

「福祉サービス第三者評価を準用した調査」結果報告書【令和4年度(2022年度)】

2023 年 3 月 30 日

社会福祉法人ゆきわり会
理事長 関 良 殿〒 211-0005
所在地 神奈川県川崎市中原区新丸子町727-3
リバービューハイツ302

評価機関名 一般社団法人 チーム結

認証評価機関番号

機構 21 - 255

電話番号 044-819-7931

代表者氏名 新井 結花

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	福祉	H0802032						
	②	久保田 義徳	組織	H0802014						
	③	麻田 展克	福祉	H0901074						
	④	佐野 真奈美	福祉	H1202015						
	⑤									
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)	ユニットの特徴 前回の評価で訪問していないユニット 利用者調査結果 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	2022 年 11 月 1 日									
利用者調査票配付日(実施日)	2022 年 12 月 12 日									
利用者調査結果報告日	2023 年 2 月 14 日									
自己評価の調査票配付日	2022 年 11 月 18 日									
自己評価結果報告日	2023 年 2 月 14 日									
訪問調査日	2023 年 2 月 16 日									
評価合議日	2023 年 2 月 16 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。 ・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。									

2023 年 3 月 30 日

事業者代表者氏名 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）
	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） 1)事故防止による安全の確保 2)環境改善への取り組み 3)感染症等の予防策と発生時の対応策 4)各種法令や規則等の遵守 5)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）
	(1)職員に求めている人材像や役割 法人で人事考課制度を活用して、職種、資格等別に人材像あるいは役割等明記している。
	(2)職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 行動規範を守り、福祉職員としての使命感を果たすように利用者の支援にあたる。

調査対象	対象は利用者全員 利用者は男性は64%、女性は36%でした。20歳代29%、30歳代14%、40歳代36%、50歳代7%、60歳以上14%でした。
	個別に聞き取り調査を実施しました。
調査方法	

利用者総数 223

	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		15	15
共通評価項目による調査の有効回答者数		14	14
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	6.3	6.3

利用者調査全体のコメント

・総合的な感想において、「大変満足」と回答した方が2名、「満足」と回答した方が6名、「どちらとも言えない」と回答した方が4名、「大変不満」と回答した方が1名、無回答が1名でした。
・個々の質問に対する回答状況を見ると、15問中7設問で70%以上の方が「はい」と回答しています。
・自由記述では、複数名から「食事は美味しい。」との意見が挙がったほか、「親に会いたい。」「不満とか文句とかない。」「もっと明るくとみんなが楽しいほうがいい。」「ホームで楽しいことをしたい。」「ここもう飽きた。移動したい。」「コロナで自室で食事しているのがコロナが終息したらリビングで食べたい。」など、コロナ禍で制限がある中で挙がってきたコメントも多く見られました。

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	10	1	1	2
「はい」と回答した方が10名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方が1名、非該当・無回答が2名でした。「困ったことはない。」「助けてくれます。」「リーダーが代わった。今の人はあまり聞いてくれない。」などの意見が挙がっています。				
2. 利用者は、主体的な活動が尊重されているか	13	0	0	1
「はい」と回答した方が13名、非該当・無回答が2名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「本読んでる。」「テレビとかかな。」「テレビ見たりする。」「外出で買い物した。」「編み物、DVD」などの意見が挙がっています。				
3. グループホームでの生活はくつろげるか	10	2	1	1
「はい」と回答した方が10名、「どちらともいえない」と回答した方が2名、「いいえ」と回答した方が1名、非該当・無回答が1名でした。「お部屋にいるの好きです。」「ここ最近は落ち着いて暮らせている。楽しいこと考えて落ち着いていられる。」「コーヒータイムの時ロビーで飲めない。」「うるさい。みんなうるさい。」などの意見が挙がっています。				
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	5	1	0	8
「はい」と回答した方が5名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、非該当・無回答が8名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「あまりない。」「電話は職員がする。」「家族には自分でします。」「自分で連絡する。」「宅急便が届く時電話してる。」「家族にクリスマスカード、年賀状を送った。」などの意見が挙がっています。				
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	11	1	0	2
「はい」と回答した方が11名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、非該当・無回答が2名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「掃除は嫌い。」「してくれる。」「職員がしてる。」「多分職員さんがしてくれます。綺麗になってます。」「部屋は自立できる人は自分で掃除して、できない人はスタッフがしてる。」「一週間3回か2回掃除の人が来る。部屋は自分で。」「トイレがつまって汚れている時がある。」などの意見が挙がっています。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	10	2	1	1
「はい」と回答した方が10名、「どちらともいえない」と回答した方が2名、「いいえ」と回答した方が1名、非該当・無回答が1名でした。「優しい。一人怖い。」「みんな優しいです。」「今のところは大丈夫。」「ほとんど優しくない。」などの意見が挙がっています。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	11	0	0	3
「はい」と回答した方が11名、非該当・無回答が3名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「病院に行く。」「病院に連れて行ってくれた。」「看護師と親が病院に連れて行ってくれる。」「なったことない。」などの意見が挙がっています。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	0	0	6
「はい」と回答した方が8名、非該当・無回答が6名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「職員が入ってくるけど部屋に入ってやっちゃった。」「職員さんが見てくれます。」「お互いにケンカしたら距離を置く。自分たちで仲直りできる。」「ケンカしない。」などの意見が挙がっています。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	11	2	0	1
「はい」と回答した方が11名、「どちらともいえない」と回答した方が2名、非該当・無回答が1名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「すごく優しい。」「ジュース買ってくれる。」「普通。」「リーダーは大事にしてくれる。」などの意見が挙がっています。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	7	1	0	6
「はい」と回答した方が7名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、非該当・無回答が6名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「部屋をノックします。」「鍵を閉めて、部屋で小さい声で話さないとか誰かが聞いている。」などの意見が挙がっています。				
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	6	1	0	7
「はい」と回答した方が6名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、非該当・無回答が7名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「学校に行ってます。」「話したことは覚えている。」「外出、刺繍、編み物、ドライブ」「サービス管理者と話をする。」などの意見が挙がっています。				
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	6	0	0	8
「はい」と回答した方が6名、非該当・無回答が8名、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「お茶飲んだりお菓子食べたりする。」「目標は立ててません」「ダイエット。」などの意見が挙がっています。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	1	1	4
「はい」と回答した方が8名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方が1名、非該当・無回答が4名でした。 「できます。」「サービス管理者、ねぶたの主任に言っている。」「面談したい。担当とのコミュニケーションも心配。」「できていない。」「困っていない。」などの意見が挙がっています。				
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	5	0	1	8
「はい」と回答した方が5名、「いいえ」と回答した方が1名、非該当・無回答が8名でした。「オンブズマンと話したい。前に話した。自分の心配なことを話したい。」「ねぶたの人に話す。来る人に話したこともある。」「何度も話している。」などの意見が挙がっています。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

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 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(〇〇)	
	評価	標準項目
	☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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	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 ☐ 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(〇〇)	
	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 ☐ 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 ☐ 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(〇〇〇)	
	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 ☐ 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1の講評	
	法人理念、方針の情報開示と共に職員の理解・浸透への取り組みもあります 法人理念、基本方針は、ホームページ、パンフレットに明示されています。事業計画書には行動規範と運営方針、長期基本方針・中期方針、当年度の具体的なサービス目標と方針から目標、長期から短期へと連鎖して具体的に可視化されています。その他組織図、職務分掌の他、研修計画、会議・委員会構成等が網羅されていますが、防災や虐待防止、リスクマネジメントに関するマニュアルも掲載され、法人理念「利用者の命を守る」の姿勢が明確に打ち出されています。入職時の3日間研修ではカリキュラムとしても活用されており、理解・浸透に余念がありません 経営層の役割・責任、リーダーシップは可視化され、徹底度を深める仕組みもあります 全職員に配布、説明されている事業計画書には、経営層のみならず全階層・役職に亘る業務内容が可視化されています。各階層の業務内容は基本的役割、利用者ニーズに応じた適切な支援の提供など、法人理念から紐解いた重要な4業務が各階層のレベルに合うように整理されており、1つの業務についてのそれぞれの階層の役割・責任も分かります。さらに、キャリアパスが並記され、担う業務を全うする為に必要な能力・行動との関連も明確です。キャリアパスを軸に設計された人事考課制度の運用によって、さらなる理解が深まる取り組みもあります 情報共有機能の強化により組織としてのさらなる現場対応力の発展が期待されます 必要な情報は、階層ごとにアクセス権限が設定され各拠点に配置されたパソコンで共有しています。一方、昨今の新型コロナ対策の観点から、合議・検討する全体会議のうちいくつかの会議で参集による開催が出来るようになります。組織は成長過程にあり、引き続き取り扱う情報も職員数も増加し、判断すべきことも増えます。コロナ対策に加え、冬場の移動や今後の拠点数増加を踏まえ、オンラインでの実施も望まれます。結論のみの共有ではなく協議する過程を共有することで組織的な応用力を養い、検討策の目的・理由も共有され実行力向上にもつながります。	

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(○○○○○○)
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	○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	○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	○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	○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	○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	○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 4/5
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	○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	○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	○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	○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	○非該当

カテゴリー2の講評

利用者、職員の声を直接対面で把握する取り組みが実践されています

利用者の意向や抱える課題の個別把握では目安箱が設置されていますが、主に日常の支援や活動の中で継続的に把握されています。さらに、月に1回オンブズマンも来所し、第三者の視点でも個別相談が実施されています。職員については、定期的に実施している「虐待防止職員チェックリスト」を活用し、必要な職員に随時個別面談が実施されています。さらに、誕生日に理事長が直接当該職員の勤務時間帯に合わせて出向き、全職員に面談を実施しています。理念にある「利用者のハピネス、スマイル」は職員に対してもその精神が現れた実践があります。

地域の福祉動向は、県内、市内のみならず都内に亘って把握する取り組みがあります。

拠点周辺環境の情報は、県内・市内の業界団体が実施する研修会への参加や定期刊行の広報誌、新聞等の回覧を通して、全職員が把握・共有する取り組みがあります。利用者については、利用開始前に対面で面接を実施しています。現在、新型コロナの感染拡大でオンラインによる実施になっていますが、利用者の大部分が東京都及び関東近郊からの方々でもあり、面接で上京した際には、当該利用者の管轄地域の県・市区町の役所を訪問し、行政から当該地域の福祉の現状を直接把握するなど幅広く生の声を拾う取り組みが継続的に実践されています。

短期目標では目標達成へ向けた行動の実践につながる行動計画化が望まれます

組織の目標は事業計画書の中でサービスの長期基本方針、中期方針から年度の短期サービス目標へと、理念を起点に抽象から具体へ、長期から短期へと可視化されています。また、短期サービス目標は次年度の事業報告書の中で取り組み報告として検証が行われ、未達成項目については次年度の具体的な取り組みとして反映もされています。但し、達成度を計る基準や取り組み方法など達成に向けた行動計画が策定されていません。短期サービス目標では5W1Hなどの具体的な内容で可視化、進捗管理をし、組織として着実に目標の達成を目指す工夫も期待されます。

カテゴリ-3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-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(〇〇)		
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	☐ 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取り組み、定期的に確認している。	☐ 非該当
サブカテゴリ-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(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	☐ 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(〇〇)		
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	☐ 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	☐ 非該当
サブカテゴリ-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(〇〇)		
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	☐ 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	☐ 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(〇〇〇)		
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	☐ 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	☐ 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	☐ 非該当

カテゴリー3の講評

法令順守の理解、浸透、徹底の取り組みが組織的に実践されています

法人の基本方針には、守るべき法の理解と具体的な支援内容の徹底、虐待防止に取り組むことが明記されています。さらに、行動規範には個人の尊厳を守るための8つの行動に加え、各規範の具体的な内容も詳述されています。それらは、毎年度の事業計画書の冒頭に掲載され、毎年度、全職員に配布、説明されています。また、職員入職時には本部が実施する3日間研修の中でも説明されています。さらに日常的には、会議や朝礼の際に行動規範の唱和も行われています。法人・拠点とも最も大事にしていることの理解・浸透への重層的な取り組みがあります

虐待防止では、重層的かつ継続的な取り組みがあります

ゆきわり会の理念を実現する為の基本方針のうち、虐待防止についての理解と周知徹底が第一の方針として掲げられ、最も重要な方針として明確に位置付けられています。虐待防止対策検討委員会は毎月開催され、事案発生時には臨時にも開催される体制があります。委員会では、マニュアルの策定と修正、「虐待防止職員セルフチェック(計18項目・1～2か月1回)」「虐待防止セルフチェック(計6項目・毎日)の実施とモニタリング、事例検証や研修を行っています。方針の明確化から周知まで組織的・継続的な取り組みがあります。

地域社会との交流機会や活動を通して地域貢献と共生社会創造への取り組みがあります

長引くコロナ禍ですが、感染対策を強化しつつ法人内他拠点(事業)が主催する夏祭りへの参加をしています。地域の人も自由に参加する夏祭りへの参加を通して、地域の方々との直接の交流、法人や各拠点の事業や活動の理解、認知度向上につながっています。また、自拠点でも周辺地域のごみ拾いや高齢者宅への弁当の無償提供(配達)をする活動の実践があります。法人の行動規範の軸を成しているノーマライゼーションの理念を具現化する組織活動と言えます

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(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること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	○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	○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	○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	○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	○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(〇〇〇〇)		
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		
今後の事業規模拡大を踏まえ、さらなる安全強化に向けた取り組みも望まれます 「非常災害対策計画」には、火災、地震、アラートや水害対応の他、BCPまでの手順が盛り込まれています。また、全職員に配布の事業計画書にも重要事項が抜粋され、再掲されています。火災訓練は年2回、水害対策訓練も実施しています。地域の特性に合わせた手順書は充実し、実践に向けた訓練の取り組みもあります。一方で、今後の拠点数とそれに伴う職員の増加も想定されます。夜間等の有る際は新人に限らず、わずかな職員で臨機応変に行動することや新しい拠点との連携などが想定されます。改めて新任者を対象とした研修の実施が望まれます。 情報管理のさらなる組織的徹底の為、情報管理ルールの「見える化」も期待されます 拠点で扱う情報のうちデータはシステムを通して共有されています。システムにはパスワード等で階層によって閲覧制限がかけられています。また、紙ベースの記録やファイルは鍵付きの書庫に保管されています。拠点数の増加に伴い扱う情報の種類と量も増えます。情報の取り扱いの徹底度を組織的に上げる為、情報の内容(質、機密度、重要度、共有等)に応じた管理方法(保管場所、保管方法、共有方法、管理責任者等の取り決め等)を明確化したルールの可視化も期待されます。情報共有では情報活用の向上、情報保護ではセキュリティ強化のメリハリです。 個人情報保護については新たな対応への検証と定期的な研修の実施が望まれます 法人として、利用者のプライバシー保護、守秘義務について行動規範に詳述されています。個人情報保護規程、保護方針も策定されています。各拠点の管理者で構成する個人情報保護検討委員会も年2回定期開催され、随時にも開催されています。また、利用者は利用開始時に個人情報の利用目的について、職員は入職の際に個人情報の保護についての誓約書を取っています。一方で、今後も拠点数及び職員の増加が想定されます。異業種から支援未経験の職員の増加も想定され、個人情報の取り扱いにバラつきが発生する懸念もあり、定期的な研修の実施も望まれます		

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・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/12
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(〇〇)		
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(〇〇)		
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(〇〇〇●)		
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	☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ 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(〇〇〇〇)		
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・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ 非該当

サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 3/3
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(〇〇〇)
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	☐ 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	☐ 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	☐ 非該当
カテゴリ-5の講評		
雇用情勢を踏まえ人材の定着と成長を支える育成体制が体系化されています 拠点増加に伴い職員も増加していますが、入職する職員には異業種からの未経験者や無資格者も少なくありません。入職者は、配属前に入職時研修が漏れなく3日間実施されています。さらに、配属後はキャリアパスと連動した階層別研修もあります。また、新卒者には拠点のエルダー制度で1年間のOJTが実践されています。年齢の近い先輩職員と共に行動することで人材定着にも寄与しています。さらに、法人独自の奨学金貸与制度も創設しました。幅広く多様な人材を受け入れ、成長を支援する姿勢は行動規範に掲げるノーマライゼーションの精神の実践です。 さらに職員各自の成長度合いや必要度に応じた個別研修の実施も期待されます 法人全体としてキャリアパスに連動した人事考課制度と階層別研修が整備され、法人が目指す方向に向け職員がステップアップする為の人材育成制度が体系化されています。一方で、入職する職員は新卒者の他、異業種、無資格、未経験者も多く、今後はさらに各自が保有する能力の多様化傾向が進行する可能性があります。人事考課制度という統一の基準に照らし判定した各自の考課結果を踏まえ、個別研修の実施も望まれます。そのステップとして例えば、職員の個別カルテを作成し、入職後の職歴、保有資格や研修履歴の管理から開始することも一考です。 支援の質的成長と業務改善を実践的かつ組織的に取り組むための取り組みが期待されます 今年度はヒヤリハットの報告数が少なく、事故が何件か発生しています。事故予防の観点だけでなく、業務改善にも重要な取り組みでもあることからヒヤリハットの報告数を組織的に増やす工夫が期待されます。ヒヤリハットの本来的意義の浸透や報告書の工夫など規程や書式、報告の仕方の見直し、研修の実施などが望まれます。異業種、未経験の職員が増えているということは、多様な気づきも増える可能性を秘めています。利用者からの視点、職員としての視点、保護者からの視点ではどうかなど、目を養うことは人材の成長とサービス向上両立のヒントです。		

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)

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」について、利用者のハピネスもスマイルも、まずは利用者の命を守ることから出発点であるという認識から、利用者が安心して日々の生活を送ることが出来る環境を整備・維持することが事業所の重要課題であると考えました。拠点数、職員とも増加していることもあり、最もリスクの大きい防災態勢を整えることとし、避難訓練については火災想定以外に水害避難の訓練も実施しました。

目標の設定と
取り組み

- ☒ 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
- ☐ 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
- ☐ 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- ☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)
- ☐ 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

- ☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- ☐ 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
- ☐ 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

これまでは火災想定訓練(年2回)のみの実施だったが水害避難について初めて実施したことにより、今年度、実際に水害警報が発令された際、とても役立った。

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)

前記のとおり、利用者の命を守る視点で基本の習得と有事の際の行動の習熟、臨機応変の行動を主とした実地訓練は、火災以外に水害も実施しましたが、さらに、拠点数や職員数の増加を勘案し、同時に手順やマニュアルの検証・見直しやその他の災害(BCP、Jアラート等)について取り組みを行いました。災害などの緊急事態に備えた体制の構築と周知、災害に備えた訓練の計画や点検、災害事例や災害に関する法規制等があった場合の周知と研修に着手し、緊急時の迅速な対応の実践を目指しました。

目標の設定と取り組み	☒ 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 ☐ 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 ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) ☐ 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	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 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 ☐ 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

手順書については、新たにBCPマニュアルを作成しました。一方で、新型コロナウイルス感染症拡大を懸念し、職員研修を実施出来ていません。また、同様の理由から実地訓練では全員参加の訓練として出来ていませんでした。次年度は、多くのホームで訓練を実施し、職員の参加も増やすことを具体的な取り組み目標として掲げています。

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(〇〇〇〇)	
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なっている
☒ 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	
当事業所を知るための情報が分かりやすく詳細に掲載しているホームページです 法人管理のホームページで紹介している当事業所は、5人のユニットが4棟、10人のユニットが21棟で構成されるグループホームです。当事業所の基本情報や施設紹介、各棟の外観写真、一日のスケジュール(通所日と休日)余暇・食事風景の写真、日々の食事についてが紹介されており、各ユニットの現在地を地区で分けたマップもPDFで掲載しています。利用者が県内だけではなく、東京都から青森での生活を始めた利用者が多数を占めるといふ特徴を持つ当事業所を知るための情報が分かりやすく詳細に掲載しているホームページです。 パンフレットは特徴ある内容を掲載しており色々な取り組みを知ることができる1冊です 法人全体の事業を掲載しているパンフレットは、法人理念と理事長挨拶から始まり、基本方針、組織図、沿革のあとは、各事業所の紹介となっています。それぞれ発信している内容は特徴あるもので、利用者支援だけではなく人材育成の取り組みを掲載している事業所や、事故に対する取り組みを掲載している事業所など、色々な取り組みを知ることができます。全体的に写真を多用して雰囲気も伝わるように作成されており、当事業所についても一日のスケジュールや、ホームの名前は東京にちなんで名付けていることなどを掲載しています。 見学者の受け入れは感染防止対策を講じた中で可能な範囲で対応しています コロナ禍ではありますが、見学者の受け入れは感染防止対策を講じた中で可能な範囲で対応しています。見学希望の場合は、「施設見学依頼書」に、第1希望から第3希望まで日程を記入していただき、なるべく希望に副えるよう調整して対応しています。現在、案内するホームは外観や空きのあるホームを見学していただく、または写真での情報提供となっています。これまでのコロナ禍での対応を振り返り、今後は動画などを作成してよりわかりやすくホームの紹介ができればと考えています。	

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(〇〇〇)		
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(〇〇〇〇)		
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-2の講評		
利用希望者との面接はコロナ禍のため、オンラインによる実施が主となりました 当ホームの利用者は、東京都から受け入れている方が主となるため、利用契約を行うにあたり、利用希望者との面接はコロナ禍のため、オンラインによる実施が主となりました。面接で聞き取りした内容を基に検討会議が行われ、入所決定となります。検討会議のメンバーには、日中活動の場となる生活介護担当職員も加わっています。契約書と重要事項説明書は事前に郵送し確認をしていただき、来所した際、再度説明を行います。契約書と重要事項説明書にはルビ(フリガナ)が振られており、あくまでも利用者との契約であることを窺い知ることができます。 利用者の全体像を把握できるよう細かく情報収集し、基本情報カードを作成しています 利用者に関する情報は、フェースシートの基本情報の他、家族に、利用者アセスメント表Ⅰ(健康)Ⅱ(ADL)、Ⅲ(IADL)、Ⅳ(コミュニケーション・対人関係)、Ⅴ(日中活動・就労・余暇活動)、Ⅵ(一日の流れ)、Ⅶ(住環境)を記入していただき、細かく全体像を把握できるよう情報収集し、さらに、食事調査表、健康カードも提出していただきます。これらの情報と面談時やフェースシートを基に「基本情報カード」を作成します。顔写真入りで利用者支援に必要な情報を丁寧かつ簡潔にまとめ、職員間で情報共有し、受け入れ準備をしています。 利用開始にあたり体験期間を設けて、利用者がここでの生活が可能か確認しています 正式な利用開始となる前に体験期間を設けています。体験期間については面接の際に話をしており、体験してみて、ここでの生活が厳しいと判断した時は戻る場所があるかを予め聞いています。生活をするユニットは現利用者との相性や特性を踏まえて決定しています。1週間、空いているユニットでの生活の様子を観察し、情報提供の仕方なども利用者が不穏にならないかなど考えて対応しています。家族と初めて離れて暮らす利用者については、家族の心配する気持ちにも配慮して数日後には連絡をするよう対応しています。		

サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ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(〇〇〇)		
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(〇〇〇)		
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たうえで、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(〇〇)		
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くみがある	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	☐ 非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	☐ 非該当
サブカテゴリ-3の講評		
利用者一人ひとりの特性を理解して支援を組み立てるという視点が窺えます 利用者に関するアセスメントは入所時に家族に記載していただく「利用者アセスメント表」のほかに、「日常生活動作表」にて、1.食事、2.排泄、3.身なり、4.理容、5.入浴、6.移動、7.行動、8.対人関係、9.コミュニケーション、10.就寝、11.健康状態、12.その他、に項目にて利用者の状態を把握し、各項目について注意点を記載して支援が必要な点を確認しています。利用者一人ひとりの特性を理解して支援を組み立てるという視点は、よく「問題行動」と記載される内容は「行動」と示していることからの意識の高さが窺えます。 個別支援計画の立案は、利用者ができる範囲での目標を挙げて支援することとしています 利用者の個別支援計画は、1.本人・家族の意向、2.総合的な援助の方針、3.支援目標、4.支援内容、達成時期を記載しています。この個別支援計画の取り組みはモニタリングにて確認しており、その際、具体的な支援内容には、「本人が行ったこと」と「支援者が行ったこと」を分けて記載しており、さらに「達成されていない原因の分析」と「今後の対応」も記載されています。利用者ができる範囲での目標を挙げて支援することとしており、利用者の「できる」ことを増やしていくことで、自己肯定感を持つことにつながる取り組みと推察されます。 ケース記録は支援システム内で記録しているため、職員が共有しやすい状態にあります 利用者の様子は支援システム内のケース記録に記載して職員間で共有できるようにしています。このケース記録はホームの様子だけではなく、日中活動先でも記載しているケース記録を確認することが可能なため、一日を通して利用者の状態を把握することが可能です。個別支援計画のモニタリングを行う際は、これらの記録から利用者への支援状況を確認することになります。多くのユニットを有しシフト勤務で様々な職員が支援に入るため、個別支援計画に沿った支援の経過が確認でき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。		

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ある場合には、利用者の同意を得るようにしている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		☐ 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)			
評価		標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者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			
個人情報や個人所有物についての取扱いを明確に示し、同意を得ています 個人情報の取り扱いについては、契約時に「個人情報に関する同意書」で説明を行っており、個人情報保護方針と利用目的を明確に示し、同意を得ています。合わせて特定個人情報の適切な取扱いについても明示し、同意を得ています。また、個人の所有物については、「私物破棄同意書」において取扱いの意向を確認して、対応を行っています。個人宛て文書は、基本的に利用者本人の前で開封していますが、利用者の障害特性などで不安定になってしまう場合において、文書の内容を職員が確認してから利用者へ渡すなど、個別の対応を行っています。 コロナ禍において、利用者の希望に少しでも沿えるよう代替案を提案しています 利用者のプライバシーに関する記録物は、他者に見えないよう配慮して保管しています。入浴や排泄時に支援に入る際には、できる限り同性介助を基本とし、利用者の意向に沿った対応に努めています。また、利用者の意向については、近年コロナ禍で活動に制限があり、利用者の「やりたい」という希望に対して実現が難しい状況もありますが、すべて不可でなく、代替案を提案するよう心がけています。日常生活の中でも、居室で食事を摂りたい、居室を好きなようにカスタマイズしたい、布団で寝たくないなど、利用者の価値観に沿った支援に努めています。 改めて利用者の尊厳の尊重について考え、言動を振り返る機会を設けています 利用者の権利擁護について、職員一人ひとりが自覚を持てるよう、「行動規範」において、体罰を行わない、強制的な言葉・威圧的な対応を行わない、利用者の個性・主体性を尊重するなど、具体的な内容を明確にしています。行動規範は、毎年事業計画に載せ、全体会議で読み上げ浸透を図っています。さらに、今年度は他法人で活用していた「使用禁止用語リスト」(76語)を参考に、職員間で接遇に関する周知を行いました。リストにより、職員が日頃の自身の言動を振り返り、改めて利用者の尊厳の尊重について考える機会となるよう取り組んでいます。			

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(○○○)	
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
サブカテゴリー6の講評			
「はやぶさマニュアル」を作成し、毎年度事業計画書に載せています 法人のグループホーム共通の手引書類は、「はやぶさマニュアル」として作成しており、毎年度事業計画書に盛り込んでいます。内容は入居・退居の流れ、苦情・相談、ハラスメント、虐待防止、身体拘束、不審者対応、食中毒・感染症、ボランティア等多岐に亘り、フロー図で分かりやすく明記しています。さらに、職務分掌として各役職の業務内容・役割などを示すほか、スタッフ業務(平日・休日版)についても一日の動きを時系列で一覧にして載せており、職員さらには家族に対し、事業所業務の理解につながっている取り組みであると推察されます。 写真の活用や留意事項を分かりやすく示したマニュアル類を作成しています はやぶさマニュアルのほか支援に必要なマニュアル類の作成も行っています。口腔ケアや食事支援、入浴支援、衣類管理、与薬、消毒液や洗剤類の管理、虐待・身体拘束などがあり、留意事項は太字や赤字、大きなフォントにして注意喚起を促して分かりやすく作成しています。さらに、衣類管理や与薬は写真も用いて示し、確実に業務が遂行できるしくみにしています。スタッフ業務を含めたマニュアル類は各事業所において必要の都度改訂がなされ、現状に即したものとなるよう努めていますが、活用につながるように取り組んでいきたいと考えています。 利用者一人ひとりに必要な支援を明確にし、支援の統一化を図っています 利用者一人ひとりに対する必要な支援は、「基本情報カード」や「利用者アセスメント表」で明確にしており、支援方法のほか支援における留意点を赤字で示し、都度追記することでタイムリーな情報を職員間で共有できるよう工夫しています。個別支援計画でも利用者一人ひとりの一日の中で、時間ごとに行う支援を示しており、重度の障害を持つ利用者が多く入居している中で、職員が統一した支援を行うことができるよう仕組みの整備に努めています。			

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 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(〇〇〇〇〇)	
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
☒ あり ☐ 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 ☐非該当
評価項目1の講評 個別支援計画に沿った支援と目標達成に向けた検証を実施しています 個別支援計画の支援目標を共有するために各ユニットに個別支援計画をファイリングし、すべての職員が確認できるようにしています。半年に一度実施されるモニタリング時には支援会議を開催して、支援目標に沿って実施した支援とその効果を検証しながら目標達成の進捗を確認しています。目標が達成されていない場合はその要因を分析し、その後の支援方針を検討しています。ユニット数が多く様々な職員が支援に入るため、個別支援計画の共有方法や計画に沿った支援の経過がより分かりやすい記録となるような支援システムの活用等の工夫が期待されます。 利用者一人ひとりの特性に沿った円滑なコミュニケーションを心掛けています 利用者一人ひとりの特性を把握して、本人に伝わりやすいコミュニケーションを行うことで安心して過ごすことができるように努めています。コミュニケーションの特性はアセスメントシートで把握されています。利用者からの意思伝達と他者からの意思伝達の理解について、直接行動・サインやジェスチャー・写真や絵カード・機器の使用・簡単な文字・二語分以上のコミュニケーションが可能かを明らかにしています。把握した特性に応じて個別に適したコミュニケーションの支援(ジェスチャー、写真、スケジュール等の視覚支援)を実施しています。 良好な人間関係の中で安心して過ごせるように支援しています グループホームの生活は比較的少人数で限られた生活空間となるため、良好な人間関係を保つことは利用者が安心して過ごすために大きな要素の一つと考えています。利用開始時の利用者に関する事前情報や体験利用等を通じて、新規入所者の特性や他の利用者との相性等を考慮して入居するユニットを慎重に決定しています。利用開始後も対人トラブルがあった際には当事者の話を聞いたり、個室での対応や食事時間をずらすなど様々な配慮をしています。支援を尽くした結果、対人トラブルが継続する場合には説明・同意のもとでユニットの変更も行っています。	

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(〇〇〇〇〇)

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	☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ 非該当

評価項目2の講評

法人の理念やサービスの基本理念に基づいて意思決定支援を大切にしています

法人理念の一つである「利用者にハビネスを」に根ざしたサービスの基本理念として「満足のいくサービスの提供」を事業計画に掲げており、その具体例な取組の一つとして意思決定支援を打ち出しています。利用者が様々な場面において自己選択できるように分かりやすい情報の伝達や「ノー」ということも含めた選択肢を提供することで、利用者一人ひとりが自分らしく生活できるように努めています。利用者から出された意思表示や要望等については可能な限り実現することを基本としながら、実現できないことはその理由を丁寧に説明するようにしています。

安心・安全な生活環境の中で快適に生活できるように取り組んでいます

利用者が安心・安全な生活環境の中で快適に過ごすことができるように2か月に一度、安全チェックリストを活用して点検を行っています。明るさ・寒暖・換気・危険箇所・危険物・異臭等の環境点検と廊下・食堂・トイレ・洗面所等の清掃状況や鼠や虫の侵入、感染症の発生等の衛生点検を実施し、必要に応じて改善しています。光に過敏な利用者のために遮光カーテンを設置するなど利用者の特性に配慮した環境づくりにも取り組んでいます。危険物でなければ居室への私物の持ち込みを認めており、自分の趣向に合った環境で安心して過ごせるようにしています。

食事を安全に美味しく食べることができるように取り組んでいます

食事は同法人運営の生活介護事業所の栄養士が考案した栄養管理されたメニューを各ユニットで職員が調理して提供しており、家庭的で暖かい手作りの食事となっています。利用開始時に食事調査書にてアレルギー・好き嫌い・食形態等を把握して個別の状況に合わせた食事を提供できるようにしています。白米の量やアレルギー、食形態等の個別に配慮が必要な情報については表にまとめてユニットの食堂に掲示しています。調理を担当する職員が会議を行い、利用者の喫食状況等の情報交換を行い、メニューの改善や食形態の変更等の検討を実施しています。

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(〇〇〇)

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	☐ 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	☐ 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	☐ 非該当

評価項目3の講評

利用者一人ひとりの特性やスキルを把握して必要な支援を実施しています

職員が福祉従事者として行動するための基本的な指標として職員行動規範が定められています。行動規範の一つとして「私たちは、利用者の出来ることを伸ばしていきます」と定め、利用者が持っているスキルを理解した上で適切な活動を提供すること、職員が先回りして行わず利用者ができることを見守ること、利用者のできない部分を支援することとしています。アセスメントシートで利用者一人ひとりの身の回りのことに関するスキルや家事等のスキルや状況を把握した上で、必要な部分だけを個別の状況や特性に合わせてサポートするように取り組んでいます。

規程に基づきながら個別の状況に応じて必要な金銭管理の支援を行っています

利用者のほとんどが関東圏の出身であり、家族と離れて生活することになるため、日常に必要な金銭の管理を事業所が適切に行う必要性があります。利用者の大切な金銭を適切に管理するため「利用者預かり金管理規程」が定められており、規程に基づいて適切な金銭管理の支援が行われています。規程で定められた小遣い金等出納帳で正確に金銭管理を実施して、毎月家族に送付しています。重度の利用者が多いためほとんどが職員管理となっていますが、利用者のスキルに応じて職員と一緒に小遣い帳をつける等、利用者の能力を伸ばす支援を実施しています。

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(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	○非該当

評価項目4の講評

「利用者の命を守る」という法人理念に基づき、日々の健康管理を徹底しています

法人理念として「利用者の命を守る」ことを第一に掲げており、実践として健康管理への取り組みを事業計画に示しています。日常的な健康管理の支援は「生活記録表」を活用して行っています。「生活記録表」には1日2～3回の検温・血圧測定・酸素飽和度測定・咳、喘鳴、鼻水、嘔吐の有無・排尿時間・排便状況(排便の有無、時間、便の形状及び量)、起床及び就寝時間、入浴状況、食事の喫食状況、内服薬及び外用薬の完了の確認等、健康管理に関するデータが集約されています。異常があった場合は同法人内事業所の看護師と連携を図って対応しています。

急な体調変化やてんかん発作等の緊急時に適切に対応できるようにしています

体調の急変等の緊急時に備えて、症状ごとに行うべき対応をまとめた書面を作成して共有しています。緊急時の報告及び指示命令の流れとしては、フリーの夜勤職員、看護師、サービス管理責任者、園長に連絡・報告し、利用者の状況に応じて対応の指示命令を行う取り決めになっており、連絡先等が全職員に共有されています。てんかん発作の対応は個別に症状や必要な対応が異なるため、利用開始時に基本情報カードで把握するほか看護師が発作の状況の詳細や必要な対応を聞き取り、個別の対応方法をまとめて緊急時に適切な対応が行えるようにしています。

与薬マニュアルに基づいて服薬支援を実施して服薬ミスをなくしています

服薬支援を正確に行うことで利用者の健康や命を守ることを目的として与薬マニュアルが作成されています。同法人内事業所の看護師との連携を図っており、看護師が薬の分別やセットを実施し、服薬担当職員がチェックした後にポケット式の薬入れにセットして、さらに別の服薬担当職員がチェックを行っています。与薬時にも複数の職員で確認を行うなどダブルチェックを基本としています。ポケット式の薬入れを朝・昼・夕ごとに色分けしたり、利用者の顔写真を貼るなど誤りなくセット・確認できるように工夫を重ねながら服薬ミス「ゼロ」を目指しています。

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(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○非該当

評価項目5の講評

保護者アンケートを実施して保護者の要望等を聴き取り、改善につなげています

年に1回保護者アンケートを実施して事業所に対する満足度、困っている事、職員の対応の満足度の把握や家族からの意見・要望を収集する機会としています。集計結果は事業所の区分ごとに回答数及び回答数の前年度比がまとめられており、事業報告書の中に織り込んで報告されています。家族からの意見・要望に対しては1件ごとに対応や改善策を検討して家族にフィードバックしたり、内容によっては事業所の苦情解決システムを運用して解決を図っています。離れて生活する家族の満足度や要望を把握し、対応を行うことで安心感を持てるようにしています。

家族に対する更なる情報提供の工夫や取り組みが期待されます

家族からの情報収集は利用開始時に利用者の基本情報や状況等を聴き取り、基本情報カードにまとめて利用者支援に活かしています。利用開始後に事前情報とは異なる状況が発生した時には家族に連絡して更なる情報収集を実施し、支援方法を再検討しています。家族に対する事業者情報の発信は年1～2回発行の法人の広報誌やホームページ、事業計画書や事業報告書の送付等が主となっています。事業所としても家族に対する情報提供の充実が課題と捉えており、ホームページの更なる活用など事業所の取組や利用者の様子等の情報提供の工夫が今後期待されます。

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(〇〇)

評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	☐ 非該当

評価項目6の講評

地域社会における生活の場としての機能を果たすことで共生社会の実現を目指しています

たとえ重い障害があっても地域における生活の場としての住環境が整えられたグループホーム事業を運営することで共生社会の実現を目指すことを法人の基本方針の一つとしています。利用者はほとんどが関東圏出身で障害が重い状況ではありますが、基本方針に基づいて利用を受け入れて新たな地域社会で地域の一員として生活できるように支援しています。法人理念の「スマイル」を実現するための実践として施設生活が楽しいと思えるサービスの提供をサービスの基本理念の一つとし、地域の催事参加や公共資源・サービスの利用を事業計画に明示しています。

アフターコロナを見据えた余暇活動の充実や近隣地域とのつながりの強化が期待されます

当事業所は事業開始から期間が浅いため、近隣地域とのつながりに関して今後更なる強化の余地は残されています。事業計画においても、現在は地域行事や施設行事に招待し合う関係性は築くことには至っていない状況ではあるものの、今後地域との交流を深めて利用者の楽しみとなるような機会を増やすことを計画しています。現在、地域貢献活動として地域の高齢者に対する弁当配布や除雪の協力等を実施しており、このような活動を重ねて今後さらに近隣地域との関係性を深め、利用者が地域の一員として楽しく交流できる機会が増えていくことが期待されます。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-4	利用者が健康を維持できるよう支援を行っている
タイトル①	同法人内の看護師と連携しながらマニュアルに基づいて服薬支援を正確に行っています	
内容①	グループホーム事業には看護師の配置基準は設けられていませんが、同法人内の看護師と連携を図りながら、服薬手順をまとめた「与薬マニュアル」を作成し、マニュアルに基づいて服薬支援を実施しています。医療専門職である看護師が分別・セットした薬を当事業所の服薬担当職員がダブルチェックを行って、誤りが無いように努めています。薬をセットするポケット式の薬入れに利用者の顔写真を掲示したり、朝・昼・夕の時間帯ごとに色分けするなど様々な工夫が行われています。これらの取り組みにより、服薬ミス「ゼロ」を目指しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-1	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②	利用者一人ひとりの特性を理解して支援を組み立てるという視点が窺えます	
内容②	利用者に関するアセスメントは入所時に家族に記載していただく「利用者アセスメント表」のほかに、「日常生活動作表」にて、1.食事、2.排泄、3.身なり、4.理容、5.入浴、6.移動、7.行動、8.対人関係、9.コミュニケーション、10.就寝、11.健康状態、12.その他、に項目にて利用者の状態を把握し、各項目について注意点を記載して支援が必要な点を確認しています。利用者一人ひとりの特性を理解して支援を組み立てるという視点は、よく「問題行動」と記載される内容は「行動」と示していることからの意識の高さが窺えます。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-1-1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している
タイトル③	パンフレットは特徴ある内容を掲載しており色々な取り組みを知ることができる1冊です	
内容③	法人全体の事業を掲載しているパンフレットは、法人理念と理事長挨拶から始まり、基本方針、組織図、沿革のあとは、各事業所の紹介となっています。それぞれ発信している内容は特徴あるもので、利用者支援だけではなく人材育成の取り組みを掲載している事業所や、事故に対する取り組みを掲載している事業所など、色々な取り組みを知ることができます。全体的に写真を多用して雰囲気も伝わるように作成されており、当事業所についても一日のスケジュールや、ホームの名前は東京にちなんで名付けていることなどを掲載しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	法人理念の一つである「利用者の命を守る」に基づいて利用者の健康管理に関する支援を徹底し、健康で安心できる生活をサポートしています
	内容	法人理念の第一に「利用者の命を守る」を掲げ、事業所内で利用者が安心・安全の中で生活できるように支援することを基本方針の一つとしています。理念や基本方針を実現するために健康管理による健康の維持・増強や健康診断等を実施することを事業計画に示しています。日々の健康管理を徹底するため「生活記録表」を作成して、利用者一人ひとりの体温・血圧・酸素飽和度・咳や喘鳴等の有無・排せつ・睡眠・入浴・食事・服薬管理等の様々な状況を把握し、必要に応じて法人内事業所の看護師や関係医療機関と連携を図りながら対応を行っています。
2	タイトル	法人内の事業所間連携や専門職の協力を得ながら、法人全体で一体となって利用者の1日を通した生活全般を支えています
	内容	日々の利用者の様子が記載されたケース記録や健康状態がまとめられている生活記録表等を活用し、利用者が日中活動先として通所している同法人運営の生活介護事業所と綿密に情報共有を図りながら、一日を通した利用者の生活全般をサポートしています。法人内の看護師や栄養士といった専門職と連携を密に図りながら、より質の高い健康管理・服薬支援や食事提供・栄養管理を行えるように取り組んでいます。法人内の相談支援事業所と連携を図り、利用者の希望に応じて必要なサービスや社会資源の情報提供・利用等のサポートを行える体制が整っています。
3	タイトル	職員が自身の言動を振り返り、利用者の尊厳の尊重について考えることができるよう、日常的に虐待防止への取り組みを行っています
	内容	法人の基本方針のうち、虐待防止についての理解と周知徹底を第一の方針として掲げ、最も重要な方針として明確に位置付けられています。そのため、全職員が虐待防止職員セルフチェック（1～2か月に1回）、虐待防止セルフチェック（毎日）を行い、虐待防止対策検討委員会においてモニタリングも実施しています。さらに今年度は他法人で活用していた「使用禁止用語リスト」（76語）を参考に、職員間で接遇に関する周知を行いました。職員が日頃の自身の言動を振り返り、利用者の尊厳の尊重について考えることができるよう取り組んでいます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	短期サービス目標は達成へ向け全員参画であるべき姿へ取り組めるよう目標設定の見直しと行動計画の具体化が望まれます
	内容	短期サービス目標は、年度末に振り返り・検証を行った上で次年度への取り組みに反映されています。一方で、達成に向けての方策やゴール・目指す状態が可視化されていないため、曖昧かつ主観的な評価（振り返り）に陥る懸念が潜んでいます。振り返りが正確にできない状態では進むべき次のステップもぶれてしまいます。また、取組み目標は定型的な業務や取り組みではなく、チャレンジ要素があり、達成によって業務やサービスが質的に向上すべきものです。法人理念は法人・組織が目指すべき姿、あるべき姿であり、連鎖する短期目標もそうあるべきです。
2	タイトル	職員の定着と成長を両立させる一手として、各自の成長と課題に合わせた育成を個別に支援する取り組みが望まれます
	内容	キャリアパスでは、職員の成長段階別の期待像が階層別に可視化されています。そして、それを基に設計された人事考課制度も適正に運用されています。さらに、年間研修計画は、階層ごとの期待像と期待を満たすための行動、その行動を支える能力に基づいて設計がされ、受講も実践されています。一方、拠点増加に伴い担い手の職員は、今後も異業種経験者、福祉未経験者、無資格者の受け入れの増加が予測されます。考課結果で判明した各自の成長度合いはまちまちです。個別の育成支援にも着手することで職員のさらなる定着と成長の連鎖も期待できます。
3	タイトル	家族に対する情報提供の充実が課題と捉えており、事業所の取り組みや利用者の様子等を家族と共有する方法の工夫が期待されます
	内容	利用開始時に利用者の基本情報や状況等を家族から聴き取り、利用者支援に活かしています。また、利用開始後に事前情報とは異なる状況が発生した時には家族に連絡して更なる情報収集を実施し、支援方法を再検討しています。家族に対する情報提供は年1～2回発行の法人の広報誌やホームページ、事業計画書や事業報告書の送付等が主となっています。コロナ禍であったため面会も難しい状況にありました。事業所としても家族に対する情報提供の充実が課題と捉えており、事業所の取り組みや利用者の様子等を家族と共有する方法の工夫が期待されます。