

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

| | |
|---|--|
| 名称：指定障がい福祉サービス事業所 よなご大平園 | 種別：生活介護 |
| 代表者氏名：施設長 松本 順子 | 定員（利用人数）： 15名 |
| 所在地：鳥取県米子市二本木1690 | |
| TEL：0859-56-6226 | ホームページ： https://www.med-wel.jp/keijin/ |
| 【施設の概要】 | |
| 開設年月日：平成18年7月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 敬仁会 理事長 藤井 一博 | |
| 職員数 | 常勤職員： 13名 非常勤職員 0名 |
| 専門職員 | 管理者 1名 |
| | サービス管理責任者 1名 |
| | 看護師 1名 |
| | 生活支援員（介護福祉士等）10名 |
| 施設・設備 の概要 | 静養室 1室 浴室 1室 |
| | 相談室 1室 シャワーストレッチャー |
| | 日常生活訓練室 1室 バスリフト |
| | 作業室 4室 更衣室1室 |

③理念・基本方針

| |
|--|
| <p>◇法人理念</p> <p>1 テンダーラビングケア（tender loving care） 「愛」とは、誰かの心に希望の灯りをともすことです 自分に何が出来るかをまず考えることです （日野原重明著テンダーラブより）</p> <p>2 スローライフ 丁寧に考えること誠実に対応すること</p> <p>◇施設理念</p> <ul style="list-style-type: none">・ノーマライゼーションの実現及びセーフティネットの一翼を担う施設・地域の財産となる施設 |
|--|

◇施設方針

- ・ ご利用者への懇切、丁寧、誠実な対応
- ・ 徹底した安全管理とコンプライアンスの徹底
- ・ 人間力の強化による、風通しのよい職場

◇施設テーマ

『ご利用者の満足・ご家族の安心・地域の信頼・笑顔の職場』

③ 施設の特徴的な取組

社会福祉法人敬仁会「よなご大平園」の総合的な障害者福祉サービスの提供の一環として、平成18年7月に「生活介護事業（定員15名）」としてサービス提供が開始されました。

生活介護事業の目的は、地域における就労が困難な在宅の障がい者が通所して、文化的活動、機能訓練等が行われることにより、その自立を図るとともに生きがいを高めること等を目的の施設です。

具体的には、文化的活動（創作書道・音楽療法・絵本の読み聞かせ・花壇づくり・クッキング等）の機会を提供し、身体機能や生活能力の向上のために必要な援助・支援が行われています。

重度化が進み医療的行為も増加してきており、対応できる体制が整えられています。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和1年6月1日（契約日） ～ 令和2年2月21日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 6回（平成30年度） |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

ISO9001（国際認証規格 品質マネジメントシステム）取得及び認証による施設運営が行われ、定期の内部監査、定期審査・更新審査による施設運営の改善・見直しに取組まれています。

理念・基本方針に沿った事業運営に向け、組織全体の規程、各種マニュアル・手順書の編成（定期的な追加・改善・見直し）による業務運営に向けた職員への周知が行われ、内部・外部監査等実施によるガバナンス（内部統制）の効いた障害者福祉サービス事業全般に渡る地域使命の実現に向け「ご利用者の満足・ご家族の安心・地域の信頼・笑顔の職場」をモットーに福祉サービスの提供が行われています。

組織運営の中心に各種委員会組織による事業推進状況の検証及び施策の計画・実行（危機管理（防災対策）、人権擁護・虐待防止、人材育成研修実施計画）等が実施されています。

また、利用者の生活自立支援や身体機能の維持・向上に向けた取り組みとして、利用者

の意見・要望等を反映したレクリエーションやイベント（行事）計画が策定され、組織的な運営が実施されています。

◇改善を求められる点

福祉サービスの永遠のテーマである人と人との援助（支援）サービスに於いて、利用者の人権を尊重し、利用者（家族等）との良好な関係を構築するために毎年行われている「人権擁護研修」「虐待セルフチェック（年2回）実施」及び利用者からの「満足度調査」に加え、日常業務における「接遇マナー5原則実践チェック」等の定期的な実施や形骸化防止対策としての内部監査等が継続されること期待致します。

事業計画として、定量化（社会生活移行目標、サービス提供事業者対応目標、地域交流・ボランティア参加目標、事故ゼロ、虐待ゼロ）等の目標の管理等が求められます。

人事考課制度は、職員が自らの業務にやり甲斐や達成感及び価値観が生まれるための制度（やったものが救われる）と考えることから評価する側（上席等）の面談（指導・アドバイス及びフィードバック等）に於けるコミュニケーション力の強化及び評価基準（思い込み判断エラー評価、甘い評価・厳しい評価是正の実施）の統一思考等の評価研修等が定期的に行われることが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

ご利用者、ご家族に満足していただけるよう様々な活動の工夫をしていき安心して通っていただけるよう努めます。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三評価結果（生活介護）

共通評価基準（45項目）

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

1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

| | | 第三者評価結果 |
|--|-----------------------------------|---------|
| 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>施設理念・施設方針が明文化され、施設内への掲示されています。</p> <p>新入職員には新人研修時に説明が行なわれ、年度当初の職員全体会議の事業計画説明時にも周知が図られています。</p> <p>毎朝の職員会での唱和や職員のネームホルダー（名札裏）に理念・基本方針を携帯する等の浸透度を高める施策にも取り組まれています。</p> <p>地域の方に対しては、パンフレット、広報誌、ホームページ等に掲載されています。</p> <p>利用者・家族等に対しては、利用開始時に重要事項説明書に基づき、施設の使命（機能）や目標に加えて、施設運営等の考え方を説明が行なわれ、理解を促す取組みが行われています。</p> | | |

I-2 経営状況の把握

2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>鳥取県及び各市町村の社会福祉計画の把握や社会福祉協議会の情報収集及び共有等による地域のニーズの把握や分析が行われ、障害福祉サービス提供に関する福祉事業の動向等を各委員会等で対策が検討（コスト面含む）され中・長期的（事業の継続性等の見通し等）な展望及び各種目標（利用率の変化や経営収支率等）が定められています。</p> <p>また、事業の成果分析等については、毎月の運営会議において、経営状況報告、施設方針等の達成度評価及び施設マネジメントレビューが示され、全体会議、各係会議への説明及び方針等の情報共有等による施設運営が行われています。</p> | | |

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | a |
| <p><<コメント>></p> <p>経営状況報告書（成果実績・分析）による毎月の経営状況（進捗）の達成度の評価が行われており、その結果については法人施設長会議や理事会で報告されています。</p> <p>運営会議で、毎月経営状況や事業を取り巻くニーズ・社会動向等が報告され、経営に関する課題・問題点等の対策が検討・協議され、全体会議や各部署の係会議で職員共通の認識を持つための共有が図られています。</p> <p>各施設での全体会議の開催や参加できない職員へは資料の配布・回覧が行われ、中間評価や期末評価等を踏まえた経営課題等の改善対策に向けた取組が行われています。</p> <p>また、職員へのアンケート調査が実施され、職員一人ひとりが抱える各種の事業運営における課題・問題点等の把握・分析により委員会に周知される等、透明化された組織的な取組が行われています。</p> | | |

I-3 事業計画の策定

3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

| | | 第三者評価結果 |
|---|---------------------------------------|---------|
| 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>社会福祉法人敬仁会の中・長期計画が策定され、よなご大平園としての数値目標や施策が具体的に示されています。</p> <p>次年度からの「中・長期事業計画」が、利用者へのサービス提供、施設・設備、施設管理、職員管理、経営管理、地域貢献の項目で見直しされました。</p> <p>職員が実行するにあたっての課題や改善施策（目標項目・目標数値・成果分析・対策等）が明文化（数値化含む）された中・長期事業計画が作成され、年度末の成果分析・課題及び改善・見直し対策を図り、次年度以降もビジョンを明確した計画が策定されています。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>中・長期事業計画及び前年度末の実績を踏まえ、マネジメントレビュー達成度（数値化）による評価を踏まえ、単年度の具体的な計画が策定され、成果把握・分析等のマネジメントレビュー達成度の評価（上期と期末の成果確認等）等の改善・見直しを図った次年度計画及び予算計画等への反映が行われています。</p> <p>単年度の具体化された目標は、年度初めに、活動計画及び収支計画が設定され、毎月の事業活動及び収支実績状況について、施設長会、運営会議、全体会議にて実績報告（予算目標、稼働率現状対策含む）の共有が図られ、課題等に対する改善対策が立てれる等の対応が行われています。</p> | | |

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 |
| <p><コメント></p> <p>年度末期の達成状況（成果分析等）及び課題・対策等を反映させた新年度事業計画が策定されています。</p> <p>事業計画は、施設方針に添った重点目標や各種施策が策定され、年度当初に、職員一人ひとりに資料配布され、施設長から全体会議の場で説明が行われています。</p> <p>事業実施状況の成果把握、分析等は、マネジメントレビュー（品質方針・品質目標管理）手順に基づき、評価・見直しが行われています。</p> <p>また、事業計画に関する取組み状況に対する職員アンケート（年1回）を実施して、施設運営に関する意見を拾い上げ、福祉サービス事業へ反映させ職員へのフィードバックが行われています。</p> | | |
| 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>事業計画（施設改善・運営方針及び年間行事計画等）は、年度当初の自治会総会、家族懇談会、全体朝会等で説明が行われています。</p> <p>施設側としての説明は、分かりやすい資料（ルビ付きや写真資料等）や言葉を選びながらの説明で理解を求めています。施設内掲示も行われています。</p> <p>定期的に「防災・防犯体制・衛生管理・感染症対策・人権保護・苦情処理対応体制・情報保護」等施設内への掲示され、必要な情報（防犯、感染症対策、イベント・行事等）等、その時々に応じた内容の理解を求める周知が行われています。</p> | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。

| | | |
|--|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上に於ける理念、基本方針は、法人施設内に明文化された掲示や及び広報媒体（インターネット、広報誌）に掲載するなど組織的な取組みが行われています。</p> <p>ISO9001（国際認証規格：品質マネジメントシステム）による「内部監査、定期審査、更新審査」が行われ、指摘事項の改善等、サービス品質の維持・確保に向けた分析・対策（半年単位）が社会福祉法人全体で取組まれています。</p> <p>施設運営におけるサービスに関する「満足度調査、自己評価、施設評価、福祉サービス第三者評価受審」等結果に基づき、組織内のサービス評価委員会を中心に分析・検証による改善対策に取組まれています。</p> <p>また、法人内の施設・内部評価委員会による施設巡視等が行われ、サービスの質の向上に向けた職員意識の相互チェック等が組織的に実施されています。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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 |
| <p><コメント></p> <p>内部・外部の評価結果の課題・問題点（指摘事項等）に対する解決・改善対策は、サービス評価委員会が中心となり担当組織（職員が参画）と連携し、改善計画シート(改善期日提示等)及び是正（予防処理）報告書の作成・報告が行われています。</p> <p>改善計画シート及び是正報告書は、係会議等に於いて職員間で共有され、組織としての具体的な改善策（文書化）や改善に向けての取組みが行われています。</p> | | |

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 10 | Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>施設長としての業務分掌で明確化され施設経営・管理に関する方針及び施策取組み等を明確にされ、全体会議で職員に対する説明が行われています。</p> <p>年度当初の広報誌にて、責任体制及び施設長方針等が掲載され表明されています。</p> <p>更に、施設長としての自らの役割と責任（有事含む）等に関する職務分掌（不在時の権限移譲の明確化等）が文書化され、有事に於いても組織的な役割（責任体制）が設定され、総合的な管理者（運営責任者）としての役割・機能を職員は理解されています。</p> | | |
| 11 | Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人内での法令遵守部会を実施されています。他施設での事案発生等についても予防等が行われ、予防策を職員会にて説明され共有が図られています。</p> <p>虐待防止委員会によるコンプライアンス等の職員研修（毎年全職員対象）が行われ、遵守すべき「人権擁護に関する法令遵守」等が実施されています。</p> <p>また、施設長として、法令遵守の観点での経営に関する研修会や勉強会に参加し、研修内容等を職員会で共有を図るなど遵守すべき法令等の徹底が図られ、職員が意識できるための取組みが行われています。</p> | | |

1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

| | | |
|--|--|---|
| 12 | Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>衛生委員会や運営会議に於いて、利用者へのサービス提供及び職場の環境改善対策等が議論され、福祉サービスの質の向上の取り組みが組織的に行われています。</p> <p>職員がサービスの質向上に向けた思考を身に付けるためKYT（危険予知訓練）の実施指導を施設長が指導力を発揮して意欲的に取組まれています。</p> <p>福祉サービスに関する品質方針である「利用者の自立の促進」「生活の質の向上」を図る為のISO9001のマネジメントレビュー「品質目標等の評価、分析、是正処置」が定期的に行われています。</p> | | |
| 13 | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>毎月の経営状況の実績及び分析等が運営会議・全体会議で報告され、課題・問題点の改善施策等による意識の共有を図るなどの業務運営が行われています。</p> <p>利用者、家族への満足度調査及び職員アンケート等による職場環境の改善やコストバランス（節減・水減対策等）への意識の共有及び職員の働きやすい環境整備等、柔軟な人員配置等の工夫による業務改善・見直し等の取組が行われています。</p> <p>更なる経営改善に向けた指標を明確にされることに期待します。</p> | | |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

2-(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。

| | | |
|--|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| 14 | Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人として、必要な人材の計画的な採用及び人材の育成（育成計画・資格取得含む等）等、組織的で効果的な人材確保の取組が行われています。</p> <p>人事考課規定や教育研修委員会があり継続した人材育成に取り組まれています。</p> <p>新規採用職員への新人研修及びサポーター制度による育成が行われており、法人として求められる人材は職務基準書や目標設定（育成目標等）を定めて育成が図られています。</p> <p>また、初年度（中間期・年度末含む）等の上席の面談等による職員のチャレンジ目標等への指導・アドバイス等が実施され、更に、職員の業務に対する意見・要望（各種相談等含む）及び人材育成計画・自己啓発（自己研鑽）等への支援計画に反映させた取組が行われています。</p> | | |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <p>法人として、人事考課規定・教育訓練手順・目標管理手順に基づき、職員一人ひとりの人事管理が組織的に運営実施されています。</p> <p>人事考課規定（職員一人ひとりからの目標管理シート作成）による人事考課制度（職務基準書・行動評価等）による職種のコース（分類スキルアップの仕組み等）毎に職員一人ひとりが将来的な自らの姿が想定できるための取り組みや職員のチャレンジ目標の設定及び育成支援（計画的研修・職場OJT等）及び業務配置等の総合的な人事管理が行われています。</p> <p>目標設定は、当年度の運営指針（事業計画）から職能（専門性単位）に適応した目標設定が適切に定められ、業務達成の定量的（定性）な目標が定められることが必要となります。</p> <p>人事考課による目標管理は、計画に対する実績ができたか、出来なかったかの振り返り（成果と活動内容や理由含む）等が、適切に評価（公平・公正）されていると職員一人ひとりからの信頼性のあることが求められます。</p> <p>人事管理は、職員が自らの業務にやり甲斐や達成感及び価値観を持ち取組まれるための制度への工夫が望まれます。</p> <p>また、評価する側（上席等）の面談（指導・アドバイス）コミュニケーション力の強化及び評価基準の統一化（思い込み判断エラー評価、甘い評価・厳しい強化・平均点評価等々の是正）するための組織としての責務としての取り組みが毎年（定期）行われることが望まれます。</p> | | |

2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

| | | |
|--|--|---|
| 16 | Ⅱ-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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>就業規則に基づいた適正に労務管理が実施され、職員一人ひとり（面談を年/3回実施）の就業意向（身上報告書等）が把握され、働き方の選択（時短勤務など職員の家庭の都合に合わせた勤務体制等）及び各種休暇の取得（年次有給休暇、産休、育休等）及び勤務の柔軟な個別対応や業務調整等、職員の就業状況や意向の把握等に基づく労務管理に関する責任体制を明確にした働きやすい環境に努力されています。</p> <p>産業医、衛生管理者の配置が行われ、毎月安全衛生委員会も開催されています。</p> <p>心の相談実施要領に基づいた相談受付体制（メンタルヘルス検査含む）の整備、ストレスチェック、インフルエンザ予防接種、健康診断、腰痛検診、大腸がん検査等、職員の健康への配慮が行なわれています。</p> <p>また、組織の互助会による旅行や各種イベント等への参加等の職員間の親睦が図られています。</p> <p>職員からの要望（アンケート調査等）を把握する等、働きやすい環境整備に努めておられます。</p> | | |

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-(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 |
| <p><コメント></p> <p>理念・基本方針を具体化する視点の事業計画に基づき、施設の福祉サービスの質に対する課題が把握され、職務基準書（目標管理手順）による職員の目標計画（目標管理シート作成：年度スタート時期に提出、中間期の実績評価、年度末の年間総括評価）等を上長との面談（年間3回）を実施して、職員一人ひとりの期待するレベルの目標が設定され、人材育成計画（業務遂行知識・技能の反映、資格取得計画、経年別研修経歴等）策定され、職員の一人ひとりの育成が行われています。</p> <p>また、施設独自に新人職員・異動職員へのサポーター制度による職員一人ひとりに適応したOJT指導（支援）が業務実践の中で行われています。</p> | | |
| 18 | Ⅱ-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 |
| <p><コメント></p> <p>法人としての基本姿勢である「教育研修委員会要領」及び新規採用職員等の「育成支援実施要領」に沿って、体系的な研修計画（研修の実施・効果を教育研修委員会等で評価）による継続的に次の研修につなげられています。</p> <p>業務年数に応じた研修や本人が希望するカリキュラムで構成されています。</p> <p>社会福祉法人として、教育研修委員会による主に計画する法人内の研修の実施や施設の教育研修委員会による全体会議、係会議等での職員研修（運営便覧等による「よなご大平園」の職員行動規範等含む）及び各種研修参加後の係会議等で研修内容等の共有を図る取組みが行われています。</p> | | |
| 19 | Ⅱ-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 |
| <p><コメント></p> <p>新規採用職員等の育成支援実施要領に沿ったサポート育成体制（新人、異動職員へのOJT職場研修含む）及び職員一人ひとりの経験・知識・技術水準等が管理され、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修の計画による職員の職務に必要な研修機会が確保されています。</p> <p>また、職員の資格取得状況の把握・管理が行われ、取得計画に反映させた教育・研修への参加育成の取組み及び研修後の復命書等による振り返りが行われています。</p> | | |

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-(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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>実習生等受入れマニュアルが整備されており、受入れ専任窓口の設置や介護福祉養成実習指導者研修会修了者も担当者として配置されています。</p> <p>研修の目的、プログラム、注意事項等についても職員へ事前に周知されています。</p> <p>実習生の受入れは、事前に学校等との実習内容等の調整や連携を図り、オリエンテーション（実習内容や注意事項及び実習記録等）の実施して行なわれています。</p> <p>また、県教育委員会の研修や職場体験等の受入れ等の多様な受入れも実施されています。</p> <p>介護福祉士養成校からの研修は主に見学実習のため、ご利用者との接し方を中心に実習が行われています。</p> | | |

II-3 運営の透明性の確保

3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 21 | II-3-(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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>理念・基本方針及び事業運営（事業計画、事業報告、予算、決算情報含む）に関する施設概要・施設案内等の提供する福祉サービス内容等がホームページ、広報誌、パンフレットへの掲載等による情報公開が行われています。</p> <p>また、外部、内部の経理監査、県の指導監査、苦情相談体制等「苦情対策（苦情解決実施要領）」ホームページでの開示や福祉サービス第三者評価の受審結果のワムネットでの公表が行われています。</p> | | |
| 22 | II-3-(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 |
| <p>〈コメント〉</p> <p>ISO9001に基づいた経営、運営体制、内部監査、定期審査、更新審査等が実施されています。</p> <p>「業務分掌」「会計責任者」「出納職員兼現金保管者」「固定資産管理責任者」「利用預かり金」等の責任者の配置による適正な施設運営に向けた取組が行われています。</p> <p>社会福祉法人としての経理監査報告、監事監査報告、会計監査人監査報告等の運営チェックによる適正化が図られ、その結果が理事会、役員会、施設長会に報告及び監査指摘事項等は是正予防処置手順に沿った改善対策の実施が行われています。</p> <p>また、マニュアル及び手順書等の変更発生の都度、適正な追加・改善・見直し等及び定期的な承認等（確認日・責任者印等）及び職員研修及び勉強会の実施による共通認識による組織運営が実施されています。</p> | | |

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 23 | Ⅱ-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>組織運営の柱「ご利用者の満足・ご家族の安心、地域の信頼・笑顔の職場」に沿って、事業計画にも地域との良好な関係を構築するための交流計画が示され、積極的に参加する取組が行われています。</p> <p>地域の子ども会との合同企画による「夏まつり」の開催及び「グッドフェスティバル」、クリーン活動（年2回：施設周辺の清掃）、公民館の無い自治会への施設貸し出し（会議等）及び栄養士によるクッキングの実施等による地域交流が行われています。</p> <p>当施設での「製造パン」を地域イベント等への出張販売を行うなどの地域交流が図られています。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルが編成され、基本姿勢が明文化されています。</p> <p>「施設案内」「施設利用者状況」「記名登録」「申込書類」等の理解及び注意事項（トラブルや事故防止対策、個人情報保護の念書等）がボランティア参加者へ事前打ち合わせ等による説明が行われている。</p> <p>地域の方にボランティアを要請による参加協力による施設行事イベント等が行われています。</p> <p>専門学校からの定期的な実習受け入れ、中学生の職場体験学習などの受け入れ回数が増加傾向にあります。</p> | | |

4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

| | | |
|---|--|---|
| 25 | Ⅱ-4-(2)-① 施設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 |
| <p><コメント></p> <p>施設に必要な関係機関のリスト（警察署、消防署、保健所、医療機関、福祉事務所、ハローワーク、行政、相談事業所、福祉サービス事業所、学校）等が作成され、会議等で職員との共有を図り、施設事務所に掲示されています。</p> <p>福祉事務所、医療機関とは、利用者の定期面談時やケース検討時の情報を共有されています。</p> <p>また、鳥取県の「えんくるり事業」への参加により関係機関との協力体制や連携が行われています。</p> | | |

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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>米子市社会福祉協議会主体の社会福祉法人連絡会や西部地区自立支援協議会等の地域福祉サービスの向上対策等の連携会議に参加されています。</p> <p>地域自治会からの要望時に地域交流室の開放、施設が行う「夏祭り」「グッドフェスティバル」の地域交流行事や栄養士による地域自治会の子ども会とのクッキング（食育）支援等が行われ、地域との交流を図りながら地域ニーズの把握に努められています。</p> <p>福祉施設の機能を地域に還元することなどを通じた地域ニーズの掘り起こし及び健康教室等の開催や日常での地域の方を対象にしたアンケートの実施及びご家族、養護学校職員、児童民生委員等の見学を通じた情報収集が行われています。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>地域の「えんくるり事業」への参画による相談受付や行政ニーズによる「日中一時支援事業」が行なわれています。</p> <p>更には、地域貢献事業として「あいサポートメッセンジャー」としての地域企業への研修に向く活動や生活困窮者支援の取組みとして「えんくるり事業」への参画による当施設の専門的な知識・技能の必要情報の提供及び相談に応じる等の活動が行われています。</p> <p>地域の自治会要望による夏まつり、子ども会のクッキング、クリーン活動、地域交流室の貸し出し（備品含む）が行なわれています。</p> <p>米子市指定による地域の避難所として、必要な準備品（3日間分の非常食、応急医療品、証明器具等）や体制が整備されています。</p> | | |

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

1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

| | | |
|--|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| 28 | Ⅲ-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 |
| <p><コメント></p> <p>人権擁護のマニュアルが整備され、「倫理要領」「虐待防止対応規程」「コンプライアンス規程」による利用者への尊重や基本的人権への配慮についての「コンプライアンス・人権・虐待防止等」の研修や勉強会が組織的に実施されています。</p> <p>また、虐待セルフチェック（年間2回）が行われ、全体会議等でも利用者の人権尊重に関する職員への法令遵守意識の育成が行われています。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| 29 | Ⅲ-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 |
| <p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアルが整備され、利用契約時に、重要事項説明書等に於いて、利用者・家族等へプライバシー保護（利用者の権利擁護等）の説明による同意が得られています。</p> <p>また、援助（支援）内容等についてもカンファレンス時に利用者・家族等の同意を得て、職員間で共通の認識を持つための説明を行う等の権利擁護の取組みが行われています。</p> <p>また、不適切事案の発生時（苦情及び相談）の連絡先及び苦情解決委員会（施設や法人本部体制）による施設としての対応・解決体制の整備等を利用者・家族等に説明し、権利擁護（虐待等のアンケート調査含む）に配慮したサービス提供に努めておられます。</p> <p>イベント等で利用者の顔写真等を施設の広報誌等で利用することがあることから写真利用等の本人同意（許可）を得て使用する等の取組みが行われています。</p> | | |

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-(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 |
| <p><コメント></p> <p>「ホームページ」「パンフレット」「広報誌」等により提供されています。</p> <p>また、写真や説明文へのルビ等の工夫した施設案内、サービス実施内容等が掲載されています。</p> <p>利用者の要望を受け、施設見学・一日利用や事前面接等、利用者の希望に沿って対応が行われています。</p> <p>施設方針等の変更等に合せ、重要事項説明書及びホームページ、パンフレット、みんなのサービスハンドブック等の施設案内等 の見直しが図られています。</p> | | |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>事前に見学を活用した体験利用も可能となっています。</p> <p>利用者のサービス開始にあたっては、利用者・家族等に対して、重要事項説明書等を使用し丁寧で分かりやすい言葉遣いによる説明が行われ、利用受入れ手順に沿ってサービス内容や契約内容に同意を得ておられます。</p> <p>各担当者が「個別支援計画」を作成され、サービス管理責任者と一緒に説明を行ない同意を得た上でサービスの提供が行われています。</p> <p>また、個別支援計画の変更時は、カンファレンスを開催し、利用者・家族に変更内容等が適切に説明し同意が得られています。</p> <p>また、定期的に見直し、更新を行っておられます。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| 32 | Ⅲ-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 |
| <p><コメント></p> <p>家庭や他施設への移行の場合は、引き継ぎに向けた移行支援会議が開催され、現状の心身状況や援助（支援）・サービス内容等の検討や調整が行なわれ、福祉サービスが継続できる対応等の確認がされています。</p> <p>変更・移行後も継続して、気軽に相談（当施設の連絡先窓口）が出来る等、利用者・家族等が安心して移行等が出来るよう説明が行われています。</p> <p>移行後も利用者・家族等が相談できる継続的な支援体制（利用終了後も窓口担当を設置）により、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書が定められています。</p> <p>在宅や他施設への移行については、本人に不利益が生じないように支援が行われています。</p> | | |

1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

| | | |
|---|---|---|
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足度調査実施手順による各担当部門での満足度アンケート調査（食事、施設利用、日中活動、日常作業等）が実施され、援助（支援）対応への取り組みが行われています。</p> <p>施設内のご意見箱や家族懇談会（年1回）による意見・要望（苦情含む）の収集及び、生活介護利用者に対しては、送迎時に要望収集等が行われています。</p> <p>頂いた意見・要望に対しては「施設苦情解決委員会」による利用者満足向上へ向けた検討や改善・見直し等が実施されています。</p> <p>法人で虐待防止委員会による人権擁護・虐待防止に関する研修計画（年2回）及び内部評価委員会による内部サービス評価、施設内委員会では利用者満足度調査の実施が行なわれています。</p> | | |

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 |
| <p><コメント></p> <p>苦情受付窓口（責任者）及び施設苦情解決委員会体制（苦情相談窓口、協議検討、責任者、第三者委員等）が確立され、重要事項説明書の施設内への食堂や玄関先に掲示する等の周知が図られています。</p> <p>更には、苦情・相談が気軽にできるための意見箱（週1回の確認）が整備され、意見・苦情等があった場合は、意見受付書に記録（対応含む）等の経過を記入し、改善対策が行われています。</p> <p>また、ホームページにおいても利用者・家族等に対して、福祉サービス苦情解決に向けた実施要領の手順に沿った苦情内容等の検証・検討が掲載されています。</p> <p>対応状況については、「法人苦情解決委員会」へ報告が行われ、組織的に苦情等の要因分析及び解決・改善・見直し等が確認され、利用者・家族等へフィードバックが行われています。</p> <p>また、苦情対応後の内容等の公表は、利用者・家族等の同意に基づき公表する等の苦情解決に関する仕組みや体制が整備されています。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| 35 | Ⅲ-1-(4)-②の 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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者・家族等には、利用開始時、重要事項説明書により苦情受付窓口（責任者）、解決体制等の説明を行い周知が図られています。</p> <p>利用者等が気軽に相談や意見が述べやすくするために、利用者からの「生活相談、満足度調査、朝会等」での意見・要望等の受入れやイベント（行事）や地域交流等の場での一人ひとりへの声かけ等での信頼構築の取組みが行われています。</p> <p>また、利用者の個人的な悩みや相談等は、心情の背景等にも配慮した対応や心身の状況観察等の変化を察した対応が行われています。</p> <p>施設内に利用者等からのご意見箱の設置（一週間に1回の確認）及び相談室（全ての相談は職員会で報告・対策・対応等の実施）の配置、満足度調査（年間1回）、嗜好調査（年間1～2回）、利用者送迎時等で相談や意見を受ける仕組みなどの環境作りや対応が行われています。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決マニュアルが整備されており、職員とのコミュニケーションによる相談や意見及び利用者満足度アンケート、意見箱への苦情・相談・意見等に対する情報は、受付窓口（責任者）へ報告され、施設苦情解決委員会（責任者：施設長）で組織的に検討が行われ、迅速に利用者（家族）等へ結果報告等が利用者（家族等）へフィードバックされています。</p> <p>また、苦情対応後の内容等は、利用者・家族等の同意に基づき公表される等、苦情解決の仕組みが確立されています。苦情内容等については、法人本部へ報告され法人全体としての共有や苦情に学ぶ取組みが行なわれています。</p> | | |

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 |
| <p><コメント></p> <p>事故ヒヤリハット報告手順に沿った対応等が図ら職員へ説明し理解されています。</p> <p>「緊急時対応マニュアル」「感染症対策マニュアル」「事故ヒヤリ報告書作成手順」等に沿った施設運営及び福祉サービスに関する安心・安全対策を行う体制が構築されています。</p> <p>また、法人組織内として「リスクマネジメント委員会」「事故防止委員会」及び「衛生委員会」「安全運転委員会」「災害対策委員会」「感染症対策委員会」等の体制による対策（ヒヤリハット月間の設定）及び職員共通の安心・安全意識の向上に向けた各委員会での検討や対策等の取組みが行われています。</p> <p>「ヒヤリハット報告書」「事故ヒヤリ報告書」等の作成が行われ、委員会を中心に職員への注意喚起（再発防止対策の検討）及びレベルゼロのヒヤリハット集による危険予知訓練（KYT）を行なう等の取組みが実施されています。</p> <p>更に、「リスクマネジメント研修」「感染症研修」「普通救命講習」等の計画・実施による新たな知識や安心・安全な福祉サービスの提供の心構えなどの職員研修が行われています。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルが整備されており、感染症、食中毒等の予防及びまん延防止指針に沿って、衛生委員会（看護師、栄養士職員等）が中心となり、感染症勉強会（年間2回）の実施等、利用者の感染症予防対策が取り組まれています。（感染症対応等は、看護部会で毎年改善・見直しが図られています）</p> <p>更に、法人による各施設の厨房点検（毎月：衛生管理状況の点検）が行われ、安全・安心な食事提供に向けた衛生管理の徹底が行われています。</p> <p>また、職員へのインフルエンザ予防接種及び外部からの感染予防対策（職員等の感染時の病気休暇、インフルエンザ流行時期の手洗い・うがい・マスク着用の徹底等）及び施設内の手すりやドア等の消毒等にも配慮された取組が行われています。</p> <p>他にも熱中症指針も整備され、安全・安心な利用者援助サービスの取組が行われています。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>「リスクマネジメント委員会」「被災防止・災害時対応手順」に基づき、法人組織としてのリスクマネジメント委員会等の防災対策等の検討や緊急連絡網訓練等が実施されています。</p> <p>災害時の対応策として、事業継続計画（BCP）が策定されると共に、米子市と提携した一時避難場所の締結（非常食・必要備品等の整備）及び管理責任者の配置が行われています。</p> <p>防災計画（避難計画、消防計画）に基づき淀江消防団等と連携した「避難訓練、通報訓練、消火訓練」及び職員の安否確認方法等の災害時対応への意識向上や対応体制（自主防災組織整備等）が確立されています。</p> | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

2-(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。

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 40 | Ⅲ-2-(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 |
| <p><コメント></p> <p>ISO9001によるサービス品質提供のマネジメントレビューが行われ、標準的な福祉サービスの実施状況の適合性についての適正や改善・見直しが実施されています。</p> <p>利用者への援助（支援）等のサービス提供を実施するための文書化された各種マニュアルが整備され、職員が共通理解の基、福祉サービスサービスの提供が行われています。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| 41 | Ⅲ-2-(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 |
| <p><コメント></p> <p>ISO9001によるサービス品質提供のマネジメントレビューが行われ、標準的な福祉サービスの実施状況の適合性についての適正や改善・見直しが実施されています。</p> <p>利用者一人ひとりに個別支援計画（3ヶ月単で評価され6ヶ月単位で見直し）の心身状況変化に応じた見直し計画が策定され、利用者・家族等の同意を得たサービス提供が行われています。</p> <p>また、個別支援計画作成変更手順は、年度毎に見直しが行われ、個別支援計画書（6ヶ月）の見直し時は、個別支援計画書担当者会議録により職員間で共有されています。</p> <p>標準的なサービス運営は、職員の知識及び技術及び認識の違い及び利用者の心身の変化の度合い等での異差を認識して、職員が共通した意識が持てるよう検討や改善・見直しが定期的に行なわれています。</p> | | |

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)-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 |
| <p><コメント></p> <p>サービス管理責任者が設置され、利用者・家族等からの意見・要望等聞き取りを行い、アセスメント票へ記録し、利用者一人ひとりの客観的評価及び関係機関との調整等が行われ、「個別支援計画書」が作成され、利用者一人ひとりに適応する福祉サービスの提供が行われています。</p> <p>個別支援計画作成・変更手順書に基づき、アセスメント、モニタリング、カンファレンスが実施され、サービス提供が確認されています。</p> | | |
| 43 | Ⅲ-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 |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画・変更手順に従って、アセスメント・モニタリング・ミニカンファレンス・見直しカンファレンス等、サービス管理責任者が中心となり、利用者の個別支援計画（6ヶ月単位）の評価や追加・見直し等が行われています。</p> <p>また、「個別支援計画」が利用者の心身の状況に適応した援助（支援）となるよう、多職種による「個別支援計画担当者会議」が行われ、サービス実績（記録・評価）等から多面的に検討され、新たな個別支援計画の見直しが行われ、利用者・家族等に分かりやすく理解できるように文字の大きさの工夫やルビ付き等の資料で分かりやすく説明が行われています。</p> | | |

Ⅲ-2-(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)-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、職員間で共有化している。 | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>利用者への福祉サービス実施状況等のサービス経過記録（日常の出来事を黒字記録、医療関係は赤字記録、個別支援計画書の内容については青字記録）の工夫が行われ、個人ケースファイルは毎月上席へ回覧報告が行なわれています。</p> <p>必要時に、フロア日誌、施設日誌、作業日誌、各事業日誌等が記録され、職員間で共有が図られています。</p> <p>また、記録の書き方について、職員一人ひとりの認識の違いで記録内容（書き方等）に誤差が生じることがないように統一するための「フォーカスチャータリング書き方研修等」が行われています。</p> | | |
| 45 | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>個人情報保護マニュアルが整備されており、個人情報保護誓約書に同意した法令遵守に関する責任を明確にした取組みが行われています。</p> <p>利用者の個人ファイルが分かりやすく整理・整頓され、保管（保存）・廃棄等も規程に沿って、処理されています。</p> <p>利用開始時に、利用者・家族等へ重要事項説明書等を使用し、個人情報保護に関する規定の説明が行なわれ、個人情報の使用方法、情報開示に関する同意を得られています。</p> <p>記録の保管期間が定め、諸規定綴・品質記録リストが整備され、管理体制（書棚等の鍵管理等）を明確した保管が行われています。</p> | | |

内容評価基準（16項目）（生活介護事業所）

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | |
| A① | A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用開始時のアセスメントにより、利用者の障害特性が把握された「個別支援計画」が作成され、利用者一人ひとりの能力向上による自己の実現に向けた支援が行われています。</p> <p>イベントや行事等参加案内等及び生活自立に向けた機能維持・向上に向けた創作活動や社会適応訓練等、利用者の自己決定が難しい場合は、家族等の同意を得て、利用者一人ひとりが必要とする援助（主に入浴・排せつ・食事等）の個別支援が行われ、日常生活上の利用者（家族等）の相談等への支援、創作的活動等を通じて、身体機能の維持・向上や生活能力の向上のために必要な援助が行われています。</p> <p>利用者の日常生活動作等の確認、手順に沿った利用者一人ひとりの心身状態（発語のない利用者に対し、絵カードを使用したり選択肢を提示し、指差しや表情で意思確認等）に適応した生活支援体制による見守りが行われています。</p> | | |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| A② | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>人権擁護・虐待防止マニュアルが整備されており、倫理要領に沿った虐待防止委員会による職員への人権侵害防止等の研修や係会議等での勉強会及び虐待セルフチェック（年間2回）が実施され、その分析や施設長会議等で報告や対策が行われています。</p> <p>また、利用開始時に「重要事項説明書」を基に利用者・家族等へ虐待防止対策としての申し出受付体制（組織図・意見箱・連絡先等）及び行政の虐待防止センター（障害者権利擁護センター含む）への申し出対応等、利用者への権利侵害防止対策及び発生時の対応等の取り組みについて、契約時に詳しく説明が行われています。</p> <p>身体拘束がやむをえない場合は一時的に実施する際の具体的な手続きと実施方法を明確に定めた手順により構成される実施することとなっています。</p> | | |

A-2 生活支援

| | | |
|---|--|---|
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| A③ | A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>支援記録（モニタリング）に基づく定期的なカンファレンス等で、利用者・家族等の意見・要望等を反映させた「個別支援計画書等」の見直し等による生活自立援助（支援）及び利用者の残存機能や障がい特性を理解した上で、出来ることは自分で行うよう声掛け・見守り等が行われています。</p> <p>社会適応訓練（お出掛け行事・公共施設見学、桜のお花見、買い物等）により社会生活のルールやマナー等及び創作適応訓練（工作、手芸、ぬり絵、創作習字等）の実施や道具の後片付け等の利用者の特性に合わせた自律・自立支援が行われています。</p> <p>また、施設として多様なイベント（行事）計画（スポーツ大会、夏祭り、日帰り旅行等）及び地域のイベント参加として、地域の子ども会と連携した「グッドフェスティバル」の案内（利用者・家族等）が行われ、利用希望の参加者への地域交流等の体験型の支援が行われています。</p> | | |
| A④ | A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>毎朝のミーティング時や日常の作業活動及び指導・支援の対応は、利用者のサイン（クセ）や仕草等における微妙な変化（心理状況・体調等の様子に配慮）適切な声掛け、コミュニケーションボード、筆談、ジェスチャーや絵カード（文字）、写真等による利用者一人ひとりに特性に合わせたコミュニケーション手段が行われています。</p> <p>各種行事（イベント含む）等への参加時の声掛けや日常の創作・レクリエーション活動等では、利用者一人ひとりの特性の収集や個々のコミュニケーション能力を高める支援への対応の取り組みが行われています。</p> | | |
| A⑤ | A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>人権擁護のマニュアルが編成され、利用者への尊重や基本的人権への配慮についての「コンプライアンス・人権・虐待防止等」の研修が実施され、利用者の人権尊重に関する職員への法令遵守意識の育成の取り組みが行われています。</p> <p>利用開始時のアセスメントによる利用者・家族等の意見・要望等が確認された「個別支援計画」（定期的な見直し含む）が作成され、利用者一人ひとりの日常生活動作の心身状況に配慮した日常生活機能の維持・向上のための支援が行われています。</p> <p>利用者の特性に合わせた（適温、量、アレルギー除去等）に配慮した食事及び必要な「入浴」「排せつ」等、利用者（家族）の特性や意思を尊重した支援が行われています。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| A⑥ | A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用開始時のアセスメントを反映した「個別支援計画」に基づき、利用者一人ひとりに対する生活支援等の日中活動支援が行われています。</p> <p>また、カンファレンスによる利用者・家族等の同意に基づき、個別支援計画の見直しが定期的（6ヶ月単位）に行われ、日中活動である創作的活動（工作、手芸、ぬり絵、創作書道、クッキング、おやつ作り等）及び各種行事（お出掛け行事、敬老会、クリスマス等）に加え、イベント行事等（夏祭り、グッドフェスティバル等）の予定等が事前に案内され、利用者（家族等）の自由な選択による参加による豊富な活動支援が行われています。</p> | | |
| A⑦ | A-2-(2)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>障がい・心身状況等を把握した「個別支援計画」に基づき、個別対応の支援が行われています。</p> <p>障がい特性についての専門的な知識・技能習得及び外部研修等の研修参加者は、全体会議等で他の職員に対する伝達研修等が行われ、必要な利用者への適切な指導・支援に努められています。</p> <p>利用者の行動障害等の生活記録に分析・検証等による、家族・医療機関との連携等による利用者一人ひとりの日常生活動作維持・改善に向けた取り組みが行なわれています。</p> | | |
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
| A⑧ | A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者の「個別支援計画」に日常生活に対する利用者・家族等の要望等が反映した定期的なカンファレンスが行なわれ、必要な場合には見直し等が行われ、利用者・家族等の同意に基づいた援助（支援）が行われています。</p> <p>日常生活自立支援として、利用者の心身の状況に応じた食事の提供、入浴、排泄、移動・移乗）の援助（支援）が行われています。</p> <p>食事に関しては、嗜好調査による利用者の希望等を反映した給食メニューが提供されています。</p> | | |
| A-2-(3) 生活環境 | | |
| A⑨ | A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>施設的环境は、日常生活訓練室、静養室、トイレ等の清掃（毎日）が行き届き、快適・清潔に利用できる環境が整えられています。</p> <p>また、利用者一人ひとりの特性に配慮した移動手段や言語対応等に加えて、食事時の嚥下障害対応等の食材調理、アレルギー除去食や病食については、栄養士等による利用者一人ひとりの栄養食プログラムに沿った食事が提供されています。</p> <p>休憩時に臥床を希望する利用者が多い場合は、マット等を緊急用意する等の生活環境の確保に工夫が見られます。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| A⑩ | A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの心身状況が「個別支援計画」反映され、利用者一人ひとりに合せた（希望や障がい状況等）機能・生活訓練が行われています。</p> <p>生活訓練は利用者の意向に沿って、各種の訓練や活動を通じた生活の中での立位保持やストレッチ・筋トレ等が行われ、創作的活動（書道、工作、手芸、ぬり絵等）、社会適応訓練（買い物、ボーリング等のお出掛け行事等）、レクリエーション（音楽クラブ等）及び施設が計画する各種のイベント（夏祭り、グッドフェスティバル等）参加による人との交流等の身体機能及び精神的な安定・充実感等、心身機能の維持・向上の取組みが行われています。</p> | | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | |
| A⑪ | A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用開始時に「重要事項説明書」による「緊急時の対応（医療機関・身元引受者等への速やかな連絡及び必要な医師への相談や症状への対応の実施）」等の説明が行われ、利用者・家族等からの理解を得た健康相談や健康管理の援助（支援）についての取組みが行われています。</p> <p>日常の健康管理（体調の変化を毎日確認する。冬期は、感染予防チェックを行う）及び体調不良時は、看護師が対応し、検温や連絡ノートに健康状況を明記して、家族等への報告が行われています。</p> | | |
| A⑫ | A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>ISO9001による安全管理サービス品質の維持・確保の手順に沿った緊急対策マニュアルが整備され、利用者への必要な医療支援（救急救命講習（毎年）の実施）等の緊急性への迅速な対応体制が整備されています。</p> <p>医療支援が必要な利用者は、ご家族への迅速な連絡により、通院を依頼し対応されています。</p> <p>利用やの容態の急変時は、緊急時対応マニュアルの手順に沿った救急車要請及び家族等の連絡等の対応が行われることとなっている。</p> <p>他に、与薬手順、痰吸引、経管栄養等、医療的支援の手順書及び救命講習（毎年）が行われています。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| A-2-(6) 社会参加・学習支援 | | |
| A⑬ | A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>施設が行う生活介護（食事、排せつ等）及び日常活動の「創作活動、社会適応訓練、レクリエーション、各種行事」等々の利用者（家族等）の満足度調査等を考慮（要望等）した計画が行われています。</p> <p>施設が計画する「夏祭り」「グッドフェスティバル」等での人と人とのふれあいやお出掛け行事（ドライブや買い物等）によるさまざまな体験学習等の社会適応訓練が行われています。</p> <p>更に、花壇づくり、創作書道、音楽療法、絵本読み聞かせ、お菓子作り、クッキング、クリスマス会等のイベントやレクリエーション等利用者が社会参加に必要な学習等楽しみが付加された取組みが行われています。</p> | | |
| A-2-(7) 地域生活への意向と地域生活の支援 | | |
| A⑭ | A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のため支援を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者（家族）等の希望と意向を尊重し、地域生活へのステップとして必要な援助が行われています。</p> <p>現在のサービス以外のサービス利用も、市町村や相談支援事業所等に繋げ、地域での生活が円滑に行われるための支援の連携や協力等を適切に行うこととなっています。</p> <p>利用者が地域生活に困ったこと等の相談等できる窓口等（連絡先等）のお知らせも行なわれています。</p> | | |
| A-2-(8) 家族との連携・交流と家族支援 | | |
| A⑮ | A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>家族懇話会（年1回）が開催され、家族の要望（意見・要望等を施設運営に反映）の把握や信頼関係の構築に加え、家族間の相互交流による施設及び家族間との連携や家族支援が円滑に行われています。</p> <p>また、家族懇談会（年1回）や連絡ノートによる利用者の施設での活動状況や心身に関する対応等の情報交換が行われています。</p> <p>家族懇話会への参加は少数ではあるが、利用者の急変時等の連絡体制や年間の事業計画（行事予定含む）が説明され、理解と協力を得ながらの援助（支援）サービスの提供が行われています。</p> | | |

A-3 発達支援

| | | |
|---|--|---|
| A-3-(1) 支援の基本 | | |
| A⑯ | A-3-(1)-① 利用者の障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | a |
| ＜コメント＞ 個別支援計画へ利用者一人ひとりの障害の特性や発達過程（言語及び身体機能や生活能力の変化等）が記録され、日常生活動作等の維持・向上に向けた支援が行われています。 また、イベント参加や施設での行事や日常の創作・クラブ活動（花壇づくり、創作書道、音楽療法、絵本読み聞かせ、お菓子作り）等と通じて、利用者の発達過程に合った援助（支援）の取組みが行われています。 | | |

A-4 就労支援

| | | |
|--------------|---|-----|
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| A⑰ | A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | 評価外 |
| ＜コメント＞ | | |
| A⑱ | A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | 評価外 |
| ＜コメント＞ | | |
| A⑲ | A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 | 評価外 |
| ＜コメント＞ | | |