

## 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

### ①第三者評価機関情報

評価機関名：	社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間：	平成20年7月24日（木）

### ②事業者情報

名称：	社会福祉法人鳥取県厚生事業団 鳥取県立鹿野かちみ園	種別：	知的障害者入所更生施設
代表者氏名：	理事長 西原 昌彦	定員（利用人数）：	70名（73名）
所在地：	鳥取県鳥取市鹿野町今市1078番地	TEL	0857-84-2033

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

鳥取県立の施設として長らく運営されている知的障害のある方々のための生活施設です。地域に根ざした運営を続けて来られ、地域の公民館との連携や、子育て支援事業への音楽療法の講師派遣をはじめ、強度行動障害の研修を関係機関に公開するなど、施設が持つ機能を外部に還元する取り組みは高く評価できます。利用者の生活の質を向上させるため、行政、医師、臨床心理士などの専門家との連携を図り、緊急の場合にはこれら関係者が集ってのカンファレンスが早急に開かれるなど、利用者尊重のサービス提供にも努力されています。

#### ◇改善を求められる点

利用者満足の向上に向けた取り組みについて、措置からサービス提供へと体系が変わる中で、利用者本人の満足をどう把握し、向上につなげていくのか、その仕組みの構築に期待します。  
また、サービスの質を確保するために、職員の自己評価に取り組まれています。評価結果に基づく課題の設定と、課題に対する改善策・改善計画を立てられることが課題となります。マニュアルの見直しについて、いつ、どのように、誰が取り組むのかの明記が求められます。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

### ⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

# 福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（55項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

## 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

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	Ⓐ b c	法人理念・基本方針、施設の理念・基本方針とも、施設内のわかりやすいところに掲示され、ホームページでも公開されています。また、パンフレットに折込み関係機関へも配布されています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ b c	
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ b c	職員会議で平成19年度末から検討を重ね、平成20年度当初に確立したものです。職員が理念・基本方針の構築に直接携わっておられ、毎日朝夕、唱和されています。利用者へは20年4月に説明され、ユニット毎に掲示して、周知につとめておられます。家族へは保護者総会で説明されていますが、欠席者には郵送されています。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ b c	

### Ⅰ-2 計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	Ⓐ - c	法人事務局が示した様式に従って、施設運営・財産管理、福祉サービス向上、組織・職員（人材育成）の3分野に分けて、5ヵ年分の計画が策定されています。単年度の事業計画はこの中・長期計画に沿ったものとなっています。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	Ⓐ - c	
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ b c	職員が部門別に前年度のまとめを行い、総括会議で評価見直しを行った結果に基づき、中・長期計画、法人の計画を盛り込んだ、事業計画が策定されています。利用者・保護者・職員に計画書を配布し説明し、周知に努められています。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	Ⓐ b c	

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	(a) b c	施設長の役割が組織図によって明確にされており、年度当初の職員会議、前年度末発行の広報誌で責任と方針が示されています。 遵守すべき法令等に関して虐待防止、労働関係法令などがリスト化され閲覧が可能な状態で保管されています。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	(a) b c	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	(a) b c	日常的に施設内の諸問題を把握するとともに、毎月開催される「サービス向上、経営改善委員会」（かちみ園、第二かちみ園合同）を通して、経営・業務の改善点が把握されています。把握した課題と改善に向けた指導力は委員会等の発言により発揮されています。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	(a) b c	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	(a) b c	現在最も大きな課題となっている新サービス体系への移行について、新体系移行検討委員会を中心に、毎月会議を開催するなどして把握や分析が行われています。 利用の可能性のある人数が市町村別一覧となって把握されています。また、年1回以上各市町村との調整会議が行われており、連携が図られています。 利用稼働率の報告により、経営状況の把握と、経費削減のための各数字の推移は法人各施設ごとにまとめられ、把握されています。 上下半期毎に経営の見直しがされており、事務部門の会議の中で経営改善のための取り組みがなされています。 外部監査は行われていません。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	(a) b c	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a b (c)	

### Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a) b c	中・長期計画に資格取得に向けた目標を明確にし、取り組まれています。 人事考課は実施されていません。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a b (c)	

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	Ⓐ b c	年休が取得しやすい環境を整えるため、パート職員の導入など工夫されています。仕組みとしては、総務企画担当において、年休取得、時間外勤務数を定期的にチェック、把握されています。衛生管理委員会が設けられ、産業医に相談できる体制が整えられています。 鳥取県公社・事業団職員互助会に加入するほか、施設内での親睦会も年数回行われており、福利厚生事業を実施されています。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ b c	
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	Ⓐ b c	法人・施設ともに基本方針で職員の研修・教育に取り組む姿勢が明確にされています。 個別の職員の計画に沿った研修が受けられるよう配慮されており、中・長期計画では、施設としての研修計画が明確になっています。 研修報告会や朝礼を利用して復命報告がされています。法人・施設・個人別に年度末には見直しが行われています。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	Ⓐ b c	
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ b c	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	Ⓐ b c	実習受け入れマニュアルに基づき、年間延べ100名の実習生が受け入れられています。学校によっては実習協定が結ばれており、実習指導が計画表の作成に基づき、適正に行われています。 また、必要に応じて学校とも協議されています。
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	Ⓐ b c	

### II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ b c	防災（火事、地震）、感染症予防マニュアル、リスクマネジメントマニュアル等が整備されています。防災訓練はマニュアルに従い、2ヶ月に1回行われています。 リスクマネジメントマニュアルによって、ヒヤリハットシステムが構築されており、ユニット別、作業班別に1ヶ月に1回の対策・評価会議が設けられています。
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	Ⓐ b c	

## II-4 地域との交流と連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との連携が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ b c	<p>利用者が地域の公民館活動に参加できるよう、公民館便りをユニット内に掲示するなど、利用者が地域に出て行くための環境が整えられています。また、地元地区社会福祉協議会と鹿野かちみ園が毎月交互に「ミニデイ」を開催し、それに地域の方や利用者が参加され交流をされています。</p> <p>強度行動障害の研修を公開とし、子育て支援（こじか園）へ音楽療法の講師を派遣し、事業所の機能を地域に還元されています。</p> <p>ボランティアの受け入れはマニュアルに基づき行われています。</p>
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ b c	
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	Ⓐ b c	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ b c	<p>「よりよい暮らしのために」を各部署に配置し、職員の情報共有が図られています。</p> <p>各市町村、『エール』鳥取県自閉症・発達障害支援センター、医師、臨床心理士を交え、ケース検討会が毎月開催されるとともに、必要に応じて随時開催されています。</p>
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ b c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ b c	<p>民生委員との意見交換会を年1回開催し、ニーズの把握が継続的に行われています。</p> <p>各市町村との連携による日中一時支援事業、日帰りショートステイの受け入れ、障害者グループホームの運営が行われています。</p>
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	Ⓐ b c	

## 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

評価項目	第三者評価結果	コメント
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り組みを行っている。	Ⓐ b c	<p>利用者尊重について基本理念に明示されており、プライバシー保護マニュアルを整備して職員への周知徹底を図り、職員の人権研修にも取り組まれています。</p>
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	Ⓐ b c	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	Ⓐ b c	<p>利用者主体のサービス提供について基本理念に明示され、利用者自治会、保護者会を通じて定期的に施設に対する要望等の聞き取りを行っておられます。</p> <p>ユニットを通して日常的にもニーズの把握に努めておられ、保護者アンケートの結果に基づき、改善策の検討がされています。</p> <p>検討に基づく具体的な改善について、今後の取り組みに期待します。</p>
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a Ⓑ c	

Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	(a) b c	相談に応じる基本姿勢は運営方針に明示されており、苦情受付について窓口担当者、第三者委員が施設内に掲示されています。 苦情解決検討委員会実施要綱による苦情解決システムが確立しており、委員会は年4回開催されています。 利用者からの意見について自治会や給食委員会などを通じ、積極的に聞く姿勢を保っておられ、出た意見に迅速に対応されています。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	(a) b c	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	(a) b c	

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	(a) b c	全職員が年2回の自己評価を行うこととなっており、現在までに1回の評価が終了しています。 職員間での自己評価結果を基に、ユニット会議と全体会議で課題について取り組まれつつありますが、自己評価から本評価調査までの期間が短い為、課題の明確化までには至っていません。今後の取組みに期待します。 直接サービスに関しては、計画を立て、改善に取り組む予定とされています。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a (b) c	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a b (c)	
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	(a) b c	個々のサービスについて各マニュアルが整備されています。 各マニュアルについて、年1回見直す方針はありますが、担当部署が明確化されていません。今後、見直しの仕組みの確立について取り組まれることを期待します。
Ⅲ-2-(2)-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 b (c)	
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 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	(a) b c	ケース記録はルーム担当、副ルーム担当が確認し、主幹から施設長に報告されています。 記録の管理は「厚生事業団運営規程・文書管理規程」に基づき、保存・廃棄され、法人の「情報開示規程」に基づき開示要求に応じられます。 各ユニット連絡簿、作業班日誌により情報の共有化が図られます。
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) b c	
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	(a) b c	

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	(a) b c	ホームページによる情報公開のほか、「かちみ園・第二かちみ園だより」を福祉事務所等109の関係機関に発送されています。 サービスの開始に当たっては、利用者と家族に施設を見学していただくよう配慮されています。 サービス開始時には重要事項説明書等、各資料により主幹が説明し同意を得ておられます。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	(a) b c	
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	(a) b c	移行については「入退所取り扱い要領」によって対応されています。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a) b c	個別支援マニュアルが整備され、アセスメントが行われています。見直しは定期的なものは毎年8月と定められていますが、状況に変化があれば、常時見直されています。 個別支援計画では、食事・排泄・入浴の場面ごとによる課題の設定と、健康面その他の状況が記載されています。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a) b c	
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	(a) b c	策定責任者が定められており、カンファレンス会議において職員で情報が共有されています。定期的に行われるカンファレンスでは利用者、家族の同意を得られています。 サービス実施計画の見直しに緊急を要する場合には、内部・外部を問わず必要なメンバーを集めて早急に見直しを行い、変更内容はサービス関係会議、連絡簿を利用して全職員への周知が行われています。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	(a) b c	

# 福祉サービス第三者評価結果 (付加基準－障害者・児施設版－)

※すべての評価項目（26項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

## A-1 利用者の尊重

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 利用者の尊重		
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)・b・c	利用者ひとり一人の個別の状況に応じたコミュニケーション手段や方法が工夫され個別の支援計画に反映されています。 自治会が組織されており、役員会に職員が参画し活動を支援しながら、利用者の活動を支援されています。 外部の知人との交流は相談室利用、自室利用など自由に選択できるよう配慮されています。 介助について個々のアセスメントにより確認し、利用者もしくは家族の了解を得て行われます。 社会生活を高めるプログラムを個別支援計画によって定め、取り組まれています。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・b・c	
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)・b・c	
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)・b・c	

## A-2 日常生活支援

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 食事		
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)・b・c	個別の身体状況に応じて食事形態やカロリー等を考慮した食事が個別支援計画に基づいて提供されています。 給食委員会に自治会役員が参画することで、利用者の意向を伺い、献立に反映されています。 食事に関するマニュアルに基づき、喫食環境の整備や食事時間の個々の配慮がされています。
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)・b・c	
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a)・b・c	



A-2-(2) 入浴		
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)・b・c	入浴支援マニュアルと個別支援マニュアルに基づき、個別の状況に応じた介助がされています。 入浴可能な時間は13時30分から21時。この他に外での作業後や失禁など必要と希望に応じて入浴ができるよう配慮されています。 脱衣場の冷暖房は身体状況に応じて調節するように配慮し、カーテンやタオルの工夫によりプライバシーを確保されています。その他、利用者自治会役員会、会議等で常に検討し改善に努められています。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	(a)・b・c	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	(a)・-・c	排泄マニュアル、個別支援マニュアルを整備すると共に、必要に応じてチェックリストを作成し、個別支援計画に基づき支援されています。 身体状況に応じた設備・補助具を配備し、プライバシー配慮も行き届いたトイレが整備されています。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	(a)・-・c	
A-2-(4) 衣服		
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。	(a)・b・c	利用者の好みを尊重したうえで、必要に応じて職員が助言し衣類の購入など支援されています。 汚れ、本人の希望により適切に更衣の支援をされています。
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)・b・c	
A-2-(5) 理容・美容		
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。	(a)・b・c	髪型や地域の理美容院の情報を提供し、利用者の好みを尊重した支援をされています。 地域の理美容院活用の希望があれば、必要に応じて送迎や付き添うなど配慮されています。 単独で出かけることのできる利用者への配慮として、理美容院へ事前に電話連絡し調整されています。
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)・b・c	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a)・b・c	夜間就寝時の介助マニュアル、個別支援マニュアルで対応されています。寝具は利用者の好みに応じて使用できます。 不眠のある場合は医療相談などで対応されています。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	(a)・-・c	協力医療機関の確保により、意思の定期的検診を実施され、施設看護師による健康指導が随時実施されています。 健康面に変動があった場合には医療マニュアル、服薬管理マニュアルで対応されます。 薬の情報は家族・本人へ説明されており、服薬状況について、拒否などで服薬できていない場合に日誌に内容を記載し、職員間での情報共有が行われています。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	(a)・-・c	

A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
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)・b・c	余暇利用に関する利用者アンケートが実施されています。行事やイベントの情報を利用者の特性に配慮した方法で提供される他、地域の夏祭りなどに積極的に参加するため、外部のボランティア等の協力体制が整っています。
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	(a)・b・c	外出は利用者の希望に応じて行われ、付き添いの希望があれば職員が同行、安全確認が必要な利用者は連絡カードを携帯するよう配慮されています。通院や買い物などボランティアにかかわっていただくよう積極的に取り組まれています。利用者、家族の要望に応じて外泊を実施されています。
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。	(a)・b・c	
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
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)・b・c	預かり金管理規程を整備し、管理責任者が明確にされ管理体制が整っています。自己管理が可能な利用者には小遣い帳を利用したの管理を支援されています。新聞雑誌の個人講読が可能なほか、新聞は事務所に準備されており、閲覧が可能な状況です。嗜好品について個別支援計画に基づき、本人の意向が尊重されています。なお、たばこについては健康への影響のあることをポスターで情報提供されており、飲酒については他の利用者との関係もあり、時間等のルールを決めるよう話し合いがされています。
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。	(a)・-・c	
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。	(a)・-・c	