

「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6年度)

2024年 11月 29日

社会福祉法人 ゆきわり会  
ゆきわり荘  
理事長 関 良 様

郵便番号 211-0005  
神奈川県川崎市中原区新丸子町727-3  
所在地 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	久保田 義徳	組織	H0802014	
③	森田 真理	福祉	H2101102	
④	西 廣平	福祉	H2301042	
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番地1		
	電話番号	017-787-3121		
事業所代表者氏名	小林 寿江			
契約日	2024年 7月 1日			
利用者調査票配布日(実施日)	2024年 9月 5日			
利用者調査結果報告日	2024年 10月 22日			
自己評価の調査票配布日	2024年 7月 31日			
自己評価結果報告日	2024年 10月 22日			
訪問調査日	2024年 10月 28日			
調査結果合議日	2024年 10月 28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の対象者が全体の1割でしたが、補完する目的で、利用者のご家族を対象に、聞き取り調査と同じ項目でのアンケート調査を実施しました。 ・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。

事業者代表者氏名

2024年 11月 29日  
〒038-0003青森県青森市石江二丁目8番地2  
社会福祉法人 ゆきわり会  
理事長 関 良



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●法人理念             <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の命を守る</li> <li>・利用者にハピネスを</li> <li>・スマイル</li> </ul> </li> <li>●サービスの基本理念             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安心・安全なサービス（利用者の命を守る）</li> <li>2. 満足のいくサービス（利用者にハピネスを）</li> <li>3. 楽しいと思えるサービス（スマイル）</li> </ol> </li> </ul>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●行動規範             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 私たちは、利用者に対して体罰は行いません。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>4. 私たちは、利用者の出来ることを伸ばしていきます。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>             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。           </li> </ul> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>法人の利権及び事業所の目的を理解し、行動して実現していく。</p>

調査対象	登録者
調査方法	直近6ヶ月での利用者を対象にアンケート調査を実施しました。

利用者総数 1

共通評価項目による調査対象者数	1	1
共通評価項目による調査の有効回答者数	1	1
利用者総数に対する回答者割合(%)	100.0	100.0

利用者調査全体のコメント

・標準の手法である利用者ご本人に対するアンケート調査にて実施しました。  
 ・直近6ヶ月では、ロングステイの方が1名のみであったため、結果は非公開としました。

利用者調査結果

実数の合計が有効回答者数と一致しない共通評価項目があります

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. 利用中の生活はくつろげるか				
2名以下のため、非公開とします。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか				
2名以下のため、非公開とします。				

3. 利用時の過ごし方は個人のペースに合っているか				
2名以下のため、非公開とします。				
4. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか				
2名以下のため、非公開とします。				
5. 職員の接遇・態度は適切か				
2名以下のため、非公開とします。				
6. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか				
2名以下のため、非公開とします。				
7. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか				
2名以下のため、非公開とします。				
8. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか				
2名以下のため、非公開とします。				
9. 利用者のプライバシーは守られているか				
2名以下のため、非公開とします。				

10. サービスの利用に当たって、利用者の状況や要望を聞かれているか				
2名以下のため、非公開とします。				
11. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか				
2名以下のため、非公開とします。				
12. 利用者の不満や要望は対応されているか				
2名以下のため、非公開とします。				
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				
2名以下のため、非公開とします。				

I サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリー1～3、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
	○非該当	
	●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている
	○非該当	
	●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	○非該当	
	●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の見学希望があった場合には、個別の状況に応じて対応している
	○非該当	
	サブカテゴリー1の講評	
	<p>法人全体の取り組みをまとめたホームページは、様々な情報が多く詰め込まれています</p> <p>法人管理のホームページでは、基本情報の他、日中活動はフリーダム班、スマイリィ班、リーフ班など、6つに分かれて行われており、各班の紹介は文章だけではなく一日のスケジュールや活動の様子が写真を用いるなど、わかりやすい施設紹介がなされています。その他、医療情報は看護師から、日々の食事については栄養士からの一言がそれぞれ添えられており、また、年間行事についても写真を多用して掲載しています。近々のトピックスや職員採用に関してなど、法人全体の取り組みをまとめたこのホームページは、様々な情報が多く詰め込まれています。</p> <p>法人作成のパンフレットは、各事業所が特長ある作り方をしているパンフレットです</p> <p>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、特長ある作り方をしているパンフレットです。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、最終ページには新城地区、石江地区に拠点となる当法人の各事業所の所在地が地図上に掲載されています。</p> <p>見学者の対応は園長が担っており、質疑応答の時間も設けて対応しています</p> <p>年間を通してボランティアの募集を行っており、高等学校や専門学校などにFAXにて案内を送っています。ボランティア活動を通して当施設を知っていただき、また、未来の職員となるべく人材確保という点でも有効な取り組みと推察されます。また、見学者の受け入れも行っており、当施設では、見学者の対応は園長が担っており、居住スペースや活動の様子を見ていただき、質疑応答の時間も設けて対応しています。見学の申込は「施設見学依頼書」に記載していただきますが、ホームページからダウンロードできるようにしてあります。</p>	

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
<b>評価項目1</b> 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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
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	○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	○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	○非該当
<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>契約日に、契約書・重要事項説明書の内容を家族と利用者本人同席のもと説明を行います</p> <p>利用希望者は、家族だけではなく関係機関の方と来所する方もあり、正式な契約前に空室となっている居室を見ていただいた上での申し込みを行うようにしています。契約日に、契約書・重要事項説明書の内容を家族と利用者本人同席のもと説明を行います。契約書及び重要事項説明書はすべてルビが振られており、あくまでも契約者は利用者であるという姿勢が窺えます。説明は園長もしくはサービス課長、サービス管理責任者が行います。</p> <p>利用者の対応方法は、基本情報シートを作成し、職員に配布し周知を図っています</p> <p>利用者の情報は相談支援事業所からの提供していただくと共に、利用にあたり家族等からの情報提供も受けています。利用者の対応方法は、基本情報シートを作成し、職員に配布し周知を図っています。利用者が過ごしやすい環境となるよう、なるべくこれまでの生活に合わせた環境を整えるよう配慮がなされています。利用にあたっては、相談支援事業所と連携を図り対応することとしています。</p>		

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた支援方針作成・記録

サブカテゴリ毎の  
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(000)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
◎あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援方針を作成している

評点(0000)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 支援方針は、利用者等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. 支援方針を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当
◎あり ○なし	3. 支援方針は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当
◎あり ○なし	4. 支援方針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(00)

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. 支援方針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(00)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 支援方針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

#### 相談支援事業所が作成しているサービス等利用計画に基づき支援しています

ミドルステイの利用者に関しては、日中活動は生活介護を利用していることから、生活介護で作成している個別支援計画を基に、利用者の支援方法を共有しています。生活面での支援方法をどうするか等は、男子会議や女子会議の中で共有し、相談支援事業所が作成しているサービス等利用計画に基づき、モニタリングも相談支援事業所が行い、その内容を共有しています。ミドルステイの方は、より詳しくアセスメントを取ることで、次のステップとして施設入所支援に移行する場合も有効と推察されます。今後の取り組みが期待されます。

#### 職員会議後に職員は男女に分かれて支援に関する話し合いの場を持つこととしています

当施設の利用者は、大半が重度の障害を持つ方々のため、自分の言葉で意思を表出することが難しい状況にありますが、利用者が自分でできる部分については、過度な関わりとならないよう気を付ける中で、必要な支援を行えるよう心がけています。職員会議終了後に職員は男女に分かれて支援に関する話し合いの場を持つこととしています。同性介助であるため、男女それぞれでの確認が必要な点はありませんが、異性から見た支援の観点も取り入れやすくするなど、全職員で支援の方向性の確認と幅を広げられるべく取り組みも期待されます。

#### 残すべき記録内容は何かなど、職員間で確認することが期待されます

利用者に関する情報は、毎日、日誌の係に報告して、係が支援ソフト内のケース記録に記載するという仕組みとしています。個別の記録には、その日の利用者の様子が記載されていますが、利用者ができること、支援すればできることなどを抽出できるように、残すべき記録内容は何かなど、職員間で確認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、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	○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

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支援しています

個人情報の取り扱いについては重要事項説明書と個人情報同意書にて説明し、同意を得ています。法人では、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おり、利用者がその人らしく生活していくことはショートステイの中でも、在宅との継続性や今後の正式な入所への移行も踏まえて、個々の障害特性を理解した上で、支援の方向性を見極めて支援しています。いつもとは違う場所での生活を送るため、トイレ誘導の際も他の利用者には見られないように誘導するなど声かけにも配慮しています。

居住エリアは男女別に分けていますが、日中活動は男女一緒に班分けで活動しています

男性利用者の居室と女性利用者の居室はそれぞれエリアで分けており、自由に過ごすことのできるリビングも、男性・女性エリアは廊下を挟んで見える位置に設置されています。日中活動の班分けは男女一緒に、障害特性などを考慮した班分けにて活動を行えるよう希望を把握しながら提供しています。また、利用者の家族が面会に来荘した際は、利用者の居室に泊まることを可能としており、実際に長期滞在されている家族もいます。その間の活動参加や生活支援についてのすり合わせは必要と推察されます。今後の検討が期待されます。

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	○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	○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(〇〇)

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

支援マニュアルや「基本情報カード」にて利用者に対する支援方針を整理しています  
当施設の支援方針となる支援マニュアルは全員に配布し、男子・女子会議にて内容を確認しています。さらに、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た、利用者一人ひとりの「基本情報カード」を作成しています。職員間で情報共有できるツールであるほか、新しい職員が入った時にも特徴を伝達でき、また、災害時に持ち出せるように整理しています。利用者を知ること、また、適切な対応を可能とすることが期待できる一つの標準化が図れています。

利用者や家族からの声に耳を傾け、検討しながら活動等に活かしています  
4月または5月に開催する入所の家族会にて、今年度の事業計画と昨年度の事業報告を行い、家族からの意向を把握しています。利用者からは、利用者会議で意見を把握するとともに、オンブズマンとの面談を通して利用者の「声」を聞く機会を設けています。その中で、コロナ禍のため中止となっていたクラブ活動の再開を望む声があり、今年度はクラブ活動・行事を再開しました。ショートステイの利用者も参加することができ、楽しい時間を過ごすことができています。

II サービスの実施項目(サブカテゴリー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	15/15
1	評価項目1 個別の支援方針をいかしながら、利用者に向けた自立生活を送るための支援をしている	評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 支援方針に基づいて支援を行っている	○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	○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	○非該当
評価項目1の講評			
<p>利用者が「わかった」と思えるように、様々な試行錯誤を繰り返し行っています。</p> <p>当施設では、利用者が理解しやすいように言葉だけに頼らないコミュニケーションを図るように務めています。利用者に参加したい作業を選んでもらう為に、「ホワイトボードで作業を示して、磁石を貼ってもらう」「写真を見てもらって、選んでもらう」等取り組んでいます。「実物では、うまく伝わらなかったが、写真で伝えるとうまくいった」等、日々改善にも努めています。このようなコミュニケーションの工夫を行う事で、利用者は見通しが持ちやすくなり楽しい時間を過ごせることに繋がっていると推察されます。</p> <p>職員間で共有を図りながら、利用者を多面的に見るための取り組みを行っています。</p> <p>支援を行う中で利用者の気になる事は、月に1回行われるケース会議の中で共有、検討を行い、最終的には担当者が決定して支援の改善を図っています。ケース会議は、毎月の職員会議の後に開催され男性・女性と別々に行われています。利用開始時に作成された「支援の方針」に基づいて支援を提供しているか、気になる行動や利用者の状況の変化があるか等、職員間で共有し支援に活かすようにしています。職員間で共有検討を図る事でいつもと違った視点が入り、見えにくい利用者の一面を知ることが出来る機会になっているようです。</p> <p>利用者自身が「希望」「要望」を表明できる取り組みが、定期的で開催されています。</p> <p>当施設では、数名の利用者が参加する「利用者会議」と言う取り組みを開催しています。これは、男性・女性に分かれて月に1回開催されていて、当施設を中長期で利用している人も参加することが出来ます。この会議の中では、取り組んだ外出等の感想はもとより、それぞれの利用者が欲しい物等様々な意見が出ます。意見に対しては、担当職員が返事をするようにして、一方通行な意見表明にならない様にしています。このような取り組みは、利用者がサービス利用期間楽しく快適に過ごせる事に繋がっていると推察されます。</p>			
2	評価項目2 利用者の主体性を尊重し、利用中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(〇〇)	
	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くするよう取り組んでいる	○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いた環境・空間にしている	○非該当
評価項目2の講評			
<p>1年を通じて様々な行事が開催されていて、希望すれば参加することが出来ます</p> <p>当施設では、年度末に次年度の行事の希望調査を行っています。利用者の中には、外出が好きな方もおり、日常的に希望を話してくれる人もいます。利用者からの希望を元に職員間で検討して、個別や班での外出、行事を決めて年間予定にしています。季節に合わせた創作活動も行っていて、「5月人形制作」「七夕飾り」「ひな祭り装飾制作」等行いました。外出でも「ねぶた観覧」に行ったり、家族会主催の「日帰り旅行」を行っています。利用者は、サービス利用期間に開催される行事に参加をすることが出来ます。</p> <p>全室個室など、安心してサービスを利用できる工夫がされています。</p> <p>利用者が使用する居室は全て個室になっていて、ベッド等備え付けの家具が設置されています。また、利用者個々に必要な備品等を持ち込む事ができるようになっていて、サービス利用中快適に生活できる事を目指して工夫をしています。利用者は普段の自宅の生活と違う事で不安を持ちやすいです。しかし、個室になっている事や慣れ親しんだ物を持っていく事が出来る為、安心して利用する事が出来るようです。持ち込んだ備品は、活動等に持っていき事も出来ますが、他の利用者が気にする等ある場合には、居室でのみの利用をお願いする事があります。</p> <p>利用期間にかかわらず、日中活動の提供を行っています</p> <p>当施設では、サービス利用期間、日中活動の提供も行っています。中長期で利用している方については、当施設の作業グループに参加してもらっています。短期で利用している方については、作業グループとは別に活動を提供しています。これには、普段の作業グループに、いつもと違う利用者が入る事で不安定になる方がいたり、利用者同士の相性などもあり、トラブルを避けるためと職員は考えています。ですが、他のグループの活動に興味があるなど変更を希望すれば、体験などを経て変更出来る事もあります。</p>			

3 評価項目3 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の意向を尊重しつつ、自分でできることは自分で行えるよう働きかけている	○非該当
●あり ○なし	2. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている	○非該当
評価項目3の講評		
<p>利用者の状態に合わせて、細やかな支援を行っています</p> <p>当施設は利用者の出来ないところは介助し、出来るところは見守る様に務めています。食事では、全てを介助するのではなく、食べ始めに課題のある利用者は、その部分だけ介助するようにしています。また、スプーンは握れるがうまく動かせない利用者は、腕を支えて動かす部分を介助する人もいます。周囲が気になってしまう人には、個別のペースを使用して落ち着ける環境づくりをしています。利用者自身が「自分で出来ることは、自分で行う」「支援者は出来ないところを支援する」事は、利用者が自らのペースで生活を送る事に繋がっていると推察されます。</p> <p>落ち着いて食事ができる様に誘導を工夫する等、利用者のペースを大切にしています。</p> <p>当施設の食事は、ホールで食べることを基本にしています。食事をする順番も少人数で落ち着いて食べる事が出来るように、誘導する時間を工夫しています。女性から誘導を始め、食べ終わると男性を誘導します。男性は、利用者数が多い為に3グループに分かれて誘導する様にしています。入浴は日中活動の中で組まれていて、週に3回を基本に提供しています。入浴でも、利用者のペースを大切にしています。湯船から出る時間なども利用者の意思を大切にしています。また、利用者の障害特性や相性など考慮して、入浴時間をズラす等もしています。</p>		
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(〇〇〇)
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	○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	○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	○非該当
評価項目4の講評		
<p>誤薬ゼロを目指して、チェック体制を整備するなどの取り組みが進んでいます</p> <p>当施設では、安心安全なサービスの取り組みとして「誤薬事故ゼロの徹底」を掲げて、取り組みを行っています。その一環として、服薬まで複数の職員でチェックを行っています。服用薬は、一包装された物も含めて、看護師が配薬を行っています。それを支援職員が2名体制でチェックをします。与薬時には、担当者が「利用者氏名」「与薬時間」を読み上げ、間違いがないか確認を行ってから服薬してもらっています。その結果、取り組みを開始してから誤った薬を服用させてしまう誤薬は無くなりました。この取り組みは、利用者の安全に繋がっているようです。</p> <p>医療機関、家族等と連携しながら、利用者の健康維持に努めています</p> <p>利用者の健康状態について、保護者と連携して情報収集に努めています。必要に応じて保護者を通じてかかりつけ医との相談も実施しています。また、施設の嘱託医にも助言をもらう事もあります。月に1回定期的に体重測定をし、増減に異常があった場合には、嘱託医、看護師の指導のもと、栄養士と情報を共有し、食事の改善に務めています。看護師が作成した緊急時対応マニュアルが整備されています。緊急に体調不良等の事態が行った際には、このマニュアルを活用して対応にあたっています。</p>		

5 評価項目5 家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇)
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	○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	○非該当
評価項目5の講評		
<p>家族とこまめに連絡を取り、連携強化を進めています。</p> <p>当施設を利用している間の様子については、電話などでこまめに伝える様にしています。また、面会などで家族が訪問する際には、連絡帳なども作成して利用中の様子を伝えていきます。保護者との関係も良好で、家族参加のイベント時には訪問してくれる家族も多く見受けられると職員は話しています。また、当施設から様子を伝えるばかりではなく、家族から利用者の様子をえる事も大切にしています。保護者から聞く事が出来た利用者についての情報は、普段の支援に活かすように務めています。家族との連携は、家族の安心感につながると推察されます。</p> <p>利用者の意思確認に、家族も参加することが出来るよう取り組んでいます。</p> <p>意思を表明する事が難しい利用者について、希望調査は家族と相談しながら行っています。その一つが、行事への参加意思です。1年間の行事は年度の初めに決定されますが、一定期間のみのサービス利用になるため利用期間に開催される行事への参加確認が行われます。また、家族から相談があった際には施設の中のみで解決しようとはせず、相談支援事業所と連携し、利用者にとってより良い生活の形やそれを支える支援を模索するように務めています。</p>		
6 評価項目6 地域で自立した生活を送れるよう支援をしている		評点(〇〇〇)
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	○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	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて、関係機関(日中活動事業所、相談支援事業所等)と情報共有を行い、支援に活かしている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>相談支援事業所と連携して、利用者に必要な情報を提供しています。</p> <p>当施設では、サービスの利用時に日中の生活介護を利用して頂いている事から、職員同士情報共有を行いながら支援を行っています。加えて、相談支援事業所とも連携を図る様に務めていて、利用者や家族がほしい情報を提供しています。その為、相談支援事業所からGH入居希望の相談などにも対応する事が出来ていて、法人内のGHの空き情報などを伝えることが出来ています。また、地域のイベント等のチラシなどが届いた際には、利用者が見られる場所に掲示する等の情報提供も行っています。</p> <p>コロナ禍で自粛していた外出等の行事が、再開され始めました。</p> <p>コロナ禍で自粛していた様々なイベントが、コロナの5類移行に伴って再開し始めることが出来ました。イベントは、季節感のあるものも多数用意されていて、「雪上レクリエーション」と銘打った雪国ならではのイベントも行いました。夏には、BBQを開催して利用者が一堂に介して楽しめるイベントも開催しました。また、外出行事として地域にある体験型施設へ出掛けたり、市民センターなど公共機関へも訪問する事もあります。希望に応じて、様々な行事に参加出来ることで、利用者は家庭と違う環境でも楽しみながら利用できていると推察されます。</p>		

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	7/9
1 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
2 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
3 評価項目3 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●●)			
評価	標準項目		
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p><b>利用者・家族の意見・要望・苦情を積極的に把握する取り組みがあります</b>                  施設で毎年実施している利用者アンケートの他に、第三者の中立的な立場からの意見を貰う為に福祉オンブズマンを設置しています。毎月1～2人のオンブズマンが施設に2時間ほど滞在し、平均5人前後の利用者から意見・要望等のヒアリングを行っています。その結果は活動報告書として記録され、施設・法人本部に報告されています。さらに、施設では役職者をはじめ担当者に共有・個別対応の検討もされています。全職員に向けては施設内ネットワークで情報共有もされています。理念に掲げるスマイル・ハピネスの実現に向けた真摯な取り組みがあります。</p> <p><b>法人、施設、職員個人として守るべき法・規範・倫理の周知に組織的な実践があります</b>                  法人理念を基軸に可視化された基本方針、行動規範とその具体的内容そのものに職員が守るべき法・倫理が計29の項目へ詳細な業務行動として可視化されています。それらの具体的内容は、施設内研修や定期的なセルフチェック以外に、正職員・非常勤がもれなく参加する毎月の全体会議に加え、役職者による役職者会議においてそれぞれの冒頭に全員で唱和が繰り返えされています。守るべき法・規範・倫理の組織内への理解・浸透は、法人理念・基本方針の唱和を通じて日々実践されています。</p> <p><b>策定された事業継続計画は訓練と再検証によりさらなるレベルアップも期待されます</b>                  事業継続計画は非常災害時に加え感染症発生時の対応も盛り込まれ策定されています。また、内部研修も行われその理解・浸透への取り組みもあります。今後、より実践的な計画へと磨き上げて行くため、訓練(実践)と振り返り、見直しのサイクルを積み重ねていくことも望まれます。現在、施設では年間計画に基づいて毎月各種の避難訓練が実施されています。今後は事業継続計画に盛り込んだ内容も加味して実施することも期待されます。地域の福祉を守るゆきわり荘として災害に強い施設であり続けることこそ法人理念の具体的な行動と理解されましよう。</p>			

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	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル①	日ごろから、利用者の健康維持と服薬事故の防止に向けた取り組みが行われています。	
内容①	当施設では、利用者の健康維持の為に定期的な体重測定、その結果に基づいて嘱託医、看護師、栄養士と連携して食事の調整などを行っています。また、活動の中で積極的に身体を動かすプログラムを設定して、利用者の健康維持を図っています。服薬についても、「誤薬ゼロの徹底」を施設の方針として掲げ、服薬までのチェック体制構築に取り組んでいます。看護師が配薬したものを配薬後、与薬時に支援員がダブルチェックをしてから、利用者に服用してもらっています。取り組みの結果、誤薬は無くなり、利用者の安心安全に繋がっていると推察されます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-1	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	支援マニュアルや「基本情報カード」にて利用者に対する支援方針を整理しています	
内容②	当施設の支援方針となる支援マニュアルは全員に配布し、男子・女子会議にて内容を確認しています。さらに、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た、利用者一人ひとりの「基本情報カード」を作成しています。職員間で情報共有できるツールであるほか、新しい職員が入った時にも特徴を伝達でき、また、災害時に持ち出せるように整理しています。利用者を知ること、また、適切な対応を可能とすることが期待できる一つの標準化が図れています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		



No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	多様な行事の開催で楽しい時間の提供がされていると共に、制作の作成や調理の体験など、多くの事を経験できる機会が用意されています
	内容	併設する施設の行事に参加することができ、利用者は様々な体験機会をもつことが出来ています。入所の家族会が主催する行事も行われ、季節感を楽しめるような制作活動や楽しんで作って食べることができるような調理体験なども開催しています。これらの行事では、利用者が参加する工夫がされていて、このような機会が「主体的に生活する」「人の為に活動する」と言った体験を利用者に提供する事に繋がっていると推察されます。また、カラオケクラブなど多様なクラブ活動なども定期的に行っており、日常生活の中でも楽しみが広がるよう取り組んでいます。
2	タイトル	ホームページやパンフレットは特徴ある内容で構成され、法人・施設を知っていただくための工夫がなされています
	内容	ホームページでは、基本情報の他、日中活動や各班の紹介は文章だけではなく一日のスケジュールや活動の様子が写真を用いるなど、わかりやすい施設紹介がなされ、法人全体の取り組みをまとめたこのホームページは、様々な情報が多く詰め込まれています。またパンフレットは、法人理念と理事長挨拶から始まり、各事業所の紹介のページではそれぞれ発信している内容は利用者支援に関することだけではなく、様々な取り組みを取り上げた特長ある作り方をしているパンフレットです。法人・施設を知っていただくための工夫が見られる取り組みです。
3	タイトル	利用者自身が「自分で出来ることは、自分で行う」ことにより、自らのペースで生活を送る事に繋がるよう取り組んでいます
	内容	当施設は利用者の出来ないところは介助し、出来るところは見守る様に務めています。食事では、全てを介助するのではなく、食べ始めに課題のある利用者は、その部分だけ介助するようにしています。また、スプーンは握れるがうまく動かせない利用者は、腕を支えて動かす部分を介助する人もいます。周囲が気になってしまう人には、個別のブースを使用して落ち着ける環境づくりをしています。利用者自身が「自分で出来ることは、自分で行う」「支援者は出来ないところを支援する」事で、利用者が自らのペースで生活を送る事に繋が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	施設内で完結しないプログラムの工夫を行うことで、利用者が地域社会と触れ合う機会を増やしていくことが期待されます
	内容	行事の際に地域の施設を利用するなど利用者が地域と関わる機会は工夫されています。しかし、普段の生活の中で、施設外に利用者が出かけていくプログラムは、ドライブが中心が中心になっていて、施設内で過ごす時間が殆どです。健康維持の為にやられる歩行も室内で行われています。利用者は希望に応じていずれGH等の地域で生活するようになる可能性が想定されるために、普段から少しずつ施設の外に出ることが大切だと考えられます。外出等の行事に加えて、普段のプログラムの中でも施設から出て、地域と関わる機会が増えるような工夫が期待されます。
2	タイトル	職員個別の知識・技能、職務行動の向上と改善にむけ人事考課結果の活用が望まれます
	内容	他産業同様、全国的に福祉人材の雇用流動化も進行しています。福祉を担う新卒人材も減少傾向にあり、様々なキャリアを経験した中途採用者が増えています。利用者・家族の福祉サービスに対する意識も変わりつつあります。法人では権利擁護の精神が大切な位置づけとして掲げられていますが、権利擁護はより利用者個人への細かな対応が求められる面があります。職員の力量の多様化と利用者サービスの個別対応を同時に解決へと向けるため、人事考課・目標管理制度の個人結果を個別教育へ展開させ、個別対応力の強化へとつなげることが期待されます。
3	タイトル	施設全体の取り組み目標は全員参画の工夫(具体化)による理念のさらなる浸透が期待されます
	内容	園全体の単年度取り組み目標は「いつ、どこで、何を、誰が、どうやって」を可視化し、年度末のみの振り返りだけでなく期中に進捗をこまめに管理することによってリーダーシップの継続的な発動が期待できます。職員には運用中の目標管理制度の中で定期面接も実施されていますが、個人目標の源泉は園全体の取り組み項目であり、さらにその出発点は法人理念・園の基本方針です。各自が個人目標に焦点を合わせた行動を日々繰り返すことは、全体目標の共有と理念の浸透にもつながります。個人と組織の成長の連鎖に向け、施設目標も具体的可視化が望まれます。