

別紙

## 福祉サービス第三者評価の結果

### 1 評価機関

名称：株式会社マスネットワーク	所在地：長野県松本市巾上 13-6
評価実施期間：平成 27 年 7 月 1 日から平成 27 年 10 月 20 日	
評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載） 060802 060972 060872 050231	

### 2 福祉サービス事業者情報（平成 27 年 8 月 1 日現在）

事業所名：長野市ひかり学園 （施設名）	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 寺田 裕明 （管理者氏名）園長 小池 英一	定員（利用人数）： 67 名
設置主体：長野市 経営主体：社会福祉法人長野市社会事業協会	開設（指定）年月日：平成 24 年 4 月
所在地：〒381-0103 長野県長野市若穂川田 557 番地 1	
電話番号：026-282-5394	FAX 番号：026-266-5030
ホームページアドレス： <a href="http://nagano-shajikyo.or.jp/nsjk/hikari/index">http://nagano-shajikyo.or.jp/nsjk/hikari/index</a>	
職員数	常勤職員： 36 名 非常勤職員 19 名
専門職員	医師 非常勤 2 名 施設長 1 名
	保健師・看護師 1 名 非常勤 2 名 次長 1 名
	生活支援員 30 名 非常勤 11 名 書記 2 名
	栄養士 1 名 洗濯職員 非常勤 4 名
施設・設備 の概要	（居室数）個室 22 室 2 人室 31 室 （設備等） 体育館 1 室
	食堂 1 室 作業室 5 室 静養室 3 室 浴室 1 室

### 3 理念・基本方針

<b>基本理念</b> 長野市社会事業協会は、利用者の人としての尊厳を大切にし、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいきと自立した日常生活が送れるよう、利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努めます。
<b>基本的視点</b> <ul style="list-style-type: none"><li>私たちは、利用者や家族の声を大切にし、利用者と対等な立場で信頼関係を築きます。</li><li>私たちは、サービスの質の評価を行い、公正で良質かつ適切なサービスを提供するよう努めます。</li><li>私たちは、地域やその他の関係機関と連携し、より充実したサービスが受けられるよう努めます。</li><li>私たちは、サービス内容の情報提供を行い、個人情報適正に取扱い、事業運営の透明性の確保に努めます。</li><li>私たちは、専門性を高めるため、常に研鑽し、資質の向上に努めます。</li></ul>

#### 4 福祉サービス事業者の特徴的な取り組み

日中活動は障害特性に応じた5つのグループ体制の中で創作活動・作業活動・健康運動・理学療法・スノーズレン・クラブ活動を取り入れた支援をしています。  
また、地域での社会貢献として公園のゴミ拾い等を実施したり、地域行事に積極的に参加するとともに、利用者の地域移行に向けて就労施設への見学・実習・グループホームでの宿泊体験等の支援を行なっています。

#### 5 第三者評価の受審状況

受審回数	今回初受審
------	-------

#### 6 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

特に良いと思う点

< ひかり学園と地域は、双方向的な関係を築いている。 >

ひかり学園と地域とのかかわりは、「地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいき」という法人基本理念を反映している。利用者は地域の行事に積極的に参加し、また、施設での交流会や行事に多くの地域住民が参加している。

加えて、施設の体育館は、ほぼ毎日地域の方達が利用し、地域行事には駐車場が開放され、設備面においても施設と地域の方との双方向的で良好な関係が維持されている。

ひかり学園の利用者にとって、地元地域は社会生活への学びの場ともなっている。

< 服薬管理体制の工夫による利用者の安全確保 >

利用者は、決められた食事時間内であれば、自分のペースで自由に食堂に来て食事を楽しんでいる。このような自由な雰囲気のある食事を行うために、服薬担当者を配置し、服薬業務に専念し、誤薬や飲み忘れがないよう配慮している。

また、夜勤者業務表や日勤責任者業務表に、内服や外用薬も含めて担当、留意点が明記され、体調不良時や誤薬等の事故対応は周知され、看護師と連携しながら支援している。ここに至るまでに、ヒヤリハット等の分析結果報告を役立て改善を重ね、確実な実施方法を確立している。この服薬管理体制により、集団生活ではあるけれども利用者一人ひとりに合わせた自由な生活を支援し、利用者の健康と安全が守られている。

< 法人の持つ福祉サービス事業所との情報を共有と利用者支援 >

所属する法人の中に「老人施設」「グループホーム」「重度の身体介護に対応できる障害者支援施設」そして、「相談支援センター」など、多くの種類のサービスを提供できる施設がある。

これらの施設では、職員の定期的な移動や共通の支援ソフトによる情報の共有化が図られている。そのため、利用者の地域移行のニーズや身体状況の変化に対し、複数施設での支援体制が整えられており多方面で利用者を支え、将来に対する安心に繋がっている。

特に改善する必要があると思う点

< 利用者記録の工夫 >

個別支援計画から日々の記録までを一括で管理するパソコンの支援ソフトを施設内のみならず、法人全体で導入したことにより、効率的かつ正確な情報の管理と共有化が出来ている。

しかし、個別支援計画や日々の記録に利用者や支援者の「思い」や課題の裏にある「背景」が深く反映されているとは言い難い。この事は、支援ソフト導入責任者も課題として認識しており、現在検討し、日々改善を行っているとのことである。

今後、現状の課題を踏まえ、日々の「出来事記録」ではなく、利用者・支援者双方の「思い」「願い」「夢」が実現できる「個別支援計画」や「サービス提供記録」となることを期待したい。

< 利用者の重度化を見据えた設備の充実と質の向上 >

利用者の高齢化、身体機能の低下に伴った施設整備が追いついていない。利用者特性と多様化に伴う新たなニーズへの支援と高齢化による身体介護が混在し、指定管理移行の法人の施設整備計画や質の向上の課題が見受けられる。

施設も課題と考え、介助利用者の特殊浴槽を導入する浴室の改築計画はある。日々のケアに職員の負担も多く、ケアの質の向上や車椅子対応の設備等、学園全体の職員の意見を汲んだ改修計画の充実が早急に望まれる。

< 建設的なコミュニケーションの強化 >

利用者の重度・高齢化、障害特性に対する様々な支援増加、地域移行の支援等、施設に求められる支援が増加、複雑化する中、管理職と一般職員との間で意見の相違が少なからず見られ、施設全体で問題・課題を共有できているか疑問を感じた。

日常業務において、専門職や部門を超えて協力しあう仕組みの見直しや構築により、さらに機能的に進まれることを期待したい。さらに、職員の意見を汲み取る仕組みの見直しや円滑化を図り、質の向上に向けてお互いの意見に耳を傾け、協力し合い、課題へ取り組むことに期待したい。

7 事業評価の結果（詳細）と講評

評価対象 1 福祉サービスの基本方針と組織及び評価対象 組織の運営管理(別添 1)  
評価対象 適切な福祉サービスの実施(別添 2)

8 利用者調査の結果

聞き取り方式の場合（別添 3 - 2）

9 第三者評価結果に対する福祉サービス事業者のコメント（別添 4）

平成 27 年 10 月 28 日記載

今回、御指摘いただいた、利用者の重度化、高齢化に対するハード・ソフト面の課題につきましては、関係機関と協議しながら施設整備を進めるとともに、常に基本理念に立ち戻り、情報を共有し、全職員が一体となって解決に向け取り組んでまいりたいと思います。

また、当学園が行っております、地域の住民との交流活動などを高く評価していただきありがとうございます。今後も、積極的に地域の行事に参加し、また、地域の皆様が多数ご参加いただける施設のお祭り等を実施し、地域との更なる良好な関係を築いてまいりたいと思います。

(別添1)

### 事業評価の結果(評価対象 及び )

福祉サービス種別: 障害者支援施設  
事業所名(施設名): 長野市ひかり学園

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
  - b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
  - c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態  
実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針を確立している。	理念を明文化している。	a)	1 法人が目指している理念が文書(事業計画等の法人・施設内の文書、広報誌、パンフレット等)に記載されている。 2 理念から、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。 3 理念から、個人の尊厳の保持を旨とし、社会的役割を果たすという考え方を読みとることができる。	法人のホームページに、法人の基本理念が明示されている。理念には利用者の尊厳を大切に地域社会で利用者本位のニーズに合った福祉サービスを提供していくことが掲げられている。
			理念に基づく基本方針を明文化している。	a)	4 実施する福祉サービスの基本的な考え方や姿勢を明らかにした基本方針を事業所ごとに定め、文書(事業計画等の法人・事業所内文書、広報誌、パンフレット等)に記載されている。 5 基本方針は、法人の理念に基づいた内容となっている。 6 基本方針は、職員が業務を行う際により所となるよう具体的な内容となっている。	法人のホームページに法人の理念に基づき基本的視点として明文化されている。法人の理念に沿い、利用者との信頼関係、地域とのかかわり、サービスの質の向上、資質の向上等が明記され、支援の拠り所になっている。
		(2) 理念や基本方針を周知している。	理念や基本方針を職員に周知している。	a)	7 理念や基本方針を施設の誰もが見やすい箇所に掲示している。 8 理念や基本方針を職員会議などの定期的な会合や朝礼などの日常的な機会を捉えてわかりやすく説明している。 9 理念や基本方針を年1回以上会議や研修を通じて全職員に説明している。 10 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	法人の理念や基本方針は玄関の誰もが見やすい場所に掲示されている。職員には一人ひとりに学園のマニュアルを配布し周知に努めている。また、支援会議で年1回読み合わせをしている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
	1	(2)	理念や基本方針を利用者等に周知している。	b)	<p>11 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成するなどして利用者や家族等の理解を促す取組を行っている。</p> <p>12 障害を持つ利用者等に対して周知の方法に工夫や配慮をしている。</p> <p>13 理念や基本方針を入所者が集まる機会や家族会等で資料をもとに説明している。</p> <p>14 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</p>	ホームページには、一日の生活の様子が写真や事業内容が示され、家族や利用者への基本方針に沿った支援の取り組みの周知に努めている。 利用者の特性に合わせ、判り易く説明を行い安心してグループごとの作業や外出などの取り組みが行われている。 毎年家族には、家族会では口頭で説明を行っているがわかりやすい資料の作成などにより、より丁寧な説明と理解が求められる。
	2 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。	中・長期計画を策定している。	a)	<p>15 理念や基本方針の実現に向けた中・長期(3～5年)の目標(ビジョン)を明確にしている。</p> <p>16 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>17 中・長期計画(3～5年)は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。</p> <p>18 中・長期計画に基づく取組を行っている。</p> <p>19 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	法人の中長期計画は平成22年から平成31年の10年間の中長期総合計画が作成されている。経営計画は5年を、設備整備計画は10年を一周期に計画の見直しを行っている。 「魅力ある福祉サービスの創生」と目標を掲げ、時代のニーズに対応した組織、福祉の動向を見据えたプランが立てられている。
中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。			a)	<p>20 中・長期計画に基づいて、年度ごとの事業計画を策定している。</p> <p>21 事業計画には、各年度における目標や事業内容が具体的に示されており、単なる行事計画になっていない。</p> <p>22 事業計画は、客観的に目標達成の程度が分かるように、目標を数値で示す等の配慮をしている。</p>	事業計画は、毎年、中長期計画に基づき運営の方針が示され、毎年度ごとの策定がされ利用率など目標を数値で示し重点事項を定めている。	
(2) 事業計画を適切に策定している。		a)	<p>23 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、計画を策定する幹部職員と現場の職員が協議する仕組みがある。</p> <p>24 関係する現場の職員・入所者等の意見を聞き、各計画に反映する仕組みがある。</p> <p>25 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。</p> <p>26 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。</p>	事業計画は、各グループ、係、クラブなどで検討し、幹部会議で職員の意見を吸い上げ、事業評価する事で次年度の事業に結び付ける仕組みがある。 年度途中でも再評価し、計画変更等ある時は補正予算を組みなおすなど、職員から提案された各計画の反映もなされている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )	
	2	(2)	事業計画を職員に周知している。	b)	27 各計画を会議や研修において説明している。	事業計画は職員に回覧している。同時に職員会議で説明を行っている。 各計画を職員がしっかり理解する事は計画達成には欠かすことのできない要件であり、職員全体への判り易い説明、より丁寧な説明、また、職員との建設的なコミュニケーションの工夫に期待したい。	
			事業計画を利用者等に周知している。		c)		28 各計画をわかりやすく説明した資料を作成するなど、より理解しやすいような工夫を行っている。
							29 各計画の進捗状況を確認し、理解を促すための周知の継続的な取組を行っている。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任を明確にしている。	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a)	30 利用者あるいはご家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。	事業計画は家族会やその役員会にて口頭で説明がなされているが資料などによる理解し易い説明には至っていない。しかし、利用者の特性にあわせ、日中活動など、実行に移す工夫は行われている。	
					a)		31 子どもや高齢者、障害を持つ利用者等に対して周知の方法に工夫や配慮をしている。
							32 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。
		遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a)	33 管理者は、法人の目指す方向（理念、ビジョン、使命、経営・運営方針等）を明確に語る事ができる。	園長の役割は職員職務分担表にも明示され、役割と責務を文書化し明確にされている。 事故発生、非常時マニュアル等があり園長の役割と責任が明確に示されている。		
		a)		34 管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。			
				35 管理者は、自らの役割と責任について組織の広報誌等に掲載して表明している。 36 平常時のみならず、緊急時（事故、災害等）における管理者の役割と責任について、明確化している。			
				a)	37 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	遵守すべき内容は、職員倫理要項、職員行動規範、個人情報保護の基本方針としてマニュアル化され、職員に配布している。 雇用、労働、防災、環境等の遵守すべき法令に基づき、学園の整備に取り組んでいる。	
			a)		38 管理者は、福祉分野はもとより、消費者関連、雇用・労働、防災、環境への配慮等福祉以外の分野についても守るべき法令、倫理等をリスト化するなどして明確化・明文化している。		
					39 管理者は、全職員に対して守るべき法令、倫理等を周知し、また守るための具体的な取組を行っている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	3	(2) 管理者がリーダーシップを発揮している。	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)	40 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について、年1回以上、評価・分析を行っている。 41 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を汲み取るための具体的な取組を行っている。 42 管理者は、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取組を明示して指導力を発揮している。 43 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。	サービスの質の向上には、運営重点事項を掲げ、法人を含めた各種研修等の参加を行い、研修報告会、研修記録回覧等で職員の質の向上に取り組んでいる。 サービスの質の向上については、園長、次長の指導のもと、職員の意見を汲み取る具体的な仕組みの構築に努め、質の向上に関する課題を明らかにする取り組みに期待したい。 園長は、把握された課題と取り組みを組織全体に明示し、組織的に活動できるようさらなる積極的な指導力発揮に期待したい。
			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。	a)	44 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。 45 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。 46 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 47 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を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	法人本部での経営委員会、管理職会議で人事、労務、財務の分析等行っている。 学園においては、職務分担、業務分担も明確にされ業務の効率化が図られ、代表者会議で施設運営について話し合う仕組みがある。 事業計画に運営方針とともに運営重点項目を定め事業の効率化、障害者雇用など業務改善の取り組みに努めている。
		(3) 重要事項を納得性のある方法で決定している。	重要事項について、実情を踏まえた意思決定を行っている。	a)	48 施設にとっての重要事項について、情報を十分集めると共に関係者から意見を聞いて、意思決定を行っている。 49 施設にとっての重要事項にかかる意思決定手順を、職員に周知している。	学園の会議要綱も示され、重要事項の内容により検討し、意見を上げていく仕組みや手順は整っている。
			重要な意思決定内容を関係者に説明・周知している。	a)	50 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その内容と決定経緯を全職員に説明し、理解を得ている。 51 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その関連する事項を決定経緯を含めて入所者や家族会に伝えている。 52 施設にとっての重要事項にかかる意思決定について、その関連する事項を決定経緯を含めて業務の連携先や地域に伝えている。	職員には全体の会議、家族には家族会、利用者には利用者の特性にあわせグループ活動時等や学園だよりを利用し説明周知に努めている。また、法人の目指す地域移行でのグループホーム建設などについての説明は説明会等で地域の方に伝えている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )	
組織の運営管理	1 経営状況の把握と透明性の確保	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	a)	53 社会福祉事業全体の動向について、各種会議に出席する等して、積極的に把握している。 54 入所者数・入所者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。 55 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。 56 把握した情報やデータに基づいて、中・長期計画や各年度の事業計画を策定・見直ししている。	法人内事業部と連携しニーズの把握に努めている。把握した福祉ニーズにより中長期計画が策定されている。法人の他事業所との連絡調整を行い社会福祉事業全体の動向の把握に努めている。	
			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)	57 サービスのコスト分析や入所者の推移、利用率等の分析を年1回以上行っている。 58 提供するサービスを効果的に行うため、その内容・人員配置・所要時間等について検証している。 59 改善に向けた取組に基づいて、中・長期計画や各年度の事業計画を策定・見直ししている。 60 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	入所率の推移や目標が示され、利用率の分析が行われている。半年ごとに補正予算作成時、次年度予算作成時に提供するサービスの検証を行い効果的なサービス提供に努めている。短期入所生活利用者対応などにも、日々職員配置、所要時間などを検証し効果的に行っている。	
		(2) 地域社会に対して透明性の高い組織となっている。	経営状況を公開している。	a)	61 入所者や家族等に経営状況に関する情報を記載したパンフレット・広報紙等を配布し、情報提供を行っている。 62 経営状況に関する情報を誰もが目にふれやすい方法（ホームページやパンフレット等）で地域社会に開示し、透明性の確保を図っている。	法人のホームページ 学園のホームページに情報公開されている。	
			外部監査を実施している。	a)	63 公認会計士等の専門家による外部監査を実施している。 64 外部監査の結果に基づいた経営改善を実施している。	法人が契約し毎年行っている。	
		2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制を整備している。	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b)	65 常勤職員について、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が確立している。	必要な人材に関する具体的なプランについては法人の人事制度での人事管理制度が整備されている。人材育成は人事育成プログラムにより行われている。法人における人事管理は、法人内の職員の異動によるものが多く、施設の意向や職員の意向等の反映には至っていない。必要な人材や資格取得、適切な人員配置により、職員の意欲の喚起に繋がるようなプラン、プログラムに期待したい。
						66 非常勤職員について、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が確立している。	
67 職員採用、人材育成を計画的・組織的に行っている。							
68 必要な人材や人員体制について具体的なプランを定めている。（介護支援専門員や介護福祉士等の有資格職員の配置等）							
69 必要な人材や人員体制についての具体的なプランに基づいた人事管理が実施されている。							



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
	2		人事考課を客観的な基準に基づいて行っている。	c)	70 職種・雇用形態に関わらず、全ての職員の人事考課を年1回以上行っている。 71 人事考課の目的や効果を正しく理解し、考え方や位置づけを明確にしている。 72 人事考課の基準や方法を職員に明確に示している。 73 人事考課について職員が納得できるように取り組んでいる(十分な説明、制度構築への職員の参画等)。 74 人事考課の結果は、職員のやる気向上や成長につながるように本人にきちんとフィードバックされている。	人事考課は行われていない。園長は、職員との面談で希望や話を聞く機会を設けている。 法人を含めた人材育成と関連づけ、人材の能力開発、育成に活用され個々の意欲喚起、組織活性化のための工夫に期待したい。
		(2) 職員一人ひとりの主体的な判断と行動により組織の能力向上を図っている。	職員に、職務分掌を明示し、役割と責任を明確にしている。	a)	75 個々の職員の職務について、役割と責任を文書で定めている。 76 サービスを提供する現場に近い職員が、可能な限り現場で判断し行動できるような取組(権限委譲、責任の明確化等)を行っている。	職員分掌が組織図に示され、職務分担として業務内容が示され、権限移譲、責任の明確化に努めている。
			日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みを構築している。	b)	77 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みがある。 78 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みを全職員に周知している。 79 日常業務において専門の職種や部門を越えて協力し合う仕組みが機能している。	毎朝の引き継ぎ、夜勤の引き継ぎ等で、利用者の情報共有を図っている。 利用者の重度化等により、利用者一人ひとりの担当職員が課題解決に向け任される業務等の負担が大きくなっている。専門職や部門を超えて協力しあう仕組みの見直しや構築により、さらに機能的に進まれることを期待したい。
			職員が改善事項を提案する仕組みを構築している。	b)	80 職員が改善事項を提案する仕組みがある。 81 職員が改善事項を提案する仕組みを全職員に周知している。 82 職員から提案された改善事項に基いた改善を実施している。	改善事項の提案は、毎月の支援会議、毎月の代表者会議、全体会議を通じ実施されている。 改善事項提案の仕組みを全職員が周知、提案された改善事項に基づき改善を実施し、組織の能力向上がさらに図れることを期待したい。
		(3) 職員の就業状況に配慮している。	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を構築している。	a)	83 担当者や担当部署を設置して、職員の意向・意見を把握・分析している。 84 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、毎月チェック・分析している。 85 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。 86 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。	有給休暇、公休の管理は全て園長が管理している。有給は変則勤務の職員は日勤勤務の人より取りにくい傾向にはある。 毎年、職員に異動を含めた意向調査を実施している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	2	(3)	職員の不安やストレスを受け止めるなど健康維持に関する仕組みを構築している。	b)	87 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。 88 職員が不安やストレスを気軽に相談できる仕組み（相談担当職員やカウンセラー、専門家等）がある。 89 職員が不安やストレスを相談できる仕組みを全職員に周知している。 90 職員が不安やストレスを相談できる仕組みが機能している。	「心の健康づくり計画」の仕組みが法人としてある。研修会を行い、園長や相談し易い職員が話を聞き、専任カウンセラーの直接電話番号で相談する仕組みがある。職員会議で説明をし周知にも努めている。ヒヤリングが行われている。気軽に職員が話を出来る人や仕組みの構築も今後の課題と考える。
			福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a)	91 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。 92 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生事業の充実に取り組んでいる。	長野市共済互助会に加入している。様々なサービスの割引、子どもの祝い金など利用されている職員も多い。
		(4) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。	a)	93 目指す福祉サービスを実施するために、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を、基本方針や中・長期計画の中に明示している。 94 実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、組織が職員に求める専門技術や専門資格を、基本方針や中・長期計画の中に明示している。	組織が求める基本的姿勢や意識は、法人の事業運営方針に示されている。 法人の中長期計画の人材育成プログラムで新たな人材育成制度を構築することを明記している。
			個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいて具体的な取り組みを行っている。	a)	95 職種・雇用形態に関わらず、すべての職員について、基本姿勢に沿った個々の教育・研修計画が策定されている。 96 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。 97 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。 98 職種・雇用形態に関わらずすべての職員に、年1回以上人権の尊重に関する研修を行っている。 99 外部の機関・団体による研修に、年1回以上職員を参加させている。	施設内研修は非常勤を含めた全ての職員が参加しメンタルヘルス、虐待防止伝達研修を行い、法人による職階別研修、施設外研修では個々のレベルアップ支援を目的に計画的に実施されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	2	(4)	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。	a)	100 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。 101 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けるなどして他の職員との共有化を図っている。 102 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。 103 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。 104 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。	研修後は復命書により、研修報告が出されている。研修の報告は朝の引き継ぎや会議、施設内研修で職員に共有している。 参加した研修についての報告はなされているが、それに対する具体的な評価・分析を行っていることが確認できず、実りのある研修内容、カリキュラムの見直しが望まれる。
			新人職員に対する指導を適切に行っている。	a)	105 職種・雇用形態に関わらず、全ての新人職員のための初任者研修プログラムがある。 106 新人職員を指導する者の要件を、文書で定めている。	法人の職階別研修計画に定められている。新人職員の指導は主任業務として明示され、JTでの指導がなされている。
		(5) 実習生や他事業所職員の研修の受け入れを適切に行っている。	実習生や他事業所職員の研修の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	a)	107 実習生や他事業所職員の研修の受け入れに関する基本姿勢を、文書で定めている。 108 実習生や他事業所職員の研修の受け入れに関する基本姿勢を会議等で職員に説明している。 109 実習生や他事業所職員の研修の受け入れについて、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。 110 受け入れにあたっては、学校や研修派遣元の事業所との覚書を取り交わす等によって、実習や研修における責任体制を明確にしている。 111 実習・研修指導者に対する研修を実施している。 112 実習・研修内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。 113 学校や研修派遣元の事業所側と、実習・研修内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習・研修期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 114 介護福祉士、看護職員、ホームヘルパー等の職種に配慮したプログラムを用意している。	「ひかり学園実習生受け入れ手引き」がある。受け入れの基本姿勢、受け入れ連絡窓口、オリエンテーション等文書で定めている。 実習は介護福祉士、保育士 教員免許取得、社会福祉士などの実習受け入れを行い、実習指導者研修を受けた社会福祉士が中心に指導に当たっている。実習派遣校と打ち合わせや指導確認など行い継続的な維持を行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
	3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取り組みを行っている。	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を整備している。	a)	115 管理者は入所者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。 116 事件・事故、災害、衛生管理に対する知識と体制がある。 117 入所者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。 118 担当者等を中心に年1回以上安全確保に関する検討会を開催し、検討会には、現場の職員も参加している。 119 事故等の種別ごとに対応できるマニュアル等を作成し、年1回以上研修・訓練等で職員に周知している。 120 休日・夜間の関係機関との連携がとれている。 121 災害・事故等の緊急時にも家族と連絡が取れるように連絡網を作っている。	事故種別により感染症、事故発生、非常時連絡、交通事故等のマニュアルが作成され、毎年施設内研修が担当者の責任のもとに行われている。しかし、ケガ、負傷や外出時事故、器物損傷など様々な事態を想定した更なる種別ごとのマニュアル作成、研修が望まれる。 職員の非常時連絡網の整備もなされ、非常時連絡マニュアルにて家族連絡の仕組みも整えられている。 特別検討委員会の中に管理者を中心に事故、感染症などに対する検討の仕組みがある。
		(1)	災害時に対する利用者の安全確保のための取組みを行っている。	a)	122 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。 123 災害時の対応体制が決められている。 124 利用者および職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。 125 食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 126 地元の消防署、警察、自治会など連携するなど工夫して訓練を実施している。	施設の自衛消防組織が定められ、職務分担が明確にされている。 消防計画に基づき、避難、消火訓練の実施。また、地域との協力応援協定に基づく夜間総合訓練も行っている。 今年度の事業計画にも火災、地震等の非常時に備え避難訓練を3回行い、施設及び防災器具の点検整備を行うことも予定されている。 備蓄品リストの整備もされ栄養士を中心に備蓄がなされている。
			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)	127 入所者の安全を脅かす事例収集の仕組みを整備し、実施している。 128 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。 129 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 130 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、年1回以上評価・見直しを行っている。	危機管理委員会が設置され、事故、ヒヤリ・ハット事例の集約と検証を行っている。 職員に対し会議において、分析結果報告を行い事故防止に努めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
	4 地域との交流と連携	(1) 地域との適切な関係を確保している。	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a)	<p>131 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。</p> <p>132 入所者の助けになる地域の福祉に関する情報や地域イベント情報等を収集し、掲示板の利用等で入所者に提供している。</p> <p>133 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。</p> <p>134 利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制が整っている。</p> <p>135 事業所や利用者への理解を得るために、町内会、子ども会、老人会など地域の諸団体と連絡をとり、施設の行事に地域住民を招待するなど、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。</p> <p>136 利用者の日常的な活動(買い物や通院等)について、個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</p>	<p>地域のお祭、運動会には職員が引率して、利用者が参加している。</p> <p>地域小学校との餅つき大会、保育園との芋掘りなど交流会を実施している。</p> <p>11月学園祭では、近隣にポスターを掲示し、市報、地区への回覧板、有線放送による広報活動を実施し、地域の方が多数来園されている。</p> <p>地域との連携は利用者の日々の暮らしに潤いをもたらし、社会生活の学びの場ともなっている。</p>
	4	(1)	事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	<p>137 地域における福祉の主体として、責任を果たすための事業所の方針・役割を文書で定めている。</p> <p>138 地域における福祉の主体としての活動を職員に周知し、具体的な方法を定期的に話し合うなどして理解を図っている。</p> <p>139 介護等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>140 住民が自由に参加できる地域ニーズに即した多様な支援活動を行っている(介護相談・介護者の集い等)。</p> <p>141 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</p> <p>142 地域住民の行事等のため、施設を開放している。</p>	<p>体育館は、地域住民や中学生の社会体育活動に毎夜、土日祝日、活発に貸出利用されている。敷地内駐車場も地域行事に開放されている。</p> <p>近くの公園、神社の清掃活動を利用者と職員が年に数回実施しており、地域より表彰を受けている。</p> <p>保育所、小学校との交流会、中学生のボランティア活動などでは、ひかり学園や利用者の特性について説明を実施しており、地域の子ども達にとっても発達段階に応じて人権や障害者福祉における身近な生きた学びの場を提供している。</p>
			ボランティア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)	<p>143 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を文書で定めている。</p> <p>144 ボランティア受け入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。</p> <p>145 ボランティアに対して必要な研修を行っている。</p>	<p>地域のボランティアグループの活動予定が行事に合わせて年間計画にも明記され、毎月来て頂き、学園側の担当者も決められている。</p> <p>中学生の清掃ボランティア受け入れ時には、参加生徒80名ほどに対し、事前説明を実施している。</p> <p>不測の事故を防ぐためにも、事業所の基本姿勢の明示、受け入れマニュアル作成など、組織体制の整備が望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	4	(2) 関係機関との連携を確保している。	必要な社会資源を明確にしている。	a)	146 連携の必要のある地域の関係機関・団体について、リストや資料を作成している。(居宅介護支援事業所、福祉事務所、保健所、病院、学校、ボランティア団体等) 147 地域の関係機関・団体の機能や連絡先について、職員会議で説明する等職員間で情報の共有化を図っている。	非常時連絡網、電話番号一覧表、利用者毎の連絡先リストなど作成し、必要なものは事務室、職員室内などに掲示されている。
		(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	関係機関等との連携を適切に行っている。	a)	148 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 149 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。(地域に適切な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。)	地域の住民自治協議会、人権同和教育推進協議会など役員として参加している。 法人内に限らず、福祉ネットワーク等の会議に出席、参加している。
	地域の福祉ニーズを把握している。		a)	150 地域の関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 151 民生委員等と定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 152 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	短期入所利用者に応じて、多様なニーズに対応できる支援体制、また、職員の研修を実施し、支援スキルの向上にも努めている。	
	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動を行っている。		a)	153 把握した福祉ニーズに基づいて、独自の事業・活動を行っている。(在宅サービス、相談事業等) 154 把握した福祉ニーズに基づいて行っている独自の事業・活動について、中・長期計画や事業計画の中に明示している。	短期入所では、在宅障害者や障害児の受け入れ、利用者の多様化に合わせて職員の支援スキルの向上を図っている。また、緊急時利用に対応するため、計画的な受け入れ実施など在宅の方への支援に取り組んでいる。 養護学校、日中事業所と連携して障害者タイムケア、障害児自立サポート事業に取り組んでいる。 地域移行に向けてグループホームとの連携を図り、宿泊体験を実施し、日中生活介護に通ってくる方など、利用者に合わせて切れ目のない支援に取り組んでいる。 児童から障害者、高齢者までの多様な福祉事業を運営する法人として、中長期計画にビジョンの明確化、地域の福祉ニーズに合わせての事業展開など事業目的別に明示されている。	

(別添2)

事業評価の結果(評価対象)

福祉サービス種別: 障害者支援施設  
事業所名(施設名): 長野市ひかり学園

第三者評価の判断基準  
 a・・・着眼点をすべて実施している状態  
 b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態  
 c・・・着眼点を一つも実施していない状態  
 実施していない状態  
 実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
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) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	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り組みを行っている。	a)	155 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。 156 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。 157 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 158 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。	法人基本理念を玄関横に掲示し、年度当初の会議にて全職員に配布し、理念に基づく職員行動規範(基本姿勢)を示している。 人権、身体拘束、虐待防止について会議等で職員に周知している。 施設内研修では、障害者虐待防止法、虐待が起きる背景や虐待防止のための具体的取り組みについて学んでいる。
			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。	a)	159 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。 160 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 161 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。 162 利用者や保護者に関する情報の収集は、本人及び保護者の同意のもとサービス提供に必要な最小限の範囲としている。 163 記録されている個人情報は、利用者及び保護者の求めに応じて開示している。 164 外部に提出する個人情報は、利用者及び保護者の同意を得ている。	法人全体で個人情報保護規程を定めている。 プライバシー保護について全体の業務マニュアルに定め、職員会議にて読み合わせを実施している。外部に提供する個人情報については、園長の確認、保護者の同意、本人への説明実施など基本方針に従い、取り扱いを適切に行うよう努めている。 排泄記録や利用者情報の入った書類の置き場所への配慮、排泄介助におけるカーテンやドア開閉など職員間で周知されている。また、入所施設であり、意思を確認することが困難な利用者もおられる。通信、面会や入浴、排泄等の生活場面におけるプライバシー保護について、留意点を明示したマニュアル整備が望まれる。
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a)	165 利用者満足の向上を目指す姿勢を明示した文書がある。 166 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 167 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、保護者懇談会を定期的に行っている。 168 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	食事の嗜好調査を実施し、行事や誕生日に希望メニューを提供している。毎月の給食会議でも、利用者の担当者からの情報や聞き取り結果も含めて検討している。 個別支援計画更新時の半年毎に、利用者や家族の意向を確認している。 家族会には、園長と次長が意向把握の意味を含めて参加している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	1	(2)	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a)	169 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、本人及び保護者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 170 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 171 標準化したサービスの他、利用者の状況等に応じて臨機応変な対応をとっている。	クラブ活動の内容は、利用者の意見に基づいて内容を変更し、グループや個別に合わせるなど利用者の希望、要望を的確に把握し、障害、特性に応じて改善に努めている。
			個別支援計画にもとづいた支援を行っている。	a)	172 利用者の特性と発達段階に対応した個別支援計画にもとづいて支援している。 173 個々の特性にあわせたコミュニケーション方法の工夫を行っている。 174 利用者や保護者の希望を把握し支援計画に反映している。 175 社会生活力向上のための、調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムを取り入れている。 176 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 177 必要に応じて退所後も継続して支援を行っている。 178 利用者の特性や心身の状態に合わせて療養内容を決めている。 179 必要に応じ保護者等への相談支援を行っている。	個別支援計画は、年1回以上はケース会議で検討し、保護者の希望も把握して半年を原則に作成し同意を得ている。計画に沿って、社会生活力向上のため他施設の見学、グループホームの見学、調理実習に取り組んでいる。 特性、障害に応じて、筆談や筆記などコミュニケーション方法を工夫し、円滑にできる場合もあるが、理解が難しい場合もあり苦慮している。 退所後も継続して訪問、様子を確認し、再入所も検討して実施するなど状況に応じて支援する体制をとっている。
			施設での療育訓練が楽しく、自主的に取り組めるよう工夫している。	a)	180 利用者が主体的に施設で日常生活ができるような様々なプログラムを用意している。 181 食堂などの共用スペースはゆとりを持つとともに、清潔にしている。 182 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。 183 利用者が作業や活動をする部屋の環境を整えている。	日中活動の生活介護は、障害や特性などにより5つのグループに利用者を分けて、グループで生産活動や作業に取り組み、各特性に合わせての部屋や環境を整備している。 自閉傾向の強い利用者の部屋はパーティションで個別に区切り、集中して作業ができるように配慮している。 ゆったりしたくつろぎの時間を利用者とともに職員と一緒に過ごしているスヌーズレンの部屋を環境整備している。新たな機器を導入した部屋を追加して整備しており、利用者が少しでも心地よい時間を過ごす場が増えるように職員が研修し、準備中である。
			施設と保護者との交流・連携を図っている。	a)	184 保護者等の見学は、いつでも希望に応じて受け入れている。 185 利用者の生活状況を機関誌などで、定期的に保護者へ知らせている。 186 保護者等からの個別の相談にも応じている。 187 施設と保護者等が交流・意見交換する場を設けている。 188 利用者の状況を個別に保護者等へ定期的に報告している。	毎月発行の学園「ひかりだより」を保護者に郵送し、写真入りで分かりやすく書かれ、学園での利用者の様子をお知らせしている。 家族会を年3回、総会を年1回、家族会主体で開催し、役員も選出されており、半数以上の家族の参加がある。園長、次長が出席しており、会からは入浴環境への要望等出されている。



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	1	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	189 利用者又は保護者等が、相談方法や相談相手について複数の中から自由を選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 190 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。 191 相談や意見を述べやすいような部屋の配置に配慮している。	重要事項説明書に苦情と共に相談も受け付ける旨、明記され、契約時に口頭で、遠慮無く相談するように説明している。玄関横に、苦情解決のポスターが第三者委員の名前入りで掲示されている。
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	192 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備し、実際に機能している。 193 苦情解決責任者は、全ての苦情と園対応結果を把握している。 194 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 195 保護者等が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。 196 保護者等へアンケートをとるなど、施設が積極的に意見や要望・苦情を聞いている。 197 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族、関係職員に必ずフィードバックしている。 198 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。	法人の苦情解決に関する規程が整備され、法人ホームページに事業所毎に苦情処理件数、おおまかな内容、解決状況など掲載されている。昨年の事業所の苦情件数は2件である。苦情処理に関する担当者が決められ、記録ファイルが整備され、苦情内容は会議で報告、改善につなげるように周知されている。記録様式を見直し、苦情解決の体制が機能して、サービスの質の改善に繋がり、職員全体の取り組みとなるよう努めている。
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	199 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。 200 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。 201 苦情申し出から解決までマニュアルに沿って記録している。 202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	利用者や家族からの意見を福祉サービスの改善に反映するためにも、様々な意見を汲み取るよう方法を工夫し、職員に会議等で周知している。苦情に限定されない利用者からの意見や提案への対応について、明確なルールやマニュアル策定が望まれる。公正な対応、一定の明確な基準に従う姿勢が利用者、家族からの信頼を高めることにつながる。さらに、日常的に接する職員のみならず、事業所全体の組織的な取り組みとなることに期待する。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
	2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。	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)	204 定められた評価基準に基づいて、年に2回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 205 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 206 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	初めての第三者評価受審であり、担当者を中心に全職員が真摯に取り組んでいる。
			評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	c)	207 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 208 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 209 職員間で課題の共有化が図られている。	初回受審であり、評価結果に対し、組織的に分析、課題に取り組むことが求められる。また、自己評価、第三者評価の計画的実施、評価後の結果分析、検討などの仕組みが組織的に実施されていくことが求められる。
			課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c)	210 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 211 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。	初回受審であり、課題に対し、職員が参画して事業計画等に盛り込むなどの活用、改善策や改善計画の策定、中長期計画への反映、実施、見直しなど段階的な対応が望まれる。
		(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	b)	212 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	健康管理は、看護部門のマニュアルと職員全体向けの感染症対策、事故発生、非常時連絡マニュアルが作成されている。障害の多様性や発達段階など個人差が大きく、利用者個々の支援の留意点を服薬、健康、食事、入浴、排泄などの観点からまとめた個別支援マニュアルを昨年より作成し、活用している。標準的な実施方法、特に日常サービスにおいては、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示して、文書化されることが望まれる。
					213 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。	
					214 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	
					215 日常サービス（健康管理、調理、食事、入浴、排泄、職員の接遇など）のマニュアルが作成されている。	
					216 マニュアルは、職員の共通理解が得られるような表現で作成されている。	
					217 マニュアルの作成は、関係する分野の職員が参画し作成している。	
					218 マニュアルは使いやすい場所にあり、必要なときにすぐ参照でき、有効活用により問題解決している。	
219 日常のサービスのあり方や支援方法について、職員に対する指導的立場の者が職員へ評価・助言・指導を行っている。						
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。	a)	220 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	毎年、年度当初に職員全員に配布される事業、業務マニュアルは業務係ごとに責任者が明示され、職員の意見が反映される仕組みができている。			
		221 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されている仕組みになっている。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	2	(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a)	222 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 223 利用者の情報等を修正し、かつ経過がわかるようにしている。 224 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 225 記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。	法人内の障害者支援施設共通の支援ソフトを使い適切に記録されている。また、職員の習熟度やニーズに合わせて改善を図っている。支援ソフトに頼るがあまり、記録が「出来事の記録」に留まっている傾向にある。個別支援計画に基づいたサービス実施状況の記録が少ない。利用者や支援者の「個性」や「思い」が伝わる記録への工夫を期待したい。
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	226 記録管理の責任者が設置されている。 227 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。 228 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。 229 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	法人の「文書取扱管理規定」および「個人情報保護に対する基本方針」に則り、適切に管理されている。個人情報保護や情報の開示について研修を行って周知徹底を図っている。
			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。	a)	230 利用者に提供された重要なサービスについて具体的に記録し、情報を共有化・活用できるよう検討会議などの仕組みがある。 231 情報共有を目的として、ケアカンファレンスや各担当が工夫・改善した事例報告の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 232 パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。	月に2回、施設全体で「支援会議」を行い、情報共有を図ると共に、施設全体がネットワーク化されており、共通の支援ソフトを用いて情報の管理を行っている。また、緊急の伝達については、文書にて通知している。
3 サービス の 開始 ・ 継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	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)	233 事業所を紹介したホームページを作成し、インターネットで公開している。 234 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 235 理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したパンフレットなどを作成し、公共施設等へ置いている。 236 事業所を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵などの使用で誰にでもわかるような内容にしている。 237 問い合わせへの対応体制を整えている。 238 利用希望にあたっての見学を受け入れている旨の広報を行っている。 239 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。	ホームページなどを使い広く地域に施設の情報を発信し、必要に応じては何時でも見学できるよう配慮している。公共機関などにパンフレットを置くことはしていないが、「地域の施設を紹介する資料」には、施設の詳細が記載されている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	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。	a)	240 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料により、利用者に説明している。 241 説明項目（事業概要、サービス内容、職員体制、利用者負担、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件等）重要事項説明書や契約書の内容は、わかりやすいよう工夫して説明し、説明書は本人と保護者へ渡している。 242 利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。 243 サービス利用の決定について迷っている人には、利用決定について判断するまでの期間に余裕を持たせている。	サービス開始時に必要な事項は、重要事項説明書に記載し、入所時に適切に説明している。
		(2)	サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	244 他の事業所や家庭・就職・就学への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 245 サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 246 サービス終了時に、利用者や保護者に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	必要な情報（アセスメント等の資料）は、必要に応じて引き継がれている。 地域移行や重度化に伴う施設への移行について、その多くの場合、法人内に様々な種類の施設があり、同じ支援ソフトを使用しているために正確な情報の提供が出来る。また、移行に伴う相談支援センターも法人内にあり、必要に応じて綿密な相談が出来る体制にある。
	4 サービス実施計画の策定	(1)	利用者のアセスメントを行っている。	a)	247 サービス開始時に利用者の個別情報や要望を把握し、決められた書式に記録している。 248 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適応できるよう支援している。 249 利用当初の保護者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。	サービス利用開始には、前の事業所の資料の他、支援ソフトのアセスメント様式に独自の改良を加えて利用者の正確な状況の把握に努めている。
		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)	250 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続が決められている。 251 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。	アセスメント等で得られた情報は、担当職員・主任・サービス管理責任者の3者で課題とニーズについて話し合わせ、個別支援計画の策定に繋げている。しかし、支援ソフト上ではその記録が残らないため、策定に至った過程をどのように保存し、今後の資料として活用するか課題と思われる。	
(2)		利用者に対するサービス実施計画を策定している。	a)	252 個別支援計画作成にあたっての基本的考え方・方法を明確にし、記入・活用しやすい定められた様式で作成している。 253 サービス実施計画策定の責任者を設置している。 254 サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者や保護者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 255 サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。	個別支援計画の策定は、アセスメント結果を踏まえ、適切に作成されている。 策定された個別支援計画は、組織内で適切に承認され、利用者及び家族の同意を受けてサービスが実施されているが、個別支援計画の詳細や作成過程での課題について、職員間での情報の共有に一層の工夫を期待したい。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価項目ごと)
	4	(2)	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	256 サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者及び保護者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 257 サービス実施計画の見直しは、保護者に説明し合意を得ている。 258 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 259 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	6ヶ月毎に適切にモニタリングされており、次期の個別支援計画に反映されている。また、緊急に支援内容が変わった場合は、月に2回行われる支援会議や月1回のリーダー会議などで検討し、サービス内容の変更が行われている。しかし、変更内容の周知については、より一層の工夫を期待したい。 月に2回行われる支援会議において、毎回3ケースずつ個別支援計画を議題に上げ、多くの職員でケース検討している。年間を通して全て利用者のケースを支援会議でグループを越えた多くの職員で再検討し、新たな気づきを積極的に求めている。
	5 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a)	260 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。 261 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掛けている。 262 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。) 263 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。 264 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。	意思の伝達が困難な利用者が少ない状況で、音楽療法や機能訓練等を通して、コミュニケーション能力の向上に努めている。また、職員個々も一言でも多く利用者の声をくみ取るため様々な努力をし、より一層の広く利用者の声に耳を傾ける意欲を持っている。
利用者の主体的な活動を尊重している。			a)	265 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。 266 利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。 267 利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。 268 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 269 自治会等がある場合は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。	日常の各グループの活動において、出来る限りの利用者の意向を取り入れた活動を行っている。また、施設全体においても、行事などの際には、利用者自治会を通して利用者の希望を取り入れるようにしている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	5	(1)	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a)	270 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。 271 自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。 272 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。	個別支援計画作成時のアセスメントにより、利用者に必要な支援を把握し、少しでも自立出来るよう「個別支援マニュアル」を通して、自立を意識した支援を統一して行っている。比較的自立度の高い「すだち」「あすなる」グループにおいては、椎茸や新作りなどの就労訓練を行い、それに対する「工賃」も支給し、働く意欲の向上に努めている。
			利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a)	273 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。 274 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 275 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。 276 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。	グループホームなどの地域生活への移行を希望する利用者については、他施設の見学や同法人のグループホームなどの宿泊体験の他、実際の社会生活を旨とした自立訓練を行っている。
	6	(1) 食事	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a)	277 サービス実施計画等において、栄養量、食事形態、水分補給、介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。 278 食事の介助等、支援方法に関してマニュアル（留意すべき点を含む手引き等）が用意されている。 279 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。	栄養ケア計画を策定し、利用者一人ひとりの支援方法がマニュアルとして整理されている。
			食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a)	280 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。 281 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 282 適温の食事を提供している。 283 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。 284 食卓には複数の調味料・香辛料が用意されている。 285 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。 286 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。	毎月の食事会議では、利用者は参加していないが、担当職員から伝えられた利用者の状態や希望を把握し、日々の献立に活かしている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )	
	6	(1)	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a)	287	食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。	広く明るい食堂で、殆どの利用者が自由に席を選び食事を摂っている。また、利用者の特性により、落ち着いた環境での食事が必要な利用者に対しては、個室や慣れた環境で食事が出来るよう配慮している。 食事時間は、食事介助などの特別な支援が必要な利用者を優先している他は、自由に設定し、日中活動などの個々の都合に合わせた食事時間となっている。
					288	食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、食事時間帯に幅を持たせて個人が好む時間に摂ることができる。	
		(2) 入浴	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a)	289	一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。	一人ひとりの状況に応じた個別の入浴支援マニュアルに従い、健康状態をチェックした後に入浴を行っている。また、入浴後は、入浴した利用者を確認し、全ての利用者が清潔な身体状況を維持できるよう努めている。
					290	安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。	
					291	入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。	
			入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a)	292	設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。	入浴介助が必要でない利用者は、日中活動の後、毎日入浴することができる。 入浴介助が必要な利用者は、隔日の入浴が提供され、その他にも必要性や希望によって、シャワー浴を提供している。
					293	入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めており、回数については少なくとも週2回以上である。	
			浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a)	294	浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。	広い浴槽と冷暖房が完備された脱衣室が設備されている。しかし、利用者が重度化する中、身体機能が低下した利用者には、スロープや手摺りなどの設備しかない。その為、特殊浴槽などの新たな設備を検討している。
					295	脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。	
					296	浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。	
(3) 排泄	排泄介助は快適に行われている。	b)	297	排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。	日々利用者が重度高齢化していく中、排泄機能の低下だけでなく、様々な疾病の増加も予想される。重度化する現状と予測される状況を見越し、排泄方法の見直しとマニュアルの整備が必要と思われる。		
			298	排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。			
			299	排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。			
			300	排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	6	(3)	トイレは清潔で快適である。	b)	301 身体状況に応じた設備や補助員の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。 302 プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。 303 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 304 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 305 採光・照明等は適切である。 306 冷暖房等の設備は適切である。	重度化に伴う、車椅子の出入りができるトイレの数が少なく、現状でも不便な状況とこのことである。一層の重度高齢化に備え、設備の改善を期待したい。 床の張り替えや脱臭装置など、トイレの衛生に努力している姿が伺えた。しかし、一部のトイレで利用者の使用に手入れが追いついていないところが見られた。トイレは施設だけでなく、一般住宅でも最も重要な設備の一つであり、特に臭いは、来訪者の印象に大きく影響すると思われる。汚れの酷い箇所は日に何度も清掃し、より一層清潔な環境となることを期待したい。
		(4) 衣服	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a)	307 衣類は利用者の意思で選択している。 308 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 309 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	自らの意思で選択できない利用者が多いが、買い物支援で意思を確認して購入している。
			衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a)	310 利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。 311 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。 312 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。	汚れのある場合は職員が判断し着替えを行い、破損に対しては担当職員が適宜に対応している。
		(5) 理容・美容	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a)	313 髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。 314 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。 315 理容・美容に関する資料や情報を用意している。	利用者の要望に応じて職員が情報を提供し、相談にのっている。
			理髪店や美容院の利用について配慮している。	a)	316 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。 317 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。	地域の理容室・美容室に送迎を行うと共に、施設内でも「出張カット」を行っている。



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	6	(6) 睡眠	安眠できるように配慮している。	a)	318 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。 319 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。 320 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。 321 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。 322 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。	寝具は全て個人持ちで、利用者の好みに対応している。 就寝や睡眠に配慮しなければならないことは、個別マニュアルに記載し、精神的に落ち着かない(不眠など)利用者に対しては、落ち着くまで別室で眠れるよう配慮している。
		(7) 健康管理	日常の健康管理は適切である。	a)	323 利用者の健康管理票が整備されている。 324 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 325 医師又は看護婦による健康相談を受けることができる。 326 医師又は看護婦が、利用者(及び必要に応じて家族等)に対して健康面の説明を定期的に行っている。 327 利用者(及び必要に応じて家族等)の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。 328 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。 329 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。	看護師を中心に健康管理体制をとり、医務室個人ファイルを利用者個別に作成している。 毎朝、体育館で利用者が揃ってラジオ体操を実施している。 訪問歯科医が歯科衛生士と共に来ており、口腔衛生に関して診察、指導している。 理学療法士が週一回、機能訓練士が月2回定期的に来園し、身体面の機能維持や向上において専門家の助言指導を受けている。
			必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	330 健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。 331 地域内に協力的な医療機関(診療所又は病院、緊急時にアクセスできる診療所又は病院)を確保している。 332 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	感染症マニュアル、事故連絡マニュアルの記載、協力病院との協定書締結など適切な医療が受けられるように環境を整備している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	6	(7)	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	b)	<p>333 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。</p> <p>334 一人ひとりの利用者に使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）について、マニュアルが用意されている。</p> <p>335 薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。</p> <p>336 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。</p>	<p>医務室個人ファイルには、内服薬の情報が綴じてある。日付ごとに朝、昼、夕、就寝前と時間帯別に看護師が、薬を棚に分けて入れている。 服薬は責任者が専任で担当し、利用者の名前と顔、内服薬袋の記載名前を確認の上、手渡しして内服するのを確認している。誤薬などの事故の場合は、マニュアルに従い、看護師の指示などにより対応している。</p>
		(8) 余暇・レクリエーション	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a)	<p>337 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。</p> <p>338 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。</p> <p>339 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。</p> <p>340 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。</p> <p>341 地域の社会資源を積極的に活用している。</p>	<p>日常の日課の他、施設行事や地域行事などのレクリエーションの情報を提供し、参加を支援している。 積極的にレクリエーションに対する要望を訴える利用者は少ないが、職員がその意向を出来るだけ把握し、要望が叶うよう支援している。</p>
		(9) 外出、外泊	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a)	<p>342 利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。</p> <p>343 必要などときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。</p> <p>344 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。</p> <p>345 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。</p>	<p>利用者の意向を出来る限り取り入れ、外出を支援している。 地域生活への移行を望む利用者には、地域での生活を目指した外出支援を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 ( 評価項目ごと )
	6	(9)	外泊は利用者の希望に応じよう配慮されている。	a)	<p>346 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。</p> <p>347 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。</p> <p>348 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。</p>	利用者や家族の要望にそって出来る限りの外泊支援を行っている。
		(10) 所持金・預かり金の管理等	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a)	<p>349 利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。</p> <p>350 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p> <p>351 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。</p> <p>352 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。</p> <p>353 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>	法人の「利用者預かり金管理要綱」により適切に管理され、日常の小遣いについても、利用者や保護者に分かりやすく記帳し、報告されている。 簡単な買い物や施設内の自動販売機を使うことの出来る利用者に対しては、担当と利用者本人との話し合いの下、少額の小遣いを自己管理し、本人の意思を尊重した買い物出来るよう努力している。 地域移行や施設外での就労を目指す利用者については、日常の買い物などの経済活動ができるよう学習プログラムを設け、担当職員が支援している。
			新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a)	<p>354 新聞・雑誌を個人で購読できる。</p> <p>355 テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。</p> <p>356 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。</p>	新聞・雑誌の購読、テレビ等の利用については特に制限はなく、利用者個々の意思や希望に添って支援している。
			嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a)	<p>357 利用者の代表や自治会等と話し合っルールを設けている。</p> <p>358 具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。</p> <p>359 酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。</p>	施設全体では嗜好品についてのルールはなく、利用者個々に担当の職員と話し合い、ルールを決めている。

(別添3 - 2)

### 利用者調査の結果

福祉サービス種別 障害者支援施設  
事業所名(施設名) 長野市ひかり学園

#### 1 調査概要

調査対象者	利用者本人		
調査方法	聞き取り方式		
利用者総数(人)	78人	調査対象者は、施設側から選択していただいた利用者12名に、調査員は二人ひと組で直接面談を行い、聞き取り方式により調査いたしました。	
調査対象者数(人)	12人		
有効回答者数(人)	12人		
利用者総数に対する回答者割合(%)	15%		

#### 2 利用者調査全体のコメント

ほとんどの利用者が施設の生活に満足し、やりたいことを行い、のびのびとした生活をしている様子が伺えます。ほとんどの利用者が自身の安心できる場所であることが伺えます。ほとんどの利用者が困った時には担当職員が話を聞き、自身の気持ちを理解し、相談が出来ているようです。安心した生活の場所になっています。

#### 3 利用者調査の結果

調査項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当(あ てはまらな い)
問1 食事はおいしいですか	12人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
全ての利用者が「食事はおいしく食べている」と答えて下さいました。嫌いなものや好きなもの等も希望が出ること出来、食事は楽しみの時間になっているようです。				
問2 あなたがやりたいと思った活動ができますか	12人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
全ての利用者がやりたい活動ができていると話されています。畑での野菜づくり、薪作り等工賃に結び付く作業、カラオケ、手話サークル等の参加、ゆっくり過ごす利用者等様々な過ごし方ができています。				
問3 施設には、のびのびできる雰囲気がありますか (外出やテレビなど)	12人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
全ての利用者がのびのび過ごしているようです。希望して買い物、バス旅行、高校野球観戦等、外出をしたい人は出かけられています。屋内に居たい人はテレビを見てゆっくり過ごしています。				
問4 職員が居室に入るときはノックや了解を求めますか	10人 83%	2人 17%	0人 0%	0人 0%
ほとんどの利用者は、職員はノックをしたり声かけて居室に入ってきていると話されていました。				
問5 職員は、丁寧(乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない)に接してくれますか	12人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
全ての利用者がやさしい言葉で接してく下さっているようです。丁寧に、呼び捨てにすることく接してく下さっている様子が見受けられました。				
問6 職員はみんな同じようにあなたに接してくれますか(人によって言うことが違ったり、すごく厳しい人がいたりしませんか)	12人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
全ての利用者は職員は同じように接してくれていると話されていました。				

調査項目		実数			
コメント		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当(あ てはまらな い)
問7	あなたの気持ちをわかってくれる(相談できる)職員がいますか	11人 92%	0人 0%	0人 0%	1人 100%
ほとんどすべての利用者は、担当職員をはじめ話をよく聞いてくれ、気持ちが判ってくれるのでイライラしていても落ち着くとはなされていました。					
問8	あなたが困ったとき、施設の職員は助けてくれますか	11人 92%	0人 0%	0人 0%	1人 8%
ほとんどすべての利用者が困った時は、助けてくれると話されていました。					
問9	困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	8人 67%	1人 8%	0人 0%	3人 25%
半数以上の利用者は、市の担当者等とは時々来所時に相談は行っているようです。解らないと応える方も3人おられました。					
問10	あなたの目標・計画について、いっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	10人 84%	0人 0%	1人 8%	1人 8%
ほとんどの利用者が、職員と一緒に相談していると答えています。グループホームに行く目標をはなされる利用者もおられました。					
問11	利用する前に、施設での生活や支援内容など、知りたいことについてわかりやすい説明がありましたか	0人 0%	0人 0%	0人 0%	12人 100%
「過去一年以内にこの施設の利用始めましたか」問いのため、すべての利用者非該当としました。					
問12	施設の役割やサービスなどの考え方を知る機会がありましたか	0人 0%	0人 0%	0人 0%	12人 100%
「過去一年以内にこの施設の利用始めましたか」問いのため、すべての利用者非該当としました。					
問13	説明を聞いて、ここで暮らしてみようと思いましたか	0人 0%	0人 0%	0人 0%	12人 100%
「過去一年以内にこの施設の利用始めましたか」問いのため、すべての利用者非該当としました。					
問14	あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	11人 92%	1人 8%	0人 0%	0人 0%
ほとんど全ての利用者が、不満に思っていることを口にしようとして、要望を気軽に話されているようです。どちらでもないと答える方が1名おられました。					
問15	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	12人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
全ての利用者が不満や要望にきちんと対応してくれ、話を聞いてくれると話されていました。					