

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

(障害者(児)施設・事業所)

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 29 年 7月 1日～平成 29年 11月 2日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	社会福祉法人 槇の実会 ひかりホーム しゃかいふくしほうじん まきのみかい ひかりほーむ		
所 在 地	〒289-2251 千葉県香取郡多古町北中1309-160		
交通手段	JR八日市場駅よりバス バス停「南中」 徒歩30分		
電 話	0479-76-5500	F A X	0479-76-5519
ホームページ	http://www.hikarigakuen.com		
経 営 法 人	社会福祉法人 槇の実会		
開設年月日	平成4年2月1日		
事業所番号	1223000017	指定年月日	平成24年4月1日
提供しているサービス	共同生活援助		

(2) サービス内容

サービス名	定員	内容
共同生活援助	24	共同生活援助。16時～9時（登園時間）、食事提供（夕食・朝食）、日常生活支援（掃除・洗濯・入浴等）、余暇支援（趣味や余暇を楽しむ、落ち着いた環境で過ごせるよう支援行う）6つのホームに男女別に分かれ、それぞれ4名が生活している。

(3) 職員（スタッフ）体制

職員	常勤職員	非常勤、その他	合計	備考
	10	3	13	管理者1、サービス管理責任者1
専門職員数		1	1	看護師

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	お住まいの区市町村又は、相談支援事業者にご相談してください。		
申請窓口開設時間	平日の午前9時00分から午後5時00分です。		
申請時注意事項	利用定員いっぱいの際は希望に添えない場合があります。		
相談窓口	ひかり学園アネックス（担当：宇井） 0479-76-5500		
苦情対応	窓口設置	受付担当者 成毛 綾子	
	第三者委員の設置	小川成義 様 0479-76-5940 高坂恭子 様 0479-76-4004	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

<p>サービス方針 (理念・基本方針)</p>	<p>理念：一日一笑 毎日賑やか 基本理念：「自分らしく」「のんびり」生活できるように入居者に自主性を大切にしたい支援に取り組む。暮らしは安心できる環境である。より良い暮らしの為に住環境に配慮し、生理的3要素である食事・排泄・睡眠の安定を目指す。共同生活の為にお互いの理解やそれぞれのプライバシーを尊重した生活が営まれるように支援する。又、地域の住人との交流も深められるよう積極的に支援等、利用者がこれまでに挑戦できなかった楽しみや、これからの生きがいにつながる事を支援者と共に長く楽しめる生活の充実を目指す。 ひかりホーム：地域との交流を深め、利用者さん一人一人のQOLの向上に努めていきたい。 外出を通し社会マナーを身につけ、地域で楽しく生活できるようにしていきたい。</p>
<p>特 徴</p>	<p>個人個人の要望を大切に、その人に合った空間作り。（個人個室） 食事面での健康管理。（栄養士考案の献立に沿った食事提供） 積極的に地域交流会、地域活動への参加。</p>
<p>利用（希望）者 へのPR</p>	<p>自然あふれた土地でのんびりとした生活が送れます。 近隣に同法人の日中作業所が3か所あり、日中はそちらで活動行う事が出来ます。 ホーム単位での外出、外食はもちろん、女性ホームではクッキングスクールも行っております。 全ホーム対象とし、動物（犬）と触れ合うイベントもあります。 要望がある時は個人の外出引率も行っております。 ホーム所在地区のイベントへの参加も、地域住人との交流を兼ねて行っております。 大自然、美味しいお米、都会では味わえないのんびりとした時間の流れのなかで、ゆっくと皆で協力し合い、生活を送ってみませんか？</p>

福祉サービス第三者評価総合コメント

評価機関名 特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

特に力を入れて取り組んでいること(評価の高い点)

ホームは地域での生活の場として存在している

同法人の入所施設からホームに入所した利用者が大半である。本人が自立した生活を望み、自己選択を行い入所に至っている。地域で自立した生活が送れるようにと法人はホームを設立しており、現在12カ所のホームが存在している。今後増設も念頭にいれており、法人理念「地域住民と交流を深め共生していくとともに、利用者の地域社会への移行を促進する。」を実践している。

日中活動事業所と連携を図り利用者の支援を行っている

ホームの利用者は日中活動支援事業所に通所している。利用者のニーズや課題で共有できる内容については職員間で共有して支援している。連絡ノートや健康管理を行うための排泄チェック票で情報交換を行っている。また、利用者の状況に変化が生じた場合やホームでの夜間の様子等はメールや口頭で伝え、利用者の情報の共有化を図り利用者を支えている。

利用者個々を尊重し自立に向け社会性を養えるよう努めている

1日のタイムスケジュールに合わせて行動できるよう、起床時間に起きることが難しい利用者は個別の手順書を作成し、一日の生活リズムが取れるよう支援している。また、日常の挨拶や電話の受け答え、服薬管理の練習等自立に向けた支援を行っている。ホームは共同生活の場であり、利用者同士がお互いを理解し合い、協調性を持って生活できるよう役割分担表やマナー、ルールを設けているホームもある。

さらに取り組みが望まれるところ(改善点)

日常の改善活動(PDCAサイクル)を機能させる取り組みが求められる

始業前、終業後のミーティングを実施し、振り返りチェック票などを活用しながら報告連絡事項やヒヤリハットを共有するなど、改善活動につなげる仕組みが構築できている。しかしながら、十分に振り返りシートの活用ができていない部分も見受けられた。計画的な個別の人材育成や組織運営に現場の意見を反映する取り組みも期待される。

事業計画の推進、事業所別マニュアルや職員ハンドブックの更なる活用が求められる

事業計画推進や安全と安心を守る仕組みが構築でき、利用者にとって望ましい生活の場を提供している。更なる提供サービスの質の向上のためには、職員一人ひとりが事業計画や事業所別マニュアルや職員ハンドブックの記載事項の実践が求められる。

計画的な環境整備が求められる

ホームが老朽化していたり、建物の構造上、職員及び利用者のプライバシー確保が難しい部分もある。生活しやすく働きやすい環境づくりなどについて計画的に検討し改善することを期待したい。

(評価を受けて、受審事業者の取組み)

指摘された改善点は全職員に周知し、職員の役割分担を明確にして今後取り組んでいきます。計画的な個別の人材育成や組織運営に現場の意見を反映する取り組みを実施します。

福祉サービス第三者評価項目の評価結果（障害者（児）施設・事業所）

大項目	中項目	小項目	項目	標準項目				
				■実施数	□未実施数 *非該当数			
I	福祉サービスの基本方針と組織運営	1 理念・基本方針	1 理念や基本方針が明文化されている。	3	0			
			2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	2	1			
			3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	3	0			
		2 計画の策定	中・長期的なビジョンの明確化	4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	3	1		
				5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	2	1		
				6 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話し合う仕組みがある。	2	1		
		3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者のリーダーシップ	7 理念の実現や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。	3	0		
				8 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。	1	2		
		4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	9 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	2	1		
				10 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	3	1		
			職員の就業への配慮	11 事業所の就業関係の改善課題について、職員（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。	1	2		
				12 福利厚生に積極的に取り組んでいる。	3	0		
			職員の質の向上への体制整備	13 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	2	2		
				14 定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	1	2		
		II	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	16 施設の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	4	2	
17 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4				0			
18 利用者満足の上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	3				1			
2 サービスの質の確保	サービスの質の向上への取り組み			19 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4	1		
				20 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。	2	0		
3 サービスの開始・継続	サービスの標準化			21 事業所業務のマニュアル等を作成し、また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。	4	0		
				22 施設利用に関する問合せや見学に対応している。	2	0		
4 個別支援計画の策定	サービス提供の適切な開始			23 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。	3	0		
				24 一人ひとりのニーズを把握して個別支援計画を策定している。	4	0		
				25 個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に行っている。	3	0		
				26 利用者の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。	3	0		
				5 実施サービスの質	個別支援計画の策定・見直し	27 【個別生活支援】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。	4	0
						28 【居住・入所支援】居住・入所施設において、日常生活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。	5	0
						29 【日中活動支援】利用者が自立した生活を地域で送ることができるよう、日常生活訓練や機能訓練や生活についての相談等の支援を行っている。	非該当	非該当
						30 【就労支援】就労に必要な知識の習得や能力向上のための訓練等を行い、就労の機会の提供を行っている。	非該当	非該当
6 安全管理	項目別実施サービスの質	31 利用者を尊重したコミュニケーション支援を行っている。	3	2				
		32 利用者の健康を維持するための支援を行っている。	4	0				
		33 利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。	3	0				
		34 預り金について、適切な管理体制が整備されている。	1	4				
		35 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。	3	0				
		36 事故などの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。	2	1				
7 地域との交流と連携	地域との適切な関係	37 緊急時（非常災害発生時など）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。	4	2				
		38 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	1	3				
計				99	33			

項目別評価コメント

標準項目 整備や実行が記録等で確認できる。 確認できない。 *非該当（提供していないサービス）

項目	標準項目
1 理念や基本方針が明文化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に明文化されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。
<p>(評価コメント) 理念、基本方針は事業計画、職員ハンドブック、パンフレット、事業に掲示、ホームページなどに明文化している。法人の使命、目指すべき方向性に沿った形で明確化している。その内容は法の趣旨、人権擁護、自立支援、利用者本位に「一人でも」「ゆったり」「のんびり」「自分らしく」生活できるよう入居者の自主性を大切にしている。</p>	
2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 □ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。
<p>(評価コメント) 事業計画、職員ハンドブック、事業所別支援マニュアル等に理念や関連重要事項を記載し、全職員に配布している。職員研修等においても事業計画、職員ハンドブック、事業所別支援マニュアル等を活用して実施している。今後は、理念、方針の実践を日常の中で振り返り、職員一人ひとりが自ら改善する組織体質の構築が求められる。</p>	
3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 ■ 理念・方針を利用者や家族会等で分かり易く説明し、話し合いをしている。 ■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。
<p>(評価コメント) 利用者の特性に合った適切な対応を検討し、理解しやすいコミュニケーション方法を選択している。利用者が運営する自治会「ひまわりの会」では、利用者が中心の生活面などを日中活動支援と協力しながら理念、基本方針に沿って活動できるようにしている。また、理念、基本方針を記載した事業計画を毎年家族に配布している。</p>	
4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会福祉事業の全体や地域動向について、具体的に把握している。 ■ 事業計画には、環境把握に基づく中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 □ 事業計画は、実行可能かどうか、具体的に計画することによって実施状況の評価を行える配慮がなされている。 ■ 事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。
<p>(評価コメント) 経営層によつて的確に事業環境分析が行われ長期計画「楨の実プロジェクト10」策定し、利用者、家族、職員、地域、関係機関に楨の実会が社会に対しどのような責任を持ち、貢献していくのかを明確にし、共有を図っている。その上で中長期計画を立案、事業計画が作成されている。なお、実施状況の評価においては、できていない部分が見受けられた。</p>	
5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 □ 現状の反省から重要課題が明確にされている
<p>(評価コメント) 適切な事業環境分析から、法人の重要課題と事業所の重点目標などを明確化し、具体的な行動計画に落とし込んだ事業計画になっている。</p>	
6 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話し合う仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■ 年度終了時ではもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 □ 方針や計画、課題の決定過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。
<p>(評価コメント) 各種会議、委員会、職員ミーティングなど、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。また事業計画や状況確認なども行われ、事業評価、人事考課、モニタリング等が定期的に行われている。日常の中で申し送り、日中活動の振り返り、予定の確認などの報連相(報告・連絡・相談)が行われているが、課題、方針等の決定に至る過程が職員に周知できていない部分もあると思われる、改善が求められる。</p>	
7 理念の実現や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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■ 運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。
<p>(評価コメント) 管理者は福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、課題解決に積極的に取り組んでいる。しかしながら、役割や業務量が多く事業計画で掲げた取り組みで「グループホームの5S点検」等、実施できていない部分も見受けられる。支援マニュアル、職員ハンドブックに記載されている法人が「当たり前」として示している「基準」への取り組みに指導力を発揮することが期待される。</p>	

8	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 □ 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 □ 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制(改善委員会など)を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。
(評価コメント) 事業所には5か所のホームがあるが、事業拡大に伴いニーズが多様化しており、医療的支援を受け、安心して生活できる場所としての役割が増している。ホームによっては職員の労働環境の整備が必要な部分もあると思われる。また、経営層が現場の詳細まで把握できていない部分もあり、業務の効率化や改善に取り組めていない状況が見受けられた。		
9	全職員が守るべき倫理を明文化している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 倫理規程があり、職員に配布されている。 ■ 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 □ 倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。
(評価コメント) 職員ハンドブック第1編 基本理念と行動規範、倫理綱領、支援の基本方針とその姿勢、具体的な行動規範のポイントが記載されており、全職員に配布し、研修等で周知を図っている。現場の取り組みを把握する仕組みはあるが、評価、改善する部分において更なる取り組みが求められる。		
10	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 人事方針が明文化されている。 ■ 職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■ 評価基準や評価方法を職員に明示し、評価の客観性や透明性の確保が図られている。 □ 評価の結果について、職員に対して説明責任を果たしている。
(評価コメント) 福祉人材の基本姿勢として人事方針を策定している。①トータルな人材マネジメントの推進②人材確保に向けた取り組み強化③人材の定着に向けた取り組み強化④人材の育成、そして人材確保については福祉人材確保対策5カ年計画を策定している。職員評価については年1回の人事考課制度を導入している。職員の日常的な振り返りを、自己評価から自己開示(自己浄化、自己明確化、福祉専門性評価)につなげることも期待される。		
11	事業所の就業関係の改善課題について、職員(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。	<ul style="list-style-type: none"> □ 担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている □ 把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
(評価コメント) 各種会議や職員ミーティング、毎日の申し送り、支援日誌、振り返りシート等の記録、巡回電話、理事長行の目安箱などにより現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みは構築できている。しかし把握した問題に対して具体的な改善活動が実施できていない部分が見受けられた。		
12	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 ■ 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。 ■ 育児休暇やリフレッシュ休暇等の取得を励行している。
(評価コメント) 心の健康づくり計画で職員のメンタルヘルスに関する衛生委員会を設置し手織り、年に1回のストレスチェックを行い、事後措置として提携産業医に診てもらえる可能になっている。産前産後休暇、育児休暇制度の取得、事業所内保育施設での子育て支援、事業所近隣での家賃補助なども実施している。		
13	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■ 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 □ 個別育成計画・目標を明確にしている。 □ OJTの仕組みを明確にしている。
(評価コメント) 職務職責に応じた人材育成制度、個別研修計画および教育システムづくりを目指し、キャリアパス制度の導入を計画している。中堅職員の育成、指導職員の資質向上、組織における信頼関係の構築を目指し、内部研修や外部研修にも積極的に取り組んでいる。しかしながらグループホームの職員(世話人)の就労形態もあり、計画通りに進んでいない状況が見受けられた。		
14	定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画を立て実施している。 □ 常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する個別研修を立て実施している。 □ 事業所全体として個別の研修計画の評価・見直しを実施している。
(評価コメント) 個別の研修計画とその実践は、新任職員のチュータリング制度は個別性が高く実施されているが、グループホームの職員(世話人)を対象とした人事考課制度を活用した目標管理等も定期的に実施されていない部分もあった。		

15	職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針や目標の共有化のため会議等の場で実践面の確認等を行い、職員の理解を深めている。 □ 職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場づくりをしている。 ■ 研修等により知識・技術の向上を図り、職員の意欲や自信を育てている。 □ 職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 □ 評価が公平に出来るように工夫をしている。
(評価コメント) 職員の働きがいや働きやすい環境の推進、改善が計画通り進んでいない状況が見受けられた。職員(世話人)の成長を促す取り組みや信頼関係構築のための具体的な取り組みを実施することが求められる。そのためにも「期待される人材像」や評価基準の周知徹底と適正評価と改善が求められる。		
16	全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 憲法、障害者基本法、障害者権利条約等の基本的な考え方を研修をしている。 ■ 日常の支援では、個人の意思を尊重し、一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援をしている。 □ 職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■ 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 □ 日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
(評価コメント) 法人使命、経営原則に示されているように人権の尊重の徹底を図っている。更なる成長のために職員が相互に振り返り、組織として具体的に改善活動に取り組むことが期待される。またグループホームの構造上の問題でもあるが、プライバシーに配慮した支援が求められる。		
17	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■ 個人情報の利用目的を明示している。 ■ 利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■ 職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。
(評価コメント) 毎年契約を新たに更新する方法をとり、丁寧に個人情報保護についての説明を行って、同意を得ている。職員(非常勤、臨時、ボランティア等業務にかかわる全ての者)が業務上知り得た利用者及びその家族の情報を、日々の業務後あるいは退職後においても外部に漏らすことが無いよう就業規則に明記している。その他法人が定めるプライバシーポリシーに従い管理している。		
18	利用者満足向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 □ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■ 利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■ 利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。
(評価コメント) ホームは日中活動を利用している利用者の意見、要望について利用者主体の自治会「ひまわりの会」で聞いており、職員は地域会議で内容について共有している。ひまわりの会の会議録は事務所にて保管しており、いつでも閲覧可能になっている。その他にも、利用者はホームの世話人に相談したり要望を伝えている。家族からの要望や意見は年2回の保護者会や年1回の面談時に聞く機会を設けている。		
19	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■ 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■ 相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■ 事後処理に関しては、当該利用者又はその家族等に対して説明し納得を得ている。 □ 第三者の訪問による権利擁護(オンブズパーソン)制度を整備している。
(評価コメント) 相談・苦情窓口は重要事項説明書に明記し、ひかり学園全体として月2回受付日を設け対応している。ホーム玄関に受付対応責任者や第三者委員の氏名・写真・電話番号が記載された苦情受付ポスターを掲示している。苦情、相談対応については、苦情解決委員会で対応策を検討し、本人や家族等に結果を伝えている。また、苦情内容については、対応も含め保護者に配布している事業報告に記載している。		
20	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■ 事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。
(評価コメント) 朝、夕のミーティングや全体会議で利用者に対するサービス内容について話し合う場を設けている。夕方のミーティングでは世話人や医務、総務、栄養士が参加し、多職種間で情報を共有し利用者のサービス内容の向上に向けて話し合っている。また、月1回の世話人会議や年2回のモニタリング時の会議で検討している。また、毎日提出する職員振り返りチェック票にヒヤリハットの記載欄を設け、サービスの改善すべき課題の発見や見直しを行っている。		

21	事業所業務のマニュアル等を作成し、また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。	<ul style="list-style-type: none"> ■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的実施している。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。
(評価コメント) 入職時に配布する「職員ハンドブック」に業務マニュアルが添付されており、年1回見直しを行っている。その他に事業所別支援マニュアルを作成しており、各ホーム独自のマニュアルや個別支援手順書が整備されている。新人育成は同じ職場の先輩職員によるチューター制度を導入し、3か月間指導している。		
22	利用に関する問合せや見学に対応している。	<ul style="list-style-type: none"> ■問合せ及び見学への対応について、パンフレット、ホームページ等に明記している。 ■問合せ及び見学の要望に対応し、個別利用者のニーズに応じた説明をしている。
(評価コメント) 利用に関する問い合わせや見学の対応はパンフレットやホームページに記載している。問い合わせや見学の窓口は障がい者支援センターや法人本部が窓口となり行っている。電話による問い合わせは管理者が対応している。		
23	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容や重要事項説明書等は、分かりやすい資料となるように工夫している。 ■サービス提供内容、日常生活の決まりごと、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。
(評価コメント) ホームとして5か所グループホームがあり、各ホームごとに契約書及び重要事項説明書が整備されている。重要事項説明書で支援内容や料金、ホーム内の決まり事等を利用者・家族に説明している。サービス管理責任者は利用者に分かりやすく口頭で説明を行い、本人・家族から内容について同意を得ている。家族の同席がない場合は内容を細かく区切って説明し、本人の同意を得てから次の説明を行う等時間をかけて説明している。		
24	一人ひとりのニーズを把握して個別支援計画を策定している。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者及びその家族の意向、利用者の心身状況、入所前の生活状況等を定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該個別支援計画に係る職員が連携し、多角的な視点より計画が検討されている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。
(評価コメント) フェイスシートやアセスメントを基に利用者、家族の要望や希望を聞いたうえで、利用者のニーズや課題を明確にし個別支援計画を策定している。個別支援計画は日中活動サービス事業所や医務、栄養士と連携を図り、ニーズや課題解決に向けた支援に取り組んでいる。また、個別支援計画は利用者、家族に説明し同意を得ている。		
25	個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的実施している。	<ul style="list-style-type: none"> ■当該個別支援計画の見直しの時期を明示している。 ■見直しはサービス提供に係わる職員全員の意見を参考にしている。 ■容態の急変など緊急見直し時の手順を明示している。
(評価コメント) 個別支援計画の見直しは6か月に1回、モニタリングは年に2回実施している。ホームは利用者の担当職員を決めており、担当者の意見や医務、栄養士の意見を取り入れ、利用者、サービス管理責任者、世話人で支援会議を開催し見直しを行っている。自分の計画のモニタリング時期をきちんと把握している利用者もいる。		
26	利用者の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。	<ul style="list-style-type: none"> ■計画の内容や個人の記録を、支援を担当するすべての職員が共有し活用している。 ■個別支援計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。 ■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している。
(評価コメント) 夕方のミーティングで職員、世話人、医務、総務、栄養士等の多職種の職員が参加し、申し送りや引継ぎ、日中活動事業所での様子や利用者に変化があった場合の情報を共有している。また、月1回全体会議を開催し、利用者に関する情報の共有化を図っている。職員はホームの日誌を必ず出勤時に目を通すようになっている。		
27	【個別生活支援】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。	<ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画に従って利用者の主体性を尊重した生活支援を行っている。 ■重度の障害者に利用者の主導による個別の包括的・継続的な生活支援を行っている。 ■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。 ■身体介護、家事支援、移動支援等は、利用者の状況やペースに合わせて行っている。
(評価コメント) 個別支援計画に基づいた利用者主体の支援を行っている。各ホーム独自のマニュアルが整備され、利用者が不穏になった時の対応や入浴の順番、食事のご飯の量等利用者個々の対応や手順が明記され、利用者の状況に合わせた支援に努めている。		

28	<p>【居住・入所支援】 居住・入所施設において、日常生活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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 利用者が安定した睡眠をとる事が出来るよう支援を行っている。 ■ 生活環境の整備をしている。 ■ 利用者が暮らしの幅を広げることができるよう、様々な体験の場を提供している。 ■ 日中サービス事業者と連携し、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている。
<p>(評価コメント) 買い物や外食、カラオケ等世話人とともに出かけたり、クッキングスクールで菓子を焼く等、暮らしの幅を広げることができるよう支援している。また、生活スペースの充実を図り、居室の様様替えを実施したホームもある。利用者の居室は個室が大半でプライベートの空間が保たれているが、世話人と相部屋のホームもあり、生活環境の整備が必要と思われる。</p>		
29	<p>【日中活動支援】 利用者が自立した生活を地域で送ることができるよう、日常生活訓練や機能訓練や生活についての相談等の支援を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域で安定した生活をする事ができるよう、継続して相談等の支援や関係機関との調整を行っている。 □ 利用者が意欲的に目標とする力を身につけることができるよう工夫している。 □ 利用者が趣味や創作活動等を通じて社会参加活動が出来るよう取り組んでいる。 □ 自立した生活に向けて、利用者一人ひとりに応じた日常生活訓練や機能訓練を行っている。
<p>(評価コメント)</p>		
30	<p>【就労支援】 就労に必要な知識の習得や能力向上のための訓練等を行い、就労の機会の提供を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 利用者が自発的に働く意欲を持てるような取り組みを行っている。 □ 生活リズムや社会人としてのマナーの習得等の支援を行っている。 □ 職場見学や実習等、職場にふれる機会を取り入れた支援を行っている。 □ 働くうえで必要な知識の習得及び能力向上のための支援を行っている。 □ 賃金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。 □ 商品開発、販路拡大、設備投資等賃金アップの取り組みを行っている。
<p>(評価コメント)</p>		
31	<p>利用者を尊重したコミュニケーション支援を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。 ■ 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じてその人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心がけている。 ■ 意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。(コミュニケーション機器の用意を含む) □ 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。 □ 必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。
<p>(評価コメント) 利用者と個別に話す機会を設け、利用者に向き合い気持ちを汲み取っている。また、利用者の表情や二者択一を行い選んでもらう等、利用者個々のサインを受け止めコミュニケーションをとっている。</p>		
32	<p>利用者の健康を維持するための支援を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 健康維持のための、体調変化時の対応、服薬管理、摂食・嚥下障害のケア、口腔ケア、褥そう予防等のマニュアルを整備し、適切に実施している。 ■ 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者からの相談に応じている。 ■ 健康状態の情報を、必要に応じて家族や医療機関から得ている。 ■ 通院・服薬・バランスの良い食事の摂取について助言や支援を行っている。
<p>(評価コメント) 年2回健康診断を実施している他、毎日の健康状態を把握するために一日3回の検温、排泄チェックを実施し健康面に注意している。日中・夜間の健康状態等の情報共有は事業所の連絡帳と口頭で伝えている。また、食事は法人栄養士が考えた献立を基に世話人が調理している。ご飯の量は栄養士が健康状態を考慮して個々の量を決めている。服薬管理はマニュアルを整備しており、毎日世話人は本部と電話で確認を行いながら与薬ミスがないよう支援している。</p>		
33	<p>利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の家族に対し定期的及び随時の状況報告書の提出又は連絡を行っている。 ■ 利用者の家族の参加できる懇談会、家族会等を実施し、意見を聞いている。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■ 利用者の家族への行事案内又は参加が確認できる行事を実施している。
<p>(評価コメント) 家族等には利用者のホームでの1か月の状況報告書を請求書とともに送付している。家庭に外泊した場合は利用者の様子を家族に記録してもらい、情報交換している。その他にも納涼祭や体育祭、忘年会等の行事や保護者会、面談時に家族の意見を聞いている。</p>		

34	預り金について、適切な管理体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の預り金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。 □ 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 □ 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。 □ 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。 □ 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。
(評価コメント) 利用者の預り金は法人「入所者預り金管理規定」に基づき管理を行っている。現在は管理を希望している利用者はいない。		
35	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■ 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■ 感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。
(評価コメント) 「職員ハンドブック」には感染症や緊急時対応マニュアルが整備されており、園内研修で感染症対応の実習研修を行っている。感染症予防対策としてうがい、手洗いの励行や強酸性精製水器、温風消毒器も設置している。また、ホーム会議でヒヤリハットをもとに振り返りを行っている。		
36	事故などの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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■ 事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 □ 事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。
(評価コメント) ホーム会議で事故やヒヤリハットについて分析し、対策を検討し1か月ごとに集計している。転倒リスクの高い危険箇所や利用者間のトラブルの原因を分析し、事故やヒヤリの再発予防策を検討している。職員が毎日提出する「振り返りチェック票」にヒヤリハット記入欄を設け、利用者の安心、安全を意識した支援に努めている。また、不法侵入者や事故防止に考慮し、玄関やリビング、キッチンに防犯カメラを設置している。		
37	緊急時(非常災害発生時など)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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■ 非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■ 非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 □ 地域の消防団、自治体等との防災協定を結んでいる。 ■ 非常災害時のための備蓄がある。 □ 主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。
(評価コメント) 「職員ハンドブック」に緊急時や防災マニュアルを掲載しており、消防車、救急車要請等のホーム独自のマニュアルを作成している。各ホームでは月1回防災訓練(避難訓練、通報訓練、夜間想定訓練)を実施している。避難経路は職員間で共有し、安全に対応できるよう熟知し、利用者の医療機関や緊急時連絡先一覧表も整備している。また、各ホームに防災ずきんや非常持ち出しグッズ、備蓄品(3日分)を用意し、非常時に備えている。		
38	地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域との交流行事、地域資源の活用等利用者が地域の一員として生活出来るように支援している。 □ ボランティアの受け入れ体制やマニュアル等が整備されている。 □ 実習生の受け入れに関する基本的な考えを明示、体制を整備している。 □ 地域の社会資源等の情報を収集し、利用者に提供し活用している。
(評価コメント) 地域の除草作業やお祭りに参加したり、近隣の店に買い物に利用者とともにいたり散歩や買い物に行った際は積極的に地域の方に挨拶を交わす等して利用者が地域の一員として生活できるよう支援している。		