

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名：	有限会社 保健情報サービス
訪問調査実施期間：	平成26年12月4日

②事業者情報

名称： 障がい者支援施設 敬仁会館	種別： 障害者入所支援・生活介護
代表者氏名：社会福祉法人敬仁会 理事長 藤井 啓子	定員（利用人数）：障害者入所支援 65名・生活介護 100名
所在地：鳥取県倉吉市山根 5 5 番地	TEL 0 8 5 8 - 2 6 - 3 8 6 4

③総 評

◇特に評価の高い点

法人はISO9001を取得されており、各種手順書、マニュアルや書式等は、整っています。また、実際の業務の流れについてもPDCAサイクルが実施されています。研修も内部研修、法人内研修、外部研修と各種用意されており、職員の経験等に応じて選択出来ます。職員の質の向上に向けて法人として取り組まれており、サービスの質の向上にも繋がっています。

◇改善を求められる点

個別支援計画については、利用者が納得、理解できる内容の物も用意されることを検討されても良いかもしれません。利用者の特性上、通常ありえない事故も起きかねませんので、現在も施設でも積極的に取り組まれています。服薬管理や洗剤等の管理については再度注意を払われると良いと思います。臭いの問題についても継続して対応されると良いと思います。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

“改善を求められる点”について、施設も課題として捉えている内容であり、継続して取り組んでいきたいと思っております。また、“利用者・家族アンケート”について、施設で実施している“満足度調査”では回答のないものもあり参考になりました。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

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

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1 Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	法人理念に基づいた施設理念・施設方針が作成されており、広報誌・パンフレット・ホームページに記載されており、いつでも見ることができる。また事業計画においても「重点項目」として各事業ごとの基本姿勢を明らかにされている。年初の職員の全体会で事業計画等の資料を配布し説明されている。また週1回、職員の朝会にて唱和されるなど、常に職員へ徹底できる様取り組まれている。利用者の家族に対しては、利用開始時に説明されており、家族会においても説明されている。広報誌にも掲載される事で家族や地域への周知が図られている。利用者にもルビつきの契約書・重要事項説明書等で説明をされている。施設内の掲示板には広報誌・パンフレット・ルビつきの契約書・重要事項説明書が貼りだされており利用者はいつでも見ることができる。ただ利用者の理解不足が予想されるため、施設としてもっと分かりやすい工夫を今後行われる予定である。

Ⅰ-2 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2 Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	外部のメディア、関係施設団体等への参加、福祉新聞等からの情報を収集され社会福祉事業全体の動向の把握に努められている。把握した動向を基に、施設の将来展望について独自のグランドデザインを本年4月から作成されている。1・基本的な考え方、2・基本的な視点・社会福祉の父糸賀一雄と敬仁会などを取り上げておられる。また自立支援協議会・ネットワーク会議等に参加され情報収集を行い、地域の特徴やニーズ、課題等の把握に努められ分析をされている。毎月行われる、係会議・課会議・運営会議で利用率、収支状況の分析結果の検討を実施されている。毎年12月に職員アンケートを行い集計し、結果を事業に反映されている。
3 Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	経営課題や経営状況を法人内の施設長会、役員会でも経営分析を行い、法人としての具体的な取り組みにつなげておられる。施設としても常に予算執行状況や利用者状況等を確認されながら分析し運営会議で報告され検討されている。全職員に対しても、3ヶ月に1回の全体会議で報告し共有されている。

I-3 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント	
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b	理念や基本方針に基づき、5年（H26年～H30年）を単位とする中長期計画を策定されている。取り巻く環境の変化等の事もあり、中長期の収支計画の策定は行われてないが、単年度の収支計画は作成されている。中長期計画についても、取り巻く環境変化も踏まえ、必要に応じて見直しをされても良いと思います。
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	中・長期計画の内容を単年の事業計画に反映し、職員の見解を取り入れながら具体的に目標を設定されている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	12月に職員アンケートを実施し、その結果も加味した上で、本年度の事業計画の進捗状況の評価・見直しを行いながら次年度の事業計画の策定を行っておられ、3月の全体会議にて伝達されている。事業計画を基に各部門、各部署で目標管理票の作成し品質方針・品質目標管理手順に沿って、進捗状況の確認と評価が行われている。
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	5月実施の家族会にて事業計画の内容を説明されている。利用者に対しても、各エリアにルビ付きの事業計画を掲示され常に見ることができるようになっている。理解しやすいように目的、手順をフローチャートにされているが、さらに分かりやすい内容になるよう工夫を検討されている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

評価項目	第三者評価結果	コメント	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	法人他事業所の内部評価委員によるサービス内部評価を年1回受け、評価に基づいた改善・見直しをされている。法人はISO9001を取得されており、PDCAサイクルに従い品質管理など管理業務を円滑に進めている。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	サービス内部評価に基づく改善計画・評価・見直しをされる。施設内においてもサービス評価委員会の職員を中心に各部署の評価見直しがされ、改善プロジェクトにより会議を行い改善点について話し合われる。改善点については、課会議・各エリア会議等で話し合い改善計画を立て、会議録にて職員へ周知が図られている。具体的には、施設内の臭いについて指摘があり、ポータブルトイレの後始末、マットの使用後後始末について検討された改善策の内容を議事録により周知されていたことが確認できました。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	a	施設長が3月の職員会議で事業計画を基に方針や取り組みについて説明され職員も共有し理解されている。地域に対しても配布する広報誌に、方針や取り組みを掲載しておられ施設の役割と責任を表明されている。
11	a	施設長は遵守すべき法令等を十分に認識されている。法人の法令遵守部会での取り組みを施設内のリスクマネジメント委員会においても積極的に取り組んでおられる。また、外部研修においても、コンプライアンス研修等に参加し、職員に伝達講習を行い指導されている。虐待防止についても積極的に指導し取り組まれている。
Ⅱ-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	a	サービスの質の向上について取り組み課長、係長と共にISO内部監査・外部監査等で課題を把握し、改善に向けて取り組まれている。資格取得、外部・内部研修に参加することは勿論、ヒヤリハット事例を収集し検討等を行い改善する仕組みも構築されており、サービスの質の向上に努めている。
13	a	運営会議において、毎月の経営状況について報告を受け、分析をされている。運営会議の結果は全体会で全職員に周知されている。昨年度、全職員による自己評価を行い、集計した自己評価結果についての改善策を話し合い改善計画を作られた。計画については職員会議で周知を行い日々のサービス取り組みられた。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	a	必要な人材や有資格者の情報は法人本部にて管理されている。施設として必要な人材の確保については、次年度の予算ヒヤリングの際に要望を提出し、サービス提供に関わる専門職の確保に努められている。施設内でも必要な福祉人材の確保について話し合わせ、法人に要望することで、サービス管理責任者等、事業運営に必要な人材等の確保に努められている。
15	a	法人において、人事制度が確立されており、人事基準等も明確に定められている。人事基準を基に年3回職員の個人面談も定期的に行われている。人事考課は施設長が行い、職員からの要望もフィードバックされている。異動等の希望も聞いてもらえる体制がある。

II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-2(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a	有給取得状況や時間外労働の管理もしっかりと行われている。就労形態に関するアンケートを実施したり、身上報告書で本人の就労状況に対する意向の把握を行っている。衛生委員会による労働環境の確認や腰痛等も含めた職員の健康チェック体制も整備されている。疲労度チェック（ワークライフバランス）も実施されており、メンタル面での健康管理にも取りくんでおられ、希望すればメンタルのカウンセリングを受けることができる。勤務表作成について希望を反映されている。
II-2-2(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-2(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	職員一人ひとりの目標があり定期的に施設長との個別面接が行われている。目標面接時に希望や資格を確認し必要な研修や資格取得を促している。職員に合わせた法人階層別研修、施設内研修を年間計画に沿って実施して向上を目指している。
18	II-2-2(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	職員研修は年間研修計画に沿って実施されている。法人の教育研修委員会で法人の求める職員像を明確にされている。研修終了後は、復命書による伝達研修も実施されている。
19	II-2-2(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	階層別研修、職種別研修など一人ひとりに応じた研修の機会が用意されており、知識や技術に応じた研修が行われている。伝達講習があり職員の知識や技術の向上となっている。新任職員はOJTの研修を受けている。研修後アンケートの実施も実施され、研修内容についても評価、検討されている。
II-2-2(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
20	II-2-2(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	実習生受け入れ手順書があり、誓約書の取り交わしを始めオリエンテーションの実施等、受け入れ体制や施設としての基本姿勢が明文化され整っている。基本的な実習プログラムも作成し実習担当者が対応されている。実習担当者は、学校側との事前打ち合わせを始め、継続的に連携を取りながら受け入れを行っている。また、中学生の職場体験事業の一環となる実習の受け入れも行っている。

II-3 運営の透明性の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント	
II-3-1(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	II-3-1(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	施設玄関に法人理念、基本方針等を掲示されておりいつでも見ることができる。合わせて苦情、相談や良い事についても掲示されている。また法人ホームページを利用し広く公表されている。地域に対しては、パンフレットや広報誌等を配布して施設の情報を公開されている。
22	II-3-1(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	法人監事機関による監査、経理監査を年1回受けられており、適正な経営が行われている。ISO手順により、事務、経理、取引等がルール化されており、職員にも周知されている。

II-4 地域との交流、地域貢献

	評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	グランドゴルフは地域の方に講師として施設に来てもらい指導を受けグランドゴルフ大会に出場できるようになった。敬仁会館祭には地域の方もお招きし交流を深めている。 施設の特性もあり、来て頂く事よりも地域に出る交流の方が中心に活動されている。ひまわり保育園の運動会に参加したり、消防署へ見学に行くなど交流行事を通して地域との関わりを持てるように努められている。 理・美容の利用は髪形の雑誌や近隣の協力店舗10箇所の案内リストを作成して利用者が選択し利用できるようにされている。
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	ボランティア受け入れ手順書(説明項目等)を作成されており、ボランティア開始前にはオリエンテーションを実施してから活動頂いている。 クラブ活動や行事の際にボランティアの方の参加もあり利用者と共に楽しみながら交流されている。どうしても行事中心のボランティア活動が多くなってしまふ。 地域実践塾と銘打ったあいサポーター交流事業への施設提供も行っている。また、社会福祉協議会へのボランティア募集の登録(短期型・長期型)も行っている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	「より良い暮らしのために」という冊子を各エリアに置いてあり、利用者が利用できる社会資源を紹介し活用できるようにされている。鳥取県の「お出かけ案内」も同様に活用されている。施設周辺のガイドマップも準備し必要に応じて情報提供が出来るようファイルが用意されている。また、法人の近隣施設のパンフレットが準備されており説明ができるようにされている。緊急対応マニュアルには医療機関がリストアップされており必要に応じて医療機関が選択できる体制が整えられている。連携上必要な場合には関係機関とケア会議を開催するなどして、支援方法等についても話し合われる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	あいサポート研修やあいサポート運動応援団などの取り組みを実践されている。あいサポート研修会へは、職員4名をメッセンジャー(講師)として交代で派遣されている。施設の広報誌を近隣地域である山根地区に配布して地域の理解も深められている。 利用希望者の体験・実習等受け入れも行われている。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	地域のニーズに基づきショートステイ、日中一時サービス受入れ、在宅支援を行っている。また、グループホームの設置運営、在宅サービスの提供、相談支援事業も実施されている。 相談支援センターの相談員は家庭における多岐に渡るサービスの相談に対応されており、地域のニーズの把握に努められている。 行政とも災害時等における要援護者の緊急受入れに関する協定を締結されている。

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

評価項目	第三者評価結果	コメント	
Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	a	利用者を尊重した福祉サービス提供については、施設方針にも明文化されており、「倫理要綱」や規定にも謳ってある。年度当初に全職員へ配布する事業計画にも明記されており、法人理念、施設方針、利用者の尊重等福祉サービスの理解、実践するための取り組みをされている。身体拘束、虐待防止について研修、勉強会も行われている。
29	Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	法人が定めたプライバシーポリシーがあり重要事項説明書の説明時に合わせて利用者へ説明されている。職員にはミニ研修会で入浴、排泄、羞恥心、書類の廃棄等についてを伝達し周知している。プライバシー保護、虐待防止に関する人権研修などにも参加されている。
Ⅲ-1-1(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
30	Ⅲ-1-1(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	利用希望の方には個別に説明をされる。見学、体験入所等も希望に応じて実施される。施設パンフレット、施設紹介映像（DVD）を作成して常時提供できるようになっている。文章での説明では分かりにくい部分もある為、パンフレットには写真等を多く使用し、また映像で見てもらい分かりやすく福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介出よう用意されている。
31	Ⅲ-1-1(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	入所時、サービス開始時にルピつきの契約書、重要事項説明書で丁寧に説明されている。
32	Ⅲ-1-1(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	長期入院や施設変更による退所の場合は、アセスメント、サマリー、看護連絡等の情報提供をしサービスの提供に影響がないようにされている。家庭の都合で退所の場合であっても退所時手順により相談できる仕組みが整っている。また、在宅サービスの提供もされている。
Ⅲ-1-1(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	Ⅲ-1-1(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	年1回顧客満足調査アンケートが行われており、アンケート結果を検討し改善点があれば改善策を実施されている。また、年1回食事嗜好調査も行われる。栄養士が聞き取りを行い希望のメニューや新成人の祝いの時などの行事食の献立に反映されている。毎週金曜日の13時～13時30分に困りごと相談室を実施されており、利用者に声掛けを行い、日頃の困りごとや希望を聞くようにされている。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	福祉サービス苦情解決処理要綱が作成されており、体制も整備されている。苦情解決委員会が設置されており、年2回開催され第三者委員、各事業所の委員が出席される。苦情や良かったことについては、毎月施設内で検討され結果を玄関に掲示される。重要事項説明書に苦情受付についての記載があり苦情解決責任者が明記してある。常に施設の掲示板にルビつきの重要事項説明書が掲示されている。
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a	毎週金曜日の13時～13時30分に困りごと相談室を実施されている。相談は個別対応となっている為、小会議室を利用しプライバシー保護をされている。日常的に意見や困りごとを職員に相談されている。家族には、来所時や電話で困りごとや相談内容を知らせている。
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	利用者からの相談や意見があった場合の対応マニュアルも作成されている。利用者アンケートや困りごと相談室などを実施し、利用者の相談や意見の把握を行い、検討された結果を踏まえ福祉サービスの質の向上に関する検討を行いサービスに反映されている。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	リスクマネジメントに関する責任者の配置されている。事故発生時の対応と安全確保についてのマニュアルが作成され職員が周知されている。また、事故対策委員会も設置されており、毎月ヒヤリハット週間を定め事故防止に向けた取り組みや各課でテーマを決めて安心・安全なサービス提供に取り組まれている。事故対策委員の配置もされており、緊急対応マニュアルも作成されている。
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	感染症対策の責任と役割を明確にした管理体制、対応マニュアルが整備されている。感染症対応マニュアルや感染症対策委員の配置もあり予防や安全確保に関する勉強会等も開催され職員は周知されている。感染を未然に防ぐ取組みとして、1日3回の施設内消毒や手洗いチェッカーを実施されている。手洗手順についても各手洗い場に方法を分かり易く明記し利用者、職員共に実践されている。食中毒の理解を深めるため研修も予定されている。
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	防災マニュアル、消防計画、土砂災害マニュアルが作成されており、職員にも周知出来ている。年2回近隣施設と合同で消火、避難訓練を実施されており、消防署に計画書を提出し、報告も行われている。備蓄品リストを整備し備蓄品も用意されている。施設が高台に立地している為、火事等災害時に近隣の地域の協力は地理的に難しいが、近隣に法人の関連施設が多くあるので、協力体制は出来ている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

	評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-1(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-1(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	福祉サービスに関する標準的な実施方法が利用契約書やISOなどによりマニュアル化されている。特に入浴支援・食事支援等利用者と直接関わる支援の場合、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる内容が記載されている。法人独自のOJTの仕組みがあり実施されており、OJTの進捗のチェックリストも用意されている。
41	Ⅲ-2-1(1)-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。	a	福祉サービスに関する標準的な実施方法のマニュアルについても、年1回の各種マニュアルの見直しの必要性を検討する会議で話し合われている。個別支援計画は、作成・変更手順に沿って作成されている。定期的にカンファレンスで意見や提案を検討し見直しが行われている。
Ⅲ-2-2(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
42	Ⅲ-2-2(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	家族や利用者から生活習慣、病気、家族、利用時の意向、希望等聞きアセスメント用紙に記入し支援計画作成、実施、モニタリング、評価、見直しを行っている。支援職員、PT、看護師、栄養士等様々な職種の職員と協議、連携しサービス管理責任者が作成している。
43	Ⅲ-2-2(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	見直しの手順により支援計画は、モニタリングが月に1回、評価が6ヶ月に1回実施されて、見直しも行われている。アセスメントより意向、要望を聞き支援計画を作成されている。状態変化の時は緊急に支援計画の変更が行われている。
Ⅲ-2-3(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-3(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	法人が定めたルール及び統一した支援記録用紙の記録様式があり記録を行っている。サービスの実施状況の記録については、関わる職員は全員確認でき職員は情報を共有されている。記録記録方法についても研修に参加し記録のポイントやフォーカスチャートを用いる等の記録方法を学び、共有化を図っている。
45	Ⅲ-2-3(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	法人が定めたルール及び統一した記録様式があり記録が行われている。記録の管理、保存、廃棄は品質記録リストに明記されているので品質記録リストに沿って行っている。重要事項説明書内に法人の定めるプライバシーポリシーが明記されており、個人情報の取り扱いが示されており、施設入所時に利用者、家族に説明されている。コンプライアンス研修に参加し職員に伝達講習し理解できている。

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（26項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

A-1 利用者の尊重

	評価項目	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 利用者の尊重			
1	A-1-(1)-① 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	意思伝達に制限のある利用者とのコミュニケーション手段としては、手話やホワイトボード等に文字を書いたり、絵、写真を使用するなど工夫されている。 聴覚障害者の方は聴覚障害者支援センター「ふくろうの家」を定期的に利用されている。利用の連絡方法はFAXを利用し送迎時間や利用内容が記入されている。 伝達方法は入居者の独自の手話（マカトン法）や掲示板に絵、写真、ルビを振った伝言書類が貼ってあり分かりやすく工夫している。
2	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	土曜日は生活介護が休みのため外出活動をされる。利用者の主体的な活動を支援するための担当職員の配置もされている。 希望クラブで週1回活動される。地域の球技大会など外部行事に参加され交流がある。給食当番・活動時の司会・ゴミ捨て当番等できる方役割をもって行われる。友人との面会や外出をされ交流が持てるよう支援されている。高校野球観戦外出やJRを使った外出の支援も行われ楽しみや生活につながる支援が行われている。
3	A-1-(1)-③ 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	個別支援計画に従って見守り支援が行われている。 自立に向けた個別支援計画を作成され自分でできること、興味や関心ごとなど生活支援が行われている。 エリア会議で支援1・2・3・4毎の会議をされ職員は周知されている。 職員配置は支援1・2・3・4内で職員配置の必要なところに勤務者内でスムーズに配置し支援できるように、毎週1回主任者による配置調整できる機会が設けられている。 事故・ヒヤリハット報告書等を検討しながら、利用者が自力で生活する上で、必要な知識が身に付くように支援されている。
4	A-1-(1)-④ 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	エンパワメントについての研修も行われており、利用者の特性を重視したエンパワメントのプランを作成され支援されている。 アセスメントから「金銭管理・自分で支払いができる」、「タクシーが利用できる」、「外出ができる」等よりエンパワメントに基づいたプランを作成され支援されている。 2階の利用者は通院、外出時にタクシーを利用される。買い物は職員同行支援をしてや定期的な買い物支援が行われている。各個人に合わせたコミュニケーションを行い生活支援が行われている。

A-2 日常生活支援

	評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 食事			
5	A-2-(1)-① 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	利用者全員の栄養ケア計画を作成され健康状態、疾病等に合わせた食事を提供されている。計画は定期的に見直しをされている。計画書に本人、家族、後見人の同意のサインがある。アレルギー除去食は食札に記入し間違えないようにされている。
6	A-2-(1)-② 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	利用者全員に記名式の嗜好調査が行われ、希望、意向を聞いており、行事食等で希望メニューを実施されている。また、代替え食の提供にも対応されている。温冷ワゴンを導入されたことで適温での提供されている。1階、2階に別れて身体、精神状態に合わせて食事をされている。体調が悪いときは居室で食事を取ることもできる。
7	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	食事の席についても配慮され自分のペースで落ち着いて食べられる環境を整えられている。身体状況に合わせスプーン、自助具、食事前エプロンなどで工夫をされている。食事時は常に職員が見守りをされており、安心して食事できるようにされている。
A-2-(2) 入浴			
8	A-2-(2)-① 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	個浴が2箇所あり、利用者一人での入浴が可能な方もおられる。2階の利用者にはについては見守り入浴をされている。1階利用者は介助の必要な方もあり、状態に合わせてシャワーチェア利用や機械浴の入浴もできる。同性介助を行いプライバシーに配慮されている。
9	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	朝浴、午後浴、夕方浴、夜間浴等希望に添えるようにされている。1階では基本的に午前中に女性、午後男性の入浴が実施されている。女性の方でも希望により午後入浴される方もある。又、希望により夕食前に入浴される方もある。2階については、個浴対応で希望になるべく添うようにされている。拒否の方については声かけや職員を替えて声掛けを行えば入浴される。又、時間とタイミングの工夫をして入浴してもらっている。入浴できないときは清拭を行っている。
10	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	一つの浴室は大浴槽から家庭用サイズの浴槽に改装し個々で入浴できる体制を整えられた。個浴が2つあるのでパーテーションを設置しプライバシーの保護をされている。脱衣室利用のとき他利用者がドアを開けられ不快感を持たれる方があり、施設は脱衣室内鍵を設置し入浴時のプライバシーに配慮され内鍵を掛けられようようにされた。本人同意を得て鍵を掛け入浴されている。もう一つの浴室については暑さ、寒さ対策としてエアコンも設置された。

A-2-(3) 排泄			
11	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	排泄支援にチームで取り組み使用するパッド等について検討し対応している。オムツから紙パンツへという取り組みが行われている。 居室にプライバシーカーテンやパーテーションを設置するなどしてポータブルトイレ使用時のプライバシーに配慮されている。 男女で夜勤者を配置し同性介助が行われている。
12	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	毎朝、定時の清掃とチェック体制がある。夜勤が朝オムツ交換後、居室ポータブルトイレの清掃、マットの洗浄を行っている。必要時日中もやっている。サービス評価委員会の指摘事項でもある臭いについて、チームで取り組みを続けておられる。引き続き、環境の点検、改善へ向けて検討されている。 廊下から直接トイレ内が見えない構造されており、プライバシーに配慮されている。
A-2-(4) 衣服			
13	A-2-(4)-① 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	外出時、入浴時は利用者と相談し好みの衣類を選べるよう支援されている。困難な方は年齢や特性を考慮し支援されている。夜はパジャマに着替えて頂き、生活リズムを作れるようにされている。利用者本人の好みに合わせ購入支援も行われている。季節の衣類交換は家族、職員で行い適切な衣類で過ごすことができるように心掛けている。
14	A-2-(4)-② 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	季節に合っていない場合や汚れに気づいた時は速やかに着替えの対応が出来ている。汚染時はいつでもすぐに更衣ができる支援をされている。利用者と話し合い、相談、希望を聞きながら支援をされている。
A-2-(5) 理容・美容			
15	A-2-(5)-① 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	髪形は利用者個人の好みを尊重されており、理容・美容についてのカタログを準備し利用者を選んでもらえるようにされている。外出時化粧ができる支援もされている。身だしなみについての相談も随時受け付けている。
16	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a	好みの髪型が選べるよう冊子が準備されている。地域の理美容店を利用できるよう10店舗以上のリストを揃えいつでも見ることができる。送迎の支援の体制がある。訪問散髪を利用されている方もある。
A-2-(6) 睡眠			
17	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a	消灯は22時。夜間は常夜灯を使用し、ねむりやすい環境を整えている。場合によっては居室の変更にも対応されている。 個人の希望寝具等の使用や定期的なシーツ交換と必要に応じての交換が行われており清潔が保たれている。 21時以降の排泄支援は排泄チェック表等を基にトイレ案内の声掛け、排泄用品の用意、ポータブルトイレ設置など対応している。 季節により寝具の調整や空調管理が行われる。

2- (7) 健康管理			
18	A-2- (7) -① 日常の健康管理は適切である。	a	協力病院と連携を図り、年2回の健康診断が行われている。体調に変化があった場合は通院対応も行われている。インフルエンザなどの予防接種も行われる。希望により歯科受診も行われている。 感染対策のマニュアルがあり1階、2階に消毒薬、手袋等感染対策グッズが準備されている。 看護師によるリハビリが行われる体制も用意されており、併設施設の作業療法士の協力もあり実施されている。リハビリ記録もあり、定期的に関リハビリについての評価も行われている。歯磨き講習も年1回実施されている。
19	A-2- (7) -② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	体調に変化があった時は通院対応され適切に医療が受けられる体制が準備されている。緊急時はマニュアルに沿って対応できる。けがの対応を学習するための職員の研修も用意されている。 管理者は協力病院と相談、受診ができるよう連携を取っている。緊急搬送用の、担架や専用の車椅子等も準備されている。
20	A-2- (7) -③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a	鍵がかかる医務室にて管理され、準備、服薬共に慎重に取り扱ってられ、与薬手順書に沿って実施されている。誤薬があった際のマニュアルもあり研修を実施し誤薬のないように努められている。利用者個々の薬情報は個人のファイルにて管理されている。
A-2- (8) 余暇・レクリエーション			
21	A-2- (8) -① 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	希望クラブでの活動や作業療法士を招いてレクリエーション活動を実施されている。ゲーム、運動、身体をを動かす。集団が苦手な利用者はワーク活動やDVD観賞等で楽しめる。グランドゴルフの大会へ参加されている。 社会見学旅行は利用者や家族の希望を取りペンション宿泊体験、花回廊、出雲大社、姫路城、姫路セントラルパークなどに出かけ普段行くことができない場所で楽しまれた。定例ボランティア・音楽、生花、手芸クラブ・歌フラダンス、もちつき、お茶会など受け入れ交流がある。 河北中学校福祉体験学習、鳥取短期大学の実習生の受け入れもある。
A-2- (9) 外出、外泊			
22	A-2- (9) -① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	利用者の希望や予定を聞き個別支援計画により実施されている。定期的な外出支援も行われている。外出届を出し個別にルールを決め行き先、連絡先等把握をされ外出が行われている。休日の友人や家族との外出も行われている。外泊時は家族より施設に連絡を頂くようになっている。
23	A-2- (9) -② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	施設より外泊の働きかけを行っている。外泊時は家族が送迎される。外泊が本人の希望や楽しみとなるよう家族と調整し対応されている。
A-2- (10) 所持金・預かり金の管理等			
24	A-2- (10) -① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a	手順書に基づいて、保管庫で管理されている。お金の出し入れがある際は職員2人での確認体制を取られている。利用者には都度確認をしてもらっている。職員に対してはエリア会議で金銭管理の手順について周知が行われている。こすかい帳を付けお金の使い方を管理されている利用者もある。 金銭管理は家族に前月分をコピーし送付され確認して頂いている。
25	A-2- (10) -② 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	希望の方には、新聞・雑誌の個人的な定期購読が出来る体制は整えられている。テレビやラジオも希望者には購入してもらい楽しんで頂いている。各エリア内共有の雑誌の定期購読も行っているため利用者はいつでも読むことができる。
26	A-2- (10) -③ 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	喫煙については、喫煙場所・時間等設定して行われている。火災等の危険もある為、個別にルールを決め安全に喫煙出来るよう対応されている。ライターは職員が管理し貸し出しをされている。タバコは健康に配慮しながら対応している。館内での飲酒は禁止されているが旅行などの時は飲酒が可能となっている。