

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 28 年 10 月 1 日から平成 28 年 12 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    060872    050231	

### 2 福祉サービス事業者情報（平成 28 年 11 月現在）

事業所名：ハーモニー桃の郷かがやき （施設名）	種別：生活介護
代表者氏名：理事長 寺田 裕明 （管理者氏名）所長 中村 行宏	定員（利用人数）：30 名（50 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 18 年 10 月 1 日
所在地：〒381-2226 長野市川中島町今井 1387 番地 5	
電話番号：026-285-3402	FAX 番号：026-285-1907
ホームページアドレス： <a href="http://nagano-shajikyoo.or.jp/nsik/momonosato/lf_kagayaki_main.html">http://nagano-shajikyoo.or.jp/nsik/momonosato/lf_kagayaki_main.html</a>	
職員数	常勤職員：9 名      非常勤職員 18 名
専門職員	施設長 1 名 サービス管理責任者 1 名      非常勤医師 1 名
	看護師 1 名      生活支援員非常勤 16 名
	生活支援員 5 名 書記 1 名      非常勤看護師 2 名 管理栄養士（兼務）1 名
施設・設備 の概要	会議室 相談室 医務室 食堂 浴室（特殊浴槽有り）

### 3 理念・基本方針

<p><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を送れるよう、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。</p> <p><b>基本的視点</b></p> <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、個人情報を適切に取扱い、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

ハーモニー桃の郷内の生活介護事業所（ぴあぼーと）と一体的な運営の中で、医療的ケアが必要な方など重度の障害をおもちの方と、その家族が安心して地域生活を送れるような支援を継続的に進め、重度者の拠点施設として充実を図っています。

日中活動は、送迎、入浴（特浴あり）、健康運動、理学療法、スヌーズレン等取り入れた支援をしています。また、季節に応じた各種の催しをはじめ、個別外出等、より利用者の生活の質が高められるよう取り組んでいます。

#### 5 第三者評価の受審状況

受審回数（前回の受審時期）	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

##### 1 < 利用者の思いを共有する個別支援計画 >

個別支援計画の策定に際し、利用者の誕生日月を計画の更新時期と定め、その際に、利用者本人、家族、相談支援専門員、行政のケースワーカー、そして、施設の担当者が一同に会し、支援会議を開催し、利用者や家族の思いを関係者で共有している。

その結果を当施設の個別支援計画に反映させるだけでなく、相談支援専門員が策定する「サービス等利用計画」や行政からの支援とも連動させることを容易にしている。当施設の場合、多くの利用者が複数のサービスを利用しており、他サービスからの情報も重要であり、それらと相互に補完し合いながら、充実した支援を行っている。

また、更新時を誕生日月としたことで、施設内で個別支援計画を検討する時期が多くの利用者や重複せず、毎月の施設内の会議で十分な議論を行う余裕を持つことを可能としている。

##### 2 < 複合施設の強みを活かした充実した自立支援 >

当施設は、同一の建物の「ハーモニー桃の郷」に、「相談支援」「就労移行」「就労継続 B 型」「居宅支援」「地域生活支援」の事業所があり、障害を持った人が自立生活に向かうため、連携がとりやすい。更に、これらのサービスの幾つかの施設長を当施設の施設長が兼務しているため、日常の情報交換を容易にしている。

また、それぞれのサービスを利用する利用者同士の交流もあり、利用者レベルでの交流や情報の交換も日常的に行われて、活気にあふれた雰囲気を作っている。

特に改善する必要があると思う点

##### 1 < 身体・精神障害者の要望に応えた日中活動 >

知的障害者の日中支援施設として開所したが、制度の変遷により三障害一体の法律になり、身体・精神障害者の利用が増えつつある中、かがやきを利用する様々な障害を持つ利用者の目的も異なり、職員にとっても利用者の目指す個々の目標に向かい支援していくことにも課題を感じている。利用者のそれぞれの目的に沿った支援、利用者が一定時間、楽しく過ごすだけの施設ではなく、知的好奇心や自立心に応える支援が必要と思われる。

また、障害者の人権や個々の持つ可能性や悩みについて、利用者と職員が一人の大人同士として語り合い、認め合う機会が増えることも期待したい。

## 2 <施設のスペースの不足>

三障害一体に伴う利用者増に対し、サービスを提供するスペースの不足が深刻化している。

活発な動きを求める利用者が身体を動かすためには、複合施設の他の事業所のホールを借りる必要があり、移動や職員配置に苦慮している。一方で、重度の身体障害のために医療的ケアを行う場所や、精神的に不安定な利用者が落ち着いて過ごせる個室がない。設備面でも、重度の利用者のために導入した機械浴がスペースの問題で介護がしにくい。一般浴槽のスロープや脱衣所もプライバシーに配慮した支援には手狭でもあり使い勝手の課題を感じる。心身共に重度の利用者が増える中、早期の改善が必要と思われる。

また、複合施設全体においても、訪れる利用者や来訪者も増えているが、駐車スペースが少なく、地域住民に施設を積極的に開放し、関わりを重要視する当施設にとっては、深刻な課題と思われる。

開所以来、13年、制度の変化や地域の福祉ニーズに積極的に応えてきた当施設だが、設備やスペース等、安らぎのある生活や事故防止を考慮した施設整備の早急な取り組みに期待したい。

## 3 <常勤職員のスキルと意欲の向上>

職員全体におけるパート職員の比率が最も高く事業所内の、職員との協力体制によりきめ細かな連携や共有を持ち利用者支援に当たっている。

法人での、職員採用、職員の人事管理がなされている。意欲的に取り組む職員、嘱託職員が共に法人や施設が求める職員の将来像にむけ、更に職員のスキルの向上や経験・知識に基づく職員が様々な障害を持つ利用者の専門的な支援発揮ができるような仕組みや改善に期待したい。

## 7 事業評価の結果（詳細）と講評

評価対象 1 及び（別添 1）

評価対象（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 29 年 1 月 10 日記載

今回の受診は、様々な角度からサービスを見つめ直す良い機会となりました。知的、身体、精神障害者の 3 障害を受け入れる施設として、近年、利用者から幅広い要望が寄せられています。

ご指導いただいた施設のスペース不足については、多様なニーズに対応できるよう関係機関と協議しながら構造化を図れるよう取り組んでまいりたいと思います。また、様々な障害へ対応できるよう、専門性向上のための研修に参加し研鑽に努めていきます。

複合施設全体においても、地域の中で理解され、支えてもらいながら共生していくことが必要とされています。日常的な地域とのつながりを継続し、今後も利用者から信頼されニーズに即したサービスを提供してまいります。

(別添1)

## 事業評価の結果（評価対象 及び ）

福祉サービス種別 生活介護  
事業所名（施設名）ハーモニー桃の郷かがやき

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	特記事項 評価細目ごと	
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。	○法人の理念は、ホームページ、施設内文書に記載され、利用者の個人を尊重した利用者ニーズに合った福祉サービスの提供が示されている。	
					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。		
			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。		○法人の理念に沿った基本方針が示されている。基本方針には「対等な立場で信頼関係、公正適切なサービス提供、充実したサービス、運営の透明性、資質の向上」が示され、基本的な考え方や姿勢が示されている。
					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のより所となるよう具体的な内容となっている。		
	(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。	b)	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。	○理念や基本方針の周知は、年度初めに業務手引きを全職員に配布し説明している。法人の理念や基本方針は、様々な障害を抱えた利用者が利用する日中支援に対し、より具体的な理解の促進が望まれる。		
				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。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 評価細目ごと	
	1	(2)	理念や基本方針を利用者等に周知している。	b)	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。 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。 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。 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。	○利用者への理念・基本方針の説明は契約時に行い、毎年の家族会でも説明を行っている。障害特性に合わせた利用者への説明の方法や工夫が今後望まれる。	
	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)	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。 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。 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。 18 中・長期計画に基づく取組を行っている。 19 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	○中・長期計画は、法人で中長期総合計画として10年間の計画を策定している。5年ごとに各事業所で見直しを行い、策定経緯を踏まえ福祉サービス内容、職員体制、人材育成の現状分析に沿った計画が策定されている。	
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。 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。 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。					○毎年の事業計画は、法人の中・長期計画に沿い、運営方針、運営重点事項が示され、具体的に目標数値を示した計画を策定している。また、法人の地域別事業計画が作られ、地域の障害者支援の充実に向けた取り組みを行っている。		
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。 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。 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。 26 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。							○利用者や家族会に対して、アンケートを実施、意見要望を吸い上げている。職員会議や事業部担当者会議等で検討する仕組みがある。 ○決められた様式で評価、課題を分析し、理事長とのヒアリングで事業計画の実施状況の把握や評価を行っている。 ○毎年、課題・意見等を職員から書面にて求め、年度末に評価し職員の意見を法人本部に報告し、組織的に取り組んでいる。
							(2) 事業計画を適切に策定している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 評価細目ごと		
	2	(2)	事業計画を職員に周知している。	a)	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、年度当初に職員に配布すると共に、施設長から説明を行い職員の周知に努めている。	
					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。		
			事業計画を利用者等に周知している。	b)	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。		○家族への事業計画の説明は、家族会議で資料を基に口頭にて説明を行っている。今後、事業方針、事業内容等利用者に関するより具体的な説明資料等の工夫が望まれる。 ○利用者に向けた事業計画説明は、利用者特性に合わせた配慮や説明方法の工夫が望まれる。
					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。		
	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)	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）を明確に語ることができる。	○施設長は、職員会議等で法人として目指す方向を年度初めの会議を利用して説明している。 ○施設長の役割は業務組織図に文章化し職員に配布している。 ○施設長は、毎年年度当初の広報誌に施設長としての役割を掲載し表明している。	
					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。		
			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)	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。		○施設長は、人権意識の向上や職場のモラルハラスメントの防止、リスクマネジメント等常に法令を意識した取り組みに努め、施設内での職員の研修（権利擁護研修・差別解消法等）も積極的に行っている。 ○ハーモニー桃の郷の職員の行動規範が充実し、倫理等の周知にも努めている。
					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	特記事項 評価細目ごと		
	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。	○福祉サービスの質の向上のため、今年度第三者評価の受審を行い、サービス向上に努める取り組みがある。 ○自己申告カードを利用し、全職員との毎年1回の面談があり、職員の意見を聞いている。 ○ハーモニー桃の郷内の他事業所との連携を図り、利用者ニーズへの対応に応えられるよう積極的に進めている。	
					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。		
			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。		○人事、採用は法人で行う仕組みとなっているが、パート職員は安全な送迎の添乗や入浴の支援等を行うために直接施設が採用する等で、業務の改善と効率化を図っている。
					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。		
		(3) 重要事項を納得性のある方法で決定している。	b)	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。	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。	○事業所が目指す理念・基本方針・ビジョンを達成するための経営運営に対する事項は、理事長ヒアリング等により法人で決定している。組織が大きいため決定手順や決定内容など職員にもわかりやすい周知工夫が望まれる。	
					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。		
			a)	重要な意思決定内容を関係者に説明・周知している。	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。		○重要事項決定内容に付いては、利用者・家族には書面で伝えている。施設長変更や他事業所に関わる内容変更等は書面にて地域に伝えている。
					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。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 評価細目ごと		
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。	○社会福祉事業全体の把握に付いては、施設長が住民自治協議会に出席し、ハーモニー桃の郷内の他事業所の施設長を兼務する事で地域動向の把握を行っている。 ○法人内の相談支援事業所や同じ建物にある長野市相談支援事業所と連携し地域の利用者個々のニーズの把握に努めている。	
					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。		
				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。		○施設運営の効率化を目指し、併設の重症心身障害者の日中支援事業所と一体的に協力し、送迎・入浴・食事・活動を行っている。
				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。			
		(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。	○経営状況は法人のホームページ等で公開している。	
					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。		
			外部監査を実施している。	c)	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。	○法人として外部監査は行っていないが、内部監査により指導を受けている。	
					64	外部監査の結果に基づいた経営改善を実施している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 評価細目ごと		
	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。	a)	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。	○3障害の一体等により、利用者ニーズの変化に対応するための必要な人材プランを法人で行っている。 ○人材育成に付いては、法人で人材育成担当部署があり職階別研修等を含め、人材育成プログラムに従っている。 ○サービスの充実、職員のモチベーションやスキルの向上を図る事を目的として、希望を主としているが施設の状況等を勘案し計画に基づき人事異動を行っている。	
					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。		
				a)	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。		○人事考課制度はないが、自己申告カードにより希望・目標等を聞き、毎年面談で職員の意見を聞いている。法人に報告し法人内で人材育成、人事、個々の意欲喚起のために活用している。
				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。			
		(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。	○職員の職務に付いては職務分担表が作成されている。また、職務が迅速に行えるように権限移譲に努めている。	
					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。		
			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。	a)	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。	○日常業務の中で看護師、支援員、パート職員等が集まり毎月皆でミーティングを行い、情報共有する仕組みがある。特にパート職員には、障害特性等の理解を促し、気付きの目を養う等、スキルの向上に努めている。	
					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。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 評価細目ごと
	2	(2)	職員が改善事項を提案する仕組みを構築している。	a)	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。	○法人には提案制度があり職員の意見を取り入れる仕組みがある。 ○日常業務の改善、設備の問題点等（障害特性の変化による入浴設備やトイレ内の改修）を職員会議で話し合い、市と協議し、提案・改善を行っている。
		(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。	○毎月の時間外や勤務状況は施設長が管理している。効率的な有給消化のために、職員間で協力し消化しやすい状況である。
			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。	a)	87 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談を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。	○法人に「心の健康相談室」があり、相談日や日程等が周知されている。今年度からストレスチェックの実施が始まった。 ○日々職員間のコミュニケーションが良く相談しやすい体制ができている。
			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。	福利厚生は親和会の活動や長野市勤労者共済会の加入により職員の福利厚生の充実に図っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 評価細目ごと
	2	(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。	○中・長期計画において、職員の教育・研修への取り組みは、「人材育成体系を確立し職階別研修により専門性の確保と求められる資質の向上を図る」と明示し、研修参加を促している。
					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。	
			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。	○施設として「目標、課題、今年の重点テーマ」があり、年間予定が策定され、計画的に内部、外部研修が行われている。 ○法人の障害事業部内での事例検討研修会を行い、資質向上と障害者支援の充実に向け取り組んでいる。 ○近年増えつつある医療的ケアのニーズの増加と、行動障害支援技術向上に向けた積極的な研修への参加を行っている。 ○今後、始まる職員個々の目標管理を利用し、職員一人ひとりに対する研修計画の取り組みに期待したい。
					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。	
			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)	100 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。	○研修報告は復命書と共に、職員会での研修報告があり、職員間で共有している。 ○今後、職員個々の目標管理が始まる予定であり、それに踏まえ研修評価、分析等も併せて行う事が望まれる。
					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。	
			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。	○新人研修は法人で行っている。新人職員の指導は、中堅職員が行う事が法人の規約に明記されている。
		106 新人職員を指導する者の要件を、文書で定めている。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 評価細目ごと
	2	(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。	b)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>111 実習・研修指導者に対する研修を実施している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○実習受け入れマニュアルの整備はない。効果的な実習受け入れのため、基本姿勢や実施方法等に付いてのオリエンテーションや職員、家族、利用者への事前説明等を記載したマニュアルの作成が望まれる。</p> <p>○社会福祉士、介護福祉士の指導者研修を受けた職員があり、学生の実習受け入れを行っている。</p>
	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)	<p>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。</p> <p>116 事件・事故、災害、衛生管理に対する知識と体制がある。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>120 休日・夜間の関係機関との連携がとれている。</p> <p>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。</p>	<p>○安全管理のため点検マニュアル、事故対応マニュアル、感染症予防マニュアル、防犯マニュアル、送迎マニュアルが整備されている。事故種別事にマニュアルは整備され、検討と研修が行われている。今後、マニュアルの見直しの時期を記入する事が必要と思われる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 評価細目ごと		
	3	(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。	○毎年2回、地区の民生委員の参加を含め防災訓練を行っている。 ○ハーモニー桃の郷が福祉避難所になっているため、食材や備品等はリスト化し管理している。	
					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。			
				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)	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。	○ヒヤリハットの記録を残し、全ての職員が確認できる体制にはあるが、今後収集したヒヤリハットの集計や分析により、更なる医療的ケアの高い利用者が増える中、より一層の取り組みに期待したい。
	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。							
4 地域との交流と連携	(1)	地域との適切な関係性を確保している。	利用者や地域とのかかわりを大切にしている。	a)	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。	○障害者複合施設であり、隣接するエコーンファミリーと共同しハーモニー夢まつりの開催がある。近くの中学校、地域のお祭り等に、職員とボランティアと共に参加する等、障害者施設の理解や共存に努めている。 ○住民自治協議会等にも積極的に出席し、買い物等屋外に出かけ、社会資源を利用した障害者の社会参加を呼びかけている。	
					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。		
					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。		
					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。		
					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。		
					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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 評価細目ごと	
	4	(1)	事業所が有する機能を地域に還元している。	a)	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。	○住民自治協議会への参加を行い、障害者複合施設の活動に理解を求め、施設を地域開放し、地域活動に貢献している。
					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。	
					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。	
					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）。	
					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。	
					142	地域住民の行事等のため、施設を開放している。	
		(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)	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。	○ボランティア受け入れ姿勢を示した文書や受け入れマニュアルはないが、地域の中学生や外出ボランティア等、広くボランティア受け入れをしている。
					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。	
					145	ボランティアに対して必要な研修を行っている。	
		(2) 関係機関との連携を適切に行っている。	関係機関等との連携を適切に行っている。	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）	○利用者が必要とする関係機関、保健所、居宅支援、福祉事務所、ボランティア団体、病院等のリストをいつでも確認できる所に設置し共有している。学校の利用者に必要な機関の役割は十分理解し共有している。
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。						
(2) 関係機関との連携を適切に行っている。	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。	○行政との連携や、相談支援事業所等との連携やサービスの見直し等、定期的に行い医療的ケアの必要な利用者の支援のため特別支援学校や病院との連携を密に行い、安全な支援に心掛けている。		
			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。）			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 評価細目ごと
	4	(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	地域の福祉ニーズを把握している。	a)	<p><b>150</b> 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。</p> <p><b>151</b> 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。</p> <p><b>152</b> 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。</p>	<p>○住民自治協議会での定期的な参加、地域活動センター、相談支援事業所等との連携により地域ニーズの把握に努めている。</p> <p>○特別支援学校の実習等を受けているため、地域の具体的なニーズの把握につながっている。</p>
			地域の福祉ニーズに基づく事業・活動を行っている。	a)	<p><b>153</b> 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）</p> <p><b>154</b> 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。</p>	<p>○複合施設の役割があるため、障害者相談、相談支援事業所からのニーズに基づき、利用者や家族への支援に意欲的な展開をしている。</p>

(別添2)

## 事業評価の結果(評価対象)

福祉サービス種別 生活介護

事業所名(施設名) ハーモニー桃の郷かがやき

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

(H21.3修正版)

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 細 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。	身体拘束や虐待防止に対する意識が強く、鼻腔栄養・胃瘻を使う利用者に対してのミトンの使用に付いても家族への説明と同意を取り、慎重な対応を心掛けている。また、車椅子利用者のベルトに付いても、厚生労働省の手引きの内容を認識し、職員間での検討を行っている。	
					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。		
				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。	法人の規程に沿い、施設の行動規範にもプライバシー保護の規範を定め、適切な対応を行っている。また、新任職員は法人の新任職員研修で徹底を図っている。
				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、利用者または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、利用者または保護者の同意を得ている。			

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 細 目 ごと )	
	1	(2) 利用者満足の上 向上に努めて	利用者満足の上 を意図した組み を整備している。	a )	165	利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。	毎年、会話の出来る利用者には聞き取りにて、 会話の出来ない利用者には家族に依頼し、満足度 調査を行い、利用者の満足度やニーズの把握に努 めている。
					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。	
		利用者満足の上 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、保護者参画のもとで検討会議 の設置等が行われている。	サービス管理責任者を中心に、満足度調査の結 果に付いて、職員会議で検討すると共に、個々の 利用者に対しては、支援会議に本人家族の出席を 求め、改善に向けて話し合いを行っている。	
				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。		
		個別支援計画にも とついた支援を 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。	個別支援計画の策定には、本人や家族のみなら ず、相談支援専門員・行政機関のケースワーカー も同席した支援会議を行い、サービス等利用計画 と連携した個別支援計画の策定を行い、その結 果、施設利用外の生活や他のサービスとの切れ目 ない支援の一翼を担っている。	
				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	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育内容を決めている。						
179	必要に応じ保護者への相談支援を行っている。						

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 細 目 ごと )		
	1	(2)	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。	b)	180	利用者が主体的に施設で日常生活ができるよう様々なプログラムを用意している。	知的・精神・身体の3障害の利用者が混在する中、限られた環境を最大限に活用し、それぞれの障害特性に合わせた支援を行っている。 活発な活動が求められる利用者との医療的なケアが必要な利用者が同時にサービスを受けるにはスペースが限られており、それぞれに十分な支援を行える環境にはない。利用者ニーズと職員の思いが実現できる環境の確保が早急に求められる。	
					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。		
			施設と保護者との交流・連携を図っている。	a)	184	保護者の見学は、いつでも希望に応じて受け入れている。		常に開かれた施設として、多くの人の出入りがある中、利用者・家族共に何時でも話の出来る環境にある。 毎月発行される広報誌により、施設の近況や課題について保護者に報告されている。 個々の利用者の誕生日日には、本人・家族・相談支援専門員を交えた支援会議を行い、利用者ニーズの把握を図っている。
					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	保護者からの個別の相談にも応じている。		
					187	施設と保護者が交流・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へ定期的に報告している。			
		(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	a)	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	189	利用者又は保護者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。	個々の利用者の相談支援専門員を介して、施設外の相談を可能とし、施設の第三者委員等との相談の機会もある。 個別に相談する場合は、複合施設に併設された相談室を利用している。	
					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。		
		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。	施設内に苦情相談の掲示があり、苦情解決のシステムも構築されている。 日常の苦情や要望は、日常の支援記録に記入され、早急に解決が図られているが、苦情・要望として記録はされておらず、データの蓄積が出来ていない。小さな苦情や要望の蓄積を大きな問題の解決に繋げるためにも、より一層の情報の収集と分析を期待したい。	
					193	苦情解決責任者は、全ての苦情とその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。							

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 細 目 ごと )	
	1	(3)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>202 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>203 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>	利用者ニーズの変化に伴い、毎年4月にマニュアルの見直しを行い、全職員に配布しているが、改正点等の周知は充分とは言えない。全職員がマニュアルの重要性を理解し、周知徹底できるよう工夫が必要と思われる。	
	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している。	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。	a)	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。	今年度、第三者評価を受審し、施設全体で課題の確認と改善に向けた取り組みを検討している。
					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。	
		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。	a)	207	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	評価の結果に基づき、分析し、課題を共有化している。	
				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。		
		課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a)	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。	毎月の職員会議とケース会議で定期的なサービスの改善が検討されており、今回の評価結果においても、改善に向けた取り組みが行われる事を期待したい。	
				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。		

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 細 目 ごと )	
	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。	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。	a)	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。	年1回、個々の利用者の誕生日に、本人・家族・相談支援専門員・行政機関のケースワーカーを交えた支援会議を行い、ニーズの把握と支援内容の検討を行っている。 個々の利用者の支援方法については、「個別支援・介助マニュアル」を作成し、支援・介助方法の共有を図っている。
					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。	個々の利用者の誕生日の他、その6ヶ月後にも見直しを行い、毎月の職員会議・ケース会議において検討し、周知を図っている。	
				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。		
		(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。	パソコンによる支援ソフトを使用し、日常の支援から個別の支援記録に連動し、正確な記録と管理が行われている。 管理者は、支援ソフトの限界と問題点を認識し、改善に向けた検討を行っている。利用者や支援者の願いや思いが伝わる記録の充実を期待したい。
					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。						

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 細 目 ごと )		
	2	(3)	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。	サービス管理責任者を責任者として、法人の規程に則り、適切に管理されている。	
					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。		
			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。		毎月、職員会議・ケース会議を行い、課題の検討と情報の共有化が図られている。 施設内にパソコンのネットワークシステムはあるが、支援ソフトが使えるパソコンは1台で、素早い情報の共有化には課題があり、改善が必要と思われる。
					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。							
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。	a)	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。	施設の情報をホームページで公開している。 相談支援事業所を通して、利用希望者には適切に情報が提供されている。		
				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。			

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 細 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。 ・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）	規程に則り、利用契約を適切に取り交わしている。	
					241	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。		
					244	他の事業所や家庭・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。		現行制度に則り、相談支援専門員を介して、必要に応じて情報の提供や交換が行われている。
					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。						
	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。						
	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。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	248	利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適應できるよう支援している。	決められたアセスメント様式を使い、利用者の状況を客観的に評価すると共に、ニーズの把握が行われている。
						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。	
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ている。	「ニーズのまとめ」「課題検討書」を使い、ニーズ・課題の明示に努めているが、アセスメントで明らかになったニーズや課題の全てが明示されていない。漏れのないニーズや課題の検討が必要と思われる。	
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。		

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 細 目 ごと )		
	4	(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	サービス実施計画を適切に策定している。	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。	6ヶ月毎に個別支援計画の見直しを行い、誕生日には利用者・家族・相談支援専門員・行政機関のケースワーカーによる支援会議を行い、その内容を再度、施設内の職員会議・ケース会議で検討し、サービス等利用計画とも連動した個別支援計画の策定が行われている。	
					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。		
				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。	定められたモニタリング様式により、個別支援計画の実施結果が検証され、検証結果を踏まえた再アセスメントにより、新たなニーズ・課題の把握に努めている。これらの結果は、職員会議・ケース会議で検討されると共に、周知が図られている。
						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。	
5	(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。	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。	コミュニケーションの困難な利用者に対しては、職員が慣れるまでの間、家族に協力を求め、意思の把握に努めている。その他の支援に付いては、必要に応じて依頼できる体制にある。	
					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。		

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 細 目 ごと )	
	5	(1)	利用者の主体的な活動を尊重している。	b)	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。	施設のスペースや環境により限りがあるが、出来る限り利用者の希望に添った自主的な活動が出来るよう支援している。 通所施設のため、利用者が一堂に会する機会を持つ事が困難なため、自治会はないが、利用者の要望に対しては、随時話し合いの機会を設けている。
					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。	
		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。	6ヶ月毎の個別支援計画策定時のアセスメントにおいて、利用者個々の機能やニーズとリスクを明示し、本人・家族を含めた支援会議、施設内での職員会議・ケース会議を経て、適切な支援が行われている。	
				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。		
		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。	県の知的障害者福祉協会の研修プログラムへの参加を支援している。 施設での共通の外出支援の機会とは別に、個別の支援メニューとして、公共交通機関を利用した外出などを行い、社会参加のための学習や訓練を積極的に行っている。これらの経費に付いても施設で負担するよう配慮を行っている。	
				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。		

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 細 目 ごと )		
	6 日常生活支援	(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。	身体的には健常な利用者から、胃瘻や鼻腔栄養が必要な身体機能の低下が見られる利用者まで、幅広いニーズに合わせた食事が提供されている。	
					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。		
			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。	b)	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。		食事の調理を行う外部企業、他施設と兼務する栄養士という状況の中、毎日違う利用者を交えた献立会議は困難であるが、利用者アンケートや個々のニーズに基づき、緊密な連携を取り、楽しく食事が出来るよう努めている。
					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			食卓には利用者の健康状況に応じ複数の調味料・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。			
		喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a)	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。	利用者の疾患による心身の状況や日々変わる状況に応じて、摂食の時間や場所を工夫して食事を提供している。しかし、集団での食事が困難な重度の行動障害者や経口摂取の困難な利用者が安心して食事が出来る環境の整備が必要と思われる。		
				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。			
				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。			

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 細 目 ごと )	
	6	(2) 排泄	排泄介助は快適に行われている。	a)	289	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。	利用時間帯の排泄を含めた身体状況やバイタル検査の結果は、「チェックノート」に記録され、それとは別に家族へは「連絡ノート」で利用中の状況を知らせている。 一般的な排泄マニュアルの他に、個別の「支援・介助マニュアル」で支援方法の徹底を図っている。利用者の重度化が進む中、医療的なケアの必要な利用者も増えており、より一層の介護方法の検討と安全な支援の徹底が必要と思われる。
					290	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。	
					291	排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。	
					292	排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	
		トイレは清潔で快適である。	a)	293	身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、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。	開所時は、知的障害者の施設であったため、身体障害者に対応した既存の設備はないが、ストレッチャー等の備品を工夫すると共に、複合の他施設の障害者トイレを使う等配慮をしている。利用者の増加と重度化に対応した排泄設備が必要と思われる。	
				294	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。		
				295	換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。		
				296	清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		
	297			採光・照明等は適切である。			
	298			冷暖房等の設備は適切である。			
	(3) 健康管理	日常の健康管理は適切である。	b)	299	利用者の健康管理票が整備されている。	3障害一体となり、利用者の重度化により医療的ケアが必要な利用者が増えている。このような状況に対し、併設の重症心身障害者の日中支援事業と連携し、2名の常勤看護師と2名のパートの看護師を中心に医療的なニーズに添えている。 インフルエンザの予防接種は行っていないが、家族に接種を呼びかけ、ほぼ全員が行っている。	
				300	利用者の健康管理マニュアルが用意されている。		
				301	医師又は看護師による健康相談を受けることができる。		
				302	医師又は看護師が、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。		
303				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。			
304				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。			
305	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。						

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 細 目 ごと )		
	6	(3)	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	306	健康面に変調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。	施設の嘱託医療機関だけでなく、利用者個々の主治医を把握し、急変時には、連携した支援が出来る体制にある。	
					307	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。		
					308	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。		
			内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b)	309	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。		誤薬防止マニュアルに添って、誤薬の防止に努め、服薬後は、チェックリストに記録が行われている。しかし、誤薬があった場合の誤薬事故対応マニュアルはなく、今後の課題と思われる。
					310	一人ひとりの利用者を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。		
					311	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。		
		312	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。					
		(4) 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)	313	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。	外出や音楽療法等のレクリエーションの予定を利用者に伝えると共に、利用者個々の希望を支援会議など様々な機会に聞き取り、要望に添った余暇活動の提供に努めている。 知的・精神・身体 の3障害を受け入れる施設として、近年、利用者から幅広い要望が寄せられている。これらの要望に対し、出来る限りの対応をしているが、広いスペースで身体を動かしたい利用者や、落ち着いた静かな環境で過ごしたい利用者等、多様なニーズに対応できる設備（スペース）の必要性を感じた。	
					314	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。		
					315	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。		
316	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。							
			317	地域の社会資源を積極的に活用している。				

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 細 目 ごと )
	6	(5) 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。	b)	<p>318 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>319 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p> <p>320 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>321 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>322 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>	通所施設のため、預かり金はないが、外出の機会に買い物を行う等、経済的な対応能力を高める学習の機会を提供している。
			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>323 利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。</p> <p>324 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>325 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>	嗜好品のルールに付いて、自治会がないため、施設全体で協議する場はないが、該当する利用者とは個別に話し合い、ルールを明確にしている。

(別添3 - 2)

## 利用者調査の結果

福祉サービス種別: 生活介護

事業所名(施設名): ハーモニー桃の郷かがやき

### 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)	50人	調査対象者は、利用されている12人の方に面接し、一人30分程度、聞き取り方式で聞き取りを行いました。	
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(%)	24%		

### 2 利用者調査全体のコメント

調査対象12名の利用者から、かがやきの通所に満足されている様子うかがえました。利用者からこの通所に出会えて安心して過ごされている様子を感じられました。職員が一人ひとりの目標に向かい話をされ希望を持てるように対応している様子も調査数値から感じ取れると思います。更なる信頼関係に基づき、利用者の気持ちを表出し自分らしく過ごせる支援に今後期待できる施設だと思えます。

### 3 利用者調査の結果

調査項目				
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1 食事はおいしいですか	11人 92%	1人 8%	0人 0%	0人 0%
調査した利用者の9割を超える利用者が食事は満足されており、楽しみの時間のようです。				
問2 他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プライバシーが守られていますか	10人 84%	1人 8%	1人 8%	0人 0%
調査対象の8割を超える利用者は、プライバシーが守られている。安心して通所で来ていると答えています。利用当初のプライバシーへの配慮、また、実習生等が馴染み以外の方が入るときは、更なる考慮が必要かもしれません。				
問3 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%
調査対象者すべての利用者は、職員の丁寧なことばがけ、対応に満足されています。				

調査項目					
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4 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、すごく厳しいひとがいたりしませんか)		10人	1人	1人	0人
		84%	8%	8%	0%
調査対象の8割を超える利用者は、職員は同様の対応していることに満足しているようです。					
問5 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		10人	1人	1人	0人
		84%	8%	8%	0%
調査対象の8割を超える利用者は、相談できる職員があり、利用者の気持ちをわかってくれると感じています。ここにたどり着くまでいろいろな苦労や嫌な思いをして過ごしている方は少しあきらめの気持ちもあるのかもしれません。					
問6 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		4人	6人	2人	0人
		33%	50%	17%	0%
調査対象は、職員が一番の相談相手と思いながらも誰かに相談してみたらもっと自分らしい生き方ができるかもしれないという思いを抱き過ごしている利用者もおられるようです。					
問7 活動は楽しいですか		10人	1人	1人	0人
		84%	8%	8%	0%
調査対象者の8割を超える利用者が、様々な活動やレクリエーションに満足されています。たくさんのレクリエーションや活動参加の様子を話す利用者の様子に笑顔が見られ、日々の楽しい様子がうかがえました。					
問8 あなたの目標や計画について、職員はいっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか		7人	4人	1人	0人
		59%	33%	8%	0%
調査対象者の6割の方は、一緒に考え満足して過ごしているようです。まだ具体的でない方もおられるようです。					
問9 あなたの目標や計画は、いつもあなたが納得できるものになっていますか		8人	2人	2人	0人
		66%	17%	17%	0%
調査対象者の7割に近い方は、納得した計画目標に向かっているようですが、わかりやすい説明や納得方法に職員の工夫が感じられます。					
問10 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		1人	1人	0人	0人
		50%	50%	0%	0%
ほとんどの利用者は、ご家族などが施設を選んできているようでした。					

調 査 項 目					
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11 施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明、 掲示など)がありましたか		0人	2人	0人	0人
		0%	100%	0%	0%
問10と同様に自分がかかわっていないようで理解されていませんでした。					
問12 説明を聞いて、ここに通ってみようと思いましたか		2人	0人	0人	0人
		100%	0%	0%	0%
病院などから説明受けた方もおられますがほとんどの利用者は、家族任せのようでした。					
問13 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		9人	3人	0人	0人
		75%	25%	0%	0%
調査対象の7割以上の利用者は、職員と良い関係を持ち気軽に話されているようです。					
問14 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		11人	1人	0人	0人
		92%	8%	0%	0%
調査対象の9割以上は、不満や要望の対応に満足されているようです。					