

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 7 年 7 月 29 日

| | | | |
|---|---|----------|----------------|
| 経営主体 (法人名) | ゴウドウガイシャエイチオーエス 合同会社HOS | | |
| 事業所名 (施設名) | しろくま中央 | 事業 種別 | 共同生活援助 |
| 所在地 | 〒 060-0006 札幌市中央区北6条西25丁目3-30 フェニックス円山 | | |
| 電 話 | 011-211-1680 | | |
| F A X | 011-299-2344 | | |
| E-mail | sawada_eri@yahoo.co.jp | | |
| U R L | https://www.hos-gh.com/facility/shirokuma-center.html | | |
| 施設長氏名 | 久保和幸 | | |
| 調査対応ご担当者 | 中野衣里 (所属、職名： 総務) | | |
| 利用定員 | 35 名 | 開設年 | 令和 3 年 5 月 1 日 |
| 理念・基本方針： | | | |
| <p><理念>楽しくなければ仕事・自立じゃない！</p> <p><基本方針></p> <p>利用者一人ひとりが自分らしく、生き生きとした生活を送れるよう支援を行います。</p> <p>就労や生活の場が単なる作業や日常の繰り返しではなく、「楽しさ」や「やりがい」を感じられる場であることを大切にしています。福祉の枠にとどまらず、社会全体とのつながりを意識し、地域社会の一員としての役割や自覚を育む支援を行います。</p> | | | |
| 施設・事業所の特徴的な取組： | | | |
| <p>安心・安全な住環境の中での自立支援を進め、地域との自然なつながりを大切にした暮らしを提供します。目指すのは「社会的自立」であり、利用者が自分の力で一歩踏み出せるよう、寄り添い、共に歩む支援を行います。</p> | | | |
| 第三者評価の受審回数（前回の受審時期） | | 0 回 | （平成 年度） |
| 開所時間 (通所施設のみ) | | | |

【当該事業に併設して行っている事業】なし

(例) ○○事業（定員○名）

なし

【利用者の状況に関する事項】（令和 7年 6月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 18歳未満 | 18～20歳未満 | 20～25歳未満 | 25～30歳未満 | 30～35歳未満 | 35～40歳未満 |
| 0名 | 名 | 1名 | 5名 | 3名 | 5名 |
| 40～45歳未満 | 45～50歳未満 | 50～55歳未満 | 55～60歳未満 | 60～65歳未満 | 65歳以上 |
| 名 | 5名 | 5名 | 4名 | 2名 | 3名 |
| | | | | | 合計 |
| | | | | | 33名 |

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

| | | | | | |
|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| 65歳未満 | 65～70歳未満 | 70～75歳未満 | 75～80歳未満 | 80～85歳未満 | 85～90歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 90～95歳未満 | 95～100歳未満 | 100歳以上 | 合計 | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | | |

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1歳未満 | 1～6歳未満 | 6～7歳未満 | 7～8歳未満 | 8～9歳未満 | 9～10歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 10～11歳未満 | 11～12歳未満 | 12～13歳未満 | 13～14歳未満 | 14～15歳未満 | 15～16歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 16～17歳未満 | 17～18歳未満 | 18歳以上 | 合計 | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | | |

○年齢構成（保育所の場合）

| | | | | | |
|-------|-------------|------------|-----|-----|-----|
| 6か月未満 | 6か月～1歳3か月未満 | 1歳3か月～2歳未満 | 2歳児 | 3歳児 | 4歳児 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 5歳児 | 6歳児 | 合計 | | | |
| 名 | 名 | 名 | | | |

○障がいの状況

- ・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 障害区分 | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|
| 視覚障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 聴覚又は平衡機能の障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 音声・言語、そしゃく機能の障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 肢体不自由 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

- ・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 最重度・重度 | 中度 | 軽度 |
|--------|----|----|
| 名 | 1名 | 7名 |

- ・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 精神疾患の区分 | 1級 | 2級 | 3級 |
|----------|----|-----|----|
| 統合失調症 | 2名 | 13名 | 1名 |
| そううつ病 | 名 | 名 | 3名 |
| 非定型精神病 | 名 | 名 | 名 |
| てんかん | 名 | 名 | 1名 |
| 中毒精神病 | 名 | 名 | 名 |
| 器質精神病 | 名 | 名 | 名 |
| その他の精神疾患 | 名 | 1名 | 4名 |
| 合計 | 2名 | 14名 | 9名 |

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

| | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ～6か月 | 6か月～1年 | 1年～2年 | 2年～3年 | 3年～4年 | 4年～5年 |
| 2名 | 3名 | 1名 | 1名 | 3名 | 23名 |
| 5年～6年 | 6年～7年 | 7年～8年 | 8年～9年 | 9年～10年 | 10年～11年 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 11年～12年 | 12年～13年 | 13年～14年 | 14年～15年 | 15年～16年 | 16年～17年 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上 | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | | |

(平均利用期間： 40ヵ月)

【職員の状況に関する事項】(令和 7年 7月 29日現在)

○職員配置の状況

| | 総数 | 施設長・管理者 | 事務員 | 世話人 | |
|-----|-----------|---------|------|------|----------|
| 常勤 | 11名 | 2名 | 名 | 9名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | | 介護職員 | 保育士 | 看護職員 | OT、PT、ST |
| 常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | 管理栄養士・栄養士 | 介助員 | 調理員等 | 医師 | その他 |
| 常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

| | |
|-------|----------|
| 社会福祉士 | 0名 (0名) |
| 介護福祉士 | 0名 (0名) |
| 保育士 | 0名 (0名) |
| | 名 (名) |
| | 名 (名) |

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

1 しろくま中央

| | | |
|-------------|---------|---|
| (1) 建物面積 | 217.32㎡ | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| | 耐震 | <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ |
| (3) 建築年 | 平成 | 2年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 年 |

2 しろくまバリュー

| | | |
|-------------|--------|---|
| (1) 建物面積 | 112.5㎡ | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| | 耐震 | <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ |
| (3) 建築年 | 昭和 | 62年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 年 |

3 しろくまノース

| | | |
|-------------|--------|---|
| (1) 建物面積 | 118.5㎡ | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| | 耐震 | <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ |
| (3) 建築年 | 昭和 | 62年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 年 |

4 しろくま4条

| | | |
|-------------|---------|---|
| (1) 建物面積 | 191.34㎡ | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| | 耐震 | <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ |
| (3) 建築年 | 昭和 | 62年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 年 |

5 しろくまマリオン

| | | |
|-------------|--------|---|
| (1) 建物面積 | 148.0㎡ | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| | 耐震 | <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ |
| (3) 建築年 | 昭和 | 63年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 年 |

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・令和 6 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

| |
|--|
| |
|--|

【実習生の受け入れ】

・令和 6 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

定期的な面談や、日々の会話の中で確認しています。

| |
|--|
| |
|--|

【その他特記事項】

| |
|--|
| |
|--|

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

合同会社 m o c a l

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：合同会社 H O S

代表者氏名：代表 工藤 元紀

所在地：〒001-0045 札幌市北区麻生町7丁目5-20

TEL 011-299-2334

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

『きめ細やかな訪問支援体制』

利用者の自立・自律支援に向けた取り組みとして、職員が社用車や携帯電話を活用し、柔軟かつ迅速な訪問支援を実施している点は高く評価されます。加えて、連絡手段としてビジネスチャットを導入することで、職員間の情報共有が円滑に行われており、支援の一貫性と質の向上に寄与しています。これらの体制整備により、利用者が「ほっとできる生活の居場所をつくる」をモットーに、管理者を中心に、巡回職員・世話人・夜勤者・外部サービス・医療機関などとの連携を密に行い、利用者の生活状況に応じたきめ細かな支援が可能となっており、安心感と主体性の両立を支える実践ができています。ICTの活用を含めた支援体制の構築が評価される取組です。

◇改善を求められる点

『中・長期計画の策定』

「楽しくなければ仕事・自立でない」を基本理念に掲げ、安心・安全な住環境の中で自立支援を進め、利用者が自分の力で踏み出せるように、寄り添い、共に歩む支援に取り組んでいます。職員の定着も安定し、支援内容や人員配置などの体制は整ってきていますが、中・長期計画の策定には至っていません。経営層では中・長期ビジョンを協議・検討していますが文書化はされていません。今後は、設備投資、人材育成、収支計画など、工程や数値を含めた具体的な目標を検討し、評価・見直しができる中・長期計画書を策定することが期待されます。

『苦情解決の仕組みと第三者委員の設置』

事業所は法令等を遵守し、理念や諸規定の整備や体制構築を図り、法人との連携を密にし、入居者の共同生活援助の取組として、苦情解決の体制整備に取り組むとともに苦情が出る前に支援の質を向上させるミーティングに努めています。

「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について」と出されている指針をもとにして現状の苦情解決の体制・仕組みを振り返り、福祉サービスの質の一層の向上を目指して、第三者委員の設置や公表の在り方を含め、コミュニケーションが苦手な利用者や家族等が苦情を申し出やすい機能する苦情解決の仕組みとして組織的な工夫・検討に取り組むことが期待されます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント
別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

| | 第三者評価結果 | コメント |
|-----------------------------|-----------------------------------|--|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 1 | I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | b 当グループホームの母体である合同会社HOSの理念と基本方針は、パンフレット・求人媒体・HP・社内研修資料などに明示している。入社時研修で理念や基本方針を伝え、具体的に仕事の内容、会社のモットー、社会人としての心得などを周知している。基本方針が法人の理念との整合性が確保された表記で職員の理解に繋がっているかは把握出来ていない。利用者や家族には、サービス利用契約時に説明している。今後は、基本方針が職員の行動規範となるような具体的内容となり、会議や研修会での説明や協議などにより職員へ周知される取組や、利用者や家族へわかりやすく説明する資料を作成するなど工夫し、地域への周知も含めて取り組まれることが期待される。 |

I-2 経営状況の把握

| | 第三者評価結果 | コメント |
|-----------------------------|---|--|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 2 | I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | b 社会福祉の動向や地域の福祉計画については法人が情報収集に努め、法人の経営層は都度経営状況の把握に努めている。法人で、月1回以上随時に開催する運営会議、所長会議などで状況を報告して課題を協議し、その内容を各事業所の会議等で周知している。収益、人員確保・育成、顧客満足、コスト改善などは把握しているが、その分析は十分とまでは至っていない。今後は、地域に密着した事業環境等を把握し分析するなどの取組が期待される。 |
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。 | b 法人本部運営会議では、経営状況や改善すべき課題について協議し役員間で共有されている。また、月1回開催の全事業所管理者会議で周知し協議している。経営課題をどのように取り組んでいるかなど具体的な取組を職員へ周知するまでには至っていない。今後は、現在抱えている不動産業者との連携なども含め経営環境や状況を把握・分析し、経営課題の解決に向けての具体的な取組が期待される。 |

I-3 事業計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| 4 | I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | c 法人本部運営会議では、中・長期ビジョンを協議し取り組むべき事業目標は共有しているが、文書化されておらず、工程や数値目標などは定められていない。設備投資、人材育成など時間を要す重要事項は、中・長期計画で検討することが望ましいので、今後は、工程や数値目標を含めた具体的な目標を検討し、収支計画表とともに中・長期計画を策定して評価、見直しが行われることが望まれる。 |
| 5 | I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | c 中・長期計画が策定されていないため、これを反映した単年度の事業計画に至っていない。単年度計画は、中・長期計画策定後に具体的な目標を検討し、数値目標や具体的な成果などを設定し、実施状況の評価を行える内容で作成することが望まれる。 |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 6 | I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | b 職員の意見や提案を日常業務の中から聞き取り、管理者が所長会議などで検討・協議している。しかし、事業計画策定に関して職員の参画が十分ではなく、評価や見直しの手順などの体制は整備していない。今後は、関係職員の参画、または、意見を集約し事業計画への反映が組織的に行われ、実施状況の評価・見直しの時期や関係職員や利用者の意見を取り入れるような手順を定めて実施することが期待される。また、併せて事業計画を職員に周知し、理解を促す取組も期待される。 |
| 7 | I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | b 事業計画の周知は、利用者には、利用者に関連したことについて、それぞれの障害特性に応じて周知している。家族等には、利用契約時に説明している。今後は、日々を過ごす施設生活や日中活動の充実のためにも、内容をわかりやすく工夫をして、地域の理解も得られるような取組が期待される。 |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | 第三者評価結果 | コメント |
|------------------------------------|--|---|
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | |
| 8 | I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | b 札幌市の自己評価チェックシートを使用し、組織的・個人的に年1回実施し振り返りを行っている。自己評価の分析結果から改善すべき課題を協議しているが文書化はしていない。第三者評価は今年度初めての受審である。今後は、組織的・個人的評価・第三者評価の結果などを分析・検討する場を組織として位置づけ実行し、PDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に向けての体制整備が期待される。 |
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | b 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を把握しているが、文書として明示されていないため、質向上に向けた取組の明確化が不十分である。今後は、取り組むべき課題について文書化し、職員参画のもとで改善策や改善計画を策定し、実施状況の評価し、必要に応じて見直しを行う体制の整備が期待される。 |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--------------------------|--|--|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| 10 | Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | b 代表者は、HPで法人の理念に基づくコンセプト、事業の目的、運営方針、代表者挨拶などで自らの福祉施設の経営・管理に関する理念・方針と取組を明確にしている。また、会議や研修においても表明し周知が図られている。しかし、自らの役割と責任を含む職務分掌等は文書化していない。BCP計画を策定し、災害や事故等の有事における管理者の役割と責任については明示し、不在時の権限委任を役職者で表記している。BCP計画では、他施設や地域との連携は検討中である。今後は、職務分掌等を文書化するとともに、連携への取組を明示し、いつでも起こり得る災害を想定し、職員が自主的に行動できる訓練なども含め災害に備える体制の整備が期待される。 |

| | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| 11 | II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | b | 管理者は遵守すべき法律を理解し、行政関係者等の利害関係者との適正な関係を保持している。諸規定整備、コンプライアンス徹底などは、顧問社労士から最新の法改正等について助言を受けて対応している。また、人間関係のトラブルなどは顧問弁護士に相談し対応している。今後は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加したり、職員に対する法令遵守のための具体的な取組として担当や相談窓口の設置、規定整備などが期待されるとともに、福祉に限らず雇用・労災・防災・環境など外部の研修や勉強会等への参加が期待される。 |
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| 12 | II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | b | 管理者は、チームワークの向上とあらゆるハラスメント・虐待防止のために、毎月開催している研修等で虐待防止やコミュニケーション能力の向上などのテーマでグループワークなどを行い、職員の資質向上に向けて教育・研修の充実を図っている。今後は、事業所における福祉サービス課題を把握し、その改善に向けた取組を組織全体に明らかにして推進するため、さらなる指導力を発揮することが期待される。 |
| 13 | II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | b | 管理者は、職員の働きやすい環境を整備し、基本方針の実現に向けてリーダーシップを発揮している。働きやすい職場環境作りへの取組などが功を奏し、職員の定着率は安定している。今後は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえた分析に取り組み、組織体制の整備に指導力を発揮することが期待される。 |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | 第三者評価結果 | コメント | |
|--|---|------|---|
| II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | | |
| 14 | II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | b | 有資格者の配置は出来ていないが、人材を確保し経験や適正に応じた職員配置をしている。経験に応じてサービス管理責任者の資格取得研修を奨励し、受験料を補助している。今後は、組織が目標とする福祉サービスの質を確保するために、福祉サービスの提供に関わる専門職の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画を作成し、計画に基づいた人材の確保・育成・人事管理の体制を整備することが期待される。 |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | b | 総合的な人事管理は、法人本部運営会議で検討している。運営会議で合意された人事基準に基づき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。評価のための面談を行い、本人が改善すべき点を明確に伝える仕組みがある。把握した職員の意向・意見や評価・分析等に基づき、改善策を検討・実施している。しかし、昇給・昇格等の人事基準について明確に定めたものがないので、今後は人事基準を整備して明文化し、職員へ周知するとともに、計画に基づいた人員体制が図られることが期待される。 |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| 16 | II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 | b | 就業状況など労務管理に関する責任は法人総務が把握している。介護・看護・育児休業、時短勤務など国が定めた休暇制度を実施している。有給のほかにリフレッシュ休暇制度がある。事業所では、巡回職員、世話人、夜勤者は、口頭や業務報告書・支援内容報告書などの記録、必要時電話で随時対応し連携するなど、職員の声を聞きながら、職員の心身の健康と安全の確保に努め働きやすい環境に向けた取組をしている。職員の離職は少なく定着している。労務に関する管理については、適宜に顧問の弁護士、社労士の指導・助言を得ている。職員の悩み相談窓口は設置していない。今後は、誰でも相談できる窓口の設置が期待される。 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | |
| 17 | II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | b | 「期待する職員像」は、新人研修や社内研修資料に記載されているが、職員の行動規範に繋がる表記には至っていない。職員個々がチェックリストにより自己評価を行い、年に一度の評価面談で個人の目標や改善点を話し合っており、振り返りは次年度計画に反映している。今後は、一人ひとりの育成の目標設定について目標項目、目標水準、目標期限を明確にし、中間面接を行うなど、適切に進捗状況を確認し、目標達成に向けた体制の構築が期待される。 |
| 18 | II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | b | 研修は年間計画に基づき実施され、職員が参加しやすいようにスケジュールの見直しや変更をしているが、参加しない職員も多く、参加できない職員には、資料配布、伝達、記録などで周知している。今後は、計画や基本方針に「期待する職員像」を明確に表記し、職員の理解が深まり、日々の障害者福祉サービス提供の際の行動規範として確認できるような工夫が期待される。また、定期的な研修計画の評価と見直し、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行い研修参加者が増える対策が期待される。 |
| 19 | II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | b | 職員一人ひとりの資格取得や研修修了の情報等を把握している。新任職員研修のほか、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTを行っている。職員へ外部研修に関する情報提供を行い参加を勧奨している。法人では、テーマ別研修を毎月開催している。今後は、階層別研修、職種別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修の実施が期待される。 |
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | | |
| 20 | II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | c | 実習生は受け入れておらず、受入れに関するマニュアルも整備していない。今後は、精神保健福祉士や社会福祉士などの実習受入れに向けてマニュアルを整備し、受入れ体制を構築する取組が望まれる。 |

II-3 運営の透明性の確保

| | 第三者評価結果 | コメント | |
|-----------------------------------|---|------|---|
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | | |
| 21 | II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | b | ホームページやWAMNETなどに、キャッシュフロー計算書、貸借対照表、損益計算書等及び事業の理念や提供している福祉サービス内容などを公開している。今後は、苦情・相談体制や内容などの最新の情報や、地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審結果などを公表することが期待される。また、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布し事業所の存在意義や役割を明確にするなどの取組が期待される。 |
| 22 | II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | b | 内部監査体制が整備されている。外部の税理士により、毎月財務・経営管理等について指導・助言を受けている。今後は、事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任を明確にして、職員等に周知する。また、外部の専門家による監査支援の結果や指摘事項に基づいた経営改善の実施などの取組が期待される。 |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | 第三者評価結果 | コメント |
|-------------------------------|---|--|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 23 | II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | b 地域のイベント情報や地域の関わり方などを利用者に伝えることはあるが、活用できる社会資源や収集した地域の情報を掲示板等を使って利用者へ提供することはしていない。また、地域の人々と利用者との交流の機会は少ない。利用者の買い物や通院等日常的な活動については、個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨し、図書館などは頻繁に利用している。今後は、利用者との交流を広げるための取組が期待される。 |
| 24 | II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | c 現在は、ボランティアの受け入れはしていない。福祉関連学校などから実習やインターンシップの要望もあることから、今後は、ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化したボランティア受入れマニュアルや受け入れ態勢の整備が望まれる。 |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | b 精神病院デイケア、医療機関、相談支援事業所などの関係機関とは連携している。利用者に関する社会資源は把握しているが、全体に周知するためのリストは明確になっていない。今後は、適切な連携をするためにも、職員間でリストの意味づけを共有し利用者の選択肢の拡大や支援の向上に繋げたり、地域関係機関や団体と協働し共通する問題の解決に向けた連携を行うための取組が期待される。 |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 26 | II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | b 関係機関との連携などにより地域のニーズや生活課題の把握に努めるよう努力しているが、地域住民との交流の場は少ない。今後は、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通して、地域の福祉ニーズや生活課題等を把握する取組が期待される。 |
| 27 | II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | c 現在は、地域との関わりはほとんどできていない。今後は、多様な機関などと連携し、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどや災害時の防災対策への協力、被災時における福祉的な支援を必要とする人々、住民の安全・安心のための備えや支援の取組が望まれる。 |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

| | 第三者評価結果 | コメント |
|-----------------------------|--|--|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 28 | Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | b 法人の理念・基本方針のもとに利用者を尊重した支援を目指し、「運営規定」「倫理綱領」「グループホームの決まり」等の策定に取り組んでいる。職員の資質向上に向けて、利用者尊重を意識した虐待防止等の定期的な研修に取り組んでいる。現在の虐待防止の視点を主とした共通理解への取組とともに、地域の共同生活住居に住まう利用者のQOL向上を目指した配慮について、支援状況の定期的な振り返りや把握等から、事業所として必要な基本的対応の共通理解を図ることが期待される。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 29 | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | b | ワンルーム居室を主とした個室化により利用者のプライバシーが保護された環境の提供に努めている。「共同生活援助利用契約書」で守秘義務の項目とともに事業者の義務として入居者のプライバシーの保護について明記している。現状の取り組みを生かし、守秘義務や個人情報保護のみならずプライバシーに配慮した支援等の充実に向けて、現在の取組を組織的に振り返り、福祉事業所としてプライバシーに配慮した支援の規定・マニュアル等の充実・整備が期待される。 |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。 | | | |
| 30 | Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | b | 法人ホームページ内で外部サービス型グループホームの情報発信に取り組んでいる。入居前の利用者に向けて事業所で提供できる主なサービス内容のわかりやすさを検討しながらパンフレットを作成し、福祉・医療関係施設への配置に努めている。また、特別支援学校卒業予定者の体験入居にも取り組んでいる。今後は、利用者や家族等の意見などを聞き入れることも検討し、利用者等の選択に生かされる情報発信の内容、伝達手段等について事業所の課題として定期的に見直す取組が期待される。 |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | b | 支援開始時に、管理者により「重要事項説明書」や「共同生活援助利用契約書」等を用いて、利用者が理解・納得し同意を得るまで丁寧に説明し、本人や家族が安心して生活ができるように常に心掛けた説明に努めている。管理者の豊かな経験をもとに説明している、入居時・後の利用者の自己決定の尊重や権利擁護等を配慮した説明内容を事業所の基本ルールとして検討し、意思決定が困難な利用者も仮定しつつ、事業所として職員誰もが同じ手順・内容で説明や配慮ができるよう取り組むことが期待される。 |
| 32 | Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | b | 事業所の変更や家庭等への移行時には、管理者・職員等の豊かな経験をもとに、安心して相談できる対応に努め、利用者等の意向を踏まえながら関係機関と連携を取り、利用者にも不利益が生じないよう配慮した支援に努めている。現在行われている、職員の配慮経験をもとに、事業所の退去時やその後の対応の仕組みとして、利用者支援の継続性に配慮した引き継ぎや申し送り等の手順を定めて取り組むことが期待される。 |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b | 職員は、利用者の生活への思いを大切にしながら生活満足感向上に向けた支援に努めている。定期的な個別支援計画の見直しや面談の機会を利用して満足度を確認している。課題があれば随時会議を開き検討・改善に取り組んでいる。現在の生活上の利用者不安や課題への積極的な対応とともに、利用者の生活上のQOL向上に向けて、事業所として年間計画的に利用者本人や家族等の満足の把握を意識した調査に取り組み、結果の分析・検討へ利用者の参画も考慮した会議の開催など組織的な仕組みの充実が期待される。 |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | | |
| 34 | Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | c | 利用者等への重要事項説明書説明時に、苦情・意見の取組の説明を行っている。定期的な職員研修のテーマとして「苦情解決」を設定し苦情発生時の対応研鑽に努めている。また苦情が出る前に支援の質を向上させるミーティングにも取り組んでいる。現在の職員研修やミーティングの取組を生かし、サービスの質の向上のために第三者委員設置や公表のあり方を含め、利用者や家族が苦情を申し出やすい、機能する苦情解決の仕組みとして組織的な工夫・検討に取り組むことが期待される。 |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 35 | Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | b | 利用者や家族が安心して相談や意見を述べやすい環境として、プライバシーに配慮した場の確保に努めている。入居時に重要事項説明書を用いて施設利用に関して生じる苦情・意見の対応について丁寧な口頭説明に努めている。今後は、相談や意見に関する組織的対応として、相談等の内容により、日常的に接する職員以外に相談できる職員の存在や事業所以外の相談窓口等、複数の方法や相手が用意されている仕組みや、利用者によりわかりやすい説明文書の作成及び配布・掲示等の取組が期待される。 |
| 36 | Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | b | 日常的に苦情及び利用者の意見・要望・提案等があれば管理者へ取り次がれて迅速な対応に努めている。管理者等への相談時には意見を述べやすい雰囲気づくりの配慮と傾聴対応に努めている。相談や意見、要望、提案等の対応に管理者のリーダーシップが活かされているので、その経験を生かしながら組織的な対応としてマニュアル等の策定に向け、事業所の姿勢、意見・要望等を受けた時の手順や検討・対応方法、利用者説明、記録方法から公開方法等まで取組の整備が期待される。 |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | | | |
| 37 | Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | b | 管理者のリーダーシップのもとに職員が危機感を持ち事故防止に努めている。利用者の安心・安全な生活援助のために研修とミーティングにより意識啓発に取り組んでいる。今後は、事業所の職種・人員を考慮した職務分掌によるリスクマネージャーの選任・配置の体制や定期的な振り返りの視点も検討し、より機能するマニュアル等の充実が期待される。特に、事故予防観点から、職員個人の反省や責任の追及を求めものではないことに留意したヒヤリハット事例の収集や職員が参画する検討会議等、組織的な要因分析、改善策・防止策の検討・実施の取組が期待される。 |
| 38 | Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | b | 法人の体制として感染症対策委員会を整備している。各種感染症対応の資料を収集し、委員会の開催後に行われる研修会の資料に活用して職員研鑽に努め、利用者の安全確保に向けた感染症対策に取り組んでいる。今後は、マニュアルのあり方等を再検討し、事業所として必要な機能するマニュアル等の整備や責任と役割を明確にした体制の充実が期待される。 |
| 39 | Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 | b | 避難訓練に取り組み、行政で示すガイドラインをもとに「自然災害発生時における業務継続計画」を作成し災害時の体制を形作っている。省令、解釈通知にある「利用者が地域の中で家庭的な雰囲気の下、共同して暮らせる環境作りなどに配慮されたい」の趣旨から、事業所の立地する地域に適應した、災害時の行政や自治会等の対応を検討し計画的に機能する体制の充実が期待される。 |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | 第三者評価結果 | コメント | |
|-------------------------------------|---|------|---|
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | | | |
| 40 | Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | b | 「入居マニュアル」「運営規定」「意思決定支援」「GH個別支援計画作成マニュアル」「グループホームの決まり」等を整備し、基本的・共通認識的な支援業務の配慮・留意点等の文書化に取り組んでいる。現在行われている積極的な情報収集による文書整備の取組を生かし、今後は、一人ひとりの個別的な支援提供と相補的に対応する、事業所で実施する共通的な支援全般に渡る標準的な実施方法の文書化への取組が期待される。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 41 | Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | b | 管理者の経験を生かした支援責任のもとに、利用者一人ひとりの基本的な支援方法の試行錯誤の見直しから最適な支援の共通意識化に努めている。 現在の取組のもとに、利用者が必要とする共通的な支援内容について、年間計画的なPDCAサイクルの中での振り返りにより、支援内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえて支援の配慮・留意点、業務手順など、事業所で実施している支援全般に渡り検証・見直しする仕組みの充実が期待される。 |
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | | | |
| 42 | Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。 | b | 個別支援計画策定の責任者としてサービス管理責任者を配置し、「GH個別支援計画作成マニュアル」を用いて個別支援計画書が策定されている。計画策定と実施状況の確認は、定期的なミーティングで行われている。利用者のQOL向上に向けたPDCAサイクルによる総合的・計画的な支援の取組として、利用者に関わる事業所職員のみならず関係機関からの協議参加も視野に入れた個別支援計画書の策定手順の検討が期待される。 |
| 43 | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | b | 個別支援計画の見直しは「GH個別支援計画作成マニュアル」をもとに法令期間を満たすように取り組んでいる。また、利用者の状況によって目標や課題達成の時期を早めるなど臨機応変な対応に努めている。現在の取組を生かし、個別支援計画の一連の手順としてPDCAサイクルの恒常的な取組の明確化に向けて、個別支援計画の急遽変更時の対応も加えた事業所としての評価・見直しに対する手順と関係者への周知方法等の検討が期待される。 |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | |
| 44 | Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | b | 統一した様式を用いて利用者の情報が管理者に届く仕組みが構築されている。職員間の情報共有として、随時的にミーティングを開催している。また、パソコン上で共有できるファイルボックスにより事業所の利用者情報が共有できる仕組みを構築している。現状の取組を生かし、利用者一人ひとりのQOL向上に向けた個別支援計画による支援実施の状況及び利用者状態等の推移が、PDCA視点の記録整理から確認することができ記録情報が職員間で共有される取組の工夫として「記録要領」の作成検討が期待される。 |
| 45 | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | b | 管理者責任として記録管理に取組、職員の入社時誓約書及び就業規則等の遵守から利用者に関する記録の保護に努めている。管理者は、特定個人情報保護法規定へ対応した書類等を据え置きつつ、職員により個人情報保護規定等の内容理解の差異を把握している。現状の課題把握のもとに、事務所のみならず各グループホームにある利用者に関わる紙媒体記録や電子媒体記録も含めた全ての記録の管理について組織的な管理の充実・見直し検討と職員の理解に向けた取組が期待される。 |

評価対象 障がい者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------------|---------|--|
| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | |
| A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | b | 利用者の意思や価値観を記録し、本人の意見を確認したうえで個別支援計画を策定している。自己決定を尊重する支援が実施されており、日常のわかりやすい場面から目標設定を支援している。心理的・物理的なハードルには代替手段を提示し、柔軟な対応を行っている。職員間ではミーティングにより具体的事例を共有し、理念の理解と浸透が図られている。訪問支援を通じて趣味や嗜好の把握にも努めており、利用者主体の支援が丁寧に実践されている。今後は意思決定支援のガイドラインを全ての職員が深く理解した実践が期待される。 |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | c | 虐待防止に関するマニュアル整備や研修、委員会の設置は充実している。法人共通の規程をもとに、定期的な研修資料の配布により職員の理解促進を図っているが、実践的な演習は未実施である。身体拘束に関する記録は業務報告書に残しているが、検証事例はない。利用者や家族への周知は今後の課題であり、声かけによる日常的な予防的支援は行われている。再発防止策については委員会で検討され、現場レベルでの理解が進んでいるという。今後は、権利擁護を支える組織体制の整備が望まれる。 |

A-2 生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | a | 利用者一人ひとりの希望や生活スタイルに沿った支援が行われており、個別支援計画に基づく声かけや対応が丁寧である。朝夕の世話人による支援に加え、午後の訪問や個別の声かけを通じて生活状況を把握している。健康面では体温・体重の確認を行い、特に食事や飲料に配慮している。自律・自立支援においては、可能な限り「自分でできた」と感じられるよう適時支援を行っている。金銭管理では週1回のお小遣い支援を実施し、行政手続き等は本人の主体性を尊重しつつ必要な支援を行っている。 |
| A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | b | 利用者の状況や特性に応じて、口頭だけでなく文章や手紙などを用いた対応を行っている。会社の携帯や代表電話、メールを活用したコミュニケーションが実施されているが、コミュニケーション能力を高めるための支援は明確には実施されていない。機器の活用や代替手段の提案など、さらなる工夫が求められる。利用者が伏せってしまう場面などにおいても、辛抱強く関わる姿勢が見られるが、支援の体系化と継続的な改善が期待される。 |
| A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | b | 定期的な個別面談を6か月ごとに実施しているほか、都度対応も行っており、利用者が自由に話せる機会を設けている。意思決定支援においては、必要な情報を提供し、利用者のサインから意思を推定して声かけを行っている。情報提供の方法や選択肢の提示に関する工夫は今後の課題である。相談内容は職員間で携帯を活用しながら共有・検討されており、支援の一貫性が保たれている。全体として、利用者の意思を尊重する姿勢が見られるが、さらなる工夫が期待される。 |

| | | |
|---|----------|--|
| <p>A-2-(1)-④ 個別支援計画 A⑥ にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>利用者の特性やニーズに応じて、日中活動の情報提供を行っており、関係機関との連携も図られている。活動内容はカテゴリや支援の詳細、モニタリングを含むフォーマットで整理されている。新たな希望には原案をもとに議論し、計画書に反映する流れが定着している。余暇やレクリエーションについては、コロナ前の実施実績があるものの、現在は利用者の要望に十分応えられていない。地域活動に関する情報提供も課題であり、今後の充実が期待される。</p> |
| <p>A-2-(1)-⑤ 利用者の障害 A⑦ の状況に応じた適切な支援を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>利用者の特性や障害に応じた支援を心がけ、支援の質の向上を意識している。統合失調症や知的障害に関する特性理解は進んでいるが、専門研修プログラムは未整備であり、今後の受講の希望がある。記録の書き方に関するマニュアルや研修はないが、行政対応を意識した記録が行われている。職員間では利用者の言動について情報共有や検討が行われており、支援方法の理解を深めるためのフォーマットも存在するが、統一には課題がある。今後統一された専門的な対応方法やそれを支援する研修や育成プログラムが期待される。</p> |
| <p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p> | | |
| <p>A-2-(2)-① 個別支援計画 A⑧ にもとづく日常的な生活支援を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>利用者の嗜好を聞き取りやリクエストにより把握し、世話人の裁量により献立に反映している。栄養バランスの管理は十分に行われていないが、苦手食材やアレルギーには配慮しているという。食事中はむせへの見守りや声かけを行っており、個室対応も可能である。入浴や排泄支援は基本的に不要であるが、清掃が行き届かない場面もある。移動支援については、高齢利用者への配慮があるが、介護福祉士は配置されていない。支援の質向上には今後の工夫が期待される。</p> |
| <p>A-2-(3) 生活環境</p> | | |
| <p>A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。</p> | <p>b</p> | <p>アパートタイプのグループホームであり、各居室に専用の浴室・トイレ・台所が整備されているため、プライバシーへの配慮がなされており、安心して生活できる環境である。セキュリティはサムターン式で、合鍵管理や緊急連絡先の整備があるが、警備体制は未整備である。避難訓練は実施されており、振り返りとマニュアルの見直しも行われている。清掃が苦手な利用者には声かけや方法の指導を通じて支援しているが、清潔保持には課題がある。訪問頻度を増やし、状況把握に努めている。今後更に警備体制などの改善が期待される。</p> |
| <p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p> | | |
| <p>A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>利用者が自立した生活を送ることができるよう、できることは自分で行い、必要に応じて見守りや支援を行っている。買い物訓練やコインランドリーの利用支援など、生活動作に関する支援が実施されている。意図的な機能訓練については、外部サービスやデイサービスを活用して対応しているという。生活訓練の体系的な導入は今後の課題であり、支援の質向上に向けた取り組みが期待される。</p> |
| <p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p> | | |
| <p>A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p> | <p>b</p> | <p>利用者の健康状態の把握は日常的に行われており、体調変化に応じて休息の促しや受診の奨励、必要に応じた同行・引率が実施されている。健康チェックでは消灯時間や服薬状況に重点を置いている。精神科の訪問看護との連携もあり、医療機関との協力体制が整っている。健康増進のための助言は行っているが、本人の意思を尊重する姿勢があり、支援と自己決定の両立に難しさがある。今後も継続的な見守りと柔軟な対応が期待される。</p> |

| | | |
|---|----------|--|
| <p>A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。</p> | <p>b</p> | <p>服薬管理が必要な利用者に対しては、通院同行や医療機関との連携を通じて、医師の指示に従った対応が行われている。服薬は見守りのもとで渡され、残薬は次回受診時に確認している。事業所職員による医療的ケアは実施しておらず、医療的支援に関する標準的な手順書や個別計画は未整備である。服薬ミスへの対応マニュアルもなく、慢性疾患やアレルギーへの支援は現時点で行われていない。今後は、責任体制や記録管理の明確化が望まれる。</p> |
| <p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p> | | |
| <p>A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>外出・外泊は利用者の希望に応じて実施されており、興味や意向を踏まえた外出行事やレクリエーションの提案も行われている。しかし、個々のニーズに十分に答えきれていない場面もあり、柔軟な対応と計画の工夫が求められている。ヒアリングにおいても、自己評価通りの実施には至っておらず、今後は利用者の希望をより丁寧に把握し、活動内容の充実と参加しやすい環境づくりが期待される。</p> |
| <p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p> | | |
| <p>A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>利用者の意思を尊重し、希望に応じて見学や体験の機会を設けているが、地域移行後の生活イメージの明確化や地域資源との連携には課題が残っている。個別支援計画には希望が記載されているものの、実現に向けた支援はレベル的に難しい場面もあるという。今後は、利用者の理解度や生活力に応じた情報提供の工夫と、地域との接点を増やす取り組みが期待される。</p> |
| <p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p> | | |
| <p>A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>利用者の意向を尊重し、家族との定期的な連絡・情報共有を行っているが、関係性が良好でない利用者も多く、意見交換や家族支援の場を設けることは難しい状況である。利用者が希望していても、家族が拒否する場合もあり、支援の調整には困難が伴う。ヒアリングでは、家族支援に対する姿勢が消極的であり、専門的な知識や技術の面でも課題があることが確認されている。今後は、関係性に応じた柔軟な支援の在り方と、職員のスキル向上が期待される。</p> |

しろくま中央 利用者アンケート集計結果

配布数 10
回答数 8

| 質問事項 | | 回答 | | |
|------|------------------------------------|-------------|--|-----|
| 1 | 普段の体調を気遣ってくれたり、具合が悪い時はすぐに対応してくれますか | はい | | 8 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 0 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

・体調が悪い時は部屋まで食事を運んでくれた

| | | | | |
|---|--------------------------------|-------------|--|-----|
| 2 | 日常生活の支援は丁寧に、あなたの状態を配慮してくれていますか | はい | | 8 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 0 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

・頼めば良くしてくれる

| | | | | |
|---|------------------|-------------|--|-----|
| 3 | 余暇活動を楽しむことができますか | はい | | 7 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 1 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

・行きたいときに温泉などへ行けるのが良い

・本を買ったり、美術館にいったりできている

| | | | | |
|---|----------------------|-------------|--|-----|
| 4 | あなたの言うことを十分に聞いてくれますか | はい | | 8 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 0 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

| | | | | |
|---|-------------------|-------------|--|-----|
| 5 | 職員の対応にゆとりが感じられますか | はい | | 8 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 0 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

| | | | | |
|---|-----------------|-------------|--|-----|
| 6 | 約束したことを守ってくれますか | はい | | 8 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 0 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

・親の葬儀の時に良くしてもらった

| | | | | |
|---|------------------------------|-------------|--|-----|
| 7 | どの職員も同じようにあなたに対して丁寧に接してくれますか | はい | | 8 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 0 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

| | | | | |
|---|---------------------------|-------------|--|-----|
| 8 | ご自分ではできないことは、代わってやってくれますか | はい | | 8 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 0 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

・書類の記入など代わりに書いてくれる

| | | | | |
|---|---------------------|-------------|--|-----|
| 9 | プライバシーは守られていると感じますか | はい | | 6 件 |
| | | いいえ | | 0 件 |
| | | どちらともいえない | | 2 件 |
| | | よくわからない・無回答 | | 0 件 |

10. この施設で、とくによいと思われることはどのようなことですか。

- ・スタッフの対応が良い
- ・ごはんもおいしいし、良くしてもらっている
- ・いつも顔を見せてくれること
- ・自由な生活が出来ているので、不自由は感じない
- ・スタッフや利用者さん、みんなが優しい
- ・仲間とスタッフと仲良く、相談したり働けることがうれしい
- ・体が洗える。好きに入浴できて健康的にもよい
- ・ホームレスにならなくてすんでいる