

(様式第2号)

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

### ①第三者評価機関名

株式会社ブランチピース

### ②施設・事業所情報

|                          |   |                                       |
|--------------------------|---|---------------------------------------|
| 名称：さやかなる苑                | 種別：障がい者支援施設   |                                       |
| 代表者氏名：小林 和彦              | 定員（利用人数）：【施設入所】56名 【生活介護】78名  |                                       |
| 所在地：岡山県久米郡美咲町書副182-4     |   |                                       |
| TEL：0868-64-7003         | ホームページ： <a href="https://www.uguisuen.jp/">https://www.uguisuen.jp/</a> |                                       |
| 【施設・事業所の概要】              |   |                                       |
| 開設年月日：平成10年10月1日         |   |                                       |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人鶯園 |   |                                       |
| 職員数                      | 常勤職員：44名  | 非常勤職員：17名                             |
| 専門職員                     | サービス管理責任者：2名  | 管理栄養士：1名                              |
|                          | 理学療法士：1名  | 言語聴覚士：1名                              |
|                          | 生活支援員：39名   | 看護師：4名                                |
| 施設・設備の概要                 | (居室数)   | (設備等)                                 |
|                          | 4人部屋：10室<br>2人部屋：8室<br>1人部屋：4室  | 訓練・作業室/浴室/洗面所/便所/相談室<br>/多目的室/非常災害設備等 |

### ③理念・基本方針

「いっしょに笑顔の花 咲かせませんか」

1. 私たちは、人それぞれが違うことを尊重し、人の持つ可能性を追い求めます。
2. 私たちは、人が生きることに関わり、真のニーズにお応えします。
3. 私たちは、笑顔と笑顔のつながりを大切に、喜びとします。
4. 私たちは、地域の一員として、ともに明るいまちづくりのために歩み続けます。
5. 私たちは、働く仲間として、お互い信頼し指摘しあえる、WIN-WINの関係性を築きます。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

#### 配食サービスの実施

地域におられる障がい、高齢、その他様々な理由により食事を自力で用意することが難しい方に対し、事業所が作った弁当を届け利用者に栄養バランスの取れた食事を提供している。また、食事の提供（配達）については町内のボランティアを活用し、食事を届けることで利用者の安否確認を行うことを目的としている。

### ⑤第三者評価の受審状況

|               |  |
|---------------|--|
| 評価実施期間        | 令和6年7月9日（契約日）<br>～<br>令和6年12月1日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 初回                                       |

### ⑥総評

#### ◇特に評価が高い点

令和6年4月から職員体制を改正し、事業所内の通りごとに担当者を決めてリスク分散を図った結果、職員の業務に対する負担が軽減すると共に、能率よく利用者個々の状況・状態の把握が出来ている事業所である。

特に評価が高いのは次の3点である。まず、第三者に対する挨拶や配慮ある言葉使いなど、利用者や第三者に対しての接遇マナーがたいへん優れていること。また、コミュニケーション能力が高く、安心・安定感のある職員が常に相手の立場に立ち、丁寧に個々の支援計画に基づいて福祉サービスを提供していること。次に、職員の意見や要望をもとに、置き食や休憩室の確保、コーヒーの無料提供など、職場環境改善の一環として福利厚生充実を図っており、モチベーションアップに繋がっていること。三つめに、有休消化率が高く、勤続年数が長い職員が多く在籍しており、働きやすい社風と雰囲気作りに取り組んでいることがある。

#### ◇改善が求められる点

利用者に対して食事内容に関する嗜好調査を実施し、利用者の満足度をさらに高めることに期待します。また、地域の様々な行事や余暇、スポーツ等に関する情報提供に関して、掲示したり口頭説明したことが利用者の日中活動等に反映されることに期待します。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価を得られた点に関しては、今後も継続した対応を行っていきたい。  
改善が求められる点に関しては、栄養士を中心に嗜好調査の実施を行う。また地域の情報に関しては掲示等で情報提供する他、参加できる行事等に関しては積極的に参加をしていく。  
またサービスの質の向上に求められること、設備修繕に関することについては検討や改修を行っていく。

### ⑧第三者評価結果（別紙）

## 第三者評価結果

## 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。   |                         |         |
| Ⅰ-1-(1)-①   | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務所やセンター、通所に掲示すると共に、パンフレットやホームページに記載している。また、法人のリクルート研修等で振り返っている。EPAや特定技能生に対しては、しっかりと時間を割いて説明・周知している。</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。   |                                 |         |
| Ⅰ-2-(1)-①   | 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長が町の障害福祉計画の策定委員であり、2～3ヶ月に一回、出席している。また、毎月一回、主任が美咲町ネットワーク会議に参加して地域の課題等を把握・検討したり、拠点会議で稼働率や賃金等の分析を行ったりしている。障害分野の認定審査会委員や社協の協議員メンバーにも名を連ねている。</p> |                                 |         |
| 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。         | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月行う主任会議の中で売上等を前年対比しながら把握・分析し、課題や問題点等を明確にしている。その結果は理事長に直接メールしている。また、職員に対しては議事録を回覧したり、申し送りノートや申し送り（朝・晩）で周知を図り、現場に還元している。</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。  |   |         |
| 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。               | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス提供時間を分けたり、実績に応じた定員枠を設けたりするなど、具体的な計画を策定し、実践している。中・長期的なビジョンと計画は、制度改正に合わせてその都度、見直ししている。</p>                        |   |         |
| 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。                | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年2月～3月頃に中・長期計画を反映した単年の事業計画を策定し、5月頃に評価・報告している。評価・報告は拠点会議で行い、重点実施事項（特に数値目標を掲げている事項）においては前年対比しながら分析している。</p>          |   |         |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。   |   |         |
| 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。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各部署ごとで職員の意見等を集約し、事業計画を策定している。事業計画の見直しは毎年行っている。また、毎月行う職員会議の中で周知すると共に、ファイルでいつでも閲覧できる様にしている。</p>                       |   |         |
| 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。                 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画には外食や行事など、利用者が興味を持つ内容が含まれており、ファイルに綴じて何時でも閲覧できるようにしている。また、家族交流会やホームページ・ブログへの掲載、ポスター作成等を通じて、利用者や家族に周知・説明している。</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。  |  |         |
| 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。          | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>質の向上に向けた取組として、福祉サービス第三者評価の受審や拠点会議でのアクション研修などが挙げられる。今後、第三者評価や利用者・家族アンケートの結果等をサービス向上委員会の中で話し合い、改善・実行していく予定である。</p> |  |         |
| I-4-(1)-②   | 評価結果に基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。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>主任・副主任が集まるコア会議や月一回各部署長が集まる調整会議、職場環境改善委員会などを通じて、第三者評価結果等で得た課題や改善点について話し合う計画を立てている。</p>                            |  |         |

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

|   |                                    | 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。  |                                    |         |
| 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。   | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、さやかニュース（年3回発行）や組織図、職務分掌、運営規定等で経営・管理・役割・責任に関する方針と取組を明確にし、職員会議等で理解を図っている。また、非常時における役割と責任については、事業継続計画（BCP）や災害マニュアルの中に明記している。</p> |                                    |         |
| 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。       | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、県や中・四国の施設長会や青年経営者会議等に積極的に参加し、法令等の最新情報を得ている。知り得た情報等は職員会議や各委員会を通じて周知している。また、申し送り時に口頭でも伝えている。</p>                                |                                    |         |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。  |                                    |         |
| Ⅱ-1-(2)-①   | 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アサーション研修や県社協によるあいさポーター研修、県の派遣事業による虐待研修など、積極的に職員の意見等を取り入れながら、福祉サービスの質の向上を図っている。また、2年に1回、個別面談の機会を設けている。</p>                          |                                    |         |
| Ⅱ-1-(2)-②   | 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。     | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>R6年4月に職場環境改善委員会を立ち上げ、全職員にアンケート調査を行っている最中である。他部署からの移動や電子機器の購入、置き食、休憩室の壁の張替え、リフレッシュ休暇の取得（外国の方のみ）など、職員が働きやすい環境整備に取り組んでいる。</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。  |         |
| 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。   | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要な福祉人材や人員体制に関する考え方や確保・育成に関する方針は、法人事業計画に明記しており、理学療法士や言語聴覚士を配置し、質の高いサービスを提供している。また、県社協の基礎研修やリクルート・法人の中堅研修など、段階的にマネージャーになるための研修を設けている。主任とサービス管理責任者が短大・大学で施設紹介するなど、積極的に福祉人材確保に向けて取組んでいる。</p> |         |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。   | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就業規則の中に人事基準があり、各部署にファイルし、いつでも閲覧できる様になっている。また、入社時に説明・周知している。職員の処遇に関しては、法人で一括管理している。</p>  |         |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。   |         |
| 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組んでいる。  | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>2年に一回、施設長と個別面談したり、施設長や主任、サービス管理責任者が日常的に職員と積極的にコミュニケーションを持ちながら、働きやすい職場作りに取り組んでいる。また、置き食やコーヒースタンドの設置など、福利厚生も充実している。</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。   |   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「期待する職員像」や理念等に基づいた事業所全体の目標を明確にし、職員に対して資格取得等の説明やアドバイスはしているが、個々の目標設定までは出来ていない。</p>                                      |   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本方針や事業計画の中に「期待する職員像（＝行動指針に沿う人間）」を明示し、年間研修計画に基づいた教育・研修を実施している。また、年ごとに研修内容や講師を見直し、質の向上を目指している。</p>                     |   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新任職員に対しては、1～2ヶ月間、上司がついて指導・助言を行っている。また、新人・中堅研修や苦情・感染症・BCP策定研修などの機会を設け、個々の職務やレベルに合わせた教育・研修を実施している。研修費用等の職員負担はゼロである。</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。  |   |       |
| Ⅱ-2-(4)-①  | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成についてのマニュアル・プログラムを整備している。実習担当者は指導者の資格は持っているが、指導者に対する研修は行っていない。現在、県社協に実習生（2名）を依頼している状況である。</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。  |                                  |         |
| 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。       | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページやワムネット上に法人・事業所の理念や決算情報等を適切に公開すると共に、利用者家族や配食ボランティア、小中学校などに活動状況等を記した広報誌を配布している。</p>  |                                  |         |
| 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。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所における事務・経理・取引等に関するルールや職務分掌、権限・責任が明確にされ、職員会議で職員に周知している。内部監査は定期的に業務委託している税理士事務所に依頼している。また、2年に一回、県の障害福祉課や美作県民局による監査・実地指導もあり、誠実に取り組んでいる。</p> |                                  |         |

## Ⅱ-4 地域との交流と連携・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。  |                            |         |
| 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。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方について文書化した物はないが、地域のモノ作り・販売イベントに参加したり、利用者の作品を掲示したり、買い物支援で地元のスーパーを活用したり、配食サービスの配達を町内のボランティアにお願いしたりするなど、積極的に社会資源を活用しながら地域交流を図っている。</p> |                            |         |

|  |              |
|--|--------------|
| <p>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。</p>  | <p>㉑・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社協のボランティア受入マニュアルを基に、ボランティアを積極的に受け入れている。また、学校教育への協力の一環として、主任とサービス管理責任者が地域の高校で障害福祉サービスについて講義を行ったこともある。</p>                            |              |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>   |              |
| <p>Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>  | <p>㉑・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の関係機関・団体のリストを作成・ファイリングし、各部署でいつでも閲覧できる様にしている。また、職員会議や口頭で職員に詳しく説明している。</p>  |              |
| <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>  |              |
| <p>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。</p>   | <p>㉑・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>津山地域自立支援協議会（2ヶ月に一回）や町のネットワーク会議（月一回）に参加して、積極的に地域の具体的な福祉ニーズや生活課題等を把握している。</p>   |              |
| <p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。</p>  | <p>㉑・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>拠点の事業として、地域の見守りを兼ねた配食サービスを行っている。また、町と連携して福祉避難所として登録しており、通所裏のコンテナには町から提供された水や毛布、簡易テント等が保管されている。コロナ前は、地域住民が大勢集う祭りや行事等を積極的に開催していた。</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。  |  |         |
| Ⅲ-1-(1)-①  | 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス提供に関する倫理綱領を策定し、センター内に掲示している。また、権利擁護の研修など、拠点として研修の機会を年間計画し、組織全体の意識向上を図っている。</p>                        |  |         |
| 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。      | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>間仕切りカーテンや入浴場のパーティションの設置など、マニュアルに基いて、プライバシーに配慮した福祉サービスを提供している。また、入居時、プライバシー保護に関する同意書を交わしている。</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。  |  |         |
| 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。    | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>見学のあとに面接を行い、その後、会議で受入れ可能かどうか話し合い、決定・連絡している。ショートステイや日中の一時支援などの問い合わせが多い。</p>                                  |  |         |
| Ⅲ-1-(2)-②  | 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。     | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始前、重要事項説明書を基に福祉サービス内容等を細かく説明し、同意を得ている。変更がある時は、全家族にショートメッセージで報告・連絡している。また、意思決定が難しい利用者に対しては、家族に説明している。</p> |  |         |

|  |       |
|--|-------|
| Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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。  | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの内容変更や他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行等に当たっては、相談支援事業所と連携しながら、継続性に十分配慮している。また、福祉サービスの利用終了後も、利用者及び家族が気軽に相談できる様、担当者・窓口を設置している。</p> |       |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。  |       |
| 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。  | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自治会が無くなり、個別に満足度調査を行っている。また、サービス担当者会議（半年に一回）には必ず利用者も参加している。2年前にはケアのガイドラインに沿って利用者アンケートを行った。</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。   |       |
| 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。   | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制が整備されている。苦情等の申出があれば苦情処理調書に記入し、適切な場所に保管すると共に、遅滞なく利用者や家族等にフィードバックしている。</p>   |       |
| 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・②・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>集会室や面会室など、相談したり意見を述べやすい空間を整備し、利用者に配慮している。相談や意見を聞き取る体制は出来ているが、説明等の文章作成・配布・掲示はこれからである。</p>                                  |       |

|   |       |
|---|-------|
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日頃から相談や意見を傾聴すると共に、食堂入口に意見箱を設置するなど、積極的に意見等を把握・実践している。また、対応マニュアル等を整備し、見直しも随時行っている。また、体の痛みを訴える利用者に対してクッションマットの購入を検討したり、介助中に職員の髪が当たるとの意見を速やかに主任が説明・改善した例もある。</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。   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>2～3ヶ月に一回、リスクマネジメント委員会を開き、施設内の危険個所の点検や事故等について話し合っている。また、施設内でマニュアルを基に、全職員を対象とした研修（送迎車やリフトの安全な使用方法など）を行っている。</p>  |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>責任と役割を明確にし、しっかりとした管理体制を築いている。また、毎月感染症対策委員会を開き、衛生材料や備蓄・備品等の定期的な在庫確認、対応マニュアルの見直しを行っている。集団感染など、緊急時に備えてBCP（事業継続計画）も策定している。</p>                                   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回消防署立ち合いのもと、利用者も参加して避難訓練（消火・通報訓練）を行っている。コロナ禍前には、地震からの火災を想定した訓練も行った。また、避難経路図の掲示、半年に一回の設備点検、連絡網・備蓄品等のリストもあり、消防団との連携も想定しているが、地域住民の参加・声かけには至っていない。</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。  |   |         |
| 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。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書の中に利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢が明記されている。また、法人の新人研修や外部研修、パット・オシメの研修等を利用して、標準的な福祉サービスが提供できるよう、外国人介護人材も含め、全職員で取り組んでいる。</p> |   |         |
| 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。               | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法の見直し・改善は、業務班等の会議で定期的に行っており、個別支援計画の状況を踏まえながら、担当職員や利用者等からの意見や提案に基づいて行っている。</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。  |   |         |
| Ⅲ-2-(2)-①  | アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。                 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半年に一回、サービス管理責任者がアセスメントとモニタリングを行い、個別支援計画を策定している。また、サービス担当者会議には、他部署の理学療法士や看護師、栄養士なども参加している。</p>                                 |   |         |
| Ⅲ-2-(2)-②  | 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。                    | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>更新時期や入退院時など、利用者の状態変化に合わせてその都度、見直ししている。また、集会室や面談室で半年に一回、利用者の意見や要望などを聞き取り、個別支援計画に反映している。</p>                                    |   |         |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。   |   |       |
| 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、職員間で共有化されている。 | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々のケア記録は「ほのぼのNEXT」ソフトを活用し、全職員で把握・共有している。また、OJTで日誌の書き方などを指導したり、外国人介護人材（EPA限定）に対してはオンラインで学んだり、定期的に講師が来て日本語を勉強しながら、記録内容や書き方に差異が生じない様に工夫している。</p>                       |   |       |
| 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。                    | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規定を定め、センターの鍵付きの棚にケース記録や個人情報に関する書類等を、事務所の鍵付きの引き出しに申請書類等を保管している。また、記録管理の責任者（施設長）を設置し、職員個々に管理の仕方や使用方法などを伝えている。個人情報の取扱いに関しては、利用開始前やプラン更新時に利用者・家族へ説明し、同意を得ている。</p> |   |       |

## 評価対象A 具体的なサービス内容

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

|  |                             | 第三者評価結果 |
|--|-----------------------------|---------|
| A-1-1-(1) 自己決定の尊重  |                             |         |
| A-1-1-(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。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の店で髪染めしたい時にタクシーを手配したり、グループ外出した際、自分の意思で選んだ物を買ったりするなど、職員は利用者の意思や希望、個性を尊重し、必要な支援を個別に行っている。また、日常生活の中で個々の常識がぶつかり合う時は、当人同士で話し合う機会を設け、職員が間に入り治めている。</p>  |                             |         |
| A-1-(2) 権利擁護   |                             |         |
| A-1-(2)-①  | 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。     | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>権利擁護に関するマニュアルを整備し、利用開始前には必ず利用者や家族に周知している。外部講師による虐待防止・権利擁護に関する研修を年間計画すると共に、サポーターズカレッジによるレポート提出（年4回）もある。また、虐待防止・身体拘束適正化委員会の開催及び身体拘束の見直しは、毎月行っている。</p> |                             |         |

### A-2 生活支援

|   |                          | 第三者評価結果 |
|---|--------------------------|---------|
| A-2-(1) 支援の基本   |                          |         |
| 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。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>お小遣いの自己管理や一人外出、薬の管理、入浴など、利用者の生活習慣を尊重し、自立度に合わせて個別に支援している。また、自立支援の一つとして、夜間のみポータブルトイレを使用している。行政手続など、家族が高齢で出来ない場合は同意のもと、手続きを代行している。買い物代行も週1回（水曜日）に行っている。</p> |                          |         |

|  |       |
|--|-------|
| 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。   | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>筆談や二者択一など、利用者の状態・状況に合わせて意見等を聞き取っているが、難しい場合は家族や付き合いの長い（相性の良い）慣れた職員が聞いている。また、サポーターズカレッジや施設内のセンター会議（週1回）の中で学んだ知識等を個別支援に活かしている。</p>   |       |
| 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。   | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>担当職員が日常会話や排泄介助、入浴支援時などから聞き取った利用者の生活への思いや希望、意向などを基に、半年に一回、サービス管理責任者と関係職員で個別支援計画を検討し、全職員で共有・実践している。</p>                             |       |
| A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。  | a・②・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中活動（カラオケ、間違え探し、風船バレー、川柳など）においてはマンネリ化している部分がある。また、地域の行事や余暇、スポーツ等に関する情報提供は掲示や口頭で行っているが、個々の活動に活かしかれていない。</p>                        |       |
| A-2-(1)-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。  | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部講師による研修やサポーターズカレッジ等で障害に関する専門知識の習得及び支援技術の向上を図っている。また、「申し送りノート」と検討課題等が書ける「センター会議ノート」を活用し、個々の支援方法の検討・見直し・環境整備などを行っている。</p>         |       |
| A-2-(2) 日常的な生活支援   |       |
| A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。  | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>テイクアウト食事会やおおぞら食事会、行事食など、利用者が楽しく美味しく食事できるように工夫している。また、利用者の心身状況に合わせた食事形態（きざみやペースト食など）に対応している。入浴・排せつ支援においては、個々の状態・状況に合わせて支援している。</p> |       |

|   |                                    |       |
|---|------------------------------------|-------|
| A-2-(3) 生活環境  |                                    |       |
| A-1-(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。    | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室は全室バリアフリーであり、4人部屋にはリフトが付いている。また、センター前の広場や談話室など、利用者が思い思いに過ごせる環境も整備されている。他の利用者に影響が及ぶ時は静養室を使ったり、誰もいないエリアや別室、風呂場等で対応したりしている。</p>                     |                                    |       |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練   |                                    |       |
| 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。      | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理学療法士を中心とし、日常生活に役立つ機能訓練（立ち上がりや歩行訓練、滑車、低周波電気など）や生活訓練（車椅子漕ぎや箸の持ち方など）が行われている。また、各訓練計画のモニタリングは半年に一回、検討・見直しは利用者の状態・状況が変化した時や退院後、ADLの低下が見られた時に行っている。</p> |                                    |       |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援   |                                    |       |
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中看護師が2～3名おり、多い時は4名で日常的な健康状態の把握、体調変化時や緊急時の対応等を行っている。また、2週間に一回、嘱託医が訪問し、診療や治療に当たっている。24時間体制で医師と看護師が連携し、適切な医療を提供している。</p>                             |                                    |       |
| A-2-(5)-②   | 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制の下に提供されている。     | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員ロッカーや食堂に誤飲防止マニュアルを掲示し注意喚起すると共に、毎食前に必ず読み上げてから服薬支援するよう職員に指導している。医療的な支援の実施に当たっては、主治医や施設内の看護師の指導・助言のもと、安全管理体制を整備している。</p>                            |                                    |       |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| A-2-(6) 社会参加、学習支援  |  |       |
| 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。       | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>美作市内の温泉施設に泊まったり、電動車イスで津山のイオンに行ったりするなど、利用者の希望や意向を尊重した支援に努めている。また、学習支援では手話を勉強したい利用者が手話ができる職員に習ったり、社会参加では岡山マラソンに出る目標を掲げ、日々立ち上がりや平行棒等を使用した訓練に励んでいる利用者があり、最大限サポートしている。</p> |  |       |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援   |  |       |
| 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の支援を行っている。 | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>在宅を希望する利用者に対して、地域包括支援センターやデイサービスの責任者、相談支援員、ヘルパー等が集まり、課題等を把握・検討した結果、在宅復帰できた利用者もあり、地域の関係機関と連携・協力しながら支援している。</p>   |  |       |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援  |  |       |
| 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。               | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナの影響もあり、5年ぶりに家族交流会を行った。今後、年一回の開催を目標設定している。また、年3回広報誌の空きスペースに一言添えて家族等に送付したり、相談ごとや伝えたいことがある時はその都度電話連絡したり、利用料を支払いに来た時やケアプラン更新時に意見交換したりして、家族等と連携・交流している。</p>             |  |       |

### A-3 発達支援

|                                |                                |         |
|--------------------------------|--------------------------------|---------|
|                                |                                | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 発達支援                   |                                |         |
| 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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p> |                                |         |

#### A-4 就労支援

|               |                                   | 第三者評価結果 |
|---------------|-----------------------------------|---------|
| A-4-(1) 就労支援  |                                   |         |
| 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。       | a・b・c   |
| <コメント><br>非該当 |                                   |         |
| 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。 | a・b・c   |
| <コメント><br>非該当 |                                   |         |
| 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。   | a・b・c   |
| <コメント><br>非該当 |                                   |         |