

# 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：指定障害福祉サービス事業所<br>よなご大平園           | 種別：生活介護  |                 |
| 代表者氏名：施設長 永江 浩庸                      | 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：<br><a href="https://www.med-wel.jp/keijin/">https://www.med-wel.jp/keijin/</a> |                 |
| <b>【施設の概要】</b>                       |  |                 |
| 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： 11名  |                 |
| 専門職員                                 | 管理者： 1名  | 生活支援員（介護福祉士等）8名 |
|                                      | サービス管理責任者：1名   | 看護師： 1名         |
| 施設・設備<br>の概要                         | （設備等）<br>静養室1室、相談室1室、日常生活訓練室1室、作業室1室、浴室1室、<br>更衣室1室、事務室1室、シャワーストレッチャー、バスリフト            |                 |

## ③ 理念・基本方針

### 施設理念

- ・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
- ・健全経営とコンプライアンスの徹底
- ・人間力の強化による、組織的業務の推進
- ・誇りと働きがいと風通しのよい職場

### 施設の品質方針

『ご利用者の満足・家族の安心・地域の信頼・笑顔の職場』

#### ④ 施設の特徴的な取組

重度化が進み重度の方は約半数おられ意思疎通の困難な方や発語できる方が少なくなっている。胃ろうの方は5人おられ看護師が対応されています。

職員や施設看護師は情報を共有され支援されています。

アレルギーのある方の食事は、器の色等で工夫をし他の利用者と間違いがないようにされています。月1回リクエストメニューの日が設けられ食べたい食事を選んで食べられます。バイキング年2回あり楽しみとなっています。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

|               |   |
|---------------|---|
| 評価実施期間        | 平成28年11月30日（契約日） ～<br>平成29年3月29日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 3回（平成27年度）                                |

#### ⑥ 総評

##### ◇特に評価の高い点

地域において就労が困難な在宅の障がい者が通所して文化的活動、機能訓練等を行うことにより、その自立を図るとともに生きがいを高めることを目的として事業が展開されています。

年々重度化の利用者の方が増えてきましたが、人的には、配置基準以上の手厚い人員配置が取られ、ハード面に於いても、ベッドや機器等の環境を整えられています。

利用者一人ひとりにあった障がい特性に合わせた支援が行われており、アンケート結果からも、家族の方も非常に満足している事が伺えました。

法人全体で、ISO9001認定を取得され、内部監査、定期審査、更新審査を受け、指摘事項の改善に取り組まれています。

また、顧客満足度実施手順、内部監査実施手順に沿って実施されており、敬仁会、仁厚会の両法人のサービス評価委員による巡視活動も行う等、自らの福祉サービスの質の向上を目指し日々努力されています。

内外の研修等も積極的に受講され職員一人ひとりの質の向上にも力を入れておられます。

##### ◇改善を求められる点

利用者の増加に合わせ、重度化の方も増加しておられ、ベッド等の増加に伴い、生活介護のスペースが手狭になりつつある。また、医療的ケアも増加してきているので、今後とも検討されたい。

**⑦第三者評価結果に対する施設のコメント**

ご利用者が増えてきており、施設内の設備を有効に活用しながら、様々な活動が提供できるように工夫していきたいと思えます。

**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。

## 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

|  |                                   | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念、基本方針をもとに施設方針、品質方針が作成され明文化されており、パンフレット・広報紙・ホームページ・重要事項説明書に記載されています。</p> <p>職員に対しては、年度末の全体会議で方針等についての資料を配布し説明を行い周知されています。</p> <p>週初めの朝会で方針を読み上げ振り返りもされている。各事業所ごとの毎朝のミーティング時にも方針を読み上げられています。</p> <p>利用者に対しては、年度当初の利用者全体朝会でフリガナをふった資料を配布し説明を行い周知が図られています。</p> <p>家族に対して、家族懇談会にて資料を配布し説明を行い周知が図られています。</p> |                                   |         |

##### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業経営を取り巻く国や業界の動向は把握する為、情報収集や研修会に出席する等されています。</p> <p>毎月の経営状況を確認、分析を行い、施設方針の達成度の評価や施設マネジメントレビュー等を示されています。</p> <p>県を始め各市町村の障がい者支援計画や支援について情報を収集し、相談事業所や養護学校と連携を図りながら体験等の受入れも積極的に行われています。民生委員等と連携し情報収集をされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月経営状況を確認、分析し達成度の評価が行われています。その結果については法人の施設長会議や理事会で報告されています。職員には運営会議や全体会で報告し周知されている。</p>  |   |         |

### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人、施設の中・長期計画が策定されています。中・長期計画は、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画を基に単年度の事業計画や収支計画が策定されており、達成度が分かりやすくなるよう出来るだけ具体的な内容や数値化が行われています。単年度の計画を基に実施時期を確認しながら、次年度の予算等へ反映されています。</p> <p>27年～31年計画に基づき、本年度はクーリングタワー、厨房機器の修繕、入れ替えが行われました。</p>                    |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>品質方針・品質目標管理手順に基づき、把握、評価が行われ、マネジメントレビュー実施手順に基づき見直しが行われています。</p> <p>年1回職員アンケートを実施され、アンケート結果を検討し、職員にフィードバックされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者、家族には、年度末の家族懇談会や利用者全体会議で、次年度の事業計画についての資料を配布し説明されています。理解されることが難しい方もありますが、分かりやすく言葉を替えながら周知に努められています。</p> <p>施設内にも掲示がされています。</p> <p>利用者ミーティングで、不審者対策、感染症やB型就労事業工賃等必要な情報についても伝えられています。</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

|  |   | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年、福祉サービス第三者評価基準による自己評価、施設評価が実施されており、第三者評価を受審され、改善活動につなげ、質の向上に取り組まれています。</p> <p>ISO9001を取得され内部監査、定期審査、更新審査を受け、指摘事項の改善に取り組まれています。</p> <p>また、顧客満足度実施手順、内部監査実施手順に沿って実施されており、敬仁会、仁厚会の両法人のサービス評価委員による巡視活動も行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO9001の定期審査や更新審査を受け改善に取り組まれています。</p> <p>顧客満足度実施手順、内部監査実施手順に沿って実施されており、敬仁会、仁厚会の両法人のサービス評価委員による巡視活動の評価結果を基に、改善計画シートや是正予防処置報告書を作成されサービスの改善に向けた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

|   |  | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、年度当初の広報誌で役割や方針等を表明されています。また、業務分掌で明確にされ全体会議で周知されています。</p> <p>施設長は、職員との信頼関係を深めるため常に相談等聞き入れられています。また、施設長の方針として、仕事の仕方、職員の成長についても示されています。</p> <p>BCP、消防計画等の中でも責任者として示されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>遵守すべき法令をリスト化されています。</p> <p>施設長は、福祉施設の経営に関する研修会へも参加されています。</p> <p>年間研修計画で人権、コンプライアンス、虐待等の研修に参加され、法人研修、内部研修、アンケートなどで法令順守に取り組まれています。</p>  |  |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO、内部評価等を受け是正処置を行われマネジメントレビューでも定期的に評価、分析が行われています。</p> <p>虐待、防災、防犯等の情報を収集し取り組み、指導されています。また、BCPや消防計画等でも責任者となり指導されています。</p> <p>施設内外の研修参加や虐待、パソコン研修を実施し資格取得に取り組み質の向上に努めています。</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。     | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月全体会で経営状況等の評価、分析を行い説明されています。</p> <p>職員アンケートで満足度を調査し組織の見直し等に反映されている。</p>  |   |   |

## 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。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各事業所は法人に人材の要望をされ本部で応募、採用され事業所に採用となります。</p> <p>法人として求められる人材は職務基準書や教育研修会の目的で明確になり、教育訓練手順で仕組みが明確されています。</p> <p>介護福祉士等の有資格者の採用や法定基準以上の職員配置が行われており、サービスの質の向上を図られています。雇用形態が選択できる等があり定着に繋がっています。</p> <p>サービス管理責任者研修に参加させ、知識を高め、個別支援計画等は反映させています。</p> |   |         |
| 15   | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の人事考課規定に沿って人事考課が行われており、教育訓練手順、目標管理手順に沿って行われています。</p>  |   |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理職にて労務管理を行い、有給取得状況を毎月確認し必要に応じて個別対応や業務調整が行われています。</p> <p>職員個々の状況により雇用形態を選択できることで働きやすい環境が整備されています。</p> <p>育児休暇後の勤務で時短勤務や夜勤免除等の配慮も行われています。</p> <p>産業医によるストレスチェックの実施、心の健康相談も受けることができます。</p> <p>インフルエンザ予防接種、腰痛検査、大腸がん検診、年2回健康診断が行われています。</p> |   |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務基準書、目標管理手順に沿い、面接が行われ進捗状況を確認し達成に向けたアドバイスが行われています。</p> <p>新人や中途採用職員へ先輩職員によるサポート制度やOJTによる育成指導が行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間研修計画により各種研修が実施されており、研修後のアンケートを基に研修内容の見直しが行われています。</p> <p>研修後のアンケートをもとに資格取得状況、研修参加状況を把握し個別の研修計画等を作成されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>教育研修委員会等があり研修機会が必要に応じ確保されています。</p> <p>資格取得状況、研修参加状況を把握して個別の研修計画等が作成されています。</p>   |   |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本姿勢は実習生・ボランティア受け入れ手順の目的に示されています。</p> <p>受け入れ担当者も配置されており、指導者としての研修にも参加し、学校と連携を図り目的に沿った研修内容となっています。</p> <p>介護福祉科、教諭免許取得のための実習生を受け入れている。</p>   |   |   |



## 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>広報誌やホームページに事業報告、決算状況等公開されています。</p> <p>毎年自己評価、施設評価が行われ、第三者評価を受審されています。受審結果についてはワムネットで公表されています。</p> <p>地域の方や関連事業所に広報紙「こころの花」やパンフレット等を配布し情報提供をされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO手順書に従い事務・経理・取引等をルール化が図られています。</p> <p>監事監査、経理監査や鳥取県の指導監査を受け、指摘事項については是正処置がとられています。</p> <p>外部の経理監査も実施されています。</p>                                      |   |         |

## 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画のなかにも地域との関わりについて示されています。</p> <p>チューリップマラソンなど地域のイベントにボランティアで参加し交流が図られています。</p> <p>グループホームではあいさつ・ゴミ拾い運動を継続して行って地域と交流を深められています。</p> <p>年2回クリーン活動で施設周辺のゴミ拾いを実施されています。</p> <p>夏祭りや地域交流事業グッドフェスティバル等が開催され地域の子ども会や地域の方々との交流が行われています。</p> <p>イベントやボランティアに参加され施設の理解を得られよう地域との交流の場に参加されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア等の受入れ手順があり職員を配置され受け入れを行われています。事業計画に文書化されている。ボランティアはイベントや行事のお手伝いをされています。</p> <p>各種学校の実習や職場体験の時は事前打ち合わせを行われ受け入れの目的を明確にされています。</p> <p>学校教育の実習や中学生の職場体験へ協力されています。</p>                               |  |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関や事業所等のリストを作成されています。</p> <p>相談事業所や福祉、ハローワーク等の関係機関と連携を図り、自立に向けての支援が行われています。</p> <p>サービス担当者会議にて、市町村や相談事業所と情報を共有され利用者の安全や就労支援に繋げておられます。</p> <p>事業所の変更があれば情報を共有し、安心して変更して頂けるよう努めておられます。</p>            |  |   |
| 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 施設が有する機能を地域に還元している。                    | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の子ども会を対象として、施設の栄養士による食育として食事をバランスよく食べるための知識や食品の選び方・食事の環境等について、クッキング教室も実施されています。</p> <p>施設の看護師による健康教室も実施されています。</p> <p>あいサポートのメッセンジャーになっておられます。</p> <p>地域交流室の貸し出しや災害時の地域住民の一時避難先として米子市と締結されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れや施設見学、体験希望者の受け入れもされています。</p> <p>施設を見てもらい施設内を理解されるために地区消防団の見学を実施されました。</p> <p>鳥取県の生活困窮者に対する相談支援事業の「えんくるり事業」に登録され参加されています。</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

|   |   | 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をもつための取組を行っている。        | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>倫理要領や理念にも明示し、利用者の尊重に努められています。</p> <p>コンプライアンス研修、人権研修も実施されており、虐待セルフチェックも年2回実施され防止に努められています。</p> <p>虐待防止規定、虐待防止対応手順等整備され利用者を尊重する取り組みをされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者個々の支援についての手順書を活用し、プライバシー保護について明示されています。</p> <p>写真の使用や下駄箱の名前の公表について確認を取りながら公表されています。</p> <p>排泄は同姓介助で行われ、プライバシーが保たれています。</p>                  |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページやパンフレットにサービスが明記されており、施設見学、事前面談、作業やグループホーム利用のため体験等が行われ情報を提供されています。</p> <p>重要事項説明書等には「ふりかな」はないが、分かりやすい言葉等で伝え説明されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書・契約書により丁寧に説明され、個別支援計画書の説明もされています。</p> <p>利用の受入れ手順に従い、理解や同意を得ながら行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等がある場合はサービスの継続がスムーズに行えるよう配慮されています。</p> <p>事業所の変更等については、相談事業所や市町村担当者と連携を図りながら進められています。</p>                                    |   |         |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>顧客満足度実施手順に沿って生活・事業について記名アンケート調査実施し結果は施設内に掲示されています。また、嗜好調査も実施されています。</p> <p>朝のミーティングやカンファレンス等で意見交換を行なわれています。就労継続支援B型では連絡ノートも活用されています。生活介護では送迎時に家族等に意見等聞くようにされています。</p> <p>年1回の家族懇話会の折にも意見を聞くようにされています。</p> |  |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス苦情解決実施要領に沿って実施されています。</p> <p>重要事項説明書に苦情受付の仕組みが図式化されています。また、施設内に掲示されています。</p> <p>意見箱の設置もされていますが、入る事は少なく、職員に直接話をしてこられる事が多い。</p>   |  |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>朝のミーティング後や昼食時、作業休憩時間、事務所にはいつでも意見や苦情等話すことができる体制となっています。</p> <p>意見箱の設置、直接職員へ相談意見等を述べる、利用者アンケート、連絡ノート、送迎時家族から意見等の聴取等色々な形で述べられる事を利用者に周知されています。</p> <p>苦情等があった場合には、苦情内容は施設内に掲示し、対応策がフィードバックされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス苦情解決実施要領に沿って実施され、相談や意見等頂いた場合には迅速に対応されています。</p> <p>相談や意見等は全て記録されサービスの質の向上に努められている。</p> <p>併せてお褒めの言葉も記録されており、職員会議、ミーティング等で職員に周知されています。</p>  |  |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント委員会要綱に従って委員会が設置されており、事故ヒヤリハット報告分析手順に沿って対応されています。対応手順は毎年見直しされています。</p> <p>事故ヒヤリハット報告を作成提出され、リスクマネジメント委員会で集計、分析され再発防止策が検討、分析結果等は職員会議で広告が行われ、サービス改善等に活かされ実施されています。</p> <p>リスクマネジメント研修も定期的にも実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント委員会要綱に従って委員会が設置されており、感染症マニュアル、緊急時対応マニュアル等に沿って対応されています。対応手順は毎年見直しされています。</p> <p>感染症対策として毎朝の検温、また、熱が上がりサービスが提供できない時は家族に連絡し迎いの依頼を行われます。感染症及び食中毒の予防及びまん延防止について指針に明示され取り組みをされています。</p> <p>感染症予防研修も定期的にも実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント委員会要綱に従って委員会が設置されており、被災防止、災害時対応手順に基づき組織的に行われています。避難訓練は年2回、災害訓練は年1回実施されています。</p> <p>各種災害を想定した訓練を実施し、西部地区施設間の応援体制を整備されています。淀江消防団の施設見学も行われ施設を見てもらわれた。</p> <p>昨年10月鳥取中部地震を受け地震マニュアルの見直しも行われた。非常食3日間確保されメニューも作成されています。</p> <p>普通救急救命講習等も定期的にも実施されています。</p> |  |   |

### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各手順書に基づいてサービスは提供されています。個々の対応については個別支援計画も参照しながら提供されています。</p> <p>先輩職員によるサポート制度やOJTにより職員の質の向上に努められています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年4月の運営会議で文書レビューを実施し見直しが行われています。</p> <p>文書管理手順に沿って実施されている。手順書も年1回見直しが行われています。</p>  |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画作成・変更手順により初回アセスメント実施後、個別支援計画を作成されサービスを実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月モニタリング、ミニカンファレンスは3ヶ月に1回、評価は6ヶ月に1回行われ利用者に沿った個別支援計画となっています。</p> <p>見直しカンファレンスは他職種も参加され個別支援計画が作成されており、必要に応じて相談事業所の参加も求められます。</p> <p>変化があった時は再アセスメントを行い、プラン変更を行いサービスは継続されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス経過記録は法人同一様式を用いフォーカスチャタングで記録されています。</p> <p>記録の研修会を定期的に開催されており、毎月上席が確認されています。</p> <p>職員会や係会議で利用者の情報を共有されている。また、「みるみるノート」(連絡ノート)を利用し申し送りが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO品質管理の基、記録物の保管が行われています。</p> <p>プライバシーポリシーや個人情報保護規定等により品質管理リストに保管場所や保管期間が明示されています。</p> <p>利用者、家族には、個人情報保護規に基づき利用開始時に説明されています。</p> <p>職員は個人情報保護についての誓約書を取り、サービス規程にも明示されています。</p> |                                  |   |

## 内容評価基準（26項目）

### A-1 利用者の尊重

|   |   | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| A-1-(1) 利用者の尊重  |   |         |
| A①  | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の障がいの特性にあったコミュニケーション方法で支援されます。重度化が進み重度の方は約半数おられます。意思疎通の困難な方や発語できる方も少なくなっています。胃ろうの方も5人おられ看護師が対応されています。絵カードや筆談、表情で意思を汲み取るようにされています。必要な場合は個別援助計画に上げて支援されます。</p>      |   |         |
| A②  | A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。                      | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重度化が進み意思が伝えられない方が多くなっていますが、活動内容を多くし、なるべく利用者に選んでもらうようにされています。1ヶ月の利用日を家族に渡し情報を聞き取り入れることもあります。個別援助計画書にはそれぞれの能力に応じた活動ができるよう計画され支援が行われています。外出も計画され楽しく過ごされました。</p>         |   |         |
| A③  | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>出来るところは自分で行って頂き、出来ないところは介助や見守りの支援が行われており、個別支援計画にも取り込まれています。</p> <p>職員会議等で個別支援計画を話し合わせ職員で共有されている。</p>   |   |         |
| A④  | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>クッキングやショッピング等、利用者の楽しめるプログラムも取り入れられています。</p> <p>クッキングでは調理の出来ない方の場合でも、手順や形や色、匂いを感じてもらって参加して頂いています。ショッピングでは車椅子で職員と一緒に買い物に行かれる方がおられます。活動の中で個々の出来るところを伸ばせるよう支援されています。</p> |   |         |

## A-2 日常生活支援

|  |  | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| A-2-(1) 食事   |  |         |
| A⑤   | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントや家族の聞き取りから食事量や形態を聞き食事を提供されています。</p> <p>アレルギーの方は器の色を変える等、他の利用者との間違いがないように工夫されています。</p> <p>食事形態に注意のいる方やアレルギーの方は個別支援計画に上げ支援されています。</p> |  |         |
| A⑥   | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>冷温ワゴンで温度管理をされています。</p> <p>利用者からの意見を聞き、月1回リクエストメニューの日が設けられ食べたい食事を選択して食べて頂いています。バイキング形式の食事でも年2回開催され、成人式、クリスマス会と言った行事食も提供されています。</p>         |  |         |
| A⑦   | A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。                          | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障がい特性に応じ本人のペースで食事が出来るよう工夫されています。</p> <p>敬老会、誕生会、クリスマス会などは楽しく食べられる雰囲気作りも行われています。</p>   |  |         |
| A-2-(2) 入浴   |  |         |
| A⑧   | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に上げ支援が行われており、殆どの利用者が二人介助での支援となっています。</p> <p>救護施設の浴室使用と言う事もあり、ハード面には限界はあるが、同性介助で入浴支援が行われ、個々の特性に合わせて個浴、リフト浴で対応されています。</p>             |  |         |
| A⑨   | A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。                          | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要があれば個別支援計画に上げておられます。</p> <p>救護施設の浴室使用と言う事もあり、ハード面には限界はあるが、利用者と話し合い希望に聞きながら回数を決める等、入浴支援が行われています。毎日事業所を利用される方は週2～3回入浴して頂いております。</p>       |  |         |



|   |  |      |
|---|--|------|
| A⑩  | A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。              | a    |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>救護施設の浴室使用と言う事もあり、浴槽が広いので一度に2名入浴可能となっており、仕切り屋暖房器具等の工夫を行いながら快適に入浴して頂けるよう配慮されています。</p> <p>タオルで覆う等、利用者のプライバシーにも配慮されています。</p> |  |      |
| A-2-(3) 排泄  |  |      |
| A⑪  | A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。                | a    |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要に応じて個別支援計画に上げ、職員は情報共有し統一した支援が行われています。</p> <p>同性介助で支援されプライバシーも保たれています。</p> <p>排泄タイミングを把握し、時間でトイレ誘導やおむつ交換が行われています。</p>   |  |      |
| A⑫  | A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。                  | a    |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ハウスキーピングが毎日掃除をされ清潔が保たれています。</p> <p>汚染があった時は、直ちに職員が掃除をされ清潔を保たれています。</p>   |  |      |
| A-2-(4) 衣類  |  |      |
| A⑬  | 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。 | 該当なし |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>   |  |      |
| A⑭  | 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    |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>汚れた時は、持参の衣類に着替え支援を行い清潔にされています。通所ノートに記入し家族に連絡されています。</p> <p>利用者本人から調整を希望される場合にも対応されています。</p>                              |  |      |
| A-2-(5) 理容・美容   |  |      |
| A⑮  | 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。    | 該当なし |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>   |  |      |
| A⑯  | A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。          | 該当なし |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>   |  |      |
| A-2-(6) 睡眠  |  |      |
| A⑰  | A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。                | 該当なし |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>   |  |      |

|  |  |      |
|--|--|------|
| A-2-(7) 健康管理   |  |      |
| A⑱   | A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。                 | a    |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族の情報提供や来園時にバイタル測定を基に健康管理が行われています。</p> <p>インフルエンザ流行時は家庭で検温され連絡ノート記入頂き、内容は看護師に報告され対応されています。</p> <p>利用者の体調不良、インフルエンザの疑いの時は検温され看護師に相談されます。</p> <p>障がい特性により必要な方にはs p O2 や血圧測定を行い状態観察が行われています。</p> <p>歯磨き等の口腔ケアも、食後やおやつ後に実施されています。</p> |  |      |
| A⑲   | A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。          | a    |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの緊急マニュアルが作成されており、ケースファイルに綴じてあります。</p> <p>緊急時の対応については、かかりつけ医と話し合わせ、その内容を職員は情報共有されています。</p> <p>体調変化があった時は家族に電話で連絡されています。また、必要時には救急車の要請も行われます。</p>   |  |      |
| A⑳   | A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。         | a    |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>マニュアルに沿って薬の取扱いは行われています。</p> <p>持参された内服薬は鍵のかかった薬箱に保管され、準備、服薬はチェック表で確認適切に内服支援が行われています。</p> <p>内服薬の説明書はカンファレンス時に頂くようにされています。</p>   |  |      |
| A-2-(8) 余暇・レクリエーション  |  |      |
| A㉑   | 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    |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者アンケートで家族の意向や利用者の希望を聞きながら、意向を踏まえた上で係を中心にレクリエーションを考え提供されています。</p> <p>毎月カレンダーを作成し家族に配布されています。</p> <p>活動予定は決まっているが希望を聞きながらクッキングやおやつ作りが実施されています。</p>  |  |      |
| A-2-(9) 外出、外泊  |  |      |
| A㉒   | A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。           | 該当なし |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>  |  |      |
| A㉓   | 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。        | 該当なし |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>  |  |      |

|                       |   |      |
|-----------------------|---|------|
| A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等 |   |      |
| A⑭                    | 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。                           | 該当なし |
| ＜コメント＞                |   |      |
| A⑮                    | 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。                  | 該当なし |
| ＜コメント＞                |   |      |
| A⑯                    | 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。 | 該当なし |
| ＜コメント＞                |   |      |