

東京都福祉サービス第三者評価 評価結果

評価結果基本情報

| | |
|--------------|--|
| 評価年度 | 令和5年度 |
| サービス名称 | 共同生活援助（グループホーム） |
| 法人名称 | 社会福祉法人武蔵野千川福祉会 |
| 事業所名称 | 桜寮／第二桜寮、 桜寮／吉祥寺泉寮、 桜寮／関前上水寮、 桜寮／天の薨寮、 桜寮／第一桜寮、 桜寮／境南葵寮 |
| 評価機関名称 | 株式会社 福祉規格総合研究所 |
| 現地調査をしたユニット名 | 第一桜寮、第二桜寮、天の薨寮 |

コメント

利用者調査では聞き取り方式で実施した。
聞き取りは法人内の他の事業所（生活介護や多機能型事業所）の調査の際に同時に実施した。
訪問調査は社会福祉士や介護福祉士等の資格を持ち、知的障害者福祉サービスの現場経験のある調査員を中心に3名を配置して実施した。

(内容)

- I 事業者の理念・方針、期待する職員像
- II 全体の評価講評
- III 事業者が特に力を入れている取り組み
- IV 利用者調査結果
- V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）
- VI サービス提供のプロセス項目

公益財団法人東京都福祉保健財団

Copyright©2003 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

I 事業者の理念・方針、期待する職員像

| | |
|---|--|
| 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） 1)障害のある人の人権、労働、生活を守り発展させ、要求に応えること 2)障害のある人とその家族の安心、安定、安全を作り出していくこと 3)地域での暮らしを豊かなものにするため、障害のある人に関わる総合的な保障を追求し、地域を耕すこと 4)障害のある人の人権と福祉事業に関する理解を図りながら進めていくこと 5)職員が個々の力量及び、集団の力量を高めるため、たゆまざる学習と研究を進めること |
| 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 法人理念を理解し、障害について、発達について、支援方法について等、学び続けることのできる力が必要である。また障害のある人々にかかわり、信頼関係を築くことのできる資質を持った人材である必要がある。何より、利用者がよりゆたかな生活を送るためのアドバイス、成長を見守ることのできる人材を求めている。 (2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 障害のある人が地域であたりまえに働き、暮らし続けることができるようにという法人理念を遂行できるよう、障害のある当事者、家族の立場になって考えて行動し、実現できるようにすることを使命感として持ってほしい。 |

II 全体の評価講評

全体の評価講評

特に良いと思う点

| | |
|---|---|
| 1 | 45年以上の実績を積み上げ、地域の障害者福祉を先導している 当事業所を運営する法人の歴史は昭和51（1976）年に小規模作業所の開設から始まっている。以来45年以上に亘り障害のある人の労働の場の発展と地域生活の基盤づくりのための努力を積み重ねてきた。平成13（2001）年には当事業所を開所、平成15（2003）年には社会福祉法人の認可を受けた。市内に複数の拠点を持ち、常に地域を意識した事業運営を行っている。地域の自立支援協議会、市の障害者支援ネットワーク会議などに出席するほか、市の福祉保健計画障害者計画部会に出席して、地域の障害者福祉のリーダーとして先導している。 |
| 2 | 地域で「働くこと」「暮らすこと」を豊かにすることを目指し、法人全体で利用者の支援に取り組んでいる 当事業所の運営法人は、障害のある人の労働の発展と地域生活の基盤作りを理念として、豊かに地域で働き・暮らすことを目指している。当事業所以外に就労支援事業所・生活介護事業所・相談支援事業所・放課後等デイサービス事業所など様々な運営し、それぞれの事業所が連携して包括的に障害者の生活を支援している。生まれ育った地域でいつまでも暮らし続けることができるよう、グループホームの規模を拡充し利用者とのニーズに応えている。 |
| 3 | 個々の職員が主体的に業務に関わりながら利用者支援を進めることのできる法人全体の組織を作っている 常任理事会を中心に就労支援部、生活支援部というわかりやすい組織を作り、研修や利用者支援、防災、通信の発行等にかかわる委員会を組織し、トップマネジメントの意向や法人の方向性について多くの職員が関わるようになっていく。そのため事業所運営に関する変更事項などに関しては、各種会議や委員会で現場の意見を反映して決定することができ、透明性の確保と職員のモチベーションの向上に繋がりがやすい。職員は生産活動における支援と社会人として育てる利用者支援を実践しながら、主体的に業務に関わることができる。 |

さらなる改善が望まれる点

| | |
|---|--|
| 1 | 利用者の目指す姿の実現に向け、職員間の共通認識を深めていきたいと考えている 利用者支援について、自立移行型、能力向上型、安定生活型に分け、それぞれの能力に応じた支援方法で関わるようにしている。利用者ができることは自分で行い、できる事を増やしていくための取り組みについて、職員間の利用者像における共通認識をさらに深める必要があると考えている。具体的な事例を通じて共通認識を図り支援力を向上し、利用者の目指す姿の実現に取り組みたいと考えている。将来的にも取り組みの深化が期待できる。 |
| 2 | 法人の長い歴史の先にあるこれから必要とされる事業を担うことのできる職員を育成していきたい 当事業所は平成13（2001）年の開設以来生まれ育った地域でいつまでも暮らし続けることができるようグループホームの規模を拡充しながら、利用者とその家族のニーズに応えてきている。開設時に入居した利用者は約20年グループホームを利用している。一方で法人全体ではこれまでに法人内にはなかったタイプの新規事業所の開設も求められている。職員採用に関しては積極的な活動の結果、現在9名の内定が決定されている。今後は法人に期待されていることに応えていく取り組みを支援、中心になって担っていく職員を育成していく必要がある。 |
| 3 | 来年度に予定している新たな給与制度を軌道に乗せることができるよう準備を確実に進めていく 人事考課制度を導入して、人事制度運用ルールに基づき育成・評価と処遇を連動させて職員のモチベーションと技術の向上を図っている。さらに来年度より目標の達成の結果を給与に反映させる予定で取り組みを進めている。人事考課制度に関する新たな規程は整えられており、現在は制度を着実に進めることができるよう考課者の研修を実施している。給与制度の変更を軌道に乗せることができるよう、この研修を確実に進めていきたい。 |

Ⅲ 事業者が特に力を入れている取り組み

| | |
|---|---|
| 1 | <p>★ 記録システムの導入、活用により、法人全体で利用者の情報を共有している</p> <p>平成30（2018）年度からパソコンを使った記録システムを導入し、活用している。これにより毎日利用者の状況を記録に残し、法人内各事業所で共有することができるようになった。過去の様子も検索して参照できるようになっており、職員の異動等があっても適切な対応ができるような仕組みとなっている。法人内で横断的に事業所間での情報共有ができることが、全体での支援の質の向上に繋がっている。</p> <p>関連評価項目(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> |
| 2 | <p>★ 利用者の支援について3類型に分け、個々の能力に合った方法で支援している</p> <p>利用者支援について、自立移行型、能力向上型、安定生活型の3類型に分け、それぞれの利用者の能力に合った支援方法で関わるようにしている。職員が共通認識を持って支援できるよう取り組んでいる。また、個別に設定した日課表を作成し、利用者の主体的な行動を支援している。日課表は利用者個々に必要な情報を時間軸で表にして、見てわかりやすいような表記にしている。</p> <p>関連評価項目(利用者の状況に応じて、生活上の支援を行っている)</p> |
| 3 | <p>★ 公的な手続きなどもできることは自分でやってもらうように支援している</p> <p>地域の行事や催しなどには必ず参加の希望を募っている。また、移動支援（ガイドヘルプ）を利用するなどして、利用者の意向に沿った余暇支援を提供し利用者の活動の幅を広げている。必要な手続きがある場合には、個々の能力に応じて本人にも役所や銀行へ同行してもらっている。利用者は支援を受けるだけの存在ではなく、社会に、地域に生きる一個人として、自分でできることは自分でやれるように支援している。</p> <p>関連評価項目(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)</p> |

IV 利用者調査結果

調査概要

調査対象：利用者調査実施当日に在籍していた利用者全員。

調査方法：聞き取り方式

調査は聞き取り方式で実施した。

法人内の他の事業所（生活介護や多機能型事業所）の調査の際に同時に実施した。

| | |
|------------------|-------|
| 利用者総数 | 40人 |
| アンケートや聞き取りを行った人数 | 40人 |
| 有効回答者数 | 32人 |
| 回答者割合 (%) | 80.0% |

総括

聞き取りは法人内の他の事業所（生活介護や多機能型事業所）の調査の際に同時に実施し、8割の利用者から有効回答を得ることができた。事業所に対する総合的な感想では、「大変満足」が7名、「満足」が22名と回答者の9割以上が満足以上の意向を示している。以下、「どちらともいえない」が3名、「不満」「大変不満」がゼロであった。問1「利用者は困ったときに支援を受けているか」、問3「グループホームでの生活はくつろげるか」、問6「職員の接遇・態度は適切か」の質問項目では9割以上の利用者が「はい」と回答している。

利用者調査結果

| | | | | | | | |
|--|-----|-----------|----|-----|----|---------|-----|
| 1. 利用者は困ったときに支援を受けているか | | | | | | | |
| はい | 29人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
| 9割以上の回答者が「はい」としている。 | | | | | | | |
| 2. 利用者は、主体的な活動が尊重されているか | | | | | | | |
| はい | 27人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 4人 |
| 8割以上の回答者が「はい」としている。テレビ、無料動画サイト、ゲーム、CDなど、各々が好きなことがコメントとして挙げられていた。 | | | | | | | |
| 3. グループホームでの生活はくつろげるか | | | | | | | |
| はい | 30人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 2人 |
| 「無回答」であった利用者を除く全員が「はい」としている。 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| はい | 18人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 12人 |
| 5割以上の回答者が「はい」としている。 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| はい | 27人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 5人 |
| 「無回答」であった利用者を除く全員が「はい」としている。「きれいになっている」、「パートさんが掃除してくれている」、「毎日掃除しています」といったコメントがあった。 | | | | | | | |
| 6. 職員の接遇・態度は適切か | | | | | | | |
| はい | 30人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 1人 | 無回答・非該当 | 1人 |
| ほとんどの回答者が「はい」としている。「優しい」、「親切」といったコメントが多くあった。 | | | | | | | |
| 7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか | | | | | | | |
| はい | 22人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 10人 |
| 「無回答」であった利用者を除く全員が「はい」としている。 | | | | | | | |
| 8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか | | | | | | | |
| はい | 13人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 19人 |
| 「無回答」であった利用者を除く全員が「はい」としている。「ケンカやトラブルはない」、「仲良くしている」といったコメントがあった。 | | | | | | | |
| 9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか | | | | | | | |
| はい | 28人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 4人 |
| 「無回答」であった利用者を除く全員が「はい」としている。 | | | | | | | |
| 10. 利用者のプライバシーは守られているか | | | | | | | |
| はい | 25人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 7人 |
| 「無回答」であった利用者を除く全員が「はい」としている。 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|-----|-----------|----|-----|----|---------|-----|
| 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 | | | | | | | |
| はい | 8人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 22人 |
| 「無回答」であった利用者を除くほとんどの回答者が「はい」としている。 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| はい | 4人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 28人 |
| 「無回答」であった利用者を除く全員が「はい」としている。 | | | | | | | |
| 13. 利用者の不満や要望は対応されているか | | | | | | | |
| はい | 25人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 7人 |
| 「無回答」であった利用者を除く全員が「はい」としている。 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| はい | 5人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 1人 | 無回答・非該当 | 26人 |
| 「無回答」であった利用者を除くほとんどの回答者が「はい」としている。 | | | | | | | |

V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

| カテゴリー1 リーダーシップと意思決定 | | | |
|---|---|--|------|
| サブカテゴリー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 | | | |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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）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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 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、その内容に関係者に周知している | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 講評 | | | |
| <p>理念を職員が常に確認できる環境を整え、その周知と理解に取り組んでいる</p> <p>利用者や職員、来往者などの目に留まるように基本理念プレートを事業所内に掲示している。法人理念は法人パンフレットやホームページにも掲載して、広く伝えるよう努めている。家族との懇談会を実施し、基本方針・事業計画を説明している。基本理念に関しては毎日唱和することで職員への意識付けを図るとともに、各職員の身に付けるネームプレートの裏面にも記載している。また、階層別研修においても理念について学ぶ機会を設けるなど職員が常に確認できる環境を整え、理念の周知と理解に取り組んでいる。</p> | | | |
| <p>事業方針計画ファイルを備え置き、規程やマニュアル、組織図、職務分掌を綴っている</p> <p>人事制度運用ルールにおいて期待している職員の役割と行動を示し、経営層は毎年職員と面談し個々の目標を明確にしている。施設長は職員の統括者として働きやすい風通しのよい職場であるよう気を配っている。施設長をはじめ各職域のリーダーが率先垂範して責務を果たすよう努めている。事業方針計画ファイルに組織図を明示している。事業所には事業方針計画ファイルを備え置き、各種規程やマニュアル、組織図並びに職務分掌などを綴っている。また、事業所の連絡会議を開催している。</p> | | | |
| <p>各種会議や委員会で現場の意見を反映して決定する仕組みとなっている</p> <p>月に2回開催する常任理事会を中心に就労支援部、生活支援部というわかりやすい組織を作り、研修や利用者支援、防災、通信の発行等にかかわる委員会を組織し、トップマネジメントの意向や法人の方向性について多くの職員が関わることができるようになっている。そのため事業所運営に関する変更事項などに関しては、各種会議や委員会で現場の意見を反映して決定することができるようになっており、透明性の確保と職員のモチベーションの向上に繋がりがやすい。家族等には、必要に応じてお知らせや広報紙などを配布している。</p> | | | |

| カテゴリー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 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目2 | 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目5 | 事業所の経営状況を把握・検討している | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| サブカテゴリー2 実践的な計画策定に取り組んでいる | | | |
| 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・長期計画及び半年度計画を策定している | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目2 | 中・長期計画をふまえた半年度計画を策定している | | ○ |
| 標準項目3 | 策定している計画に合わせた予算編成を行っている | | ○ |
| 評価項目2 | 着実な計画の実行に取り組んでいる | | 実施状況 |
| 標準項目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、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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 講評 | | | |
| <p>家族向け法人事業説明会を開催して利用者および家族からの要望を聞いている</p> <p>事業所側からの働きかけにより利用者の意向については、家族向け法人事業説明会を開催して利用者および家族からの要望を聞く機会を設けている。利用者からは将来の地域での自立に向けてグループホームの入居希望者に対して自立生活体験についての意向調査を実施している。また、利用者に対し第三者評価の聞き取り調査等を行い、集計・分析してサービス向上に繋げている。個別支援計画やサービス等利用計画を作成する際には面談を実施して直接意向を確認するようにしている。</p> | | | |
| <p>売上高、利用者の通所率などが詳細に記録され報告されている</p> <p>業務内容等を月次報告書にまとめ、売上高、利用者の通所率等が詳細に記録され報告されている。これにより計画に対する達成度を見ることが可能で翌月以降の事業実施の目標を定めることができる。より高い成果が得られるよう月次報告書には支援内容や行事の実施報告なども記載している。把握したニーズ等に対しては少人数の事業所だけでは対応しきれない部分もあるため、常任理事会並びに所長会議等で課題を抽出し、対応している。</p> | | | |
| <p>委員会形式で職員が横断的に取り組むことで事業の進捗を全体で共有している</p> <p>法人運営の方向性をしっかりと定めるために令和6（2024）年度を起点とする5ヶ年の中・長期計画を策定した。これを踏まえて各事業所の半年度の事業計画を策定している。また、委員会を設置して計画を達成できるよう取り組んでいる。各委員会を年4～6回開催し、達成の進捗をその都度確認している。各事業所が少人数の事業所であるため、事業所単位での取り組みが難しいため、委員会形式で職員が法人の中で横断的に取り組むことにより、事業の進捗を全体で共有しながら目標を達成できるよう取り組んでいる。</p> | | | |

| カテゴリー3 経営における社会的責任 | | | |
|---|-------|---|------|
| サブカテゴリー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 | | | |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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。 | ○ |
| サブカテゴリー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 | | | |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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、職員が相互に日常的言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| サブカテゴリー3 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | | |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| 支援員は苦情となる前に積極的にコミュニケーションを図り、対応するよう努めている | | | |
| <p>苦情対応については受付担当者と解決責任者を定め、利用契約書や重要事項説明書に記載するとともに事業所内に掲示している。この他に第三者委員を利用者および家族に対して周知する機会を設けている。また、利用者や家族の要望や意向などは、施設長や支援員に直接伝えられるケースが大半となっている。そのため苦情となる前に支援員が積極的にコミュニケーションを図って対応し、事業所内での話し合いにおいて解決するよう努めている。また、必要に応じて毎月の常任理事会でも検討し、利用者の意向等が速やかに反映されるようにしている。</p> | | | |
| 支援に際しては虐待や不適切な対応がないか研修等で常に振り返る機会を設けている | | | |
| <p>支援に際しては職員による虐待や不適切な対応がないか等を研修等で常に振り返るなど、虐待防止委員会を中心に虐待防止の徹底に取り組んでいる。全員が虐待防止チェックシートの記入をしている。虐待が疑われる事例に気付いた時やそれが発生した時には虐待防止委員会、所長会議、常任理事会において対応する仕組みをとっている。また、個人情報の保護については法人全体でプライバシーマークを取得し、その取り扱いについて運用方法を徹底している。</p> | | | |
| 事業所の透明性を高め、地域福祉の中核となるよう努めている | | | |
| <p>ボランティアセンターと連携してのボランティア受け入れや実習・進路説明会委員会を中心に、実習生および見学等の受け入れを積極的に行っている。地域への社会貢献と障害理解の促進という観点から、事業所を大学生の職場実習の場として提供している。事業所の透明性の確保として広報紙を毎月発行し、配布している。SNS（ソーシャルネットワークサービス）を利用し法人の取り組みや福祉の動向に関する情報を広く伝えている。また、市障害者福祉課職員と合同で、定期的に研修の実施や市福祉保健計画障害者計画部会に出席している。</p> | | | |

| カテゴリー4 リスクマネジメント | | | |
|--|---|--|------|
| サブカテゴリー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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| サブカテゴリー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 | | | |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目2 | 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 講評 | | | |
| <p>安全運転講習を積極的に推進してきた功績が認められ、警察署より表彰されている</p> <p>事故報告書およびヒヤリハット報告書に基づき事例を検討して利用者一人ひとりの状況を把握することで、予防対策・再発防止策に取り組んでいる。ヒヤリハット報告書は毎月作成している。安全運転講習を毎年受講し、事故防止に努めている。交通安全運動を積極的に推進したとしてこの功績が認められ、法人が警察署より表彰された経歴がある。感染症予防対策については、利用者への理解浸透を図るために掲示のほか様々な方法での周知に努めている。</p> | | | |
| <p>プライバシーマークを取得し、チェックリストを作成して適切な運用の継続を図っている</p> <p>個人情報保護規程を定め、毎年職員に対し研修を行っている。保護方針は法人基本理念とともに事業所内各所に掲示してあるほかホームページにも掲載し、外部に対して事業所の方針を開示している。職員のほか、実習生、ボランティア、採用試験受験者に対しても規程で定められている同意書の提出を求めている。また、法人として平成24（2012）年8月にプライバシーマークを取得した。適切な運用が継続できるよう、20項目以上からなるPMS運用チェックリストを作成して常に振り返りができるようにしている。</p> | | | |
| <p>災害時の対応についてはマニュアルに定め職員に周知徹底を図っている</p> <p>危機管理・防災委員会や人権擁護・虐待防止委員会、PMS推進事務局等の委員会を設置してリスクの軽減に取り組むとともに対策についても定めている。防災等に対する取り組みは、職員や利用者を対象とした火災訓練の実施や危機管理マニュアルに応じた対策を関係機関に対して都度連絡と報告を実施している。防災計画を策定するとともに利用者には保険加入を勧めている。災害時の対応についてはマニュアルに定め職員に周知徹底を図っている。また、事業継続計画（BCP）を作成して各事業所に備え付け職員間で周知を図っている。</p> | | | |

| カテゴリー5 職員と組織の能力向上 | | | |
|--|---|--|------|
| サブカテゴリー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 | | | |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| サブカテゴリー2 組織力の向上に取り組んでいる | | | |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 標準項目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 | | ○ |
| 講評 | | | |
| 職員に対して期待する職員像を示し、キャリアパスに応じた業務目標を定めている | | | |
| <p>人材紹介会社やハローワーク、インターネット上のサイトを活用した求人を行い、求める職員像についても明確に示している。経験、資格、男女比等を考慮した人員配置となるようにしている。職員に対して期待する職員像を示し、キャリアパスに応じた業務目標を定めている。人事制度に基づき、個別の目標を定め職員が目標策定後、所属長が面談を行い、事業所に即した目標をともに定めて取り組んでいる。</p> | | | |
| 人事制度運用ルールで育成・評価と処遇を連動させて職員の技術の向上を図っている | | | |
| <p>人事考課制度を導入して、人事制度運用ルールに基づき育成・評価と処遇を連動させて職員のモチベーションと技術の向上を図っている。職員育成については人事制度運用ルールに則り、処遇と連動させ段階的に進められるようにしている。法人内部研修では分野別（就労支援分野、生活支援分野、児童分野）、階層別（初級、中級、上級）で行い、それぞれ委員会や担当者が企画して実施する仕組みが整っている。さらに講師は大学教授の理事や評議員、嘱託医、看護師が務めることもあり、法人全体で充実させている。</p> | | | |
| 職員研修の情報の提供や職員個別の目標を定めて研修への参加を促している | | | |
| <p>職員研修の情報を提供するとともに人事制度に基づき、個別の目標を定めてそれに応じた研修への派遣や法人内階層別の研修への参加を促している。研修終了後1週間以内に研修報告書の提出を義務づけており、それを全職員で閲覧して研修の成果の共有を図っている。就労研修委員会、生活支援部連絡会議等で研修計画を定めて指導する立場の職員についても必要に応じて外部研修に参加するなど研鑽を促し、自らの役割を理解してよりよい指導ができるよう組織的な取り組みを行っている。</p> | | | |

| カテゴリ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 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） | 法人の役員体制が刷新され、法人運営の方向性をしっかりと定めておく必要性が生じたために作成できていなかった中・長期計画を策定した。 策定に向けた取り組みとして毎月常任理事会を開催して各部の担当者が法人運営の現状と課題を洗い出し、重点的な取り組みを提案した。さらにその内容を理事の間で議論し、内容を定めていった。 今後の福祉情勢を見据えながら地域で法人が必要とされ続けられるように事業展開を想定し、令和6（2024）～10（2028）年度までの5ヶ年の中・長期計画を策定させることができた。 | |
| 評語 | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| 【講評】 策定した中・長期計画の内容に関しては、職員全体研修の場で説明をし、職員への理解も進めた。 今後は計画の進捗について確認しながら、各事業の取り組みについてより詳細な中期計画の策定を進めることになる。法人運営の方向性が定まったことで取り組むべき課題が明確になった。 | | |
| 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） | 法人職員の平均年齢が上がってきており、将来の法人運営を担う若い人材の確保が必要な状況となってきた。そこで職員を確保するために前年度に人材紹介会社と契約をして新卒採用を進めた。ホームページを見やすいものに刷新し、人材紹介会社との契約に基づくイベントに出展した。説明会の資料を作成して、若手の職員にもイベントに参加してもらい大学生と直接話しをしてもらう機会を設けた。 結果としては年度途中の遅いスタートだったために今年度の新卒採用には至っていない。人材紹介会社のサイトの中では当法人にエントリーした人数は100人以上に達したが、面接に繋がった方は数名で内定にまで至った方はいないという状況だった。 | |
| 評語 | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| 【講評】 開始の時期が遅く内定にまで繋がらなかったという反省を受け、前年度の12月から人材確保の取り組みを進めた。3月と5月、6月にWeb説明会を開催して、その後、仕事体験を受け入れ、採用面接を行った。法人全体で内定者は9名という結果となり、一定の成果を出せた。この中から将来の法人運営を担う職員を育てていきたい。 | | |

VI サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6）

| カテゴリー6 サービス提供のプロセス | | | |
|---|--|--|-----------------------|
| サブカテゴリー1 サービス情報の提供 | | | |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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"/> |
| 標準項目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"/> |
| 標準項目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"/> |
| 標準項目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"/> |
| 講評 | | | |
| <p>障害者の通所の場の発展と地域生活の基盤づくりのための努力を積み重ねてきている</p> <p>当事業所を運営する法人の歴史は昭和51（1976）年に小規模作業所を開設したところから始まっている。以来45年以上に亘り武蔵野市内において、障害のある人の通所の場の発展と地域生活の基盤づくりのための努力を積み重ねてきた。平成13（2001）年には当事業所を開所、平成15（2003）年には社会福祉法人の認可を受けている。毎月法人の広報紙を発行しており、557号まで達し、発行部数は1,000部にもなる。また、月次報告も毎月作成して関係機関に配布しており、法人や事業所情報を提供することも15年以上継続している。</p> | | | |
| <p>SNSも活用して、広範囲へのタイムリーな情報提供を心がけている</p> <p>事業所の情報を外部に提供する媒体としては、ホームページ、法人の広報紙などがある。SNS（ソーシャルネットワークサービス）も活用しており、外部に向けたタイムリーな情報提供を実施している。ホームページには法人が運営している全ての事業の情報が掲載されている。パンフレットは「（利用者が）地域の中で働き、暮らす」という法人の実践をわかりやすく表現したデザインとなっている。見学者や説明会への参加者などに配布している。また、パンフレットと広報紙は市の障害者福祉課窓口にも設置している。</p> | | | |

| サブカテゴリ2 サービスの開始・終了時の対応 | | | |
|--|-------|---|------|
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目3 | サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| 自立生活体験事業により、入居希望者は親元を離れた生活を経験することができる | | | |
| <p>現在はコロナ禍の影響で中止しているが、平常時には入居希望者には事前の見学や当法人の自立生活体験事業を勧めている。自立生活体験事業を利用することによって3ヶ月間の親元を離れた生活を経験することができ、グループホーム入居にあたってのイメージを利用者本人、家族ともに持つことができる。併せて利用中の様子などの情報を職員間で共有することも可能になる。今後は自立生活体験事業の再開にあたり、方法と内容を再検討してニーズにあった方法で開催していく必要があると事業所として考えている。</p> | | | |
| 利用開始前に個別面談を実施して、利用契約締結のために必要な情報を説明している | | | |
| <p>利用者がグループホームに入居する前に個別面談を実施して、利用のために知る必要のある基本的ルールや重要事項等を説明している。利用契約書や契約書別紙、重要事項説明書に利用者本人からの署名と捺印を得ることでサービス内容や利用者負担金などについての利用者側の同意を確認している。この面談の中で利用者や家族等の意向なども確認している。</p> | | | |
| 利用者個別の事情や要望等の情報は、フェイスシートや現状確認表などで把握している | | | |
| <p>利用者の支援に必要な個別事情や要望等の情報は、フェイスシートや利用者現状確認表などの書式に集約し、把握している。当法人には自立生活体験事業があり、これを利用することによって入居時の環境の変化による新規利用者が受ける不安やストレスの軽減に繋がっている。サービスの終了となる場合にはケース会議を開催し、利用者本人にとってよりよい生活の場を検討する。</p> | | | |

| サブカテゴリ3 個別状況に応じた計画策定・記録 | | | |
|--|-------|--|-----------------------|
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目2 | 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直している | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |
| 講評 | | | |
| 個別支援計画を作成し、就労と生活の両面から利用者の力を育てるように取り組んでいる | | | |
| <p>「利用者指導・支援計画書」を作成するための個別面接は利用者本人と家族等に対して行っている。計画を作成するためのアセスメントや「モニタリング記録」を用いての計画の振り返りは、基本的に1年に1度実施している。アセスメントシートは法人独自のものを使用しており、アセスメントと個別支援計画が連動するような仕組みになっている。利用者本人にわかりやすいシンプルな目標を立て、「暮らす」、「学ぶ・楽しむ」など様々な支援領域の中で利用者の力を育てるように取り組んでいる。</p> | | | |
| 利用者支援の記録として、毎日特記事項があった利用者の記録を残すようにしている | | | |
| <p>平成30（2018）年度からパソコンを使った記録システムを導入し、活用している。これにより毎日利用者の状況を記録に残し、法人内各事業所で共有することができるようになってきている。過去の様子も検索して参照できるようになっており、職員の異動等があっても適切な対応ができるような仕組みとなっている。モニタリングを定期的に実施し、個別の計画に基づいた支援の内容とそれによる利用者の状態の推移について確認している。</p> | | | |
| 記録システムの申し送り機能を活用して、変化のあった利用者の様子を共有している | | | |
| <p>記録システムの申し送り機能を活用して、変化のあった利用者の様子を職員間で共有している。この記録システム上のデータはクラウドサービスを利用して保管しており、即時性のある情報共有に役立っている。</p> | | | |

| サブカテゴリ4 サービスの実施 | | | |
|---|-------|---|------|
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目1 | 個別の支援計画に基づいて支援を行っている | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| 職員間で支援計画・ケース記録を共有し、個別に支援方法を検討しながら取り組んでいる | | | |
| 利用者本人と個別面談を実施した後、個別支援計画書の作成・見直しを常勤職員全員で行っている。利用者個々の特徴を把握して利用者情報を作成し、全職員が利用者を理解して支援の統一に努めている。ケース記録は記録システムを導入して、利用者の状況を把握している。キーワードで検索すると関連するケース記録を検出できるので、利用者の状況や症状を振り返って確認することができる。必要に応じて事業所内でケース討議・打ち合わせを行うほか、法人内では月1回の所長会議でも対応が必要な利用者の支援を検討している。 | | | |
| 特性を把握した上で、声かけや伝え方の工夫をしてコミュニケーションを図っている | | | |
| 利用者とのコミュニケーションは、個々の特性を把握した上で声かけの仕方や伝え方の工夫を図っている。言葉かけの仕方を個々に変えたり、視覚情報優位な利用者に対しては文字を使用するなど理解してもらえるように配慮している。利用者によっては写真等も使用する。利用者の周囲の人との関係作りが円滑にできるよう、他者とのコミュニケーションのとり方など適宜支援している。 | | | |
| 日中活動の場と連携し情報を共有しながら、双方から共通の支援ができるようにしている | | | |
| 事業所を運営する法人は当事業所以外に就労支援事業所・生活介護事業所・相談支援事業所・放課後等デイサービス事業所なども運営しており、包括的に地域の障害者の生活を支援している。それぞれの事業所が連携して利用者が住み慣れた地域で豊かに暮らし続けられるよう取り組んでいる。グループホーム単体で支援するのではなく日中活動の場と連携し情報を共有しながら、双方から共通の支援ができるようにしている。 | | | |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| 整理・整頓・清掃・清潔・習慣の5Sを基本にホーム内の環境整備に努めている | | | |
| 当グループホームは6つの事業所で構成されている。居室内は利用者の好きなカーテンを設置したり、趣味の物を置くなど利用者の好みの環境で安心して過ごせるよう配慮している。整理・整頓・清掃・清潔・習慣の5Sを基本にホーム内の環境整備に努めている。居室内には空気清浄機を設置しているほか、利用者と話しながら衛生的な環境になるようにしている。必要に応じて、清掃や換気の支援を行っている。ホームでの決まり事は、利用者と話合う時間を設けて意向を確認しながら見直しを行っている。 | | | |
| 個別の日課表に基づいて、利用者の主体的な行動を支援している | | | |
| グループホームでの生活は、個別に設定した日課表に基づいて主体的な行動を支援している。日課表は利用者個々に必要な情報を時間軸で表にして、利用者にも見てわかりやすいような表記にしている。スケジュールを視覚化し、わかりやすい環境を整えることで、利用者が自身で行動できるよう支援している。個別のケースに朝食セット（パン・ヨーグルト等）を入れ冷蔵庫に準備している利用者もいる。自身でケースから食材を出し自らトースターでパンを焼く。ポップアップ式のトースターを使用し、パンを焼き過ぎることがないように配慮している。 | | | |
| 栄養バランスに配慮した手作りの食事を、家庭的な雰囲気の中で提供している | | | |
| 食事は栄養バランスに配慮した手作りの食事を提供している。食材の調達には宅配サービスを利用し、ランチョンマットやトレーなどを使用し家庭的な雰囲気に配慮している。誕生日や記念日には出前を取ったり、外食に出かけることもある。休日は帰省する方、移動支援（ガイドヘルプ）等を利用して個々の楽しみ場所へ出かける方など様々に過ごしている。ホームでは食材の買い出しを利用者で行い調理を楽しんだり、地域行事やイベントなどの参加を募っている。 | | | |

| | 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 | 実施状況 |
|--|-------|--------------------------------------|------|
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |

講評

個別に必要な支援内容を日課表や業務チェック表で把握しチェックしている

個別に必要な支援は個々の日課表に記載している。日課表は利用者にも配布しており、居室に掲示している方もいる。また、ユニットごとに書式の違う業務チェック表を整備している。朝は起床からホームを出発するまでの支援を時系列で示しているほか、清掃・洗濯・歯磨き・服薬・塗薬・出納帳・GPSを利用するための送受信機の充電等それぞれの事業所で必要な項目を明記して、支援に漏れがないようにチェックしている。

家事は利用者が行うべき日課であることを前提として一緒に取り組んでいる

衣替えや寝具の調整、清掃などは時季に応じて支援している。食事の準備はパート職員が行っている。調理に興味や関心のある利用者には、休日を利用して調理活動を定期的実施している。朝食の準備ではできるだけ自身で準備ができるよう、道具や環境設定の工夫をしている。洗濯は洗う・干す・取り込む・たたむ作業を必ず利用者も一緒に行い、自身が行うべき日課として定着している。洗剤の量の調節も安易に簡単な方法にしないなど、個々の能力に応じてできる方法を考えて提供することが支援であるという考えで取り組んでいる。

利用者一人ひとりに応じて、その方に合った金銭管理の方法を支援している

金銭の管理については出納帳を記入して小遣いの管理を行ったり工賃を用途別に仕分けするなど、利用者個々の能力に応じてひとり一人に合った支援を行っている。

| | 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 | 実施状況 |
|--|-------|--|------|
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |

講評

毎日の健康チェックや健康診断の結果により、利用者の健康状態を把握している

毎日の健康チェックや健康診断の結果、日常的な様子観察により利用者の健康状態を把握している。健康診断の結果等から必要に応じて通院同行を実施している。受診の内容や対応方法、次回の受診日などは、通院記録に記載している。健康診断の結果・通院記録は個人のファイルに綴じて職員間で共有している。また、利用者の健康状態の変化は業務日誌やケース記録にも記載している。出勤前と帰寮時の体温は健康チェック表に記録して把握している。利用者によっては自身で測定し記録も行っている。

利用者の状況に応じて家族とも連携し、健康状態の改善に必要な支援に努めている

利用者の平均年齢が高くなっている中、加齢に伴う生活習慣病予防として健康チェック（体温・血圧測定）を実施している。栄養バランスのとれた食事の提供と適度な運動等、個別の状態に応じて必要な支援に取り組んでいる。その方に合った支援に細やかに取り組んだ結果、標準体重を上回っていた利用者が標準体重になった例もある。体重の増加については家族とも連携して、帰省の際の食事の取り方など意識してもらうようにしている。

服薬は二重のチェックを実施し、また緊急時の職員の役割を整備している

薬は間違いのないよう、準備段階で職員が二重チェックを実施している。服薬後にも残薬がないかチェックしている。服薬のチェックは、業務日誌に記録を残している。利用者の体調変化時には、必要に応じて適宜家族や通所先と連携している。急激な体調変化などがあった場合には、危機管理マニュアルに基づき職員が役割を全うすることで迅速に対応できるような体制を整備している。

| | 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 | 実施状況 |
|--|-------|--|-----------------------|
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |

講評

家族への連絡が必要な場合には、利用者の意向を確認している

利用者を一人の社会人として本人への支援を基本としながら必要に応じて家族と連携している。家族との連絡が必要な場合には、連絡する旨を本人に伝え意向を確認している。利用者の支援に必要な情報や支援の方向性などを確認したい場合には、家族に協力を求める体制となっている。家族の協力を得られることで個別の対応に配慮し、利用者の安定した生活に繋げている。

定期的にグループホームだよりを配布してホームの様子などを伝えている

定期的にグループホームだよりを配布して、ホームでの様子や予定を家族等に伝えている。行事やホーム内での様子、また週末や長期休暇中の帰省についてなど必要な情報を伝えている。

| | 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 | 実施状況 |
|--|-------|-------------------------------------|-----------------------|
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |

講評

法人の理念に基づき、利用者が地域で豊かに暮らし続けられるよう支援している

当事業所の運営法人は、障害のある人の労働の発展と地域生活の基盤作りを理念として、豊かに地域で働き・暮らすことを目指している。これに沿って、当事業所以外に就労支援事業所・生活介護事業所・相談支援事業所・放課後等デイサービス事業所など様々に運営し、包括的に地域の障害者の生活を支援している。それぞれの事業所が連携して利用者が住み慣れた地域で豊かに暮らし続けられるよう取り組んでいる。法人内の利用者の作品展「せんかわアート展」を地域のギャラリーのほかホームページ上でも公開し活動の発表の場としている。

社会資源を利用して、利用者の地域での活動の幅を広げている

地域の行事や催しなどには必ず参加の希望を募っている。また、移動支援（ガイドヘルプ）を利用するなどして、利用者の意向に沿った余暇支援を提供し利用者の活動の幅を広げている。必要な手続きがある場合には、個々の能力に応じて本人にも役所や銀行へ同行してもらっている。休日には地域生活支援センターや近隣への散歩や買い物に出かけ、地域での暮らしを支援している。

| サブカテゴリ5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | | | |
|--|-------|---|------|
| 評価項目1 | | 利用者のプライバシー保護を徹底している | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | 実施状況 |
| | 標準項目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） | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| プライバシーマークを取得し、徹底した情報管理に努めている | | | |
| <p>法人として平成24（2012）年8月にプライバシーマークを取得し、更新を重ねている。20項目以上からなるPMS運用チェックリストを作成して常に振り返りができるようにしている。各事業所にはPMS教育担当者を配置し、定期的に職員に教育を実施している。継続的に個人情報取り扱いに関する教育を実施することができている。</p> | | | |
| 利用者のプライバシーに配慮できる環境を維持している | | | |
| <p>居室は全室個室でプライバシーに配慮しやすい環境がある。身体的な介助や更衣の介助などが必要になった場合には、利用者の羞恥心に配慮して状況に応じた同性職員による対応を実施している。</p> | | | |
| 家族からの情報や日々の記録を基に利用者個人の意思を尊重した支援を提供している | | | |
| <p>利用者個々への配慮に関しては、家族からの情報やグループホームでの様子を記録することにより、職員間で把握をしながら日々適切な対応ができるようにしている。日常の支援の中ではそれぞれの利用者の意思を考慮した選択肢を提示し、選んでもらっている。グループホームという集団生活においてルールやマナーなどの一定の基準はあるが、利用者一人ひとりの価値観や生活習慣とすり合わせをし、互いの妥協点を模索している。喫煙習慣のある利用者にはグループホーム内は禁煙であるので、近隣の灰皿のある喫煙所で喫煙をしてもらっている。</p> | | | |

| サブカテゴリ6 事業所業務の標準化 | | | |
|---|-------|---|------|
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| 業務チェック表により、サービスの基本事項を明確にしている | | | |
| <p>業務チェック表により、サービスの基本事項を明確にしている。このチェック表を確認することで、どの職員が対応しても一定水準の業務をこなせるようになっている。また、法人全体でのリスクマネジメントの一環として「危機管理マニュアル」が作成されており、火災・地震発生時や疾病や怪我、交通事故などが生じた際に職員がどう行動するべきか明確になっている。大雨や大雪の際の対応についても定められており、職員は根拠に基づいて行動することができる。</p> | | | |
| 委員会活動を基盤にして、法人全体での業務の標準化を目指している | | | |
| <p>業務の標準化については、法人全体での研修や地域生活支援部学習会、生活支援部連絡会等の委員会活動において法人全体としての標準化を目指しており、常に内容の見直しを実施している。特に研修においては理事長や他事業所の客観的な視点から指摘をして、支援や業務の見直しを行っている。生活支援部連絡会には様々な階層の職員が参画しており、個々の意見が反映される。</p> | | | |