

## 千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

### 1 評価機関

名称	特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7
評価実施期間	平成24年10月1日～平成24年12月26日

### 2 評価対象事業者

名称	社会福祉法人槇の実会 第2ひかり学園	種別：施設入所支援
代表者氏名	伊藤 哲夫	定員（利用者人数）：50名
所在地	千葉県香取郡多古町北中1269	TEL 0479-76-8866

### 3 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <p>利用者本位を迫及する職員の真摯な姿勢が優れている。平成24年度運営方針「一日一笑！毎日賑やか！」に表れるように職員は前向きに問題を捉え積極的に支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの特性に合わせた支援や取り組みは、食事や余暇活動などの「落着き」という結果に表れている。個別支援計画などの記録や情報共有の仕組みは構築されている。入所希望者は極力受け入れる方針で、自活支援にも力を注いでいる。法人もケアホームを準備するなど、法人の中で支えあう体制も整い、事業所の役割を存分に発揮している。</p> <p>◆ 特に改善を求められる点</p> <p>事業運営に必要な仕組みが構築され、職員の真摯な支援が利用者の生活を支えている。更なるサービスの質の向上を図るためには、職員一人ひとりの意見を汲み取り事業運営に反映させる仕組みを機能させる必要があると思われる。諸会議を活性化させるスキルの向上や、目標管理制度を機能させる仕組みなど、また、職員の更なる質の向上を図るために個人能力を可視化し、目標達成に向けた具体策を示すなど、職員が実際に動き出せる工夫があるとよいと思われる。</p>
---

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（受審事業者の意見）

<p>はじめに第三者評価の受審を客観的な視点で施設の様子、利用者の方の満足度、働く職員の意識等を評価していただきありがとうございます。より良い個別支援計画作成についてや職員会議の進め方の工夫など具体的にアドバイスいただき改善の方向性がわかりました。</p> <p>また、改善点ばかりでなく当事業所の良い面も評価していただき、職員の働く意識向上につながると幸いです。</p>
--

### 5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

<p>当法人は「一日一笑！、毎日賑やか！」の運営方針に基づき利用者、保護者、地域、職員といたった係る人すべてが楽しく生活できることを第一に考えています。第2ひかり学園では普段の活動の他、食事提供とボランティアを取り入れた余暇活動に力を入れています。利用者の方が持っている可能性をどう伸ばしていくか、楽しみを増やしていくかを考え外部の方からの指導を積極的にこれからも取り入れていきたいと思ひます。</p>
---

## 千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

### 6 分野別特記事項

#### 【施設共通項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
I 福祉サービスの 基本方針と組織	理念、方針、中長期計画、年度計画などが連動し、目標達成のための一連の仕組みが構築されている。重要課題の抽出や優先順位づけとその実行は、諸会議や委員会で職員参加型の運営体制が整っている。管理者は利用者本位、サービスの質の向上に意欲を持ち、人材育成や改善活動に積極的に努めている。職員の努力とその活動の結果は利用者の「笑顔や落ち着き」に表れている。更にサービスの質の向上を図るためには、全ての活動や意思決定の根拠や理由を共有し、職員の意向や考えを把握したうえで、適切なフィードバックで納得感を高めるとよいと思われる。
II 組織の運営管理	組織の運営管理体制や事業運営の効果的仕組みは構築されている。利用者の安心と安全を守る危機管理への取り組みは、想定リスクを洗い出し全てに対処できるように職員ハンドブック等に明文化している。支援活動計画や個別支援計画なども明文化され整理されている状態であり、改善活動（計画・実施・評価・改善：PDCAサイクル）が行われ、サービスの質の向上や問題解決等に効果を上げている。法人本部と連携した一貫性ある計画（目標設定）が適切で、職員が真摯に支援に努めている。更に質の向上を図るためには評価能力（現状把握能力や考課能力）の向上が効果的と思われる。日々の「行動の事実」の観察力とフィードバック力を習得することで、職員の内発的動機づけが可能となると思われる。
III 適切な福祉サービスの 実施	常に利用者本位を貫こうとする取り組みが優れている。それは他施設で受け入れ困難な場合でも、十分に話し合いできる限り受け入れるという姿勢にも現れている。日常の支援では記録と口頭による引き継ぎが確実に行われるよう取り組んでいる。その支援の視点は「できないこと」ではなく、「利用者の楽しみ」に置かれ、「一日一笑」の行動理念につながる個別支援計画の策定が実現している。更にサービスの質の向上を図るためには、サービスの見直しに職員主導の取り組みが増えることが必要と思われる。職員一人ひとりのレベルに合わせた意見表出の手段を見つけ、職員自らが参加している認識を持てることを期待する。

#### 【施設共通項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
IV サービスの内容	支援に必要な手順はマニュアルとして整備され、研修等で周知されている。さらに利用者一人ひとりの状態に応じたきめ細かい手順が示され、ムラや無駄の無い体制が整っている。その上で一人ひとりをよく観察し、言葉にならない思いも汲み取りながら利用者のペースで寄り添う支援を行い、利用者本位を実現している。自活支援の取り組みにも力を入れており、法人として整備されたケアホームへの地域移行が毎年実現している。更にサービスの質の向上を図るためには、現場に必要なスキルを可視化することも必要と思われる。職員一人ひとりに必要な知識と経験をはっきりさせ、指導者をつけることで、研修の重点項目も顕在化し、効率的な職員のレベルアップにつながると思われる。

福祉サービス第三者評価共通項目（施設系）の評価結果					評価結果
大項目	中項目	小項目	項目		
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念・基本方針の確立	1	①理念が明文化されている。	a
			2	②理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
		(2) 理念・基本方針の周知	3	①理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	a
			4	②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
	2 計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンの明確化	5	①中・長期計画を踏まえた事業計画が作成されている。	a
			6	①事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	a
		(3) 計画の適正な策定	7	①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協議する仕組みがある。	b
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者のリーダーシップ	8	①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。	b
			9	②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。	b
Ⅱ 組織の運営管理	1 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等への対応	10	①事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。	a
			11	②経営状況を分析して、改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理体制の整備	12	①施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	a
			13	②人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行っている。	a
			14	③職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	b
		(2) 職員の就業への配慮	15	①事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ（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。	b
			16	②福利厚生に積極的に取り組んでいる。	a
			17	①職員の教育・研修に関する基本方針が明示されている。	a
	(3) 職員の質の向上への体制整備	18	②定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	
		19	③実習生の育成について、積極的な取り組みを行っている。	a	
		20	①緊急時（事故、災害、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。	a	
	3 安全管理	(1) 利用者の安全確保	21	②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。	a
			22	①地域との交流・連携を図っている。	a
	4 地域との交流と連携	(1) 地域との適切な関係	23	②利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用している。	a
			24	③事業所が有する機能を地域に還元している。	a
			25	④関係機関等との連携が適切に行なわれている。	a
			26	①地域の福祉ニーズを把握している。	a
		(2) 地域福祉の向上	27	②地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a
			28	①施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっている。	a
	Ⅲ 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	(1) 利用者尊重の明示	29	②プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で行っている。
30				①利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a
(2) 利用者満足の向上			31	②利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
			32	①苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	a
(3) 利用者意見の表明			33	②寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。	a
			34	③利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a
2 サービスの質の確保		(1) サービスの質の向上への取り組み	35	①サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b
			36	②課題発見のための組織的な取り組みをしている。	b
			37	③常に改善すべき課題に取り組んでいる。	b
		(2) サービスの標準化	38	①職員の対応について、マニュアル等を作成している。	a
			39	②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。	a
(3) 実施サービスの記録		40	①利用者の日常の体調の変化を把握して、それを記録している。	a	
	41	②利用者の状態変化など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。	a		
3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の適切な開始	42	①施設利用に関する問合せや見学に対応している。	a	
		43	②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。	a	
4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者へのアセスメント	44	①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。	a	
		45	①一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	a	
	(2) 個別支援計画の策定	46	②個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	a	
		47	③個人情報保護に関する規定を公表している。	b	

## 項目別評価結果・評価コメント

事業者名 第2ひかり学園

評価基準		項目番号	評点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織				
I-1 理念・基本方針				
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。				
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	1		a	基本理念を事業計画やパンフレットに記載し更に第2ひかり学園のミッションを明文化している。一日一笑!毎日賑やか!を平成24年度事業計画の運営方針と基本計画に掲げ基本している。基本理念を分かりやすく浸透させるための工夫や事業所が目指す生活や支援を読み取ることができる。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	2		a	基本方針を事業計画等に具体的に明文化し、利用者や職員が共通認識できるようにしている。
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。				
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	3		a	第2ひかり学園のミッション「私たちは誰に対しても感謝の気持ちを持って挨拶ができる施設づくり」は日常の挨拶や行動に表れ、浸透しつつある。基本理念や基本方針については職員研修、職員会議等で行い周知徹底に努めている。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	4		a	保護者等には事業計画を配布し説明を行っている。来訪者が希望すれば事業計画や事業報告書を閲覧できる。第2ひかり学園の透明性のある事業運営は、ホームページや学園ニュースなどの内容及び日常の活動からも見受けられる。保護者の環境整備等の協力も具体的理念の具現化の一つと考えられる。
I-2 計画の策定				
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
I-2-(1)-① 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	5		a	理念、方針、中長期計画が連動し、一貫性を持って年度計画に反映している。係ごとの方針や計画も具体化し、職員一人ひとりの個別目標達成に係り園の目標達成に結びつく仕組みとなっている。
I-2-(2) 重要課題の明確化				
I-2-(2)-① 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	6		a	年度事業計画の冒頭「はじめに」には、事業計画骨子が明示され、そこで重点目標(課題)を明確化している。その課題解決のための施策に係ごとに明示し、会議等でもその取り組みや進捗を管理する仕組みとなっている。
I-2-(3) 計画が適切に策定されている。				
I-2-(3)-① 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合議する仕組みがある。	7		b	職員と幹部職員が合議する仕組みがあり、その結果が計画や組織運営に反映されている。しかしながら、一連の過程で職員の意見や考えが抽出できていない部分も見受けられた。会議や研修などの仕組みは優れているが、その仕組みを機能させるための準備や前提(ルールや意欲喚起)を構築する必要があると思われる。

評価基準		評点	コメント
I-3 管理者の責任とリーダーシップ			
I-3-(1) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(1)-① 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。	8	b	管理者は支援の質の向上と職員の成長や環境改善に意欲的に取り組んでいる。職員の階層別のアンケートを取り、支援や課題解決の優先順位などの考え方を把握している。正確な現状把握と課題解決の優先順位を明確化し、具体的に職員が納得感と公平感がもてる取り組み(職員主導の会議など)が求められる。
I-3-(1)-② 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。	9	b	作業効率の向上や業務改善は、短期的には職員に負担を強いることになると思われる。具体的に改善活動の結果の姿を明確化(指導力の発揮)することが求められる。職員の内発的動機づけに繋がる「目的と手段」を職員と共に策定(コミュニケーションの充実)し、計画的に実施されることを期待する。
II 組織の運営管理			
II-1 経営状況の把握			
II-1-(1) 経営環境の変化等への対応			
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	10	a	法人との連携により事業環境を把握すると共に、千葉県知的障害者福祉協議会などの研修会や行政の説明会に参加し情報収集している。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	11	a	法人経営層が各事業所のヒヤリハットまで全てを把握し、情報共有を事務定例会などで実施している。経営状況を現場からの情報と地域ニーズ、行政との連携、財務分析を含めて予測し、課題解決に取り組んでいる。
II-2 人材の確保・養成			
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
II-3-(1)-①施設の全職員が守るべき倫理を明文化している	12	a	福祉従事者として守るべき倫理綱領(財)日本知的障害者福祉協会)を事業計画や職員ハンドブックに掲載している。
II-2-(1)-②人事方針を策定し、これに基づく職員採用、人材育成を計画的・組織的にやっている。	13	a	平成24年度事業計画の総務課基本方針に記載され、適切な人員配置と時間内労働の増進や職員の募集予定等を明確化している。人事に関しては事務定例会議等で法人との連携により組織的に意思決定している。
II-2-(1)-③職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	14	b	年2回の人事考課と個別面談を実施しているが、人事考課の目的や効果及び評価基準や評価方法について、職員の理解が曖昧な部分が見受けられた。評価期間における評価対象である「行動の事実」を客観的に示し、改善事項の支援方法と共に評価結果をフィードバックすることが望まれる。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-(2)-①事業所の改善課題について、スタッフ(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。	15	b	職員の就業状況を把握し、状況に合わせて労働環境における改善策を職員と共に検討する機会がない部分も見受けられた。職員採用もしくは職員配置についての具体的施策などの共有により信頼関係を強固なものにし、実現可能性の高い適切な共通目的を示す必要があると思われる。
II-2-(2)-②福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	16	a	職員の希望を把握し希望休の取得やユニホームの支給、食費補助なども実施している。法人全体として福利厚生も充実も計画的に進めていく予定である。職員主体で懇親会、バレーボール大会やポーリング大会などを開催している。

評価基準		評点	コメント
II-2-2-(3) 職員の質の向上への体制整備			
II-2-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	17	a	事業計画に職員の求められる基本的姿勢や意識が明示され、ハンドブックに求められる人材像が示されている。資格取得の支援も積極的に実施している。
II-2-2-(3)-② 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	18	b	積極的に人材育成に取り組み、外部研修や法人合同研修にも力を注いでいる。しかし、職員一人ひとりのレベルに合わせた研修計画立案、実施、評価の改善活動にまでは至っていない。研修後の支援や業務にどのように研修が活かされているかの把握が不十分な部分も見受けられた。
II-2-2-(3)-③ 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	19	a	実習内容を計画的に学べるようにプログラムを整備し、実習期間は学校と連携を取りながら実習生を積極的に受け入れている。実習中に職員の支援、問題解決に至る取り組みをなど、さまざまな体験をするなかで、就職に至る実習生もいる。
II-3 安全管理			
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。			
II-3-(1)-① 緊急時(事故、災害、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。	20	a	職員ハンドブックに緊急時、感染症、防災マニュアルなど想定できる危機管理全てを網羅し、詳細な対応を記載している。危機管理委員会も毎月実施され安全対策、衛生対策についても検討し、防災訓練を毎月実施し職員の防災意識の向上や設備等の使用方法を周知している。必要不可欠な防災品を備蓄している。また、防災頭巾は必要な時にすぐ使用できるように、見えるところに準備している。
II-3-(1)-② 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。	21	a	ひやりはつと報告書の提出は目標管理シートにも週何枚提出したかの記載項目があり、その提出が義務付けられ、その分析が安全管理に効果を発揮している。危機管理委員会では危険な場所、時間、人、状態などを分析しリスクマネジメント等を研修や会議を通して実施している。
II-4 地域との交流と連携			
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-① 地域との交流・連携を図っている。	22	a	利用者が地域から温かく受けられるように地域住民との交流を大切にし、園の行事を案内したり、地域行事に参加したりと交流を深めている。学園の納涼祭(7月)、体育祭(10月)などの地域交流行事やあじさい祭り(6月)いきいきフェスタ(11月)、町民マラソン(1月)等に参加し、準備段階から利用者が参加するなど地域貢献も行っている。
II-4-(1)-② 利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用することを支援している。	23	a	施設内だけの生活ではなく、「地域で暮らす」をコンセプトに支援系の平成24年度の取り組みとして「地域と結びついた活動」を掲げている。雨天時のマラソン練習は町立体育館を使用したり、健康サロンで作業品の販売、施設行事でコミュニティプラザや町内小中学校のグラウンド等を利用している。
II-4-(1)-③ 事業所が有する機能を地域に還元している。	24	a	町内イベントのテント設営などの準備に利用者がボランティアとして参加している。その他公園清掃、里山保護、配食ボランティアなどの活動を行っている。学園ニュースの町内配布や回覧、情報発信、作業棟「縁」を地域に開放するなど、地域との共生を目指して活動している。
II-4-(1)-④ 関係機関との連携を図っている。	25	a	地域交流行事やボランティア参加を計画的に推進することで、行政や他施設、関連機関との交流や連携が密になってきている。中核地域支援センターとは地域福祉ニーズ検討会に参加している。社会福祉協議会や役場産業経済課と連携を取っている。

評価基準		評点	コメント
II-4-(2) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。			
II-4-(2)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	26	a	地域の福祉ニーズを関係機関との連携により把握し、具体的に実現可能性を持った計画を法人全体で検討、地域移行を推進する中で情報収集も行っている。
II-4-(2)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	27	a	日中一時支援と短期入所は地域の社会資源として活用してもらうなど、地域福祉ニーズに基づく活動を実施している。また、ケアホームなどを利用した地域移行を推進し、地域福祉ニーズと利用者ニーズにマッチした事業・活動を推進している。

## 項目別評価結果・評価コメント

事業者名 第2ひかり学園

評価基準		評点	コメント
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	項目番号		
Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
Ⅲ-1-1-1 ①施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっている	28	a	利用者のプライバシーを尊重することは職員ハンドブックの中に行動規範として取り上げており、プライバシー侵害にあたる12項目を具体的に示すなどして、実習生・ボランティアを含めた全職員に研修を行っている。
Ⅲ-1-1-1-2 プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で図っている。	29	a	プライバシー保護の考え方を徹底するために、毎週月曜日に人権ミーティングを開催している。「見直そうあなたの支援を」というテーマで日頃の支援を振り返り、さらに主任日報などの記述からも気になる点を指導するなどしている。
Ⅲ-1-2 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-2-1 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	30	a	利用者満足の上昇を目指す姿勢は事業計画で示している。利用者の自治会「皆の会」や家族による環境整備の日がそれぞれ月1回あり、意見を聞いている。
Ⅲ-1-2-2 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	31	a	出された意見は職員会議やミーティングで検討し改善することとしているが、居室環境など、すぐ改善できるものはその日のうちに解決するようにしている。
Ⅲ-1-3 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
Ⅲ-1-3-1 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	32	a	重要事項説明書の中に複数の苦情受付機関を明示し、入居時に説明している。電話・ファックス・メール・来訪でも相談は可能で、来訪時は個室で相談を受けることとしている。
Ⅲ-1-3-2 寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。	33	a	苦情解決システムは事業計画の中に明示している。苦情の検討内容や解決結果等は利用者や家族に伝え、個人情報等に配慮しながら「学園ニュース」という法人だよりで公表している。
Ⅲ-1-3-3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	34	a	管理者は何事も隠さない、何かあったらすぐ報告する、という姿勢を大切にしている。意見を受け取ったらすぐその場に対応することをモットーにしている。
Ⅲ-2 サービスの質の確保			
Ⅲ-2-1 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。			
Ⅲ-2-1-1 サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	35	b	人事考課は年2回行なわれているが、客観的な視野からの分析・検討は不十分など見られた。今回第三者評価を受審することで、定期的に評価を行なう体制を整備しようとしている。
Ⅲ-2-1-2 課題発見のための組織的な取り組みをしている。	36	b	職員の参加する部門会議では、現状をとらえ意見を出し合っているが、課題の分析は幹部職員が行っており、職員の積極的な参画を幹部職員は模索中である。職員のそれぞれのレベルで課題発見につなげる道筋を示し、組織としての取り組みになるよう期待したい。
Ⅲ-2-1-3 常に改善すべき課題に取り組んでいる。	37	b	職員も幹部職員もサービスの質の向上を目指しており、サービス内容の評価は職員会議や各部門会議で検討している。その中で、ヒヤリハットへの意識づけの強化など、具体的な取り組みを行なっている。しかし、幹部職員の提案を受け入れる形が多く、職員の意欲が形になりにくい現状である。「職員の参画のもと」での取り組みが望まれる。



評価基準		評点	コメント
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-① 職員の対応について、マニュアル等を作成している。	38	a	職員の対応については生活支援や接遇も含め職員ハンドブックに掲載されている。これを新人研修や日頃の支援振り返りに使用しており、時にはマニュアルの一部をコピーして渡し、注意喚起したりもしている。
Ⅲ-2-(2)-② 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。	39	a	定期的には、年度末に幹部職員がマニュアルの見直しを行なうことにしている。また必要に応じて、随時見直ししている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-① 利用者の日常の体調の変化を把握して、それを記録している。	40	a	検温表・排泄確認表・支援員日誌・夜勤日誌などに利用者の体調の記録をしている。支援員日誌・夜勤日誌はパソコンで個人支援経過とも連動し、利用者の情報共有ができる仕組みとなっている。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者の状態変化など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。	41	a	職員は出勤時にそれまでの記録に目を通してから業務につくことになっている。また、朝夕のミーティングでも利用者の状態変化や懸案事項を伝達し情報共有している。
Ⅲ-3 サービスの開始・継続			
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-① 施設利用に関する問合せや見学に対応している。	42	a	パンフレット・ホームページで問い合わせや見学の案内をしている。電話・ファックス・メール・来訪で対応しており、体験入所や短期入所の相談にも応じている。他施設や行政からの問い合わせもある。
Ⅲ-3-(1)-② 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。	43	a	入所により生活の拠点が変わるので、契約時には重要事項説明書等で、料金や施設での決まりごとなどの説明をしている。ホームページでも施設での生活や行事の写真などを多数掲載しており、利用者・家族の不安を解消できるよう十分な説明を心がけている。
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定			
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-① 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。	44	a	利用者の課題を的確に把握するために、アセスメントは重要と考えている。アセスメント用紙にはサービス場面ごとに本人の意見・希望を書く欄が作られており、利用者を主体とした支援計画を作る仕組みとなっている。
Ⅲ-4-(2) 個別支援計画の策定			
Ⅲ-4-(2)-① 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	45	a	看護師・栄養士等、関係職員の意見も取り入れ、個別支援計画を策定している。今年度から、できないことばかりを見るのではなく、利用者の楽しみに目を向けた支援計画を作ろうという取り組みを始めた。一日一笑の行動理念に連動するこの取り組みを高く評価したい。
Ⅲ-4-(2)-② 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	46	a	半年に1度個別支援計画を見直すことを基本とし、毎月開催するケース会議で評価を行い検証する仕組みとなっている。また、状態に変化があった場合は随時見直しを行っている。
Ⅲ-4-(3) 情報の管理			
Ⅲ-4-(3)-① 個人情報保護に関する規程を公表している。	47	b	運営規定・事業計画等にも法令遵守を明文化しており、職員への周知も様々な研修やミーティングで取り組んでいる。しかしながら、個人情報保護方針・利用目的は利用者・家族・関係者にも周知を図る必要があるため、パンフレット・ホームページ・重要事項説明書等に明示することが望まれる。