

## 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	千葉県千葉市中央区千葉港4-4千葉県労働者福祉センター5階
評価実施期間	平成22年3月12日， 平成22年3月17日

### 2 評価対象事業者

名 称	聖家族作業所	種別： 生活介護
代表者氏名	山岸 学	定員（利用者人数）： 35 名
所 在 地	千葉県旭市野中787-1	TEL 0479-60-0611

### 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>社会福祉法人ザリオの聖母会が運営する、生活介護(定員35名)・市町村日中一時支援(定員5名)の聖家族作業所は、開所して7年が経過し「共に生きる」を基調として、利用者に沿った活動を提供している。開設当初から比べると、定員が20名から35名となり、登録者は40名と増加の一途をたどっている。利用者個々のペースに合わせた温かみのある処遇を旨とし、利用申込み者を選ぶことなく、その人にあった活動を用意している。事業所での活動等を通じて、喜びや楽しみを感じてもらおう支援の仕方が、事業所の特徴となっている。</p> <p>特に改善が求められる点</p> <p>中・長期計画や重点目標に掲げた具体的計画を徐々に進めている状況である。特に知的障害者専用アセスメントシステムの導入を3年後に予定し、個別支援計画作成の仕組みやマニュアル作りなど、現状の方法からのシステム化を進めていきたいと考えている。しかしながら、予定通りに移行が進んでいない。これまでの個別支援計画に記載されている内容は、支援の現状とのギャップが見受けられる。現場においては、利用者個々の状態に即した支援を行っているが、計画的とは言い難く、記録面の不足も見受けられた。今後は、支援計画に基づいて実施したことの振り返りや、見直し内容を可視化すると、利用者・家族とのコミュニケーションや、職員のスキルアップなどとの相乗効果も生まれると思われる。利用者個々のペースに合わせた温かみのある処遇など、実際に行われている支援の根拠や事実を記録に残し、職員育成やコミュニケーションツールとして活用すると更に良いと思われる。</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>今回が、初めての第三者評価であったが、改めて聖家族作業所の現状を把握する事ができ、受審して良かったと感じている。改善が求められる点として挙げられた、個別支援計画の遅れ、記録面の不足等も、常々感じていた所ではあるが、なかなか進められていない。この第三者評価の中で、様々なヒントをいただく事が出来たので、現在の聖家族作業所の現状を踏まえ、現場の中に取り入れていきたい。</p>
---

### 5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

<p>聖家族作業所は、利用者個々の特性を個性とし、個々の生活リズムを大切に、少しでも楽しい時間を多く提供できるよう心掛けています。試行錯誤の毎日ですが、利用者の方に、「今日も聖家族作業所に行きたい」と思っていただけのように、職員一同日々努力してまいります。</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）
福祉サービスの基本方針と組織	<p><b>特に優れている点</b>                      法人の掲げる理念や基本方針を、冊子にして職員全員に配布している。外部に向けても、法人発行の広報誌やホームページなどで広く公表している。毎年、事業計画を策定し、基本方針、中・長期計画、年度計画を定め、各部門計画に反映させている。職員間のコミュニケーションも良好である。</p> <p><b>特に改善を求められる点</b>                      職員の意見を組み入れながら、合議によって重要な課題や方針を決定する仕組みができていない。意思決定（合議）会議、報告会議、意見交換など、目的を明確にした会議運営を行うことで、職員の意見をくみ上げることができると思われる。                      サービスの質の向上について、事業所だけでは解決が困難なものに対しては、法人本部や家族と連携して改善すると、効果があがると思われる。</p>
組織の運営管理	<p><b>特に優れている点</b>                      法令の改定、行政、地域との関係などの経営環境の変化、採用、教育、評価などの人事諸制度、安全管理など、経営全般にわたる課題は法人内で行われる経営会議で情報を共用し、討議している。                      人事制度も法人全体で整備されている。</p> <p><b>特に改善を求められる点</b>                      人事諸制度が、職員個々の計画的な能力開発や動機づけに結びついていない。職員一人ひとりの目標設定時における、管理者との十分なコミュニケーション、評価基準・方法の説明を行うことで、職員それぞれが、自身の期待される行動・役割を明確に理解し、目標達成へのモチベーションが、より一層高まると思われる。法人内外の研修制度は整備されているが、全職員が計画的に参加できるまでには至っていない。定期的に、研修参加やOJT（現場トレーニング）等、研修計画の評価、見直しを行うと、更に職員一人ひとりにあった能力開発ができると思われる。</p>
適切な福祉サービスの実施	<p><b>特に優れている点</b>                      利用者が日々の生活を安心・安全に過ごすための見守り、支援には特に気を配っている。利用者は、作業や食事の準備等、それぞれの役割を果たしながら、穏やかに楽しく日中を過ごしている。利用者、家族からの意見、相談については、連絡ノート等で速やかに返すことにしている。より適切なサービス実現のために毎年『福祉サービス共通基準自己評価』を行い、改善に役立てている。</p> <p><b>特に改善が求められる点</b>                      利用者一人ひとりの支援目標の明示と職員間での共有（常勤、非常勤含む）が不十分に見受けられる。個別支援計画を作成するシステムの見直しが事業計画で打ち出されており、これをきっかけに職員全体で、個別支援計画についての研修および実務双方に取り組んでいくことが期待される。</p>

【障害福祉項目】

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）
サービスの内容	<p><b>特に優れている点</b>                      利用者の健康管理には万全の注意体制を敷き、こまめなバイタルチェック、様子観察などを行っている。                      日中は、手芸、リサイクル、陶芸、木工など、さまざまな活動を提供し、利用者本人の希望に合わせて、活動支援を行っている。                      利用者個々のペースを尊重し、無理なく楽しく過ごせるよう、努めている。</p> <p><b>特に改善が求められる点</b>                      利用者、家族にとって日々をどのように過すかは最大の関心事である。事業所が提供している活動は、無理のない楽しいものではあるが、利用者個々の可能性の発見・伸長には結びついていない。利用者に創造性・主体性のある活動を提供していくため、事業所として以下の3点が望まれる。                      利用者一人ひとりの人生をも視野に入れた長期プラン、個別支援のマネジメントサイクル・イメージの提示                      個性を尊重した、より多様なサービスメニューの提示                      知的な面での刺激を含む教育・訓練の場提示。</p>

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		
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	理念が明文化されている。	A
			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	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	A
			4	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B
	2 計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンの明確化	5	中・長期計画を踏まえた事業計画が作成されている。	A
			6	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	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	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	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
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	事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。	A
			11	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	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	A
			13	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にしている。	B
			14	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	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。	A
			16	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	A
			17	職員の教育・研修に関する基本方針が明示されている。	A
			18	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
	(3) 職員の質の向上への体制整備	19	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	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	
		21	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	
	3 安全管理	(1) 利用者の安全確保	22	地域との交流・連携を図っている。	B
			23	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	事業所が有する機能を地域に還元している。	A
			25	関係機関等との連携が適切に行なわれている。	A
			26	地域の福祉ニーズを把握している。	A
			27	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	B
			28	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	B
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	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。	A
			30	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	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている	B
			32	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	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	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	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	課題発見のための組織的な取り組みをしている。	B
			37	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	職員の対応について、マニュアル等を作成している。	A
39			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。	B	
40			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	
3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の適切な開始	41	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	
		42	施設利用に関する問合せや見学に対応している。	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	43	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。	B	
		44	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。	C	
	(2) 個別支援計画の策定	45	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。	C	
		46	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。	C	
	(3) 情報の管理	47	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 **聖家族作業所** (生活介護)

評価基準		自己評価	評点	コメント
福祉サービスの基本方針と組織	項目番号			
- 1 理念・基本方針				
- 1 - ( 1 ) 理念、基本方針が確立されている。				
- 1 - ( 1 ) - 理念が明文化されている。	1	a 明文化、及び掲示がされている。	A	運営母体の社会福祉法人ロザリオの聖母会の基本理念を事業所の基本理念としている。ホームページには、法人の基本方針に基づいたサービス提供内容と事業所が大切にしていることを分かりやすく掲載している。
- 1 - ( 1 ) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	2	a 同上	A	運営母体の社会福祉法人ロザリオの聖母会の基本理念、倫理綱領、職員行動規範、福祉サービス共通基準を明らかにし、聖家族作業所の基本方針を事業計画等で明文化している。
- 1 - ( 2 ) 理念、基本方針が周知されている。				
- 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	3	a 法人の基本理念、倫理綱領等が記載されている冊子の配布が行われている。	A	法人の基本理念や倫理綱領等が記載されている小冊子が配布され、会議等で原理原則として周知している。
- 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	4	b 法人発行の広報誌等で周知は行っているが、どの程度認知されているかは確認していない。	B	事業所の方針や役割が、利用者・家族等に周知できていない部分が見受けられた。理念や基本方針が周知できていないと、事業所の役割や具体的なサービス内容と、利用者・家族等からの期待とのギャップが生まれてしまうこともある。今後は、広報紙等の紙面上やコミュニケーションの中で、理念・方針を確認していくことが求められる。

評価基準		自己評価	評点	コメント
- 2 計画の策定				
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
- 2 - (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 各年度の事業計画の中で策定している。	A	法人本部と連携して、中・長期計画を踏まえた年度の事業計画を策定している。事業所としての基本方針は、処遇、日中活動、利用者主体、家族との関係、地域支援、健康管理の側面から掲げている。部門別計画や班別活動計画も策定されている。
- 2 - (2) 重要課題の明確化				
- 2 - (2) - 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 事業計画において、重点目標を明示し、具体的対策を明確化している。	A	事業計画において、重点目標として具体的に明文化している。班別活動計画においては、重要項目ごとに行うべき行動を明示している。
- 2 - (3) 計画が適切に策定されている。				
- 2 - (3) - 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 処遇会議等の中で、検討しているが十分ではない。	B	処遇会議、運営会議を中心に、職員と幹部が共に参加する会議の仕組みがある。しかしながら、合議ではなく報告が多い。重要な課題や方針を決定するために合議する仕組みが求められる。意思決定(合議)、報告、意見交換など、目的を明確にした会議運営が必要と思われる。
- 3 管理者の責任とリーダーシップ				
- 3 - (1) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
- 3 - (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 意欲はあるが、指導力等十分ではない。	B	管理者は、利用者本位のサービスに意欲を持ち、熱心に支援を行っている。目標達成のため、職員一人ひとりに合った形で動機づけも行っている。しかし、事業所単独では困難な課題に対して、法人本部や家族と連携して改善するまでには至っていない。

聖家族作業所

調査票(共通項目・組織系)

評価基準		自己評価	評点	コメント
- 3 - ( 1 ) - 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 同上	B	管理者は、経営や業務の効率化に関して、法人本部と連携しながら進めている。今後は、法人の意向に、利用者、家族、職員、地域等、関係者の意見・要望を反映していくリーダーシップが求められる。
組織の運営管理				
- 1 経営状況の把握				
- 1 - ( 1 ) 経営環境の変化等への対応				
- 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 厚労省・県障害福祉課・県福祉協会からの情報等に留意し、環境把握に努めている。	A	法令遵守、行政との連携、地域ニーズなど、経営環境に関する情報収集および対応は、法人本部を中心に行われ、経営会議で情報共有・意見交換を行っている。
- 1 - ( 1 ) - 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 経営会議にて、法人本部と情報の共有を行い、適宜助言・指導が求められる環境が整っている。	A	事業所の経営状況は法人本部で把握しており、経営会議を通じて課題を共有している。職員の意見やサービスの質の状況等も、経営会議で管理者が報告する仕組みが出来ている。
- 2 人材の確保・養成				
- 2 - ( 1 ) 人事管理の体制が整備されている。				
- 3 - ( 1 ) - 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している	12	a 職員行動規範・就業規則にて明文化している。	A	職員が守るべき就業規則、倫理規定、行動規範は、法人全体で定めている。
- 2 - ( 1 ) - 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・組織的に行っている。	13	b 計画的・組織的に行っているが十分ではない。	B	法人本部が職員の採用方針・育成計画を策定し、組織的に行っている。しかしながら事業所では、人材の不足を感じている状況である。また、計画的な人材育成を、人事考課と連動させたいと考えているが、実現はしていない。

【第三者評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

聖家族作業所

調査票(共通項目・組織系)

評価基準		自己評価	評点	コメント
- 2 - ( 1 ) - 職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	14	b 事業所個々においては行われているが、法人全体で見ると十分ではない。	B	法人の評価基準、人事考課制度は、職員個々へのフィードバックを含め整備されている。しかし事業所単体で見ると、評価が計画的な能力開発や動機づけに結びついていない現状が見受けられる。管理者と職員のより一層のコミュニケーションにより、理解度を高めることが望まれる。
- 2 - ( 2 ) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
- 2 - ( 2 ) - 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	a 通常の業務の中で、また会議等において把握に努めている。	A	作業所会議、班会議、処遇会議、アシスタント会議など、改善課題を共有する機会は多くあり、通常の業務の中でも、職員間で意見交換がなされる日常的な習慣が見受けられた。
- 2 - ( 2 ) - 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	16	a 親睦会・職員寮・食費助成等、取り組んでいる。	A	親睦会・職員寮・食費助成等、法人の福利厚生制度を活用している。
- 2 - ( 3 ) 職員の質の向上への体制整備				
- 2 - ( 3 ) - 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 事業計画において明示している。また、法人内研修制度の活用を行っている。	A	職員の教育・研修に関する基本姿勢は、事業計画書、法人が発行する広報紙、ホームページや家族会、後援会などの配布資料で明示している。
- 2 - ( 3 ) - 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 復命書の提出の他、処遇会議の中で、研修報告を行っているが十分ではない。	B	研修計画には内外の研修を組入れている。復命書提出や処遇会議での報告により、研修効果をはかるようにしている。研修体系や内容についての評価・見直しは法人で行っており、事業所単独においてはあまり行っていない、現場トレーニングや内部勉強会の効果等、随時見直し、検討していくことが期待される。

聖家族作業所

調査票(共通項目・組織系)

評価基準		自己評価	評点	コメント
- 2 - ( 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	b 就職実習においては積極的に行っているが、その他の実習については積極的ではない。	A	法人として、実習生の受入れは積極的に行っている。事業所でも、就職に繋げることも視野に入れ、実習生を積極的に受入れたいと考えている。
- 3 安全管理				
- 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。				
- 3 - ( 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 法人安全対策委員会を中心に、防災訓練の実施、緊急連絡網の確認を行い、安全確保に努めている。	A	法人に安全対策委員会が設けられ、当事業所もメンバーになっている。避難、防災訓練は一般的な年2回より頻度高く、年3回行っている。
- 3 - ( 1 ) - 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	b 安全確保には努めているが、十分ではない。	A	利用者の安全確保のため、個別にリスクを把握、班活動計画や個別支援計画に記載し、情報共有している。リスク管理の評価は、処遇会議等で行っている。安心・安全は、継続的かつ安定的に提供していく大切なサービスであるため、法人本部との連携を密に、今後も丁寧に取り組んでいくことが求められる。
- 4 地域との交流と連携				
- 4 - ( 1 ) 地域との関係が適切に確保されている。				
- 4 - ( 1 ) - 地域との交流・連携を図っている。	22	b 交流・連携は行っているが、十分ではない。	B	事業所の木工班が休止する前は、地域の公園や駅に、利用者が作成したベンチの納入などを行っていた。平成22年4月から陶芸班も休止するため、地域に陶芸設備を解放する予定である。また4月から、利用者が牛乳パックで作ったリサイクル紙を、地域の保育園で使って貰う事を予定している。地域との交流・連携の機会増については、今後も検討していくことが望まれる。
- 4 - ( 1 ) - 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 班外出やクラブ活動において活用している。	A	地域のボウリング場、ファミリーレストラン、社会福祉協議会など、利用者のニーズに応じて、社会資源を活用している。

聖家族作業所

調査票(共通項目・組織系)

評価基準		自己評価	評点	コメント
- 4 - ( 1 ) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	24	a 陶芸教室の実施等、還元を行っている。	A	作業班が使用していた陶芸設備を地域に開放している。またイベント等で、事業所建物の解放なども行っている。休止した陶芸班がこれまでに作った茶碗や皿を、近隣の福祉施設に譲ることも検討している。
- 4 - ( 1 ) - 関係機関との連携を図っている。	25	a 必要な関係機関とは連携を図っている。	A	法人本部が主体となり、行政、内外の関係者、地域などとの連携を図っている。法人の経営会議を中心に、事業所としてのニーズや状況を提言し、関係各所と連携できるよう対処している。
- 4 - ( 2 ) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。				
- 4 - ( 2 ) - 地域の福祉ニーズを把握している。	26	b 利用者のニーズ把握が中心となっており、地域の福祉ニーズに対する把握は十分には行っていない。	A	地域の福祉ニーズを積極的に把握することまでは行っていないが、開所して7年が経ち、地域の声が入りやすくなってきている。法人本部が把握したニーズに、事業所として適切に対応することも行っている。
- 4 - ( 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	b 十分には行っていない。	B	木工班が作ったベンチを旭市内の公園のベンチに納品するなど、作業班の作品を、地域の福祉ニーズに結びつくよう活動している。しかし木工や陶芸が出来る利用者が減り、現在は休止している。地域と事業所双方のニーズが合致し、どちらにもよい効果が得られるような事業・活動の検討が望まれる。

【第三者評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティア研究所

項目別評価結果・評価コメント

事業者名 聖家族作業所 (生活介護)

評価基準	項目番号	自己評価	評点	コメント
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 - ( 1 ) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。				
- 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	b 会議の中で確認作業は行っているが、十分ではない。	B	日々の排泄や更衣に対して同性介助を行っており、個人の尊厳への配慮はなされている。しかし勉強会や研修となると、自己評価作成時にお互い確認し合っている程度で、十分に研修できているとは言いがたい。
- 1 - ( 1 ) - 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 個人情報の扱い等、職員間で確認を行っている。	A	社会福祉事業に携わる者としての姿勢や意識が見られ、掲示板に写真を載せる時等においても確認・了解を得ている。会議の中でもプライバシーの保護について確認し合っている。
- 1 - ( 2 ) 利用者満足の上昇に努めている。				
- 1 - ( 2 ) - 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 作業所会議・班会議において、利用者の要望等を把握している。	A	月1回行われる作業所会議・班会議において利用者が何をやりたいのか、希望しているのか意見を聞き取り、職員はその把握に努めている。
- 1 - ( 2 ) - 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	31	b 行っているが、十分ではない。。	B	その場その場で聞き取ったり、わかり得たことを職員同志の連絡ノートで共有し合って利用者の満足度につなげている。班会議等は利用者が構えてしまい、意見がなかなか引き出せない。引き出せる場を作っていかなければと考えているが開設当時よりも利用者の人数が増え、コミュニケーションのレベルもまちまちであり会議が有効に生かされていない。
- 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。				
- 1 - ( 3 ) - 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	32	a 法人として、苦情解決マニュアルが整備されている。	A	法人の窓口はいつでも開放されており、事業所の契約書・重要事項説明書の中でも明確に提示されている。

聖家族作業所

調査票(共通項目・サービス系)

評価基準		自己評価		評点	コメント
- 1 - ( 3 ) - 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	同上	A	苦情があればいつでも申し立てできるよう重要事項説明書に運営適正化委員会の連絡先が載っているが、もっと身近なところでは家族と事業所とでやりとりする連絡ノートがあり、これが十分に機能している。
- 1 - ( 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	迅速に対応している。	A	法人としてのマニュアルはあるが、家族と事業所でやりとりする日々の連絡ノートの活用が生かされている。また、送迎時に家族から直接申し送りを受けることもあるが、未だ苦情は受けたことはない。
- 2 サービスの質の確保					
- 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。					
- 2 - ( 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	自己評価等整備しているが、十分ではない。	B	年に1回職員全員で事業所の自己評価を行っているが、評価結果を分析・検討する場がうまく機能していない。今回第三者評価を初めて受審することにより、定期的に評価を行い機能する体制を作り上げていこうとしている。
- 2 - ( 1 ) - 課題発見のための組織的な取り組みをしている。	36	b	取り組みを行っているが、十分ではない。	B	課題が発見された時には職員間で話し合い現状を確認しているが、明確に文章化されているとは言いがたい。課題の共有化が不十分である。
- 2 - ( 1 ) - 常に改善すべき課題に取り組んでいる。	37	b	課題には取り組んでいるが、文書化・明示等、十分ではない。	B	評価結果の分析・検討に取り組んではいるものの、その仕組みがうまく機能していない。
- 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。					
- 2 - ( 2 ) - 職員の対応について、マニュアル等を作成している。	38	a	作成されている。	A	法人で共有している職員に対するマニュアルが整備されている。

聖家族作業所

調査票(共通項目・サービス系)

評価基準		自己評価	評点	コメント
- 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	b 見直しについては、不十分である。	B	サービスの標準的な実施方法について、定期的な見直しを行っていない。日常のサービスを一人ひとりにきめ細やかに対応して提供しているだけに、今後まず標準化されたマニュアル(実施方法)を定期的に見直し、そのうえで個別対応が実施されることが期待される。
- 2 - ( 3 ) サービス実施の記録が適切に行われている。				
- 2 - ( 3 ) - 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 連絡ノート・ケース記録に記載している。	A	ケース記録・連絡ノートを活用し、利用者の日々の体調、検温の結果を記録している。利用者に対してそれぞれ担当職員が配置されているので、一人ひとりわかりやすく記録されている。薬を服用している利用者が多いなか、家族が薬を持たせることをつい忘れても職員がいち早く気づき対処している。
- 2 - ( 3 ) - 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 支援日誌、連絡ノートを用いて、伝達している。	A	支援日誌は事業所全体の一日の流れがわかるような記録となっている。これに加えて職員間で情報共有するための連絡ノートが活用されており、必ず全員が目を通すことになっている。ここで明確になった課題等はその場その場で解決できるよう対処している。この情報の共有がケアカンファレンスの定期的な開催の糧になるとさらに良いと思われる。
- 3 サービスの開始・継続				
- 3 - ( 1 ) サービス提供の開始が適切に行われている。				
- 3 - ( 1 ) - 施設利用に関する問合せや見学に対応している。	42	a 随時、対応を行っている。	A	法人による全体の組織を紹介したホームページが公開され、事業所内では独自のパンフレットが用意されている。施設内の見学や問い合わせは随時行っている。
- 3 - ( 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。	43	a 重要事項説明書にて、同意を得ている。	B	サービスの開始時には重要事項説明書等で利用者及び家族に説明をしている。ただ、具体的な料金が載っていないため利用者や家族には補足的な資料があったほうがなおいっそうわかりやすいと思われる。また、利用者本人の能力にはバラつきがみられるため、平仮名等で記載された資料を用意しておくことも必要かと思われる。
- 4 サービス実施計画の策定				
- 4 - ( 1 ) 利用者のアセスメントが行われている。				
- 4 - ( 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	b 明示しているが、十分ではない。	C	サービス開始時には個別にアセスメントを実施し、利用者のニーズや課題を記録する努力はされているが、それが具体的に職員間で機能するまでには至っていない。フェイスシートやアセスメントシートは十分に揃っているため、これを機能する仕組みが期待される。

評価基準		自己評価	評点	コメント
- 4 - ( 2 ) 個別支援計画の策定				
- 4 - ( 2 ) - 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	b 策定を行っているが、十分ではない。	C	利用者の個別支援計画策定は行っているが、職員間で共有するまでには至っていない。職員全員が利用者一人ひとりのニーズを把握しているとは言いがたい。
- 4 - ( 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	b 実施をしているが、十分ではない。	C	利用者の個別支援計画は半年に1回見直しを行っているが、その手順を組織的に定めておらず、職員間で周知できるような仕組みにはなっていない。しかし平成21年度の重点目標のひとつに「個別支援計画書作成マニュアルを改訂し、策定手順の明確化を図る」と打ち立てており、その中で計画書の書式等も見直しを考えている。これからの取り組みが期待される。
- 4 - ( 3 ) 情報の管理				
- 4 - ( 3 ) - 個人情報保護に関する規程を公表している。	47	b 利用者には、直接説明を行っているが、ホームページ上では行っていない。	B	利用者や家族には直接説明を行っており、サービス利用契約書にも明記してあるが施設内での掲示がされていない。