

公表基準

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人静岡県社会福祉士会
所 在 地	静岡県静岡市葵区駿府町 1-70 静岡県総合福祉会館 4階
評価実施期間	H28年 7月 1日 ~ H29年 1月 31日
評価調査者番号	① H19-c001
	② H19-b007
	③ H26-c005

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：静岡市救護所 (施設名)	種別：救護施設
代表者氏名：小長谷雅生 (管理者)	開設年月日 明治 34 年 8 月 16 日
設置主体：静岡市 経営主体：社会福祉法人静岡市厚生事業協会	定員 50 名 (利用人数)
所在地：〒421-1223 静岡県静岡市葵区吉津 1905 番地	
連絡先電話番号： 054 — 278 — 6239	FAX番号 054 — 278 — 6338
ホームページアドレス	http://honbu.skjk.jp/fAnffgUz.html

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
救護施設	作業(袋貼り)、機能回復訓練(リフレッシュ体操)、クラブ活動(生け花、音楽、ヨガ、料理、カラオケ、オセロ等)、誕生会、個別外出、グループ外出、多目的外出、日帰り旅行、ふれあい盆踊り大会、ふれあい運動会、クリスマス会、防災訓練
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室 6 2人部屋 10 4人部屋 6	静養室、特別静養室、医務室、食堂、調理室、男子浴室、女子浴室、指導員室、寮母室、宿直室、機能回復訓練室、会議室、集会室、ボランティア室、洗面所、便所、汚物処理室、グラウンド、避難用バルコニー

職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
嘱託医師	2	生活指導員	1
看護師・准看護師	1	栄養士	1
介護職員	10	調理員	4
事務員	1		

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- 年1回自己申告書を提出する制度があり、職員は就労の意向、悩みや配置転換希望等が申告できるようになっています。施設長はそのヒアリングを通して、メンタルケアや質の向上に対するリーダーシップを発揮の機会としています。また法人では、法人内職員配置の基礎資料となっています。
- 実習生の受け入れに関し、実習の目的や期間に合わせ個別に実習計画は作られ効果をあげています。社会福祉士の実習指導者も配置されています。
- 2月に1回開催されている藁科地区懇話会は、地域との結びつきを確認できる良い機会であり、そんな中で地域の福祉ニーズを吸い上げる機会となれば、さらに良いでしょう。
- 全国救護所連絡協議会が定めたひな形を用い、アセスメントや個別支援計画の作成、モニタリング等の一連のプロセスがきちんと実施されています。
- 今年度4月に施設独自の「ケア基準書」を作成しました。これにより、利用者の満足度の向上を図っています。今後、継続的に見直し加筆・修正を行い、現場が使いやすいものとし、また、それを介護室に置き供覧するだけでなく、さらなる向上として、内部研修による職員に周知のための取り組みが求められます。

◆ 特に改善を求められる点

- 中・長期計画が策定されていません。指定管理ということで、自主的な運営に制限があることは理解できますが、その中でもサービスの質の向上のための工夫や改善など、取り組めることがあるのではないのでしょうか。法人の理念を追求するためにも、中・長期的な視野を持ち計画に盛り込み実行していくことが必要です。
- 客観的な人事考課が実施されていません。自己申告制度や勤務評価の仕組みはありますので、それに客観的な基準・指標を設定していく人事考課の実施が求められます。
- 職員の育成方針や職制ごとの研修計画はありますが、職員一人ひとりの研修計画になっていません。組織として継続的な人材育成のためには個別計画が必要です。
- 利用者の社会復帰に向けた働きかけが十分ではありません。
- 建物の構造上の課題はあると思いますが、プライバシーの確保について多床室の間仕切りカーテンや排泄時の対応等、配慮が求められます。
- 虐待防止の研修は受けていますが、身体拘束、虐待に関してのマニュアルはなく、これらの取り組みが必要です。その他にもマニュアルの不足やマニユ

アルの中で不足している項目や修正が必要な部分があります。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・今回第三者評価を受けるなかで、施設運営は利用者と職員がいっしょにやっ
ていくものだと思われ、実感したところです。
- ・前回第三者評価を受けた結果と比べると、前進したところがいくつかありま
した。今後も、効果的な業務方法を研究して、利用者の処遇向上に結びつく
よう、業務内容を改善していきたいと考えます。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none">・理念は協会の使命としてパンフレットや事業計画書で示されています。・基本方針は、事業計画書に運営方針として記載されていますが、理念の方向とはずれています。・職員には理念や基本方針が書かれた名札ケースに入るカードが配付されていますが、内容の説明にまで至っていません。・談話室に掲示されていますが、利用者等にわかりやすく工夫した資料の配付と説明が必要です。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none">・中・長期計画が立てられていません。指定管理申請に係る5年間の収支予算書がありますが、実効性のあるものではありません。・単年度の事業計画も予算書に反映されていません。・計画策定は介護職員会議からボトムアップの形式で次長に提出され、計画書に反映されます。・事業計画は職員に供覧されているだけで配付及び理解を促すための説明はおこなっていません。・事業計画の利用者等への配付は無く、理解を促すための取り組みも、備え置くだけでは十分とは言えません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none">・職務分掌が28年度事務分担表として配付されていますが、説明はしていません。・遵守すべき法令のリスト化はされていませんが、関係する法令が変わった場合、規則の変更という形で理事会にかけ、その議事録が供覧されています。・「自己申告書」という制度があり、そのヒアリングをもって質の向上に指導力を発揮しています。・自己申告書のヒアリングにより職員の意見は収集できますが、指定管理であることや法人主導の財務分析は十分ではありません。
評価対象Ⅱ	<ul style="list-style-type: none">・普通の措置施設ならば措置控えもあるが、救護所は生活保護施設であるため、積極的に具体的な将来の運営のための検討にまで至っていません。

1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> • 施設連絡会で人件費等分析を行っていますが、改善点 が中・長期計画に反映されていません。 • 会計士との委託契約はありましたが、特段の改善指導 は受けていません。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> • 事務分担表（職務分掌表）が年度ごとに作成され配付 されています。 • 自己申告書による異動や退職の希望や、調査により、 本部において採用補充プランが立てられています。臨 時職員は施設採用ですが、正規職員は本部採用と決め られている関係から、必要な人材に対するプランは立 てにくくなっています。 • 施設長による勤務評定の仕組みはありますが、客観的 基準での評価ではありません。 • 自己申告書により把握され、制度改善に結びついたも のがありますが、外部のカウンセラーや専門家への相 談窓口はありません。 • 施設でソウェルクラブに加入、その利用方法は機関誌 を配付することで促しています。 • 職員の資質向上と基本姿勢は明示されていますが、中・ 長期計画はありません。 • 事業計画で職種別の研修予定は策定されていますが、 個別の職員に対する研修計画は策定されていません。 • 参加した研修の復命書は供覧されていますが、評価・ 分析は行われていません。 • 実習計画書は実習生ごとに作っており、受け入れ体制 も整備され、社会福祉士実習指導者も配置されていま す。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> • 感染症予防や事故対応マニュアルが整備され、施設安 全管理マニュアルが整備されています。 • 火事や地震に対する防災訓練を月1回実施していま すが、山津波といった風水害に対する対策が十分とは言 えません。 • 事故等についてはインシデント・アクシデントレポー トとして収集され、安全管理委員会で検討されていま すが、利用者個人の能力に帰するところに原因を見出 し、環境改善による予防策の視点が十分とは言えませ ん。 • 利用者の事故防止対策は、安全管理委員会で検討され ヘッドギアや歩行器の使用に結び付いていますが、原 因の分析で、環境因子の検討は十分とは言えません。 • 浴室へのすべり止め加工はしましたが、その効果の測 定はしていません。その他は改修費用の制限からか工 夫はされていません。 • 多くのマニュアルは存在しますが、衛生管理に関する マニュアル、不審者対応に関するマニュアルが存在し ません。また、定期的な見直しはなされていません。

	<ul style="list-style-type: none"> ・保障に関しては、法人全体で施設利用者への管理責任を補償する基本的な内容のものへの加入にとどまっています。施設の特異性に関連して、施設利用者が他人に危害を与えてしまった場合の補償はありません。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多目的外出（見る・買う・食べるがセット）があり、利用者は楽しみにしていますが、年に1回であり、小遣いの管理も職員を通しての状況で十分とは言えません。地域交流の考え方の文書化はされていません。 ・利用者の地域生活移行に関する支援で、情報収集やその提供は行われていません。 ・施設や施設設備の貸し出しはあるものの、地域の人々と利用者との交流は多いとは言えません。 ・グランドゴルフ愛好者への施設広場のトイレの貸し出しは行われていますが、施設の持つ専門的な機能の開放・提供は積極的に行われていません。 ・ケア基準書にボランティア受け入れの基本姿勢は明文化されていますが、育成に向けての活動は行われていません。 ・2月に1回開催されている薫科地区懇話会（駐在所もメンバー）への参加や警察よりDVの施設保護の依頼なども過去に受けています。 ・地域の福祉ニーズは突発的に出てくることもあります。施設側からは把握に努めてはいません。 ・一時入所事業は市からの委託事業であり、地域の福祉ニーズは把握していないため、事業・活動の計画はありません。
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重する姿勢は基本方針に明記されており、職員の名札の中に携帯しています。 ・勉強会、研修の機会は十分とは言えません。 ・ケア基準書が作成され、サービス提供の基準書で介護室に用意され供覧の形をとっています。 ・プライバシーの保護については、建物の構造や多床室利用という現状で難しい場面はありますが、間仕切りカーテンや排泄時の目隠し等の配慮が必要です。 ・面会については、限られた設備の中で面接場所の確保や時間等余裕をもった対応ができていますが、電話の使用については、自由に使用できる状態ではありません。 ・虐待防止の研修は受けていますが、マニュアルがなく、身体拘束についてもマニュアルと研修がありません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・満足度調査を実施、全体会議を開催し、利用者の意見を聴取し、公表しています。ご意見箱は準備されていますが、設置場所に配慮が必要です。ご意見箱の内容は定期的に確認し、必要があれば職員会議で検討しています。

- 生活空間については談話室等が準備され、新聞（スポーツ紙、一般紙が備えられています）。廊下には利用者の作品が掲示され、クラブ活動の生花が生けられています。
- 給食では嗜好調査と残食調査が実施され、メニューに反映されています。
- 保健健康会議が月に1回開かれ、利用者の健康の保持に努めています。食堂は衛生に注意されており、手指の消毒も徹底されています。風呂場、脱衣所の空調も行き届き、居室の採光や換気についても注意が図られています。
- トイレは車椅子使用の関係で個室はカーテン使用になっていますが、塩素系の消毒薬を使用し、清掃は行き届き、臭気等はなく清潔に保たれています。
- 相談できる体制は作られていますが、利用者へ向けての説明は文書化されていませんが、相談に当たってのプライバシーの保護については個別の部屋が準備されており、相談しやすい環境が整っています。相談援助の困難な場合については対処方法等の文書化がなされていません。
- 苦情解決の仕組みは利用者に向けての掲示はされていましたが、内容のわかりやすさのための工夫は特にありません。記録については保管され、解決結果は公表されています。
- 利用者からの意見については必要に合わせて対応を図っていますが、マニュアルが整備されていません。
- 成年後見制度の活用については、現在利用している利用者の中には該当者はいませんが、今後は関係機関と連携をとる中で、対応を図ることを予定しています。
- 年に1回自己評価を実施しており、評価結果を分析、検証をしています。
- PDCAのサイクルに向けて努力されていますが、個人の評価にとどまっているのが実情で、今後、組織として取り組むことを予定しています。
- 相談、援助に関しては、研修計画書により職員研修に取り組んでいます。手順やマニュアルに関しては未整備です。
- 第三者評価については定期的な受審を受けています。改善事項につき、職員間での共有や実施計画については今後の課題となります。
- 標準的なサービスの実施方法については「ケア基準書」（平成28年4月作成）が作成され、供覧とともに読み合わせ、新入職者についての研修の機会は得られていますが、そのほかの職員についての研修、勉強会は実施されていません。また、職員は「ケア基準書」に基づいたサービスの実施に向けて努力しつつ、見直し

	<p>等については今後の課題として取り組むこととしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> サービスの実施については処遇記録等に記録されています。 「ケア基準書」は人権に配慮され、日常生活全般についての細かな基準が記載されています。利用者に向けてのサービス基準に加え、職員の服務についての基準が記載されています。 利用者から聞き取った要望の中から、グループ外出と多目的外出を計画し、奇数月と偶数月とに分けて実施しており、利用者からは好評です。 施設の立地条件を生かし、ウォーキング等、利用者の要望に応えています。施設内作業として内職作業を取り入れ利用者の能力に応じた作業参加、ポイント制による作業評価を行っています。 利用者の日常活動として農耕を取り入れ、作物を給食の食材として活用しています。 今年はオリンピックイヤーであったため、利用者の要望に応え、深夜、早朝のテレビ観戦を受け入れました。
<p>3 サービスの開始、 継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> サービス開始にあたり、心得としての文書は渡していますが、重要事項説明書などの説明はなく、同意書もとっていません。 引継ぎ文書は看護師が作成していますが、退所後の相談窓口の説明等はしていません。 救護施設は措置入所のためサービス選択のための情報提供の必要性は高くはないにしても、インターネットのホームページは情報量が少なく、またパンフレットも現在作成中であり、情報提供は十分とは言えません。
<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 全国救護所連絡協議会が定めたアセスメント表やサービス実施計画書をひな形として活用しており、個別支援計画の一連の流れはしっかりと取り組まれています。 ニーズ把握から目標設定についても具体的に記載されています。 アセスメントから計画作成、モニタリングまでの過程は、ケア基準書の「個別支援計画の作成と見直し」に書かれており、おおむねマニュアル通りに実施されていますが、一部モニタリング期間など、実態と合わない表記があります。 救護施設でのため、家族との関係が希薄のケースも多いですが、家族会に参加できなかった家族に対して個別支援計画の説明がされていません。また、ケア基準書には、個別支援計画の説明と同意についての記述がありません。

5 評価細目の第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
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。	B
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
①	理念や基本方針が職員に周知されている。	B
②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	C

I-2 計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
①	中・長期計画が策定されている。	C
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	C
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
①	事業計画の策定が組織的に行われている。	C
②	事業計画が職員に周知されている。	C
③	事業計画が利用者等に周知されている。	C

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	B
②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	C
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	A
②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	B

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B
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。	B
③	外部による評価・監査が実施され経営改善に取り組んでいる。	B

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
	① 施設内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。	A
	② 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	B
	③ 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	① 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	B
	② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	A
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B
	② 個別の職員に対して、組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	C
	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。	C
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
	① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	A

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
	② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	B
	③ 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。	B
	④ 事故防止のための具体的な取組を行っている。	B
	⑤ 安全確保するための施設・設備上の工夫がなされている。	B
	⑥ 安全確保の取組は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。	B
	⑦ 事故補償（賠償）を行うための方策を講じている。	B

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	① 利用者の生活の範囲を広げることを目的とした地域への働きかけを積極的に行っている。	B
	② 地域生活を身近なものに感じられるよう、利用者に対して様々な機会や情報を提供している。	C
	③ 地域に開かれた施設である。	B
	④ 施設が有する機能を地域に還元している。	C
	⑤ ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	B
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		

	① 必要な社会資源を明確にしている。	B
	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	A
Ⅱ-4-(3)	地域の福祉向上のための取組を行っている。	
	① 地域の福祉ニーズを把握している。	C
	② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	C

評価対象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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	C
	② 利用者の意思を尊重している。	B
	③ 利用者に対するエンパワメントの理念に基づくプログラムが作成されている。	C
	④ 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取組が行われている。	C
	⑤ 利用者の尊厳が守られている。	B
	⑥ 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	C
	⑦ 家族や友人の面会に対する配慮がなされている。	A
	⑧ 郵便や電話などの通信機会を確保し、プライバシーへの配慮がなされている。	B
	⑨ 利用者のプライバシーを保護するような設備上の工夫がなされている。	C
	⑩ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
	⑪ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
	① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	B
	② 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	③ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がなされている。	A
	④ 利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。	A
	⑤ 利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。	B
	⑥ 入浴・清拭時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	A
	⑦ 排泄時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	A
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。		
	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B
	② 相談援助の困難な場合についての対応方法がルール化されている。	B
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛け、組織的に対応している。	B
	④ 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	B

⑤ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	C
---------------------------	---

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
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
②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	B
③	相談援助に関わる必要な技術や知識が整理され、その技量向上が組織的に図られている。	B

Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	B
②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	C
Ⅲ-2-(3) 提供するサービスに独自の特徴を有している。		
①	提供するサービスに独自の特徴を有している。	B
Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行われている。		
①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	A
②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	B
③	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。	B

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	B
②	サービスの開始にあたり利用者又はその家族等に説明し、同意を得ている。	B
③	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	B

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	A
②	課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	A
③	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
④	移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A

⑤	食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑥	入浴・清拭について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑦	排泄について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑧	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑨	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑩	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
⑪	家族、友人等との関係を把握しているとともに必要な支援を行っている。	A
⑫	利用者の機能訓練に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	B
⑬	必要に応じて利用者の就労に向けた支援に関する個別、具体的な方法が明示されている。	C
⑭	利用者の社会生活に必要となる技術や知識の習得に向けた支援について個別、具体的な方法が明示されている。	B
⑮	利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいづくりなどに対する支援が行われている。	B
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
①	サービス実施計画を適切に策定している。	A
②	サービス実施計画の作成において利用者の意向に配慮している。	A
③	サービス実施計画の作成において「説明」と「同意」を徹底している。	B
④	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
⑤	サービス実施計画は関係職員の連携のもとに作成されている。	B
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	B
⑦	利用者の情報がサービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みがある。	A
⑧	実施計画書に基づく実施状況に関する評価（振り返り）がなされている。	A
⑨	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	B
⑩	実施計画の見直しにあたり、利用者等の意向に配慮している。	C