

# 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 小谷 秀彰	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1835-1	
TEL：0858-32-0780	ホームページ： <a href="https://www.med-wel.jp/yuri/">https://www.med-wel.jp/yuri/</a>
【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 啓子	
職員数	常勤職員： 28名 非常勤職員： 6名
専門職員	精神保健福祉士 1名
	准看護師 2名
	介護福祉士 13名
	管理栄養士 1名
施設・設備の概要	（居室数）一人部屋33室、二人部屋28室 事務室、医務室、食堂、厨房 （設備等）和室1室、デイスペース3室、サービスステーション2室、相談室2室、娯楽室、調理室、研修室、作業棟、体育館

## ③理念・基本方針

### 法人理念

- 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すことです。  
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

### 法人方針

- 1 顧客満足 ～主役はいつもご利用者～
- 2 健全経営 ～コンプライアンスの徹底～
- 3 地域連携 ～時代と共に歩む福祉～
- 4 職場環境 ～職員個々の成長による活力ある組織～

### 施設理念

「利用者が自己実現できる施設づくりとたゆまない成長」

## 施設運営方針

- 1 利用者個々の尊厳の尊重と質の高い支援サービスの提供
  - ・利用者ご本人の意思意向を尊重した個別支援計画に基づく支援サービスの提供を行います。
  - ・職員研修(各部門の専門知識や、接遇など)を充実し、支援の質の向上に努めます。
  - ・精神保健福祉士を配置し、ご利用者の障がいへの支援の充実に努めます。
- 2 リスク予防による安心・安全の提供
  - ・災害から施設経営まで、あらゆるリスクの状況把握に努め、安心・安全な支援サービスの提供に活かします。
- 3 時代環境に即した施設へのたゆまないイノベーションの実行
  - ・現在、生活保護受給者は215万人を超え、救護施設としての当施設の役割もいっそう重要なものになってきています。この時代環境に即した、たゆまないイノベーション(変革)を行い、社会ニーズに適合した施設を目指します。

## ④施設の特徴的な取組

救護施設は、様々な障がいをお持ちの方が健康で安心して日常生活を送る場です。一人ひとりの抱える問題を受けとめて、誰もがその人らしく人生を送ることが出来るよう支援されています。

日常生活支援・・・介助支援、健康管理、相談援助

リハビリテーションプログラム・・・身体機能回復訓練、日常生活動作・生活習慣等の訓練

自己表現の支援・・・就労支援、作業活動、趣味・学習活動、レクリエーション

地域生活の支援・・・居宅生活訓練事業、地域生活訓練、調理訓練など

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年12月15日(契約日) ~ 平成28年3月 日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	3回(平成 26 年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

救護施設は、社会的援助を要する方の受け入れと同時に自立支援の推進を行い、地域移行させる機能を持った施設です。

ゆりはま大平園ではセーフネット機能の強化と利用者の自立支援の推進に力を注がれています。多様化する利用者に対する対応も行いながら、地域移行支援として平成22年10月より救護施設居宅生活訓練事業を開始し、地域移行の推進や就労訓練・外勤支援を通して一般就労支援に向け積極的に取り組まれています。徐々に成果が上がってきています。

施設としてISO90001を取得し、全ての項目に対し手順書や書式が整備されています。職員のスキルも上がり、共通認識が持てることとなりました。福祉サービスの質の向上のため「安全リスク」「防災リスク」「コンプライアンスリスク」「事故リスク」「経営リスク」などすべてのリスクマネジメントの具体的な管理も可能となりました。

又、社会福祉法人の使命として地域交流（地域貢献活動）にも力を入れられており、施設機能の開放として地域住民対象の地域健康教室の開催や地域住民と協賛し感謝祭の開催、体育館の開放等が挙げられ、地域との交流・社会貢献としては東郷湖アダプト奉仕作業（清掃活動）、町内イベントへの参加、陶芸体験等が挙げられます。

施設の機能を最大限地域に還元と銘打ち、地域との一体的な福祉の推進を目指されています。

### ◇改善を求められる点

入所者の多様化に伴いニーズも多様化してきています。入居者の特性についての更なる研修を進められると良いと思います。

そして入居者の今後の高齢化対策については自治体と共に検討されても良いと思います。

## ⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

高評価して頂きありがとうございます。

敬仁会の取り組み、社会状況を取り巻く諸問題、地域の特性等を活かした施設運営を実施しています。

外部の監査機関に評価していただくことで日々の振り返りであったり気づきがあります。改善を求められる点にあげて頂きました2点につきましては、検討し取り組んでいきたいと思っています。

## 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（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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念、方針は明文化されおり、広報誌、敬仁会ホームページ等に明記されています。施設運営方針は施設長が施設勉強会・職員会議で説明され、職員名札裏に施設運営方針を携帯され、週2回の職員朝会で唱和されています。支援方法の振り返りも行われています。利用者には自治会役員会議、全体会議で説明されています。家族には年1回家族会で理念・施設方針が記載された広報紙を配布し説明されています。</p> <p>法人理念は玄関・エレベーター前・2階・3階フロアーに掲示されています。各フロア談話室に「みてみてファイル」を設置され、資料には、ルビが振られ分かりやすい工夫がされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月経営状況、年間計画に基づく進捗管理等についてが各部門ごとに分析が行われ、その結果については施設長が毎月の運営会議・全体会議で報告されています。又、法人本部にも毎月報告されています。</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>毎月の運営会議・全体会議で年間計画に沿った進捗状況が確認されており、分析された結果の課題については全職員に説明され、具体的な取組みが進められています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>救護施設と就労継続B型を合わせたゆりはま大平園としての平成23年度から28年度の中長期計画を策定されています。内容的には経営面、サービス面、人材面の計画から構成したものが策定されており、課題や問題が発生した場合には、施設の基本方針・事業計画に反映させた見直しが行われています。</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・長期計画が反映されたゆりはま大平園としての事業計画が毎年策定されています。事業計画のみならず、収支計画も中・長期計画に基づき併せて策定されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は年1回の利用者アンケート「利用者満足度」、職員アンケート「全職員の当年度における事業計画遂行評価」の評価分析を次年度の事業計画に反映させています。</p> <p>各部署の会議で検討された問題・課題を踏まえ、施設長、係長以上の運営会議でまとめあげられています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者には、自治会活動や全体朝会時に職員紹介を周知されています。</p> <p>家族・地域住民には機関紙で運営計画を周知し、家族会参加者に対しては年1回の家族会にて資料を配布し説明されています。法人のホームページにも施設の事業計画が掲載されています。</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。ゆ		
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>外部からは年1回福祉サービス第三者評価を受審し質の向上を目指されています。内部的には、新人教育等内部研修を行いサービスの質の向上に取り組まれています。</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>評価結果に基づき、改善策を計画し、職員会議等で質の向上等話し合わせられ実施されています。ISO基準に基づいたPDCAサイクルが機能しています。</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>法人の「組織規程」などに施設長の業務分掌や権限が明記されています。職員会議や広報誌等で自らの役割について表明されています。不在時は課長が代行されています。</p> <p>施設長は法令遵守の観点から経営に関する研修や勉強会にも積極的に参加され、職務の遂行に努めておられます。</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>年間研修計画でコンプライアンス、虐待防止研修、食品賞味期限について等、各種研修に参加され、法人研修、内部研修、アンケート、DVDや会議などを利用し、職員が正しく理解できる取り組みを多く持ち、法令遵守が行われるよう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>運営会議で業務の周知を図ると共に、事業計画を振り返り毎月収支状況の報告、経営や業務の改善策やサービスの質の向上に向けた検討や指導が行われています。</p> <p>年度末に職員面談も行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月職員全体会議で収支状況を説明されています。経営・業務効率や改善のために運営会議、委員会を開催し改善策を検討、指導されています。</p> <p>鳥取県社会福祉協議会の経営者協議会主催の法人経営セミナーにも参加されています。</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画面が確立し、実施されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人「人事考課規程」により考課し、客観的に評価が実施されており、最終結果は本人にフィードバックされています。職員面談を年3回（期首、中間、期末）実施され、個人目標の進捗管理及びメンタルケアが行われています。</p> <p>人材募集については法人全体で行われています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の就業規則にて職員の配置や資格等の人事制度が明確に示されており、全職員の資格取得状況のリストも作成されています。各職員の資格を把握し適切な人事配置が行われています。人事考課規程に基づき客観的な人事に対する評価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>&lt;コメント&gt;</p> <p>有給休暇、時間外勤務のデータにより運営会議で役職者が把握し就業配慮、有給取得ができる環境が整備されています。上席による年3回定期面談が行われる他、必要な場合には、施設長、課長と不定期に面談ができる体制も用意されています。</p> <p>育児休業、介護休業規程も完備されています。</p> <p>健康診断、予防接種も実施され、メンタルヘルスのアンケート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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりが期首に個人目標を設定し、上席との期首、中間、期末の年3回の面接に於いて、相互評価を行い、目標達成ができるよう体制が取られています。面接に於いて個人の課題を明確化し、上席が助言、指導をされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画、施設事業計画に定められたあるべき職員像に基づいて、研修計画が策定され、実施されています。</p> <p>法人研修委員会での研修内容を中心とした伝達研修、施設内研修も行われています。</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>職員個々の資格取得状況の把握、職務遂行能力を基に目標面接で設定した資格取得の機会や研修に参加できるよう教育・研修の機会が確保されています。</p> <p>施設で作成された研修の年間計画表に基づいて法人階層別研修、施設内研修に対象者を参加させています。</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>実習受け入れ手順が作成されており、それに従い実習生の受け入れをされています。</p> <p>実習受け入れ担当者は資格、種別等により定められ実習生の指導に当たられており、現在の看護学校（看護師）や専門学校（介護福祉士）の生徒を受け入れておられます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回広報誌や敬仁会ホームページで事業報告・決算書を掲載し公開されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>I S O手順書により施設運営方針が明記されています。監事監査、内部経理監査を定期的 に実施され、適正な経営・運営が行われています。</p> <p>法人本部に於いて、監事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>中長期計画、事業計画にも定め実施されています。各フロアの「みてみてファイル」に活用できる社会資源をファイル化し設置する事で情報共有できるようにされています。</p> <p>年2回感謝祭を地区住民・湯梨浜町・近隣施設・賛同企業と一緒に開催されています。又、フリーマーケット、イベント交流や福祉大会等に販売等で職員と利用者が参加し、地域の方々と触れ合い、交流が深められています。</p> <p>自由外出やボランティア、地域の保育園との交流も実施されています。</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>地域交流事業実施要領及びボランティア受け入れ手順書があり、事前オリエンテーションを実施し受け入れをされる体制が用意されており機能しています。</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>福祉事務所連絡会を年1回開催され生活保護の取り組みなど情報交換を行い連携されています。</p> <p>施設長は湯梨浜町の社会福祉協議会、自立支援協議会、虐待防止ネットワーク等の地域の活動団体に委員として参加され連携を取っておられます。</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>地域の方に向けて、PT、看護師等による体操、健康に良い食物、料理レシピ、感染症対策等の健康教室を開催されています。</p> <p>年2回感謝祭を開催し地域と交流が図られています。</p> <p>陶芸教室を毎週開催されたり、地域のスポーツ少年団、バレーボール、家族等に体育館を開放されています。</p> <p>体育館はスペシャルオリンピックの会場にもなっているなど施設が有する機能を還元されています。</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>施設長は湯梨浜町社会福祉協議会、自立支援協議会、虐待ネットワークの委員として参加され地域の福祉ニーズの把握に努められています。</p> <p>地域交流サロン「うめや」「よどや」には人的支援として福祉相談を開催されています。</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>週2回職員朝礼で施設方針の唱和をされています。施設方針を名札裏面に携帯し支援の振り返りが行われています。</p> <p>コンプライアンス、接遇、虐待防止、人権研修を実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「社会福祉法人敬仁会個人情報保護方針」「倫理要領」「救護施設ゆりはま大平園職員接遇基準」が定められ、コンプライアンス研修を行い、利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮したサービスが提供されています。</p> <p>利用者には重要事項説明書を説明する時に、利用者の権利として説明されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>敬仁会ホームページに各福祉サービスに関する情報提供が掲載されています。毎年各福祉事務所へパンフレット・事業計画を送付し情報提供が行われています。</p> <p>施設見学、ショートステイから入所となる時、作業体験も希望者に実施されサービスの選択の情報提供が行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO利用受け入れ手順に従って、パンフレットや重要事項説明書を説明され契約を締結されています。（補佐人・後見人制度利用者についても同様です）又、個別支援計画についても説明の上、同意を得ておられます。</p> <p>変更時の個別支援計画についても同様に、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所利用契約書第12条（退所時の支援）で明記されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退所支援の実施（地域移行者6ヶ月のフォローアップ）</li> <li>・退所時、看護等の連絡表にて対応</li> </ul> <p>退所後6ヶ月のフォローアップをされています。</p> <p>退所後時、特養、グループホーム利用時には看護師等の連絡表でサービスの継続ができるよう対応されています。</p> <p>退所後の利用者からの電話相談も対応されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回嗜好調査の満足度調査、集計を行い利用者の意見、要望を取り入れられています。自治会調整会議を自治会役員と職員で開催され、検討、対応が行われます。又、個人的には利用者からの相談日を設定し対応されています。</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>苦情解決の仕組みを明文化やフローチャート化し掲示されています。施設重要事項説明書に苦情解決担当者が明記されています。</p> <p>法人の苦情解決委員会が年2回開催され、対応等の勉強、検討がされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱の設置・自治会役員会、各フロアミーティングにて、意見、要望を聞き改善策を検討されています。</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>利用者からの相談や意見に対しては福祉サービス苦情解決処理要綱に沿って対応されており、組織的かつ迅速に対応されています。意見、相談によっては自治会調整会議や運営会議で対応を検討される場合もあります。</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>法人リスク・施設内リスク委員会が設置され、毎月1人1件以上のヒヤリハットの提出に取組み、その日の情報は引継ぎ時に周知され、検討、対策に取り組まれています。</p> <p>毎月委員会で予防策の結果から分析・評価が行われています。</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>ゆりはま大平園感染対策委員会が設置されています。月1回感染対策委員会で感染症、食中毒の予防及びまん延防止について情報収集、対策に取り組まれています。季節ごとの研修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>災害防止及び被災時対応手順に沿って避難訓練、災害時を想定した図上訓練、火災消火訓練、救急訓練等の実施が行われています。又、施設の設備・備品・建物管理・備蓄等の確認を行い、対策を講じておられます。施設は地区の避難場所になっており、近隣自治会公民館との災害時協力要請（協定締結）について関係作りを構築中です。</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>提供するサービスについては、ISO手順書及び教育的文書にて運用されています。どの職員が関わっても同様のサービスが受けられる体制が構築されています。</p> <p>職員指導については、職務基準書に従いOJT、フォローアップ、伝達研修が行われ職員のサービス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>ISOの文書管理手順に沿って、年1回4月に標準的な実施方法についての見直しが実施されています。運営会議、自治会調整会議、利用者、家族から要望がある時など検討され変更があれば随時見直されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画書作成・変更手順に基づき、サービス管理責任者が個別支援計画実施予定表にて管理し計画作成、計画見直しが実施されています。個別支援計画作成の勉強会も行われ、アセスメントのスキルアップにも繋がっており、利用者のニーズに沿った計画書の作成が行われています。</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>サービス管理責任者が個別支援計画実施予定表にて管理し、毎月のモニタリング、6ヶ月又は1年の見直しカンファレンスが行われ、必要に応じた見直しが行われています。</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>利用者のサービス実施状況は統一した記録様式で記録されており、個別支援計画の支援経過記録の確認ができました。記録の内容や書き方に差異が生じないように記録の書き方研修も実施されており、質の向上に努められています。</p> <p>実施状況については、日誌、職員会で伝達し、各フロアの連絡ノートを活用し共有化が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO品質記録リストで責任部署、保管管理者、保存破棄を明確にされています。個人情報保護の研修も行われ理解されています。</p>		

## 内容評価基準（24 項目）

### A-1 入所者の尊重

		第三者評価結果
A-1-(1) 入所者の尊重		
A①	A-1-(1)-① 入所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>入所者には自治会活動に参加頂き、役員選出や施設内ルール決めを自治会で決定され、役員会で年間の活動を決め、年間活動表が作成されています。</p> <p>自由時間にテレビを見たり、コーヒータムなど利用者の主体的な活動が尊重されています。</p>		
A②	A-1-(1)-② 入所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>入所時、入所後のアセスメントを基に入所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について把握され、個別支援計画にも反映されています。その後の運用は各フロアで対応されています。</p>		
A③	A-1-(1)-③ 入所者の状況に応じて、訓練又は作業に参加する機会を提供している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所者の状況に応じて、生活訓練として身体機能回復訓練、日常生活動作・生活習慣等の訓練が実施されており、身体機能回復訓練のリハビリ体操については2ヶ月に1回PTによる評価を基に実施されています。作業訓練についても現在農園芸、陶芸、受託、ハウスキーピング作業が用意されており、入所者の自由意思で選択できるようになっています。</p>		
A④	A-1-(1)-④ 必要に応じ地域生活への移行の支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成22年10月より地域移行支援のための救護施設居宅生活訓練事業も展開されています。</p> <p>地域で約1年間のアパート訓練の実施や外勤の就労訓練、マナー勉強会、調理訓練等を行ないながら地域生活への移行に向けた支援が行われています。</p>		
A-1-(2) 利用者の権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-① 虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）等の人権侵害について、防止対策が図られている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待等に関する研修会も定期的で開催され、委員会も設置されており、月1回運営会議に於いても虐待等について予防や防止対策について検討されています。</p> <p>職員も虐待チェックリストを作成し、日々気を付ける取組みをされています。</p>		

## A-2 日常生活支援

A-2-(1) 食事		
A⑥	A-2-(1)-① 入所者の身体状態に応じた食事の提供を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所者の身体状態に応じて、糖尿病、心臓病等に対応した特別食の提供も行われています。又、アレルギーなどによる除去食や咀嚼や状態に応じた刻み食の対応も行われています。</p>		
A⑦	A-2-(1)-② 食事は入所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>年2回嗜好調査が行われ、入所者の希望を聞きながら、毎月の献立表が作成されており、管理栄養士による栄養管理が実施されています。</p> <p>月2回行事食では、誕生月の方のリクエストを聞き献立に反映されています。又、バイキング食の設定もされています。</p>		
A⑧	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>全体的には食事時間に幅を持たせ、ゆっくり召し上がって頂けるよう配慮されています。集団で食べると落ち着かない入所者の方に対しては、食事時間をずらしたり、他の方と視線が合わないように座って頂くなどの工夫もされています。病気等で食堂での食事が困難な場合には部屋に配膳されています。</p>		
A-2-(2) 入浴		
A⑨	A-2-(2)-① 入浴は、入所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>各フロアにより自立、見守り、一部介助と分かれています。介助が必要な方は14時から16時、見守り入浴は16時から17時、自立入浴の方は17時から20時までとなっています。</p>		
A⑩	A-2-(2)-② 入浴は、入所者の希望に沿って行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設のお風呂は温泉が引かれており、基本的には毎日入浴が可能です。3階フロアの入所者は自立の方ため毎日入浴される方が多いようです。個人入浴希望にも対応されています。</p>		
A⑪	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>浴室・脱衣場に手すりを取り付けてあり安全に着脱衣、入浴ができるようになっています。脱衣所には冷暖房の設備があり温度管理がされています。</p>		

A-2-(3) 排泄		
A⑫	A-2-(3)-① 排泄の自立への配慮がなされ必要な介助が適切に行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントにより、定時誘導の必要な方や留置カテーテルの方へは一部介助が実施されています。全盲の方はナースコールにより介助が実施され、安全で安心な配慮が適切に行われています。</p>		
A⑬	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>入所者が当番で清掃されるフロアと早出、日勤の職員で掃除をされるフロアがあります。トイレは清潔さを保ち匂い等も感じられませんでした。</p>		
A-2-(4) 衣類		
A⑭	A-2-(4)-① 入所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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自立の方は2ヶ月に1回程度自身で買い物に行かれ、好みの衣類を購入されています。困難な方は家族に持参して頂いたものから選んで頂いたり、生活支援として職員と買い物に行き、好みや個性を尊重し選んで頂くようにされています。</p>		
A⑮	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>職員による介助が必要な方については、着替えの支援も実施されています。気が付かれない入所者の方については声掛けやタイミングを図り支援を行われています。作業される方は作業服から私服に自分で着替えをされています。</p>		
A-2-(5) 理容・美容		
A⑯	A-2-(5)-① 入所者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>髪型やファッションに関連する雑誌も用意されています。髪型や髪の長さは個人の希望を尊重されています。化粧についても自分自身でされる方もおられますが、正月、初詣や行事等の時だけは職員の手助けでお化粧される方もあります。</p>		
A⑰	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各フロアの「みてみてファイル」に活用できる社会資源をファイル化し設置してあります。毎月施設に来て頂ける地域の理美容店を利用されたり、送迎して頂ける地域の行きつけの理美容店を継続利用される方もあります。又、ご自身で出かけ市内の1000円カットを利用される方もおられます。</p>		



A-2-(6) 睡眠		
A⑱	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内は温度管理されていますが、それでも寒い時などは更に毛布等で対応されています。本人希望でベッドではなく、畳に布団を敷かれる方もあります。</p> <p>22時に消灯確認の巡回をし、24時巡回時には就寝の様子を確認されています。</p>		
A-2-(7) 健康管理		
A⑲	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>毎日排便チェックは記録し確認されています。月1回体重測定、血圧測定実施され健康管理を行われており、変化等あれば看護師に報告し指示を受ける体制があります。内科、精神科の医師による往診も月2回実施されています。</p> <p>感染症が流行した時は毎日バイタル測定を行い、蔓延しないよう管理されています。</p>		
A⑳	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>緊急時の対応方法についての研修や、誤嚥対応、AED使用などの救急救命訓練も行われており、全職員が理解されています。</p> <p>看護師が常時配置されており、適切な対応が取られています。緊急時には協力病院の協力も仰げる体制が整えてあります。</p>		
A㉑	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬管理マニュアルに従い配薬箱に入所者別に保管されています。自己管理が可能な方は1週間分を渡し、飲み終わった空袋を回収しチェックされています。自己管理が難しい方については、看護師、職員によるダブルチェックで確認し、服用して頂いています。</p> <p>食事の時は食堂入り口で本人を確認して手渡しされており、間違いの無いようチェック表でも確認をされています。</p>		
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A㉒	A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、入所者の希望に沿って行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>余暇活動は自治会活動の主体性を重視した様々な行事やクラブ活動が行われており、入居者の自由意思で参加して頂いております。生け花、お茶、釣り、園芸クラブ、スポーツ等のクラブ活動や「めぐみの湯公園」の散歩、足湯めぐり、弁当を作りピクニックなど楽しまれています。</p>		

A-2-(9) 外出、外泊		
A⑳	A-2-(9)-① 外出は入所者の希望に応じて行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常的に外出は可能となっています。外出時には外出先の報告をお願いされています。又、施設としての花見、紅葉狩り、地域の行事などに参加する機会も設けられています。</p>		
A㉑	A-2-(9)-② 外泊は入所者の希望に応じるよう配慮されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎週、金、土、日曜日に自宅に帰宅される方や盆、正月に帰宅される方、県外の身内に会いに行かれる方などがおられ、入所者の希望に応じるように配慮されています。</p>		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>預かり金は全員ではありませんが、一部の方の預かり金や作業費の預かり金は利用者預り金についての規程や手順に沿った管理体制で事務室にて管理されています。所持金は各自こずかい帳に記入して頂いています。</p>		
A㉓	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は入所者の意志や希望に沿って利用できる。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新聞・雑誌の購読は可能となっています。テレビ等についても自室に持ち込まれている方は好きな番組を見て楽しまれています。施設内には共用の新聞、雑誌、テレビも準備されています。</p>		
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、入所者の意志や希望が尊重されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喫煙については決められた時間・場所で喫煙が可能となっています。お菓子、ジュースなどは健康に留意した上で好みの物が飲食できます。飲酒についてはアルコール依存症の方もおられるので禁酒となっています。</p>		