

2021年度  
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人 瑞宝会

短期入所（ショートステイ）【総合支援法】

カーサ・エスペランサ

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

## 目 次

	ページ
報告書表紙 .....	1
事業者の理念等（事業プロフィールⅡ） .....	2
利用者調査 .....	3
サービス提供のプロセス項目 .....	6
サービスの実施項目 .....	11
利用者保護に関する項目 .....	14
全体の評価講評 .....	16

### 【添付資料】

- ◆ 職員自己評価・利用者【聞き取り】調査 集計結果

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 141-0031

所在地 東京都品川区西五反田1-26-2 五反田サンハイツ714号

評価機関名 特定非営利活動法人 メイアイヘルプユウ

認証評価機関番号

機構 02 - 004

電話番号 03-3494-9033

代表者氏名 新津 ふみ子



以下のとおり評価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		修了者番号
	①	新津 ふみ子	H0201020
	②	田中 眞弓	H1701061
	③		
	④		
	⑤		
福祉サービス種別	短期入所	指定番号を入力してください	
評価対象事業所名称	カーサ・エスペランサ	指定番号	
事業所連絡先	〒	328-0113	
	所在地	栃木県栃木市都賀町合戦場599-6	
	TEL	0282-25-6565	
事業所代表者氏名	管理者	齋藤 靖	
契約日	2021年 4月 26日		
利用者調査票配付日(実施日)	2021年 5月 19日		
利用者調査結果報告日	2021年 6月 18日		
自己評価の調査票配付日	2021年 5月 12日		
自己評価結果報告日	2021年 6月 18日		
訪問調査日	2021年 6月 24日		
評価合議日	2021年 7月 15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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前説明会は、管理者および一般職員を対象に実施した。</li> <li>・利用者面接時に事業所内を視察した。</li> <li>・評価の全過程において、事業所・利用者の個人情報保護に配慮した。</li> <li>・訪問調査は、管理者および法人事務局から1名の参加を得て実施した。</li> </ul>		

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。  
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

〇年 〇月 〇日

事業者代表者氏名

栃木県宇都宮市下栗町2936-10

社会福祉法人 瑞宝会

理事長 土屋和夫



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 全ての利用者に「明るく・楽しく・快い」生活を提供することを目指す</li> <li>2) 真の利用者主体の施設作りを目指す</li> <li>3) 利用者様の快適な生活を支える</li> <li>4) 再度支援者として基本に立ち退る</li> <li>5) 法人自らが虐待の再発防止のとりまとめを行う</li> </ol>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 ・相手のことを考え、思いやれる人材</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) ・利用者様と信頼関係が持てるような職員になって欲しい</p>

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 141-0031

所在地 東京都品川区西五反田1-26-2 五反田サンハイツ714号

評価機関名 特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

認証評価機関番号

機構 02 - 004

電話番号 03-3494-9033

代表者氏名 新津 ふみ子

以下のとおり評価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		修了者番号
	①	新津 ふみ子	H0201020
	②	田中 眞弓	H1701061
	③		
	④		
	⑤		
福祉サービス種別	短期入所	指定番号を入力してください	
評価対象事業所名称	カーサ・エスペランサ	指定番号	
事業所連絡先	〒	328-0113	
	所在地	栃木県栃木市都賀町合戦場599-6	
	TEL	0282-25-6565	
事業所代表者氏名	管理者 齋藤 靖		
契約日	2021年	4月	26日
利用者調査票配付日(実施日)	2021年	5月	19日
利用者調査結果報告日	2021年	6月	18日
自己評価の調査票配付日	2021年	5月	12日
自己評価結果報告日	2021年	6月	18日
訪問調査日	2021年	6月	24日
評価合議日	2021年	7月	15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)	・事前説明会は、管理者および一般職員を対象に実施した。 ・利用者面接時に事業所内を視察した。 ・評価の全過程において、事業所・利用者の個人情報保護に配慮した。 ・訪問調査は、管理者および法人事務局から1名の参加を得て実施した。		

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。  
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

事業者代表者氏名

年 月  
栃木県宇都宮市下栗町2936-10

社会福祉法人 瑞宝会

理事長 土屋和夫



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 全ての利用者に「明るく・楽しく・快い」生活を提供することを目指す</li> <li>2) 真の利用者主体の施設作りを目指す</li> <li>3) 利用者様の快適な生活を支える</li> <li>4) 再度支援者として基本に立ち戻る</li> <li>5) 法人自らが虐待の再発防止のとりまとめを行う</li> </ol>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相手のことを考え、思いやれる人材</li> </ul> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者様と信頼関係が持てるような職員になって欲しい</li> </ul>

調査対象

◆定員は36名であるが、2021年5月時点の全利用者6名を対象に調査を実施した。

調査方法

◆聞き取り方式：  
全利用者を対象に、相談室などの個室を使って、調査者と  
一対一の面接を実施した。

利用者総数

6

共通評価項目による調査対象者数

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
0	6	6
0	6	6
0.0	100.0	100.0

## 利用者調査全体のコメント

◆当事業所は、2015年10月の開設です。2階建てのアパート風の建物(生活棟)に、短期入所36室および共同生活援助6室で構成されていますが、2019年度に34名の退所がありました。同敷地内に訓練棟があり、日中活動に活用されています。居室は個室で、トイレ、浴室、食堂は共有です。日中活動では、デイケアや就労継続支援B型を利用しています。職員体制は16名(支援員14名、看護師1名、事務員1名)で、24時間の交代勤務です。

◆総合的な感想として、事業所についての利用者の満足度は「大変満足」2名(33.3%)、「満足」2名(33.3%)、「どちらともいえない」1名(16.7%)、「無回答」1名(16.7%)という結果です。

・当事業所に日頃から感じている意見・要望として「職員はやさしい。ここで暮らしたい」という意見がある一方で「他のところで仕事をしたい」「退所したいので、今後の生活についてしっかり相談に乗ってほしい」「玄関に鍵がかかっている」など不自由であるとする不満や期待のほか、利用者数が急に減ったことへの不安などが示されています。法人・事業所として、運営方針の実現に向けた積極的な取り組みの必要性が示唆されます。

## 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
1. 利用中の生活はくつろげるか	4	2	0	0
「はい」の回答は4名(66.7%)で「日中は作業に出かけ、ここにいるときはテレビを見ている」「自分の好きなようにできる」というコメントです。「どちらともいえない」は2名(33.3%)で「楽しいことは特にない」「ここで気持ちよく過ごしているとは言えない」というコメントです。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	5	1	0	0
「はい」の回答は5名(83.3%)で「気になっていることは、特にない」というコメントです。「どちらともいえない」は1名(16.7%)で「監視カメラがあることは安心できない。階段で滑ってしまったことがある」というコメントです。				

3. 利用時の過ごし方は個人のペースに合っているか	4	2	0	0
「はい」の回答は4名(66.7%)で「休みの日は部屋で好きなテレビを見ている」「皆で買い物することができるので、自分の買いたいものを買ってくる」というコメントです。「どちらともいえない」は2名(33.3%)で「買い物に行く回数、たばこの本数などが決められていることは不自由である」「自分は、特に何かしたいということはない」というコメントです。				
4. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	4	1	0	1
「はい」の回答は4名(66.7%)で「整頓されているが、壊れているところがある」「壁に空いた穴は気にならない」というコメントです。「どちらともいえない」は1名(16.7%)で「浴室は広いけれど、ここは自分の家ではない」というコメントです。「無回答・非該当」のコメントはありません。				
5. 職員の接遇・態度は適切か	3	0	2	1
「はい」の回答は3名(50.0%)で「そういうことは気にしたことがない」「自分は特に気にしない」というコメントです。「いいえ」は2名(33.3%)で「職員から暴言を吐かれる。また、叩かれたり、蹴られたりする」「職員は怒鳴る」というコメントです。「非該当・無回答」のコメントはありません。				
6. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	5	0	1	0
「はい」の回答は5名(83.3%)で「看護師に同伴してもらって通院し、毎日服薬している」「定期的に通院し、体調は悪くない」「病気、けがのときには病院に行く」というコメントです。「いいえ」は1名(16.7%)で「薬をたくさん飲んでるので頭痛や呂律も悪いが、職員は対応してくれない」というコメントです。				
7. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	2	0	0	4
「はい」の回答は2名(33.3%)で「職員はカメラで見ている、すぐに来る」というコメントです。「無回答・非該当」は4名(66.7%)で「けんかはない」というコメントです。				
8. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	2	1	1	2
「はい」の回答は2名(33.3%)で「職員は乱暴ではない」というコメントです。「どちらともいえない」は1名(16.7%)で「話を聞いてくれることもあるが、乱暴なときもある」というコメントです。「いいえ」および「無回答・非該当」のコメントはありません。				
9. 利用者のプライバシーは守られているか	3	0	1	2
「はい」の回答は3名(50.0%)で、コメントはありません。「いいえ」は1名(16.7%)で「他の利用者が勝手に自分の物を持って行くことがある」というコメントです。「無回答・非該当」のコメントはありません。				



10. サービスの利用に当たって、利用者の状況や要望を聞かれているか	3	0	3	0
「はい」の回答は3名(50.0%)で「入浴時にシャンプーで頭を洗ったり、身体を洗ったりするときに、職員が手伝ってくれる」というコメントです。「いいえ」も3名(50.0%)で「職員と落ち着いて話す機会はなく、聞いてもらえない」「これからの生活や退所のことについて職員から聞かれることはない」「ここから出たいとか、将来のことについて、職員には話づらい」というコメントです。				
11. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	3	0	3	0
「はい」の回答は3名(50.0%)で、コメントはありません。「いいえ」も3名(50.0%)で「特に職員から説明を受けることはない」「職員から質問されることもない」というコメントです。				
12. 利用者の不満や要望は対応されているか	3	0	1	2
「はい」の回答は3名(50.0%)で「買いたい物があると言ったら、職員からお金を貯めるよう「と言われた」というコメントです。「いいえ」は1名(16.7%)で「職員にもよと思うが、こちらから要望などを伝える機会はない」というコメントです。「無回答・非該当」のコメントはありません。				
13. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	2	0	2	2
「はい」の回答は2名(33.3%)で「わからないけれど、この人ではない相手に話す」「役所の人に相談できる」というコメントです。「いいえ」は3名(33.3%)で「聞いたことがない」というコメントです。「無回答・非該当」のコメントはありません。				

I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリ1～3、5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/4
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(○○○●)
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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1の講評		
<p>法人ホームページや簡単なチラシはあるが、事業所独自の情報提供に向け改善を期待する</p> <p>法人のホームページとチラシがある。住所、連絡先、外観や居室の写真が掲載されているが、情報量が少なく、具体的なサービス内容がわかるものとなっていない。ホームページからの問い合わせはあるが、利用希望者等が手に取れるところにチラシが配架されていない。これまで、法人の利用調整専門事業所(東京サポートセンター)が、生活の場の受け入れ先がない人を中心に行政機関や病院等からの紹介により利用を進めてきた経緯がある。事業所独自の情報提供の方法や内容を工夫してこなかったことを当事業所は課題として認識している。改善を期待する。</p> <p>行政や関係機関への情報提供を始めたが、利用者本人にわかりやすいよう改善を期待する</p> <p>法人も地元地域に向けた情報提供を開始し、今年度からは事業所独自に行政機関、相談支援事業所、社会福祉協議会に対して情報提供を行うようになった。関係機関からの紹介による利用がほとんどのため、利用希望等にわかりやすい情報提供という視点がほとんどなかった。利用者本人が利用時の生活のイメージを描けるように、食事や活動の様子、一日の過ごし方等を写真やイラストで示すなど、わかりやすい情報提供に向けた工夫が必要である。なお、市の自立支援協議会でつくる『社会資源まるわかりマップ』への情報掲載は、法人本部により行われている。</p> <p>問い合わせや見学には、管理者が個別の状況に合わせて対応している</p> <p>利用希望者等からの問い合わせや見学には管理者が対応している。見学希望者については氏名、年齢、障害等級、生活状況、障害特性などを確認している。見学は基本的に利用者の生活を妨げないよう利用者不在の日中の時間に実施する方針であるが、見学希望者の個別の状況にも配慮し、対応している。見学や問い合わせへの対応に事業所としてのルールはなく、管理者が状況に応じて実施している。なお、見学者の状況については「引き継ぎ簿」に記載し(利用者の状況や業務上の申し送りなど職員が共有すべきすべてを記載)、職員間で共有している。</p>		

サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/7
<b>評価項目1</b> サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者等の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者等の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇●)</p>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
<p><b>利用開始時に重要事項を説明し同意を得るが、不十分との課題認識があり改善を期待する</b></p> <p>当事業所は年間180日以上利用可(短期入所)の利用者を想定している。事業所の見学後、法人内の他の短期入所の事業所を利用し、利用者の状況を把握してから当事業所の入所につなげるようにしている。入所時には管理者が重要事項説明書で支援内容や利用者負担金等を説明し、同意を得て契約書に利用者本人のサインをしてもらう。文書をよく読んで確認してもらうようにしているが、入所時に家族等が同席することは少なく、理解されないままに利用開始となる傾向があることを当事業所では課題と捉えている。その課題認識に基づく改善を期待する。</p> <p><b>サービス開始時に、支援に必要な個別の事情・要望の記録書式がない。改善を期待する</b></p> <p>昨年度まで利用開始の段階では支援に必要な個別情報はまったくなく、開始後のかかわりのなかで利用者状況を把握してきたが、今年度からは同法人の別の短期入所事業所を利用し、その様子を確認してから当事業所の利用開始となり、本人の生活の意向等も確認できるようになった。また、その時点で関係機関から提供された情報も確認するようになったが、それらは管理者がメモし「引き継ぎ簿」に記載するのみで、決められた書式はない。事業所としてフェイスシートや意向把握の様式を決め、家族や関係機関からの積極的な情報収集に取り組むよう期待する。</p> <p><b>利用開始時には、職員間で情報共有しながら利用者の不安が軽減されるよう努めている</b></p> <p>利用開始直後は不安定になる利用者が多いため、よく話を聞き、意向を受け入れ、注意して見守るように努めている。事業所の日課はあるが、柔軟に対応するようにしている。利用者の様子を「引き継ぎ簿」に記載し、職員間で共有している。なお、23時の引き継ぎ時には、ノートだけでなく、職員間で話し合い、支援方法を確認している。これまでは事業所が知らない間に退所日が決まっているような状況で、支援の継続性に配慮した取り組みが難しかった。今後は関係機関と連携し、支援会議の実施や次の生活の場への引き継ぎ書の作成などの検討を期待する。</p>		

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた支援方針作成・記録

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

4/11

評価項目1

定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点(●●●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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方針を作成している

評点(●●●●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 支援方針は、利用者等の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 支援方針を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 支援方針は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 支援方針を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<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

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. 支援方針に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<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

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 支援方針の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<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-3の講評

短期入所事業所としてアセスメントや支援方針の記載様式を決定し、活用する必要がある

昨年11月まで就労継続支援B型を併設し、当事業所の利用者は日中その支援を利用していたため、アセスメント様式として「就労移行支援者の生活行動に関する調査表」を利用し、生活面・作業面の個別支援計画を作成していた。モニタリング時にはアセスメントも見直していたが、現在は短期入所のみとなって、継続利用者は昨年度の個別支援計画を継続し、新規利用者については未作成である。職員会議では課題の整理と支援方法の検討は行っているが、個別の書式がない。短期入所事業所としてアセスメントや支援方針を記載する様式の決定と活用が必要である。

利用者の希望や関係者の意見を反映した支援方針作成のためのしくみづくりが必要である

昨年度までは、個別支援計画の作成時には利用者本人の希望を確認する面談を行っていたが、今年度はまだ支援方針を作成していないため、改めて利用者の希望を確認し、支援について説明する機会は持っていない。利用者調査の結果では、関連する項目の肯定率は半数であり、職員自己評価については肯定率は4割以下である。現状は利用者の希望を尊重した支援方針が作成できているとは言い難い状況である。短期入所事業所として、利用者の希望や関係者の意見を反映した支援方針を作成するためのしくみづくりを行う必要がある。

利用者の状況は「引き継ぎ簿」の記録・確認と口頭により、確実な共有に努めている

利用者の状況は巡視の時間ごとに個別支援経過記録に記載し、気になる状況は「引き継ぎ簿」に記載している。この「引き継ぎ簿」は、職員が支援に入る前に必ず確認することになっており、読んだ後には各職員が確認印を押している。14時、23時の引き継ぎ時には口頭で報告・相談を行っている。職員は正規職員がほとんどで、同じ空間で支援を行うことも多く、随時情報共有するようにし、利用者状況の確実な共有に努めている。職員自己評価の関連項目は肯定率が8割であり、情報共有について意識的に取り組まれていることが伺える。

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/5
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		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、利用者の同意を得ようとしている		<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、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		<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●)	
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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-5の講評			
<p><b>職員は支援の際のプライバシー保護を意識しているが、規定化が求められる</b></p> <p>当事業所では、利用者情報の取り扱いについては、昨年度までは契約窓口であった「東京サポートセンター」が入所時に「個人情報利用目的等通知書」により説明し、同意を得ていたと考えているが、法人の方針変更により、今後は当事業所として取り組む予定である。当事業所としての確実なその取り組みに向けて、手順や必要な書類などの明確化に取り組み、それらを職員に周知することが必要である。なお、居室は一人部屋であり、入室の際はドアを閉めている。郵便物は、封は開けずに渡すなどの取り決めがある。</p> <p><b>利用者の意向を尊重する方針であるが価値観や生活習慣からの取り組みの充実を期待する</b></p> <p>当事業所の基本方針として、これまでの支援を振り返って「真の利用者主体の施設づくりを目指す」としている。職員は利用者の意向を聞くことを意識し、利用者情報は「引き継ぎ簿」で共有して支援している。今回の利用者調査の結果では、総合的な満足度は67%である。一方、利用者一人ひとりの価値観や生活習慣を尊重した支援を課題としたとき、従来は利用者情報の収集は「東京サポートセンター」の役割であったが、今後は当事業所として価値観や生活習慣を含む利用者情報の把握を課題に、入所時の丁寧な情報収集や職員研修の実施等が求められる。</p> <p><b>利用者の権利擁護の視点から現状の取り組みを検討し、改善を図ることを期待する</b></p> <p>当事業所では、触法行為などのために他の施設では受け入れてもらえない利用者を積極的に受け入れてきており、共有スペースには「監視カメラ」を設置し、職員は常時その監視カメラで観察をしている。この件に関しては、同意書ももらっている。また、利用者には承諾を得ているが、無断外出して近所に迷惑をかけるなどの行動があったので、玄関に鍵をかけている。このような現状に関して、利用者の権利擁護および個人の意思尊重の視点から、検討することを期待する。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	0/5
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		評点(●●●)	
評価	標準項目		
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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(●●)	
評価	標準項目		
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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している	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>支援については口頭による相談や申し送りであり、標準化・文書化は課題である</p> <p>事業所業務・支援の標準化を図るためのマニュアルなどの手引書の整備はなく、職員の判断に任せられている。現状では随時に職員間で相談し、対応しているが、職員自己評価では支援への不安や迷いが示され、業務基準や支援に関する基準書・マニュアルなどの必要性を強く提案している。法人の事業計画には、マニュアルの活用の重要性は述べられているが、法人として作成したマニュアルは、健康管理や事故などのリスク分野の一部にとどまる。また、その内容は取り組むべき項目やスケジュールの記載レベルのものであるため、マニュアルとは認め難い。</p> <p>当事業所の支援・業務に関する内容の文書化を課題とした取り組みを行う必要がある</p> <p>業務に関する話し合いの機会として、今年度から本部主催の「職場環境改善会議」が月1回開催されている。今後はそうした機会を活かし、当事業所独自のマニュアル・手順書の必要性に基づく取り組みはもとより、作成したマニュアルを見直す担当や見直しの基準、見直しの時期・期日なども明確化し、取り組むことを期待する。また、さらなるサービスの質の向上を目指すには、自らの支援・活動を振り返って文書化・標準化して共有し、見直し・改善することが必須である。利用者からの意見や提案を聞き、活用することの必要性についても検討が求められる。</p>			

II サービスの実施項目(サブカテゴリ-4)

サブカテゴリ-4		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	8/15
サービスの実施項目			
1 評価項目1 個別の支援方針をいかにしながら、利用者に合った自立生活を送るための支援をしている		評点(○●●)	
評価	標準項目		
○あり ●なし	1. 支援方針に基づいて支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当	
○あり ●なし	3. 必要に応じて、さまざまな情報を提供し、または相談に応じる体制を整えている	○非該当	
評価項目1の講評			
<p>支援方法は「引き継ぎ簿」で共有し、共通した支援に努めている</p> <p>統一した書式による支援方針に基づいた支援は実施されていないが、職員会議で利用者のニーズを整理し、支援の方向性や方法を検討している。また、内容は「引き継ぎ簿」に記載し、それに基づいて支援を行うようにしている。支援時の利用者の状況も「引き継ぎ簿」に記載し、職員間で共有している。現在、管理者は「引き継ぎ簿」の記載内容を確認し、共通した支援が行われているかどうか確認している。しかし、統一した書式によって支援方針を明確化し、職員間で共有していくことは、支援の確実性を保証するためには必須である。今後の改善を期待する。</p> <p>利用者とのコミュニケーションは職員会議で検討し、利用者ごとに応じるよう努めている</p> <p>当事業所の利用者のほとんどは、会話によるコミュニケーションの取り交わしが可能であるが、希望に応じて、文字にする、繰り返して説明する、個別に面談の時間を設けるなど、利用者とのコミュニケーションの方法について工夫して取り組んでいる。また、利用者が興奮し、やり取りが難しいときには、職員は見守るようにしている。当事業所では、利用者とのコミュニケーションの方法は、関係機関からの情報を参考にするなど職員会議で検討している。</p> <p>日常生活の自立に取り組んでいるが、社会生活の自立にも目を向けた取り組みを期待する</p> <p>掃除や洗濯などの日常生活については「自分でできることはやれるように」と自立に向け取り組んでいるが、もともと社会生活の難しさのある利用者を受け入れており、地域社会生活の自立に向けた取り組みは当事業所としては難しいと捉えている。しかし、利用者調査では関連項目の肯定率は5割にとどまり、将来の生活や就労の場の相談の希望もある。精神障害者や触法障害者の地域定着支援、行動障害のある人への支援など、地域生活に困難を抱える人の支援の専門領域の関係機関と連携し、自立に向けた相談や情報提供に取り組むよう改善を期待する。</p>			
2 評価項目2 利用者の主体性を尊重し、利用中の生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている		評点(○●)	
評価	標準項目		
○あり ●なし	1. 利用者の状況や希望に沿って生活を楽しめるように取り組んでいる	○非該当	
●あり ○なし	2. 室内は、利用者の状況に応じて快適で落ち着ける環境・空間にしている	○非該当	
評価項目2の講評			
<p>ルール内で楽しめる取り組みにとどまるため、利用者の主体性尊重からの検討を期待する</p> <p>当事業所は玄関および扉に鍵がかけられ、利用者は自由に外に出ることはできない。一日のスケジュールは時間で決められている。携帯電話の所持は禁止で、職員に許可をもらって公衆電話をかける。喫煙は可能であるが時間は決められている。楽しめる活動として、月1回の買い物、事業所内のカラオケや誕生会がある。当事業所では利用者の特性上、むやみに利用者の希望に沿うと歯止めが利かなくなるとの認識があり、ルールを決めその範囲で生活を楽しめるよう努めている。主体性を尊重した生活に向け、利用者理解を深め工夫して取り組むことを期待する。</p> <p>利用者が落ち着いて過ごせるように、居室は個室としている</p> <p>居室は個室であり、利用者それぞれが自由に過ごせるように配慮している。玄関スペースがゆったりしていて、また現在は利用者数が少ないこともあり、自由時間に床に座って過ごしたり、互いに会話するなどの機会がある。その反面、掲示物は「はがされるから」という理由で掲示はなく、置き物などもされていない。また、利用者同士のトラブルを未然に防ぐという配慮から共有スペースに監視カメラを設置している。利用者の危険回避のあまり生活空間が殺伐とした雰囲気になりがちである。危険回避しつつも快適性の向上が図られるよう取り組みを期待する。</p>			

3 評価項目3 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上で必要な支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の意向を尊重しつつ、自分でできることは自分で行えるよう働きかけている	○非該当
●あり ○なし	2. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている	○非該当
評価項目3の講評		
<p><b>洗濯や掃除など身の回りのことは自分で行えるように、利用者に応じた支援に努めている</b>  平日に利用者は作業に従事しているため、洗濯や掃除は休日の朝に行っている。洗濯室で洗濯し、ベランダや自室に干して自分で取り込み、たたんで収納している。また、居室の清掃は、それぞれが掃除機かけ、雑きんがけ、整理整頓を行う。できるだけ利用者が自分のことは自分でできるように、職員は一人ひとりに応じて支援方法を検討し、働きかけている。声かけをして促したり、一緒に行うなど、利用者に応じて支援している。そして「引き継ぎ簿」に支援方法を記載し、そのときの利用者の状況も「引継ぎ簿」に記載する。</p> <p><b>食堂、トイレ、洗面所、浴槽は共同で、利用者の状況に応じた支援に努めている</b>  食事は、決められた時間に、食堂で食べる。洗面所、トイレ、浴室は共同で、現在は定員36名のところ利用者数17名と少ないため、余裕がある。浴室は数人が入れる大型浴槽で、個浴はない。決められた順番で数人ずつ入浴している。入浴、排泄、歯磨き、髭剃り等の直接的な生活の支援が必要な利用者は、現在ほとんどいない。介助が必要な場合は「引き継ぎ簿」に記載し、職員が介助する。職員gとのばらつきがなく介助が行われるように、管理者が支援の様子を見たり、職員からも聞き取りを行い、確認するようにしている。</p>		
4 評価項目4 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態や服薬に関して、利用者や家族から必要な情報を収集している	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
評価項目4の講評		
<p><b>健康に関する情報は看護師が管理し、検温、体重測定など日常的な健康管理に努めている</b>  利用者の健康に関する情報は家族や関係機関から収集し、看護師が「利用者情報」のファイルを作成して管理している。毎日の健康状態は「引き継ぎ簿」で確認し、看護師の「看護記録票」に記載している。病院受診には看護師が同行し、事業所での様子を伝えたり、医師からの情報を他の職員に伝えている。年1回、健康診断を実施している。また、毎朝の検温、毎月の体重測定を行い日常的な健康管理を行っている。コロナ禍では手洗いや消毒に関する利用者への指導や共有部分の消毒を看護師が担当している。看護師を中心に日常的な健康管理に努めている。</p> <p><b>服薬管理は看護師が行い、服用時は職員2名でダブルチェックして誤薬を防いでいる</b>  服薬管理は看護師が行い、朝・昼・夕・就寝前の薬を「薬ケース」にセットしている。服用時には支援員が「薬ケース」から取り出し、利用者へ手渡しをして飲んでもらうようにしている。薬袋に記載された氏名を利用者に見せて確認してもらい、手渡し後に利用者が服用したら「服薬チェック表」に記録する。その際、職員2名でダブルチェックを行い、誤薬を防ぐようになっている。また、体調急変時の対応は「フロー図」で職員室に掲示している。日中の急変には看護師が対応し、夜間は管理者に連絡して、管理者が看護師と相談の上で対応している。</p>		



5 評価項目5 家族等との交流・連携を図っている		評点(●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 必要に応じて、家族等への情報提供や相談に乗るなど支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目5の講評		
<p>今年度より、当事業所は家族等に直接連絡できるようになり、そのあり方を模索している</p> <p>昨年度まで、家族等との連絡は法人の「東京サポートセンター」が一元的に担う体制で、当事業所は関与できなかった。ただし、ワクチン接種に関しては、家族・行政・相談員など必要と思われる関係者に連絡し、承諾を得て取り組んでいる。法人の方針変更により、今年度入所した利用者に関しては、入所時に当事業所として家族との連絡の取り方について確認している。家族等とのかわりは今年度からで、そのあり方は模索中である。利用者の状況はさまざまであるが、家族等との交流・連携については、関係機関と協働して取り組んでいくことを期待する。</p>		
6 評価項目6 地域で自立した生活を送れるよう支援をしている		評点(○●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 必要に応じて、関係機関(日中活動事業所、相談支援事業所等)と情報共有を行い、支援に活かしている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目6の講評		
<p>専門機関との連携を進め、地域生活が難しい人の自立生活に向けた取り組みを期待する</p> <p>地域住民とのトラブルを避けるために当事業所は施設しているため、利用者は自由に外出することはできない。もともと地域生活が難しい人を中心に受け入れてきたことから、事業所では地域住民との交流や地域資源の活用は「現状においては難しい」と判断している。今後は、地域生活定着支援センター、発達障害者支援センター、医療機関、基幹相談支援センターなどの専門機関と連携するとともに、地域住民からの理解を得る取り組みを行うなど、利用者の地域における自立生活を進めるための支援を行うよう期待する。</p> <p>日中活動事業所や相談支援事業所など関係機関と情報共有し支援に生かすよう努めている</p> <p>法人内事業所ではあるが、日中活動の事業所とは利用者の状況に応じて随時個別に連絡し合い、支援を行ってきた。また、自治体の担当課の訪問があり、利用者状況の共有が行われてきた。しかし、法人外事業所や関係機関に対しては「東京サポートセンター」を介したやり取りであったため、当事業所が独自に連絡することができなかった。今年度より、法人の方針変更があり、相談支援事業所主催「サービス担当者会議」への参加や行政機関、医療機関と直接連絡できるようになり、関係機関との積極的な情報共有を開始している。今後の取り組みを期待する。</p>		

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	5/9
1 評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
2 評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
3 評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			
		評点(○●●●●)	
評価	標準項目		
○あり ●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		○非該当
○あり ●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		○非該当
○あり ●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		○非該当
○あり ●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		○非該当
●あり ○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		○非該当
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p>苦情解決制度は規定化し、複数の苦情相談窓口を明示して事業所内に掲示している</p> <p>苦情解決実施規定を制定し、窓口体制を整えている。「重要事項説明書」には苦情受付窓口として事業所、行政、第三者委員を記載している。また、事業所内に意見箱を設置し、苦情受付書を掲示している。利用者調査では、苦情解決体制については33.3%が肯定し、また不満・要望の言いやすさと対応について利用者の50.0%が肯定している。職員が要望などを受け付けた場合は、管理者を含む職員間で相談し、対応している。法人としての組織的な対応についての当事業所の職員の理解は乏しく、さらに確実な周知を期待する。</p> <p>虐待防止会議を毎月開催している。利用者への明示など、さらなる取り組みに期待する</p> <p>平成29年度に法人内他事業所で発生した虐待事件を受け、令和3年度から毎月、法人の担当者が参加して「虐待防止及び職場環境改善会議」を開催している。制度の説明や利用者支援について、方針の提案などを行っている。また「虐待発見チェックリスト」を活用して各職員が確認を行い、法人本部に提出している。この活用は今後の課題である。重要事項説明書には虐待や人権侵害等に関する外部の相談窓口を紹介しているが、法人・事業所としての取り組みの明示はない。利用者にも虐待防止の方針や対策を明示し、確実に取り組みを促進するよう期待する。</p> <p>コロナ禍対策は見られるが、その他のリスクに関する計画的・具体的な取り組みは乏しい</p> <p>リスク分野では、感染症および新型コロナウイルス感染対策として、法人の配布物や行政等からの情報は看護師中心に対策を検討し、利用者および職員への周知徹底に取り組んでいる。防災訓練は、利用者参加で年2回実施している。事故の内容は主に利用者による暴力や器物破損であり、発見者、当日の職員、管理者で検討して「事故報告書」を作成している。災害マニュアルはあるが職員への周知はなく、また事故対策マニュアルもなく、随時の対応である。BCPの作成は今後の課題であり、リスク分野についての計画的な取り組みを期待する。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目		
タイトル①		
内容①		

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目		
タイトル②		
内容②		

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

No. 特に良いと思う点	
1	<p><b>タイトル</b> 利用者情報の引き継ぎや共有、また同じ空間への複数職員の配置など、職員間の良好なコミュニケーションのもとに支援を行っている</p>
	<p><b>内容</b> 法人の方針により、長らく事業所で把握している利用者情報が少ない状況下で支援を行っていたが、そのなかでも利用者に関して職員が共有すべき情報はすべて「引き継ぎ簿」に記載し、支援前に確認するとともに、引き継ぎ時の口頭の申し送りや報告・相談し、確実な情報共有に努めながら支援を行ってきた。また、利用者からの暴言・暴力、利用者間のトラブルに対しては複数の職員で対応できるように職員を配置し、また同じ空間で支援を行うようにし、職員は相互に協力して支援を行ってきた。そのため、事業所内の職員間のコミュニケーションがよい。</p>
2	<p><b>タイトル</b> 家族との面談や関係機関からの情報収集を進め、多くの情報をもとにした支援や関係機関と連携して行う支援の取り組みを開始した</p>
	<p><b>内容</b> 法人の方針変更があり、当事業所独自に家族や関係機関と連絡が取れるようになった。家族とは面談を行ったり、電話連絡し、これまでの生活状況や家族の考えを確認している。また、相談支援事業所、医療機関、日中活動事業所で把握している利用者の状況を確認するなど、利用者支援に必要な情報の収集について積極的な取り組みを開始している。さらに、地元の相談支援事業所や社会福祉協議会などの関係機関に対しては、当事業所を知ってもらえるように積極的な訪問も行い、連携のための土台づくりにも取り組んでいる。</p>
3	<p><b>タイトル</b></p>
	<p><b>内容</b></p>
No. さらなる改善が望まれる点	
1	<p><b>タイトル</b> 地元の地域に根差した事業所をめざし、利用者の地域自立生活に向けた支援の取り組みに期待する</p>
	<p><b>内容</b> 短期入所は、地域生活の継続のため介護を一時的に提供するサービスであり、利用者の地域自立生活を目指しているが、当事業所は地域社会での生活が難しい人を長期にわたって積極的に受け入れてきたので、その自立の取り組みの難しさは想定される。しかし、地元地域に根差した事業所をめざすには、本来的な短期入所の利用者の開拓のほか、地域住民との交流、地域社会資源の活用、多機関連携などは必須である。長期利用者の住所地自治体等と連携して将来を見据えて支援内容を見直すことや、地元地域の利用者のさらなる自立に向けた取り組みに期待する。</p>
2	<p><b>タイトル</b> 短期入所事業所としてアセスメントや支援方針を記載する様式を決め、利用者情報を活用するしくみづくりを進める必要がある</p>
	<p><b>内容</b> 今年度から短期入所事業のみとなったが、短期入所として利用者の個別状況をアセスメントする様式や支援方針を記載する様式がない。見学から利用開始に至るまでに利用者状況をアセスメントし、支援方針を作成するしくみもつられていない。職員会議で検討し、情報共有に努めて支援を行っているが、利用者をより理解し、適切な支援を行うには、情報を整理した上で視覚化して共有し、それに基づいて支援を実施して、振り返るプロセスが必要である。家族や関係機関からの情報収集の取り組みが開始され、情報量の増加が見込まれる。早急な改善を期待する。</p>
3	<p><b>タイトル</b> 業務やリスクマネジメント分野において、標準化・マニュアル化に向けた取り組みが必要である</p>
	<p><b>内容</b> 業務・支援に関しては、申し送りや引き継ぎ等に意識的に取り組んでいるが、職員間には支援への不安や迷いがあり、標準化・文書化の必要性を強く指摘している。業務に関するマニュアルはなく、リスク分野でも作成は乏しい。また、災害や深刻な事故等についても、現状は年2回の防災訓練や事故発生時の検討と報告書作成にとどまっている。業務・支援および事業継続計画(BCP)をはじめとするリスクマネジメントの必要項目のマニュアル化、そして職員への周知徹底に向けて、法人をあげたリスク分野への取り組みや体制づくりが必要である。</p>



