

「福祉サービス第三者評価を準用した調査」結果報告書【平成31年度(2019年度)】

2020年3月2日

社会福祉法人ゆきわり会
理事長 関 良 殿

〒 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



以下のとおり評価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		H0802032			
	②	水田 智博		H1001029			
	③	佐野 真奈美		H1202015			
	④						
	⑤						
	⑥						
福祉サービス種別	共同生活援助(グループホーム)						
評価対象事業所名称	はやぶさ		ユニット総数	21	指定番号		
現地調査をしたユニット数及びユニット名	現地調査 ユニット数	4	ユニット名	きょうばし、ばん、とらや、LION			
現地調査をしたユニットの選定理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> ユニットの特徴 <input type="checkbox"/> 前回の評価で訪問していないユニット <input type="checkbox"/> 利用者調査結果 <input type="checkbox"/> その他()						
事業所連絡先	〒	038-0003					
	所在地	青森県青森市石江一丁目21番地5					
	TEL	017-763-5221					
事業所代表者氏名	橘 和彦						
契約日	2019年 7月 1日						
利用者調査票配付日(実施日)	2019年 7月 25日						
利用者調査結果報告日	2019年 9月 8日						
自己評価の調査票配付日	2019年 7月 5日						
自己評価結果報告日	2019年 9月 8日						
訪問調査日	2019年 9月 10日						
評価合議日	2019年 9月 10日						
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家の活用、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。 ・聞き取り調査では、調査員が利用者と一緒に昼食を取り、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評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- { ○ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2020年3月2日

事業者代表者氏名 社会福祉法人 ゆきわり会

理事長 関



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>●法人理念</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の命を守る ・利用者にハピネスを ・スマイル <p>●今年度の具体的なサービス目標【安心・安全なサービスの取り組み】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①健康管理による健康の維持・増強 ②事故防止による安全の確保 ③感染症等の予防 ④災害対策の徹底 ⑤環境改善への取り組み ⑥各種法令や規則等の遵守 ⑦職員の資質・技術の研鑽
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>サービスの基本理念である、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 安心・安全なサービス(利用者の命を守る) 2. 満足のいくサービス(利用者にハピネスを) 3. 楽しいと思えるサービス(スマイル) <p>に対し、福祉施設職員として真摯に向き合う職員</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>●行動規範</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 私たちは、利用者に対して体罰は行いません。 2. 私たちは、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。 3. 私たちは、利用者一人ひとりの個性、主体性を尊重します。 4. 私たちは、利用者の出来ることを伸ばしていきます。 5. 私たちは、利用者のプライバシーに配慮し、守秘義務を守ります。 6. 私たちは、支援・援助者としての社会的立場を自覚し仕事をします。 7. 私たちは、情報を常に共有し、連携を図りながらサービスの質の向上に努めます。 8. 私たちは、生活記録、預り金などについて、いつでも家族に開示します。 <p>以上の行動規範を守り、福祉職員としての使命を果たすよう利用者支援にあたる。</p>

調査対象

対象は利用者全員で、個別の聞き取り調査を実施しました。
利用者は男性は57%、女性は37%でした。20歳代37%、30歳代19%、40歳代11%、50歳代7%、60歳以上19%でした。

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

27

アンケート	聞き取り	計
	27	27
	27	27
0.0	100.0	100.0

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(%)

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44%です。
- ・自由にご意見いただく設問においては23名よりご回答いただき、「ご飯がおいしい」という意見や「学校でできないことや社会科見学や外出を入れて欲しい」といったコメントをいただきました。

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	22	2	1	2
	「はい」と回答された方は82%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は7%、「いいえ」と回答された方は4%、「無回答・非該当」は7%でした。「助けてくれます」といった意見や「1人は聞いてくれる」といったコメントが寄せられています。			
2. 利用者は、主体的な活動が尊重されているか	21	3	1	2
	「はい」と回答された方は79%と満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は11%、「いいえ」と回答された方は4%、「無回答・非該当」は7%でした。「コーヒー飲むところに連れて行ってもらってる。月に1回か2回。楽しみ」といった意見や「テレビ見る。みんなで出かけたりする」といったコメントが寄せられています。			
3. グループホームでの生活はくつろげるか	18	2	2	5
	「はい」と回答された方は67%、「どちらともいえない」と回答された方は7%、「いいえ」と回答された方は7%、「無回答・非該当」は19%でした。「自由に過ごせる」といった意見や「うるさいこともあるけど」といったコメントが寄せられています。			
4. 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	11	0	2	14
	「はい」と回答された方は41%、「いいえ」と回答された方は7%、「無回答・非該当」は52%でした。「携帯を持っているから自分で電話できる」といった意見や「リーダーに伝えると連絡してくれる」といったコメントが寄せられています。			
5. グループホーム内の清掃、整理整頓は行き届いているか	20	2	1	4
	「はい」と回答された方は74%と満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は7%、「いいえ」と回答された方は4%、「無回答・非該当」は15%でした。「部屋は自分です。食堂は職員がしています」といった意見や「まめに掃除してくれる」といったコメントが寄せられています。			

6. 職員の接遇・態度は適切か	19	2	4	2
「はい」と回答された方は70%と満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は7%、「いいえ」と回答された方は15%、「無回答・非該当」は7%でした。「みんな優しい。みんな代わりばんこに来る」といった意見や「怖いと思う時がありますよ」といったコメントが寄せられています。				
7. 病気 やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	22	1	0	4
「はい」と回答された方は82%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は4%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」は15%でした。「病院に連れて行ってくれた」といった意見や「看護師さんが対応してくれます」といったコメントが寄せられています。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	9	4	0	14
「はい」と回答された方は33%、「どちらともいえない」と回答された方は15%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」は52%でした。「もめてる時は止めてる」といった意見や「みんなケンカしない」といったコメントが寄せられています。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	18	1	2	6
「はい」と回答された方は67%、「どちらともいえない」と回答された方は4%、「いいえ」と回答された方は7%、「無回答・非該当」は22%でした。「みんな考えててくれる」といった意見や「いけないことは注意してくれる」といったコメントが寄せられています。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	17	1	0	9
「はい」と回答された方は63%、「どちらともいえない」と回答された方は4%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」は22%でした。「プライベートなことは守ってくれている」といった意見や「そういうことがない」といったコメントが寄せられています。				
11. 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	11	2	3	11
「はい」と回答された方は41%、「どちらともいえない」と回答された方は7%、「いいえ」と回答された方は11%、「無回答・非該当」は41%でした。「行きたい所の希望を聞いてくれる」といった意見や「そういう話はしない」といったコメントが寄せられています。				
12. 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	10	0	2	15
「はい」と回答された方は37%、「いいえ」と回答された方は7%、「無回答・非該当」は56%でした。「わからない」といった意見や「説明を受けたことがありません」といったコメントが寄せられています。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	16	3	0	8
「はい」と回答された方は59%、「どちらともいえない」と回答された方は11%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」は30%でした。「行きたい所の希望を言うと連れて行ってくれる」といった意見や「あまり伝えられない。迷惑かかりそうで」といったコメントが寄せられています。				
14. 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	13	0	3	11
「はい」と回答された方は48%、「いいえ」と回答された方は11%、「無回答・非該当」は41%でした。「聞いたことある。話す?と聞かれた」といった意見や「わかりません」といったコメントが寄せられています。				

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(○○)		
	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)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)	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(○○)		
	評価	標準項目	
	(●あり ○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
	(●あり ○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(○○○)		
	評価	標準項目	
	(●あり ○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
	(●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		
	今年度のサービス目標はユニット目標に落とし、支援に生かせるようにしています		
	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」、7つの項目で構成される基本方針、行動規範とその具体的な内容など、法人職員として意識醸成と支援の実践に結び付けられるよう全体会議にて唱和をしたり、今年度のサービス目標「生命第一を忘れずに!!」を各ユニットの目標に落とし込み、ユニットごとの会議の中で取り組み状況の確認を行っています。利用者や家族に対しては、家族会もないため、伝える機会は限られています。契約時やはやぶさ通信、面会時などを活用して、発信していくことが期待されます。		
	職員の役割理解や主体性を後押しするためにも等級定義の活用が期待されます		
	はやぶさ拠点の組織図が事業計画書に記載され、園長、副園長、サービス課長、サービス主任、各ユニットにはリーダー職員が位置付けられ、体系化されています。しかし、各ユニットのリーダー職員は支援員と同じ位置付けであり、ホームを取りまとめる役割や職責を考えると、支援員と位置づけを分ける必要性を経営層は感じています。職員の役割理解や主体性を後押しするためにも、事業計画書の業務分担表(職務分掌)に等級ごとに求められる能力や責務について盛り込み、役割一能力一業務内容の関連性が把握できるよう整理することが期待されます。		
	職員に対する、より密な情報共有や理解・浸透を図る工夫が期待されます		
	はやぶさ拠点の全体会議、拠点会議(ねぶた拠点、しんあおもり拠点)、ホーム別会議など各種会議が位置付けられて、全体会議は全職員が参加できるよう同じ内容を2回実施しています。ホーム会議ではカンファレンスやケース会議などが行われています。また、役職者によるねぶた拠点との連携会議にて法人の方向性などの重要な意思決定が行われます。しかし、職員の自己評価では、意思決定の流れや共有が十分に行えていないという結果が上がっています。ホームが増加するなか、職員に対する、より密な情報共有や理解・浸透を図る工夫が期待されます。		

	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 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(○○○○○○)																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">評価</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">標準項目</th> <th style="text-align: right; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">5. 事業所の経営状況を把握・検討している</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>				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
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	5/5																						
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(○○○)																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">評価</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">標準項目</th> <th style="text-align: right; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>				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	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(○○)																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">評価</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">標準項目</th> <th style="text-align: right; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">◉あり ○なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>				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												
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																						

	<p>カテゴリー2の講評</p> <p>利用者会議への参加やオンブズマンを通して、利用者の声を反映できるようにしています</p> <p>利用者が利用している日中活動先で行われる利用者会議に事業所の職員が参加し、利用者の生活全般の希望や行事内容についての意向を確認しています。それらの声を踏まえ、全体会議や部署別会議などで検討しています。また、毎月オンブズマンが訪問し、利用者の要望を確認し、事業所にフィードバックがなされており、利用者の声が事業所に届きやすい工夫がなされています。県内の福祉関係団体の各会議への参加や官庁からの通知文章などから最新情報の収集に努めています。</p> <p>中長期的なサービスのありたい姿について、基本理念・方針として盛り込まれました</p> <p>事業計画書にサービス提供運営方針が盛り込まれ、法人理念と結びついた「1. 安全・安心なサービス」「2. 満足のいくサービス」「3. 楽しいと思えるサービス」のサービスのありたい姿として基本理念(標語)が示されました。サービスの基本理念を実現するために長期基本方針および中長期的方針として具体的な取り組みに細分化され、職員が日々の業務の中で意識しやすい言葉に落とされています。今年度の具体的なサービス目標を「生命第一を忘れずに!!」とし、「1. 安全・安心なサービス」を重点的な取組みと位置づけ、事業計画書を運用しています。</p> <p>達成感や成長意欲を持てるような定量的・定性的な目標設定の検討が期待されます</p> <p>事業計画書には法人理念やサービス目標のほかに、マニュアル的な内容が網羅的にまとめられています。長期・中長期的なサービスのありたい姿が示され、具体的な行動内容が位置付けられました。しかし、その取組みの進捗状況を把握・評価したり、達成・未達を判断するための定量的・定性的な目標設定がなされておらず、今後、数値化したり、ユニット単位で取り組み状況を評価できるようにしていきたいと経営層は考えています。職員が事業計画に基づいた業務遂行を通して、達成感や成長意欲を持てるような定量的・定性的な目標設定の検討が期待されます。</p>
--	---

	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		
虐待に関するグレーゾーンについては、判断基準の共通認識を図っています 全体会議等において、「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」といった7つの行動規範を唱和したり、新人職員の入職時のオリエンテーションでは法人職員としての心構えなどについて園長から説明し、支援者としての自覚を持ったうえで業務にあたるようにしています。全体会議の後に虐待防止に関するフォローアップ研修を年1回以上行い、全職員が受講して日々の支援を振り返るとともに、各ユニットから虐待にあたるかどうか判断に迷う事例を持ち寄り、ユニットごとの判断に任せることではなく、判断基準の共通認識を図っています。		
セルフチェックを用いて、虐待防止に取り組んでいます 毎月、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行っています。「できていない」と回答した項目については、「具体的にどうすれば改善できるか」を職員に問いかけ、行動を見直すきっかけにしています。「不適切と思われる場面に出くわしたか」「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、希望者には上司との面談を行い、予防的な対応に注力しています。		
障害福祉に関する専門性をいかに還元していくか、さらなる取り組み強化が期待されます はやぶさ拠点がある石江地区の社会福祉協議会と協働して、今年度は地域の独居高齢者への無料弁当配布を行いました。計21個を配布することができ、法人や事業所のことを地域の方に知ってもらうきっかけになったと推察されます。また、毎年グループホームを新設することで、新たな雇用の創出を通じた、地域貢献に取り組んでいます。新城地区では先行して取り組んでいますが、石江地区においてはこれからが期待されるところです。法人・事業所の存在感を發揮できるよう、障害福祉に関する専門性をいかに還元していくか、今後の取り組みが期待されます。		
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けている	<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	
●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	
●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	
●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	
●非該当		
カテゴリー4の講評		
リスクマネジメント委員会でも検証を重ねながら、事故防止に取り組んでいます 「利用者の命を守る」ことを最優先に、事故防止(再発防止)に取り組んでいます。事故が起きた際はアクシデントレポートに記入者による再発防止策と臨時のリスクマネジメント委員会にて検討された再発防止策を記載し、一定期間後に取り組み効果を検証して再発防止に努めています。ヒヤリハットについても、リスクマネジメント委員会で検討された今後の対応策を議事録を添えて全ユニットに回覧し、全体会議でも報告して周知を図ります。9月までのヒヤリハットの提出件数は20件と少ないため、事故を未然に防ぐための取り組み強化が期待されます。		
非常災害時対策計画に基づいて、災害時などの体制や対応を明文化しています 事業計画書に感染症予防・発生時の対応、関係先連絡一覧表、夜間火災時の退所要綱、緊急時連絡網などの緊急時の対応方法が手順ごとにわかりやすくフロー図で整理されています。事業継続計画(BCP)として、非常災害対策計画を策定しています。ハザードマップに基づいて土砂災害や津波のリスク、地域の民生委員や医療機関、ゆきわり拠点との応援体制などがまとめられています。また、緊急避難時に介助が必要な利用者が一覧化され、万が一の際に職員が迷うことなく対応できるようにしています。火災や地震想定の避難訓練を毎月行っています。		
利用者の個人情報に関するファイルは施錠できる書庫で管理することが期待されます パソコンにはIDとパスワードが設定されており、職層によってアクセスできるフォルダに制限をかけて、情報漏洩を防止しています。グループウェアのIDとパスワードはユニットごとに1つ設定して、情報共有できるようにしています。利用者の個人情報に関するファイルは書庫に管理していますが、施錠できない書庫のため、改善が期待されます。情報管理規定を作成し、個人情報に関する同意書に方針、目的などを掲載し、正副の個人情報の同意書を取りています。		
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	
●あり ○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	
●非該当		
●あり ○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	
●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	
●あり ○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	
●非該当		
●あり ○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	
●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	
●あり ○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
●あり ○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
●あり ○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
●あり ○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	
●あり ○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
●あり ○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
●あり ○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
●あり ○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	
●あり ○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
●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
●あり ○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

新任職員研修を通して、法人職員としての心構えや障害福祉について伝えています

新任職員研修に注力して取り組んでおり、中途採用者も対象としているため毎月行っています。3日間の研修では、初日に法人理解や各施設の概要、事業計画書、障害者虐待防止法や障害者差別解消法の理解、障害特性と支援に必要な知識などについて説明します。2日目は人事考課制度や研修体系などのキャリアアップの仕組み等、3日目はリスクマネジメントの理解や記録の書き方、職業人としてのマナー・接遇、ボディメカニクスや抱えない介護技術について説明します。配属後、教育担当のエルダーの指導の下、引き続き、指導・育成を行っていきます。

標準化された指導・育成の仕組みとしてエルダー制度を導入しました

今年度9月よりエルダー制度を導入し、教育担当であるエルダー担当者研修を実施しました。「出会いを大切に」と書かれた「エルダー制度マニュアル」に基づいて運用しています。新卒採用者には「自己紹介シート」を用いて、「この仕事を選んだ動機」「自分の長所・短所」「今、不安なこと」「エルダーへのお願い」など、エルダーとの関係構築に向けた工夫があります。3ヵ月ごとに習熟度合を測る「目標達成シート」には法人理念・行動規範、規律性・責任性、業務の理解、対人能力などの項目があり、標準化された指導・育成の仕組みとなっています。

目標チャレンジシートを用いて、組織が求める職員像に向けた成長を後押ししています

拠点目標から事業所・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し、現状と達成後の姿を決め、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で行い、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にて、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後押ししています。

	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
	<p>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)</p> <p>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)</p> <p>法人理念にある「利用者の命を守る」の実現に向けて、安心、安全なサービス提供に努めるため、事業所の重点課題として位置づけています。リスクマネジメント委員会を最低月1回は開催し、再発防止に向けた検証と取り組み評価を行うとともに、ヒヤリハットの提出件数を月3件以上とし、職員の気づきを重大事故の防止に結び付けられるように取り組みました。</p> <p>リスクマネジメント委員会は毎月定例の開催及び事故発生時の臨時的な委員会開催を5回行い、再発防止に向けたタイムリーな対応を行いました。また、ヒヤリハットについては、29年度が11件／年、30年度37件／年と26件増加しており、リスクマネジメントの意識づけが図られたものと推察されます。</p>
目標の設定と取り組み	<input checked="" 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 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 checked="" 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 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 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た <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	
前年度の目標達成に向けて、今年度の事業計画書から、サービス提供運営方針として、長期的・中期的なありたい姿が示され、今年度の具体的なサービス目標として、「生命第一を忘れずに!!」としました。また、具体的な取り組みとして、①健康管理による健康の維持・増強、②事故防止による安全の確保、③感染症等の予防策と発生時の対応策、④災害対策の徹底、⑤環境改善への取り組み、⑥各種法令や規則等の遵守、⑦職員の資質・技術の研鑽、の項目を新しく設定するなど、リスクの範囲を広げました。リスクマネジメントやヒヤリハットの重要性を認識でき、利用者の安心、安全なサービス提供のために取り組みの充実を図りました。	

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上で的重要課題について、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)

利用者にとっての生活の場所として、ケガや事故につながる恐れがあつてはならないことを念頭に、ホーム内の安全点検の実施や不審者侵入時の対応マニュアルの作成に取り組みました。

ホーム内の安全点検については、チェックリストを作成し、定期的にチェックして、危険個所の洗い出しを行っています。しかし、チェックする職員の偏った視点でチェックしてしまうこともあり、評価の視点やチェックを行う担当者(他施設の職員でもよいのではないか)について検討をしています。

不審者侵入時のマニュアルは作成し、それに沿った訓練実施を今後していくことを検討しています。

目標の設定と取り組み	<input checked="" 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 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 checked="" 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 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 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た <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

今年度の事業計画書の内、特に⑤環境改善への取り組みに、定期的な環境の安全点検や防犯設備の設置と活用として位置づけられています。現在、チェックリストやマニュアルといったツールや仕組みはありますが、運用上の課題を残しています。今年度のサービス目標である「生命第一を忘れずに!!」の実現に向けて、運用方法の確立が期待されます。

II サービス提供のプロセス項目（カテゴリー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		
	●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		
	●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		
	●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		
	サブカテゴリー1の講評			
ホームページにはグループホームマップを掲載し、場所を分かりやすく伝えています 情報発信のツールとしてホームページを活用しています。平日や休日の一日のスケジュールや余暇や食事の風景などを紹介など当グループホームの取り組みを知らせるページのほか、法人全体の取り組みを把握することができます。「グループホームマップ」として、拠点から点在しているユニットの場所と近隣の商業施設を簡単にまとめたマップを掲載しています。県内の利用者だけではなく、東京都から新たな土地で生活を始めている利用者が多いという特徴を持つグループホームのため、離れた土地での地域環境を知る手段として有効であると推察されます				
広報誌「ゆきわり会通信」にて法人の経営方針、中期的な展望を情報発信しています 法人全体の取り組みを発信している広報誌、「ゆきわり会通信」は、利用者家族に配布しているほか、必要に応じて利用者の出身地である東京都区内の行政などにも発送し、見学者にも配布しています。「ゆきわり会通信」は法人理念「利用者の命を守る、利用者にハピネスを、スマイル」から始まり、理事長の経営方針が記載されており、法人の中期的な展望、構想が発信されています。今後は、地域内で利用者の支援者となるべく地域の方々への発信源として、個人情報保護に配慮しながら広報誌を活用していくことも期待されます。				
見学の申し込みはホームページからもでき、見学目的に合わせて対応しています 関東圏、特に東京都から利用者を多く受け入れている当ホームでは、見学の申し込みはホームページからできるように整備しており、東京都区内より利用者情報が入ると理事長自ら現地に向かい情報収集しています。利用者の様子を知りたいという見学希望には、利用者が居る休日の様子を見ていただき、環境面の見学を希望される時は利用者が不在の日中を設定するなど見学目的に合わせて対応しています。個室対応であること、夜間の人員配置の手厚さ、多くのユニットがあるため利用者の相性を見ての移動が可能であることなど、当ホームの利点も伝えています。				

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、利用者や家族等の意向を確認し、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	
利用者の情報は関係機関、保護者から収集して現状把握と支援に活かしています	
入所選考会議にて利用者の入所決定を判定し、保護者に連絡後、利用者の居住する区から情報提供を仰ぎ、これらの情報をもとに入居希望日を決めています。契約書、重要事項説明書、入所のしおりを事前に送付し目を通させていただきます。都内から移動しての入所となるため電話連絡で進めることもありますが、事前に見学に訪れる方もいます。また、お送りする書類には、アセスメントシートもあり、健康、ADL、IADL、コミュニケーション・対人関係に関する利用者の状態を保護者の視点から情報提供いただき、今後の支援の参考にしています。	
利用者同席のもと家族に説明してこれから的生活や活動をイメージしていただきます	
新規利用者の情報は保護者からの情報やアセスメントシートの内容をもとに情報シートを作成して職員間で共有し、受け入れ体制を整えています。入所日当日は、新幹線のホームまでお迎えに行き、グループホームまで話をしながら移動しています。到着後は、日中活動で過ごす事業所にて、これから活動などについて利用者同席のもと家族にもイメージしていただけるよう説明しています。また、他の利用者には予め新規利用者のことを伝え、新規利用者だけではなく生活している利用者も不安な気持ちでの受け入れとならないよう配慮しています。	
新たな土地での生活がこれまでの生活環境と近いものとなるよう配慮しています	
利用者の新たな生活はこれまでの生活環境に近いものとなるよう、あらかじめ情報収集して準備しています。前施設での生活状況を問い合わせたり、在宅での居室環境はどうであったか、ベッドと布団どちらを使用していたかなど細かく伺い、都内から離れて始まる生活環境の変化により、利用者の気持ちが不安定にならないよう環境整備に努めています。入所後、1週間は夜の様子、日中の通所先での様子などケース記録や日誌等に記載し、迅速に対応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	10／10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している			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支援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	3. 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			
<p>利用者の状態、希望に合わせた支援が行えるよう個別支援計画を作成しています</p> <p>個別支援計画は、1. 本人、家族のニーズ、2. 総合的な援助の方針、3. 支援目標、4. 支援内容・達成時期、5. 給付に関わる事項、6. 特記の項目で作成しています。支援内容は、生活、健康、余暇など項目ごとにニーズを捉え、優先順位、短期目標、具体的な支援内容、支援期間、達成時期を定め、利用者の状態、希望に合わせた支援が行えるよう取り組んでいます。さらにこの個別支援計画では、給付に関わる事項を意識的に組み込んでいます。加算項目についての支援の必要性について職員が意識できるよう意識づけの意図があり、工夫した取り組みです。</p> <p>「生活記録表」は1か月の様子を1ページ内で確認できるよう工夫しています</p> <p>利用者の生活面に対する記録は、「生活記録表」に毎日記載しています。検温、脈拍、ケガ等、排尿、排便、起床、入浴、朝食から夕食に採取状況、内服薬、外服薬など、生活面、体調面を把握するための必要な項目が、1ページで1か月分を確認できるようまとめてあるため、利用者の変化を把握しやすく工夫されています。利用者は法人内他事業所に日中は通所しており、活動時の様子も通所先から文章や口頭で共有し、「補足・備考等」に特記事項として記録しているため、一日を通して利用者の健康状態や様子を把握することができます。</p> <p>効果的なモニタリングにつながる記録の積み重ねとなるよう工夫が期待されます</p> <p>利用者に関する記録は、支援システム内でいつでも確認できるよう整理しています。また、「生活記録表」をはじめとし、業務に就く前に確認する記録類を職員に周知して利用者に対して適切な対応がなされるよう取り組んでいます。個別支援計画は、利用者や家族の意向等を把握して作成し、それを基に支援が行われていますが、計画内で示す支援内容の経過や状況把握につながる記録の積み重ねという点では内容が薄く、改善の余地があると推察されます。支援内容の振り返りや効果的なモニタリングにつながる記録となるよう工夫することが期待されます。</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	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(○○○)								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている</td> </tr> </tbody> </table>		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	●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	●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	
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									
●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									
●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									
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(○○)								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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)</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> </tr> </tbody> </table>		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)	●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			
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)									
●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									
サブカテゴリー5の講評										
<p>個人情報の利用目的は細かく明示し、利用者に合わせて対応しています</p> <p>利用者の個人情報の取り扱いについては契約時に説明し、個人情報同意書を取り交わしています。同意書内は個人情報の利用目的を細かく記載されており、利用者・家族に丁寧な説明が行われています。プライバシー保護についても、原則、同性介助で支援すること、利用者本人宛ての手紙や荷物は本人の前で開封すること、居室の表札や入口にカーテンを設置するなど利用者の希望に応じた対応が行われています。その一方で、支援の難しい利用者に対する羞恥心に配慮した取り組みの進め方や検証について工夫すべき点も見受けられ今後の取り組みが期待されます。</p> <p>具体的な内容を示した「行動規範」に則り、利用者支援を行うよう周知しています</p> <p>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」が記載されています。さらに「行動規範」は細かく具体的な内容も示して職員に発信され、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、月1回開催する全体会議で読み上げを行い周知を図っています。今後の更なる取り組みとして職員間でチェックし合う機会を持つことも期待されます。</p> <p>自分のペースで過ごすことができるよう、利用者の希望を聞きながら支援しています</p> <p>利用者の生活歴等はアセスメントシートにて細かく収集しておりホームでの生活がこれまでの生活環境に近い状態となるよう配慮しています。通所先の日中活動も利用者の希望や興味関心に着目して、個別支援計画を基に支援が行われる関係部署と連携を図り利用者の生活そのものを支えています。ホームの生活で就寝時間になればリビングから居室に戻るが室内では自分のペースで過ごすことができるなど個が尊重されていますが、その一方で利用者が希望することは何でもOKではなく、金銭面などは保護者と確認しながら進めていくことの必要性を感じています。</p>										

	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(○○○)											
<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. 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</td><td><input type="radio"/>非該当</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td><td><input type="radio"/>非該当</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td><td><input type="radio"/>非該当</td></tr> </tbody> </table>			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を定期的に点検・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	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を定期的に点検・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(○○)											
<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. 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</td><td><input type="radio"/>非該当</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>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</td><td><input type="radio"/>非該当</td></tr> </tbody> </table>			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			
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														
<p>事業計画書は事業所内の役割、仕組みを理解いただくためのツールとしても有効です</p> <p>事業計画書は、法人理念、基本方針から始まり、行動規範、行動規範の具体的な内容、サービス提供運営方針、今年度の具体的なサービス目標など、運営、支援の方向性などが示されています。また、「はやぶさサービス提供内容」やスタッフ(生活支援員・世話人・夜勤者)業務一覧表にて時系列でその業務内容は記され、「はやぶさ業務分担表」にて総合施設長をはじめ役職者、すべての職員の業務内容を明記しています。事業計画書は家族に一部配布または閲覧していることから、事業所内の役割、仕組みを理解いただくためのツールとしても有効と推察されます。</p> <p>業務に必要なマニュアルは目的とフロー図、留意点、チェック点を簡潔にまとめています</p> <p>はやぶさマニュアル(手続き・フロー図等)は、事業計画書内に盛り込まれています。各項目は、その取り組み目的、役割分担が記載され、手順をフロー図で、留意点・チェック点を1ページ内に収めて簡潔に要点をまとめて作成しています。これらマニュアルの見直しは事業計画作成時にリーダー層が行っています。事業計画書と事業運営における仕組みを確認できるマニュアルをひとまとめにすることで全体像がつかめますが、職員の活用という点では改善の余地があります。職員への意識づけも目的とした見直し方を検討することが期待されます。</p>														

III サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	23/23
1 評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、自立した生活を送れるよう支援を行っている		評点(○○○○○)		
評価				標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし				1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし				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 <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし				5. 関係機関と連携をとって、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
評価項目1の講評				
コミュニケーション方法は、利用者一人ひとりの基本情報カードで共有しています 利用者一人ひとりのアセスメントにて、コミュニケーション、対人関係、意思表示の手段を明確にしています。声掛けをすることで不安を感じる利用者には絵カードを用いたり、言葉での理解が難しい利用者には伝えたい事柄の所へ誘導して理解を促したり、また滑舌に問題のある利用者とは筆談で対話するなど、利用者の特性に沿ってコミュニケーションの取り方を工夫しています。コミュニケーションの方法は、利用者一人ひとりの「基本情報カード」に明記し、職員が統一した対応ができるよう取り組んでいます。				
利用者同士の関係性向上に努めていますが、希望によりホームの移動も可能です 当法人は、市内に現在21のユニットを有しており、新規利用の際にそれぞれのホームの特性を鑑みて入居するホームを決定しています。利用者同士で良い関係性を作ることができるよう、おやつ作りやすいか割りなど行事も実施しています。利用者間でのトラブルが発生した際は、職員間で対応の方法を検討・周知しており、可能な場合は当該利用者への理解を図るなど、共同生活が継続できるよう努めています。また、障害特性や相性などから共同での生活が難しいと判断した場合には、他のホームへ移ることも可能です。				
利用者は法人内で日中活動を行っており、事業所間で密に連携を図っています ホームの利用者は、同法人の生活介護事業所で日中活動を行っており、各事業所とは日常的に連携を図っています。連絡帳やソフトウェア、グループウェアなどを活用し、利用者の情報共有を図っています。また、病院や市役所等へ相談に行っており、医師や県の発達障害者支援センターによる内部研修に全職員が参加する機会も設けています。さらに、必要に応じて利用者が以前利用していた事業所に連絡をし、支援のアドバイスを得ることもあり、関係機関との連携を図りながら利用者へのより良い支援を検討しています。				

2 評価項目2 利用者が主体性を持って日常生活を楽しく快適に過ごせるような取り組みを行っている		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. グループホームでの生活は、主体的な活動が尊重されている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. グループホーム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><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 休日の過ごし方や余暇の楽しみ方については、利用者の意向を反映し、情報提供や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>4. 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><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>5. 【食事の提供を行っているグループホームのみ】 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><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>			評価	標準項目		●あり ○なし	1. グループホームでの生活は、主体的な活動が尊重されている	<input type="radio"/> 非該当	●あり ○なし	2. グループホーム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	<input type="radio"/> 非該当	●あり ○なし	3. 休日の過ごし方や余暇の楽しみ方については、利用者の意向を反映し、情報提供や必要な支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	●あり ○なし	4. 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	<input type="radio"/> 非該当	●あり ○なし	5. 【食事の提供を行っているグループホームのみ】 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	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目																			
●あり ○なし	1. グループホームでの生活は、主体的な活動が尊重されている	<input type="radio"/> 非該当																		
●あり ○なし	2. グループホーム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	<input type="radio"/> 非該当																		
●あり ○なし	3. 休日の過ごし方や余暇の楽しみ方については、利用者の意向を反映し、情報提供や必要な支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当																		
●あり ○なし	4. 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	<input type="radio"/> 非該当																		
●あり ○なし	5. 【食事の提供を行っているグループホームのみ】 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	<input type="radio"/> 非該当																		
評価項目2の講評																				
<p>居室はすべて個室であるため、利用者個々の趣味活動などは基本的に自由な状況です</p> <p>ホームでは利用者が自己決定をしながら生活できるよう支援に取り組んでいます。ホームでの生活は、居室はすべて個室であるため、利用者個々の趣味活動などは基本的に自由な状況です。ゲームやパズルをしたり、有料チャンネルの導入、手芸等自分で好きなことができる環境になっています。また、ホームの決まりごとについては、利用者の意見を反映させるべく全体で利用者会議を開催していますが、職員からは意見の吸い上げの機会としては十分でないため、ホームごとの会議開催などに取り組みたいとの意見もあがっており今後の検討も期待されます。</p>																				
<p>ホームで外出の機会を設け、個別や小集団で余暇を楽しんでいます</p> <p>グループホームはやぶさ全体において、利用者の大半が支援度の高い重度の方々であることから、余暇の充実を自身で図ることが難しいことが考えられます。そのため、利用者の休日が充実したものになるよう、ホームで余暇活動の機会を設けています。ホーム内の行事のほか、散歩などの身近なところから、水族館や美術館等の公共施設へ行ったり、地域行事へ参加することもあります。さらに、利用者の希望を聞いた外出の機会も設けており、ドライブや電車の乗車、ふくろうカフェ、東京ドーム、ディズニーランドなど、個別や小集団で余暇を楽しんでいます。</p>																				
<p>嗜好調査で利用者の意向を把握し、休日にリクエスト献立として提供しています</p> <p>利用者の食事は、同法人の日中活動事業所の栄養士が、カロリーや栄養面を考慮しながら決定しています。ホームごとに世話人が調理を行い利用者に提供しています。栄養士の協力の下、嗜好調査を行い、利用者からの要望が多かったものをリクエスト献立として、休日に提供するなど、利用者の意向に沿った食事が提供できるよう努めています。また、障害特性により他の利用者と同時に食事することが難しい利用者については、本人も他の利用者にとっても快適な食事環境となるよう、時間差で提供するなどの工夫もしています。</p>																				
3 評価項目3 利用者の状況に応じて、生活上の支援を行っている		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. 利用者の状況に応じて、身の回りのことについて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>2. 利用者の状況に応じて、家事(調理、洗濯等)について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. 利用者の状況に応じて、金銭の管理や使い方について支援を行っている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>			評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状況に応じて、身の回りのことについて必要な支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、家事(調理、洗濯等)について必要な支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	●あり ○なし	3. 利用者の状況に応じて、金銭の管理や使い方について支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当						
評価	標準項目																			
●あり ○なし	1. 利用者の状況に応じて、身の回りのことについて必要な支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当																		
●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、家事(調理、洗濯等)について必要な支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当																		
●あり ○なし	3. 利用者の状況に応じて、金銭の管理や使い方について支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当																		
評価項目3の講評																				
<p>利用者の生活習慣やできること、できないことを共有し、支援を検討しています</p> <p>利用者の生活習慣やできること、できないことは利用開始時に情報を収集し、アセスメントして必要な支援を検討しています。重度の利用者が多く、身の回りのことで介助を必要とする機会も多くあり、個別の対応に努めています。家事に関しては自身でできる利用者は限られており、自主的に掃除や整理ができる利用者については、自立性を尊重し、利用者からの依頼があつた際に支援を行うようにしています。また、テーブル拭きやモップ掛け、窓拭き等を職員と一緒に実施するなど、利用者のできることを増やすことにも取り組んでいます。</p>																				
<p>利用者の状態により、金銭管理の支援に変化を持たせています</p> <p>金銭については、金銭管理規程の下、基本的にサービス管理責任者が管理を行っています。法人事務より各ホームのサービス管理責任者へ渡された金銭は、出納帳をつけ利用者一人ひとりにつき管理しています。その中で利用者の希望するものを一緒に購入しており、出納帳の管理状況は家族へ定期的に報告しています。一部の利用者には、所持金の範囲内で使うことができるよう小遣い帳をつける仕組みにしており、職員は都度小遣い帳を利用者と確認しながら自身で管理できるよう支援しています。</p>																				

4 評価項目4 利用者が健康を維持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. 利用者の健康状態に注意とともに、利用者の相談に応じている	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
●あり ○なし	5. 【利用者の薬を預ることのあるグループホームのみ】 服薬の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
評価項目4の講評		
日々の健康管理のほか、内科・歯科の往診もあり、利用者の健康状態に留意しています 利用者の健康管理は、毎日検温と食事摂取量の確認を行っており、利用者により血圧等必要な測定も実施しています。健康状態の確認については、月に一度内科の往診があり、日中活動の事業所にて行っています。さらに通院の難しい利用者には歯科医と衛生士の来訪もあり、口腔ケアについてのアドバイスも得ています。また、利用者の服薬の支援は、与薬時に支援職員同士でのダブルチェックを行い、与薬後は看護師による空き袋のチェックも実施しています。さらに、服薬支援時の注意喚起のポスターを各ホームで掲示するなど、誤薬の防止に努めています。		
日中活動中の昼食を含め、一日を通して栄養バランスを考えることができます ホームの食事は、利用者一人ひとりの状態に沿って提供しています。利用者ごとの食形態や禁食などは食品管理表で周知しており、グループウェアでの共有を図っています。食事の形態として、大きさみ、中きざみ、小さきざみ、トロミ、ミキサーなど、利用者の嚥下機能などの状態に応じて医師の指示の下に提供しています。また、献立は日中活動事業所の栄養士が立てているため、日中活動中の昼食を含め、一日を通して栄養バランスを考えることができます。さらに各ホームに栄養士が巡回を行い、トロミの作り方の指導をするなど、徹底に努めています。		
看護師と常に情報を共有し、日中活動事業所とともに利用者の状態に留意しています 利用開始時にこれまでの病歴や内服薬、障害特性等の情報を得て日々の支援を行っています。利用者の体調変化に迅速な対応を行うことができるよう、支援職員と看護師の間で情報共有をする体制があります。看護師から、日々の状態を確認する必要のある利用者のリストが挙げられており、職員は日誌に様子を記録して共有しています。また、てんかんの発作があった際、日時や場所、状況、部位、発作状態、経過時間、発作後の様子、対応者などについて詳しく入力するよう徹底しており、日中活動事業所とともに常に利用者の状態に留意しています。		
5 評価項目5 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目5の講評		
行事への招待や長期滞在にも対応し、家族が来訪しやすい環境を作っています グループホームはやぶさは都外施設であることから、利用者は家族から離れた地で生活を送っています。そのため、各ホームは東京にちなんだ名前にするなどの工夫もしています。家族の面会は制限せずいつでも面会が可能ですが。面会に来た家族は利用者の居室で宿泊も可能で、さらに各ホームには布団を備えた家族休憩室も整備しており、長期の滞在にも対応できます。また、家族にはホームでの暮らしだけでなく、日中活動の様子も見もらうことができるよう、日中活動事業所での行事に招待するなど、家族が来訪しやすい環境を作っています。		
家族へは電話やメール、FAXなどを用いて、報告と要望の聞き取りを行っています 家族とは必要時に電話やメール、FAXなどを用いて連絡を取っています。通院の報告や出納帳報告、個別支援計画作成時、モニタリングのほか、随時家族へ状況の報告と要望の聞き取りを行っています。さらに、広報誌「ねぶた通信」を発行しており、グループホームとしての「はやぶさだより」欄を設け、ホームからの情報も加えて家族に送っています。また、家族から聞いた利用者の情報は、サービス管理責任者が基本情報シートに追記することで情報を蓄積しています。家族からの手紙なども共有し、利用者の支援に活かしています。		

6 評価項目6 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6の講評		
<p>地域との関わりについては課題と捉えており、今後の検討が期待されます</p> <p>地域の情報を得る機会としては、市・県の社会福祉協議会や地域支援部会などへ参画し、市の情報や動向などを得ることができます。市内で開催される祭り等では、利用者が見学可能なよう関係機関に協力を仰ぐなどしています。また、毎年開催している法人の祭りには地域住民の参加もあります。しかし、グループホームで生活をし、日中活動も法人内である利用者が地域と関わる機会は少ない現状があります。法人としても地域との関わりについては課題と捉えており、ボランティア導入なども含め今後検討していくことが期待されます。</p> <p>利用者の希望した場所へ職員が同行する外出支援の機会を設けています</p> <p>利用者がホームの外に出て社会参加ができるよう外出の機会を設けています。水族館や公園、美術館、物産館などの施設を利用するほか、日常的に近隣のコンビニエンスストアへ数人で出かけていくこともあります。個別ではプールや乗馬クラブなど定期的に通っている利用者もいます。また、個別外出支援として利用者の希望した場所へ職員が同行する機会も設けており、コンサートや電車への乗車、ドライブなどから、ディズニーランド、東京ドームまで、利用者が希望を叶え、多様な経験ができるよう取り組んでいます。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-3-1	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
タイトル①	利用者の状態、希望に合わせた支援が行えるよう個別支援計画を作成しています	
内容①	<p>個別支援計画は、1. 本人、家族のニーズ、2. 総合的な援助の方針、3. 支援目標、4. 支援内容・達成時期、5. 給付に関わる事項、6. 特記の項目で作成しています。支援内容は、生活、健康、余暇など項目ごとにニーズを捉え、優先順位、短期目標、具体的な支援内容、支援期間、達成時期を定め、利用者の状態、希望に合わせた支援が行えるよう取り組んでいます。さらにこの個別支援計画では、給付に関わる事項を意識的に組み込んでいます。加算項目についての支援の必要性について職員が意識できるよう意識づけの意図があり、工夫した取り組みです。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-1	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
タイトル②	事業計画書は事業所内の役割、仕組みを理解いただくためのツールとしても有効です	
内容②	<p>事業計画書は、法人理念、基本方針から始まり、行動規範、行動規範の具体的内容、サービス提供運営方針、今年度の具体的なサービス目標など、運営、支援の方向性などが示されています。また、「はやぶさサービス提供内容」やスタッフ(生活支援員・世話人・夜勤者)業務一覧表にて時系列でその業務内容は記され、「はやぶさ業務分担表」にて総合施設長をはじめ役職者、すべての職員の業務内容を明記しています。事業計画書は家族に一部配布または閲覧していることから、事業所内の役割、仕組みを理解いただくためのツールとしても有効と推察されます。</p>	

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	少人数や個別で利用者の希望する場所へ外出支援を行い、利用者が多様な経験ができるよう取り組んでいます
	内容	当ホームの利用者の大半が支援度の高い重度の方々であることから余暇の充実を自身で図ることが難しい状況です。家族も遠方であるため、ホームでは外出支援として利用者の希望した場所へ職員が同行する機会を設けています。少人数での外出のほか、個別の希望にも対応しており、プールや乗馬クラブ、買い物、ドライブ、外食など一対一での対応を行っています。さらに、コンサートやディズニーランド、東京ドーム等旅行にも対応しており、その際には公共交通機関の乗り方やマナーを理解してもらうなど、多様な経験ができるよう取り組んでいます。
2	タイトル	利用者の食事は、日中活動を含め一日を通してトータルで栄養バランスを考え、利用者の要望も反映して提供するよう注力しています
	内容	利用者の食事は、日中活動事業所の栄養士が献立を決定しています。ホームの利用者は昼食を日中活動の事業所で摂るため、グループホームだけでなく、日中活動を含め一日を通してトータルで栄養バランスを考えています。食事は利用者にとって楽しみの一つであることから、写真付きで一週間分の献立を紹介するなどの工夫も行っています。また、栄養士の協力の下、嗜好調査を行って利用者の意向を把握しています。利用者からの要望が多かったものをリクエスト献立として、休日に提供するなど、利用者の意向に沿った食事が提供できるよう注力しています。
3	タイトル	新任職員研修からエルダーの先輩職員にバトンを引き継ぎ、利用者と向き合って仕事ができるよう指導・育成に取り組んでいます
	内容	法人職員としての帰属意識の醸成や入職後の不安軽減に向けて、3日間に及ぶ新任職員研修に取り組んでいます。初日に法人理解や各施設の概要、事業計画書、障害者虐待防止法や障害者差別解消法の理解、障害特性と支援に必要な知識等、2日目は人事考課制度や研修体系などのキャリアアップの仕組み等、3日目はリスクマネジメントの理解や記録の書き方、職業人としてのマナー・接遇、抱えない介護技術等について説明します。配属後もエルダー制度を用いて、先輩職員と共に現場で利用者と向き合って仕事ができるよう指導・育成をしています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	各ユニットのリーダー職員を情報発信の起点と位置づけ、情報共有や理解・浸透を促すことが期待されます
	内容	拠点全体や拠点ごと等の各種会議が位置付けられており、全体会議は全職員が参加できるよう同じ内容を2回実施して、情報共有に努めています。しかし職員の自己評価では、ホームが増加するとともに、各ユニットのリーダー職員の役割理解などに課題を残している状況もあるため、情報の伝わり方や理解度にばらつきが生じていると推察されます。リスクマネジメントをはじめとするツールや仕組みがあっても、運用の標準化に課題を残していますので、各ユニットのリーダー職員を情報発信の起点と位置付け、情報共有や理解・浸透を促すことが期待されます。
2	タイトル	等級基準（キャリアパス）に位置付けられた職能や職責などを伝える工夫を行い、職員の役割理解や主体性を後押しすることが期待されます
	内容	職員一人ひとりの目標チャレンジシートを用いて、拠点、事業所・部門、個人の目標設定を行います。面接を通して目標を設定し、現状と達成後の姿を決め、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。しかし目標設定の内容については、その職員の等級基準（キャリアパス）に照らし合わせた職能や職責が十分に反映されておらず、組織における自身の役割理解に課題を残しています。事業計画書の業務分担表（職務分掌）に等級ごとに求められる能力や責務について盛り込むなど、職員の役割理解や主体性を後押しすることが期待されます。
3	タイトル	個別支援計画で示してある援助内容の進捗状況やその支援に対する利用者の状況を把握するための記録の充実を図ることが期待されます
	内容	利用者に関する記録はアセスメントシートをはじめ、ユニット内の日誌など職員間で利用者の状態を把握できるよう整理しています。一目で一か月の状態を把握できるように工夫している生活記録表もありますが、利用者や家族の意向等を把握して作成している個別支援計画で示してある援助内容の進捗状況やその支援に対する利用者の状況を把握するための記録としては連動性が薄く、改善の余地があります。支援内容の振り返りや効果的なモニタリングにつながる記録となるよう工夫することが期待されます。