

「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
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	障害者支援施設			
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>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●法人理念 <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 ●サービスの基本理念 <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）
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ●行動規範 <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> <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	利用者全数
調査方法	・一人15～20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。 ・通所の生活介護利用者は、聞き取り調査以外の方はアンケート調査を実施しました。

障害者支援施設全体

利用者総数	122		
	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	10	122	132
共通評価項目による調査の有効回答者数	5	6	11
利用者総数に対する回答者割合(%)	4.1	4.9	9.0

生活介護

利用者総数	70		
	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	10	60	70
共通評価項目による調査の有効回答者数	5	6	11
利用者総数に対する回答者割合(%)	7.1	8.6	15.7

入力不要
自立訓練(機能訓練)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要
自立訓練(生活訓練)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要
就労移行支援

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要
就労継続支援(A型)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

入力不要
就労継続支援(B型)

利用者総数	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数			0
共通評価項目による調査の有効回答者数			0
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	0.0	0.0

施設入所支援

利用者総数	52		
	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		52	52
共通評価項目による調査の有効回答者数		6	6
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	11.5	11.5

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聞き取り調査を実施しました。通所利用者は、聞き取り・アンケート調査にて実施しました。なお、聞き取り調査を補完する目的で聞き取り調査と同じ項目で家族アンケートも実施しました。

・施設に対する総合的な感想は、「大変満足」「満足」と回答した方が合わせて9名と、高い満足度が示されています。

・個々の設問に対する回答状況を見ると、18設問中5設問で「はい」と回答した方が80%以上と満足度が示されています。

・家族アンケートは回収率が68%で、「大変満足」と回答した方が32%、「満足」と回答した方が50%、「どちらともいえない」と回答した方が12%、「不満」と回答した方、「無回答・非該当」がそれぞれ3%でした。

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	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	7	4	0	0
「はい」と回答した方は7名、「どちらともいえない」と回答した方は4名、「いいえ」と回答した方はいません。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	9	2	0	0
「はい」と回答した方は7名、「どちらともいえない」と回答した方は4名、「いいえ」と回答した方はいません。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	5	4	2	0
「はい」と回答した方は5名、「どちらともいえない」と回答した方は4名、「いいえ」と回答した方が2名です。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	2	0	0
「はい」と回答した方は7名、「どちらともいえない」と回答した方は4名、「いいえ」と回答した方はいません。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	10	1	0	0
「はい」と回答した方は10名、「どちらともいえない」と回答した方は1名、「いいえ」と回答した方はいません。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	7	3	1	0
「はい」と回答した方は7名、「どちらともいえない」と回答した方は3名、「いいえ」と回答した方が1名です。				

21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	5	0	0
「はい」と回答した方は6名、「どちらともいえない」と回答した方は5名、「いいえ」と回答した方はいません。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	6	5	0	0
「はい」と回答した方は6名、「どちらともいえない」と回答した方は5名、「いいえ」と回答した方はいません。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	7	4	0	0
「はい」と回答した方は7名、「どちらともいえない」と回答した方は4名、「いいえ」と回答した方はいません。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	8	3	0	0
「はい」と回答した方は8名、「どちらともいえない」と回答した方は3名、「いいえ」と回答した方はいません。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	6	5	0	0
「はい」と回答した方は6名、「どちらともいえない」と回答した方は5名、「いいえ」と回答した方はいません。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	3	3	0
「はい」と回答した方は5名、「どちらともいえない」と回答した方は3名、「いいえ」と回答した方が3名です。				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	7	2	2	0
「はい」と回答した方は7名、「どちらともいえない」と回答した方は2名、「いいえ」と回答した方が2名です。				

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
4.【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	6	4	1	0
「はい」と回答した方は6名、「どちらともいえない」と回答した方は4名、「いいえ」と回答した方が1名です。				

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
14.【施設入所支援】 食事の時間は楽しんでいるか	5	0	1	0
「はい」と回答した方が5名、「いいえ」と回答した方が1名です。				
15.【施設入所支援】 休日や夜間に、好きなことができるか	5	0	1	0
「はい」と回答した方が5名、「いいえ」と回答した方が1名です。				
16.【施設入所支援】 利用者の個別の要望や状況に応じた支援を受けているか	4	2	0	0
「はい」と回答した方は4名、「どちらともいえない」と回答した方は2名、「いいえ」と回答した方はいません。				
17.【施設入所支援】 職員が利用者の家族等に連絡をする場合、方法や内容等についてあらかじめ利用者の希望が聞かれているか	4	1	1	0
「はい」と回答した方は4名、「どちらともいえない」と回答した方は1名、「いいえ」と回答した方が1名です。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している	
	評点(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
	カテゴリー1の講評	
	法人理念は職員行動規範の具体的内容へと明確化され浸透への組織的な取り組みもあります 法人全体の理念・基本方針と行動規範は、毎年度の事業計画・事業報告の冒頭に記載があります。それらはさらにゆきわり荘職員としての行動規範の具体的内容、サービスの基本理念へと明確化がされています。そして、それらが掲載された新年度の事業計画は前年度末に、前年度の事業報告は5月に職員に配布、説明されています。さらに、雇用契約を問わず全職員が参加する毎月の職員会議及び主任以上が参加する役職者会議でも理念・行動規範の全体唱和も実践されています。そのうえ、理事長からも全体ビジョンの説明や方向性についての説明があります。 法人、施設の方針は利用者・家族等へも理解が深まるよう継続的な取り組みがあります 利用者・家族に配布、説明されている法人全体のパンフレット「社会福祉法人ゆきわり会ご案内」には、理事長からの挨拶文、法人の沿革と理念・基本方針、法人全体組織図が冒頭に掲載されています。また、ホームページにも同様に記載があります。さらに、毎年度の事業計画書及び事業報告書の冒頭にも記載されており5月には当該年度の事業計画について、7月には前年度の事業報告について家族会を中心に配布、説明がされています。職員のみならず利用者・家族にも法人・施設が大切にしていることが繰り返し説明されています。 担うべき役割・責任・業務は経営層のみならず全役職、全職種ごとに明確化されています 事業計画書には、「障害者支援施設:ゆきわり荘 職務分掌」として園長以下全役職・職種、一般職に至るまで担当する職員名、業務内容、その役割と責任、求められる知識・技術、利用者対応、緊急時対応と法令順守の内容まで詳細に可視化されています。A4版サイズに8ページにも及ぶほどです。さらに、各係・班、委員会、会議の構成メンバー、頻度等も詳細に可視化されています。毎年度の施設の短期サービス目標(単年度目標)の達成に向け、組織全体では各種の活動、職員個人ではそれぞれ目標管理制度に沿った実践がそれらを後押ししています。	

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(〇〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ2の講評

福祉事業全体の動向のみならず地域福祉の現況も全体で理解を深めることが望まれます

福祉業界全体の動向は職員が個人参加する外部研修でその情報に触れ、得た情報・知識は研修報告で共有することができる状態にあります。法人・施設ではサービスの長期基本方針から中期方針、短期サービス目標へと展開されていますが、今後はそれら外部環境を踏まえて法人・施設の各計画が策定されていることをより明確に位置付けるためにも外部環境の動向を施設全体で共有したうえで各計画の説明(外部環境と自施設との関係性)をすることが期待されます。それにより、さらにゆきわり荘が目指す方向性や社会的使命への理解が深まります。

事業計画における短期サービス目標は計画ごとのアクションプラン明確化も望まれます

毎年度の事業計画では前年度結果の検証をし、次年度の具体的な取り組みへと展開されています。その取り組み結果は年度末に検証が行われています。計画は達成するためのものであることから、年度途中で進捗を管理し適宜軌道修正を行うことが望まれます。短期の取り組みについては、組織内のどのセクション(役職、係、委員会・会議等)がいつまでに何をを目指すのか、5W1Hの形式で可視化することが望まれます。それらをマネジメントすることこそが真のリーダーシップの発揮であり、目標への全員参画、理念の浸透にもつながります。

毎年度の具体的な取り組み目標では特に到達点の明確化に工夫が期待されます

前年度の事業報告書、次年度の事業計画書の具体的な取り組みでは、その取り組み内容が可視化されています。一方で、それら取り組みの到達点として「～を心がける」、「～に努める」、「～を図っていく」、「～を目指す」等の方向性を示す表記に留まっています。今後は、さらにそれらの到達点が何かを明確にすることが望まれます。数値化できるものは数値化(頻度、件数、%等)、数値化困難なものは到達点の状態を文章化することが望まれます。それにより難易度の高いものは期中に中間到達目標を細分化して可視化することも可能になります。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、理解が深まるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	
<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

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

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 **3/5**

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(〇●●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー3の講評

法人、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

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。

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

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。

地域福祉へのさらなる貢献に向け地域関係機関のネットワークへの参画も期待されます

法人全体の社会貢献活動としてフードサポートをはじめとした5つの活動の実践があります。それらの活動の実践を通じて地域の方々と直接ふれあい、様々な地域情報を得ることに寄与しています。また、施設では地域の高齢・障害施設の職員が参加するスタッフ会議が年1回あり参加をしています。さらに今後は、市内の事業者連絡会や施設長会等の地域関係機関のネットワークへの参画を通じて得た情報や他施設との連携にも期待が膨らみます。施設単体でも社会貢献活動の機会を増やすことがゆきわり荘自体の地域での存在意義や理解の醸成につながります。

4			リスクマネジメント	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	3/5
サブカテゴリ1(4-1)					
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる					
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				
<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
サブカテゴリ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				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている				<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している				<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている				<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している				<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ4の講評					
<p>法人理念のさらなる実現に向けヒヤリハット報告データ等のさらなる活用が望まれます</p> <p>現在ヒヤリハットの報告は月1~2件程度に留まっています。ヒヤリハットは記載後上司に報告、現場での必要かつ早急な対応の実施と並行して毎月のリスクマネジメント委員会で対策の検討がされ、全体会議及び施設内ネットワークで共有も行われています。法人理念の3つの柱を高いレベルで永続的に実現するため、今後は適切な内容でヒヤリハットの報告数を増やすため、研修や報告書の簡略化などの工夫が望まれます。さらに増えた報告から集計・分析(発生した場所や場面、時間帯など)し、組織的にリスクマネジメント機能を強化することが期待されます。</p> <p>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</p> <p>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> <p>施設の情報管理ではさらなる徹底に向けた管理方法の工夫が望まれます</p> <p>施設が保有・使用している各種の情報は紙及びデータで適切に管理・利用されています。データについては施設内の情報共有・管理ソフトに階層ごと内容ごとにアクセス権限が設定されています。紙ベースの重要な個人情報についても施錠できる場所へ保管もされています。さらに、今年度から研修も実施されます。一方、日々適切な状態にあるかを点検することが未着手です。改善に向け、例えば事業報告書にある「文書の保存年限」の表の区分ごとに管理責任者、管理方法と場所を追記しさらにチェック欄を設けて定期的な点検を実施することも期待されます。</p>					

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

10/12

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している

評点(〇〇)

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

評価項目3

事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目4

職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる

評点(〇〇●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ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

人事考課制度並びに目標管理制度の結果は個人の育成へと役立てることが期待されます

現在、福祉業界においても働き手不足の状態にあり、今後も引き続き不安定な雇用情勢が推測されます。施設にも多様なキャリアを持つ職員の入職が継続することが予想されます。利用者については高齢化に伴う重度化の進行が推測されます。今回の職員アンケートでは職員各自の知識・技量の不均衡という意見もありました。今後は、変化していく利用者の状態に対応し得る職員各自の職務遂行能力(知識・技能、言動等)をより正確に把握するため人事考課・目標管理制度それぞれの結果を踏まえ職員各自(個別)に必要な研修・教育の提供も期待されます。

職員各自のさらなる専門性向上に向け外部研修への積極的な参加も期待されます

階層別の研修計画に基づき全体の内部研修が毎月実施されています。また、個人の希望と合致した外部研修に参加する機会も設けられています。一方で、受講義務のある研修以外の外部参加が少ない状況にあります。現在、施設では各種の業務マニュアルが整備されていますが、それらは基礎的かつ専門的な知識・技能を全職員が平均的に保有していることを前提に策定されています。先述した職員の保有技能等の不均衡化と利用者の重度化が平行して進む可能性から、今後は専門的な知識・技能を獲得するための外部講師による研修の受講も望まれます。

職員の働きがい向上への第一歩に上司・部下のコミュニケーション活性化が望まれます

今年度は人事異動が例年よりも大きく実施されました。新体制下での運営を安定化させるため、特に上司・部下間のコミュニケーション量を意識的に増やすことが望まれます。職員各自が抱く不安や福祉感の違いを相互に共有し、各自の持つ多様なキャリアや知識・技能を最大限に引き出し相乗効果へとつなげることこそ、理念の永続的な実現と職員の働きがいややる気の維持・向上につながります。同じ目標へと役職者がリーダーシップを発揮するためにも人事考課・目標管理での面接の場をより良好なコミュニケーションの第一歩として活用することが期待されます。

カテゴリ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・基本方針等に掲げている利用者の尊厳の尊重、権利擁護について、あらためて施設全体として関連する法令や規則の遵守を図ることとしました。行政監査で使用する自主点検表に基づいて、日々の運営内容や支援内容等の総点検を実施しました。また、これまで施設全体で実施していた虐待防止研修・不適切対応についての研修を年二回から三回に増やしました。さらに、日常業務の中でも職員が常に意識するよう施設内複数個所に啓発用の掲示もしました。

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

具体的には利用者に対する不適切な声がけは減ってきましたが、一部の職員には改善が見られずそのような場面を見つけた際は当該職員が都度声がけを行うと共に上司にも相談し個別の指導も行うなど改善を継続的に促すようにしています。最終的には人材配置(異動)も実施しました。

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)

法人理念・基本方針等に掲げている安心・安全な支援サービスのさらなるレベルアップに向け、施設全体のリスクマネジメント意識高揚による事故防止強化に取り組みました。利用者の高齢化に伴い慢性疾病の罹患率もあがり、日常的に服薬の必要な利用者も増えていることから誤薬事故の防止に注力しました。

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <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
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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

利用者への与薬の際、ダブルチェックを行うようにしたり今年度初めて危険予測の研修も実施しました。それにより、与薬時の誤薬は無くなりましたが、飲ませ忘れが増えてしまっています。そのため、法人理念にある「利用者の命を守る」ことへの意識強化を引き続き次年度も継続し、事故防止に努めることとしました。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評			
<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

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

サブカテゴリー2の講評

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

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、パンフレットや「入所のしおり」にて生活全般に関することも説明しています。

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。

違う環境での新しい生活が始まる不安感などが少しでも軽減されるよう考えています

入所にあたり、居室に持ち込めるものは収納スペースの限られているので、極力少めにと、入所のしおりに記載されていやす。その中で、利用者本人が愛用しているものや、そのものでなければ安心できないものがあれば所持してもか構わないとの記載もあります。障害特性を踏まえ、また、違う環境での新しい生活が始まる不安感などが少しでも軽減されるよう考えています。また、利用者の私物に関して、劣化や破損した場合の処分についてもトラブルにならないよう「私物廃棄連絡確認書」にて、説明・同意を得ています。

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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>			
評価		標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>			
評価		標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>			
評価		標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>			
評価		標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当	

サブカテゴリー3の講評

利用者の想いやニーズを把握するためのアセスメントを強化していくことが期待されます

アセスメントを基に作成している個別支援計画、掲げた長期目標、短期目標は職員が認識した中で支援を行うことができるよう、利用者を男女別に分けて、一覧にして確認できるようまとめた資料を全職員に配布して周知を図っています。個別支援計画は「意思決定支援計画」として、利用者の意思を尊重した支援を行うために必要な内容が記載されることが必須となりますが、個別支援計画の策定にあたり、言葉での意思表示が難しい利用者の方々の「今」の想いやニーズを把握するためのアセスメントを強化していくことが期待されます。

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拡げ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、個別支援計画にて設定している目標や支援内容を意識した内容というにはまだ改善が必要と推察されます。個別支援計画のモニタリングや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、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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー5の講評

個人情報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。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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

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がり、今年度はすべてのクラブ活動と行事を再開しました。また、行事に関する要望にも耳を傾け、利用者と一緒に活動を考え実施することも、利用者の自立につながる一つと捉えて取り組んでいます。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	26 / 26
1	評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている	評点(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	
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画を意識した記録の充実と職員間で検証できるよう整えることが期待されます</p> <p>個別支援計画は短期目標を男女別に分けて職員に配布しています。配布された短期目標を確認しながら支援を行う事を目標としていますが、実際の支援の現場で支援計画に基づいた支援が出来るよう周知を図るという点は改善の余地があります。個別の記録についても個別支援計画に沿った支援ができてきているかの確認ができる記録方法等を工夫し、支援計画と日々の支援を検証していくことで有効な計画の見直しが可能となります。また、個別支援計画の共有を丁寧におこなっていく事も大切な情報伝達です</p> <p>色々なコミュニケーションの方法を実施し本人にあった方法で情報提供をしています</p> <p>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しています。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で貼ってもらう」「写真で選んでもらう」等と示して選んでもらい、何種類かの作業を実施行ってみて、利用者の様子を確認し本人にあった作業を決めています。また、作業の場所と生活の場所の切り替えができるように、作業で使用したものは生活の場に持ちこまないような工夫をしています。</p> <p>利用者全体が落ち着いて過ごせる環境を提供できるように取り組んでいます</p> <p>折り合いの悪い利用者同士はできるだけ距離をとるようにし、職員が間に入るよう配慮をしています。注意するという対応ではなく、職員の方に気持ちが向くように職員と一緒に作業をしたり、興味のあるものへ目をむけるようにして利用者同士のトラブルに発展しないよう気を付けています。利用者が作業を通して、できないことを注意される体験ではなく、できる事の嬉しさを体験できるように支援しています。それにより利用者全体が落ち着いて過ごせる環境を提供できるように取り組んでいます。</p>			

2 評価項目2

利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当

評価項目2の講評

意思決定支援に連動するようアセスメントの内容を再度確認していくことが期待されます

今年度より意思決定支援を軸とした利用者支援が求められる中、個別支援計画書の作成にあたり、利用者が示す意思に対する支援内容を盛り込めるよう、アセスメントの内容を再度確認していくことが期待されます。例えば、活動に取り入れているドライブの行先は職員が決められていますが、利用者いくつかの選択肢を用意して利用者全体の意見を取り入れることもチャレンジできます。利用者の好きな事を家族に聞いて、興味のある活動を提供している方もいることから、日中活動の充実を図るべく、検討することが期待されます。

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

月に1度、男女に分かれ利用者会議を実施しています。会議で出た個別の要望は担当職員に書面で伝え対応しています。利用者が要望をいえる機会の一つとして利用者会議を実施している事は利用者の意向を施設生活に反映させる取り組みです。また、夏祭りの感想や意見がでた時には、次の年の夏祭りに意見をいかす等施設全体で取り組んだ行事や外出の取り組みにも活かしています。利用者会議の開催で利用者の思いや意思をくみ取る努力をしています。

食事は利用者のペースでとれるように工夫して提供しています

食事はグループに分けて時間をずらし、落ち着いて食べられるような環境で提供しています。利用者の摂取時間にあわせて長めの食事時間を設定したり、一人ひとりに合わせた柔軟な対応もしています。主食には鉄分を混ぜて全員に提供し鉄分不足を防いでいますが、この提供方法について事前に利用者や家族への説明と承諾をとっていない為、利用者や家族の要望を基に提供するという方法も検討することが期待されます。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5.【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

健康診断の結果をもとに嘱託医等と連携し健康維持に努めています。

年に2回実施している健康診断結果をもとに、かかりつけ医や嘱託医と連携し健康維持に努めています。月に1回全利用者の体重測定を実施し、異常があった場合には、嘱託医、看護師の指示の元、栄養士と情報共有し、食事提供を検討していきます。検討し決定した情報は各セクションの職員に情報共有アプリを使用し共有しています。それにより確実に情報共有され医療職からの指示に対して、適切な対応が可能になっています。

誤薬ゼロを目指して、与薬時のチェック体制をしっかり整えています

内服については昼は看護師が対応し、朝、夕は支援員が対応しています。看護師がセッティングした後に支援員が2名体制でチェックし、与薬時に担当者が「利用者氏名」「与薬時間」を読み上げ、間違いない事を確認してから内服介助しています。この最終の確認は必ず口にだして確認する決まりになっており、それにより大きな誤薬事故を防いでいます。誤薬事故は大きな事故につながる可能性が高い為、特に注意が必要な支援ですが、内服直前に口にだして確認する事は有効な確認方法です。

年間を通して必ず看護師が出勤し医療行為が行える体制をとっています

看護師が必ず毎日1名は出勤し注射等の医療行為を行えるようにしています。2名の看護師が年間を通して交代で必ず1名は出勤する体制を継続する事で、医療行為が必要な利用者も安心して生活できています。通院には看護師も職員と共に同行し、状態を主治医に伝えています。夜間は看護師のオンコール対応を行っており夜間の体調不良時にも相談できる体制になっています。夜間の体調不良時に相談できる体制は利用者や夜勤の職員にとって大きな安心材料となります。

4 評価項目4

利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている

評点(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4の講評

家族会では、活発的な横の繋がりが持てるような取り組みを行っています

家族会の役員は3か月に1度、施設の管理職と施設の行事等について情報共有しており、積極的に施設の行事に参加いただいています。役員ではない家族には年に1度、事業計画、事業報告、保護者会費の会計報告等の説明会があり、家族会を通して家族間の横の繋がりを大事にしています。施設では、今年度行事を再開しており、5月の昼食会に始まり、夏祭り、日帰り旅行、ゆきわり祭りと、家族にも協力いただき行事を運営することができました。

多くの写真を用いた通信で施設の行事等の様子を家族に伝えています

施設の新聞「ゆきわり荘通信」を作成し、施設の様子を家族に知らせています。「ゆきわり通信」では多くの写真を使って施設の行事や利用者の様子をわかりやすく伝えています。季節にあった写真やデザインを取り入れ、カラフルな新聞になっており、楽しそうな行事の様子が伝わります。行事以外の施設や利用者の様子をもう少し追加する事により、更に施設や利用者の日常の様子が伝わりやすくなる事が推察されます。

5 評価項目5

利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている

評点(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5の講評

フードサポートの事業の一環として地域の高齢者にお弁当を配布しています

フードサポートの事業の一環として、年に1度、お弁当を持参し地域の市民センターで提供しています。地域の高齢者30名程度にお弁当を配布しました。以前は、施設の利用者も同行し一緒に食事を食べる行事でしたが、最近は新型コロナ感染予防の関係もあり、お弁当の配布としていますが、とても大事な地域交流の一つとなっています。ゆきわり荘の事を地域の方の知ってもらうととても有効的な取り組みである事が推察されます。

日中の班活動では近隣へのドライブ等の外出を再開しています

班の活動では地域の商業施設への外出が再開となっています。コロナ禍では出来なかった地域との繋がりが再開となり、商業施設で行われる三味線演奏を聞いたり体験も行っています。作業のできる利用者は体験型の商業施設を活用し、色々な体験ができる活動も実施しています。利用者が多様な外出体験をする事により地域を知り、自らの意思で社会参加できる機会を作れます。地域の特性を活かした地域住民との繋がりを持っていける事が期待されます。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

6 評価項目6		【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている		評点(〇〇〇)・非該当1
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動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	2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やベースに合わせて行っている			<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している			<input checked="" type="radio"/> 非該当
評価項目6の講評				
<p>利用者がどの作業をしたいかを選べるように環境を整えています</p> <p>利用者アンケートを実施し興味のあるものを確認し、できるだけ興味のあるものを行えるようしています。「パソコンやタブレットに興味があるか」「パソコンの講習会に出たいか」等、最近の時代に合わせた活動の導入も利用者の意向を確認し検討しています。また、どの作業がしたいか、ホワイトボードを使用し作業メニューの場所に磁石を貼って決めたり、写真や実物を使用して利用者が選択しやすい情報提供を行いながら、やり方を丁寧に説明し自分で選ぶ事が出来るような環境を整えています。</p> <p>利用者ができるだけ、自分で作業が行えるように支援をしています</p> <p>作業場所にパズル、塗り絵、編み物、字の練習ノート、ビーズ等を準備し、本人が席に着くと、そこで作業が出来るように準備がしてあります。一人で作業に取り組めるよう環境を調整する為に、本人がどこまで出来るかを適切にアセスメントし実践している様子が伺えます。作業時間は、利用者が集中できる時間を1時間とし、休憩等をいれています。しかしながらこの作業時間の設定には個人差があり、より集中して作業ができる環境を整えることで自身で作業を進めていくことが可能となることも期待できます。個性を意識した環境設定の充実が期待されます。</p> <p>身体介護が必要な利用者は体調に合わせて休める環境を提供しています</p> <p>身体介護が必要な利用者は日中に疲れたら、横になれるようにソファや利用者にあったクッション、マット等を準備し体調にあわせてゆっくり休む事ができるようにしています。椅子に座って過ごす方や床に降りて過ごす方がおり利用者の好きなスペースで、自分のペースで過ごせる環境を提供しています。身体介護が必要な利用者は1か所の活動場所に集まって過ごしていますが、同じ場所で過ごす時間が長い為、今後、活動場所や活動内容を再検討される事が期待されます。</p>				

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

13	<p>評価項目13 【施設入所支援】入所施設において、日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇〇)</p>
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やベースに合わせて行っている ○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている ○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が暮らしの幅を広げることができるよう、さまざまな体験の場を提供している ○非該当
●あり ○なし	4. 日中サービス提供事業と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている ○非該当
●あり ○なし	5. 必要に応じて、地域移行に向けた、日中サービスや住まいの場についての情報提供や関係機関との調整を行っている ○非該当
評価項目13の講評	
<p>グループホームへのスムーズな移行が出来るように体験利用を実施しています</p> <p>施設からグループホームへの移行の希望がある利用者は相談支援事業所と連携しグループホームの体験利用を実施しています。その上で希望があればグループホームへの移行も実施しています。グループホーム利用希望者の名簿を作成し移行希望のある利用者をスムーズに移行できるように支援しています。今後は、保護者の不安を更に軽減できるように施設長から説明していく等の取り組みを検討しています。</p> <p>夜間不眠にならないように日中の活動を工夫しています</p> <p>夜間の睡眠がうまくとれない利用者には、日中の作業に参加したり、身体を動かす活動に参加し夜間の睡眠の確保に努めています。できるだけ薬に頼らないように日中の過ごし方で工夫しています。また、夜間にゆっくり睡眠ができる環境として全室が個室になっています。入所当初はさみしいと感じる利用者もいるようですが、徐々に慣れていき他利用者の影響を受ける事なく睡眠の確保ができるような環境になっています。</p> <p>介護量が多い利用者の日中活動の内容の工夫をすることが期待されます</p> <p>介護量が多い利用者は生活介護の場所にて過ごす時間が長い為、日中活動の内容の工夫する事を期待します。身体機能が低下している利用者は、介護中心の支援になりがちですが、個別に取り組める、その人らしい活動を見つける事で能力の維持・向上も期待できます。利用者一人ひとりにあった多様な活動を提供できる事で職員の負担も減っていく事が推察されます。個別・小グループでの過ごし方などの検討が期待されます。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	1-1-2	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
タイトル①	担うべき役割・責任・業務は経営層のみならず全役職、全職種ごとに明確化されています	
内容①	事業計画書には、「障害者支援施設：ゆきわり荘 職務分掌」として園長以下全役職・職種、一般職に至るまで担当する職員名、業務内容、その役割と責任、求められる知識・技術、利用者対応、緊急時対応と法令順守の内容まで詳細に可視化されています。A4版サイズに8ページにも及ぶほどです。さらに、各係・班、委員会、会議の構成メンバー、頻度等も詳細に可視化されています。毎年度の施設の短期サービス目標(単年度目標)の達成に向け、組織全体では各種の活動、職員個人ではそれぞれ目標管理制度に沿った実践がそれらを後押ししています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている
タイトル②	利用者会議を継続し利用者が意見を言える場所を確保しています	
内容②	一か月に一度、利用者会議を男女別に分かれて実施し、利用者からの施設全体への希望や個別の要望を伝えられる場所を提供しています。個別の要望については、担当職員に書面で引継ぎ、担当者が対応しています。施設全体の要望として、多く挙げられる行事へ意見は次年度の行事へ活かしています。利用者会議で出された意見をそのままにせず、丁寧に扱っており、それにより次の意見を出しやすくする努力をしています。利用者がその人らしい生活ができるような取り組みを継続しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-1	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③	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③	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。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者が理解しやすい方法で情報提供を行い、自分にあった作業ができるよう環境を整えています
	内容	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しています。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で貼ってもらう」「写真で選んでもらう」等と利用者が理解しやすい方法を模索し、選択できるよう工夫しています。利用者は何種類かの作業を実施行ってみて、職員はその様子を確認し本人にあった作業を決めています。また、作業の場所と生活の場所の切り替えができるように、作業で使用したものは生活の場に持ちこまないような工夫も行っています。
2	タイトル	フードサポートの取り組みの一環として年1回、市民センターでお弁当を配布し、地域とのつながりを深めるべく取り組みを継続しています
	内容	社会貢献活動として実施しているフードサポートの取り組みの一環として、年に一度、市民センターでお弁当の配布をしています。コロナ禍前は、利用者と地域の方と一緒に食事をとり地域の方との交流を行っていましたが、現在はお弁当の配布という形となっています。前回実施した際は、30名程の高齢の方にお弁当を配布し、当施設を知ってもらう機会となりました。取り組みを継続していくことで、地域とのつながりを深め、コロナ禍前のように、利用者と地域の方々との交流を再開していくことで、利用者も地域貢献の一端を担うことが可能となります。
3	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。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	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。
2	タイトル	園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、園目標も具体的可視化が望まれます。
3	タイトル	現在の活動が利用者ニーズに沿ったものになっているか、各班における日中活動の充実を図るべく取り組みが期待されます
	内容	利用者の日中活動は、6つの班に分かれて行われています。それぞれの班は利用者の障害特性や身体状況を考慮して編成され、事業計画書にも各班で目標を掲げ年間の取り組みを決めています。意思決定支援が求められる中、現在の活動が利用者ニーズに沿ったものになっているか、個別または、各班においても小グループでの活動が有効かなど、マンネリ化することなく、利用者が一日を過ごすことができるよう検証することも必要と推察されます。各班における日中活動の充実を図るべく取り組みが期待されます。