

「福祉サービス第三者評価を準用した調査」結果報告書

社会福祉法人ゆきわり会
理事長 関 良 殿

平成31年3月31日

郵便番号 140-0001

所在地 東京都品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー9階

評価機関名 株式会社 川原経営総合センター

認証評価機関番号

機構 02 — 012

電話番号 03-5422-7348

代表者氏名 川原 丈貴



以下のとおり調査を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	新井 結花	福祉	H0802032
	②	成田 勝	経営	H0201010
	③	水田 智博	福祉	H1001029
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	短期入所			
調査対象事業所名称	ゆきわり荘			
事業所連絡先	郵便番号	038-0042		
	所在地	青森県青森市新城字平岡56-1		
	電話番号	017-787-3121		
事業所代表者氏名	関 良			
契約日	2018年 6月 1日			
利用者調査票配布日(実施日)	2018年 8月 26日			
利用者調査結果報告日	2018年 9月 5日			
自己評価の調査票配布日	2018年 6月 28日			
自己評価結果報告日	2018年 9月 5日			
訪問調査日	2018年 9月 6日			
調査結果合議日	2018年 9月 6日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	・標準手法である利用者ご本人に対する聞き取り調査を行いましたまた、聞き取り調査の当日に、施設内の様子を拝見しました。 ・滞在調査では、調査員が定時間施設内をラウンドし、生活や活動の様子を拝見する中で、利用者の意向を可能な範囲で把握しました。 ・職員の自己評価では、オリジナルの回答シートを用意し、階層別の評点分布だけでなく、より問題点を特定しやすいように集計結果をまとめて、事業所に報告しました。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む調査結果報告書を受け取りました。

平成31年3月31日

事業者代表者氏名 青森県青森市大字新城字平岡56番地の1

印

社会福祉法人 ゆきわり会

理事長 関 良



1	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>事業者が大切にしている考え方(事業者の理念・ビジョン・使命など)のうち、特に重要なものの(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)虐待防止委員会は虐待防止法の具体的な内容を職員へ周知徹底し、利用者への対応など人権意識の向上に取り組みます。 2)第三者オンブズマン(セーフティーネットあおもり)が客観的な視線で施設への提言や指摘・検討をおこないます。 3)利用者が安心して安全に、明るく、楽しく過ごしていただけるサービスを提供します。 4)衛生委員会による職員の健康管理とストレスチェックを実施し働きやすい環境を環供します。 5)資質の向上及び専門性の向上を目指して、内部研修の実施や外部研修への積極的な参加をすすめ、職務能力の向上と自己啓発に努めます。</p>
2	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>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>利用者の意思及び人格を十分に尊重し、常に利用者の立場に立った質の高いサービスの提供に努める。</p>
	<p>(2)職員に期待すること(職員に持つて欲しい使命感)</p> <p>法人の理念及び事業所の目的を理解し、行動し実現していく。</p>

調査対象

対象は登録者全員。事業者と協議し比較的コミュニケーションに支障がなく意向確認ができる4名の利用者から個別の聞き取り調査を実施しました。内訳は男性3名・女性1名

調査方法

・一人30分程度、施設内で聞き取り調査を実施。事前に施設側に対象者の特性を所定のシートにまとめていただき、参考としました。

利用者総数

9

共通評価項目による調査対象者数	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(%)
		0.0 44.4 44.4

アンケート	聞き取り	計
	4	4
	4	4

利用者調査全体のコメント

- ・標準手法である利用者ご本人に対する聞き取り調査を実施しました。さらに聞き取り調査を補完する目的で、聞き取り調査の当日に合わせて滞在調査を実施しました。
- ・聞き取り調査当日の昼食は、給食の試食も兼ねて、利用者と同じ献立の昼食を食堂で一緒にとらせていただきました。
- ・滞在調査では、担当評価者がお昼を挟む一定時間、施設内をラウンドし、作業や活動の様子を拝見する中で、利用者の意向を可能な範囲で把握しました。
- ・総合的な事業所に対する評価は、「大変満足」「満足」と回答した方は50%です。
- ・個々の設問においては、13設問中5設問にて満足度が70%以上と個々の取り組みについては、一定の満足度が示されました。

利用者調査結果

共通評価項目	実数				
	コメント	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の時間が楽しいひとときになっているか		3	1	0	0
	「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されており、「美味しいです」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は25%です。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか		3	0	0	1
	「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されており、「使えています」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」と回答した方は25%です。				

3. 事業所の生活に安心感があるか	2	1	1	0
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」「いいえ」と回答した方は25%ずつです。				
4. 利用時の過ごし方は個人のペースに合っているか	1	1	1	1
「はい」と回答した方は25%で、「自由に過ごせています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」「いいえ」と回答した方は25%ずつです。「無回答・非該当」は25%です。				
5. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	4	0	0	0
全員の方が「はい」と回答しており、非常に高い満足度が示されています。「掃除をしてくれる人がいるので綺麗です」といった声が寄せられています。				
6. 職員の接遇・態度は適切か	3	1	0	0
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は25%です。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	2	0	1	1
「はい」と回答した方は50%です。「いいえ」と回答した方は25%です。「無回答・非該当」は25%です。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	0	0	1	3
「いいえ」と回答した方は25%です。「無回答・非該当」は75%です。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	2	1	0	1
「はい」と回答した方は50%で「優しくしてくれています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は25%です。「無回答・非該当」は25%です。				

10. 利用者のプライバシーは守られているか	3	0	0	1
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されており、「職員から嫌なことは言われません」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」は25%です。				
11. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	1	0	2	1
「はい」と回答した方は25%です。「いいえ」と回答した方は50%で、「分かりやすくありません」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」は25%です。				
12. 利用者の不満や要望は対応されているか	1	1	1	1
「はい」と回答した方は25%です。「どちらともいえない」「いいえ」と回答した方は25%ずつで、「担当者に声をかけても忙しいからといわれてしまう」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」は25%です。				
13. 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	0	2	1
「はい」と回答した方は25%です。「いいえ」と回答した方は50%で、「知りませんでした」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」は25%です。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

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												
		7／7												
	評価項目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)を周知している													
	評点(○○)													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">評価</th><th style="text-align: center; padding: 2px;">標準項目</th><th style="text-align: right; padding: 2px;"></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</td><td style="padding: 2px;">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)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</td><td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="radio"/> 非該当</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</td><td style="padding: 2px;">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、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</td><td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="radio"/> 非該当</td></tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)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	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、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			
評価	標準項目													
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)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												
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、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												
	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(○○)													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">評価</th><th style="text-align: center; padding: 2px;">標準項目</th><th style="text-align: right; padding: 2px;"></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</td><td style="padding: 2px;">1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている</td><td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="radio"/> 非該当</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</td><td style="padding: 2px;">2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している</td><td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="radio"/> 非該当</td></tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	<input type="radio"/> 非該当			
評価	標準項目													
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	<input type="radio"/> 非該当												
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	<input type="radio"/> 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(○○○)													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">評価</th><th style="text-align: center; padding: 2px;">標準項目</th><th style="text-align: right; padding: 2px;"></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</td><td style="padding: 2px;">1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている</td><td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="radio"/> 非該当</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</td><td style="padding: 2px;">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</td><td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="radio"/> 非該当</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</td><td style="padding: 2px;">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</td><td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="radio"/> 非該当</td></tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
評価	標準項目													
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当												
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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												
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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													
	<p>法人理念をはじめ、大切にしている考えが浸透・実践されています</p> <p>法人理念「利用者の命を守る 利用者にハピネスをスマイル」をはじめ、基本方針、サービスの理念と事業目標、行動規範を毎月の会議にて唱和し、法人職員としての意識の醸成と支援の実践に結び付けられるように取り組んでいます。特に虐待防止に向けた人権意識の向上や第三者オブズマンによる客観的な視点を持った施設運営に努めています。職員の自己評価では、おおむね理念の浸透・実践について出来ている結果でした。しかし、利用者や家族に対しては改善の余地がある結果となっていますので、さらなる浸透・実践に向けた取り組みが期待されます。</p> <p>組織図や役割分担表等に基づく職務内容・役割理解のさらなる浸透が期待されます</p> <p>法人の障害福祉事業については、ゆきわり拠点およびねぶた拠点とに分かれ、総合施設長が2拠点の管理者に位置づけられています。各施設に園長または管理者が配置され、部長、課長、主任が管理職層をサポートする体制となっています。法人サービス部の職務分掌、施設内の業務分担表が事業計画書内に明文化され、組織内の役割分担や職務内容、役割を理解しやすい工夫がなされています。しかし、職員の自己評価では、改善の余地がある結果となっていますので、改めて、組織人として立ち振る舞えるよう組織の中の役割理解を図ることが期待されます。</p> <p>連携会議にて法人全体の情報共有や事業運営の方向性、ビジョンの共有を行っています</p> <p>ゆきわり拠点およびねぶた拠点の連携会議を開催し、法人全体の情報共有を行うと共に、事業運営の方向性やビジョンを共有しています。また、定期的に主任以上の職員による園長会議を開催し、各事業所の園長が参集し、意見交換が出来る機会を設けています。しかし、園長会議等で行われた討議内容や決定事項が現場の職員へ十分に周知されていないことが課題となっています。今後、情報共有の仕組みを見直すと共に、職員自身が法人・施設経営に関心を持ち、情報を自ら取りに行く意識を高めていくよう働きかけていくことが期待されます。</p>													
	カテゴリー2													
2	事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行													
	サブカテゴリー1(2-1)													
	事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況												
		6／6												
	評価項目1													
	6／23													

事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している

評点(○○○○○○)

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について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
●あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
●あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
●あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
●あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(2-2)

実践的な計画策定に取り組んでいる	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	0/5
------------------	-------------------	-----

評価項目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)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している

評点(●●●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
○あり ●なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
○あり ●なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

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. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
○あり ●なし	2. 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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

利用者会議や家族会との意見交換、地域福祉に関する情報収集を行っています

5つの班の代表による利用者会議にて、利用者の生活全般に関することや外出行事の行き先などについて、利用者の意向を把握し、日々の活動に反映できるようにしています。毎月実施予定ではありますが、現在、なかなか実施できない状況があります。また、食事に関する嗜好調査を行い、献立に反映するようにしています。家族会の活動も活発で、家族会主催のビアホールや一泊旅行などの行事や定例会を行って、法人との意見交換を行っています。理事長が県議会議員や町会長等を務めており、地域福祉に関する情報が入りやすい役割を担っています。

法人・事業所のありたい姿に向けた中長期的な事業計画の策定が期待されます

市内利用者が減少していくことを見越して、数年前から東京圏内からの利用者の受け入れを積極的に行い、グループホームや生活介護事業を中心に事業展開を進めてきました。それに伴い、新たな人材を採用し、研修プログラムを通じた育成にも力を入れて取り組んでいます。しかし、現在、法人の中・長期的な事業計画(事業構想)は明文化されていません。また、組織一丸となって実行していくためにも、中長期的な視点で法人・事業所のありたい姿を事業計画(事業構想)として、職員間で共有できる形に明文化することが期待されます。

理念やビジョンを実現するための具体的な行動計画を策定することが期待されます

事業計画書には法人理念や基本方針、サービスの理念と事業目標などが示され、5つの班や医務部、給食部などの各セクションの取り組み、マニュアル的な内容が網羅的にまとめられています。しかし、5つの班や各セクションの取り組み内容は、理念やビジョンを実現するための具体的な行動計画になっておらず、法人・施設を取り巻く組織・サービスに関する課題解決やさらなる高次化という視点が十分に盛り込んでいません。今後、法人・施設のありたい姿の実現に向けて、5W2Hの要素を盛り込んだ具体的な行動計画を策定していくことが期待されます。

カテゴリー3

3 経営における社会的責任

サブカテゴリー1(3-1)

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

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

2/2

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、遵守されるよう取り組んでいる

評点(○○)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 全職員に対して、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(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるように取り組み、定期的に確認している。	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(3-2)

利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている

評点(○○)

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	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている

評点(○○)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3(3-3)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

5/5

評価項目1

透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる

評点(○○)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている

評点(○○○)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー3の講評

法人職員としての心構えをきちんと理解する機会を設けています

毎月の会議にて、「利用者に対して強制的な言葉遣いや威圧的な対応は行いません」「支援・援助者としての社会的立場を自覚し仕事をします」といった7つの行動規範を唱和すると共に、新人職員に対しては、入職時のオリエンテーションにて園長より説明がなされ、法人職員としての心構えをきちんと理解した上で支援にあたるようにしています。また、苦情相談窓口については重要事項説明書に記載され、苦情解決責任者は園長としています。施設のサービス部長、課長を苦情受付窓口担当とし、市の障がい者支援課、オンブズマン等も併記されています。

啓発ポスターの掲示やセルフチェックリストを用いて、虐待防止に努めています

職員、利用者、家族の立場に立って、適切な支援や行動がとれるよう『呼び捨ては虐待の第一歩』と書かれた啓発ポスターを掲示し、意識を高めています。3か月ごとに虐待セルフチェックリストを行い、虐待防止委員会が集計し、前回と対比するなど分析をしています。「利用者への支援に関する悩みがある」「仕事にやる気を感じない」「体調がすぐれない」といった自由記述欄を設け、支援での悩みや精神的な不調をいち早く察知し、虐待に発展しないよう、上司との面談を希望する職員とは面談を行い、予防的な対応に注力して取り組んでいます。

社会貢献活動として、障害福祉の理解と普及・貢献に向けた研修会を開催しています

今年度から社会貢献活動として職員と共に地域住民を招いた研修会を開催しています。「たすけ愛、ささえ愛、ちいき愛」と書かれた案内チラシを利用者と職員が地域に配布し参加を呼び掛けました。講師は外部から招き、1回目「障害者虐待防止」、2回目「発達障害」について行い、3回目「精神障害」は地域の他法人のデイサービスの職員も参加しました。法人として、これまで培ってきた障害福祉に関するノウハウを地域に還元することで、障害福祉の理解と普及・貢献を目的としています。1,2月は新城地区社協と協同で独居老人に食事提供する予定です。

カテゴリー4

4 リスクマネジメント

サブカテゴリー1(4-1)

リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

5/5

評価項目1

事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる

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の実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をついている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(4-2)

事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている

評点(○○○○)

評価

標準項目

● あり ○ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 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・管理している	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー4の講評

「利用者の命を守る」ことが法人・施設の使命です

法人理念の通り、「利用者の命を守る」ことを施設経営の中で最も優先順位の高いリスクに位置づけています。事業拡大に伴い、各拠点・施設・事業所のリスクマネジメントの標準化を図るために事業計画書をマニュアル的に活用できるようにしています。感染症予防・発生時の対応、関係先連絡一覧表、不審者対応、夜間火災時の対処要項、緊急時連絡網、緊急呼集連絡網などの緊急時の対応方法が手順ごとに分かりやすくフローチャート図で整理されています。事業継続計画は作成中で、ハザードマップに基づく非常災害についても要項を取りまとめています。

事故を未然に防ぐための、再発防止策の検証・評価の強化が期待されます

施設内で発生したケガまで行かない未然の事象をヒヤリハット、事後の事象を事故として取り扱い、所定の書式にて記録化しています。事故が発生した際は、役職者と職員で発生した原因や再発防止に向けた検討を行い、組織としての方向性や対策について職員間で共有し、対応策を講じています。重度の利用者が多いこともあり、事故が多い現状があります。事故を未然に防ぐための危険予知能力を高める取り組みの強化や、事故の再発防止に向けた対応策の検証・評価を、一定の期間をおいて振り返る機会を持つことが期待されます。

個人情報同意書の利用目的の明確化とSNSを含めた取り扱いの再周知が望まれます

利用者の個人情報については契約時に説明し、同意書を取り交わしています。ただし、同意書の個人情報を利用する目的が曖昧なため、より具体的な表記が期待されます。個人ファイルなどは施錠できる書庫にて保管しており、パソコン上の情報管理について、職層ごとで使用できるパソコンを分けて、外部委託してセキュリティ対策を講じています。データについては、アクセス権限を設定し、閲覧できる職層を限定しています。新人研修時に個人情報について学びますが、SNSを含めた、個人情報の取り扱いについて再周知の機会を設けることが望まれます。

カテゴリー5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー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・定着に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

12／12

評価項目1

事業所が目指していることの実現に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. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している

評点(○○)

評価

標準項目

<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる

評点(○○○○)

評価

標準項目

<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4

職員の定着に向け、職員の意欲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. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と待遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

3／3

評価項目1

組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる

評点(○○○)

評価

標準項目

<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	<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、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー5の講評

人事異動による組織の新陳代謝や支援の方向性を職員間で話し合いながら実践しています

法人全体で人事異動案が作成され、将来の法人経営を担うキャリア形成を後押しするため、人事異動を定期的に行っており、適材適所の人材育成に取り組んでいます。管理職層の異動も積極的に行われ、組織の新陳代謝を図りながら、各自のキャリア形成に取り組んでいます。また、利用者ごとに職員の担当制を敷いており、利用者支援における問題行動や悩みなどがあった場合は、職員会議にて、利用者情報の共有、検討、対応方法の方向性を話し合い、利用者の特性に合わせた支援方法を考えながら実践しており、風通しの良い職員間の関係性が推察されます。

目標チャレンジシートを用いた人事考課制度を導入しています

拠点目標から施設・部門で取り組む目標を設定し、組織目標との連動性を重視した個人の目標チャレンジシートを用いたキャリアアップの仕組みを導入しています。面接を通して目標を設定すると共に、現状と達成後の姿を設定し、それに向けた手段やスケジュール、達成した成果を記載します。取り組みの進捗状況や軌道修正を中間面接を行い、個人目標に合った外部研修に参加できるよう働きかけています。自己評価、一次・二次考課が5段階で行われ、フィードバック面接を通して、組織が求める職員像に向けた成長を自ら主体的に取り組めるようにしています。

階層別の研修体系を整備していると共に、内部・外部研修にも積極的に参加しています

法人の研修体系として、全職員、新任職員(3年未満)、基礎編修了者、中途採用者、指導職(サービス管理責任者、主任、課長等)、管理職(副園長・園長・総合施設長)と階層別に必要な知識・技術を習得できる機会を設けています。内部研修として、虐待防止や発達障害、精神障害に関する特性の理解や支援方法について、感染症予防・口腔ケア研修など多岐に渡っています。県や日本知的障害者福祉協会主催の外部研修にも参加しており、これまでの受講履歴を研修カードに記載し、これまでの自身の能力開発の軌跡を確認することが出来ます。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

利用者の重度化・高齢化に対応した支援を実現できるよう、基本理念「リスクマネジメント委員会は危機管理体制について、ヒヤリ・ハットの情報を分析し事故防止と事故後の対応策をします」「利用者が安心して安全に、明るく、楽しく過ごしていただけるサービスを提供します」を踏まえ、安心・安全なサービス提供の実施に取り組みました。

虐待防止委員会では、身体拘束解除に向けた検討会議や虐待防止のためのセルフチェックを3か月おきに行い、虐待の芽を未然に摘むことが出来ています。

上司との面談を希望する職員へは面談を通して、いろいろと話を聞く機会を持つことが出来ました。

しかし、振り返りの時間を十分に確保できない課題が残りました。

リスクマネジメント委員会にて、ヒヤリハットやアクシデントレポートの集計、分析を行い、再発防止に向けた対応策を全職員で共有し、取り組みました。

しかし、ヒヤリハットの提出件数が少なく、事故の発生件数が多いという課題が残りました。

目標の設定と取り組み	<input type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていないかった(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

事業計画書における「支援上の注意」について、平成29年度と平成30年度は同じ内容が記載されており、昨年度の取り組みに関する検証結果を十分に反映した内容とはいえない。また、具体的な定性的・定量的な目標設定がなされておらず、評価がしにくい状況となっており、検証結果が十分反映されていません。

虐待防止に関するセルフチェックは定期的に行ってますが、振り返りが十分に出来なかったことに対する改善策が設定されていません。また、ヒヤリハットの提出件数は少なく、事故を未然に防ぐ対策は十分とはいえない。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

アクセスメントシートを基に、利用者・家族の意見を十分に尊重し、一人ひとりのニーズに合った個別支援計画を作成しており、現在、サービス管理責任者を中心に記録様式の見直しを検討しています。

日中活動については、利用者の特性と身体的な支援の頻度や安全性を配慮し、スマイル班、リーフ班、ハワイ班、レインボー班、フリーダム班の5つに分けて班編成し、個別的な活動を行っています。

スマイル班は重度・高齢者・車いす利用者を対象としているため、安全面を配慮し、作業棟のすずらんにて過ごしています。

しかし、大きなければまでは至りませんでしたが、転倒やマットレスからの転落等のヒヤリハットやアクシデントがありました。今年度も引き続き、見守り体制を強化し、安全に過ごせるよう配慮しています。

その他の班においても、ラジオ体操や映画鑑賞、室内外の歩行などで身体を動かしたり、ドライブに出かけたり、創作活動などを行っており、様々な社会資源を活用し、有意義な地域生活が送れるよう専門的な知識や技術を持って個別支援に取り組んでいます。

目標の設定と取り組み	<input type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていないかった(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

平成30年度のスマイル班の事業計画書の「援助のねらい」には、「こここの身体能力・リラックス・体力に応じた歩行などを実施する」「外出を通して気分転換を図る」が追加されていますが、特に利用者の重度化・高齢化・車いす使用に伴う環境設定などについての項目は設定されておらず、安全対策に向けた取り組みは位置づけられておらず、「支援上の注意点」のみとなっています。また、具体的な定性的・定量的な目標設定がなされていないため、評価がしにくい状況となっており、検証結果が十分反映されていません。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目					
	サブカテゴリー1					
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー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(○○○○)						
	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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当			
	サブカテゴリー1の講評					
見る側がイメージしやすいようホームページによる情報提供が行われています 法人本部の管理によるホームページにて情報発信が行われています。ホームページは法人内各事業所の内容を確認しやすく整理がなされ、法人の経営理念、基本方針、行動規範なども確認できます。当施設については「施設紹介」の項目で、施設の基本方針を簡潔にわかりやすくまとめて記載しています。日中活動は5つの班で構成されており、一日の活動の流れは時系列で、様子は写真を用いて見る側がイメージしやすいよう状況を伝えています。年1回、法人の経営状況等の情報公開も行われており、ホームページを有効に活用した情報提供が行われています。						
柔らかな色彩を持ちて温かな印象を与えるパンフレットです 当施設のパンフレットは、施設内設備の写真と、運営方針、援助方針、設備概要、施設概要、年間行事、関連事業に関する情報が柔らかな色彩を持ちて温かな印象を与えるパンフレットです。記載内容については、利用者特性を考慮し、利用者の特性や視点を意識した情報提供となるよう工夫することを職員は課題と捉えています。ホームページでも施設の運営方針が発信されていますが、パンフレットで使用している文言は少し表現の仕方が違っています。統一した言葉で方針を発信することでより理解が深める効果が期待できます。今後の検討が期待されます。						
園長が見学者への対応を行い、当施設の特徴を伝えています 見学者への対応は主として園長が担っています。見学者は相談支援事業所を通しての見学希望だけではなく直接家族等からの希望にも柔軟に対応し見学日を設定しています。見学者にはパンフレットを渡して施設内を案内します。その際、居室が広いこと、大きなプロジェクトがあり余暇活動で楽しんでいること、給食は温冷配膳庫にて適温での提供がなされていること、お風呂が温泉であることなど、当施設の特徴を伝えています。また、ここだけではなく当施設も選択肢の一つとして、色々な施設を見学した上で決めていただけるよう伝えています。						
	サブカテゴリー2					
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー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等の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 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、利用者等の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当			
	(●)あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 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(○○○○)

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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2の講評

入所に対する優先順位の高い方からミドルステイで受け入れています

短期入所の受付は、入所に対する優先順位の高い方からミドルステイで受け入れています。ミドルステイで利用中に、施設入所かグループホームか、今後の受入れ先を検討しています。短期入所からの移行時期は、早ければ、数週間で、長い方は数ヶ月後と時期は利用者、家族の状況により様々です。利用者の状況は受入れ先でも共有出来ていることから、安心して生活の場を選択できることは当事業所の強みです。

「利用者アセスメント票」にて利用者の細かな状態を確認できるよう整理しています

利用者の身体状況等について「利用者アセスメント票」に記載しています。健康面に関すること、精神症状および行動傾向、ADL、家事・日常生活および社会生活スキル・自立生活について、コミュニケーションおよび対人関係について、日中活動・就労および余暇活動についての各項目にて利用者の細かな状態を確認できるよう整理しています。これらの項目は「アセスメント要約表」に5段階評価と各項目に関する主題な課題も記載されていますが、定期的な見直しが十分ではない状態にあります。利用者の現状を把握できる仕組みを構築することが期待されます。

新規利用者に関する情報を全職員が共有し、受け入れ体制を整えています

新規利用者の情報は、「○○さんに関する連絡事項」に、ADL、本人の性格、コミュニケーション、本人の問題行動、その他と支援する上で必要となる情報をまとめています。この連絡事項には、「注意するポイント」として利用者の観察要件もまとめ、全職員が対応できるよう、会議内で確認し共有して利用者を受け入れるよう体制を整えています。利用開始後は利用者の様子に変化が見られた際は「注意するポイント」を適宜追記するなど、利用者の環境変化に対する不安等に適切な対応ができるよう取り組んでいます。

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

11／11

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(○○○)

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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の受入計画を作成している

評点(○○○○)

評価	標準項目
● あり ○ なし	1. 計画は、利用者等の希望を尊重して作成、見直しをしている <input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 計画を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている <input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している <input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している <input type="radio"/> 非該当

評価項目3

利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(○○)

評価	標準項目
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある <input type="radio"/> 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 <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
● 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3の講評**個別支援計画の支援内容は具体性を持たせることも期待されます**

個別支援計画は、利用者アセスメント票や利用者の担当職員が聞き取りした利用者の希望や状況を確認し、サービス管理責任者が作成しています。個別支援計画は6ヶ月でモニタリングを行い利用者や支援の状況を確認していますが、アセスメント票の活用が効果的に行われているかはまだ改善の余地があり、個別支援計画で設定している目標に対する支援内容については、より具体的に設定することでモニタリングでの評価が効果的にできることが推察されます。支援の方向性を利用者も職員も把握しやすくなるよう工夫することが期待されます。

利用者の「今」を把握し、モニタリング時に参考となる記録の積み重ねが期待されます

日々の利用者の状況は利用者の状況をケース記録に記録を担当する職員が情報収集をして記載しています。利用者個々の毎日の記録はサービス提供記録を兼ねており、個別支援計画で立案した利用者への支援内容との連動性となるとまだ薄い状況にあります。現状の記録内容は利用者への支援状況や利用者の一日の活動や生活の様子など、6ヶ月に1回実施するモニタリングの時に参考となる記録となっているのか職員間で改めて検証し、必要となる記録内容等について検討することが期待されます。

申し送りや日誌、会議等にて利用者状況を共有、検討する機会を設けています

日々の利用者の様子は朝、夕の申し送りや、日勤・夜勤日誌にて職員間で共有し、シフト勤務の中でも統一した対応ができるよう取り組んでいます。また、男性、女性別々での会議や支援スタッフのみでの会議など、利用者支援に関して職員間で確認、検討し合う場を設けています。これらの日誌等はいつでも閲覧できるようにしており、伝達漏れの無いよう努めています。その他、必要に応じて個別支援会議を開催するなど、職員間で利用者状況を確認、検討する機会を適宜設けています。

	サブカテゴリー5	
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5／5
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)		
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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、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
● 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	<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)		
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)	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー5の講評		
個人情報の利用目的を明確にし、同意を得ることが望まれます 個人情報の取り扱いについて、契約時に説明し、個人情報同意書を取り交わしています。広報誌「ゆきわり通信」では写真を多用しており、写真の使用などについても都度確認を取っています。個々に確認はなされていますが、個人情報の利用目的が明確ではない状況にあります。法人で策定している個人情報保護規程に則り、個人情報の利用目的を詳しく伝えた中でお互いに捉え違いのないよう同意を取ることは利用者・家族だけではなく施設・職員を守ることにもつながります。改めて利用目的を詳細に示し伝えることが望れます。		
「行動規範」の具体的な内容を示し、職員に示しています 毎年作成し配布している事業計画書内に、法人が定める「行動規範」が記載され、さらに「行動規範」の具体的な内容も示し、職員に示しています。体罰を行わないこと、強制的な言葉遣いや威圧的な対応はしないこと、利用者の主体性を尊重すること、プライバシーに配慮し守秘義務を守ることなど、利用者の人権、人格、主体性を尊重して、利用者への支援を行うことを明記しており、毎月の職員会議の際、法人理念と行動規範を復唱し、職員への周知を図っています。職員自己評価においては、職員は言葉遣い等について改善すべきと課題と捉えています。		
本人が自己決定する支えとなるよう努めることをサービス目標の一つとしています 事業所のサービス目標の一つに、「自己決定の支援」を掲げています。利用者への支援は、「十分な情報や幾通りかの選択肢を設け、本人が自己決定する支えとなるよう努める」と明記しています。日々の活動においても、創作、余暇、外出、行事などへの参加は本人の意思を確認し、希望する活動を行えるよう、利用者の心身状況や障害特性を考慮しながら可能な限り対応しています。現在、人員体制は十分ではない中、安全第一はもちろんですが、利用者主体の活動かという点はできていないと職員は捉えており、改善策を講じることに苦慮しています。		
	サブカテゴリー6	
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5／5
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	<input type="radio"/> 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定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(○○)

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改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー6の講評**施設で必要となる事柄も含め、各種マニュアルを整備しています**

施設では、支援マニュアルを始めとし、送迎・交通事故発生時、虐待防止、感染症、救急処置、緊急時対応など、各種マニュアルを一冊のファイルにまとめ、各ステーションに配置し、職員がいつでも確認できるようにしています。マニュアルには、「虫に刺されてしまった場合の対策法」、「ヘビに咬まれた、どうすればいい？」など、施設周辺等で起こりえる事柄についても作成しています。いざという時に職員が迷うことなく適切な対応は取れるよう準備に余念はありません。

職員に配布している事業計画書が手引書の役割を担い、見直しにもつながっています

事業計画内には、支援スタッフ業務一覧表、週間日中活動サービス計画、緊急時やむを得ず身体拘束をする際の対応フローチャート、夜間火災時の対処要項など、業務を遂行する上で必要なマニュアル、手引書が盛り込まれています。事業計画は職員に配布しており、毎年、事業計画を作成する時にマニュアルや手順書の見直しが行われている状況です。職員はこの事業計画が手引書の役割となっていると捉え方には至っていない現状があります。標準化ができていることへの意識を高めるべく、マニュアルに該当するページは別冊にするなどの工夫も期待されます。

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	18/18												
1	評価項目1 個別の受入計画をいかしながら、利用者に合った自立(自律)生活を送るための支援をしている	評点(○○○)													
	<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. 計画に基づいて支援を行っている</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>3. 必要に応じて、さまざまな情報を提供し、または相談に応じる体制を整えている</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> </tbody> </table>			評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	<input type="radio"/> 非該当	● あり ○ なし	3. 必要に応じて、さまざまな情報を提供し、または相談に応じる体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当													
● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	<input type="radio"/> 非該当													
● あり ○ なし	3. 必要に応じて、さまざまな情報を提供し、または相談に応じる体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当													
	評価項目1の講評														
	<p>支援内容の進捗を確認しやすい記録となるよう工夫が期待されます</p> <p>利用者アセスメント票にて利用者の状態を把握し、担当職員が聞き取りした利用者の希望や状況を確認し、様々な情報をもとにサービス管理責任者が個別支援計画を作成しています。支援内容に進捗は、6ヶ月ごとに実施するモニタリングで確認をしていますが、モニタリングをする際の参考記録となるケース記録は、利用者の状況把握を行うには内容、量ともに薄く改善の余地が見受けられます。利用者の「今」の状況に即した支援を提供することができるよう、個別支援計画の支援内容の具体化も含め工夫することが期待されます。</p>														
	<p>コミュニケーションの取り方は個々に合わせて方法を職員間で共有し取り組んでいます</p> <p>利用者の障害特性を考慮して、スマイルィ班、リーフ班、ハワイ班、レインボー班、フリーダム班と5つで構成し、日々の活動を組み立てています。利用者とのコミュニケーションの取り方についても、言葉で気持ちを表出することが難しい利用者については、絵カードや写真を提示する、ジェスチャーで表現するなど、個々に合わせて方法を職員間で共有し取り組んでいます。青森県の施設ではありますが、東京など他地方から入所している利用者も在籍していることから、青森弁ではなくわかりやすい言葉となるよう配慮も行われています。</p>														
	<p>利用者の「自立」は、何か一つでも自分でできることを支援すること捉えています</p> <p>利用者の「自立」については、何か一つでも自分でできることを支援することと職員は捉えており、利用者個々の障害特性や性格等を見極めて、支援することを心がけています。「自立」という観点では、施設の敷地内に併設しているグループホームへの見学に行くこともあり、利用者は自身の生活環境とは違う一面を見ることで刺激を受けることが可能です。また、施設の行である夏祭りはグループホームの利用者や地域の方々等と触れ合う機会でもあり、これらの取り組みは施設内の利用者同士、職員とは違う関係作りのきっかけにもつながっています。</p>														
2	評価項目2 おいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している	評点(○○○)													
	<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. 利用者の嗜好や状態を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> </tbody> </table>			評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 利用者の嗜好や状態を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	<input type="radio"/> 非該当	● あり ○ なし	2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	● あり ○ なし	3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 利用者の嗜好や状態を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	<input type="radio"/> 非該当													
● あり ○ なし	2. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当													
● あり ○ なし	3. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	<input type="radio"/> 非該当													

評価項目2の講評

食事時間が楽しいひと時となるよう、食事場面の環境設定に注力しています

利用者が安全に楽しく食事をとることができるように、食事場面の環境設定に注力しています。食事は食堂で取りますが、広い食堂に利用者が一同に会して食するのではなく、静かな環境で落ち着いて取ることができます。時差をつけて利用者を誘導し食事を提供しています。食事は食堂に温冷配膳庫で運ばれてくるため、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく、適温での食事提供ができる環境があります。食事時間が楽しいひと時となるよう、食堂ではBGMを流したり、職員と談笑しながら食事をするなどの取り組みがあります。

施設で暮らす利用者の食事が楽しみの一つとなるよう取り組んでいます

年1回、嗜好調査を実施し、利用者から食事に関する要望を吸い上げています。嗜好調査は利用者が答えやすいよう、文章はルビを振り、写真を用いて作成しています。献立表も一週間ごとに作成しており、献立表もルビを振り、メニューはひらがなとカタカナ表記にし、細やかな配慮があります。お誕生日会のある日の昼食はデザートにケーキがついています。種類もいくつかあり選択する楽しみもあります。施設で暮らす利用者の食事が楽しみの一つとなるよう取り組んでいます。

3 評価項目3

利用者一人ひとりの状況に応じて生活上で必要な支援を行っている

評点(○○○)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 身の回りのことは自分で行えるよう、働きかけや必要な介助をしている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 入浴や排泄の支援は、健康状況や身体機能など利用者の状況に合わせて行っている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 日常生活上の必要な支援は、利用者の状態やペースにあわせて行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

利用者の「自立」は、何か一つでも自分でできることを支援すること捉えています

利用者の「自立」については、何か一つでも自分でできることを支援することと職員は捉えており、利用者個々の障害特性や性格等を見極めて、支援することを心がけています。「自立」という観点では、施設の敷地内に併設しているグループホームへの見学に行くこともあります。利用者は自身の生活環境とは違う一面を見ることで刺激を受けることができます。また、施設の行事である夏祭りはグループホームの利用者や地域の方々等と触れ合う機会でもあり、これらの取り組みは施設内の利用者同士、職員とは違う関係作りのきっかけにもつながっています。

利用者の「できる」ことを維持または伸ばしていくよう取り組んでいます

利用者アセスメント票にて利用者のADL状態を把握し、過度な支援とならないよう取り組んでいます。食事、排泄、入浴、着替え、整容・洗面、移動や、家事・日常生活および生活スキル等について、「自力でできる」、「部分的に支援が必要」などの項目にて、利用者の持つスキルを把握しています。利用者の「できる」ことを維持または伸ばしていくよう、清掃活動の日を設けたり、手作業やウォーキングの時間を設けるなど、利用者の「自立」を支援するよう取り組んでいます。

4 評価項目4

利用者の健康を維持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. 利用者の健康状態や服薬に関して、利用者や家族から必要な情報を収集している	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4の講評

医療機関との連携や健康診断、毎日の検温等で健康管理が行われています

利用者に対する健康管理は、年2回の健康診断、月1回の身体測定や、日々の取り組みとしては、職員による朝の検温や着替え時の視診等で利用者の身体状況の把握を行っています。口頭で自身の体調不良などを訴えることができない利用者もあり、毎朝の検温等は平熱の把握ができ、その日の体調を把握するには有効な取り組みです。また、精神科の嘱託医による月1回の診察もあり、気になる症状などがある場合には医師への相談が可能です。その他、内科、歯科も協力医療機関があり、連携を図りながら利用者の疾病予防、早期発見等に取り組んでいます。

健康面も含めた支援の方向性を共有できるよう多職種協働の体制構築が期待されます

利用者の通院は、看護師が中心となり予定を組み通院同行していますが、予定が重なってしまう場合は職員がフォローし通院同行を行っています。朝、夕の申し送りの際、利用者に対する医療面での処置についての共有が行われています。利用者の健康面等で疑問に思うことなどは都度、職員が看護師や栄養士に質問し対応しています。現在、利用者のケース会議に看護師、栄養士の参加はありません。アセスメントの見直し等でも多職種で検討することが望ましいと推察されます。多くの視点で協働し利用者の支援が行えるよう体制を構築することが期待されます。

服薬管理は看護師を中心にルールに沿って行われています

服薬管理は医務部の看護師を中心に行われています。朝、昼、晩の薬は利用者別に看護師がセットし確認をしています。服薬時のルールとして、利用者の名前を呼び、セットされた名前を確認し復唱してから与薬することとしています。お昼の服薬は看護師が行いますが、朝、夜の与薬は職員が行っています。現在、看護師は4名配置されていますが、全員同じ勤務時間でのローテーションとなっています。支援にあたる職員配置が厳しい現状の中、与薬や利用者対応などフォローし合える体制を検討することも期待されます。

5 評価項目5

利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている

評点(○○)

評価		標準項目	
● あり	○ なし	1. 利用者の状況や希望に沿って生活を楽しめるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
● あり	○ なし	2. 室内は、利用者の状況に応じて快適で落ち着ける環境・空間にしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目5の講評

持ち込みした荷物等は短期入所時持参品・注意点記入表で管理

居室は個室で、自宅等で使用していたものの持ち込みを可としていることから、これまでと同じ環境の中で安心して過ごすことができるよう取り組んでいます。持ち込みした荷物等は短期入所時持参品・注意点記入表で管理し、荷物をデジタルカメラで撮影し、画像で管理し間違えのないよう管理しています。持参品の管理については、チェック体制の整備を職員は課題と捉えており、今後の取り組みが期待されます。

利用者の身体状況やニーズを把握して利用者が参加できるよう支援しています

今年度より余暇班がメインとなり、クラブ活動の運営に取り組んでいます。カラオケ、映画、卓球、乗馬の4つのクラブ活動のほか、リフレクソロジー教室、リトミック教室を余暇活動として実施しています。クラブ活動等は利用者の身体状況やニーズを把握して利用者がやりたい、楽しめるものに参加できるよう支援しています。外部講師によるリフレクソロジー教室は、重度の方も参加できる活動に参加できるよう取り入れた一つです。その他、各班で企画するレクリエーションなどにて利用者の日中活動の充実に取り組んでいます。

6 評価項目6

施設と家族等との交流・連携を図っている

評点(○○)

評価		標準項目	
● あり	○ なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	<input type="radio"/> 非該当
● あり	○ なし	2. 必要に応じて、家族等への情報提供や相談に乗るなど支援をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

家族との交流機会を多く設け、施設運営に対する理解が得られるよう注力しています

家族が主体となり、「ゆきわり荘家族会」が年1回、座談会などを開催しており、その中で挙がった意見等を施設では検討し運営に活かしています。また、年4回以上、職員と家族会の役員との話し合いの場を設けており、行事に関することなど連携して取り組むことができるよう良好な関係の構築に取り組んでいます。その他、家族会主催の行事への参加は毎年1回実施している旅行の企画や職員や法人の理事、評議員も参加の懇親会など、家族との交流機会を多く設けています。これらの取り組みを通して、施設運営に対する理解が得られるよう注力しています。

連絡帳や広報誌等にて家族に利用者の様子を伝えています

日々の利用者の様子は通所利用者については連絡帳にて家族との情報共有が行われています。連絡帳はケース記録の内容と連動しており、ここで情報共有もなされています。連絡事項については連絡帳への記載だけではなく、電話による口頭での伝達も行い丁寧に対応しています。広報誌、「ゆきわり通信」からも利用者の様子を伝える事ができるよう写真を多用し工夫しています。

7 評価項目7

地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点(○○)

評価		標準項目	
● あり	○ なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
● あり	○ なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

地域主催の行事などに参加し、地域の一員として交流の機会を設けています

町内会主催の地域ねぶた祭りや夏祭り等に積極的に参加し、地域の方々との交流を大切にしています。また、当施設の大きな行事の一つである、夏祭りは、家族の参加とともに多くの地域の方々が集まり、利用者にとっても、この施設で暮らす住民の一人として様々な方との交流機会となっています。その他、社協からいただいた案件で、「生姜みそおでんを広める会」の慰問があるなど、地域福祉への貢献とともに利用者が日々の生活とは違うひとときを過ごす経験にもつながっています。

事業計画に盛り込み、外出機会を設けて地域に出向く機会を作っています

5つの班では、余暇を有意義に活用し、趣味や娯楽への興味関心を引き出すことを事業計画に盛り込み、日々の活動を組み立てています。その中でクラブ活動や、地域への外出として公園に出かけたり、地域の資源を活用しながら利用者自身が地域の様子や情報を得ることができます。また、ドライブで地域に出かけるなどの機会はありますが、利用者の重度化、高齢化もあり地域との関わり方について検討の余地があると職員は捉えています。

事業者が特に力を入れている取り組み①

評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル①	社会貢献活動として、障害福祉の理解と普及・貢献に向けた研修会を開催しています	
内容①	<p>今年度から社会貢献活動として職員と共に地域住民を招いた研修会を開催しています。「たすけ愛、ささえ愛、ちいき愛」と書かれた案内チラシを利用者と職員が地域に配布し参加を呼び掛けました。講師は外部から招き、1回目「障害者虐待防止」、2回目「発達障害」について行い、3回目「精神障害」は地域の他法人のデイサービスの職員も参加しました。法人として、これまで培ってきた障害福祉に関するノウハウを地域に還元することで、障害福祉の理解と普及・貢献を目的としています。12月は新城地区社協と協同で独居老人に食事提供する予定です。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②

評価項目		
タイトル②		
内容②		

事業者が特に力を入れている取り組み③

評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	施設で暮らす利用者の食事が楽しみの一つとなるよう、意見を吸い上げ、環境設定の充実に取り組んでいます
	内容	利用者が安全に楽しく食事をとることができるように、広い食堂に利用者が一同に会して食するのではなく、時差をつけて利用者を誘導し環境を整えています。食事は食堂に温冷配膳庫で運ばれてくるため、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく、適温での食事提供ができる環境があります。また、嗜好調査は利用者が答えやすいよう、文章はルビを振り、写真を用いて作成しており細やかな配慮があります。お誕生日会のある日の昼食はデザートにケーキがついています。施設で暮らす利用者の食事が楽しみの一つとなるよう取り組んでいます。
2	タイトル	行動規範を唱和すると共に、虐待セルフチェックを行い、希望者には直接面談しながら虐待に発展しないよう予防的な対応に注力しています
	内容	毎月の会議にて、「利用者に対して強制的な言葉遣いや威圧的な対応は行いません」「支援・援助者としての社会的立場を自覚し仕事をします」といった7つの行動規範を唱和すると共に、3か月ごとに虐待セルフチェックリストを行い、虐待防止に努めています。「利用者への支援に関する悩みがある」「仕事にやる気を感じない」「体調がすぐれない」といった自由記述欄を設け、支援での悩みや精神的な不調をいち早く察知し、虐待に発展しないよう、上司との面談を希望する職員とは面談を行い、予防的な対応に注力して取り組んでいます。
3	タイトル	入所に対する優先順位の高い方からミドルステイで受け入れています
	内容	短期入所の受付は、入所に対する優先順位の高い方からミドルステイで受け入れています。ミドルステイで利用中に、施設入所かグループホームか、今後の受け入れ先を検討しています。短期入所からの移行時期は、早ければ、数週間で、長い方は数ヶ月後と時期は利用者、家族の状況により様々です。利用者の状況は受け入れ先でも共有出来ていることから、安心して生活の場を選択できることは当事業所の強みです。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	中・長期的な事業計画を職員間で共有できるよう明文化し、組織・サービスに関する課題解決や高次化に結び付けていくことが期待されます
	内容	数年前から東京圏内からの利用者の受け入れを行なながら、グループホームや生活介護事業を中心に事業展開を進めてきました。しかし、法人の中・長期的な事業計画(事業構想)は明文化されておらず、職員間で共有することが出来ない状況です。そのため単年度の事業計画書の内容が毎年ほぼ同じで、組織・サービスに関する課題解決やさらなる高次化という視点が十分に盛り込んでいません。単年度計画の積み重ねが結果的に中・長期的な事業計画の実現につながります。法人・施設のありたい姿の実現に向けた中・長期的な計画の策定が期待されます。
2	タイトル	職務分掌や業務分担表などの再周知を図ると共に、多職種協働で助け合うことの必要性を今一度、検討することが期待されます
	内容	法人の障害福祉事業については、ゆきわり拠点およびねぶた拠点とに分かれ、組織図や法人サービス部の職務分掌、施設内の業務分担表に基づいた、役割分担や職務内容、役割が整理されています。しかし、事業展開のスピードと人材育成・登用のスピードが追いついておらず、組織の成長痛を引き起こしているため、職員一人ひとりの役割の理解不足による組織の活性化に課題を残しています。今後、職務分掌や業務分担表などの再周知を図ると共に、多職種協働で助け合うことの必要性を今一度、検討することが期待されます。
3	タイトル	個別支援計画の支援内容の具体化と、利用者の「今」を把握し、モニタリング時に参考となる記録の積み重ねが期待されます
	内容	個別支援計画で設定している目標に対する支援内容については、より具体的に設定することでモニタリングでの評価が効果的にできることが推察され、利用者個々の毎日の記録はサービス提供記録を兼ねており、個別支援計画で立案した利用者への支援内容との連動性となるとまだ薄い状況にあります。現状の記録内容は利用者への支援状況や利用者の一日の活動や生活の様子など、6ヶ月に1回実施するモニタリングの時に参考となる記録となっているのか職員間で改めて検証し、必要となる記録内容等について検討することが期待されます。