

令和元年度

健康福祉サービス自己評価結果報告書

報告書の内容

添付書類	添付した書類に○を記入
チェック済評価基準	○
評価基準概評	○
サービス改善計画	○

施設・事業所名：はんどくさん

健康福祉サービス自己評価実施状況報告書

令和 2 年 4 月 16 日

滋賀県健康医療福祉部障害福祉課長 あて

(所在地) 東近江市上中野町 397
(施設・事業所名) 地域総合生活支援センターはんどくさん
(代表者職・氏名) 管理者 仲本 耕児

健康福祉サービス自己評価を、「本県における健康福祉サービス評価システムの推進について」により実施しましたので、下記のとおり報告します。

記

1 施設・事業所の名称

地域総合生活支援センターはんどくさん

2 評価基準およびサービスの種別（該当の記号に○印を付し、サービスの種別を記入）

○評価基準

ア 障害福祉サービス共通評価基準①〔障害者／施設、グループホーム〕

(種別：)

☒ イ 障害福祉サービス共通評価基準②〔障害者（児）／在宅〕

(種別：特定相談支援事業)

ウ 放課後等デイサービス自己評価表

エ 児童発達支援自己評価表

オ その他の評価基準 (具体的に：)

※種 別（記入例：就労継続支援B型）

3 自己評価の実施時期（自己評価結果をとりまとめた時期）

令和 2 年 4 月

4 県のホームページで、自己評価を実施した施設・事業所の名称、所在地、実施時期、事業所での評価結果の公表の有無を情報提供することについて

☒ 提供してもよい ・ ☐ 提供しないでほしい

5 自己評価結果の公表の有無（該当するところを○で囲む）

- | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|---|---------------------------|
| ①市町への送付 | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ②滋賀県健康福祉事務所への送付 | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ③県庁障害福祉課への送付 | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ④施設・事業所内での閲覧提供 | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ⑤インターネットのホームページ | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ⑥その他の方法での公表 | | | |

（具体的に： _____）

6 サービス改善計画の公表の有無（該当するところを○で囲み、括弧内に記入）

- | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|---|---------------------------|
| ①市町への送付 | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ②滋賀県健康福祉事務所への送付 | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ③県庁障害福祉課への送付 | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ④施設・事業所内での閲覧提供 | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ⑤インターネットのホームページ | ☒ した | ・ | ☐ しない |
| ⑥その他の方法での公表 | | | |

（具体的に： _____）

7 自己評価を実施して感じたこと、評価基準・ガイドライン等への意見やサービス評価について今後望むこと

障害福祉サービス共通評価基準② 〔障害者(児)／在宅〕

1 人権への配慮

在宅で暮らす障害者(児)が「尊厳をもってその人らしい自立した豊かな生活が送れるよう支援する。」という理念に基づき、①サービス提供の基本方針が明示され職員に認識されているか、②利用者が主体的にサービスを利用できる体制が取れているか、③利用者ニーズに基づいたサービスが地域の関係機関との連携によって提供されているか、④地域の一員であり、社会資源のひとつとしての認識を持ってサービス提供に努めているか、といったことを評価します。

また、利用者の人権への配慮、対等な関係性、プライバシー保護を前提とした情報の公開、自立を目指すエンパワメントや利用者が求めている自立生活への支援がされているかという点を評価します。

さらに、苦情解決や必要な改善を行う体制の整備、利用者への周知という点も評価対象となります。

中項目	小項目（質問項目）	着 眼 点	コ メ ン ト
(1)サービス提供の基本方針	①サービス提供に関する基本方針・職員等への周知	☒ 1.基本方針（理念）を事業所として責任をもって作成、明文化している。	
		☐ 2.基本方針が利用者に周知されている。	
		☐ 3.基本方針に職員の意向が反映されている。	
		☒ 4.利用者主体の視点を明確にしている。	
		☐ 5.地域の在宅支援向上に寄与することを明確にしている。	
		5項目中 2 項目 評価結果 A ・ ⑤ ・ C	
(2)サービス提供体制	①利用者主体のサービス確保に向けた取り組み	☒ 1.サービスの質に関する話し合いを事業所内で定期的、継続的に行っている。	
		☒ 2.サービスの課題を明確にし、改善に努めている。	
		☒ 3.利用者を交えての意見交換の場が、随時、持たれている。	
		☐ 4.質の高いサービスを確保するため、定期的、継続的に職員のスキル評価を実施している。	
	②内部コミュニケーションを図る機会の確保	☒ 1.全職員で業務改善や利用者サービスの点検について意見交換する場が、随時もたれている。	
		☒ 2.職員会議では議題に対して対等、自由活発に議論をしている。	
		☒ 3.職員会議で決められたことは、全員一致して取り組んでいる。	
		☐ 4.職員の不安や悩みを解消するミーティングや不安等を受け止める体制がある。	
	③職員研修の機会（職員の育成）	☒ 1.全職員に研修が案内され、参加機会の均等化に配慮されている。	
		☒ 2.外部研修への参加希望には、できるだけ添うように努めている。	
		☐ 3.一年目の職員に対する、研修マニュアルが準備されている。	
		☐ 4.自主研修の機会づくりを支援している。（職員側からの研修計画への支援）	
		☐ 5.研修結果を全職員に還元する機会を作っている。	
		☒ 6.研修には、専門図書やビデオなども活用している。	
		☒ 7.研修には、OJT手法を活用している。	
15項目中 10 項目 評価結果 A ・ ⑤ ・ C			
(3)人権擁護・苦情への対応	①利用者とサービス提供者の対等な関係性への配慮	☒ 1.年齢相応の応対、言葉かけ、呼称を使っている。	
		☒ 2.指導的立場ではなく、支援の視点で関わっている。	
		☒ 3.利用者への暴力や虐待行為に対して、懲罰規定や研修会等の防止策がとられている。	
	②個人情報の保護や情報開示への同意	☒ 1.利用者の個人情報に関する取り扱いやケース記録の保管に関する規定がある。	
		☒ 2.関係機関への個人情報の提示については、利用者に同意を得て行っている。	
		☒ 3.個人情報の守秘義務を職員に徹底させている。	
		☒ 4.守秘義務やプライバシーの保護を徹底していることを、利用者に対して説明している	

	③苦情相談窓口等の体制の明文化と周知	☒ 1.苦情解決体制が明文化され、利用者や関係機関に周知されている。
		☒ 2.苦情相談の受け付け担当者や責任者を明確にしている。
		☐ 3.苦情解決へ向けた第三者委員会が設置されている。
		☐ 4.苦情相談の解決が事業者のみで困難なときは、外部の権利擁護機関などと連携している。
		☒ 5.利用者に外部の権利擁護機関の存在や役割を情報提供している。
		12項目中 10 項目 評価結果 (A)・B・C
(4)利用者の自己実現への配慮	①利用者の意志の尊重と支援	☒ 1.職員や関係者の価値観で決めるのではなく、利用者の意志を尊重するように努めている。
		☒ 2.利用者に合わせたコミュニケーション方法をとっている。
		☒ 3.重度の人の場合、家族からの聞き取りをするが、本人の意志を尊重する努力をしている。
		☐ 4.新しい体験にチャレンジできる機会づくりに努めている。
		☐ 5.地域の行事への参加や、ボランティアとの関わりをもてる機会を作れるよう支援している。
		5項目中 3 項目 評価結果 A・(B)・C
(5)エンパワメントと自立支援	①情報の提供	☒ 1.自立生活(成人期以降の家族からの独立や社会参加促進等)を実現するための、情報をわかりやすく伝えるように努めている。
		☐ 2.自立生活を促進させるため、地域に対して情報の提供や障害者理解への啓蒙活動に努めている。
	②自己選択と自己決定	☒ 1.自立生活をイメージできる体験の機会をつくるなど、自立に向けての支援に努めている。
		☒ 2.できる限り自分が住み慣れた地域での、生活を継続できるよう支援に努めている。
		☒ 3.自分の暮らしを自己決定できるよう、制度サービスを説明している。
		☒ 4.様々な機会において、自分で選択し、決定できるよう配慮している。
6項目中 5 項目 評価結果 (A)・B・C		
(6)地域との接点	①地域に対するサービスの情報公開と周知	☒ 1.地域に対してサービス内容の情報を開示している。(パンフレット、掲示板等の活用)
		☐ 2.機関誌を発行するなど地域への情報提供、PR等を実施している(年3回以上)
		☐ 3.地域に向けての講座や研修等を企画、実践している。
	②サービス調整会議への参画、関係機関との連絡、調整	☐ 1.地域のサービス調整会議に参加している。
		☐ 2.地域の一機関としての役割を意識して、サービス提供をしている。
		☒ 3.日常的に関係機関との連携に努めている。
	③実習生、ボランティアの受け入れ	☐ 1.実習生を受け入れている。
		☐ 2.ボランティアを受け入れている。
		☐ 3.受入の方針、マニュアル、担当者を明確にしている。
		☐ 4.受入の際、利用者のプライバシーの保護の確保に努めている。
	10項目中 2 項目 評価結果 A・B・(C)	
	(7)信頼と安全性の確保	①事故や災害発生時への対応や予防、防災への取り組み
☒ 2.利用者、事業所、関係機関等と緊急の連絡が取れるよう努めている。		
☐ 3.事故発生時には、事故の状況が全職員に周知されている。		
☐ 4.事故を未然に防ぐ方法やまた事故発生後の申告書等が整備されている。		
☐ 5.必要に応じ消防署や警察署との連携を取っている。		
②衛生管理、感染予防への対応		☒ 1.衛生管理、感染予防の情報を取り入れるよう努めている。
		☒ 2.利用者、職員の衛生管理、感染予防に努めている。
		☒ 3.必要に応じ医療、保健機関との連携をとっている。
8項目中 5 項目 評価結果 A・(B)・C		

2 相談支援事業 〈生活支援センター等相談支援事業所項目〉

在宅で暮らす障害児(者)にとって安心感のある生活とは、個別のサービスが整備されていけばいいのではなく、時間の切れ目がない毎日の生活への継続的な支援や、進路の選択、社会参加、住宅の確保などライフサイクルに応じた支援が必要とされています。このような支援は、個人や一事業所、一機関だけでできるものではなく、地域の関係者がトータルに支え合う地域ケアシステムが必要です。

このため、地域でサービスを必要とする方のニーズを受け止め、適切なサービス利用へとつなげていく相談支援事業については、相談からサービスの調整、モニタリングまでのケアマネジメ活用や、サービス調整会議への参加など「地域で支える」という視点から評価します。

中項目	小項目(質問項目)	着 眼 点	コ メ ン ト
(1)ケアマネジメントの機能	①相談窓口の機能と連携	☒ 1.どのような生活課題の相談でも受け止め、他機関と連携している。	
		☒ 2.どこに相談が持ち込まれても対応できるよう他機関との連携がある。	
		☒ 3.いつでも相談が受け止められる体制である。	
	②利用者の状況やニーズを把握するための活動	☒ 1.ニーズ把握のため、関係者と家庭訪問をしている。	
		☒ 2.家庭訪問の時間帯、場所は利用者の利便性を考慮している。	
		☒ 3.情報把握のため、地域関係者と情報交換をしている。	
	③制度、サービスの情報収集・提供、周知	☒ 1.利用者に制度、サービスをわかりやすく情報提供している。	
		☒ 2.地域の制度、サービスの実情について情報収集に努めている。	
		☐ 3.利用者が制度、サービスを学習する機会をつくっている。	
	④個別ケア会議の開催・ケアプランの作成	☒ 1.会議は、利用者が参加しやすいように配慮されている。	
		☐ 2.随時、会議が開催されている。	
		☒ 3.利用者ニーズに応じて、誰もが参加できる体制になっている。(医療、保健福祉、教育、労働等)	
		☒ 4.利用者ニーズに基づき、個別支援計画を作成している。	
		☒ 5.作成した個別支援計画に利用者の同意をとっている。	
		☒ 6.支援計画後も、利用者の生活状況の把握に努めている。	
		☒ 7.必要に応じて、個別支援計画の見直しを行っている。	
		☒ 8.個別支援計画に沿ってサービスの提供が実施されているか、その把握と評価に努めている。	
	⑤サービス調整会議(全体会議)への参加	☒ 1.地域の情報や課題を共有するため、会議に参加している。	
		☒ 2.地域の課題を検討する会議等に関わりを持っている。	
		☐ 3.新たな制度やサービスを開発するための検討会議に関わりをもっている。	
	⑥サービス評価体制の整備	☐ 1.サービス調整会議にサービス評価のための体制を整備している。	
		☐ 2.サービスへの評価を知るための手段を工夫している。(利用者集会、ユーザーアンケート等)	
		☐ 3.サービス評価の結果を利用者に対して公開している。	
23項目中 項目 評価結果 A・B・C			
(2)ライフサイクルに応じた支援	自立生活支援の促進	☒ 1.自立生活の支援を促進するため、医療、保健、教育、福祉、労働等関係機関との情報の交換、課題の共有、連携ができています。	
		☒ 2.自立生活支援への個別支援計画が利用者に提示されている。	
		☐ 3.ライフサイクルごとに派生するニーズへの対応、制度の隙間を埋める支援や、その体制整備に努めている。	
		☐ 4.アパート、グループホーム等、自立生活の場の確保に努めている。	
4項目中 項目 評価結果 A・B・C			

3 ホームヘルプサービス事業（居宅介護、同行援護、行動援護、重度訪問介護）

在宅サービスを提供する事業所は、利用者ニーズに基づいて作成された個別支援計画の一部分を担い支援しているということ、すなわち地域ケアシステムの一部として機能しているという認識が必要です。障害者(児)の需要が多いホームヘルプサービスについては、利用者の生活状態やニーズに柔軟に対応できるよう、利用方法の明確性や簡便性、サービス内容の説明、利用者の状況把握対応など、利用者の求めている生活への的確な支援という視点からの評価とともに、利用者情報の共有化によるサービスの均質化とサービス提供に伴うプライバシーの保護も評価します。

中項目	小項目(質問項目)	着 眼 点	コ メ ン ト
(1)ホームヘルプサービスの提供	①サービスの利用	☐ 1.利用者に負担にならないよう、サービスの申し込みに配慮している。	
		☐ 2.サービスが利用できない時は、理由を明確にし、フォローアップにも努めている。	
		☐ 3.サービスの調整や苦情を受け止める担当者が決められ、利用者に周知されている。	
		☐ 4.事前に訪問するなどサービスの内容説明に努めている。	
		☐ 5.日常の活動、利用者の状況について連絡を密にとっている。(連絡帳電話、ファクス、インターネット等の活用)	
	②食事援助	☐ 1.利用者ニーズに基づいて、食事が提供されている。	
		☐ 2.利用者の障害状態に応じた食事援助がなされている。(調理法、食器、介助方法、自助具等)	
		☐ 3.適時、適温の提供や食事の雰囲気作りに努めている。	
	③入浴援助	☐ 1.利用者の障害状態に応じた入浴援助がなされている。(時間、介助者、介護機器等)	
		☐ 2.希望があればいつでも入浴できるよう努めている。	
		☐ 3.同性介助に努めている。	
	④排泄援助	☐ 1.利用者の障害状態に応じた排泄援助が、随時なされている。(便器、介助等)	
		☐ 2.プライバシーが保護されている。	
		☐ 3.同性介助に努めている。	
	⑤社会参加活動援助	☐ 1.社会参加を促進するための情報の収集や、利用者への情報提供に努めている。	
		☐ 2.利用者の障害状態や目的に応じた移動手段等による外出援助がなされている。	
		☐ 3.利用者の意向を尊重し、事前に目的、方法について確認をしている。	
	⑥サービスの標準化	☐ 1.どの職員においても、同じ質のサービスが提供できるよう工夫している。(工夫とは記録、情報交換等を含む会議の実施等)	
		☐ 2.随時、サービス提供の見直しに努めている。	
		☐ 3.サービス提供マニュアルに対して、利用者の同意を取っている。	
	⑦サービス内容の周知・要望、苦情を聞く機会づくり	☐ 1.パンフレット、機関誌などでサービス内容を周知している。	
		☐ 2.サービス提供後の評価が諮れるよう努めている。	
		☐ 3.利用者の要望、苦情を聞くようにしている。(ユーザーアンケート等)	
		☐ 4.市町村と、サービス内容に関して協議、懇談する場等を設定している。	
	⑧利用者情報の共有化とプライバシーの保護	☐ 1.全職員が利用者の情報を共有できるように手段を講じている。	
		☐ 2.日常的にサービス内容や利用者情報について意見交換している。	
		☐ 3.サービス提供中の記録に努めている。	
		☐ 4.サービスで知り得たプライバシーの保護を徹底している。	
28項目中 項目 評価結果 A ・ B ・ C			
(2)ケアマネジメント体制	①利用者ニーズに対するケアマネジメント体制(個別支援計画作成)の確立	☐ 1.利用者ニーズに対して、個別支援計画を作成するチーム体制が整備されている。	
		☐ 2.利用者個々の個別支援計画が、全職員に周知されている。	
		☐ 3.ケアマネジメントのチーム体制の見直しができている。	
	3項目中 項目 評価結果 A ・ B ・ C		

(3)ケアマネジメント手法の活用	①利用者ニーズの把握、個別支援計画作成、サービス提供、モニタリング	☐ 1.日常的に利用者ニーズの把握、情報収集に努めている。	
		☐ 2.アセスメントに基づき個別支援計画を作成している。	
		☐ 3.個別支援計画に利用者の同意を得て、サービスを提供している。	
		☐ 4.支援計画作成後も、利用者の生活状況の把握に努めている。	
		☐ 5.必要に応じて、個別支援計画の見直しを行っている。	
	5項目中 項目 評価結果 A ・ B ・ C		
(4)健康管理などへの支援	①健康管理と健康に対する職員研修	☐ 1.利用者の体調の変化に気をつけながらサービス提供を行っている。	
		☐ 2.利用者の健康状況、体調変化への対応を職員が周知している。	
		☐ 3.緊急対応の記録の作成に努めている。	
		☐ 4.体調不良等に対応できる看護職が配置されている。	
		☐ 5.障害特性や健康に対する学習会を実施している。	
	5項目中 項目 評価結果 A ・ B ・ C		
(5)利用者評価の受け止め	①サービス提供時の利用者の評価とサービス評価体制の整備	☐ 1.サービスに対する評価の場として、利用者会を実施している。	
		☐ 2.サービスに対する評価の場として、アンケートを実施している。	
		☐ 3.事業所内にサービス改善のための体制を整備している。	
		☐ 4.外部の機関と連携し、サービス評価に努めている。	
	4項目中 項目 評価結果 A ・ B ・ C		

4 ショートスティ事業

在宅で暮らす障害者(児)にとって、日常生活の中でアクシデントが起きた時の支援として、ショートスティは有効なサービスです。それだけに、在宅生活の現状や課題を知り、緊急時の対応なども含めた生活支援の視点から利用しやすいサービスに心がける必要があります。
このため、サービスの利用申込から提供までの過程における利用者への配慮や、ニーズに応じた体制の整備、さらにサービス提供の前提としての地域の障害者の情報の把握などを評価します。

中項目	小項目(質問項目)	着 眼 点	コ メ ン ト
(1)ショートスティサービスの提供	①サービスの利用	☐ 1.利用者の負担にならないよう、サービスの申し込みに配慮している。	
		☐ 2.受入できない時期や理由を関係機関や利用者に明らかにしている。	
		☐ 3.利用時にサービス内容の説明に努めている。	
		☐ 4.ショートスティの窓口担当が決められている。	
	②食事援助	☐ 1.利用者ニーズに基づいて、食事が提供されている。	
		☐ 2.利用者の障害状態に応じた食事援助がなされている。(調理法、食器、介助方法、自助具等)	
		☐ 3.適時、適温の提供や食事の雰囲気作りに努めている。	
	③入浴援助	☐ 1.利用者の障害状態に応じた入浴援助がなされている。(時間、介助者、介護機器等)	
		☐ 2.希望があればいつでも入浴できるよう努めている。	
		☐ 3.同性介助に努めている。	
	④排泄援助	☐ 1.利用者の障害状態に応じた排泄援助が、随時なされている。(便器、介助等)	
		☐ 2.プライバシーが保護されている。	
		☐ 3.同性介助に努めている。	
	⑤建物、設備の環境	☐ 1.利用者の障害状態に応じた環境づくりに配慮している。	
		☐ 2.スムーズに移動できるよう、日頃から整理整頓に努めている。	
		☐ 3.緊急時の連絡網が、整備された住環境づくりに努めている。	
		☐ 4.トイレの美化など住環境の整備に努めている。	
	⑥利用者に合わせた体制作り	☐ 1.施設の付帯事業としてでなく、在宅支援の重要なサービスとして取り組んでいる。	
		☐ 2.障害状態に応じた職員配置を実施している。	
		☐ 3.年令、障害状況を問わず受け入れるよう努めている。	
		☐ 4.緊急時の利用にも対応している。	
	⑦本人の日常性への配慮	☐ 1.本人の日常生活に配慮した、職員配置、環境に配慮している。	
		☐ 2.希望があれば学校、作業所等へ通える体制がとれる。(送迎支援等)	
		☐ 3.利用者の関わっている関係機関(学校、作業所等)との連携に努めている。	
		☐ 4.ショート利用による本人の機能低下の防止に努めている。	
	⑧地域の情報把握	☐ 1.地域の障害者の情報を把握するよう努めている。	
		☐ 2.登録の際、家庭訪問をして情報の把握に努めている。	
		☐ 3.登録の際、来所面談等をして情報の把握に努めている。	
	⑨サービスの標準化	☐ 1.どの職員においても、同じ質のサービスが提供できるよう工夫している。(工夫とは記録、情報交換等を含む会議の実施等)	
		☐ 2.随時、サービス提供の見直しに努めている。	
		☐ 3.サービス提供マニュアルに対して、利用者の同意を取っている。	
31項目中 項目 評価結果 A ・ B ・ C			

(2)健康管理 などへの支 援	①健康管理と健康 に対する職員研修	☐ 1.利用者の体調の変化に気をつけながらサービス提供を行っている。	
		☐ 2.利用者の健康状況、体調変化への対応を職員が周知している。	
		☐ 3.緊急対応の記録の作成に努めている。	
		☐ 4.体調不良等に対応できる看護職が配置されている。	
		☐ 5.障害特性や健康に対する学習会を実施している。	
	5項目中 項目 評価結果 A ・ B ・ C		
(3)利用者評 価の受け止 め	①サービス提供時 の利用者の評価と サービス評価体制 の整備	☐ 1.サービスに対する評価の場として、利用者会を実施している。	
		☐ 2.サービスに対する評価の場として、アンケートを実施している。	
		☐ 3.事業所内にサービス改善のための体制を整備している。	
		☐ 4.外部の機関と連携し、サービス評価に努めている。	
	4項目中 項目 評価結果 A ・ B ・ C		

障害福祉サービス共通評価基準 概評 〔各シート共通〕

○概 評

[illegible]

○サービスの質の向上に向けて取り組む課題

前回までの評価において、サービスの質の向上に向け取り組む課題を設定している場合はその内容と進捗状況を、また、新たに今回の評価によって今後取り組むべき課題がある場合も、その内容を記入してください。

[illegible]