

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：鹿野第二かちみ園		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：園長 藤崎 慎一		定員（利用人数）：施設入所60名（52名） 生活介護60名（61名：内通い9名）	
所在地：鳥取県鳥取市鹿野町寺内102番地			
TEL：0857－84－3267		ホームページ： https://www.tottori-kousei.jp/dai2k.html	
【施設の概要】			
開設年月日：昭和53年4月1日 「鳥取県立鹿野第二かみち園」として開設 平成18年4月1日 移転全室個室のユニット型施設へ（指定管理制度） 平成22年10月1日 障害者自立支援法により新体系へ移行 平成31年4月1日 鳥取県厚生事業団に移管（民営化） 「鹿野第二かみち園」に名称変更			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 鳥取県厚生事業団			
職員数	常勤職員：	51名	非常勤職 7名
専門職員	園長	1名	支援員補助 2名
	次長	1名	調理員補助 4名
	介護福祉士	21名	清掃・事務補助員 1名
	社会福祉士	5名	看護師補助 1名
	理学療法士	1名	
	保育士	1名	
	看護師	1名	
	管理栄養士	1名	
施設・設備の概要	個室（全居室）	77室	スヌーズレン室 2室
	事務室	1室	活動室 3室
	相談室	1室	作業室 5室
	食堂（ダイルーム）	1室	工作室 1室
	ダイルーム	8室	ホール（きぼう） 1室
	会議室	1室	休憩室 2室
	医務室	1室	更衣室 2室
	理学療法室	1室	休憩室 2室
	静養室	1室	トイレ 13室
	調理室	1室	浴室 10室
	理容室	1室	全室冷暖房設備完備

③ 理念・基本方針

◎社会福祉法人鳥取県厚生事業団の基本理念

すべての利用者の個人の尊厳を保持しつつ、地域社会において自立した生活を営むことができるよう支援することを基本とし、福祉サービスの質の向上を図り、もって地域福祉の推進と地域共生社会の実現に寄与します。

◎施設の目的（鹿野第二かちみ園）

個性や人格を尊重し、利用者が可能な限り社会自立できるよう適切な食事や入浴などの介護や、創作的活動または生産活動の機会等を提供し、日常生活能力の維持向上を目指す施設です。

◆ 施設キャッチフレーズ

『いつも優しく、親切、ていねいに！』

◎施設の基本理念

1. 利用者の権利を擁護します。
2. 利用者主体のサービスを提供します。
3. 地域に貢献する施設を目指します。

を施設運営の基本理念とし、職員一丸となって日々、自己点検、自己研鑽及び施設運営の改善に努め、ノーマライゼーションの理念の下、利用者一人ひとりをかけがえのない存在として大切にし、共に生きることを目指します。

◎施設の運営方針

1. 利用者の障害の状態、行動、性格、年齢、性別等いかなる理由によっても差別せず、一人ひとりが安心して暮らせるように支援します。
2. 利用者の権利を守り、地域社会の中で豊かな生活を送ることができるように努めます。
3. 利用者一人ひとりの情報とプライバシーを守ります。
4. 利用者自らが選択、決定したことを尊重し自分のことは自分で決める権利を保証します。
5. 利用者が地域の中で生活していくために、常に地域の理解と協力を得られるように努めます。
6. 利用者の権利を守るための専門機関をつくり、本人の訴えが解決されるよう支援します。
7. 職員は、常に研鑽に努め施設運営の改善に努めます。

④ 施設の特徴的な取組

○10人程度のグループ単位で支援する「ユニットケア」により、家庭的な生活環境を整え、プライバシーを尊重しながらより精神的に安定した支援が行なわれています。

○知的障がい、自閉症などの発達障がい、精神障がい、身体障がい等を併せ持った方（強度行動障がい）の入所や通所等、障がい特性に合わせた、応用行動分析等による課題行動の減少支援や医師や臨床心理士を交えた支援、理学療法士を中心とした身体機能維持・向上のリハビリテーション実施等による心身の維持・継続・自立への支援の取り組みが行われています。

○日常の暮らしの中で、各種行事（音楽療法：カラオケ等含む）やアート作品（書道、絵画、立体的造形作品等）づくり、運動、ドライブ、外出活動、各種お楽しみ行事（文化祭、納涼祭、生け花、料理、自治会喫茶等）人間らしく楽しみのある社会生活に必要な知識の習得や地域社会へのふれあい等の援助・支援の取り組みが行われています。

○強度行動障がいの方、精神障がいのある方など特別な支援が必要な方を受け入れながら、より質の高い支援を目指してスーパーバイザーを招聘してのケース検討、臨床心理士による研修会、作業療法士による機能評価など、外部の専門家を入れながら専門性の向上に努めています。それは、職員一人ひとりの力量の底上げを図り、チームアプローチを展開することで支援の質を向上させること、また、職員個々の負担を軽減していく事に繋がっています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年9月10日（契約日）～ 令和7年1月16日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	12回（令和3年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○障害者権利条約の理念に基づいた対応

サービス提供の評価については、障がい者権利条約批准による各種国内法の改定、新設に基づいたサービス提供がなされる事を基本としておられます。

サービスの自己評価票については、意思決定支援、合理的配慮、共生社会など、求められる福祉の在り方に合うよう項目の見直しも行われました。

○施設運営の基本理念・基本方針、経営方針の施設内への徹底

理念・基本方針、経営方針の職員の把握や理解度を深めるため、定期のリーダー会議や各委員会等で検討・決定事項等を各ユニット内でも説明・共有し、職員一人ひとりが役割・責任等を持って、日常業務にあたっておられます。

○障がいの複合化、高齢化（フレイル対策）対応

強度行動障がい支援養成研修へ全職員の参加によるスキルの確保に取り組まれています。
行動障がい者支援等の困難事例等に対する外部のスーパーバイザーによるケース検討会が実施されています。

定期的な外部の言語視聴覚士（ＳＴ）によるコミュニケーションや嚥下等に困難を抱える入所者への対処支援が実施されています。

施設職員の理学療法士（ＰＴ）による日常の機能訓練、集団体操、生活リハビリ、温熱療法等による入所者の機能低下防止、フレイル予防の取り組み等、多様で必要な専門分野のノウハウを組み合わせた支援が行われています。

◆改善を求められる点

● 障がい者事業所の魅力度アップに向けて

国の働き方改革等の報酬改定への改善への動きと連動して、障がい福祉サービスに関わる業務に於ける社会的価値観の醸成に加えて、現在でも地域社会活動への交流を含め地域社会の理解を更に深める取り組みの継続に期待します。

国の働き方改革等の推進や仕事の更なる改善・充実等に向け、今後においても継続されることに期待します。

●人事評価制度の導入に向けて

業務の達成成果、知識・技術習得や活用、業務スキルの習得状況等に対する評価等、職員の仕事への意欲の向上及び仕事のやり甲斐、達成感を強く感じる職場環境を目指し、今ある仕組みを向上させたキャリアアップに向けた人事基準の明確化に期待します。

●人材不足への対応

職員確保は重要な問題になっています。法人全体でも取組まれておられますが、更なる職員への処遇改善策を、国や自治体に対して要望を継続して頂く事を望みます。

更に働き甲斐の感じられる職場環境の整備に向けての取り組みに期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

当園は、強度行動障がいの方、身体障がい、精神障がいのある方など特別な支援が必要な方を受け入れながら、より質の高い支援を目指しています。

その中、フレイル予防の取り組みやアート活動など、楽しみや生きがいに繋がる支援に評価を頂き、とても有り難く今後の励みに繋がります。

一方で、福祉職に就業する人材が不足している状況があり、法人、園としても採用の努力を講じているところですが、人材の確保がまま成りません。

そうした意味において引き続きの努力と早期改善を目指して取り組んで行きたいと思えます。

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

第三者評価結果（障がい者支援施設）

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

		第三者評価結果
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。	a
〈コメント〉 法人の基本理念及び施設の基本理念、運営方針が明文化され、ホームページや広報誌、パンフレット、園だより等に掲載し地域社会へ広く周知が行われています。 職員に対しては、年度当初の事業計画説明時に施設長から理念、基本方針等についての周知が行われています。 また、理念、基本方針等は園内廊下及び各ユニット内にも掲示され、職員は毎朝・夕礼時唱和を行なうことで意識付けが行われています 利用者に対しては、自治会全体会で園の基本理念や事業計画を分かりやすいよう資料を作成し、配布して説明が行われています。 家族等へは、年度始めの保護者総会時に説明されていましたが、コロナ禍以降中止が続いており園だよりや広報誌等の郵送により対応が行われています。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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
〈コメント〉 法人全体の施設長会議（四半期）に於いて事業所毎の事業報告が実施され、経営状況に対する今後の方針や事業を取り巻く環境等の情報共有が行われています。 施設内に於いても令和6年度の障がい者福祉サービス報酬改定、鳥取市の障がい者福祉計画（令和6年～8年度）の動向や計画内容等の把握や分析による事業を取り巻く環境についての理解を深める等、その対策に向けた検討も進められています。 毎月のリーダー会の際に、施設長より社会福祉事業全体の動向、経営環境や課題等、職員が把握できるよう時間を設け説明が行なわれ、その内容がユニットリーダーにより丁目会議で職員にも伝えられ理解して行動されています。		
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

＜コメント＞

６年度報酬改訂に則ったサービス提供の見直し、組織体制の見直し、経営改善等に具体的に取り組んでおられ、経営課題等については、リーダー会議、職員会議等で職員に周知しておられます。

施設長が法人理事を兼任されており、理事会の出席はもとより、その前後の法人経営委員会に参画し、法人全体の今後の動きについても理解されています。

中間総括、総括に於いても、課題に対しての取組み状況を分析しながら、数値化できるものに対しては具体化して全職員に周知しながら取組まれています。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 法人の中・長期ビジョン計画（５ヶ年計画）を踏まえ、鹿野第二かちみ園としての経営方針や施設環境の改善・整備、利用者支援の質の向上、人材育成等の中・長期事業計画が策定され、職員の手持ちファイルとして整備されています。 年度始めの全体会議での事業計画と併せて説明され、中間総括、総括を行い必要であれば見直しが行われます。 障がい者支援施設として、施設の目標、施設の基本理念の達成に向け、一人ひとりの障がい者の生き甲斐や役割を持って生活ができるための可能性を大切にした支援に向けて、利用者の意思決定支援の促進、支援の専門性を高める等のサービスの質の向上に向けた専門知識の習得を掲げた取り組みが行われています。		
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
＜コメント＞ 当年度の経営収支に関する数値目標、重点事業目標を示した事業計画が作成されています。 中・長期事業計画の６年度分の目標部分と６年度事業計画の対比表を作成し、年度初めの職員会議で具体的に分かりやすく説明されています。 事業計画についても、中間総括、総括で振り返り必要があれば見直しが行われています。		
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
＜コメント＞ 事業計画の成果・課題の分析等、各部署・各委員会の振り返りによる総括を踏まえた改善・見直しを反映した事業計画策定が行われています。 本年度の事業計画は、年度当初の職員会議で説明され、職員の共通理解に基づいた事業運営が行われています。		

事業計画の分析は四半期単位で、各部署、各委員会の事業進捗等がまとめられ検証や課題の改善対策等が討議され、必要があれば見直しが行われています。		
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
＜コメント＞ 利用者への事業計画の説明は、年度当初の自治会に於いて、施設長より、絵や写真、イラスト、ルビ付き文字等の資料やジェスチャーを踏まえながら分かりやすく説明が行われています。 説明後の事業計画説明資料は、利用者がいつでも見られるようユニットや施設内の廊下に提示されています。 家族等への説明は、保護者総会での実施を基本とされていますが、コロナ禍以降も中断しており、家庭等への郵送による対応が継続しています。 ホームページでの事業計画公表に加えて、園だよりに於いて、当園が目指す利用者の意思決定支援、障害者権利条約への対応等、園長のコメント内容を掲載して、家族等への公表を行ってられます。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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
＜コメント＞ 年2回のサービスの自己評価、年1回のご利用者アンケート、年1回のご家族アンケートを実施し、サービス向上委員会の場に於いて課題分析し重点課題について、各委員会、各部署で改善策が検討され具体策が提示され周知が図られています。 特に、サービス提供の評価については、障がい者権利条約批准による各種国内法の改定、新設に基づいたサービス提供がなされる事を基本としておられます。 サービスの自己評価票については、意思決定支援、合理的配慮、共生社会など、求められる福祉の在り方に合うよう項目の見直しも行われました。 更に、定期的に外部の福祉サービス第三者評価を受審しておられます。		
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
＜コメント＞ 自己評価、ご利用者アンケート、ご家族アンケート結果をサービス向上委員会の場に於いて課題分析し重点課題について、改善に向けた具体策が提示され取組まれています。 具体的には、行動障害者支援や自立支援などについては、外部のスーパーバイザーを定期的に招聘して勉強会を行ったり、フレイルが進む事から、理学療法士によるフレイル予防策を講じておられる他、5年度から外部の言語聴覚士を定期的に招聘し、摂食、嚥下機能を評価してもらい、食形態の見直し、嚥下体操、食事の際の姿勢の在り方につなげ、喉詰めの防止や誤嚥性肺炎予防		

に努めておられます。

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

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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
＜コメント＞ 年度当初の職員会議等の場で「園長としての主な役割と責任」を文書化した上で説明しておられます。 施設長自らの職務分掌について、事務分掌にて明記し、会議等の場でそれぞれの分掌毎に提言しておられます。 施設長は、広報誌にて当園の向うべき方向性や思いを表明しておられます。 災害時、感染症拡大時等の施設長の役割等はBCP計画に明記されています。		
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
＜コメント＞ 施設長は、「遵守すべき法令等一覧」を文書化した上で年度当初の職員会議等の場で説明しておられます。 施設内研修、自己学習はもとより可能な限り施設外研修（オンライン含む）に参加しておられます。 特に6年度は行政説明を2回受講し、職員へのフィードバック報告等が行なわれています。 施設長が事業所内講師として、虐待防止、メンタルヘルスケア、意思決定支援、ハラスメント等の職場研修が行われ、説明も資料も分かり易いと職員から好評です。 6年度より本格的にeラーニングを導入されました。		
Ⅱ-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
＜コメント＞ 施設長は、毎朝の園内巡回や朝・夕礼に参加され、利用者の状況や職員の支援対応等の状況把握やその時点の気付き等、職員への聞き取り、必要な改善対策等の提案や検討助言が実施され、時には、直接自ら利用者への支援を行う等の行動力を活かした率先垂範による組織の先頭に立った活動が行われています。 特にサービス向上委員会に施設長も参画し、サービスの点検、評価、分析、改善を行い、サービス向上委員会（リーダー会議）から各丁目会議という体制が構築されています。		

毎月の丁目会議や行動障がい部会などの場で、支援、困難事例や自立に向けた支援などについて提言しておられます。 外部からスーパーバイザー、言語聴覚士、書道家、造形アーティストを定期的に招聘しサービスの質の向上に努めておられます。		
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。	a
＜コメント＞ 6年度障害福祉サービス報酬改定を踏まえつつ、入所者の重度化・高齢化が進行しており、職員の負担増となる中、入所定員の変更に着手され、職員の人員不足の解消、報酬単価アップ（主に重度障害者支援加算の取得）による経営面でのプラスにも繋がる取り組みが行なわれています。 職員の欠員を補充する為、ハローワークの求人募集はもとより、市内在住の職員からの紹介制度、ポスティング業者や人材紹介会社に問い合わせ等を行ない、その結果現在は欠員が無い状態となっています。 経営改善、組織体制の見直しについては、その都度会議で提案し実行しておられます。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-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。		
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。	b
＜コメント＞ 当園が必要する人材（専門職等）は、法人本部に要請が行われ、ホームページの求人情報、ハローワーク登録等、法人による福祉専門学校等への訪問や就職説明会（就職フェア）への参加に加えて、職員の紹介制度等を通じた福祉人材の確保の取り組みが行われています。 人材の定着として、福利厚生等の充実及び業務に必要な資格取得等の助成金、義務免除等、助成制度を充実させながら必要な人材育成に向けた研修や外部のスーパーバイザーを招いたケース検討会の実施等による知識・技術力の向上等の取り組みが行われています。 新人職員には、チューター制度が導入され、先輩職員による各種の相談や業務指導等が行われ、人材の育成・定着に向け取り組まれています。 福祉サービスに関わる人材確保が厳しい現状ですが、国の働き方改革と連動した処遇改善の動きと連動して、障がい福祉サービスに関わる社会的価値観の向上に向けた取り組みの継続に期待します。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
＜コメント＞ 基本理念に基づき、今年度から「意思決定支援」のできる職員作りを目指して何度も勉強会が行われています。 法人の人事基準に基づき、給与基準、福利厚生、労働条件、キャリアパス研修制度等の環境整		

備等、人事基準等は、リーダー会議等で丁寧に説明され、総合的な人事管理が実施され、法人内の異動、昇進、昇格等、職階単位の取り扱い要領等が定められています。

施設長との面談項目に研修、当該年度の目標設定、労働環境等を設け、職員の意向や意思聞くと共に課題があれば、共に改善策を検討しておられ、面談時に施設長として期待する職員像を職員に伝えておられます。

昇任試験には、職員育成、評価票や職務遂行能力評価票等が活用されています。

業務の達成成果、知識・技術習得や活用、業務スキルの習得状況等に対する評価等、職員の仕事への意欲の向上及び仕事のやり甲斐、達成感を強く感じる職場環境を目指し、今ある仕組みを向上させたキャリアアップに向けた人事基準の明確化に期待します。

Ⅱ-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
----	--	---

＜コメント＞

年度当初に施設長の勤務管理に於ける責任を表明し、労務管理に関する責任体制については衛生委員会規程で示されています。

職員の休暇の取得状況や時間外労働の状況の確認は毎月の給与入力データで確認され、月の時間外労働者の状況は前月対比、前年同月対比で把握しておられます。

年次休暇、リフレッシュ休暇や育休明け職員に対し、夜勤免除、時短勤務、土日祝日勤務の免除等、勤務配慮を行い、ワークライフバランスを徹底しておられます。

職員の定期健康診断、メンタルヘルス、ストレスチェック等を実施し、結果次第では産業医の受診へつなげる取り組みが行なわれています。

また、鳥取県からの「男女共同参画推進企業」「輝く女性パワーアップ企業」に認定される等の職員を支援する取り組みも進められています。

ハラスメント研修、メンタルヘルスやEケア研修等について施設長が講師となって実施し、職員の心身の健康等の確保に努めておられます。

従前より、各種ハラスメント等に対する各担当（ユニット単位）へ相談員の指名による「相談窓口」の設置等の取り組みが行われています。

Ⅱ-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
----	-----------------------------------	---

＜コメント＞

「行動規範」（期待する職員）を参考に職員との個人面談時にその職員の1年間目標設定を一緒に決めておられます。

年度当初の園長による職員面談で職員一人ひとりの目標設定が行われ、職員自らが年度末に自己チェックシート（振り返り）への実績等を記入して、園長面談での研修実績や個人管理票に対する達成状況の成果報告を行うこととなっています。

施設長は、職員一人ひとりの業務実績や研修計画に対する参加や習得状況の確認、次年度の研修要望の聞き取り、就業状況等への指導・アドバイスが実施されています。

職員個人に対し、必要と思われる知識や技術の習得分野について、施設内外研修の他、e ラーニ

ングでの学習を提案しておられます。		
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
＜コメント＞ 法人の職員研修事業実施要領並びに研修マニュアル等の基本方針（目指すべき職員像）に沿って研修計画が策定され、専門的研修、資格取得等の研修が実施されています。 中・長期経営計画及び、単年度事業計画の中に必要とされる専門資格や専門研修を明示され施設としての「研修計画表、評価表」及び個人としての「職員研修計画表・振り返りシート」に基づき教育・研修を実施しておられます。 研修受講後は、復命書による報告が実施され、朝夕礼時に外部研修等の情報共有が行われています。 6年度からeラーニングによる研修を導入するようにしたので計画の見直しが行われました。		
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
＜コメント＞ 資格取得等一覧表を作成し、個別の職員の専門資格の取得状況、各種専門研修の終了状況が一目で分るようにしておられ、個別の研修計画表や資格取得等一覧表を参考にして、相応しい研修に参加出来るよう考慮しておられます。 階層別研修、職種別研修等が実施され、更に資格取得等の支援による職員が必要とする研修育成の取り組みが実施されています。 新任職員や経験の浅い職員には、オリエンテーションでの学習会、チューター制度の導入等、OJTには力を入れておられます。 個別的にはeラーニングの活用を進めておられます。		
Ⅱ-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
＜コメント＞ 実習生受け入れマニュアルに基づき、実習生への教育・育成に関する基本方針が明文化され、窓口担当による受入れ先の福祉専門学校等との実習プログラム内容（知的障がい、自閉症、精神障がい、身体障がい等）等の事前の調整が行われ、広く特性に配慮したプログラムが提供されています。 介護福祉士、社会福祉士実習指導者養成研修終了者の育成にも努められています。 研修当時のオリエンテーションによる研修スケジュール、注意事項等の説明が実施され、実習中は学校側の訪問による研修状況の視察や中間期、最終日に研修指導の担当者との振り返り等が行なわれています。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-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。		
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
＜コメント＞ 法人のホームページや機関誌等で施設案内、施設の目的、理念・基本方針、事業計画（報告）、福祉サービス第三者評価、地域公益的取り組み、求人情報等の組織の透明性を図るための情報公開が行われています。 また、機関誌、広報誌等は、各市町村役場、福祉事務所、福祉施設、学校、地域の公民館等々へ広く配布される等の取り組みが行われております。 福祉サービス第三者評価の受審結果は、ワムネットでも公開されています。 毎年鳥取市内で開催されている利用者の障がい者アートの個展に於いても施設で行っている活動等を説明した掲示物も併せて展示しておられます。		
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
＜コメント＞ 法人の決算規程（経理規定含む）に基づき、法人への会計監査人の配置や外部の独立監査法人（公認会計士）による事業、財務諸表等の監査が適切に実施され、監査報告（会計監査報告含む）が公開される等、透明性のある事業運営が行われています。 施設内に於いても事務（会計）担当者が配置され、経理（小口現金管理等）、取引等に関する等の施行細則に従った業務が実施されています。 法人本部による内部経理監査（経理事務・預り金等）及び内部指導監査が毎年実施され、適正な業務の推進に向けた取り組みが進められています。 また、3年に1回鳥取市の実地指導が行われ、適正な事業運営に向けたチェックの内外監査が実施されています。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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
＜コメント＞ 法人の経営理念・経営方針として「福祉サービスの質の向上を図り、地域福祉の推進と地域公共社会の実現に寄与する」を掲げて、関係団体（視覚障害者協議会、身体障害者福祉協会、福祉経営者協議会、社会福祉協議会、社会福祉会等）との連携や地域との交流が行われています。 施設内に社会参加委員会を設置して、毎年度当初その目的、事業計画等の文書化した上で、職員会議で説明が行われています。 地域交流活動として、地区の運動会、地区の元気まつり、地域の小中学校行事への参加、公民館活動（アート作品、絵手紙、書道等）の取り組み、地域の道路沿いのコスモスの種まき活動や		

清掃活動等の幅の広い活動への参加による地域の方々との交流等に力を入れておられます。

施設長が中間総括の際、「入所施設のデメリットを解消するために」という題目で、ご利用者皆が社会の一員として、極力外にでかける機会を増やす事を提言し、実際に買い物外出、食事外出等の機会が顕著に増えてきておられます。

鳥取県の「よりよい暮らしのために」の活用や社会資源の一覧を掲示する等、入所者の地域社会の一員としての活動を深めるための案内等を積極的に進められています。

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

＜コメント＞

ボランティア受入れマニュアルに基づき、受入れ体制を整え、ボランティア内容の確認、活動手順、日程調整、申し込み手続き等の事前説明が行われ、施設内への周知による職員への共有を図る等による受入れ準備が進められています。

当日は、ボランティアカード（参加者名、住所、連絡先等）の記録から始まり、オリエンテーションによる施設内での注意事項が説明され受け入れが行われています。

Ⅱ-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

＜コメント＞

施設運営に関係する機関のリスト（自立支援協議会、福祉経営協議会、社会福祉協議会、相談支援事業所、医療機関、小中学校、公民館、消防署、警察等）が作成され、施設内（各ユニット、支援員室等）へ掲示され、業務の必要時及び緊急時の対応が円滑に行える等の取り組みが行われています。

施設長は、県の自立支援協議会のオブザーバーとして定期的に参加する等、関係機関の皆さまとの障がい者等を取り巻く諸問題等の解決に向けての討議が行われています。

利用者が利用できる社会資源がまとめられた「よい暮らしのために鳥取県版」冊子も各ユニットに配備されています。

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 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

＜コメント＞

行政の自立支援協議会のオブザーバーとしての活動及び地域の公民館の運営委員としての活動（公民館祭り、コスモス花の種まき等）や地域総合防災訓練等としての参加等による地域との交流を深めた施設へのニーズの掘り起こしの取り組みが積極的に行われています。

施設の土砂災害避難訓練へ地域の方々を招待して一緒に訓練の実施や施設で行うアートギャラリー（いんどり小径ギャラリー）の公開への招待等を通じた地域社会の方々の障がいを持つ利用者等への理解や友好を深める取り組みによる意見・要望等の把握の取り組みが行われています。

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
＜コメント＞ 施設の基本理念である「地域に貢献する施設をめざす」の実践として、地域（勝谷地区）の公民館活動（鹿野町夏祭りの準備参加、道路清掃、アート作品の提供等）、小中学校行事参加、地域との合同防災訓練等の実施や地域イベントへの参加等が行なわれています。 施設長が鳥取駅前商店街の活性化に向けて、障がい者アート展の開催等の実行委員として参画されたり、県民が気軽に障がい者アートを楽しむ為の県の認定ギャラリー（鳥取県は一とふるアートギャラリー）を当園内に設ける等の活動が行われています。 県主催の「強度行動障がい支援者養成研修」への講師として、当園の職員の派遣も行われています。 県・市からの災害等、有事の際の避難所指定を受ける等、地域貢献に取り組まれています。 法人として地域貢献事業である「あいサポートメッセージャー（通称：あいサポート）への協力や生活困窮者支援の取り組みとして「えんくるり事業」への参加等、障がい者支援施設としての専門的な知識・技能の必要情報の提供及び相談支援事業としての活動が行われています。		

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

		第三者評価結果
Ⅲ-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 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もつための取組を行っている。	a
＜コメント＞ 明文化された職員の行動規範が全職員へ説明、配布され、施設の基本理念の利用者を尊重し、権利を保障する福祉事業者としての共通の取り組みに向けての取り組みが進められています。 日常生活の場面、社会生活の場面で意思決定支援も実行しておられます。 意思の推定が難しく必要な利用者には、日常からの強み弱み、好き嫌い、病歴情報等を十分理解する等、絵カード・イラストの活用や利用者の表情、感情等の読み取る等の応用分析等、専門的手法を駆使した意識の確認等による対応が行われています。 権利擁護・研修委員会及び虐待防止委員会による利用者への権利擁護研修・虐待防止研修が行われています。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
＜コメント＞ プライバシー保護マニュアルに基づき、居室は完全個室となっており、快適な生活を過ごせる環境が整えられ、プライバシー保護への配慮した支援の取り組みに努められています。 日常生活（入浴、排泄等）支援が必要な利用者へは、基本的には同性介助が行われ、浴室やト		

イレの入り口には、カーテンを使用する等、配慮しておられます。 虐待防止や権利擁護の研修を実施し、プライバシー保護に関する職員説明等も行われています。 機関誌、広報誌等での写真、名前の掲載について、事前に利用者・家族等の同意を得る等の対応が行われています。		
Ⅲ-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
＜コメント＞ 法人のホームページ、機関誌、広報誌等へ、施設の理念・基本方針、施設概要、各種行事、お問い合わせ等、入所に必要な各種情報が広く地域へ公表されています。 パンフレット、施設の概要説明資料等は、イラスト・写真等を取り入れて分かり易く工夫した資料作成となっており、利用希望者等の見学、体験利用に丁寧な説明が行われています。		
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
＜コメント＞ 利用者のサービス開始時は、利用希望時の説明資料のパンフレット等のルビ、写真・イラスト付きの分かりやすい資料に加えて、入所後の施設内の日課や生活ルール等、重要事項説明書・契約書等を用いて、詳しく説明を行い、同意を得ておられます。 入所時にカンファレンスを実施され、支援に必要な情報の収集による暫定個別支援計画が作成され、利用者への支援サービスが開始されます。 6年度から全ての利用者から「地域生活への意向」や施設外の「日中活動サービスの意向」等についての聴き取りが行われ、利用者の自己決定の尊重への支援に活かす取り組みが進められています。 個別支援計画作成・修正時や重要事項説明書等の変更等にも、利用者・家族等に説明を行い、同意を得ておられます。		
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
＜コメント＞ 地域生活移行マニュアルに基づき、利用者が他の事業所への変更がある場合は、引き継ぎ書による情報提供を行い、サービスの継続や不利益が生じないよう配慮し対応が行われています。 家庭への移行（復帰）は、現状の障がい特性では厳しい現状です。 グループホームへの移行を希望する利用者へは、準備期間を設定し、丁寧な対応によるホームでの生活が円滑に移行できる取り組みを行うこととされています。 復帰・退所後に於いても可能な限り、気軽に困り事等への相談は、いつでも応じられる体制が構築されています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		

33	Ⅲ-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
＜コメント＞ 園長・主幹が毎日時間を変えて、各ユニットのラウンドによる利用者の様子や気持ちを伺い、日常の暮らしの中での利用者の声の収集に努められています。 サービス向上委員会による毎年の「利用者アンケート」及び毎月の自治会（利用者全体会議・役員会）の実施による利用者からの意見・要望等を受け止め、必要な改善策の検討・改善が行われ結果も掲示しておられます。 また、毎年「保護者アンケート」を実施し、苦情、要望を受け付け、集計結果や改善策を返送され、保護者会開催時には、施設長、支援主幹が参加し意見・要望等を受け止めておられます。 給食委員会による利用者の嗜好調査が実施され、毎日の食事の様子を栄養士等が確認する等の対応も行われています。		
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
＜コメント＞ 苦情解決マニュアルに基づき、苦情解決適正委員会体制（苦情受付担当、解決責任者、第三者委員）の園内掲示及び苦情解決委員会が整備され、利用者の苦情・要望等を職員が受け止めて対応しておられます。 意見箱の設置（毎週確認）やアンケートで苦情等があった場合には、苦情解決委員会がその都度開催され、要因分析・検証、対策等による利用者・家族等へのフィードバックが行なわれています。 また、鹿野地域の法人内4事業所による定例会（年3回）での情報の共有を図り、利用者等の声をサービス提供に活かす取り組みが行われています。		
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
＜コメント＞ 苦情受付窓口等の施設内へのポスター掲示、事務所の扉開放（平日）、意見箱（2ヶ所）の設置等に加えて、人に気づかれずに落ち着いて意見・要望が述べやすい個室環境（談話室、相談室等）が整備されています。 ご利用者が意見を述べるシステムについて理解してもらう事は難しい為、定期的に職員が個別に聞き取りをしたり、施設長、主幹が毎日時間を変えてユニット内ラウンドする際、様子伺いや声掛けが行われています。 利用者、家族等には入所時、「運営規定」「利用契約書」「重要事項説明書」等により説明を行い、廊下にも掲示しておられます。		
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
＜コメント＞		

苦情解決マニュアルに基づき、利用者からの相談や意見を頂いた場合には、直ちにユニット内に報告し、検討が必要な場合は、ユニット内で話し合い迅速な対応を行うこととされています。 利用者からの些細な意見や相談についてもユニット内の話合いの内容を、園長、主幹に報告される仕組みとなっています。 また、その場で解決できない相談や意見等は、苦情解決対応委員会の招集等、組織全体での検証や分析・検討による対策による利用者へのフィードバックが行われています。 利用者への意見・要望への即答が難しいことから検討内容等の途中経過の報告を行うこととされています。		
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
<コメント> 「利用者緊急時の連絡マニュアル」により事故発生時の対応時に備えておられます。 リスクマネジメント委員会、リスクマネージャーの設置も行われ、年3回の定例開催に加えて、必要に応じてその都度開催されています。 ヒヤリハットについては1ヶ月に1回会議で分析、改善、事故報告については、その都度、事故原因の分析がリスク委員会の開催による改善対策、再発防止対策等がリスク対応手順に沿って行われています。 施設内点検も毎月の巡回で行われています。 リスクに関する研修として、「嚙下のメカニズム」「転倒やつまずきのメカニズム」及び「強度行動障がい起因する自傷・他傷行為等の防止」等が実施されています。		
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
<コメント> 感染症予防対応マニュアルに基づき、感染症対策検討委員会の管理・体制整備による予防対策と発生後の対応等が行われています。 毎年看護師を中心に感染症・食中毒の予防・対応についての研修があり、発生時のシミュレーションも行なわれています。 利用者・職員の毎朝の検温、マスクの着用、換気、予防薬及び廊下・手すりの消毒やアルコールでの手指衛生等の徹底等の取り組みが行われています。 新型コロナウイルス感染症が5類移行後も地域での発生が継続しており、当園での発生または、疑いのある場合は、防護服の着脱の仕方（研修）、ゾーニング（感染予防区分等）、換気等の徹底の継続的な取り組みが行われています。		
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
<コメント> 非常災害対策マニュアルに基づき、防災委員会による非常時災害対策計画、消防計画、避難計		

画、災害発生時の緊急連絡一覧表等の作成が行われ、災害時の防災グッズ等（非常食・飲料水 3 日分、医薬品、各種防災備蓄品等）等の備蓄リストの整備が行われています。

毎月、火災想定、地震想定、避難訓練（夜間想定含む）、消防訓練、通報訓練等、災害を想定した訓練が行われています。

B C P（事業継続計画）が作成され、災害時の利用者の安全確保のための対策及び職員の緊急連絡網（さくら連絡網）の整備による安否確認の迅速化と緊急事態の発生時の事業継続に向けた手順や方法等が定められています。

毎年（１０月）、自然災害を想定した地域の方との合同避難訓練を共同で実施する等、いざという時の地域との適切な連携が円滑に行えるための取り組みが行われています。

Ⅲ-２ 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-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。		
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
＜コメント＞ 「丁目利用者支援マニュアル」「丁目業務マニュアル」により、ご利用者個々の A D L 等に配慮した個別ケアが行われており、各丁目職員の各勤務形態の業務内容、流れ等を示し、支援内容を明確にしておられます。 個別支援計画に利用者個々の特性への留意事項が明記されており、職員間で共有し差異の無いようサービスの提供が行われています。 新人職員へは、チューター制度を活用し、利用者への支援の手順や各種記録の記入方法の個別指導等による標準化が図られています。		
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
＜コメント＞ 「丁目利用者支援マニュアル」「丁目業務マニュアル」の見直しは毎年実施され、提供しているサービスについては、半年ごとのカンファレンス等でサービス実施方法の検証と見直しが行われています。必要に応じて随時の変更も行われています。 個別支援計画の評価・見直しについては、６ヶ月単位に利用者一人ひとりの特性に沿ったサービス提供等の評価や必要な見直しを行い、個別支援計画への反映が行われています。		
Ⅲ-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
＜コメント＞ 「個別支援計画作成マニュアル」に基づき、入所時にサービス管理責任者による利用者・家族		

等へのアセスメントが実施され、当面の暫定個別支援計画（約１カ月程度）が作成による利用者への暫定サービス期間が設けられ、１ヶ月後に日常の支援状況の確認を行い、多職種共同でカンファレンスを開催し利用者の障がい特性への支援課題等に対する個別支援計画を作成し、個別のサービス支援の提供が行われています。

支援困難ケースは、行動障がい部会のスーパービジョンの開催や外部の支援専門アドバイザーを招聘する等のケース検討会を開催し、不適切行動等への軽減や自立に向けての支援方法等の検討等が行なわれています。

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

＜コメント＞

個別支援計画の実施に伴う、ケース記録（日々の支援、支援計画シートチェック）等、毎月のモニタリングが実施され、計画の援助目標の達成状況の確認評価が行われています。

個別支援計画の見直しは、モニタリング記録に基づき、アセスメントシート（解決すべき課題、経過、利用者・保護者等の意向・要望等）が作成され、６ヶ月単位に利用者・家族等（参加できない場合は電話聴取等）の意向・要望を受止めて、多職種でのカンファレンス会議による支援サービスの評価や課題等への支援方法や対策等の必要な見直し等によるサービス提供が行われています。

また、利用者の体調の変化等の急変時（病気入院）等には、緊急的に個別支援計画の見直しを実施されます。

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

＜コメント＞

利用者の日々の身体状況や生活状況等については、各丁目日誌、医務日誌、機能訓練日誌等、所定様式による記録が行なわれており、障がい者支援ソフトの導入によるパソコン入力による共有ホルダーに保存され、職員間の共有と業務の効率化が図られています。

外傷、腫れ、アザ等を発見した時は「全身チェック表」、発作等については「てんかん発作記録表」により関係職員等で共有しておられます。

業務の連絡事項や引継ぎ等は、毎日の朝夕礼において連絡帳を活用して伝達され、ファイル化され記録に残されることとなっています。

更に、月の始めに支援計画実施状況（援助目標の達成状況）の確認の実施及び毎月の丁目会議、リーダー会議等での情報共有が図られています。

記録の内容に差異が発生しないよう共通見出し等、項目毎に記録を記入する等の工夫が行なわれています。

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

＜コメント＞

法人の文書管理規定及び情報開示規定、個人情報保護規定に基づき、利用者記録等の保管、保

存、廃棄等の個人情報保護（保管は、施錠ができる保管庫管理）の取り組みが行われています。

紙ベースの記録の保存期間（５年）の経過後は、シュレダー等による廃棄が行われています。

利用者・家族等へは、入所時に於ける重要事項説明書等の説明時に、利用者等の個人情報保護等の園外持ち出し禁止及び第三者への情報を漏らさない等の個人情報保護に関する説明が行われています。

また、職員への個人情報保護法に関する研修が実施され、職員の入職時に利用者の個人情報保護の誓約書が提出されています。

内容評価基準（１５項目）

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
<コメント> 重点事業目標として、日常生活に於ける利用者の自己決定を促すために、利用者の「生活史、性格、好き・嫌い、強み・弱み、病歴等」情報把握され、イラスト、写真、選択カード等の応用行動分析等の手法を用いて、利用者の意志を推定し、課題分析やプロンプトの手法を開いて自己決定や自立に向けた支援につなげておられます。 個別支援計画に本人の意向・要望等が盛り込まれ、起床、洗顔、着替え等、居室のエアコンの温度設定等、利用者の自己決定を基本に見守りを中心とした支援が行われています。 また、日中活動（アート活動、趣味、外出、イベント・行事参加等）及び地域での買い物や理美容院、新聞等の選択等、自分で決める等の支援が行われています。		
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
<コメント> 規程、マニュアル（虐待防止マニュアル・身体拘束等適正化マニュアル）等が整備され、職員に周知しておられます。 権利擁護と虐待について毎年研修会を実施しておられます。 毎月の丁目会議にて、「不適切な支援について」「支援上の困りごと」についての検証や確認等による困りごと等への早期解決策等の対応が行われています。 身体拘束の具体例についても職員に周知されており、現在身体拘束の該当事例はありません。 虐待予防として、職員には、虐待チェックシート（年２回）による振り返りが実施され、丁目会議等で権利侵害についての検証や権利侵害防止について意識の共有が行われています。 具体的取組について事業計画に明記し、家族には配布し、利用者には分かりやすい文章で説明し配布すると共に虐待例と共に、通報先を分かりやすく掲示が行われています。		

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
<コメント> 個別支援計画にある利用者一人ひとりの望む生活、支援サービス等を個別に日常の日課やスケジュールに落とし込み自律・自立生活に向けて、利用者の見守りを基本としたプロンプト的（行動促進フォロー等）支援が行われています。 「太田ステージ」という発達レベルを図る検査を行い、発達段階に合せたワーク教材を提供しステージを挙げる支援も行われています。 利用者の障がい特性や意思の伝達状況等を見極めて、日常生活（食事、排せつ、入浴、衣服の着替え等）及び日中活動（買い物、アート活動、イベント参加等）への自立生活支援に向けて、外部のスーパーバイザーの指導・アドバイス等による不適切行動の軽減等への自立支援に向けた取り組みが行なわれています。 当園の理学療法士によるリハビリテーション計画に基づく、各種運動器具を利用した機能訓練、集団体操、生活リハビリ、温熱療法等、利用者一人ひとりの特性を見極める等の随時見直しを行いながらの支援が行われています。		
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
<コメント> 利用者の障がい特性（自閉症や会話に課題と持ち意思表示が難しい）に応じたコミュニケーション手段（絵カード、写真、現物、筆談、ジェスチャー、手話、表情の読み取り・声掛けのマカトンサイン等）による意思の伝達（言語は短く、ゆっくり、分かり易い言葉掛け等）による支援が行われています。 日常の支援状況等における引継ぎ等の連絡帳、日誌等で利用者のコミュニケーション状況（非言語：視覚、表情、態度、姿勢、行動等含む）が組織内で共有（個別支援計画、コミュニケーションサンプル等含む）され、利用者の状況に沿った個別の伝達方法等の対応に努められています。		
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
<コメント> 自治会全体会及び自治会役員会を毎月実施し、利用者の意見・要望等の聞き取りが行なわれています。 利用者・家族等アンケートの実施、意見箱の配置（2ヶ所）や個別支援計画見直し前にサービス管理責任者を中心とした利用者と個別対応等による意見・要望等の受け止めによる対策の実施等、利用者の意思を反映したサービスの提供に向けた取り組みが行われています。 各ユニットでの個別に接する機会を多く設けるルーム担当者の配置や利用者が自由に出入りできるための事務所の出入り口が常にオープンにしてあり、利用者がいつでも話しやすくする為の相談室、会議室等での環境が整っています。		

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
＜コメント＞ 個別支援計画に基づき、日中活動、余暇活動（週2回のユニット活動の日）及や個別外出（買い物、食事等）の利用者支援が行われています。 理学療法士（PT）による歩行訓練、集団体操、生活リハビリ及び利用者の機能低下防止やフレイル予防の取り組みの実施も行われています。 アート活動（絵画、造形、書道等）、ユニット余暇活動（スイカの収穫やスイカ割、カレー作り、おやつ作り、中庭でのバーベキュー、園で育てた野菜の収穫や食事会等）に加えて、施設として、運動会や文化祭も実施されています。 地域の公民館イベント（スポーツ祭や地区行事等）、道路清掃ボランティア、親善球技大会（県主催）への参加やいんどりアート展（県主催）等への出品等、利用者の一人ひとりへ特性を考慮した活動支援が行われています。 自治会そのものが利用者主体の組織であり、自治会の日中活動への意見要望等を踏まえ、日帰り旅行先の選定等による外部への活動支援が行われています。		
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
＜コメント＞ 利用者の一人ひとりの障がい特性への対応支援に向けた専門知識・技能の習得に向け計画的に参加が行われ、殆どの支援員が強度行動障がい者養成研修を受講しておられます。 また、園外のスーパーバイザーを招聘されたケース検討会（年4回）の実施や園内の各委員会（部会）に対する園長、主幹等によるスーパーバイズの実施等、利用者への適切な支援を行うための勉強会や研修が定期に行われています。 日々の利用者の生活や活動状況等、朝・夕礼時に必要な引継ぎ（連絡帳等）書、日誌等が職員間で共有され、利用者（強度行動障がい者等）の状況の日々の対応時に於いても、看護師やサービス管理責任者の支援方法等の指導（アドバイス）等が行なわれる等、組織的に利用者への適切な支援に向けての取り組みが行われています。		
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
＜コメント＞ 生活支援マニュアル（食事、入浴、排泄、移乗・移動、衣服の着替え等）及び支援業務マニュアル（丁目の職員の業務内容スケジュール等）に基づき、利用者一人ひとりの個別支援計画の組み合わせによる日常生活を円滑に支援する対応が行われています。 毎月の自治会での給食等の意見・要望の聴取や年1回の嗜好調査を通して給食部会を開催し献立（行事食含む）への反映が行われています。 また、朝食は、ごはんかパンの選択が可能であり、利用者一人ひとりに合った食事形態や療養食への対応が行われ、栄養ケアマネジメントも行い栄養管理しておられます。 入浴、排泄、移乗・移動支援等については、利用者の特性を個別支援計画に反映する等、生活支援マニュアルとの整合を図った支援が行われています。		

施設は快適な温泉入浴として、個浴、シャワー浴等、利用者の体調に沿った入浴支援が行われています。 また、利用者の排泄記録（毎日）による体調管理等が実施されています。		
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
＜コメント＞ 全室完全個室で、いつでも安眠可能であり、照明、消臭、室温・湿度等の管理による生活環境への配慮が行われています。 毎月施設内外の安全点検を行い、安心・安全な施設環境の維持に取り組んでおられます。 利用者の生活環境である居室の清掃（換気）は、整理、整頓、清潔を徹底するために利用者の特性に応じた利用者本人が行う、職員と一緒に、職員が行う等の3パターンによる毎日ユニット単位で行われています。 晴天の日は、布団干し、シーツ交換（定期的）、ティールーム、浴室、トイレ掃除等、清掃員による清掃や施設内手すり消毒等、清潔感のある施設環境の維持運営が行われています。		
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
＜コメント＞ 理学療法士（PT）の配置による利用者一人ひとりの個別のリハビリテーション計画（機能訓練・生活訓練等）が策定され、日常生活動作（ADL）の基礎動作（関節可動域、筋力増強、起立、歩行等）訓練や集団体操、温熱療法等の機能訓練が日々行われています。 リハビリテーション計画に対する利用者の生活訓練・機能訓練の記録や心身の維持・改善評価による計画の必要な見直し等が定期的（3ヶ月程度）に実施され、身体機能の維持継続に向けた取り組みが行われています。 日常生活では、洗濯物を干したり、畳んだり、下膳を行ったり等の生活に於ける出来る事を一緒に行っておられます。 また、定期的な外部の言語聴覚士（ST）の派遣を受けて、食事の摂取、嚥下機能の評価や食事形態の見直し及び食事の際のポジショニング（姿勢等）や嚥下体操等が行なわれています。		
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
＜コメント＞ 医務業務マニュアル、緊急時対応マニュアルに基づき、日々の健康管理や体調の異変等、早期発見による医務（看護師）との連携による適切な医療機関へと繋げておられます。 朝の起床時の体温計測、個別に必要な利用者への体重や血圧測定及び日々の健康チェック（入浴時清拭、夜間の着替え時等）、必要に応じた看護師等への報告及び夜間のオンコール対応（緊急		

時の医療機関調整等含む）等による適切な医療対応等に努められています。 入浴時のケガ等の損傷等の異常は「全身チェック表」記録等、必要に応じて事故検証会議での検討の実施や排せつ記録、尿量想定等の健康管理やてんかん発作記録表の作成等による容態把握による健康管理への取り組みが行われています。 利用者の内科嘱託医、精神科医の定期往診（毎週）や定期健康診断（年１回）の実施による利用者の健康管理や体調変化等への迅速な対応（通院含む）が行われる体制が整備されています。		
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
＜コメント＞ 医務業務マニュアル（服薬、身体観察、発作対応、通院、清潔、処置、観察、緊急・応急時対応等）に基づき、医務担当（看護師）等による医療的指導、医療的支援が行われています。 医療業務マニュアル等へ看護師の責務が明記され、職員へ職務分掌等で周知共有が図っており、他の緊急対応マニュアル、服薬、通院、発作、喉詰め等に付いてもマニュアル化され手順に従っての対応支援が行われることとなっています。 服薬マニュアルに基づき、服薬管理は医務室で看護師により実施され、朝昼夕と色違いの薬の袋が準備され、袋薬局からの配薬等の医務室チェック、支援担当者へのトリプルチェック等、誤薬防止対策による服薬の取り組みが行われています。 地域の医療機関とのパイプも強く医医師からの助言を受けた医療的な支援が行われています。 ストマ増設後のパウチ交換等、簡単な医療的な支援が必要な場合は、看護師の指導・助言等による対応が行われることとなっています。		
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
＜コメント＞ 毎月１回開催する自治会、個別のカンファレンス等で分かりやすく希望を聞き取り可能な限り社会参加を推進しておられます。 利用者の外出（帰省等の外泊、ドライブ、買い物、日帰り旅行、障がい者アート作品展の見学、鳥取県の障がい者スポーツ大会への参加等）に於ける社会参加への活動等を勧めておられます。 特に、買い物や食事の料金の支払い等、できるだけ利用者本人の支払いやおつりをいただく等の学習の実施に力を入れ社会生活力の向上に繋げておられます。 地域の勝谷地区のイベント等への参加や地域の清掃ボランティア等への参加等による社会参加に地域社会の方々との触れ合い等の取り組みが行われています。 施設で行われる運動会、納涼祭、アート展の開催等へ地域の方々への招待を行う等による交流等が行なわれています。		
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

＜コメント＞

地域生活移行マニュアルが作成され、全利用者から地域生活移行に関するカンファレンスが実施され、グループホーム等への移行の希望を受け、様々なネットワークを用いて社会生活移行に向けた支援に取り組まれています。

地域生活を希望する利用者の希望を叶える為に、関係機関（相談支援事業所等）との相談・連携等によるグループホームや作業所見学・体験等を行うこととされています。

地域社会への移行生活を行うための社会生活プログラムの作成による公共交通機関、金銭管理、調理、行政、警察、消防署、病院等の社会資源の利用の仕方や自らの健康管理等の維持、作業所等の人との交流に大切な挨拶等、目標を定めて計画的（短期・中期等）に障がい者が社会生活で必要な身に付けたいものを体験的に習得する取り組みが行われています。

就労支援シートを活用した就労先への対応等、スモールステップで就労につながるよう支援されています。

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
----	--------------------------------------	---

＜コメント＞

・家族等への情報発信は機関誌、広報誌（年3回）、丁目新聞（年4回）等の発刊による送付が行なわれています。

また、毎月家族等に利用者の生活状況（近況報告）等をルーム担当が電話でお知らせ、6ヶ月一度の個別支援計画見直し時期の話し合い時に、ご意見、ご要望等を確認しておられます。

帰省や外出時には家族に口頭及び帰省連絡帳にて日頃の様子や報告が行われ、一時帰宅の場合にも、事前に家族に連絡を取る等、利用者の日常の生活や思い等の情報提供が行われています。

また、利用者が体調の変化や緊急・救急対応等があった場合は、医療業務マニュアル等に基づき、家族等への状況報告等の連絡が行われることとなっています。

A-3 発達支援

A-3-(1) 支援の基本

A⑯	A-3-(1)-① 子ども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。	評価外
----	--	-----

＜コメント＞

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＞

A⑱	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＞		