

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 26年 8月 8日～平成 26年 11月 28日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	ひかり学園 ヒカリガクエン		
所 在 地	〒289-2251 千葉県香取郡多古町北中1309-160		
交通手段	JR成田からJRバス八日市場駅行50分、徒歩40分。 JR成田から送迎サービス(有料)有。		
電 話	0479-76-5500	FAX	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12月1日		
事業所番号	1213000050	指定年月日	平成23年4月1日
提供しているサービス	施設入所支援事業 生活介護事業 短期入所事業 日中一時支援事業		

(2) サービス内容

サービス名	定員	内容
施設入所支援	50名	その施設に入所する障害者に対し、主として夜間において、入浴、排せつまたは食事の介護などを行うサービスです。
生活介護	50名	常時介護を必要とする障害者に対し、主として昼間において、障害者支援施設などの施設で入浴、排せつまたは食事の介護、創作的活動または生産活動の機会を提供するサービスです。
短期入所	3名	家族の病気などにより一時的に保護が必要になった障害者に対し、障害者支援施設などに短期入所させ、入浴、排せつまたは食事の介護などを行うサービスです。
日中一時	10名	日中において一時的に見守り等の支援が必要な障害者等に活動の場を確保し、家族の就労支援及び一時的な休息を図るサービスです。

(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
	43名	9名	52名	
専門職員数	サービス管理責任者 1名		1名	
	看護師 1名		1名	
	栄養士 1名		1名	
	生活支援員 25名	13名	38名	
		医師 2名	2名	
		理学療法士 1名	1名	
		調理員 8名	8名	

(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下さい。		
申請時注意事項	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	相談専門員 吉田真弓 (0479-76-5500)		
苦情対応	窓口設置	苦情受付担当者 大道裕子 苦情解決責任者 武藤直樹	
	第三者委員の設置	鈴木町社協会長 小川NPO法人代表 高坂町議会議員 小林施設長	

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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「一日一笑！毎日賑やか！」で笑いの絶えない学園作り 2. 公明正大にして透明感ある運営 3. 地域に愛され、地域に貢献できる学園 4. 職員一人一人のスキルの向上
<p>特 徴</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ひかり学園は、福祉サービス提供の拠点に努めます。 2. ひかり学園は、福祉の啓蒙活動を積極的に行います。 3. ひかり学園は、スポーツ活動の推進に努めます。 4. ひかり学園は、人材の提供により、社会貢献に努めます。
<p>利用（希望）者 へのPR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ひかり学園は、利用者の権利を保護し、いかなる差別、虐待、人権侵害を許さない。 2. ひかり学園は、利用者の福祉及びリハビリテーションを確保するため、職員に対してそれに必要な研修や教育を行い人材の育成に努めると共に必要な人材の確保を務める。 3. ひかり学園は、利用者が多くの活動分野で持てる能力や潜在能力を発揮できるようスポーツ活動や文化活動等を積極的に取り組むとともに、必要な人材の育成に努める。 4. ひかり学園は、入所する利用者が可能な限り家庭に近い生活を過ごせるよう、環境を整備するとともに、利用者にとって安らげる場所になるよう努める。 5. ひかり学園は、利用者が地域移行することに備え、地域から暖かく受け入れられるよう地域住民と交流する機会を積極的に持つよう努めるとともに、施設の設備を地域に開放するように努める。 <p>日中活動は、午前は農作業班・チャレンジ班・原木班・リズム班で構成され、毎週月曜日から金曜日の9時30分から11時00分、午後は農作業班・マラソンクラブ・散歩クラブ・音楽クラブ・FDクラブ・グリーンクラブ・原木クラブで構成され、毎週月曜日から金曜日の14時00分から16時00分に実施しています。</p> <p>施設入所支援では利用者の安心した生活を確立し、健康状態を把握しながら、生理的三要素（食事・排泄・睡眠）の安定を計ります。また、生活環境・居住空間の整備にも努めます。</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)

多様な地域ニーズに適応する事業展開と支援体制は理念や基本方針の実践につながっている

基本理念、基本方針、運営方針、施設の使命等に示されている内容を優先順位をつけて、地域ニーズや個別ニーズにあわせて真摯に実践している。社会資源と経営資源を適正に組み合わせ、求められる支援に対して計画的に、最大効果が生まれるように事業展開を図っている。計画を進める上で、今後は地域、関係者、利用者、家族、職員に納得感のある説明をし、協働意識や動機づけを図ることがさらに期待される。

利用者一人ひとりに楽しく健康的な食事を提供する取り組みが優れている

事業所ではリクエスト献立、当日選べる選択食、外食ツアーなどの企画や温冷配膳車の導入、食器に陶器を使用する、残菜調査など、楽しい食事やおいしい食事の提供を目指してきた。栄養ケア計画の実施は利用者の体重管理にも役立っている。最近では外食に参加できない利用者も増えているため、栄養士の発案で厨房職員や支援員も巻き込み、全利用者が外食気分を味わえる(12種類のメニューの中から選べる)ランチの日を今月からスタートするなど、楽しく健康的な食事を提供するように取り組んでいる。

利用者本位に向けた新たな取り組みを次々に実現させている

事業所では「一日一笑！毎日賑やか！」を理念に利用者本位に向けた取り組みを次々に実現させている。利用者2名をその日のピックアップ利用者(重点的に意識して見る利用者)とすることで、職員の個別支援計画への意識付けに効果が見られるようになってきた。今年度から個別支援計画書の書式を変更し、モニタリングとも連動させやすくなった。また、一時帰宅時に使用する表を改善し「ホット・ノート」と呼ぶ家庭との連絡帳にしたことで、家庭での様子を把握しやすくなった。毎週決まった時間に利用者の話を聞く「傾聴支援」は利用者にも好評で、利用者の安心につながっている。

さらに取り組みが望まれるところ(改善点)

中堅職員による現状把握と目標達成への意思疎通を図り、具体的な改善活動が求められる

福祉サービスの質の向上を安定的に継続性をもって図るために、目的達成のための正確な現状把握が求められる。職員の働きがいややる気向上を目的とした取り組みを明確化し、目的を達成することが利用者本位につながる具体的な計画と実践が期待される。現場の職員が職員ハンドブックやマニュアル等に沿ったサービスの実践と事業計画等の進捗確認を適切に推進し、中堅職員が職員一人ひとりのレベルに合わせた行動支援をしていくことが求められる。中堅職員による職員個別の人材育成・行動支援がさらなる成長につながると思われる。

現場における原理原則、基本事項のスタンダードサイクルの実践が求められる

職員一人ひとりによる自己評価(人事考課や業務振り返りチェックシートなど)を効果的に活用するために、「当たり前基準(通常業務や支援の求められる結果)」を高め、習慣化することが求められる。現場における原理原則、基本事項のスタンダードサイクル(SDCAサイクル)の実践と定期的な見直しで、福祉サービスの質の水準を計画的に高めていくことが期待される。これにより、構築されている仕組みを相乗効果を持って機能させることができると思われる。

書類を精査し、事務効率を図る取り組みが期待される

法人や事業所として書類が整備され、一斉メールの活用などにより、モレの無い伝達で情報共有できるよう取り組んでいる。一方で、内容が重複したり、活用しにくい状況も見受けられた。重複を省き最大限に活用するため、ファイルの仕方も含めて書類を精査し、必要な人に必要な情報のみが届く方法を検討し、事務の効率化につなげる取り組みが期待される。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

今回初めて受審し、地域ニーズに適応する事業展開や利用者本位に向けた取り組み等、今まで取り組んできたことを高く評価して頂きました。一方で改善が求められる点で人材育成では中堅職員を中心にした職員一人一人の能力に合わせたOJTの仕組み作り、情報共有では重複している書類を精査し、事務効率化を図り職員負担の軽減等アドバイスを頂きました。この結果を真摯に受け止めて、さらにサービスの質の向上に繋げていきたいと考えております。

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	理念・基本方針の確 理念・基本方針の周知	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 重要課題の明確化 計画の適正な策定	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。	4	0
			5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	3	0
			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
			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。	1	2
	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	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
			9 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	2	1
	4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	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。	1	3
			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
		職員の就業への配慮	12 福利厚生に積極的に取り組んでいる。	2	1
			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。	0	4
			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
			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。	1	4
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	利用者尊重の明示 利用者満足の向上 利用者意見の表明	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。	5	1
			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 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	0
	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 サービスの標準化	19 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	5	0
			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	サービス提供の適切な開始	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	個別支援計画の策定・見直し	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・見直しを定期的に実施している。	1	2
			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。	2	1
	5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	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。	3	1
			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。	3	1
			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。		*6
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。			2	3	
32 利用者の健康を維持するための支援を行っている。			3	1	
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	
6 安全管理	利用者の安全確保	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。	3	0	
		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。	6	0	
7 地域との交流と連携	地域との適切な関係と連携	38 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	2	2	
計				97	39

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) 基本理念や基本方針は、職員ハンドブックやパンフレット等に明文化している。また職員ハンドブックには職員が知るべき基本事項、各種マニュアル、倫理綱領、行動規範、権利擁護、自立支援の精神などが盛り込まれ、全職員に配布している。</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) 基本理念、「一日一笑！毎日賑やか！」を利用者が当たり前と感じられるようになるため、職員一人ひとりが基本理念を念頭に実践できるように、会議や研修を通して共有化を図っている。しかしながら知識レベルでは共有できていても行動レベルの周知徹底ができていない部分も見受けられた。職員個別のレベルに合わせた行動支援や業務の目標到達状況に合わせた適切な指導が求められる。</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) 利用者への基本理念や基本方針は日常の支援によって周知されている。「安心と安全」が守られる居場所として利用者の希望や要望に沿った支援を実践している。家族には契約時の説明、パンフレット、毎月の記録の送付、面談時の説明などを通して周知している。</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) 法人が定める中長期計画に基づき事業計画が作成されている。社会動向や環境変化に適応した事業計画が各事業から各係に至るまで具体的に示されている。係の目標設定も各担当職員が作成し、目標達成のための行動計画も個別の職員目標管理と連動する仕組みとなっている。実施状況の進捗確認は各種会議で行い、事業報告でまとめられている。事業計画及び財務内容は閲覧できるようになっている。</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) 法人全体として取り組む4項目を重要課題として明確化し、推進している。①サービスの質の向上②公益的取り組みの推進③トータルな人材マネジメントの実現④組織統治(ガバナンス)の確立、更に7つの取り組みを掲げ、各施設で具体的課題解決策を年度目標(重点テーマ)として掲げている。</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) 事業所の重要課題は支援会議等で上げられた課題を重要性に基づいて主任会議や定例会議などで決定する仕組みとなっており、職員と幹部職員が意思疎通を図る体制はできている。しかしながら計画や重要課題の決定の過程が全ての職員に周知されていない部分も見受けられた。職員と幹部職員の意思疎通を図る仕組みはできているので、目的別会議及び階層別会議を効果的に推進するために運営方法の改善が期待される。</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) 理念の実現や質の向上については、諸会議での課題共有やリスクマネジメントなどを通して日常的に課題を把握し、その解決に当たっている。利用者対応など緊急度の高い課題は現場が中心となり対応している。年度計画にある重点課題など、重要度が高い課題については、法人が中心となり決定している。</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) 行事計画は前期・後期に分けて具体化し利用者全員参加を基本に実施している。利用者の特性や多様なニーズに合わせた支援を安定的に継続するためには、過去の延長線上ではなく、現状に合わせた支援や取り組みが求められる。行事などの取り組みと個別支援の充実との連動性を図るためには支援業務分析と業務効率化を計画的に図ることが期待される。		
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) 事業計画や職員ハンドブックに倫理綱領や行動規範を記載し、諸会議や研修などで周知している。しかしながら日常的に周知を図るとい点では、確認できない部分も見受けられた。職員一人ひとりの意見や考え方の違いを尊重しつつも、利用者の尊厳を守るなどの基本事項については徹底した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・組織的に進め、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) 事業計画に福祉人材に対する基本姿勢として人事方針が示されている。職務権限は職位別決済権限一覧表や職務分掌として事業計画に記載している。人事考課は年に2回実施している。今後は考課者訓練により、更なる公平、公正、透明性のある人事考課の運営が求められる。職員の行動の事実の評価と考課者面談時における納得感のある評価説明が職員の動機づけにつながると思われる。		
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) 就業関係の課題については、定期的な職員との個別面談や人事考課等で把握するように努めている。有給消化の消化率、勤務時間外労働などについては具体的データのチェックや改善計画の実行ができていない部分も見受けられた。今後は朝・夕のミーティング、諸会議、記録や日誌なども含めて現場の意見を把握する機会を活用し、勤務体系や業務内容及び業務量等のバランスを取りながら、職員の精神的負担にも配慮した運営が求められる。		
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) 平成26年度事業計画に法人の重点課題として「トータルな人材マネジメントの実現」を掲げている。特に福祉介護職員処遇改善手当の導入や福利の充実等職員処遇の向上を図ることを明文化している。具体的な進捗確認を図り、職員に伝えることで法人の積極的な取り組みを理解することができると思われる。法人内のバレーボール大会、陸上大会、野球大会、ゴルフ大会等の活動への助成を行っている。今後は職員の意見や希望も取り、職員が成長し安全で安心できる働きやすい環境づくりを進める事が期待される。		
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) 人材育成については法人理念、基本方針、使命や重点課題として掲げ、法人として積極的に取り組んでいる。法人本部及び施設内研修の実施や外部研修の調整を行っている。アクションプラン2015=社会福祉法人行動指針(社会福祉法人に求められる課題)に基づく実践についてはできていない部分も見受けられた。法人としても職員の自己啓発と相互啓発が計画的に推進できる仕組みを機能させ、職員の成長を促す個別の動機づけ及び行動支援を積極的に実施することが必要と思われる。		
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) 法人内研修及び事業所内で実施される研修の評価を定期的に行い、研修効果を最大化できるような見直しがあると良いと思われる。特に中堅職員研修(指導職員研修、役職員研修、リーダー層など)や管理職研修など階層別に自らのキャリアアップの道筋を描くことができ、それぞれのキャリアパスの段階に応じて体系的に習得できるようにすることが期待される。さらに個別支援計画と職員の個別人材育成計画の連動性を高め、日常の支援と計画的OJTを連動すると効果的だと思われる。		

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) 職員の意識や意欲の向上を図れるような動機づけ、能力開発、行動支援を中堅職員が中心となり実施することが必要と思われる。ルールや規範の徹底による公正、公平、透明性のある組織運営と、働きがいや成長感のある組織体質の醸成、また管理者及び中堅職員が中心となり、職員間の信頼関係を最も大切に安全と安心の欲求を満たした「関係性づくり」が期待される。		
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) 法人が危機管理委員会、虐待防止委員会、身体拘束0委員会等を毎月開催して利用者の権利擁護に努め、毎月の全体会議や内部研修で理解の促進を図っている。事業所内で行われる会議や研修において利用者の権利擁護に関する内容を繰り返し実施している。今後は不適切な言動についての厳しい対処と対策を徹底し、更なる高い水準の支援を期待する。		
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) 法人として個人情報保護に関する取扱いは事業計画やホームページで公表し職員への周知を徹底している。個人情報保護については、毎年、使用目的も含めて利用者及び家族には説明を行い理解・同意を得ている。職員には内部研修等で、実習生やボランティアにはオリエンテーション等で個人情報保護義務について周知徹底を図っている。		
18	利用者満足の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) 毎月、誕生会も兼ねて開催される利用者の自治会「さくらの会」は会長を選挙で選出し、利用者による話し合いが行われている。入浴時間を長くしたり、食事に関する様々な要望を実現させたりしている。家族へは毎月の報告や「ホット・ノート」の活用、家族会の開催などに加え、いつでも相談を受け付けており、対応の経緯を記録している。		
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、苦情への対応については、法人として苦情解決システムを構築し、各事業所内に苦情受付担当職員・苦情解決責任者を配置している。第三者委員や行政機関等の窓口も重要事項説明書に明記し、契約時に説明を行っている。また、高い透明性の維持を目指すため、事業所の対応や経過を記録として残すだけでなく、事業報告書に掲載しホームページでも閲覧可能にしている。		
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) 定例会議・係会議・主任会議・支援会議・全体会議を定期的に開催しており、利用者本位を目指す新たな取り組みを次々に実現させている。個別支援計画を意識した取り組みや、傾聴支援、ホットノートの活用などがあげられるが、特に食事に関する取り組みは栄養士の熱意が厨房職員・支援員を巻き込み、事業所が一丸となって利用者の笑顔と健康に直結する取り組みとなっている。		
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に実施している。 ■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) 業務の基本や手順をマニュアルとして整備し、職員ハンドブックの中に掲載し毎年職員に配布している。写真や絵も入り、役職ごとの役割や連絡体制など、誰が何をするのか具体的に説明しており、新人研修や必要時に活用している。職員も見直しに参画している。		

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) 問い合わせ先はパンフレットやホームページに記載しており、利用の前に見学してもらうようにしている。最初は家族だけで見学し、その後利用希望者も見学するなど、複数回にわたることもある。また、短期入所の希望や空き待ちなど、さまざまな状況に応じて説明をしている。		
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) サービスの開始時に、生活の決まりごとなどを重要事項説明書等を用いて説明している。利用者負担金や小遣いなどについても個々のケースに応じて説明し、同意を得ている。		
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) 利用者・家族の意向を確認し、生活歴や現状を考慮して個別支援計画を作成している。特に体調の安定は生活の基盤になるので、担当医や看護師との連携を図っている。また、朝礼で利用者2名の短期目標を読み上げ夕礼で振り返りを行うことで、職員が個別支援計画の内容を意識し、その短期目標に基づく支援につなげようとしている。毎月、支援記録を家族にも送付して報告しており、個別支援計画の見直しにもつなげている。		
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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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) 個別支援計画は半年ごとに見直すことにしている。今年度から個別支援計画の書式を変更したことでモニタリングとの連動が書類の上からもわかりやすくなった。一方で、日常の支援やふだんのカンファレンスなどがモニタリングにつながっていくことの理解が充分でない部分も見受けられた。緊急の対応や見直しは行われているが、実践に書類が追いつかないものもあるので、手順を示してタイムラグを減らす工夫が求められる。		
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。 <input type="checkbox"/>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) 申し送りや引き継ぎは、書面に加えて一斉メールで送信するなどの工夫でモレの無い情報共有を目指している。一方で内容が重複するものや、作成した書類を活用しにくい状況も見受けられた。職員が書類の意義を理解し、ファイルの仕方を検討するなど、活用しやすく効率的な運用が期待される。		
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。 <input type="checkbox"/>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) 事業所では利用者のペースで過ごすことを大切にしており、食事では時間がかかる人は早めに食べ始めたり、介助が必要な人にも職員が一人ずつ付けるよう時間差で配食するなど、せかすことの無い支援を行っている。栄養士による栄養ケア計画は、今年度はほぼ全員を対象に作成しており、利用者の体重管理にも役立っている。また、利用者にとって目的が明確でない時間を減らし、活動時間を拡大したことで、情緒の安定につなげることができた。		
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。	<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。
(評価コメント) 利用者一人ひとりに担当を決め、必要に応じて居室の整理や日常生活のサポートを行っている。安定した睡眠のために電気をつけたままにする、トイレに起きないようパッドを交換するなど、個々に対応している。夕食後はリビングでカラオケやおしゃべりをしたり、居室でテレビを見るなど、自由に過ごしている。休日は買い物やイベントなどに出かける利用者も多い。短期入所の利用者についても、担当する事業所と連絡を取り合うなど連携して支援している。		

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>	<p>■地域で安定した生活を送ることができるよう、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に取り組んでいる。 <input type="checkbox"/>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>
<p>(評価コメント) 法人の広い敷地や法人内の様々な施設を利用して、日常生活訓練や機能訓練を行っている。スポーツの大会に参加するため、練習を繰り返す利用者もいる。一方で利用者の高齢化と職員配置の関係により、一人ひとりに対応した訓練ができにくく散歩に偏る傾向も見られた。現在は作業班ごとに散歩を行っているが、歩行能力別などの班編成の検討も期待したい。</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>	<p>*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、設備投資等資金アップの取り組みを行っている。</p>
<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>	<p><input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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>
<p>(評価コメント) 利用者一人ひとりに担当者を決め、深く関わることによって利用者の安心につなげようとしているが、職員の多忙感により利用者の満足度に影響を及ぼしている場面も見られた。非正規職員も加えた複数担当制などの検討も望まれる。また、傾聴支援の取り組みが利用者に好評であることから、コミュニケーション能力を高める機会としての活用も期待される。</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>	<p><input type="checkbox"/>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>
<p>(評価コメント) 日々の服薬確認は職員2人で行っている。マニュアルは無いものの、袋に書かれている氏名・服用時を読み上げ、飲み終わった口腔内を確認している。排泄のように数日にわたって経過を追っていくものについては、支援記録と共に支援員室に貼ってあるボードでの確認も全職員で行っている。緊急時の対応はマニュアルに詳しく書かれており、それに従って行われている。</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>	<p>■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>
<p>(評価コメント) 年間計画の中で行事予定を立て、家族が参加できる行事も企画している。帰宅する利用者を持たせていた「帰宅表」が家族からの返信も加わった「ホッと・ノート」に発展し、書面での交流につながっている。一方で、家族宛ての状況報告書については、家族が欲しい情報を精査するなどの取り組みが待たれる。</p>		
34	<p>預り金について、適切な管理体制が整備されている。</p>	<p>■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。 <input type="checkbox"/>金銭等の自己管理ができるように配慮されている。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。</p>
<p>(評価コメント) 利用者の預り金については契約時に詳細を説明し承諾を得ている。小遣いは年間一括で預り、必要に応じて補充することになっている。利用者は自己管理が難しいため、高額なものは職員が家族に連絡し、購入の承諾を得ている。毎月家族には明細と通帳のコピーを送付している。今後は職員の見守り・指導のもと、利用者による小遣い帳への記入なども期待される。</p>		

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) 法人で危機管理委員会を設置し、写真や絵入りで感染症や食中毒のマニュアルを整備し、支援会議の中で実践対応の研修も行っている。中でも、エアージャワーやアルコール・強酸性水による消毒やペーパータオルの使用など、予防に力を入れている。		
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) 事故の発生・再発防止のマニュアルにおいては、いつ・誰が・どのように動くのか具体的な指示が書かれており、職員がそれぞれの立場で即行動に移せるようになっており、毎年全職員に配布される職員ハンドブックに掲載されている。事故報告やヒヤリ・ハットは法人内の報告にとどまらず、年度報告書としてホームページでも公表しており、原因の究明・その後の経過・今後の方針等を誰もが確認できる。		
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) 非常災害時のマニュアルを整備し、非常用の備蓄をしている。地域の消防団との防災協定は無いものの、自治体とは協定を結んでいる。毎月の避難訓練・通報訓練は職員の多くが参加できるように会議のある日に行い、毎年行う救急救命講習とともに記録に残している。一方で、消防署や法人内施設との合同訓練や夜間訓練・抜き打ち訓練などは実績が確認できなかった。今後は実践に即した訓練も必要と思われる。		
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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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) イベントやスポーツ大会、買い物等に出かけるなど、地域の一員として生活している。実習生やボランティアに関してはマニュアルは無いものの、宿泊施設も整備され受け入れが継続している。様々なイベント等は壁に掲示するなどの告知も行っている。		