

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和3年度】

年 月 日

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

〒 162-0063

所在地 東京都新宿区市谷薬王寺町53-8 薬王寺ビル6F

評価機関名 日本介護情報機構株式会社

認証評価機関番号

機構 04 - 118

電話番号 03-6380-1341

代表者氏名 代表取締役 只野孝二

印

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		担当分野	修了者番号
	①	小野裕正	福祉	H0305062
	②	吉岡聡	経営	H0202061
	③	廣川美也子	福祉	H1401074
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	障害者支援施設			
	<input checked="" type="checkbox"/> 生活介護			
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)			
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)			
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援			
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)			
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)			
<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所支援				
評価対象事業所名称	東京都清瀬希望園			指定番号 1314400068
事業所連絡先	〒	204-0023		
	所在地	清瀬市竹丘3-1-72		
	TEL	042-493-5551		
事業所代表者氏名	施設長 小島加瑞子			
契約日	2021年 6月 15日			
利用者調査票配付日(実施日)	2021年 8月 18日			
利用者調査結果報告日	2021年 9月 27日			
自己評価の調査票配付日	2021年 8月 2日			
自己評価結果報告日	2021年 9月 27日			
訪問調査日	2021年 10月 5日			
評価合議日	2021年 12月 1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)	第三者評価の実施にあたり、事業所に第三者評価に関する事前説明を行い確認を得ました。利用者調査は、利用者を対象としたアンケート調査を行いました。事業評価は、経営層及び職員個別の自己評価結果及び利用者調査結果を分析した上で、評価者間で調査時の着眼点を共有し、準備してもらった帳票・文書の一覧表を交付して訪問調査を実施しました。訪問調査では、管理者及び関係職員に対するヒアリングや書類の確認を行い、訪問調査後に評価者間の合議による本報告書を作成しました。			

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。

年 月 日

事業者代表者氏名

印

<p>1</p>	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>①呼吸機能障害者中心とした内部障害者および知的障害者に「福祉医療サービス」を提供し、安心した生活の場を確保する ②利用者の生命・財産を守り、人間的尊厳を尊重する ③社会人として相互の行き方を尊重する生活や、一人ひとりの生き方、自己決定を尊重し、その人らしい生き方を実現する ④生産活動や日中活動を通じ、生きがいのある生活を提供する ⑤地域との連携をとり、施設の機能を地域に開放する</p>
<p>2</p>	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 清瀬喜望園の理念を理解し、それぞれの職種の業務を通じて、実践することができること。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 清瀬喜望園が全国で唯一内部障害者や、医療的なケアを必要とする知的障害者を支援する施設であるということを、心に刻んで仕事をしてほしい。</p>

	利用者48名を対象としました。
調査対象	
調査方法	利用者に調査の趣旨を説明して、標準調査票によるアンケートと聞き取り方式で実施しました。利用者が周囲を気にすることなく話しやすい、プライバシーに配慮できる場所で、日常の過ごし方や雑談を交えながら、利用者一人ひとり丁寧に聞き取りを行いました。

障害者支援施設全体

利用者総数

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(%)

	48	
アンケート	聞き取り	計
20	28	48
12	27	39
25.0	56.3	81.3

生活介護

利用者総数

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(%)

	48	
アンケート	聞き取り	計
20	28	48
12	27	39
25.0	56.3	81.3

入力不要
 自立訓練(機能訓練)

利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

入力不要
 自立訓練(生活訓練)

利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

入力不要
 就労移行支援

利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

入力不要
 就労継続支援(A型)

利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

入力不要
 就労継続支援(B型)

利用者総数

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
		0
0.0	0.0	0.0

施設入所支援

利用者総数

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(%)

	48	
アンケート	聞き取り	計
20	28	48
12	27	39
25.0	56.3	81.3

利用者調査全体のコメント

・利用者総数48名のうち、20名は書き取りにおけるアンケート、28名は聞き取りにおける調査を実施し39名から回答を得ることが出来ました。
・総合的な満足度として「大変満足」が25.4%、「満足」が44.8%、「どちらともいえない」が11.5%、「不満・大変不満」が14.8%となっており、約7割の利用者が満足しているとの評価となっております。
・総合的な自由意見として「一人の大人として対応してくれている。」「もうちょっと職員を増やしてほしい。忙しそう。日中活動がもうちょっとやりやすくなる。」「民営化になり、今受けているサービスが続けられるか不安。入所した時はお風呂もトイレもどこでも酸素があるのは喜望園しかなかった。」「入浴が週2回しかない。もっと入りたいので増やしてほしい。」「事業所が新法人になる時、職員が変わらない事を願う。」等の意見がありました。

場面観察方式の調査結果

調査の視点:「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	33	1	3	2
<p>「はい」の回答率は86.6%となっております。</p> <p>・自由意見として「そう思う。(複数回答)」「言えば対応してくれる。」「ちゃんと助けてくれた。」「困った事はない。自分のことは自分でやる。」「言葉が不自由なので意思表示が下手でお願いしたつもりでも伝わらなかつたり、人が少なく他の方に掛かっている気が付いてもらえなかつたりと言う事があるようです。」等の意見がありました。</p>				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	33	4	1	1
<p>「はい」の回答率は85.2%となっております。</p> <p>・自由意見として「そう思う。(複数回答)」「故障もなく安心して使える。」「不安はない。」「トイレ、風呂は安心して入れる。」等の意見がありました。</p>				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	21	7	7	4
<p>「はい」の回答率は50.5%となっております。</p> <p>・自由意見として「和気あいあいとやれる。」「昔とは違う。知的の人ばかり。まともに会話できる人は2~3人しかいない。」「色々な会合に参加させてもらって笑い声が出たりと楽しんでいる。」「仲の良い友達がいる。」「ベッド生活が主である。」等の意見がありました。</p>				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	32	2	3	2
<p>「はい」の回答率は80.1%となっております。</p> <p>・自由意見として「掃除は職員がやってくれる。(複数回答)」「自分でやっている。(複数回答)」「職員が手伝ってくれる。(複数回答)」「居室の清掃をもう少しきれいにしてほしい。他の場所は掃除が良くされています。」等の意見がありました。</p>				
19. 職員の接遇・態度は適切か	31	2	4	2
<p>「はい」の回答率は80.5%となっております。</p> <p>・自由意見として「はい。そう思う。(複数回答)」「優しい。(複数回答)」「人それぞれ。厳しい人もいるけど。」「まあまあ丁寧である。」等の意見がありました。</p>				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	36	1	0	2
<p>「はい」の回答率は89.8%となっております。</p> <p>・自由意見として「はい。信頼できる。(複数回答)」「すぐ対応してくれる。」「常時医者がいるので問題ないと思います。」等の意見がありました。</p>				

21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	27	7	2	3
<p>「はい」の回答率は66.2%となっております。 ・自由意見として「はい。信頼できる。(複数回答)」「時々、利用者間でトラブルはあるが間に入ってくれる。」「そのような場面には遭遇したことが無いため分かりません。」等の意見がありました。</p>				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	30	5	2	2
<p>「はい」の回答率は78.7%となっております。 ・自由意見として「はい。そう思う。(複数回答)」「頼りになる。(信頼できる)」「職員一人ひとりによると思います。仕事と割り切っていらっしゃるのか利用者の気持ちなど気付かず余計な事はしないと見受けられる方もいれば優しく接して下さる方もいらっしゃいます。」等の意見がありました。</p>				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	30	6	0	3
<p>「はい」の回答率は76.4%となっております。 ・自由意見として「はい。そう思う。(複数回答)」「特に気にならない(複数回答)」「プライバシーはない。鍵は無いし。」「不明。」等の意見がありました。</p>				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	24	5	6	4
<p>「はい」の回答率は60.6%となっております。 ・自由意見として「はい。聞いてくれた。(複数回答)」「話し合う事もある。」「適格に契約を作成していただいている。」等の意見がありました。</p>				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	21	10	5	3
<p>「はい」の回答率は57.4%となっております。 ・自由意見として「分かりやすい。(複数回答)」「分かりにくい。(複数回答)」「十分説明してもらっている。」等の意見がありました。</p>				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	26	6	4	3
<p>「はい」の回答率は64.3%となっております。 ・自由意見として「はい。対応してくれる。(複数回答)」「聞いてくれる。(複数回答)」「丁寧に対応して頂いている。」「言えない時は意見箱を利用することもある。」等の意見がありました。</p>				
27. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	19	11	5	4
<p>「はい」の回答率は46.8%となっております。 ・自由意見として「以前から知っていた。(複数回答)」「分からない(複数回答)」「知っている。直接電話したことがある。」等の意見がありました。</p>				

利用者調査結果

実数の合計が有効回答者数と一致しない共通評価項目があります

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
4.【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	13	10	4	0
「はい」の回答率は53.2%となっております。 ・自由意見として「楽しい。特に不満はない。(複数回答)」「楽しくない。何もしていない。(複数回答)」「ほとんど寝ている。テレビを見る位。日常生活で精一杯。」「レクリエーションだけのため、何らかの作業(お仕事)を設け社会貢献させて欲しいです。」等の意見がありました。				

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
14.【施設入所支援】 食事の時間は楽しんでいるか	31	8	0	0
「はい」の回答率は80.5%となっております。 ・自由意見として「美味しい。(複数回答)」「何でも食べる。好き嫌いは無い。(複数回答)」「メニューは栄養等も良く考えてくれている。」「食事の時間は楽しいと思います。」「嫌いなものは代替メニュー出してもらっている。」等の意見がありました。				
15.【施設入所支援】 休日や夜間に、好きなことができるか	26	7	2	4
「はい」の回答率は59.7%となっております。 ・自由意見として「テレビを見ている。(複数回答)」「部屋で寝ている事が多い。(複数回答)」「好きな事やれたり満足してる。」「友達とボードゲーム。(複数回答)」等の意見がありました。				
16.【施設入所支援】 利用者の個別の要望や状況に応じた支援を受けているか	28	8	2	1
「はい」の回答率は72.7%となっております。 ・自由意見として「はい。そう思う。(複数回答)」「医療支援については完璧だと思います。」「今まで居たところから比べると一番いい。病院よりいい。」等の意見がありました。				
17.【施設入所支援】 職員が利用者の家族等に連絡をする場合、方法や内容等についてあらかじめ利用者の希望が聞かれているか	28	7	0	4
「はい」の回答率は51.5%となっております。 ・自由意見として「自分の携帯で電話している。(複数回答)」「利用者の希望ではない。」等の意見がありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	◎あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	◎あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	◎あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	◎あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	◎あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○非該当
	◎あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	◎あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当
	カテゴリ1の講評	
	事業所の理念・ビジョン、基本方針を職員に周知しています 事業所の理念・ビジョン及び基本方針を記載した毎年度の事業計画書は、職員全員に配布されます。事業計画書は、従来の園長及び診療所長による幹部会議を統廃合した課長会議、随時の職員会議及び新入職員研修等で確認しながら、短期的な運営の方向性が示されず、新入職員には、研修や職員会議等で説明されます。また、事業計画書は各フロアに置き、いつでも見られるようにしています。さらに、理念・方針は玄関に掲示され、加えて運営理念と基本目標はいつでも確認できるように名札や名刺の裏に記載されています。	
	経営層は自らの役割と責任のもとに職員に対して基本理念と実行課題を提示しています 法人の理念方針に基づき、施設が目指していることの実現に向けた事業計画の内容は、個人面接、職員会議、週の初めの朝礼等で確認されます。また、法人理事会を始め、施設の園長・診療所長・課長、及び各階層の役割は管理規程で明確にされています。各部署の重要課題や都度発生する課題等は、毎月の課長会議で確認検討され、解決策等の指示が出されます。決定事項は各職場の職場会議等で知らされる流れになっています。	
	経営層が意思決定した共有すべき重要な案件は関係者に周知されます 管理運営規定等にもとづき、課長会議の資料・議事録等は必要部署に回覧されます。それらの文書はデータベースソフトに保存され、掲示板形式で園内全職員が随時閲覧可能になっています。また、決定事項は朝礼や職員会議等で周知徹底される手順になっています。さらに、職員・利用者・家族との共有すべき案件は、必要に応じて利用者との園長懇談会や園報「こもれび」等で伝えられます。特に、新型コロナ対策および施設運営の民間移譲に関する情報は速やかに情報提供されています。	

2 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(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(●●●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
○あり ●なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	○非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当
カテゴリー2の講評		
<p>課題設定にあたり事業所を取り巻く環境の情報を多角的に把握し検討されています</p> <p>利用者満足度アンケートや給食アンケートなどで利用者の意向把握をはじめ、利用者代表に入ってもらい行事関係や防災等の委員会に意見を反映させています。一方、例年実施している施設見学会、地域のニーズを聞き取り、障害者団体との意見交換会などはコロナ禍のために中止されました。外部的課題については、全社協、東社協等の会議・連絡会等への参加し情報を得ています。さらに、職員からは、「面談」や「気づきメモ」で提案される意向を把握し、課長会議で検討されます。加えて今後は職員の提案や意向の分析と反映の工夫が望まれます。</p> <p>長期・短期計画のきめ細かな管理(計画・実施・評価・見直し)を今後に期待します</p> <p>収支の状況は四半期ごとに、予算の執行状況は毎月課長会議に報告されます。事業活動計画は、半期ごとに課長・係長会議で実情に合わせて見直しがおこなわれます。中長期事業計画は、新型コロナ禍で見通せないこと、及び令和4年4月から事業運営管理体が変わることから策定されていません。また、「事業所を取り巻く環境の情報把握・検討と課題の抽出」に関する項目での職員アンケートでは「そう思う(はい)」の回答は低く(一般職員は20~30%)、意識の低下がみられます。新組織での取り組みが期待されます。</p>		

3 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(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○非該当
サブカテゴリー2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 3/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●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
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●)
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
サブカテゴリー3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○非該当

評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(○○●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当

カテゴリ3の講評

職員として守るべき法・倫理・行動規範などを明確にし、遵守状況が確認されます
 全職員が守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などについて、職員倫理綱領および行動規範が制定され、周知されます。加えて、年2回の振り返りチェックシートで遵守状況を確認する仕組みが整備されています。さらに、利用者に対しては入所時に説明されるとともに、苦情解決受付委員の配置、投書箱等を設置して意見や苦情を収集して苦情処理体制を整えています。また、オンブズパーソンの来園時には、利用者との懇談がおこなわれます。

虐待に対し組織的な防止対策が講じられています
 虐待防止規定、虐待防止受付担当者および虐待防止委員会を設けています。虐待防止活動としては、毎月開催される虐待防止委員会での状況確認と対応を検討、年一回の全職員への研修、および虐待防止チェックリストによる状況調査が実施されます。一方、関係機関との連携しつつ対応する体制づくりが望まれます。

事業報告、ボランティアの受入れ、及び各種団体連絡会を通じて地域連携を図っています
 事業活動は、事業活動報告書の関係機関への配布、ホームページ、広報誌「こもれび」等で広報されます。また、地域交流・ボランティア委員会ではボランティア活動のパネルを作成しています。ボランティア活動のオリエンテーションでは、喜望園の歴史や利用者特性などを説明しボランティア保険への加入と個人情報誓約書の提出をしてもらいます。今年度のボランティア活動はコーヒーのデリバリーなど間接的活動が中心です。地域協働活動として、自立支援協議会、社会貢献事業協議会、地域の福祉連絡会及び社協の福祉団体の連絡会に参加しています。

カテゴリ4

4 リスクマネジメント

サブカテゴリ1(4-1)

リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5

評価項目1
事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる

評点(○○○○○)

評価	標準項目	
●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

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ4の講評		
<p>事業所としての喫緊のリスク課題に取り組んでいます</p> <p>事故報告やヒヤリハット報告は、課長会議で対策を検討されます。必要に応じて、感染症対策委員会、防災推進委員会などで検討されます。検討対策結果は課長会議で報告され職員へ伝達し、周知されます。また、ノロウイルス等の感染症対策についての研修は毎年行われます。昨年度に続き今年度も新型コロナウイルス感染症対策として、外出や面会の制限が最優先に行われました。また、利用者の安全・防犯対策として、室内外に防犯カメラが設置されています。</p> <p>リスクマネジメント体制の見直しが望まれます</p> <p>作成された事業継続計画(BCP)の見直し部門が不明確でしたが、昨年度その役割が業務刷新委員会へ移管されてBCPが更新されました。BCPは自然災害被災時や感染症発症時においてもサービス事業継続のための指針・手順として重要な位置づけです。最低限のサービス事業を継続させていく状況を想定した訓練、それに基づき定期的にBCPを見直す体制づくりが望まれます。加えて、BCPを含めて事業所全体のリスクマネジメント体制を統括する部門の定着化の検討を今後期待します。</p> <p>事業所の各種情報の一元管理と共有化への工夫がされています</p> <p>紙ベースの文書については、文書管理規定に基づき各職場で整理・保管し必要に応じ使用できるように管理されています。また、利用者の個人情報については同意書で利用者への個人情報の利用許諾を得ています。利用者の個別支援計画・支援経過記録始め園内の予定・業務記録は事業所内サーバーで一元管理されています。また、職員間情報共有の「データベースソフト」を構築し必要な人がいつでも閲覧できるようにしています。各パソコンごとにパスワードを設けて、情報の編集・修正担当者、及び業務記録やデータ入力などのアクセス権を限定しています。</p>		
カテゴリ5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(0●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	○非該当
○あり ●なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(●●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	○非該当
○あり ●なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	○非該当

評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(〇〇〇●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	○非該当
○あり ●なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
		3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-5の講評		
<p>事業所が目指している必要な人材の構成及び明確な育成計画が望まれます</p> <p>事業所は、有資格者の雇用に努めている一方、無資格者については採用後に資格取得の支援をしています。個人面談の際には希望する研修の聞き取りがされます。また、研修委員会では必要な外部研修への派遣を企画しています。今年度もコロナ禍のため研修はオンラインに切り替えるケースもありました。一方、外部研修への十分な取り組みの反面、現場職員自ら職場改善を目指す自主的な内部研修や改善活動の弱さが見られます。全体的かつ長期的な人材配置構想に基づいた人材育成・研修計画、加えて各職場の主体的な活動等、両面からの取り組みが望まれます。</p> <p>職員の働きがい及び職場の意識向上の取り組みへのもう一工夫を期待します</p> <p>職場改善の取り組みとして、「幹部職員と一般職員との個人面談等での職員意識の把握」を始め、改善意識向上のための「気づきメモ」、規範順守状況把握のための「振り返りチェックシート」、「標語」による「挨拶をきちんとできる」運動、「良い仕事してますねカード」による改善提案、「気づき・やる気・活気・本気」目指して「ほめる・認め合う」意識の向上に取り組んでいます。一方、職員アンケートの結果からは取り組みの改善効果は伺えません。これまでのトップダウン的改善策から現場提案を導き出すボトムアップ的取り組み等の工夫を期待します。</p>		

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

前年度課題の取り組み:2019年度に、新施設設計の基本案作成、国庫補助金の申請書類、およびコンサルタント導入による運営シミュレーションなどをおこなってきましたが、2022年4月から管理運営は新法人となることが2020年度決定したため、2021年度は引き継ぎ・移行が新たな課題となりました。新法人は、原則現状の清瀬喜望園の運営を継続するためその必要な資料などの準備、打ち合わせ、職員への説明をしてきました。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

課題抽出の根拠:2022年度以降は現法人による管理運営が終了します。その結果、2022年度以降当施設の運営管理は新しい別法人へ移行します。2021年度は、管理・人員・サービス業務をスムーズに引き継ぐための課題の抽出と対策作業が中心となります。2021年度は、上記理由により、新法人への引き継ぎ・移行準備が喫緊の課題となりました。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

* 課題抽出の根拠: 内部障害者だけでは経営的な課題も出てくるために、知的障害者を受け入れることにより経営・施設運営の安定化策が必要になりました。

* 活動方針: ①知的障害者の受け入れ開始と同時に支援の向上と人数増加につとめる。②全体の入園者の増加につとめる。

* 活動計画: ①知的障害者向けのプログラムの導入。②満床になるよう新規利用者の入園募集の推進。③知的障害者の支援に向けた勉強会を実施。

目標の設定と取り組み	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った<input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった<input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った<input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)<input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた<input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない<input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

* 取り組みの結果: ①2020年度は、入園者3名、退園者が2名で1名の増加。2019年度は、入園者7名、退園者は5名でした。2020年度も入園を進めていましたが、新型コロナ禍が影響したこともあり予定より入園者数は伸びませんでした。

* 次年度の課題: ①当施設の利用者の特徴として、医療的ケアが必要な方や呼吸機能障害の方がいるため、特に感染症対策には注視せざるを得ない状況にあり、感染症の動向をみつつ新規入園募集を進めていくこと。②知的障害の利用者は個別性が高い点を踏まえて、集団生活の中で支障が無い生活を送れるような対応力を高めていく支援スキルと体制づくりを進めていくこと。③内部障害者と知的障害者とは特性の違いもあるが、個別に対応する面と融合する面の両面に対応して行くことが必要になります。これらの課題に積極的に対応されることを期待します。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ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 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目
	●あり ○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
	○非該当	
	●あり ○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している
	○非該当	
	●あり ○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
	○非該当	
	●あり ○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
	○非該当	
サブカテゴリ1の講評		
<p>利用者が入手できる媒体で、分かりやすく事業所の情報を提供しています</p> <p>ホームページやパンフレット、年2回発行している広報誌「こもれび」により、利用希望者に施設の情報を提供しています。ホームページの更新と広報「こもれび」の発行は、広報・PR委員会が担当しています。広報「こもれび」には、利用者の活動の様子や、施設での取り組みが写真や文章で記載されています。パンフレットは、利用希望者が分かりやすいように、沿革・事業内容、運営理念・目標、利用基準・手続き、サービス内容を記載してあり、居室や浴室の他、食事や活動の写真が掲載してあり、分かりやすい内容になっています。</p> <p>事業所の情報を、行政や関係機関に提供しています</p> <p>年2回発行している広報誌「こもれび」は、利用者のご家族や、関係機関の他、都内の各病院、保健所等にも郵送しています。関係機関や病院には、入所の申込書も同封しています。また、広報誌「こもれび」は、近隣住民に施設や障害者支援への理解を深めていただき、喜望園の情報を提供するために、職員の手で各家に配布しています。広報誌「こもれび」には、施設施設の行事の写真や様子が分かりやすく掲載されており、新型コロナウィルス感染症対策の取り組みについても記載するとともに、入園の申し込み方法等の記載もあります。</p> <p>利用希望者の問い合わせや見学の要望があった場合は、個別に対応しています</p> <p>利用希望に関する電話の問い合わせには、随時対応しています。利用希望がある場合には、出来るだけ施設見学を勤めており、希望者の要望に合わせて日時の調整を行っています。</p>		

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
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		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>サービス開始時に利用者の支援に必要な情報を決められた書式に記録し、把握しています</p> <p>入所が決定した利用者に対しては、事前に家庭や病院、入所施設、通所施設等の入所前に実際に生活をしている場に赴きアセスメントを実施し、利用者及び家族の意向を聞いています。事前訪問調査は、介護職、看護師、相談員が複数で行い、その結果を事前訪問記録、生活状況確認書に記載し、報告会を開催して情報を共有化しています。申し込みから入所までの流れは、申し込み→生活状況確認書の提出→入所判定会議→訪問調査→事前訪問記録作成→施設での報告会となります。</p> <p>サービスの開始にあたり基本ルールや重要事項等を利用者の状況に応じて説明しています</p> <p>契約書、重要事項説明書については、分かりやすく説明し、同意を得ています。また、入所が決定した利用者には、「生活のしおり」を用いて、事業所での具体的な生活について、起床から消灯までの一日の流れ、食事のコースの説明、居室や荷物の管理について、居室清掃やリネン交換、洗濯や入浴等の身辺介助について説明し、意向を確認しています。また、外出や外泊、喫煙や飲酒等の基本ルールについて説明し、同意を得ています。行事や余暇活動、創作や生産活動、健康管理苦情解決の仕組みについても説明しています。</p> <p>サービスの開始時には、利用者の不安が軽減されるように支援しています</p> <p>「事前訪問記録」を元に会議を開催し利用者及び家族の意向を含めた情報を共有化し、支援の内容を確認しています。入所時には、診療所医師による面接を実施しています。入所後1週間は、利用者の不安やストレスが軽減されるように頻りに声をかけるとともに、看護師によるバイタルチェックや、看護師・介護職による食事摂取状況の確認を行い、健康面や精神面のきめ細かいサポートを行っています。1週間後にオリエンテーションを実施して、支援内容を確認しています。また、2週間を目安にカンファレンスを開催し、利用者状況を確認しています。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/10
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		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	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している	○非該当	
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	○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		
●あり ○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きみがある	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○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		
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当	
●あり ○なし	2. 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化している	○非該当	
サブカテゴリ-3の講評			
定められた手順に従ってアセスメントを行い、定期的に見直しています			
アセスメントは、事業所独自の個別支援計画アセスメントシートにより実施しています。利用者のニーズや課題は、個別支援計画書に記載しています。個別支援計画で作成した支援プログラムは、手続きやスケジュールなどを利用者本人と確認しながら進めています。モニタリングは、半年に一度を基本としていますが、利用者状況の変化等、緊急な場合には、その都度実施しています。モニタリングは、全部署の職員が記入できるようになっており、その結果をサービス管理責任者がモニタリング・計画修正表に記載した上で会議を実施しています。			
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している			
利用者の情報は、独自のデータベースによる日誌や記録入力システムで共有しています。共有サーバには、各種資料を保管してあり、閲覧できるようになっています。データベースにある利用者情報や日常記録には、利用者の日々の様子ばかりでなく、検査結果、診療所記録等の医療情報も含まれており、利用者の体調の変化を職員全体で把握できる仕組みになっています。利用者の個別支援計画に沿った支援内容とその結果利用者状況がどのように推移したのかについては、各職種がケース記録、業務日誌に記録し、施設長や課長が確認しています。			
申し送り・引き継ぎにより、利用者情報を共有化しています			
個別支援計画検討会議(モニタリング会議)には、全ての職種代表が参加し、個別支援計画書のモニタリング・計画修正表を作成することで、利用者情報の共有化を図っています。独自のデータベースには、利用者の日々の様子だけでなく、検査結果や診療所の診察記録等の医療情報も記載してあり、利用者の体調の変化等も全ての職員が把握できるようになっています。毎朝の職場ごとの業務連絡会の他、介護職は一日3回の勤務者交代時に申し送りを行っています。看護師は、勤務交代時に関わらず、随時情報共有を行っています。			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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)		○非該当
●あり ○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		○非該当
サブカテゴリ-5の講評			
<p>利用者のプライバシーの保護を徹底しています</p> <p>個人情報の提供に際しては、利用者本人または家族の同意書を得るシステムになっています。基本的に個人のは、自己管理としており、居室及び床頭台のカギは、原則利用者自己管理としています。郵便物は、各居室のドアに取り付けてある個別ポストに配達するようにしています。ポストに入らない小包等は、職員から利用者に直接手渡しをしています。書留郵便や役所からの手紙は、必ず直接手渡しとし、必要な説明を行っています。職員が利用者の居室に入室する際には、ノックして利用者の了解を得るようにしています。</p> <p>利用者の羞恥心に配慮した支援を行っています</p> <p>利用者の生活スペースは、男女別フロアにしています。夜勤体制は、男女1名ずつの介護職を配置し、可能な限り同性介助を行っています。介護職の他に、看護師も1名夜勤しており、必要な医療的なケアや介護を行っています。夜勤帯で、職員が仮眠・休憩中の場合には、異性介助になる場合もあります。プライバシーを尊重するため、居室は個室としています。</p> <p>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ます</p> <p>利用者の自己決定を尊重し、利用者本位のサービスを提供しています。基本的に全ての事柄について、利用者の意思を確認しています。また、利用者がいつでも意見が言えるように、正面玄関付近と各所のラウンジに「つぶやき箱」を設置しています。オンブズパーソン制度を導入し、3名のオンブズパーソンの方が、毎月1回来園し、利用者から直接聞き取りを行っています。「つぶやき箱」は、オンブズパーソンが来所時に開封して確認します。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
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(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>マニュアルによりサービスの基本状況や手順を明確にしています</p> <p>マニュアル等は、全職員が閲覧できるように共有サーバーに保管しています。マニュアルの見直しは、毎年1回、6月に業務刷新委員会を開催し、業務内容の点検、必要な見直しを行っています。日常的に業務内容の確認を行う場合は、マニュアルを閲覧することになっています。感染症の発生等の緊急時は、マニュアルを元に会議を開催し、対応の共有化を図っています。新型コロナ対策のために、コロナ専用のマニュアルを作成し、感染防止に努めました。</p> <p>サービスの向上を目指して、標準的な業務推進を見直しています</p> <p>毎月、サービス向上委員会を開催し、事業や業務の見直しを行い、サービスの向上に努めています。見直しに際しては、利用者懇談会や日常的な気づきで出された利用者や職員の意見をもとに検討しています。その他、日常的な業務について各部署ごとの朝夕の連絡会で協議しています。また、法律や制度の変更、事業形態の変更時には、随時見直しを行っています。さらに、業務の標準化のために、部署内の伝達研修を実施しています。昨年度は、毎年行ってきた外部講師による研修が、新型コロナの影響により実施できませんでした。</p> <p>サービスの見直し時には、利用者や職員からの意見や提案を反映しています</p> <p>利用者からの意見や提案は、「つぶやき箱」に投函された意見、オンブズパーソンとの面談での意見の他、日常的に聞きとっている意見や提案が、業務見直しに生かせるようにしています。また、職員の意見や提案は、毎月実施しているサービス向上委員会で確認している日常の気づきや利用者ニーズの掘り起こし、各種会議での検討事項が生かせるように工夫しています。また、サービス向上委員会では、業務振り返りシートを5月と11月の年2回実施し、職員個々の自己覚知をサポートしています。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		27 / 27	
1	評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている	評点(0000)	
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当
	●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当
	●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当
評価項目1の講評			
<p>個別の支援計画に基づいて支援を行っています 個別支援計画は、パソコンでいつでもアクセス・確認できるようになっています。個別支援計画に基づいた記録及びモニタリングが実施されており、個別支援計画に基づいた支援が出来ているかどうか確認しています。利用者の状況等に変化がある場合には、個別支援計画の改訂を行い、全体に周知した上で支援しています。</p> <p>利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションの取り方を工夫しています 耳の聞こえにくい利用者に対しては、職員による筆記や筆談でコミュニケーションをとっています。視力に障害がある利用者に対しては、口頭での補足説明を行っています。知的障害のある利用者に対しては、本人が理解できるように、イラストやひらがなで書いた書類を作成して提供したり、本人に分かりやすい質問を通じて、理解の度合いを確認しながらコミュニケーションをとっています。</p> <p>周囲の人との関係づくりについての支援を行っています 日中活動や生産活動等の場では、周囲との関係づくり等の支援を行っています。利用者同士のトラブルが発生した際には、職員が間に入り、解決に向けて話し合いをしています。知的障害のある利用者の増加に伴い、利用者間での知的障害への理解を進める必要があるため、意識して助言や仲介を行っています。</p>			

2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当

評価項目2の講評

自分に合った日中活動を行って過ごしています

利用者一人ひとりが自分に合った日中の過ごし方が選択できるように、生産活動、趣味的活動、創作的活動、リハビリ活動等のプログラムを用意しています。利用者の重度高齢化を進む中、各委員会への利用者代表の参加等は困難になってきました。重度高齢化に伴い、より一層一人ひとりの利用者が、無理のないような活動ができるように配慮しながら支援しています。コロナ禍の影響により大規模な行事は出来ませんでしたが、季節感のある施設内の行事等を行い、利用者の意向が反映できるようにしました。

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ます

利用者の居室は、利用者自身で清掃するのに加え、週1回の定期清掃を実施しています。特に、居室のベッド周り等の目につきにくいところは、丁寧に清掃しています。新型コロナウイルス感染症対策として、一日2回、10時と14時に、施設全体及び居室や会議室等の換気を1時間行っています。新型コロナウイルス等の感染症対策マニュアルを策定し、手指や機器の消毒を行い、衛生管理をしています。

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ます

利用者聴き取り調査では、8割以上が「食事が楽しみ」「食事がおいしい」と話しています。献立については、年2回の給食懇談会を実施したり、アンケートをとり、利用者の希望ができる限り反映できるように工夫しています。毎月、選択食を実施し、自分の好きな物を選ぶようにしています。例えば、豚肉のみそ焼きと豚肉のキムチ炒め、海苔巻きといなり寿司、クリームコロッケとホタテフライ等が選べるようになっています。行事食は、季節感のあるメニューが出されて、手作りのデザートも提供しています。

3 評価項目3 利用者が健康を維持できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○非該当
●あり ○なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	○非該当

評価項目3の講評

施設の医療体制と現在の利用者の現状について確認しています

施設内に常勤医師1名と看護師8名、薬剤師、臨床検査技師、レントゲン技師がそれぞれ1名配置された診療所を併設しています。看護師が夜勤業務に就き、24時間看護師体制があります。利用者の多くは、高齢化、重度化、障害の多様化により、一層医療的なケアが必要な状態になっています。診療所と看護師、介護職が連携して、与薬や排便コントロール、酸素管理等の利用者の健康管理にあたっています。

利用者の健康状態についての情報を共有化しています

利用者の健康状態については、毎日朝礼時に情報共有をしています。看護師間での夜勤者から日勤者への申し送りも行っていきます。新型コロナウイルス感染症対策で、毎日利用者の全員の検温及び体調確認を行っています。施設内に診療所があり、診療所からの利用者の健康状態に関する情報は、パソコンソフトで一元管理しており、いつでも確認できるようになっています。施設外への通院の場合には、家族や付き添い者から情報を収集しています。

利用者の健康管理のために安全な食事を提供し、服薬は看護師がチェックしています

利用者の食事摂取の状態に合わせて、きめ細かい食事形態に対応しています。利用者の嚥下状態に合わせて、ソフト食や嚥下食を提供するとともに、疾病に合わせた腎臓食、糖尿病食などを提供しています。献立表には、季節の食べ物の紹介や熱中症の予防、食中毒の予防などの他、食事摂取についての情報が分かりやすく書かれています。服薬は、施設内の薬局で一包化し、薬剤師がチェックした上で、看護師が配薬カートを使用して与薬を行っています。

4 評価項目4		利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている			○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている			○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている			○非該当
評価項目4の講評				
<p>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ます</p> <p>利用者と家族の関係性については、入園時や個別支援計画面談時にアセスメントを行い、利用者の意思を尊重した家族との調整を行っています。また、郵便物の発送や連絡をとる場合には、その都度確認しています。</p> <p>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ます</p> <p>入退院の状況や病状の変化等は、随時情報提供しています。特に、看取り支援の際には、利用者及び家族の希望に沿った終末期支援を行うため、綿密な情報提供をしています。日常生活の情報や施設の現況については、広報誌や年賀状の発送の際に、近況報告及び写真を同封する取り組みをしています。一部の利用者ご家族には、毎月日常生活の記録を送付しています。</p> <p>必要に応じて家族等から利用者支援に必要な情報を得ています</p> <p>入園時及び個別支援計画面談のアセスメントで、利用者支援に必要な基本的な情報を得ています。利用者本人からの聴き取り調査が困難な場合には、家族からより詳細に健康状態や生活の状況、嗜好などの必要な情報を得るようにしています。その他に、家族の来園時や電話等により、情報を得る場合もあります。</p>				
5 評価項目5		利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている			○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている			○非該当
評価項目5の講評				
<p>利用者が地域の情報を得られるような支援を行っています</p> <p>清瀬市の広報や社協だよりは、各種のイベント等の地域情報が載っていますので、各階ロビーに配布しており、自由に閲覧することができます。例年は、夕涼み会、文化祭、外出、食事会お花見等の地域との交流行事を行っていましたが、昨年度は新型コロナ対策のため中止せざるを得ませんでした。地域のイベントや行事等もほぼ中止になり、利用者へ提供できるような情報そのものがほとんどない状態でした。</p> <p>利用者が地域の社会資源を利用し多様な社会参加ができるように支援しています</p> <p>基本的には、外出外泊は自由であり、セニヤカー(電動三輪車)等も自由に使用できます。また、介助の必要な利用者は、毎月2回の付き添いボランティア等を利用したショッピングに行けるように支援しています。現在は、新型コロナウイルス感染症対策のため、外出やショッピングは中止していますが、今後の感染状況を見ながら、感染予防対策を行って再開していく予定にしています。</p>				

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

6 評価項目6		【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている		○非該当	
●あり ○なし		2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている		○非該当	
●あり ○なし		3. 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	
●あり ○なし		4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している		○非該当	
評価項目6の講評					
<p>一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動の支援を行っています</p> <p>創作的活動では、絵手紙や書道、手芸等の作品を作っています。利用者調査では、手芸の作品であるバッグやポーチを見せてくれる利用者が多数おり、手芸を楽しみにしているという声がありました。共同作品や大きな作品は、施設内に飾られ、施設に彩りを与えています。カラオケや映画鑑賞、囲碁や将棋等、多彩な内容の活動を行っています。カラオケでは、得意な歌を楽しんでいる様子がありました。生産活動ではチラシの封入を行い、午前1時間半、午後2時間半を作業時間としています。その他に理学療法士による個別プログラムによるリハビリがあります。</p> <p>自分でできることは自分で行えるよう働きかけています</p> <p>利用者の居室内の片付けや清掃は、利用者自身ができるように支援し、必要に応じて職員が行っています。利用者が清掃しにくいベッド周囲などは、職員が週一回清掃しています。食事はできるだけ自分で食べられるよう、食器や補助具を工夫しています。入浴は、自立して入れる利用者のための自立浴と、介助が必要な利用者のための介助浴があります。移動や更衣についても、自分でできることは自分で行うことをベースに、必要な支援を行っています。</p> <p>工賃の仕組みについて、利用者に公表し分かりやすく説明しています</p> <p>工賃は生産活動に参加した場合に支払われます。仕事の内容は、電球のバッキング、アルミ缶つぶしやチラシの封入です。10:00～11:30、13:00～15:30を作業時間とし、タイムカードで管理しています。時給100円で午前午後の1日を作業すると400円になります。毎月、給料日には作業時間と仕事内容を記載した明細書とともに、給料袋に現金を入れて手渡し受領印をもらっています。工賃の仕組みについては分かりやすく説明していますが、理解が難しい利用者の場合は、職員が個別に丁寧に説明し、必要に応じて給料を預かっています。</p>					

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

12	評価項目12 【施設入所支援】入所施設において、日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者が暮らしの幅を広げることができるよう、さまざまな体験の場を提供している	○非該当
	●あり ○なし	4. 日中サービス提供事業と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	5. 必要に応じて、地域移行に向けた、日中サービスや住まいの場についての情報提供や関係機関との調整を行っている	○非該当	
評価項目12の講評			
<p>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ます</p> <p>食事は、利用者の健康状態や嚥下状態に合わせた献立や形態で提供し、できるだけ自分自身で食べられるように食器や補助具を工夫しています。高齢化、重度化により、自力で食事摂取できる利用者も見守りが必要な方が増えています。入浴は、自立浴と介助浴があり、利用者状況に合わせて実施しています。排泄は自立している利用者であっても、服薬管理が必要なこともあり、排泄表で確認をしています。また、利用者状況に合わせてトイレ誘導やオムツを使用しています。洗腸や摘便等の医療的ケアは、看護師が実施しています。</p> <p>利用者の生活の幅が広がるように様々な体験の場を用意しています</p> <p>新型コロナウイルス感染症の影響により、地域のイベントへの参加や自由外出ができなくなりました。施設のイベントも、地域の人や家族を招いて解放的に行うことはできず、施設内で利用者と職員で小規模で行っています。利用者の買い物は職員が代行しています。コロナ禍では、施設内での行事や活動が中心となりますので、楽しい行事となるように様々な工夫をしています。感染の流行が落ち着き次第、感染防止対策を行いながら外出ができるようにしていきたいと考えています。</p> <p>利用者が安定した睡眠をとれるように支援しています</p> <p>夜間は、介護職2名と看護師1名の3名夜勤体制となっています。利用者が安定した睡眠がとれるように、夜間の見回り時には、呼吸器のチェックを行っています。夜間の安定した睡眠のためには日中にしっかり活動していることが必要なので、日中の活動に力を入れています。夜間に携帯電話を使用したり、テレビを見ている場合には、睡眠を促すような声をかけています。新しく入所した利用者や体調が不良な利用者の場合は、頻回に居室を訪問し、状態を確認しています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-1-3	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
タイトル①	福祉の専門家を育成するために介護福祉士の取得を進めています	
内容①	施設の利用者は、内部障害の方が多く、高齢化、重度化により、一層適切な介護や医療的ケアが必要な状況になっています。利用者の介護や医療的ケアを専門的に実施するために、職員が無資格の場合は、費用を施設負担として介護職員初任者研修や実務者研修を受講できるように支援しています。施設には、医療的ケア教員講習受講済みの看護師がおり、喀痰吸引3号研修の取得も進めています。今年度は、喀痰吸引3号研修3名、実務者研修2名の受講が決定しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-1-1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している
タイトル②	新法人への業務移行を円滑に進めています	
内容②	円滑に新法人への業務移行を進めるために、毎月2回の新法人との共同会議を実施しています。会議には、誰でも参加することができ、職員が自由に参加できるだけでなく、利用者が参加することもできるようになっています。現在は、設計についての会議が終了し、運営について話し合っています。利用者には、利用者向け説明会を開催し、新法人への移行による不安の軽減に努めています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-2	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
タイトル③	サービスの質の向上を目指して研修を実施しています	
内容③	内部障害の利用者の施設から、新たに知的障害の利用者の受け入れを行うようになったことで、知的障害者の理解や支援の専門性が必要になりました。施設では、知的障害者支援の専門家を招いて年2回の研修を実施しています。利用者の理解、特にコミュニケーションの取り難い利用者への対応について研修を重ねています。コミュニケーションのとり難さが虐待につながる可能性があると考え、虐待防止研修では、お互いに声を掛け合うことや、言い難いことや指摘しにくいことも言い合えるような風通しの良い職場作りを行うことが必要だと確認しました。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	事業所の運営業務に関する情報、各種マニュアル、及び介護情報等をデータベース化して全職員が閲覧できるようにしています
	内容	委員会・課長会・職場会議の案内や議事録、各種マニュアル、利用者の個別支援計画・支援経過記録、及び園内の予定・業務記録など、日常業務に必要な情報・データは、必要な人がいつでも閲覧できるように職員間情報共有の「データベースソフト」を構築して事業所内サーバで一元管理しています。また、各パソコンごとにパスワードの設定し、情報の編集・修正担当者、及び業務記録入力当事者のアクセス権を限定することにより、情報・データの適切性を確保しています。
2	タイトル	利用者の個々の状況に応じて、適切な食事を提供している
	内容	日々の食事は、利用者の楽しみであると同時に、健康保持や疾病予防のために欠かすことのできない大切なものであるとの認識に基づき、栄養管理と行事や季節感のある多彩なメニューを提供しています。新規入所者は、喫食状況を確認した上で栄養士が面接を実施し、今までの食生活や要望を聴き取り、嗜好カルテを作成しています。利用者状況に合わせて、基本の食事コースを7種類とし、その他にソフト職、ミキサー食、嚥下食、透析食等、きめ細かく対応しています。利用者アンケートでも、ほとんどの方が食事が美味しい、楽しみであると述べています。
3	タイトル	看取りに関する指針を策定し、看取りの具体的内容を提示した上で、同意書をとり援助しています
	内容	看取りに関する指針では、心身機能の障害や衰弱が著名で明らかに回復不可能な状態であり、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛を出来る限り緩和し、死に至るまでの期間、その人なりに充実して納得して生き抜くことができるように、全職員の協力により終末期の支援を心を込めて行うと示されています。その上で看取りの具体的支援内容を提示し、看取りの必要性が発生した場合には、医師が家族に丁寧に説明し、看取り計画書を作成して実施し、全職員が利用者及び家族の支えになる身体的・精神的支援を行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	職場改善や職員の意識向上への取り組みに継続的かつもう一步踏み込んだ取り組みが望まれます
	内容	職場改善の取り組みとして「気づきメモ」、「振り返りチェックシート」、「良い仕事してますねカード」など職員のアンケートや提案など職員の意識を高める仕組みを作り実施してきましたが期待した効果が見受けられません。気づき・やる気の意識を高めるためのほめる・認め合う職場づくりには現場の活気・本気度の向上が欠かせません。これまでの上位層主導のトップダウン的改善策から、ボトムアップ的な取り組み、例えば現場職員のメンバーを巻き込んだプロジェクトチーム主導による企画運営への転換等のトライアルを期待します。
2	タイトル	新たに入所してきた知的障害者支援支援の充実のために、コミュニケーション技術の向上のための研修の実施をが望まれます
	内容	「寄り添う介護」を目指し、何をする場合でも利用者の同意を得ることや利用者の意向を大切に、可能な限り利用者の希望に追った支援を行うことが定着しています。これは、意向や希望を言語化できる内部障害の方への支援の中で築いてきたものです。新たに入所してきた知的障害者への対応では、内部障害の方と知的障害の方との関係性の構築や知的障害者の方とのコミュニケーションに関する専門的な技術が必要となっています。知的障害者への理解やコミュニケーション技術の研修を開催し、職員がより一層専門性を高まることを期待します。
3	タイトル	現在実施している虐待防止や人権研修に加えて、各種ハラスメントの研修の実施が望まれます。
	内容	虐待防止啓発のための研修は、毎年実施されています。人権擁護を考えた場合、虐待防止に加えて、各種ハラスメントの研修の実施も必要だと思われます。パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント、マタニティハラスメント、モラルハラスメント等、昨今ハラスメント(嫌がらせ、いじめ)の定義が明確化しています。対人援助を行う福祉の現場では、非常に重要なテーマとなりますので、ハラスメント研修を実施し、職員一人ひとりがより一層人権擁護に関する理解が深まることを期待します。