

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：ゆりはま大平園	種別：救護施設	
代表者氏名：施設長 石田 留美	定員（利用人数）：80名（88名）	
所在地：鳥取県東伯郡湯梨浜町長和田1835番地1		
TEL：0858-32-0780	ホームページ： https://www.med-wel.jp/yuri/	
【施設の概要】		
開設年月日 平成17年1月21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： 30名	非常勤職員： 4名
専門職員	精神保健福祉士 1名	調理業務 2名
	看護職員 2名	夜間警備業務 2名
	支援員 14名	
	指導員 2名	
	栄養士 1名	
	調理員 8名	
	介助員 1名	
	その他 5名	
施設・設備の概要	一人部屋 44室	医務室 1室
	二人部屋 18室	会議室 1室
	デイスペース 6室	娯楽室 1室
	サービスステーション 2室	調理室 1室
	相談室 5室	作業室 1室
	事務室 1室	体育館 1棟

③ 理念・基本方針

法人理念

仁は人の心なり

仁を以ってかかわるすべての人たちの幸せを追求し、地域社会とともに歩み続けます

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をともしことです

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)

2 スローライフ

丁寧に考えること 誠実に対応すること

施設理念

障がいの有無に関わらず利用者の幸福の追求と豊かな生活の実現を支援します。

施設方針

「利用者が自己実現できる施設づくりとたゆまない成長」

重点目標

- 1 人権やプライバシーの擁護
- 2 エンパワメントの視点に立った支援
- 3 個々の生活困難さに対応したサービス提供
- 4 「ともに生きる」ための生活環境の構築
- 5 地域のネットワークを活用した支援提供
- 6 地域の社会資源として幅広く認知される取組み

④ 施設の特徴的な取組

◎従来の救護施設の枠組みを超え、国民の負託に応えるべく「各種事情の問題を抱える方々」・「社会との関係性が希薄になり孤立を深めている方々」・「日本経済の停滞・悪化から生活困窮に陥っている方々」などへの支援及び地域社会復帰を目指した支援など責務を果たすための取組みが行われています。

◎このたびの法改正に伴い「個別支援計画の策定」が義務付けられたところ、ゆりはま大平園は全国の救護施設に先立って「エンパワメントの理念（利用者の自己決定の尊重）」を具現化する「個別支援計画」の策定を10年以上前から実践しており、日々のサービスの質の向上に取り組んでいます。

◎職員の専門性を高めるため、法定研修のみならず法人教育研修委員会においても各種研修を企画実施しています。施設内でも「救急法」のほか「障がい特性の理解」の研修を開催し、全職員が各利用者の障害特性を理解した支援が展開されています。

◎「職員が働きやすい職場」を目指し、「事務室内の効果的な席配置・職員への的確な情報提供・朝夕ミーティングの情報交換」を継続実施しています。また、「風通しの良い職場」として、職員同士が忌憚のない意見を交わし、それがシナジー効果となり一層質の高い支援に繋がっております。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年9月2日（契約日）～ 令和7年2月13日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	11回（令和5年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○法人全体の取り組みにてISOを認証取得したことにより、各種マニュアル・記録類の整備が充実しております。また、当該第三者評価を毎年継続受審することにより、自施設の活動を振り返り、サービスの質の向上のため日々研鑽を積んでいます。

○日々職員の知識・スキルを高めるための人材育成に積極的に取り組んでいます。また、作業部門単位による利用者支援など風通しの良い職場環境の設定に努めています。

○研修参加の機会も多く持たれ、職員が日々研鑽の場が持てるよう工夫されています。

○理念・施設方針に沿った、利用者を尊重した福祉サービス提供

利用者を尊重したサービス提供を行うため、虐待防止・人権マナー研修など職員間の共通理解を深める取り組みが継続してなされています。

○経営基盤の適切な運営に向けた業務改善

救護施設（ゆりはま大平園）と就労継続支援B型（ハッピーバーディー）との受託作業協働化の結果として、会計処理一元化など業務効率向上の取り組みがなされています。

○地域の社会資源として幅広く認知される取り組み

今年度、新たに「湯梨浜町オレンジフラワープロジェクト」に参加されました。

農園作業からの花苗提供により、利用者が地域に出ていく機会が設けられ、地域住民との協働による定植が実現されました。

また、施設の人的資源を地域に還元する方法のひとつとして、「地元子ども食堂に管理栄養士を派遣」することで、調理支援のみならず救護施設自体の理解を促進されました。

◇改善を求められる点

●ハード面では、これまでプライバシー保護の観点から「居室の個室対応」に取り組んでおられますが、今後も継続した取り組みに期待します。

●救護施設のサービスのひとつに「地域生活への支援」があり、それに応えるために「居宅生活訓練事業」が法制化されています。現時点では施設内利用者に当訓練事業対象者がいないとのことにより、当事業は実施されていません。

施設内における調理訓練は希望があれば実施は可能ですが、金銭管理も含め地域生活移行に向けた訓練機会が提供できることを期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

新型コロナが5類になり、1年半が経過しました。

5類移行後も施設内の感染症蔓延に備え、日々予防対応を継続しています。

今年度は、地域への施設機能開放として「体育館の貸出」を再開、また令和元年度以来5年ぶりとなる地域交流行事「ゆり大平フェスティバル」を開催しました。

更には、10月には救護施設においても個別支援計画作成が明確に制度化されましたので、今後も利用者ニーズに応えた支援に取り組んでいきます。

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（救護施設）

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
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針については明文化され、広報誌・パンフレット・ホームページ・施設内掲示版へ掲示されています。</p> <p>職員への周知は、前年度末の全体会議にて周知し、職員の名札に明示され朝礼時の唱和を継続しておられます。</p> <p>利用者には各フロアに掲示し見て頂き、確認ができるようにしておられます。</p> <p>家族・後見人等に対しては、広報誌（湯梨の花）でお知らせされています。</p> <p>身元引受人変更時には送り先も変更し広報誌を送付されています。</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><コメント></p> <p>毎月の運営会議で経営状況・収支状況・稼働率、法改正について分析し、3ヶ月に1回の全体会で職員に周知が図られています。</p> <p>地域の福祉計画等の把握も行ない分析されています。</p> <p>福祉事務所、地域支援センター、相談支援事業所、病院等との連携を図りながら、施設利用が必要と思われる方の状況の把握に努めておられます。</p> <p>組織体制や設備の整備、職員体制、財務状況等の現状分析が適切に行われています。</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>施設長会で毎月力を入れている点を本部に報告されています。</p> <p>運営会議・施設長会等で分析された経営課題を明確にされ、その対応に向けた目標管理が行なわれています。</p> <p>具体的な取組みについては、全体会、各部署の係会議等で職員にも周知が図られ、施設全体で</p>		

具体的に取り組まれています。

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
<p><コメント></p> <p>施設の理念・基本方針の達成に向け、「事業計画（品質方針・重点目標）策定管理手順」に基づき、中・長期的なビジョンを具体化した中・長期計画が策定され、見直しも行われています。</p> <p>中・長期計画は、稼働率や収支等、具体的な数値目標も設定しておられます。</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・長期計画の踏まえた単年度の事業計画が策定し、進捗状況は定期的（中間・期末）に評価が行われています。</p> <p>次年度の事業計画は、年度末の全体会で重点目標や各種の施策等の資料配布による職員への説明が実施されています。</p> <p>単年度計画に基づき各部署単位に於いても具体的な目標が設定されています。</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><コメント></p> <p>評価時期や手順は、「事業計画（品質方針・重点目標）策定管理手順」に定められ、手順に基づいて評価されています。</p> <p>前年度からの課題等は、職員アンケートで意見の集約を行い、実現可能な内容については、事業計画に反映しておられます。</p> <p>次年度の事業計画については、3月の全体会議にて周知が図られています。</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>事業計画は、年度当初の全体朝会（利用者）で、分かりやすく説明すると共に施設内に掲示されています。（今年度は4月にコロナ感染症施設内蔓延の為、全体朝会は中止になりました）</p> <p>また、利用者と職員で話し合う、毎月の自治会調整会議でも説明が行なわれています。</p> <p>家族に対しては、本年度もコロナ対応の為、従来のように家族会開催時に事業計画の説明が行なうことが出来ませんでした。が、広報誌「湯梨の花春号」に掲載し周知されています。</p> <p>年3回発行の広報誌でも周知が図られています。</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><コメント></p> <p>毎年の福祉サービス第三者評価に取り組み、定められた評価基準を基に自己評価し、サービスの質の向上に向けた取組が行われています。</p> <p>ヒヤリハット報告書の活用によりサービス向上へつなげておられます。</p> <p>毎年、利用者に向けた満足度調査を実施し、評価・分析を行い改善活動等、サービス向上に向けて取組まれ、結果を利用者にフィードバックしておられます。</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>サービス評価委員会を中心に評価結果を基づく改善シートが作成され、改善すべき項目について改善計画が策定され、実施されています。</p> <p>満足度調査の結果を踏まえ、必要な是正処置等が行われています。</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><コメント></p> <p>施設長の役割、責任等について業務分掌で文書化しておられます。</p> <p>年度始めの全体会議や朝礼・夕礼等で、職員に対して運営方針等の説明が行われています。</p> <p>新年度の広報誌に施設長としての施設運営に関する考え方について掲載されています。</p> <p>事業継続計画（BCP）に基づき、有事における管理者の役割と責任が明確になっており、施設長不在時の権限委任者も明確にされています。</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>施設長は、遵守すべき法令を把握されており、虐待防止研修等の研修・勉強会にも参加しておられます。</p> <p>「ISO外部文書管理台帳」に職員が守るべき法令については細かく明記されており、職員が</p>		

<p>いつでも確認できるようにしておられます。</p> <p>また、年1回全職員対象のコンプライアンス研修が実施されています。</p> <p>今年度は全職員が参加するハラスメント、個人情報、虐待防止の研修が行われました。</p>		
<p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>業務改善へ向けた各会議に参加し、施設の課題や問題点の改善等、職員に対し指針を示しておられます。</p> <p>運営会議にて各部署からの報告を受け、サービスの質の向上に向けた協議が行われています。</p> <p>施設内の巡回を行ない、利用者、職員の様子を見て回り現場の様子を確認しておられます。</p> <p>また、施設長自ら、利用者で構成されている自治会役員との調整会議に参加し、直接的に意見を聞き、施設運営に反映しておられます。</p> <p>職員引き継ぎ時に情報発信が行われています。</p>		
13	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、運営会議に於ける経営状況・収支状況・利用稼働率等の分析を行い、それを踏まえ全体会議にて周知しておられます。</p> <p>救護施設とハッピーバーディーとの協働作業（受託作業）も継続して実施されており、会計区分も一本化しておられます。</p> <p>定期的な職員面談、職員アンケート等が実施され、職員の働きやすい環境整備に取組まれており、法人本部と相談し職員の補充等も速やかに行われています。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
14	<p>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、実施されている。</p>	a
<p><コメント></p> <p>法人の教育研修委員会要綱に人材育成の基本理念（法人が求める職員像）が示されており、施設内外の研修を通じて、人材育成に取り組まれています。</p> <p>福祉人材の確保については法人で一括管理し、法人の人事と協議しながら調整して、質の高いサービスを福祉人材の確保のため、専門職の配置等、具体的な計画となっています。</p> <p>また、法人で職員確保のための取組みとして、「職員採用協力手当支給制度」が設けられています。</p> <p>仁厚会と合同の階層別研修を実施されています。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の「職務基準書」「教育研修委員会要綱」に明文化されています。</p> <p>法人の定める「人事考課規程」「就業規則」「給与規定」「個人目標設定及び達成度評価管理手順」にしています。</p> <p>人事考課規程に基づき年3回の面接と身上報告書にて職員の意向を確認する機会があり、自らの将来の姿を描くことができる仕組みがあります。</p> <p>また、職員自らの働き方について職員自身の意志でコース選択ができ、働き方を職員一人ひとりが柔軟に変えられる仕組みもあります。</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><コメント></p> <p>身上報告書・目標面接で職員の意向の聞き取りも行われており、雇用形態基準表に基づき、夜勤・休日・異動制限等、職員個々の事情に合わせた雇用形態が選択できるようにしておられます。</p> <p>ある程度、同じ種別での異動にすることにより、職務経験を活かすことができるよう配慮されています。</p> <p>勤務表は毎月職員の希望を聞いて作成されています。</p> <p>毎月、職員の有給休暇取得状況を確認しながら、有給消化率の低い職員に対しての働き掛けも行われています。</p> <p>法人本部に「職員専用相談窓口」を設置し、メンタルヘルス、各種ハラスメント等、業務上のトラブル等の相談に対応する体制が整えられています。</p> <p>「職員健康管理手順」に沿った健康診断、ストレスチェックの実施に加えて、産業保健センターを活用し、外部の保健師に相談できる体制が整えられています。</p> <p>福利厚生が充実しており、法人から福利厚生の案内や福利厚生冊子が職員に配布されています。</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><コメント></p> <p>法人の求める職員像を明確にされ、「個人目標設定及び達成度評価管理手順」に基づき個人目標を立て自己評価が実施されています。</p> <p>職員と年3回面談し、目標の達成度を確認し、指導、アドバイスが実施されています。</p> <p>職員一人ひとりに期待するレベルの目標も設定され、職員の育成が行われています。</p> <p>目標管理に沿って状況確認や助言、個別のOJTや様々な研修が実施されています。</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>法人の教育研修委員会要領で基本方針を明確にし、施設内の教育研修委員会による年間研修計</p>		

<p>画が策定され、それぞれの経験年数や職種に応じた研修が行われています。</p> <p>WEB研修やオンライン研修の他、集合型の研修への参加も促されており、研修終了後には復命書が作成や伝達研修を活用し職員間の情報共有が図られています。</p> <p>年1回法人内の施設が集まり、障がい部会の事例検討会を行ない、障がい特性に合わせた支援を考える機会を持たれています。</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>法人の定める職務基準に基づき、資格取得状況・業務遂行能力・経験等を把握し、階層別、職種別に見合った研修が実施されています。</p> <p>職員一人ひとりの研修履歴としての研修記録一覧表が作成されています。</p> <p>新人・異動職員には各部署でOJTが実施され、定められた研修ツールも用意されています。</p> <p>法人内外のオンライン研修をはじめ、集合型研修にも積極的に参加を推奨しておられます。</p> <p>全職員対象のeラーニングを導入され、自己研鑽も推奨されています。</p> <p>介護福祉士等受験資格のある方への受験勧奨も行われています。</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><コメント></p> <p>「実習生受入れ手順」に沿って、実習生の受け入れが行われており、実習担当者2名を配置されています。</p> <p>事前に学校側と話し合いを行ない、実習計画を作成され、実習中にも振り返りを行なうことで、効果的な実習になるよう取り組まれています。</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><コメント></p> <p>ホームページに、施設理念・基本方針、提供サービスの内容、事業計画報告、第三者評価結果苦情解決の体制等が掲載されています。</p> <p>また、社会福祉法人として現況報告書（財務諸表）がワムネットで公表されています。</p> <p>施設の広報誌（湯梨の花）が年3回発行され、地域や家族等に配布されています。</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
<コメント>		

施設内の会計責任者、出納責任者は業務分掌で明確になっており、法人の経理規程に基づき、定期的に監事監査・経理監査が行われています。

法人の監査は、外部の監査法人による事業や財務に関するチェックによる適正な事業の運営や財務管理が実施されています。

監査で指摘された内容は、是正予防処置手順に沿って改善を図る仕組みが構築されています。

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
<p><コメント></p> <p>事業の重点項目の柱として、地域交流・地域貢献については事業計画へ明記しておられます。湯梨浜町報、地域情報誌を利用者に掲示し、情報提供が行われています。近隣のホームセンターやコンビニまでの単独外出等も行われています。10月・11月には、お楽しみ旅行を計画され、日帰り旅行が実施されました。今年度からは月1回湯梨浜町認知症カフェ（オレンジカフェ）へ参加、子ども食堂への野菜提供（B型で収穫されたもの）や調理を派遣しての給食作り支援にも取り組まれています。</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作成されており、基本姿勢も明確に示されています。行事等の開催の際に学生ボランティア、一般のボランティアを受け入れておられます。5類移行に伴い感染状況を確認しながら従来からの行事等を再開され、本年度敬老会行事にボランティアの方に来園頂かれました。</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><コメント></p> <p>運営に必要な関係機関（福祉事務所、行政、相談支援事業所、医療機関、消防署、警察署等）等の連絡先リストが整備され、業務の必要時の定期面談等による連携が行われています。措置元である各福祉事務所との面談は実施されています。今年度も福祉連絡会は中止となっています。湯梨浜町虐待防止ネットワーク会議、湯梨浜町自立支援協議会、生活困窮者支援会議など地域の関係機関の会議に出席し、情報交換しておられます。中四国救護施設研究協議大会へ職員が参加されました。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組みが行われている。	a
<p><コメント></p> <p>湯梨浜町障がい者自立支援協議会への出席やえんくるり事業への参画を通して福祉ニーズの把握に努められています。</p> <p>今年度もコロナ感染予防対策のため、福祉事務所との福祉連絡会を通して、救護施設へのニーズの把握等の情報交換の場が持てない状況です。</p> <p>コロナ禍以降、地域住民との交流行事である感謝祭も中止されていましたが、今年度は感謝祭に変わるイベントを11月に開催され、地域の方々との交流の機会を持たれました。</p> <p>湯梨浜町認知症カフェやオレンジガーデン定植に利用者と一緒に参加されました。</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>湯梨浜町との協定による福祉避難場所として災害時の地域における役割を担っておられます。</p> <p>ゆりはま大平園独自の取組みとしての陶芸教室は、ステイホーム陶芸体験として形を変え工夫して継続されています。</p> <p>湯梨浜町オレンジフラワープロジェクトに参加され、農園から花苗の提供をされ、利用者と一緒の花の苗の植え付けが行われました。</p> <p>地域の交流活動支援として、調理支援でこども食堂に参加されました。</p> <p>依頼があれば、あいサポート運動啓発のため、地域で職員を講師として派遣し、あいサポート一研修を実施しておられます。</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><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供については、法人理念・施設方針に明文化されています。</p> <p>人権マナー委員会が中心となり、虐待防止を徹底するため虐待セルフチェックリスト・業務振り返りシートが実施されています。</p> <p>虐待防止研修、人権マナー研修も実施されています。</p> <p>身体拘束廃止の為の指針、虐待防止の為の指針も作成され、職員に周知されています。</p> <p>必要に応じて、成年後見人制度の利用等支援により、利用者の権利擁護に努めておられます。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>職員は採用時に「社会人・社会福祉従事者としての心構え」「コミュニケーションの基本」についての研修が行われています。</p> <p>入所利用者の生活の場である居室は2人部屋が現存していますが、間仕切りカーテンを設置する等、プライバシー保護への配慮した取組みが行われています。</p> <p>広報誌への顔写真の掲載についての可否を確認されています。</p> <p>他者との入浴を嫌がられる利用者に対しての配慮等、プライバシーや本人の意向に沿うよう心掛けておられます。</p> <p>郵便物（直接本人が開封し、必要なものだけ預かる）・金銭の引き渡し等、利用者本人の希望に沿うような支援体制が取られています。</p> <p>居室にポータブルトイレを設置される場合には、スクリーンの配置しておられます。</p> <p>利用者について記されている書類等を破棄する際はシュレッダーで処分されています。</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><コメント></p> <p>ホームページ、パンフレット、広報誌等による情報提供が行われています。</p> <p>施設利用に関しては福祉事務所からの申込みになるため、情報提供は福祉事務所・関係機関から本人に行われています。</p> <p>入所利用者の希望者へは、施設見学を基本とする対応により、パンフレットに沿って、利用者一人ひとりの状況に合わせた説明が行われており、施設見学時に施設の概要、サービスの内容についても説明されています。また、希望により一時入所という形で体験も対応されています。</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><コメント></p> <p>入所前にはすべての利用者に対して「利用受入れ手順」に基づき、利用者・家族・後見人等に重要事項説明書について説明し同意を得ておられます。</p> <p>救護施設を利用される方は、比較的自立度が高い方も多いですが、利用者の特性に合セルビ付きや分かりやすい説明に留意しておられます。</p> <p>サービス開始時には個別支援計画が作成され、利用者等に説明し同意を得ておられます。</p> <p>支援計画変更時や重要事項説明書の内容変更時は、利用者等に説明し同意を得ておられます。</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>他施設・家庭への移行にあたっては、医師の情報提供書、看護連絡票、その他各施設のアセス</p>		

<p>メントシートへの記載、必要に応じてサービスが継続して受けられるよう行政、関係機関（福祉サービス関係）に情報提供が行なわれており、後見制度利用等にもつなげておられます。</p> <p>利用終了後も、いつでも気軽に相談頂ける事を伝えておられます。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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>毎月の自治会役員会・調整会議で意見や要望等の収集が行われ、その内容や対応等について、翌月の全体朝会で利用者に周知されています。</p> <p>日々の会話や休日に行う相談室での希望や意見に対して返答や改善が行われています。</p> <p>利用者満足度調査（年1回）、嗜好調査（年2回）が実施され、担当者による分析・改善を行う体制や仕組みを構築し、結果については利用者にフィードバックしておられます。</p>		
<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。</p>		
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>福祉サービス苦情解決処理要綱に基づき、苦情解決の体制を整備されています。</p> <p>サービス開始時に、重要事項説明書で説明が行なわれ、施設内にも苦情解決体制の表が掲示されています。</p> <p>ご意見箱を救護施設玄関、食堂、体育館、ハッピーバーディーに配備され、苦情受付等の内容は、ご意見箱受付書に記録されています。</p> <p>相談室での相談事の中には、苦情の相談・意見として、吸い上げられる場合もあります。</p> <p>ご意見や苦情の内容については、利用者等に配慮して可能な範囲で公表が行われています。</p> <p>お褒めの言葉もあげられています。</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><コメント></p> <p>重要事項説明書に相談や苦情の受付窓口や方法を記載されています。</p> <p>基本的には、職員の誰にでも（栄養士・看護師・支援職員・施設長他）相談出来る体制になっており、利用者の声を把握し、改善必要な事案は取組んでおられます。</p> <p>休日の相談室開設日以外でも個別の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>「福祉サービス苦情解決処理要領」に基づき、利用者からの意見・要望等を受けた場合には、記録され回覧、施設長報告が行なわれ、要望、相談等への検証や対策等が、利用者からの信頼が</p>		

<p>高められるよう、できる限り迅速に対応するよう努められています。</p> <p>検討が長引く場合は、途中の検討状況等が説明され、検討に時間がかかる旨を相談意見の申し出者に伝える事とされています。</p> <p>自治会からの意見に対しての回答は掲示もされています。</p> <p>現在、相談室の在り方・記録方法など見直しが行われています。</p>		
<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。</p>		
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>法人リスクマネジメント委員会に5部会（安全衛生・災害対策・安全運転・事故防止・倫理サービス向上）が設置されており、分野別に協議・検討を行なう体制が整備されています。</p> <p>施設内には事故防止委員会を設置され、「事故・ヒヤリハット報告分析手順」により集計・検討された内容を職員間で共有し予防策が周知されています。</p> <p>リスクマネジメント研修、ヒヤリハット月間の取組む事により、気づきから事故防止に向けた意識向上に取り組まれています。</p> <p>レベル3の事故が何件もあり、防止対策の検討が行われています。</p> <p>職員引継ぎの際に、事故・ヒヤリハットの内容、予防策・対応策について報告しておられます。</p> <p>施設内の安全点検は課長以上で巡視をし、毎月の運営会議の際に報告されています。</p> <p>施設内にAEDが設置され、防災訓練の実施、救命救急講習の受講等、迅速に職員が対応できるよう取組まれています。</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>感染対策予防委員会を中心に感染予防に取り組まれています。</p> <p>感染対策マニュアル、発生時マニュアルに感染症発生時の手順が決められており、感染対策予防委員会により食中毒・嘔吐物処理、感染予防研修、手洗い研修等が、利用者を巻き込んで実施されています。</p> <p>今年度、利用者自治会では、手洗いを重点的に取り組み、手洗い・消毒の徹底に努めておられます。</p> <p>発生時には、法人内感染症制御センターと連携し、対応が行われます。</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>「ゆりはま大平園における事業継続計画（自然災害対策編BCP）」にて、災害時の対応体制（職員安否・管理責任者等）が定められ、毎年の見直しが行われています。</p> <p>研修会、防災備蓄リストのチェック・入れ替え等が実施されています。</p> <p>防災委員会を中心に年間計画に沿った防災・避難訓練及び研修（年2回）が実施されています。</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><コメント></p> <p>ISO手順書に基づき、利用者支援手順は明文化されており、レビューによる手順書の見直しが行われています。</p> <p>標準的な実施方法については、ISO内部監査等で実施状況の確認が行われています。</p> <p>職員は、業務標準化の為に職務基準書にて自己チェックを行い、面接者による評価・指導を受けておられます。</p> <p>利用者個々に対する支援の留意点等は、個別支援計画に明記され職員間で共有しておられます。</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>ISO「文書管理手順」「品質記録リスト」に基づき、担当者を決め、是正予防処置報告書等に対する要因分析、対策、実施の可否等が実施され、標準的で適切なサービス品質の実施方法等が定期的に検証・改善見直しが行われています。</p> <p>また、個別支援計画は6ヶ月ごとに評価・見直しが行われ、支援方法・留意点の変更があれば、職員間で共有し支援が行なわれています。</p> <p>食事・入浴・排泄プロジェクトチームによる随時の支援方法等の見直しが図られ、変更点については職員間での共有が図られています。</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><コメント></p> <p>個別支援計画作成にあたり、各階で責任者を置き「個別支援計画作成・変更手順」に沿って、個別支援計画を作成されています。</p> <p>本人・家族等の意向を踏まえ、必要に応じて専門職等に意見を聞き多職種の参画による計画作成が行なわれ職員間の共有が図られています。</p> <p>個別支援計画には病状が詳しく記入され、健康面の注意点も書き込まれています。</p> <p>個別支援計画の作成経験の少ない職員への指導は個別支援計画の責任者が行ない、一定の水準（視点・記録方法等）が保てるよう取組まれています。</p> <p>支援困難ケースはフロア・支援課会議・ケース検討会を開催されています。</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>個別支援計画作成・変更手順に基づき、担当職員を中心に毎月のモニタリング記録に基づき、3ヶ月に1回の見直しカンファレンス・半年に1回のカンファレンスが行われています。</p> <p>緊急に変更する場合の手順も定められています。</p> <p>計画の評価は目標に対しての達成・未達成・一部達成を明確にされ、未達成の場合には課題・ニーズを明らかにされ、変更の要否についても検討が行われています。</p> <p>P D C Aのサイクルで個別支援計画書の作成が行なわれています。</p>		
<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。</p>		
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>記録はフォーカスチャータリング方式で統一されており、個別支援計画に関する事は青字、身体的・医療的な事は赤字、その他は黒字で記入することをルール化されています。</p> <p>個別支援計画に沿った支援が行われ、サービス経過記録に青字の記載が増えてきており、職員の気付きが増えています。</p> <p>新人職員への記録記入等の指導が行われています。</p> <p>また、記録ファイルの回覧は行っていないが、事務所内に保管され情報共有しやすい仕組みとなっています。</p> <p>申し送りノートも活用されています。</p> <p>職員の負担軽減、事務時間の短縮に向け、タブレット入力も検討されています。</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>文書管理規程、ISO品質記録リスト、個人情報保護規定、マイナンバー取り扱い規程に基づき、記録の保管、保存、廃棄等について定められています。</p> <p>職員は入職時に個人情報保護等の誓約書を提出されています。</p> <p>利用者・家族等へは、利用開始時、重要事項説明書を用いて、利用者の個人情報記録等の管理体制等について説明が行われています。</p> <p>コンプライアンスに関する職員研修も実施されています。</p>		

内容評価基準（救護施設18項目）

A-1 支援の基本と権利擁護

1-(1) 支援の基本

		第三者評価結果
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>日常の会話や利用者アセスメント時の本人の意向や要望等の確認が行われ、心身の機能・能力</p>		

の維持・向上等に向けた個別支援計画へ反映しておられます。

各階フロア会議・生活支援課会議で利用者状況について話し合い、支援に活かされています。

自治会組織、利用者満足度調査、相談室等を通じた意見の吸い上げやルールについて話し合う仕組みは設けられており、その結果を毎月月初の全体朝会で周知しておられます。

自治会活動では、各フロアで役員を決め、役員を中心にルールや、生活に関する事について話し合う機会を設けておられます。

作業への参加、衣類の選択や身だしなみ、訪問散髪の利用、趣味、新聞購読、テレビ視聴、嗜好品など、利用者の希望・要望に配慮する等の支援が行われています。

食堂・ケア室を開放し手作業や塗り絵、体操等が行われています。

毎月、誕生者ヘリクエストメニューを聞き、献立に反映しておられます。

他者とのコミュニケーションが苦手な利用者へは作業場での環境設定や個室を準備する配慮が行われています。

A②

A-1-(1)-②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>

利用者の希望や意向に基づき、見守り・声掛け中心の個別支援計画書を作成し、自立に向けた支援が行なわれています。

個別支援計画書は個人の目標に沿って作成され本人同意のもと支援が行われています。

生活上の自己管理（金銭・服薬管理・身辺整理等）についても個々の能力に応じて支援されています。

行政手続きについて、主には職員が代行する場面が多いですが、必要に応じて本人同行で手続きされる場合もあります。

高齢化に伴うADL低下等で介助が必要な状況となった場合は、その人に適応する施設へ移行するための支援が行われており、多方面のサービスへ移行できるよう支援されています。

生活の中で自己管理ができるようルールを決めるなどして自律支援が行われています。

コロナ5類移行に伴い、制限も緩和され、できる範囲で外出・外泊、自立に向けた支援が行われています。

A③

A-1-(1)-③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>

個別支援計画書に個別にルビをつけての説明が必要な方もあり、字の大きさも配慮しておられます。

難聴者の利用者へは、集音器、補聴器の使用や必要に応じてメモで筆談する等、分かり易く対応する取組みが行われています。

自治会資料やお知らせ文書等は、わかりやすい言葉を使い、文字の大きさにも配慮しながら作成されています。

障がいの特性や本人の特性に合わせ、コミュニケーション方法を個別支援計画に明記した支援が行われています。

A④	A-1-(1)-④利用者の自己決定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>休日の相談室開設し、利用者の困り事や意見、要望等、話しができる機会を設定しています。</p> <p>相談室を利用されない利用者には、その都度本人から話を聞き、職員間で情報共有、対応が行われています。</p> <p>自治会役員会で施設運営や日常生活支援に関する要望等を吸い上げ、改善に向けた取組みが行われています</p> <p>施設移行や社会復帰に向けての相談は、必要に応じて関係機関に相談や情報提供が行われています。</p> <p>福祉事務所・後見人等の関係機関も含めた面談や情報共有等が行われています。</p>		
A⑤	A-1-(1)-⑤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>行事やクラブ活動の情報提供が行われており、利用者の意志や要望に合わせ、受託、農園、陶芸、清掃作業やケア室での体操やレクリエーション活動等が提供されています。</p> <p>個別支援計画の見直し時に、日中活動についてアセスメントされ、内容の見直しや検討が行われています。</p> <p>各種の活動参加に意欲がみられない利用者への対応も強制的な参加は求めず本人の体調に合わせ興味のある行事等への参加を促されています。</p> <p>利用者アンケート（年1回）が実施され、施設運営に対する意見・要望等を収集して、必要に応じて次年度の事業運営への反映に向けた検討が行われています。</p> <p>地域の町報などいつでも見られるよう食堂前に置いてあります。（地域イベント等記載あり）</p>		
A⑥	A-1-(1)-⑥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>居室は一人部屋と二人部屋を準備されており、二人部屋には、間仕切りカーテンがあり、ポータブルトイレはパーテーション、カーテンを使用し対応されています。</p> <p>利用者の体調不良等による心身状態に合わせ、一時的に利用できる居室も用意してあります。</p> <p>また、居室変更が必要な場合は、本人とも話をしながら居室変更等が検討されています。</p> <p>トイレ、食堂、廊下などの掃除は、日々の業務で行われ、ハウスキーピング作業で廊下、洗面所、玄関、食堂などを中心に清掃を行う等、衛生環境面に努めておられます。</p> <p>食堂は常に開放されており、利用者が自由に過ごせる場所となっています。</p> <p>満足度調査等が実施され、結果を基に改善等が行われています。</p>		

A-1-(2) 権利侵害の防止等

A⑦	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	a
----	------------------------------------	---

	る。	
<p><コメント></p> <p>ISO手順書に文書化されており、虐待防止対応手順、身体拘束廃止の適正化への取組み手順に基づき、虐待防止委員会体制による虐待防止、身体拘束等の発生時対応等の取組みが行われています。</p> <p>法人の必須研修として、虐待防止に関する研修（年1回）が全職員対象に行われ、虐待防止予防への人権尊重の意識を深める取組みが実施されています。</p> <p>人権マナー委員会にて不適切ケアの研修（事例検討・接遇マナー等）も実施しておられます。</p> <p>職員への業務振り返りアンケート（年2回）も実施しており不適切な支援について振り返えられています。</p> <p>利用開始時、重要事項説明書にて権利擁護や権利侵害について説明が行われています。</p>		

A-2 生活支援

A-2-(1) 日常的な生活支援

A⑧	A-2-(1)-①利用者の障害・疾病等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>利用者の一人ひとりの障がい・疾病等の特性を把握し、フロア会議・課会議、ケース検討会等での支援方法等の検討・見直しが行われ職員間で統一が図られています。</p> <p>個別に配慮が必要な利用者への支援内容等は個別支援計画に記載され、定期的に見直しを行い適切な支援が行われています。</p> <p>障がい分野別研修、動画視聴の研修等、利用者への適切な支援に関わる研修への参加し、支援の質の向上に努められています</p> <p>利用者のコミュニケーションの苦手に配慮した、利用者のトラブル回避のための必要が生じた場合の居室変更及び食事の席や掃除当番等の見直し等、一人ひとりの状況に応じた細かな環境設定が行なわれています。</p> <p>また、介護・医療的な支援を要する利用者、障がい特性等不安定な利用者一人ひとりの状況に応じ適切な支援が行えるよう努めておられます。</p>		
A⑨	A-2-(1)-②利用者の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>アセスメント、カンファレンスを通じて職員間で話し合い個別支援計画書に沿って支援しておられます。</p> <p>入浴、排泄、移動等利用者の状況に応じてチェック表を作成され、個別支援計画にも反映されています。</p> <p>個別の入浴、排泄、移動、移乗、衣服の着替え等への支援は、声掛け、見守りを基本にしながら必要に応じた援助・支援に心掛けておられます。</p>		

A⑩	A-2-(1)-③利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の嗜好調査を毎年実施し、食事に関する要望を反映した食事提供が行われています。</p> <p>また、職員の検食による評価や残食量確認等で改善対策が行われています。</p> <p>また、行事食、季節料理等の工夫や利用者の希望を反映した誕生日でのリクエストメニューが提供され、「希望が叶って嬉しい等」の声が上がっています。</p> <p>利用者の状況に合わせた食事形態、苦手なメニューに対し代替メニューも対応されており、食事制限のある利用者には十分に必要性を伝えるなど理解を求めています。</p> <p>食事以外でも、パン、おやつ等の居室喫食者の管理や義歯の有無なども把握し、美味しく安全に食事の提供が出来るように努められています。</p> <p>事故防止対策委員会などを中心に喉詰りチェックリスト・喉詰り注意者リストを作成され職員に周知されており、誤嚥予防に配慮した食事席の設定、ヒヤリハット報告書の情報から誤嚥、喉詰り防止対策が行われています。</p> <p>喉詰り注意者を中心に午後の水分補給時に口腔体操に取り組んでおられます。</p>		

A-2-(2) 機能訓練・生活訓練

A⑪	A-2-(2)-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>2ヶ月に1回、外部からの理学療法士（PT）による利用者リハビリを行ない、身体状態を踏まえた補助具の助言等を頂いております。</p> <p>リハビリ評価やリハビリメニューについては個別支援計画に反映されています。</p> <p>日常生活の中で職員の訓練担当を決めて、毎朝の施設周辺の散歩やラジオ体操やカンファレンス等による必要な利用者への身体機能訓練、生活訓練等の実施や場合によっては、病院での専門的なリハビリ訓練等が実施されています。</p>		

A-2-(3) 健康管理・医療的な支援

A⑫	A-2-(3)-① 利用者の健康管理の支援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>毎朝の検温をはじめ利用者の健康状況の把握が実施され、必要に応じてサービス経過に記録するなどして看護師等に報告しておられます。</p> <p>日頃から健康状態・精神面の変化など把握し、看護師との連携のもと必要あれば通院等に対応しておられます。</p> <p>急変時への対応手順による研修を踏まえ、病院との連携を密にして対応しておられます。</p> <p>月2回の精神科・内科の往診による医師から健康状況の説明を受け、更には、日常は、看護師へ気軽に健康への相談等ができる体制があります。</p>		

<p>毎朝のラジオ体操の実施、糖尿病・肥満の利用者を対象に看護師・栄養士による健康教室を実施され、健康への意識付けに取り組まれています。</p> <p>職員に対して看護師による研修を課会議等の際に実施し疾病、疾患の理解に努めておられます。</p>		
A⑬	A-2-(3)-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>与薬手順に基づいた服薬管理が実施され、看護師から職員へのトリプルチェックによる誤薬防止に取り組まれています。</p> <p>必要に応じて医療支援等の職員研修が随時行われる等、医務（看護師）を中心に管理者等の連携体制が確立しており、必要な通院、入院が適切に行うための連携や日頃から医師への相談等による利用者の健康や安全管理の取組みが行われています。</p> <p>必要に応じて医療支援の職員研修を随時行っておられます。</p> <p>新しい医療器具の導入等、その都度看護師による研修が実施されています。</p> <p>利用者の入院・退院時には家族・担当福祉事務所に連絡されています。</p>		

A-3 自立支援

A-3-(1) 社会参加の支援

A⑭	A-3-(1)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加のための支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>外出等の相談や要望等への対応は、内容の検討や体調等を考慮しながら利用者の意思を尊重する等による可能な限りの希望に沿った対応を行うように努力されています。</p> <p>基本的には自由に来訪者と面会したり、単独外出も可能となりましたが、感染症の状況によっては変更がある状況です。</p> <p>家族との外出（外食）後は施設内感染予防の為、約5日間利用者同士の接触を控える取扱いとしておられます。</p> <p>社会参加、社会学習の一環として社会環境の変化を体験する「お楽しみ外出行事」を実施されました。（2024年10月～11月実施）</p> <p>今年度から月1回湯梨浜町認知症カフェ（オレンジカフェ）に、希望される利用者も一緒に参加されています。</p> <p>湯梨浜町役場よりオレンジガーデン定植依頼があり、利用者と一緒に参加されました。</p> <p>湯梨浜町主催のアダプトプログラム（東郷湖清掃活動）にも、施設として協力されています。</p>		

A-3-(2) 就労支援

A⑮	A-3-(2)-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。	a
<p><コメント></p>		

利用者の意向や一人ひとりの特性に合わせた作業参加の機会を設ける等、働く力を引き出すための支援としてとしての作業提供が行われています。

また、作業を通じて働く為のマナーなども個別に指導が行われています。

受託作業では地域の企業との連携協力のもとに行われており、農園作業では、農家への就労参加も行われています。(苺の根切り等)

コロナの影響で作業量が減少しており、種類と作業量が不足していますが、その中でも本人に合った作業をして頂けるよう努めておられます。

A-3-(3) 家族等との連携・支援

A⑯	A-3-(3)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>家族との面会の機会を設けたり、定期的に広報誌やお便りを出して利用者の近況を伝えたりしておられますが、家族と疎遠の方も多く可能な範囲で連絡等が行われています。</p> <p>可能な家族等には、ご利用者の近況連絡やその他連絡調整の橋渡しが行なわれています。</p> <p>入院時・体調不良時には家族等に状況報告等が迅速に行われています。</p> <p>体調不良、急変時の家族への報告は行われていますが、一部の家族による拒否がある時は福祉事務所に相談し、ご利用者が困られないように取り組まれています。</p> <p>家族との交流については、家族間の関係が難しい方もあり利用者の意向を尊重しておられます。救護の場合一部の家族より拒否もあります。</p>		

A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援

A⑰	A-3-(4)-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の支援を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>地域移行希望者には個別に各関係機関と情報交換をされています。</p> <p>アセスメント・カンファレンスや福祉面接時に、本人の話を聞き個別支援計画に反映し支援が行われています。</p> <p>現在、居宅生活訓練事業は実施されていませんが、施設内での調理訓練は希望があれば実施されます。</p> <p>また、グループホームを希望される方には移行に向けた準備が進められます。</p>		

A-4 地域の生活困窮者支援

A-4-(1) 地域の生活困窮者等の支援

A⑱	A-4-(1)-① 地域の生活困窮者等を支援するための取組や事業を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>鳥取県社会福祉協議会主導の「生計困窮者に対する相談支援事業(えんくるり事業)」に法人と</p>		

して参画しておられ、施設からは運営委員会・企画委員として職員を派遣しています。

関係機関（市町村の福祉事務所等）との情報交換は随時行われています。

関係機関との調整を行いながら一時入所（緊急ショート）での生活困窮者の受け入れ等が行なわれています。