

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：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： 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： 10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 の概要 | （居室数） | （設備等） |
| | 静養室1室、相談室1室、浴室1室、事務室1室、シャワー、ランチルーム、デイルーム、地域交流室 | 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

重度の利用者（重度心身障害者、医療行為者）の利用が増加傾向であることから、常勤看護師、生活指導員（介護福祉士等）も指定基準を上回る8名体制で臨まれ、医療行為を含め個々の利用者一人ひとりに手厚い支援が行われています。

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

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。

事業所自体年々重度化の利用者の方が増えてきていますが、人員配置を配置基準以上の手厚い配置を行うなど、利用者一人ひとりにあった丁寧な個別支援が行われており、利用者、家族も安心して利用できるようになってきました。ハード面に於いても、ベッドや機器等の物的整備等、環境を整え支援が行われています。

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

利用者の重度化に伴いベッド、車椅子や物的整備等が増えたこともあり、生活介護の活動スペースが手狭になってきたように感じられました。排泄や睡眠等利用者一人ひとりの状況が異なっている為、プライベート空間の確保の検討を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

ご利用者が増えたことは、開設して10年を迎えてやっと地域に根付いてきたからではないかと感じています。限られた空間の中で、日中に使用されていない場所を工夫しながら活用することでスペースを確保し、新しい活動に取り組んでいきたいと思っております。

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（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 |
| <コメント> 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。 | | |

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 |
| <コメント> 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。 | | |
| 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 |
| <コメント> 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。 | | |

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>利用者の障がい特性にあったコミュニケーション手段を選ぶようにされています。重度化が進み、発語自体が出来る利用者も少なくなってきました。手話、筆談、絵カード等使用したり、表情の変化を読み取るなどし、コミュニケーションを取られています。必要な場合には、個別支援計画書にあげて対応されています。職員間はミーティング時やノートを活用し、利用者の状況を把握し共有されています。</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>利用者自身重度の方が多くなり、自分の意思を伝えられる利用者が少なくなったこともあり意見があまり出ないのが現状です。家族の方に趣味を聞くなどし、職員が複数の活動を準備し、その中から選んでもらう事が多くなってきました。</p> <p>休憩時にはパズルや読書、音楽鑑賞など自由に過ごしてもらえるようされています。</p> <p>個別支援計画書に於いても、利用者の主体的な活動を目指し、支援の向上、利用者の能力、機能を向上出来るように支援をされています。</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>出来るところは自分で行って頂き、見守りが必要な場面は見守り、直接の支援が必要な場合には支援という風に見極めながら、利用者一人ひとりの個別支援計画に挙げて支援されています。職員間で個別支援計画書の回覧や会議を開くなどし、利用者一人ひとりの自力で出来ること支援が必要なこととの摺合せを行い共有されています。</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>利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムとして定められていないが、近隣のショッピングセンターに買物に出掛けたり、利用者と一緒にやる掃除や調理などの活動を利用者一人ひとりに合わせて行われています。個々にテーブル拭き等の役割を持ってもらうようにされています。</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><コメント></p> <p>食事形態や介助方法等については利用者一人ひとり細かく決められており、アセスメントや医師からの指示等個別支援計画に挙げて支援されています。定期的にカンファレンス等で見直しを行われていますし、状態変化があればすぐに変更される場合もあります。食事形態は、利用者状況に応じたペースト、刻み食、特別食など様々な対応がされています。</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>年1回嗜好調査が行われ、リクエストメニューや選択メニューに反映されます。献立は予め配布され、パンやラーメンなども取り入れられています。また、行事食や季節メニューも取り入れられます。食事の折には食材についての情報を放送で流し食事に興味を持っていただく工夫や厨房から温冷ワゴンで運び、適温で提供出来るように工夫されています。</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><コメント></p> <p>食事時間はゆとりを持たせてあり、BGMを流すなどし、落ち着いて食事の出来る環境を整えておられます。自助具を使用したり、集中できるよう席を離して食べてもらったりされています。視界にあまり人がいない方がよい人は端の席に座って頂くようにされています。必要があればパーテーションなど使用し個室のような空間を作られることもあります。</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><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの情報シートやアセスメント票、個別支援計画書に入浴方法や介助方法等が記載されており、利用者の状況によって個別に対応し、特記あればサービス経過に記入されています。それぞれの障がいに合わせてストレッチャー、座位浴など個々に合わせて入浴をして頂いています。</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><コメント></p> <p>契約時等に希望は聞き、出来る限り希望に答えるようにされています。救護施設の浴室を使用する為、時間の部分等で希望に沿えない場合もあります。失禁等汚染された場合には直ちにシャワー浴対応されています。</p> | | |

| | | |
|---|--|------|
| A⑩ | A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | a |
| <p><コメント></p> <p>脱衣場の入り口にのれんを掛け目隠しにされるなど、プライバシーに配慮されています。脱衣所には冷暖房の設置もあります。救護施設の浴室を使用する為、個々の身体特性に合わない部分もありますが、シャワーチェア、個浴リフト、シャワーストレッチャーなど、利用者状況に応じて使い分けられています。原則的に同性介助となっています。</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><コメント></p> <p>プライバシーカーテンなどを使用し、プライバシーに配慮されています。排泄介助が必要な場合には、アセスメント票や個別支援計画書に基づき必要な支援を行い、記録も残されています。トイレ案内、おむつ交換の他に、尿器、便器の対応もされています。時間、頻度など、生活介護観察表に記入し必要な限りの支援が行われています。原則的に同性介助となっています。</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>毎日掃除され、清潔が保たれています。汚れたらその都度掃除されており、必要に応じ換気されています。トイレの設備としては、身体状況に合わせたトイレが用意されており、便座が温まるようになっています。</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>担当職員が気を付けるようにされており、汚れ等があれば、速やかに着替えてもらう対応が適切に行われています。</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>来園時（または随時）バイタルチェックを行い健康観察されています。日々、ご家族、看護師と連携を図りながら利用者の健康管理が実施されています。食後には歯磨きの支援も行われています。</p> <p>インフルエンザ予防接種や年2回健康診断の案内が行われ、希望者は実費にはなるが受けることができるようになっていきます。</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>体調不良や急変時は看護師に報告し、ご家族や医療機関に連絡し対応されています。必要があれば救急車要請もされます。それぞれの利用者に主治医がおられるので、体調不良時は家族に連絡し、対処方法を決めるようにされています。</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>与薬についてのマニュアルに沿って行われています。薬については家族の希望時のみ対応されています。薬情のコピーを頂くようにされています。持参された薬は、鍵のかかるロッカーでトレイに入れて保管されています。</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><コメント></p> <p>アンケートも実施して意見を聞いておられますが、利用者主体での活動は難しいので、職員が複数の活動を準備し、利用者のレベルに応じて、その中から選んでもらうようにされています。外部講師による音楽サークルを実施するなど、少しずつではあるが新しい活動が提供できるようになってこられました。</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><コメント></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><コメント></p> | | |
| A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等 | | |
| A㉔ | 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 |
| <p><コメント></p> | | |
| A㉕ | 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 |
| <p><コメント></p> | | |
| A㉖ | 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 |
| <p><コメント></p> | | |