

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 よなご大平園	種別：日中一時支援事業
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： https://www.med-wel.jp/keijin/
【施設の概要】	
開設年月日：平成18年7月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 敬仁会 理事長 藤井 啓子	
職員数	常勤職員： 4名 非常勤職員： 名
専門職員	管理者： 1名
	指導員： 3名
施設・設備 の概要	（居室数） （設備等） 静養室1室、相談室1室、更衣室 1室、事務室1室、シャワー室、 デイルーム

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

- ・ご利用者への最高品質のサービスの提供
- ・ご利用者への懇切、丁寧、誠実な対応
- ・組織的業務の推進
- ・健全経営とコンプライアンスの徹底
- ・誇りと働きがいと風通しのよい職場

施設テーマ

『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

支援員2名が国家資格取得者であり、施設内の看護師によるフォローもあるので利用者、家族共に安心して利用する事が出来ています。利用者の多くは、米子養護学校の児童・生徒が中心で、養護学校の先生方、家族の方と連携を取りながら、利用者一人ひとり障害の特性を理解した上で支援にあたられます。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年11月30日（契約日）～ 平成28年2月 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成26年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

障がい児・者が放課後や休日、長期休暇などに通所して文化活動、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等を目的として事業が展開されています。

家族アンケートから見て取れるように、保護者からの信頼も厚くなっています。障がいの特性が多様化してきている中で、家族や学校との連携を取りながら、利用者を尊重しコミュニケーションを図り一人ひとりにあった支援を展開されています。

施設全体でも、ISO認定を取得し、手順書（マニュアル）の整備、書式の整備にも努められており、研修等も積極的に受講し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。

◇改善を求められる点

利用者の障がい特性もあり、不適切な支援や拘束となりうる場面が発生しやすいと思われるので、今後も引き続き支援の体制について検討されると良いと思います。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

今後ご家族や学校等の関係機関と連携を図り、一人ひとりに合った支援を行い、サービスの質の向上に努め、不適切な支援や身体拘束のない環境作りのためにも、障がい特性の情報共有や注意し合える関係作りを行っていきます。

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。

（別紙）

第三評価結果（日中一時支援事業）

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>法人の理念・基本方針を基に、施設方針・テーマが作成され明文化されています。整合性も確保されており、職員の行動規範となる内容となっています。施設の運営方針については、3ヶ月に1回発行の広報誌や法人のホームページにも記載されており、地域住民や関係機関にも広く周知されています。職員に対しては、職員会議で資料を配布し説明が行われています。利用者や家族に対しても、資料を配布し、利用者ミーティングや家族懇話会に於いて、説明し周知を図るようにされています。また施設内にはフリガナをつけた運営方針が掲示されています。</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>障がい福祉計画や各種協議会等の情報を参考にして動向を把握しながら、事業計画の策定を進めておられます。また、相談事業所や各市町村、養護学校、民生委員等の関係機関と連携を図りながら情報収集に努められています。施設の予算執行状況や利用者状況等について分析を行い、運営会議や全体会議で報告し検討されています。</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><コメント></p> <p>前年度の課題や達成状況を確認、年1回される職員アンケート等を分析し事業計画を策定するようにされています。施設で検討された内容については、法人の役員会でも報告が行われますし、職員に対しても周知を図るようにされています。事業計画から目標設定し、年2回評価を行い、見直しも行われています。</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><コメント></p> <p>法人に於いてビジョンを明確にした中・長期計画が作成されています。施設に於いても、法人各施設共通の利用者へのサービス提供、施設・設備・設備整備、施設管理、職員管理、経営管理、地域との連携の項目を具体的に示した中長期計画を策定されています。また、中長期収支計画も策定されています。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p><コメント></p> <p>中長期計画を踏まえた単年度の事業計画が策定されています。前年度の達成度も踏まえ策定されており、年2回定期的に評価・見直しも行われています。</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>職員アンケートにより職員の意見の集約・反映のもとで計画は策定されています。事業計画の達成度については、あらかじめ定められた時期に定期的に「品質方針・品質目標管理手順」に基づいて評価が実施されています。</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><コメント></p> <p>利用者、家族に資料を配布し利用者ミーティングや家族懇話会にて説明し、理解していただけるよう周知に努められている。利用者にも主な内容は伝え説明されていますが、利用者によっては難しい方もあります。</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>法人全体として、PDCAサイクルに基づく福祉サービスの向上に取り組まれています。福祉サービス第三者評価基準に基づいて自己評価を実施し、第三者評価も受審されています。法人内部に於いても、ISOの導入により、内部監査やサービス内部評価を受審されています。評価結果については、各委員会でも検討され、是正予防処置報告書を作成し、改善への取組みが行われます。</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>外部評価や内部評価等での指摘事項については、是正予防処置報告書を作成し、進捗管理表により計画的に改善に取り組まれています。</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>施設長は、職員との信頼関係を構築するための方針を示し、業務分掌や災害時の事業継続計画等に於いて、自らの役割と責任を明確にし、文書化されています。職員会議や機関誌等で表明されています。</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>施設長は各種研修へ参加し、その内容について職員に対して伝達等が行なわれています。遵守すべき法令として、福祉分野に限らず、雇用、労働、環境等多岐にわたり配慮しながら取り組まれています。施設長自らも、法人の法令順守部会のリスクマネジメント委員長として活動されています。</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><コメント></p> <p>施設長は各種規程や要綱の提案や見直し等を行う際、検討会に於いて専門知識や経験に基づいた助言や指導を行っておられます。また、福祉サービスの質に関する課題の把握にも努め職員の意見も反映させながらより良いサービスになるように改善策や職員の教育・研修の充実に向け取組みが行われています。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>収支状況等を把握し、毎月の運営会議、3ヶ月毎の全体会議で報告され、全職員にも原因や今後の対応策等を説明し、全体で改善に向け取組まれています。職員のメンタルヘルスにも力を入れられており、日々コミュニケーションを図り、相談等にもものるようになっています。</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><コメント></p> <p>法人が目標とする福祉サービスの提供を行う為に、法定配置基準以上の職員が配置されています。福祉人材の確保と定着の為に、職員の処遇改善や産後から子育て期間中の勤務体系の見直しも行われており、家庭状況に応じた働き方が選択出来、働きやすい環境が構築されています。また、職員の育成とし、法人内の研修計画(階層別など)が整っており、資格取得にも努められています。</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>法人の人事考課規程に則って、公平な人事考課が行われています。職務基準書により法人が求める能力も明確にされており、教育訓練手順や目標管理手順により人材育成も計画的に実施されています。管理者等による年3回の面接も実施されています。</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><コメント></p> <p>年3回の面接や身上報告書にて職員の意向等を把握されています。有給休暇の消化や時間外労働の確認も毎月実施するなどし、必要な場合には指導されています。また、産業医も配置されており相談しやすい環境となっています。衛生委員会の開催やメンタルヘルス研修、メンタルチェックや疲労蓄積度自己チェックも実施されています。福利厚生については、健康診断、予防接種、腰痛検査等の補助、運動会、職員旅行、各種クラブ活動も実施されています。</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>職員一人ひとりの育成に向け、個々が目標設定を行い、定期的な面接にて達成度を確認する仕組みが構築されています。新規採用職員等の育成については、先輩職員によるサポート一制度が導入されており、OJTと同時に育成に努められています。職員は経験等により個別の研修計画に沿って資格取得や研修参加への取組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>法人の研修委員会による研修計画と整合性を取りながらの施設内での研修計画が策定され、教育・研修が実施されています。教育・研修については、教育訓練手順に沿って実施されています。研修参加後は、伝達研修や復命書の回覧が行われています。また、研修の成果や効果を評価し次につなげるようにされています。</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><コメント></p>		
<p>職員一人ひとりが職務基準書から目標管理表へ落とし込み、自分自身の弱い部分を把握した上で、目標として取り組めるような仕組みが構築されています。また職員の希望が言える面談等の場面も用意されています。教育・研修は、全職員が受けられる仕組みがあります。</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>受入れ担当者が配置されており、近隣の福祉専門学校介護福祉士科実習の受け入れのため、指導者研修にも参加されています。実習生の受け入れに際しては、受入れ手順に沿って行われ、個人情報保護の観点から念書を取られます。実習内容については、学校側の目的に沿った内容を計画されています。</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>法人としても年4回発刊の広報誌やホームページに決算報告、事業報告等公表されています。第三者評価結果については、ワムネットで公表されています。近隣の方や関係機関については、年4回発刊の施設の広報誌「こころの花」や施設パンフレット等を配布し情報公開されています。</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><コメント></p>		
<p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のため、事務、経理、取引等に関するルールが、各種規程や手順書で明確にされ、職員にも周知されています。職員の役割等は業務分掌で明確にされています。外部監査、内部監査等の各種監査等で牽制体制が構築されています。</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><コメント></p> <p>定期的な地域の環境美化として地域の海岸清掃に利用者の希望者が参加されたり、グループホームの利用者の方による月1回のホームと施設間の清掃活動が行われています。地域との交流行事としては、近隣のこども会との合同企画の夏まつり、地域交流事業「グッドフェスティバル2015」特に今年がよなご大平園の開設10周年という事もあり例年より盛大に実施されました。また、マラソン大会の給水ボランティアにも参加されました。様々な交流を継続していく事で施設を理解して頂けるような機会が設けられています。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p><コメント></p> <p>ボランティア等の受入れ担当者を配置し、手順に則って受け入れておられます。参加者には個人情報等の誓約書を依頼されています。各種学校の実習や体験での受け入れを行う際には、事前打合せを行い、実習の目的等を明確にするようにされています。ボランティアについては、イベントや行事のボランティアは増加しているが、施設サービスに対するボランティアについては引き続き応募が少ないのが現状です。</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><コメント></p> <p>関係機関・事業所等のリストを作成されています。関係機関と連携を図りながら、利用者の安全や就労支援等に繋げておられます。事例検討会やサービス担当者会議等にも参加し、情報の共有を図るようにされています。施設長、課長、看護師等が社協や各種協議会のメンバーとして参加されて連携を図るようにされています。</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><コメント></p> <p>地域住民を対象とした栄養士によるクッキング教室や看護師による健康教室、あいサポート研修等も実施されています。地区公民館の代わりとして会議室の開放や備品の貸し出しも継続して行なわれています。災害時の地域住民の一時避難先として、昨年米子市と締結されました。</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>施設としては、民生委員の見学、養護学校教諭の研修や養護学校の保護者等の見学を受け入れておられます。また、施設長が米子市社会福祉協議会の理事となり、生活困窮者への支援の協力体制も整えられています。</p> <p>障がいを持つ子ども達の家族の就労支援やレスパイトを目的とした日中一時支援事業も実施されています。</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><コメント></p> <p>施設方針にも明示され職員は常に意識を持って臨まれています。虐待防止要領、身体拘束廃止の取組手順が定められ日々邁進されています。虐待等に対するアンケート（職員セルチェック）の実施や人権や接遇等に関する研修会も実施されています。</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><コメント></p> <p>法人のプライバシーポリシー（個人情報保護規程）等に従い行われています。施設内での取扱いや職員服務規範に明示し、職員には誓約書、実習生やボランティアには念書を取られています。利用者に係る虐待防止要綱も整備されています。特に入浴や排泄場面に於いては同性介助等プライバシーの保護に努めるように取り組まれています。</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>ホームページやパンフレットが作成されており、施設見学や体験利用の受入れも行われています。施設見学や事前面接時に重要事項説明書による事前説明が行われています。</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>利用受入れ手順に沿って行われます。重要事項説明書、契約書に基づき丁寧に説明を行い、同意を得るようにされています。また、個別支援計画書の説明を行い、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>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等ある場合にはサービスの継続に配慮しながら関係機関と連携を図りながら引継ぎを行っておられます。必要な情報（看護連絡表等）を提供するようにされています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>顧客満足度実施手順に沿って実施されています。施設に設置してある意見箱や年1回実施の利用者アンケート、半年に1回のカンファレンス等でも意見を聞いておられます。家族の方とは日々の連絡ノートや送迎時に意見等を聞く様に対応するようにされています。障害特性に関する研修も行い、障害特性を理解した上で支援に当たられています。</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><コメント></p> <p>福祉サービス苦情解決実施要綱に基づいて実施されています。前段同様にご意見箱やアンケート、カンファレンス等でも意見を聞き対応されています。重要事項説明書に苦情受付の仕組みが図式化されて明示されています。</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>入所者は直接の相談日が設けられています。通所利用の方に対しては、意見箱やアンケート、職員に直接伝える等様々な方法で述べやすい環境作りを行い、周知されています。家族からの相談や意見は、連絡ノートに記入や、送迎時に直接受け付ける旨を伝えご利用いただくようにしておられます。</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>相談や意見に対する対応についても福祉サービス苦情解決実施要綱に基づいて実施されています。意見箱、アンケートや連絡ノート等にて頂いた相談や意見については、組織的に迅速に対応されています。検討に時間のかかる場合には、その旨の説明を迅速に行われます。今年から苦情等のご意見だけでなく、お褒めのご意見も収集し、職員にフィードバックされています。</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><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会要綱に基づいて実施されています。緊急急変時や予薬、針刺し事故等の手順も整えられており手順に沿って対応されます。「危険への気づき」があった場合には、事故・ヒヤリハット報告書を提出し、職員参画の基で分析し、改善策や再発防止策を検討されています。</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><コメント></p> <p>感染対策マニュアルに沿って実施されており、更に医療廃棄物処理手順、検便検査手順等も整えられており手順に沿って実施されています。感染症が疑われたり、発生した場合には、事故・ヒヤリハット報告書を、職員参画の基で集計分析し、予防策が検討されています。感染症についての研修も行われています。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>災害防止及び災害時対応手順に基づいて組織的に行われています。定期的に火災・津波想定避難、図上訓練が実施されています。雪害、地震や原子力災害による対応計画についても随時作成中です。また、西部地区事業所間での協力体制の構築も行われています。備蓄も災害時の備品等の常備と、非常食と飲み水の確保もされています。</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>各手順書に基づいて支援が提供されており、運営便覧にも必要事項が明示されています。ISOの各部会等でも検討されています。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
<p><コメント></p> <p>毎年4月の運営会議にて文書レビューを実施し、随時見直しを行っておられます。また、文書管理手順に沿って実施されており、書類の確認や見直しを常に実施されています。</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・変更手順に基づいてアセスメント、モニタリング、カンファレンス等を実施し、関係職員による協議で課題等を把握し計画を策定し支援に当たられています。また、相談支援事業とも連携を図りながら、サービス等利用計画書を基に個別支援計画書を作成されています。困難ケースについては事例検討会を関係機関で集まり検討会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><コメント></p> <p>個別支援計画作成・変更手順に基づいて実施されています。モニタリングは毎月、ミニカンファレンスは3ヶ月に1回、評価、見直しが6ヶ月に1回行われています。一連の工程には看護師や栄養士も参加し、意見をもらうようになっています。入院等で状態に変化がある場合には随時緊急の見直し、変更が行われます。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <p>利用受付手順・個別支援計画書作成変更手順に基づき記録されています。利用者に関する福祉サービス実施状況の記録はフォーカスチャータリング方式で適切に行われています。新人や職場異動の職員に対しては記録についての勉強会も実施されています。職員間は職員会や連絡ノートを活用し、情報の共有が図られています。</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>管理についてはプライバシーポリシー、施設での取扱いや品質記録リストに管理場所、保管期間等明示されています。責任者定められており管理場所の鍵の管理が行われています。</p> <p>個人情報保護規程、個人情報開示規程等に基づいて実施されており、利用開始時に利用者等にも説明されています。</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><コメント></p> <p>必要に応じて絵カード、手話等個々に合った手段でコミュニケーションを図るようにされています。利用者家族とコミュニケーションを図り情報共有を行い統一した支援に結びついています。家族からの情報・意見を聞き取りながら、個別支援計画書を作成し実行されています。</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><コメント></p> <p>アンケートを活用するなど利用者の意見・希望を取り入れた活動や遊びを提供されています。家族に情報・意見も取り入れながら、利用者間の交流が円滑に行える様、職員も一緒に入り活動が行われています。</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><コメント></p> <p>利用者自身で出来ることを把握し、自分で行ってもらう事を原則として見守りながら、出来ない部分や不十分な部分を支援するようにされています。個々の利用者の支援の範囲については個別支援計画書にも明示し職員間でも共有されています。</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><コメント></p> <p>必要に応じて言葉での表現の仕方、挨拶の仕方、自分の意思の伝え方等個々の能力に応じた支援が行われています。挨拶や自分の思いを発信出来るよう発語の練習も行われています。</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><コメント></p> <p>利用開始時にアセスメントを行い、個々にあった食事形態を聞きとり提供するようにされており、アレルギー食や除去食にも対応されています。食事の介助については出来ない部分のみお手伝いをするようにされています。食事形態、介助方法については個別支援計画に於いても明記されています。</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><コメント></p> <p>献立はデイルーム扉外に掲示し、ご家族・利用者共に見ることが出来るようにされています。食事提供は温冷ワゴン等により適温で提供されており、利用者のペースに合わせた介助・支援が行われています。障がい特性により食事形態にこだわりのある利用者には、メニュー（丼物等）によって、具とご飯を分け別皿で提供する工夫が行われています。また利用者や家族に向けて嗜好調査も行われています。</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><コメント></p> <p>食事時も活動時も障がい特性を踏まえ、個室スペースを提供したり、時間をずらすなど、環境作りにも工夫されています。</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。	該当なし
<p><コメント></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。	該当なし
<p><コメント></p>		
A⑩	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	該当なし
<p><コメント></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><コメント></p> <p>ご家族から聞き取りをした上、個々の排泄状況に合わせ排泄介助を行われており、排泄状況を用紙に記入し職員間で情報共有するようにされています。必要な利用者には個別支援計画書にも盛り込みなら支援されており、トイレサイン等を、利用者自らが発信出来るように支援されています。トイレでの着替えに対応する為、着替え用足マットの設置が行われました。</p>		
A⑫	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p><コメント></p> <p>作業の清掃班によるトイレ掃除が毎日入る様になり、細かな所まで清潔が保たれています。また、トイレでのプライバシーにも配慮されています。</p> <p>子供用補助便座が必要な方には用意し、使用出来ています。</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><コメント></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><コメント></p> <p>汚れに気づいた時や希望があった時はすぐに着替えてもらえるよう対応されています。着替えについてはご家族で用意して頂くようにされており、その中から選択してもらうようにされています。</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><コメント></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><コメント></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><コメント></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><コメント></p> <p>健康管理については、学校や家族、施設内の看護師と連携を図るようにされています。感染症流行時は毎日検温実施されますし、利用者の体調不良やインフルエンザが疑われる時等も検温が実施されます。</p> <p>必要な方には個別支援計画書にあげ、夜間の睡眠に影響しない程度の午睡をとってもらっています。布団の用意もあります。</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><コメント></p> <p>体調不良時には速やかに家族へ電話連絡にて報告されています。通院は家族の方で対応して頂いています。</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><コメント></p> <p>家族からの依頼があり内服薬持参の時には、鍵のかかるロッカーにて預り、服薬後の空き袋も持ち帰ってもらっています。家族に対しては連絡ノートにて服薬済みである事は伝えることとなっています。(マニュアルがあります)</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><コメント></p> <p>利用者アンケートにて家族の意向を把握するようにされており、出来る範囲で利用者の希望を聞き、実施し楽しめるようにされています。テレビはルール決めしたり、譲り合いなどして、順番で皆の希望に沿うようにされています。雑誌についても上手に共有出来ています。ボランティア受け入れ体制は整っています。</p>		

A-2-(9) 外出、外泊		
A⑳	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
＜コメント＞		
A㉑	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
＜コメント＞		
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A㉒	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＞		
A㉓	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＞		
A㉔	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＞		