームです。
2	タイトル	人の出入りが多く、風通しのよい雰囲気があります
	内容	同じ建物内に、他の事業所がいくつも入っており、多くの利用者、職員の出入りが多くあります。サービスそのものの関わりが無くても、多くの人と利用者が接する機会があり、ホームが密室化しない環境にあるといえます。多くの人の出入りを自然に受け止めて、地域で生活していることを実感できる雰囲気にあります。
3	タイトル	員育成上、望まれる職員像がはっきりしています
	内容	人研修を集中して行い、即戦力になることを求めています。新人職員も直ぐに、利用者支援ができるように、個別支援マニュアルに基づいた所長による個別支援マニュアルの説明と直接介助と一緒に入り教育するという機会を入職後すぐに設けています。また、身体介護、家事など何にでも対応できる多能性のある柔軟な人材になるという望まれる職員像がはっきりしています。どんな利用者の支援でも、柔軟に対応できる職員になることを目指して職員育成を行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	サービスの標準化に向けたマニュアル作成が望まれます
	内容	個別支援マニュアルではなく、ホームとしての支援の標準マニュアルの作成が望まれます。これができることで、どんな入居者にも、標準的なサービス提供をどの職員でもできます。これに基づいて、すべての職員が利用者アセスメントにかかわり、本人にあった個別マニュアルが個別支援計画として出来上がると、制度で求められている書類と実際につ活用する書類が重なり、仕事量の削減にもつながります。
2	タイトル	当ホームだけの課題ではありませんが、高齢化に向けた取りくみが望まれます
	内容	利用者の高齢化がホームの課題ですが、どのような方向性で運営するのかの見通しが見えず、現状では、病院への入院、医療療養型病院や特養への入所などを模索することになっています。「ホームで看取る」という方針が確定すれば、どのようにして看取るかという方法論を論じ合うという次のステージの議論ができます。その取り組みを早急に行うことが望まれます。
3	タイトル	書類や記録を共有するしくみづくりが望まれます
	内容	制度上必要な書類の整備はできています。利用者の個々の状況把握やそれに対応する支援は問題なく実施されています。この行われていることをしっかりと振り返るためにも、記録する仕組みがあると安定します。今後は、アセスメント表に始まるケアマネジメントサイクルに必要な書類や支援経過記録、会議録などをタイムリーに作成、記録し、責任をもってサインをすることや、全職員で共有するしくみづくりが望まれます。