

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

(障害者支援施設)

1 評価機関

名 称	NPO法人ヒューマン・ネットワーク
所 在 地	千葉県船橋市丸山2丁目10番15号
評価実施期間	平成29年10月10日～平成30年1月30日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	障害者支援支援施設 ルミエール ショウガイシャシエンシセツ ルミエール		
所 在 地	〒285-0807 千葉県佐倉市山王2-37-9		
交通手段	JR物井駅より徒歩20分		
電 話	043-484-6393	FAX	043-484-6396
ホームページ	http://www.rc-alkoh.or.jp		
経 営 法 人	社会福祉法人 愛光		
開設年月日	1994/4/1		
事業所番号	1214200162	指定年月日	2007/11/1
提供しているサービス	<p>生活介護</p> <p>①食事・入浴・排泄の介護、日常生活上の支援・創作活動及び生産活動の機会の提供 ②前号を通じた身体能力、日常生活能力の維持・向上のための支援 ③健康管理・食事の提供及び栄養管理 ④生活に関する相談及び助言・その他利用者の支援に関すること</p> <p>施設入所支援</p> <p>①夜間における食事・入浴・排泄等の介護、日常生活上の支援 ②前号を通じた身体能力、日常生活能力の維持・向上のための支援 ③健康管理 ④その他夜間における利用者支援に関すること</p> <p>および、短期入所 ・ 日中一時支援</p>		

(2) サービス内容

サービス名	定員	内容
介護	60	適切な技術をもって、利用者の心身の状況に応じて日常生活の充実のための介護を提供する。
食事の提供	60	利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、年齢と障害の特性に応じた栄養及び内容の食事を、適切な時間に提供する。
健康管理	60	常に利用者の健康状態に注意し、嘱託医、協力医療機関等を通じて健康維持のための適切な支援を行う。
創作活動の提供	60	日中活動（生活介護）として、利用者の障害特性を踏まえた工夫をもって、創作活動の機会を提供する。
相談及び援助	60	常に利用者の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努め、利用者や家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行い常に連携をはかる。

(3) 職員（スタッフ）体制

職 員	常勤職員	非常勤、その他	合 計	備 考
	38	11	49	常勤換算（43）
専門職員数	22	1		介護福祉士
	4			社会福祉士

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	電話、訪問等にて問い合わせる。	
申請窓口開設時間	8：45～17：30	
申請時注意事項	申請前に施設見学を行い施設入所申請するか判断して貰いたい	
相談窓口	福祉相談室の相談員	
苦情対応	窓口設置	有（苦情受付担当者、苦情解決責任者を置く）
	第三者委員の設置	有（法人3名）

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

<p>サービス方針 (理念・基本方針)</p>	<p>(基本方針) 『利用者の尊厳を守り、個人にあった生活を支援する』 どんなに障害が重くとも、人としての尊厳と可能性を求め、個人にあった生活ができるよう支援する。 (2017年度 事業所スローガン) 『利用者の視点に立ち支援を見直す』</p>
<p>特 徴</p>	<p>重度領域の盲重複障害の方を優先的に受け入れます。 愛光では法人設立当初の1955(昭和30年)より、視覚障害者のための支援活動を行ってまいりました。現在は、年齢層も幅広く(20歳~88歳)、対象とする障害の枠を超え多様な障害の方を受け入れており、個別の要望にお応えしています</p>
<p>利用(希望)者 へのPR</p>	<p>平屋造りで男性棟(カトーホーム・ヘレンホーム)と女性棟(テレサホーム)の居住ブロック、居室は二人部屋が中心で個室が数室用意されている。本人の生活スタイルに合わせ和室とフローリングの洋室が選べるが居室にトイレがない部屋が多い。その他日常的に運動やレクリエーション、イベント等で使えるフリースペース(なのはな広場) 女性棟(テレサホーム)は同棲介護を基本としている為に女性職員のみ配置し自分で自分の事を適切に表現できない方が多い中、プライバシーを最大限守れるように配慮しています。 日常生活は大きな変化がない安定した生活が送れるように平穏な雰囲気大切にしています。年間を通して行事は多く運動会やクリスマス会などの季節行事やボランティアによる音楽会、小旅行となるニース別旅行、和気あいあいに小グループで好きな場所にでかけるグループ外出など平穏な生活の中にも楽しい変化を持たすように工夫しています。 入浴は夏場週3回(女性は月・水・金、男性は火・木・土)、冬場週2回(女性は月・木、男性は火・土)浴室は寝たままお風呂に入れる機械浴室とおおきなお風呂と座って入れるお風呂のある一般浴室があり、身体状況に合わせて入浴ができます。 食事は管理栄養士がメニューを考え厨房で作っています。限られた食材費で作っているのですが毎日ご馳走とはいきませんが、季節に合わせた行事食等もあります。こだわりはお米、胚芽米を提供しています。 就寝時間以外は演歌、童謡から洋楽まで幅広い音楽を楽しんでいただいています。</p>

福祉サービス第三者評価総合コメント

2017年12月18日

評価機関名 NPO法人ヒューマン・ネットワーク

特に力を入れて取り組んでいること(評価の高い点)

理念・基本指針・目標の共有を核とする運営で職員モチベーションが高い

法人の経営理念の基に、当施設の基本指針『利用者の尊厳を守り、個人にあった生活を支援する』『どんなに障害が重くとも、人としての尊厳と可能性を求め、個人にあった生活ができるように支援する』等を職員会議等で共有し、全職員で重度の障害者60人を支援している。今回実施したモチベーション調査の肯定的回答では①理念・目標の納得は75%②仕事が楽しいと感じる時がある83%③仕事の遣り甲斐を感じる75%④自分にとって大切な仕事と思う80%⑤目標達成努力は81%⑥支援に創意工夫を活かしている78%⑦家族が自分の仕事を理解してくれる83%であり職員モチベーションが高く、理念の実践に地道に取り組む職員の姿を高く評価したい。

権利擁護研修や利用者情報の共有、気づきにより職員の権利意識が高まっている

利用者に寄り添い、支援の質の向上を図ることが権利擁護につながることを意識して職員は毎日取り組んでいる。年2回の内部の権利擁護・虐待防止研修や県の外部研修への参加、全職員への伝達研修により人権の尊重や行動障害への理解、周知を図っている。今月取り組んだ権利擁護につながる接遇や支援内容について、やれたことや反省点を毎月のスタッフ会議で発表し、職員間の意識の向上につなげている。また、「コンプライアンスアンケート」を実施し、利用者目線での支援や行動の背景を考えての対応などについて職員個々の振り返りを行っている。ホーム会議での利用者情報の共有により、利用者主体の支援が図られ職員の権利意識が高まっている。

日常生活支援の基本がきちんと行われ利用者アンケートの満足度が高い

個別の食事、入浴、排泄等の支援は、日々膨大な量の記録にも裏打ちされ、日常生活支援の基本がきちんと行われていると言える。入浴支援では利用者の身体状況に応じて大きく4つの入浴形態にわけられ、時間帯別の職員の配置と、利用者が転倒なく、円滑に入浴介助が受けられるよう、万全の対応が講じられている。毎月のスタッフ会議では、事前に利用者の生活全体の支援に関する各担当職員からの提案が文章で出され、利用者の活動、睡眠、暮らしについての環境面の配慮が微に入り細に入り見直しがなされている。利用者が怪我をしないよう、特に生活動線の見直しも頻回に試みられている。建物自体は新しくないが、環境面に対する利用者アンケートの満足度は高い。

リスクマネジメント意識が向上し改善対策が実施され成果を挙げている

リスクマネジメント委員会が毎月現場から報告される約40例のヒヤリ・ハット事例をまとめ職員の自己啓発、事故対策を徹底している。委員会の提言により確認シートを用いた誤投薬予防の取り組みを行うなどの改善につなげ、一つひとつ大きな事故につながる目を潰している。事故事例やヒヤリ・ハット報告を検証し情報共有を行う活動を通じて職員の意識が向上し改善対策が実施され成果を挙げている。

外部の専門研修に熱心に参加し知識・視野の拡大を図っている

外部研修に熱心に参加し、特に強度行動障害支援者研修には平成27年14名平成28年度は20名参加している。他に身体障害者職員研修、盲重複障害者職員研修、てんかんセミナーなど専門領域研修等に年間46名参加している。法人研修として全職員対象に障害者差別解消法研修、リスクマネジメント研修、権利擁護・虐待防止研修等実施している。今後としてはキャリアアップ要件表に役割毎で必須の研修を整理し職員個別研修履修歴を管理することが望ましい。

さらに取り組みが望まれるところ(改善点)

職員個人別の育成制度をより精密な制度に進化することを望みたい

年2回役割向上シートで役割向上目標、現状、達成方法を申告し、役割貢献度を振り返り上司が面談しモチベーションの向上を図っている。また、職務の役割基準も設定されている。モチベーション調査の結果では「上司から役割が期待されているか」の設問は約53%の納得率であり年2回実施する役割向上シートが日常的に十分機能していない可能性がある。目標の設定に日常の支援を具体的に振り返り話し合い目標を具体化する工夫やキャリアアップ要件表をもう少し詳細な具体的なものに改善を望みたい。

年間の重要課題はさらに具体化しPDCAサイクルが機能する様に期待したい

重要課題は①権利擁護・虐待防止②個別支援計画に沿った支援の継続と実践③活動の充実④リスクマネジメントの強化⑤チューター制を軸とした人材の育成⑥専門性の強化等である。各重要課題の遂行に当たって各委員会が現状と課題を定期的に報告し課題解決の促進する役割を果たしている。施設内では毎月の主任会議やスタッフ会議で現状と課題が確認されている。さらに課題の計画を具体化し着実にPDCAサイクルを回し組織の課題解決力が向上する様に期待したい。

(評価を受けて、受審事業者の取組み) ① 法人の理念・施設の基本方針・利用者支援の目標の共有化に努めるとともに、職員の創意工夫が利用者支援に反映できる仕組みを積極的に作り職員のモチベーションを一層高めていきたい。② 職員個別の育成体制を見直し、役割向上シート of 機能の有効活用に努めたい。個々の役割意識を高める取り組みとして、上司との日常的なコミュニケーションや個別面談を通じて自己の課題に対する気づきを深めていく。また、具体的な目標設定や達成度の振り返りが丁寧に行われるよう留意し、取り組みを進めていきたい。③ 会議で話し合われた支援内容が、必要に応じて個別支援計画書に収斂されるよう職員指導を強化する。効果的サービスが提供できるよう「個別支援計画」に対する意識の底上げを図りたい。

福祉サービス第三者評価項目の評価結果（障害者（児）施設・事業所）

大項目	中項目	小項目	項目	標準項目				
				■実施数	□未実施数 *非該当数			
I	福祉サービスの基本方針と組織運営	1 理念・基本方針	1 理念や基本方針が明文化されている。	3				
			2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3				
			3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	3				
		2 計画の策定	中・長期的なビジョンの明確化	4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	4			
				5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	3			
				6 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	3			
		3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者のリーダーシップ	7 理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	3			
				8 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	3			
		4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	9 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3			
				10 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	4			
			職員の就業への配慮	11 事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	3			
				12 福利厚生に積極的に取り組んでいる。	3			
			職員の質の向上への体制整備	13 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	4			
				14 定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	3			
		II	適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	16 施設の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6		
17 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4							
18 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4							
2 サービスの質の確保	サービスの質の向上への取り組み			19 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	5			
				20 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。	2			
3 サービスの開始・継続	サービスの標準化			21 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	4			
				22 施設利用に関する問合せや見学に対応している。	2			
4 個別支援計画の策定	サービス提供の適切な開始			23 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	2			
				24 一人ひとりのニーズを把握して個別支援計画を策定している。	4			
				25 個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に変更している。	3			
				26 利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	3			
				5 実施サービスの質	個別支援計画の策定・見直し	27 【個別生活支援】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。	4	
						28 【居住・入所支援】居住・入所施設において、日常生活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。	4	1
						29 【日中活動支援】利用者が自立した生活を地域で送ることができるよう、日常生活訓練や機能訓練や生活についての相談等の支援を行っている。	3	1
						30 【就労支援】就労に必要な知識の習得や能力向上のための訓練等を行い、就労の機会の提供を行っている。	非該当	
31 利用者を尊重したコミュニケーション支援を行っている。	4	1						
32 利用者の健康を維持するための支援を行っている。	4							
33 利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。	3							
34 預り金について、適切な管理体制が整備されている。	非該当							
6 安全管理	利用者との適切な関係と連携	35 感染症の発生時などの対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	3					
		36 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	3					
		37 緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	6					
7 地域との交流と連携	地域との適切な関係と連携	38 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	3	1				
計				126	4			

項目別評価コメント

標準項目 整備や実行が記録等で確認できる。 確認できない。 *非該当（提供していないサービス）

項目	標準項目
1 理念や基本方針が明文化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に明文化されている。 ■理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。 <p>(評価コメント) 法人の経営理念「福祉社会への道を照らす 愛の灯台」、経営ビジョン、期待する職員像等の基に、当施設の基本指針「利用者の尊厳を守り、個人にあった生活を支援する」「どんなに障害が重くとも、人としての尊厳と可能性を求め、個人にあった生活ができるように支援する」を表明し、ホームページや事業計画書に掲載している。</p>
2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。 <p>(評価コメント) 事業所のスタッフ室の一番目立つ場所に「私たち職員の誓い」①利用されるすべての方と共に②人権擁護③個人の尊厳④プライバシー保護⑤社会参加の促進⑥地域福祉向上⑦職員の専門性と行動規範を掲示している。年度初めの会議の場で理念とスローガンを話し合い、毎月の職員会議の冒頭に再確認している。今回実施したモチベーション調査の結果では①理念・目標の納得は75%②仕事の遣り甲斐は75%③目標達成努力は81%と高い職員モチベーションが確認できた。今後さらに、理念の納得全員100%化と理念の実践成果確認を毎月のホーム毎の会議等で話し合い体験を通したより深い理解を望みたい。</p>
3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 ■理念・方針を利用者や家族会等で分かり易く説明し、話し合いをしている。 ■理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。 <p>(評価コメント) 理念や基本指針等は契約時に説明し、実践計画として意向を踏まえた個別支援計画を家族を交え担当者会議で話し合い同意を得ている。ホーム毎に家族会では理念や基本方針を説明し、利用者の生活状況など職員と話し合う機会がある。ホームページでは施設からのお知らせとして「運動の秋、いい湯だな、食欲の秋、音楽の秋等」生活状況を伝えている。利用者アンケートの結果では「情報提供は十分ですか」の設問に87%の方が「はい」と回答されていた。</p>
4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■社会福祉事業の全体や地域動向について、具体的に把握している。 ■事業計画には、環境把握に基づく中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 ■事業計画は、実行可能かどうか、具体的に計画することによって実施状況の評価を行える配慮がなされている。 ■事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。 <p>(評価コメント) 法人の中期経営計画(2017年度～2019年度)顧客の視点・業務プロセスの視点・学習と成長の視点・財務の視点・地域貢献の視点等のカテゴリ別に重点項目と計画・目標が設定されている。中期計画に基づいて当施設の年度事業計画が作成され、サービス目標、地域連携目標、業務遂行目標、人材育成目標等が明示されている。また、事業計画書と財務諸表はホームページに公開されており運営の透明化に努めている。</p>
5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■現状の反省から重要課題が明確にされている。 <p>(評価コメント) 今年度の重要課題は①権利擁護・虐待防止②個別支援計画に沿った支援の継続と実践③活動の充実④リスクマネジメントの強化⑤チューター制を軸とした人材の育成⑥専門性の強化等である。各重要課題の遂行に当たって各委員会が現状と課題を定期的に報告し課題解決の促進する役割を果たしている。施設内では毎月の主任会議やスタッフ会議で現状と課題が確認されている。さらに課題の計画を具体化し着実にPDCAサイクルを回し組織の課題解決力が向上する様に期待したい。</p>
6 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■方針や計画、課題の決定過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。 <p>(評価コメント) 理念・基本指針の実践のための話し合いは主に3つの会議で行っている。主任会議では施設長、課長と各ホームの主任で月間の予定と各ホームの利用者状況の報告、職員育成、リスクマネジメント等である。ホーム会議では原則として所属する職員全員参加で利用者ごとの課題と支援、事故防止、チーム目標の共有等である。スタッフ会議ではリスクマネジメント関係、各係の連絡、行事等である。会議の効率を高めるために目的を「伝達目的」か「話し合う目的」か分け合目的な会議の運営を検討する必要があると思われる。また、話し合う会議の場合は事前にテーマを配布し準備して参加する様に徹底することが望ましい。</p>

7	理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。
(評価コメント)今年度力を入れている事柄は「利用者の視線に立って支援を見直す」スローガンを達成するために、職員が主体的に考え話し合う事を重視している。具体的には誤薬防止で写真付の配薬の工夫や日中活動に参加できる利用者を一人でも多くする工夫などが成果として見られる。また、委員会で話し合う場を作り、毎月のスタッフ会議で報告・検討する機会を設けている。管理者のコミュニケーションとしてコーチング手法を取り入れ職員の主体性を尊重する様にしている。		
8	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 ■管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制(改善委員会など)を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。
(評価コメント)業務の改善・効率化については委員会が主体に活動している。入浴の改善では特殊浴を職員が体験し思いがけない水圧がかかる排水時にかかる事が分かり改善した事例や排泄支援では利用者別排泄間隔をよく把握し定時誘導に改善したり、リスクマネジメント関係の改善など職員主体の改善が進んでいる。		
9	全職員が守るべき倫理を明文化している。	<ul style="list-style-type: none"> ■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。
(評価コメント)職員倫理綱領「私たち職員の誓い」行動規範を毎月スタッフ会議で読み合わせ、日常の支援での取り組みを確認している。コンプライアンス委員会が主体に権利擁護の内部研修を実施している。また、法人全体で全職員参加を原則とする権利擁護研修を実施しコンプライアンス委員会が職員倫理綱領の推進や障害者差別解消法対応ガイドライン活用、職員意識啓発活動を行っている。個人情報保護など守秘義務の遵守は入職時に誓約書を提出し徹底している。		
10	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	<ul style="list-style-type: none"> ■人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■評価基準や評価方法を職員に明示し、評価の客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価の結果について、職員に対して説明責任を果たしている。
(評価コメント)人事評価・人材育成マニュアルが整備され、職員は年1回役割チェックシートに執務マナーと職務遂行(知識・協調・理解・創造・遂行等)を自己申告し一次二次評価を受ける。年2回役割向上シートで役割向上目標、現状、達成方法を申告し役割貢献度を振り返り一次二次評価を受ける。上司が面談しモチベーションの向上を図っている。また、等級別職務の役割基準も設定されている。モチベーション調査の結果では「上司から役割が期待されているか」の設問は約50%の納得率であり年2回実施する役割向上シートが日常的に十分機能していない可能性がある。目標の設定に日常の支援を具体的に振り返り話し合う確認表のような工夫やキャリアアップ要件表ももう少し詳細な具体的なものに改善を望みたい。		
11	事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
(評価コメント)3つのホームの利用者数に対応した職員配置を1.7:1人で配置し、ほとんどの職員は県の強度行動障害支援者養成研修を受講している。公休や夏と正月の休暇は必ず取得し希望の有休休暇は職場で助け合い取得する様にしている。法人全体として各職場から1名が参加する職場改善委員会があり労働条件、福利厚生に関する課題を検討し改善する様に努めている。		
12	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 ■希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。 ■育児休暇やリフレッシュ休暇等の取得を励行している。
(評価コメント)福利厚生のソウエルクラブに加入し、演劇や旅行、ホテル等を安価に利用できる特典や困ったときには無料で相談できる電話相談・カウンセリングを受けられる制度がある。法人では職員のストレスチェックを実施し産業医が支援する制度となっている。モチベーション調査では「仕事が楽しいと感じる時がある」設問に83%の職員が肯定的回答をしている。定期的な仕事の振り返りで成果を確認話し合う事が重要と思われ、また、自由に話し合うグループワークはストレス軽減に有用と思われる。		
13	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■個別育成計画・目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。
(評価コメント)新人育成や人事異動の職員には先輩のチューター制度があり、また、チューター育成研修や話し合いの場があり、職員育成制度として有効に機能している。現職員は役割向上シートで目標を設定し上司の面談や現場のOJT指導で育成しているが、課題があるので、仕事分析によってより向上に繋がる目標設定の再確認やリーダー指導者研修を実施する必要があると思われる。		

14	定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画を立て実施している。 ■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する個別研修を立て実施している。 ■事業所全体として個別の研修計画の評価・見直しを実施している。
(評価コメント)施設内研修は権利擁護・虐待防止研修や口腔ケアなど専門領域研修を実施している。また、外部研修に熱心に参加し、特に強度行動障害支援者研修には平成27年14名平成28年度は20名参加している。他に身体障害者職員研修、盲重複障害者職員研修、てんかんセミナーなど専門領域研修等に年間46名参加している。法人研修として全職員対象に障害者差別解消法研修、リスクマネジメント研修、権利擁護・虐待防止研修等実施している。今後としてはキャリアアップ要件表に役割毎で必須の研修を整理し職員個別研修履修歴を管理することが望ましい。また、研修を実践で体験し成果をフォロー確認する事も望みたい。		
15	職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■理念・方針や目標の共有化のため会議等の場で実践面の確認等を行い、職員の理解を深めている。 ■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生れやすい職場づくりをしている。 ■研修等により知識・技術の向上を図り、職員の意欲や自信を育てている。 ■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 ■評価が公平に出来るように工夫をしている。
(評価コメント)働き易く働き甲斐のある職場づくりへの配慮として①職員のやる気を尊重し「やりたいことはさせてあげる」職員のやる気・創意を大事にしている②利用者支援の課題は現場で話し合い解決策を見出す職員の主体性を尊重している③職員間の人間関係に配慮し、意見が言い易い様に工夫している④困った事が有れば組織の上下関係なく誰にでも相談し易い雰囲気を作る等に配慮している。今後は理念の納得や仕事に遣り甲斐を感じていない一人ひとりの職員の個別指導の強化を望みたい。		
16	全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> ■憲法、障害者基本法、障害者権利条約等の基本的な考え方を研修をしている。 ■日常の支援では、個人の意思を尊重し、一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援をしている。 ■職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
(評価コメント)年2回の内部の権利擁護・虐待防止研修や県の外部研修への参加、全職員への伝達研修により人権の尊重や行動障害への理解、周知に努めている。毎月のスタッフ会議では、職員が今月取り組んだ権利擁護につながる接遇や支援内容について、やれたことや反省点を発表し、職員間の意識の向上を図っている。また、定期的に「コンプライアンスアンケート」を実施し、利用者目線での支援や行動の背景を考えての対応などについて職員個々の振り返りを行っている。電子媒体の活用やホーム会議において利用者情報の共有を図り、職員間で連携して利用者へ寄り添い支援していくことの意識が高まっている。		
17	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■個人情報の利用目的を明示している。 ■利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。
(評価コメント)利用目的や個人データの開示などが規定された「個人情報保護規程」が整備されている。また法令の改定や社会情勢の変化に合わせて、「個人情報保護に対する基本方針」を改めて作成し職員への周知徹底を行っている。ホームページ上や玄関への掲示や契約書での説明時に利用者、家族、関係者への周知に努めている。職員には情報漏洩につながるSNS使用やUSBの持ち出しについて、朝礼やホーム会議において注意喚起をしている。ホームページや広報誌への顔写真使用については同意を得て掲載している。		
18	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。
(評価コメント)ホーム別懇談会や毎月の家族会を活用して、事故対策や食事などの家族からの要望や質問に看護師や管理栄養士も参加して一つひとつ対応している。また、担当者会議時にも支援内容などの意見を収集し、事業所全体の課題につなげている。玄関入口の職員の顔写真の掲示など家族からの要望のうち、直ちに対応できることはホーム会議や主任会議で検討し実行に移している。また、壁の塗り替えなどのハード面での改善要望については、法人内で検討し家族会等にフィードバックして家族の要望や意見に対応している。		
19	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■事後処理に関しては、当該利用者又はその家族等に対して説明し納得を得ている。 ■第三者の訪問による権利擁護(オンブズパーソン)制度を整備している。
(評価コメント)苦情受付責任者、担当者及び大学教授、民生・児童委員など3名の第三者委員の名前、連絡先が玄関に掲示され利用者、家族、関係者への周知を図っている。また、苦情解決に関する規程も整備されている。年2回の第三者委員による苦情要望懇談会では、リハビリ室の設置依頼や服薬情報の説明が不十分であることなどの家族からの苦情や相談に対し、その苦情内容は、第三者委員から事業所へ報告があり、事業所で検討した後、結果を家族会等で説明し要望に応えている。		

20	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。
(評価コメント)各委員会やホーム会議、スタッフ会議、主任会議等でサービスの方法の見直しなどの検討が行われている。与薬カードへの利用者の顔写真の添付や4重の服薬チェックの実施など誤薬を防ぐための方法が看護師中心に検討され改善につながっている。また、施設内の突起物の角を削り、けがを防ぐなどの職員からの意見を取り入れ事故件数の減少を図っている。法人内の他施設での作業手伝いなどの日中活動へ利用者が参加して、体験の場を広げるための新たな支援が法人内の職員間の協同により行われている。		
21	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的に行っている。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。
(評価コメント)各委員会や会議で検討された感染症や虐待防止などの各種マニュアルが整備され業務の標準化を図っている。また、業務スケジュールの「ホームの一日の流れ」を作成し、職員の業務手順の周知につなげている。服薬管理の手順や入浴体制の変更など職員の意見を取り入れてマニュアルを改定し、課題の改善を図り、また、外部研修での資料を随時差し替えて最新の内容のマニュアル作りも行っている。今後は、新入職者でも活用しやすい実践的な内容のマニュアルや手順書の作成が望まれる。		
22	利用に関する問合せや見学に対応している。	<ul style="list-style-type: none"> ■問合せ及び見学への対応について、パンフレット、ホームページ等に明記している。 ■問合せ及び見学の要望に対応し、個別利用者のニーズに応じた説明をしている。
(評価コメント)問合せには法人の相談窓口が対応し、見学の予約日や目的などの確認を行い円滑な対応に努めている。見学時にはパンフレットを使って、障害特性や程度に応じた法人内の障害者支援施設を紹介し、同時に複数の施設見学も行っている。主任以上の職員が施設内の居室や浴室、トイレなどの見学に同行し、一日の生活の流れや食事、健康管理などの説明を行っている。面会や入浴回数、病院への対応など家族からの質問には丁寧に対応している。見学があることを事前に職員へ伝え、利用者への配慮を心掛けている。		
23	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容や重要事項説明書等は、分かりやすい資料となるように工夫している。 ■サービス提供内容、日常生活の決まりごと、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。
(評価コメント)新たにサービスを開始される方は特別支援学校の卒業生、在宅で生活している方、病院から退院された方などの例がある。社会福祉法第76条(利用契約の申込み時の説明)を遵守し、施設入所支援、生活介護事業の詳細について、重要事項説明書、契約書による説明を行っている。変更がある時も家族等と面談し説明している。尚、対象となる利用者の障害像のため、本人からの同意が困難な例も多く、家族若しくは後見人に同意を得て利用契約締結に至ることが殆どである。		
24	一人ひとりのニーズを把握して個別支援計画を策定している。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者及びその家族の意向、利用者の心身状況、入所前の生活状況等を定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該個別支援計画に係る職員が連携し、多角的な視点より計画が検討されている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。
(評価コメント)利用者の心身の状況等をアセスメントするのは各担当職員である。アセスメント後、期限内に個別支援計画書原案を各ホーム主任に提出、サービス管理責任者が修正意見を付し、1ヶ月内に集中して連日2名分ずつの個別支援計画書原案としてサービス担当者会議にかけられる。可能な限りの家族の参加をお願いし、担当職員、主任、サービス管理責任者、看護師・栄養士が参加するサービス担当者会議は、多職種による多角的な視点から討議されていく。このプロセスを経て作成された個別支援計画書は、7月末から9月にかけての中間評価、モニタリングによって検証されている。年度末の個別支援計画書終了時評価→再アセスメント→次年度個別支援計画書の作成というサイクルが確立されている。一方、毎月のスタッフ会議は「事前会議資料」の提出によるケース検討がなされ個別支援計画書に収斂しきれていない運用面があり改善の余地がある。		
25	個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■当該個別支援計画の見直しの時期を明示している。 ■見直しはサービス提供に係わる職員全員の意見を参考にしている。 ■容態の急変など緊急見直し時の手順を明示している。
(評価コメント)個別支援計画の見直しの時期は、9月中頃までの中間評価、翌年2月末頃となる終了時評価時とされ、何れもモニタリングが実施されている。担当、家族、栄養士、看護師、サービス管理責任者等が参加する担当者会議を実施しサービスの評価、見直し、翌年の計画等を話し合っている。基本サイクルとして確立されているが、この原則に依らず、状態悪化時、入院退院時等は随時にサービス担当者会議を開催し、個別計画書を見直し、都度の作成が行われている。		
26	利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■計画の内容や個人の記録を、支援を担当するすべての職員が共有し活用している。 ■個別支援計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。 ■申し送り・引き継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有している。
(評価コメント)利用者の具体的な生活場面におけるバイタルサイン等の著明な変化、食事量等の変化など、現場の業務デスクにいつでもメモ書きができる体裁が整えられている。早番・遅番の各リーダー職員が、現場からのメモ書きについてパソコンソフトに入力する時間が確保されており、個別に内容が編集されている。出勤した職員は4台あるパソコンの何れかでパソコン上の記録を確認し、また併用してA3に逐語録スタイルで書き溜められる紙ベースの詳細記録と併せて閲覧する。9時台、11時台、16時、20時、24時の送りもあり、利用者情報を共有化している。		

27	<p>【個別生活支援】 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>	<ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画に従って利用者の主体性を尊重した生活支援を行っている。 ■重度の障害者に利用者の主導による個別の包括的・継続的な生活支援を行っている。 ■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。 ■身体介護、家事支援、移動支援等は、利用者の状況やペースに合わせて行っている。
<p>(評価コメント)個別支援計画の縦軸は、生活面、健康管理、ADL、衛生、IADL、対人関係、意思表示の伝達、他者からの意思伝達の理解の各支援領域があり、各支援の領域毎に横軸でそれぞれの「支援度」の有無がチェックされる。「支援なし」「見守り」「一部介助」「全介助」と、さら更に「特記事項」として「情緒面」「こだわり」「パニック時の対応等行動力」が記載されている。先天性の重度重複障害を持つ方が多く、ボディイメージをつけ難いまま成人となっている方への支援は、自ずと個別対応が重視されており、自閉傾向の強い方への対応も利用者のペースの状況やペースに合わせて行われている。</p>		
28	<p>【居住・入所支援】 居住・入所施設において、日常生活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>	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■利用者が安定した睡眠をとる事が出来るよう支援を行っている。 ■生活環境の整備をしている。 ■利用者が暮らしの幅を広げることができるよう、様々な体験の場を提供している。 □日中サービス事業者と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている。
<p>(評価コメント)職員がパソコンに記録する「ケース記録」には、個別の食事、入浴、排泄等の支援の詳細について日々膨大な量の書き込みが蓄積されている。毎月のスタッフ会議では、事前に利用者の生活全体の支援に関する各担当職員からの提案が文章で出され、利用者の活動、睡眠、暮らしについての環境面の配慮が徹に入り細に入り見直しが行なわれている。利用者が怪我をしないよう、特に生活動線の見直しも頻回に試みられている。利用者が暮らしの幅を広げることができるよう、活動の組み立ては担当者を配し、検討している。</p>		
29	<p>【日中活動支援】 利用者が自立した生活を地域で送ることができるよう、日常生活訓練や機能訓練や生活についての相談等の支援を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> □地域で安定した生活を送ることができるよう、継続して相談等の支援や関係機関との調整を行っている。 ■利用者が意欲的に目標とする力を身につけることができるよう工夫している。 ■利用者が趣味や創作活動等を通じて社会参加活動が出来るよう取り組んでいる。 ■自立した生活に向けて、利用者一人ひとりに応じた日常生活訓練や機能訓練を行っている。
<p>(評価コメント)前項「日中サービス事業者と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援」についての可能性、方向性は模索されている。同時に、成人期の利用者の活動を支え、外に出かけていく多様なメニューについては担当者も配し、「散歩、かかわり表」として、利用者一人ひとりの外出活動の頻度を一覧化している。また年間を通して、運動会、クリスマス会などの季節行事、ボランティアさんによる音楽会、ニーズ・グループ別の買物、グループ外出、小旅行などの行事も多い。こうして利用者の意欲を引き出す工夫もなされているが、一方で時に感情や訴えを様々なかたちの身体的表現で示される方も多い。自傷や大声、他の方と衝突といったことで毎月の会議に15～20件程度の報告もなされ、個人だけでもその4割を占めてしまう方も居る。わかりやすい世界を作るという支援と、環境面の見直し、活動の提供という点で、日々、職員集団として真摯な検討が行なわれている。重度な障害を持つ利用者であるが「その人らしく」一層様々な活動に参加出来る様に期待したい。</p>		
30	<p>【就労支援】 就労に必要な知識の習得や能力向上のための訓練等を行い、就労の機会の提供を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> □利用者が自発的に働く意欲を持てるような取り組みを行っている。 □生活リズムや社会人としてのマナーの習得等の支援を行っている。 □職場見学や実習等、職場にふれる機会を取り入れた支援を行っている。 □働くうえで必要な知識の習得及び能力向上のための支援を行っている。 □賃金等のしくみについて、利用者へ公表し、わかりやすく説明している。 □商品開発、販路拡大、設備投資等賃金アップの取り組みを行っている。
<p>(評価コメント) 非該当</p>		
31	<p>利用者を尊重したコミュニケーション支援を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。 ■意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じてその人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心がけている。 ■意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援が行なわれている。(コミュニケーション機器の用意を含む) ■意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。 □必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。
<p>(評価コメント)コミュニケーション支援について職員の日々の気づきは、膨大な記録、会議録、A3用紙での詳細記録と、重度の盲重複障害の方への日常的な関わり合いの場面場面において膨大に挙げられている。非言語的コミュニケーションが工夫され、利用者が発するサインを汲み取っていくことが心掛けられ、会議の事前提出資料など、個別具体の意思表示の確認手段などが日常的に検討されている。今後、担当職員、サービス管理責任者、相談事業所等の連携した支援だけではなく、臨床心理士の活用は検討されて然るべきと考えられる。コミュニケーション機器も拡充が望まれる。</p>		
32	<p>利用者の健康を維持するための支援を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■健康維持のための、体調変化時の対応、服薬管理、摂食・嚥下障害のケア、口腔ケア、褥そう予防等のマニュアルを整備し、適切に実施している。 ■利用者の健康状態に注意するとともに、利用者からの相談に応じている。 ■健康状態の情報を、必要に応じて家族や医療機関から得ている。 ■通院・服薬・バランスの良い食事の摂取について助言や支援を行っている。
<p>(評価コメント)内科、泌尿器科、精神科などの往診時には看護師が同席し、水分摂取量などの医師からの指示を受診記録に記載し管理している。協力病院への受診時には職員が同行し、発作の形態などの観察記録を医師に報告し受診支援を図っている。体重増減がみられる利用者の担当者会議に看護師、栄養士が参加し、健康維持を図るための個別計画作成へ関与している。予防接種やマスク、うがいなどの予防対策、看護師による勉強会の実施により職員の意識の向上が図られ、インフルエンザ罹患者が減少し拡大防止につながっている。</p>		

33	利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の家族に対し定期的及び随時の状況報告書の提出又は連絡を行っている。 ■利用者の家族の参加できる懇談会、家族会等を実施し、意見を聞いている。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族への行事案内又は参加が確認できる行事を実施している。
(評価コメント) 年4回ケース記録の写しを家族に提出し近況報告を行っている。家族会が毎月開催され施設の連絡事項や家族からの要望・意見を聞く機会を設け、会議後に家族参加の行事や研修会を実施し交流が図られている。第三者委員との懇談会が年2回、サービス担当者会議を年1回開催し個別支援について話し合い職員との懇談会を行っている。家族からの要望により玄関に利用者毎の笑顔の写真を掲示し、当日勤務している職員の顔写真入りカードを張り出して家族や訪問者に分かりやすくするなどの改善が得られている。		
34	預り金について、適切な管理体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>利用者の預り金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。 <input type="checkbox"/>金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 <input type="checkbox"/>自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。 <input type="checkbox"/>自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。 <input type="checkbox"/>金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。
(評価コメント) 非該当「立て替え金で対応」		
35	感染症の発生時などの対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。
(評価コメント) インフルエンザ、ノロウイルスについて看護師による感染を防ぐ勉強会が毎年行われている。インフルエンザ流行期前には利用者、職員に予防接種を行い、利用者の手指消毒を徹底し、来訪者に手洗いやマスクを依頼し予防に努めている。インフルエンザ、ノロウイルス対策を職員全員で徹底し常に整理整頓を心がけ清潔に保つとともに空気清浄器や加湿器の有効利用と換気を徹底するなど感染予防に努めている。		
36	事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	<ul style="list-style-type: none"> ■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。
(評価コメント) リスクマネジメント委員会が毎月のスタッフ会議においてヒヤリ・ハット事例をまとめ職員の自己啓発、事故対策を徹底している。委員会からの提言により職員は事故を起こしやすい施設内の危険な個所の角を削り安全性を向上し、看護師は投薬管理に利用者の顔写真付きカードと与薬を照合するシステムにより誤投薬を防止する等の工夫が行われている。事故事例やヒヤリ・ハット報告を検証し情報の共有とともに職員意識が向上し利用者の安全確保のための取り組みが実行されている。		
37	緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■地域の消防団、自治体等との防災協定を結んでいる。 ■非常災害時のための備蓄がある。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。
(評価コメント) 防災委員会を毎月開催し年4回以上消防署立会いの防災訓練を行っている。夜間想定での避難は敷地内の法人他施設からの応援夜勤者との連携による訓練を実施し、訓練後にストレッチャー、担架の使用方法や防災に対する考え方の周知などの反省が得られ体制整備につなげている。市と福祉避難所として協定を結び、災害時優先電話を備え備蓄倉庫に飲料水、食料などを備蓄し非常時に備えている。		
38	地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■地域との交流行事、地域資源の活用等利用者が地域の一員として生活出来るように支援している。 ■ボランティアの受け入れ体制やマニュアル等が整備されている。 ■実習生の受け入れに関する基本的な考えを明示、体制を整備している。 <input type="checkbox"/>地域の社会資源等の情報を収集し、利用者へ提供し活用している。
(評価コメント) 実習生を受け入れ福祉人材の育成に努め、積極的なボランティアの受け入れを行い歩行助、清掃、ミシン掛け、散歩など地域の協力が得られるように取り組んでいる。施設では地域ニーズに対応するサービスの提供として短期入所を受け入れ、地域自治会の清掃活動やイベント時の介護指導などに職員が参加し地域との連携を図っている。		