

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名： 特定非営利活動法人『サークル・福寿草』 (認証番号21地福第1490-2号)
訪問調査 実施日： 平成22年10月14日(木)

②事業者情報

名称:(法人名) 社会福祉法人愛知県厚生事業団 (施設名) 愛知県希全センター	種別:(施設種別) (基準の種類) 施設入所支援 生活介護 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 水野行雄	定員(利用人数): 200名
所在地:〒441-1231 愛知県豊川市一宮町上新切33-267	TEL(0533)-93-2062

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・社会福祉法人愛知県厚生事業団傘下の障害者施設として運営がなされており、設立当時から愛知県の影響下にあったこともあり、法人本部の統一的管理体制やマニュアル類の整備等によって、良好なサービスが提供できていると判断した。</li><li>・職員の研修体制や処遇も他の社会福祉法人の実施実績を大きく上回っており、職員のモチベーションも高いレベルにある施設であると判断できる。</li><li>・利用者の高齢化は避けられないが、現行の職員配置基準でほぼ限界一杯のケアが為されていて、役職員の熱い業務取り組み姿勢を感じる施設である。</li></ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者の高齢化と経営体制の自主路線の中で、提供サービスの質維持と職員処遇の維持は、二律背反の関係にあるものと思われる。役職員が更に一丸となって課題解決策を模索して頂きたい。</li><li>・地域並びに同業障害者施設のリーダー的役割も更に期待したい。</li></ul>
---

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>生活介護事業及び利用者の生活に対する深い観察と施設に対する率直な指摘を真摯に受け止めて行きたいと思えます。</p> <p>今回の第三者評価により希全センターとしての課題が明確になり、今後職員間での共通認識となるよう努力し、サービス向上のために役立てていきたいと思えます。</p>
--

⑤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。

(別添)

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(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

			第三者評価結果
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。	障 1	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	Ⓐ ・ 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。	障 3	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

★法人の理念「ノーマライゼーションの理念に基づき、利用者の尊厳を守り、利用者一人ひとりの生活を大切にしたい支援を行いません」は明文化されている。基本方針(経営方針)「サービスの質の向上、地域との共生、人材確保・育成、財政基盤の安定化、ガバナンスの確立」として策定されており、理念との整合性も確保されている。いずれも事業概要、パンフレット等に判り易く記載されている。

★職員朝礼・会議や新人研修また、班(職種)別会議、各種委員会等で周知確認し理解を促す取り組みを行っている。利用者懇談会では、理解しやすいよう障害の軽重別に分ける等工夫している。年一回開催の家族会でも分かりやすく説明する等、施設の考え方や取組みが理解しやすいよう工夫が為されている。

### I-2 計画の策定

			第三者評価結果
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。	障 5	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 6	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	Ⓐ ・ b ・ c

## 評価機関のコメント

★計画は課題や問題点が総合的に把握され、利用者への良質サービス提供を基本とした具体的な内容になっている。現在、新5ヶ年計画(23~27年度)の計画策定に取り掛かっている。計画は、福祉サービス内容の改善を中心課題として、職員体制の見直し、老朽化設備の更新等具体的な内容として示されている。

★計画の策定では、全職員の意見聴取の仕組みはあるが、実施状況の把握や評価、見直しでは参画する職員は一部に偏っている。計画は班別会議、各種委員会、部会を通じて説明しており、職員が理解されるよう配慮されているが、進捗状況の取組みでは同様の取組みができる様、今後の工夫が必要である。毎月の利用者懇談会で行事計画と共に説明したり、広報委員会が作成した「センターだより」等で家族等にも理解し易いよう広報する取組みが為されている。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
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。	障 10	㉑ ・ b ・ c
I-3-(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。	障 11	㉑ ・ 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組に指導力を発揮している。	障 12	㉑ ・ b ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	㉑ ・ b ・ c

## 評価機関のコメント

★事務分担表で管理者の役割と責任が明文化されており、全職員にも理解され、利用者からも支持されている。法人本部からのバックアップもあり、基本的な関連法令についてリスト化されており、管理者は法令遵守の大切さを正しく認識している。最新の法令等については、職員会議で徹底し遵守するよう取り組んでいる。

★管理者は、利用者尊重の提供サービスの質の向上に意欲を持ち、組織として「外部評価」に取り組むにあたり、職員にも項目別に自己評価を割り当てる等、具体的な取り組みを明示して指導力を発揮している。障がい者自立支援法や法人本部の予算制度によって収支には一定の制約があるが、管理者はコスト意識を常に持っており、雨水装置、水の節約器具で水道料の節減、電気料金の節減等前年度よりも大幅に効率化が図られている。

## 評価対象 II 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果	
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。	障 14	㉑ ・ b ・ c
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組を行っている。	障 15	㉑ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉒

## 評価機関のコメント

★外的な動向を把握するため、法人本部が提供する情報や身障協だより、福祉新聞、月刊福祉等の出版物あるいは地域の自立支援協議会、実習指導者懇談会、ボランティア交流会で交換された情報など総合的に活用して環境の変化を把握している。四半期ごとに経営分析やコスト分析を行なっている。経営状況や改善すべき課題については班別会議にて検討され、各種委員会でもさらに検討され改善に向けた取組を行なっている。

★外部評価については、適切な監査機関が存在しない為、残念ながら未実施である。

## Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
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。	障 17	a ・ ⑥ ・ c
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。	障 18	a ・ ⑥ ・ c
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	障 19	a ・ ⑥ ・ c
Ⅱ-2-(2)-②	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	① ・ 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。	障 21	a ・ ⑥ ・ c
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組が行われている。	障 22	a ・ ⑥ ・ 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。	障 23	a ・ ⑥ ・ 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	実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 24	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

- ★従来は、ほぼ同一の人事管理基準であったが、新5カ年計画では独自の人事管理基準が実施される予定である。
- ★有給休暇消化率や超過勤務、疾病状況は定期的にチェックされている。しかしながら、有給休暇取得は現状の人員体制では、互いに取りにくい状況である。国の要員基準に問題を感じる。福利厚生面では、法人としての現行の(制約の)中では充実しているレベルであると判断できる。
- ★研修面では、法人本部が行う研修が体系的に計画されている。その他に職場研修が年二回実施され、新人職員は先輩について実践指導が行われ、それぞれ受講している。研修終了後、報告レポートを作成させて会議、各種委員会等で発表させ、研修成果の共有化と研修結果の評価も意図している。
- ★実習生受け入れのマニュアルが整備されるとともに実習指導者研修も実施しており受け入れ体制は完備している。

## II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	① ・ b ・ c
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	① ・ b ・ c
II-3-(1)-③	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。	障 27	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

★緊急時対応マニュアルや個人の連絡台帳類が整備され、利用者の安全確保に関する担当者が決められている。感染症対策委員会を設置し毎月開催されている。感染症については豊川市とも連携が図られ注意情報が瞬時にメールで入るシステムになっている。防災委員会が設けられており、防災規定とマニュアルに基づいて定期的に(年四回)避難訓練が行なわれている。他に部分訓練として消火器の取り扱い方、地震ビデオの視聴、通報訓練等、避難訓練を含めれば毎月実施されている。ハード面でも建物は平地にあり一部3階建てであるが、避難通路としても使用可能な広いベランダもあり、車椅子での避難上も安心できる構造になっていて安心できる。ヒヤリ・ハット事例が生じた場合、報告書に基づいて(介護)事故防止委員会で発生要因を分析し、未然防止策を検討している。

## II-4 地域との交流と連携

			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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	① ・ b ・ c
II-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	① ・ 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。	障 30	① ・ 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。	障 31	a ・ ① ・ c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	① ・ b ・ c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	① ・ b ・ c
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。	障 34	a ・ ① ・ c

### 評価機関のコメント

★豊川市ボランティアセンターや地元の小学校へ講師を派遣する等、地域内で孤立しないよう積極的に『出前スタイル』で地域との交流に努力している姿勢を評価したい。その他、地域交流委員会が設けられ、地域住民対象の介護教室(在宅介護)等の講習を実施した。さらに、施設の敷地が広いので、子供達に遊び場として開放したり、グラウンドは週1回地域のグラウンドゴルフ愛好会に提供している。ボランティア受け入れに関するマニュアルが整備され積極的である。  
★利用者サービスの質の向上のため連携が必要な福祉事務所、保健所、病院、ボランティア団体、地域の公園等の社会資源を職員間で共有している。自立支援協議会、就労部会等へ定期的に参加し、連携を図り具体的な課題や事例検討を行なっている。  
★地域行事やセンター祭りでアンケートを実施し、ニーズの把握に努めている。福祉推進委員・民生委員等と会議を行い福祉ニーズの取り組みを行なっている。相談支援センター設立計画があり職員に相談支援従事者研修を受講させている。

## 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もつための取組を行っている。	障 35	㉠ ・ b ・ c
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。	障 36	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	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。	障 38	㉠ ・ b ・ c
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。	障 39	㉠ ・ 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。	障 40	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

★理念が職員に伝わり、利用者を尊重する姿勢は「利用者の呼び方」から始まり、「きづいて」いただく姿勢で、職員の意識調査も行い、職員には徹底されている。規定等が整備されており、2年～3年に見直し改善整備に努め、プライバシー保護には配慮されている。

★利用者の司会で「話し合い」を行い、満足度を分析して対応している。家族の会も年1回行う姿勢を評価したい。

★利用者の意見は、センター長以下、職員たちに、利用者は気軽に声をかけ、又、職員からも目線を下げた話しかけの姿勢が、意見箱に投稿する必要もなく、担当職員以外の職員にも相談できる雰囲気意見は職員間で共有されている。

★苦情解決の説明、方法が表示されている。又、法人本部に直接申し出る事も可能で、苦情解決の受付担当者・苦情解決責任者も決められている。検討会議も行い、積極的な取組である。苦情や意見の処理は、その日に解決に向け迅速に対応している。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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。	障 41	a ・ ① ・ c
Ⅲ-2-(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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	障 42	a ・ ① ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供する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。	障 43	① ・ b ・ c
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。	障 44	① ・ 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。	障 45	① ・ b ・ c
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。	障 46	a ・ ① ・ 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。	障 47	a ・ ① ・ c

#### 評価機関のコメント

★最低年1回は、自己評価を行い見直しの姿勢やマニュアル整備も十分である。評価結果の分析等は、職員間で課題として共有化されている。

★個別に提供するサービス内容が計画書により実施されている。研修や個別の指導、利用者尊重のプライバシー保護についても、織り込まれ実施され、生活支援のリハビリ実施計画も立てられ、綿密な記録がなされ、職員に周知も徹底している。定期的に検証し、必要な見直しも施設全体で取り組んでおり反映されている。

★適切に記録されていると評価する。関係職員の連携も十分で、サービス管理責任者の会議も行っている。記録は、各種よく書かれ、整備されている事に敬意を表したい。

★記録の管理面においては、個人情報保護法の理解はされ、遵守努力は窺える。パソコンによる、利用者状況をシステム化し、職員が共有化し、具体的に取り組んでいる。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	
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。	障 48	a ・ ㉑ ・ c
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。	障 49	a ・ ㉑ ・ 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	施設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。	障 50	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

★利用者との契約書には、一応利用者が選択出来るサービスは、用意しているが、利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に取り組んでいるとは言えない。サービス開始の同意を得るにあたり、組織として様式に基づき「入所者台帳」は、整備されており、職員の説明も十分と理解した。  
 ★この項目に関係する利用者は少ないし、相談者も少ないのが現況。移行にあたり老人ホームの見学、関係機関との連携は行っている。家庭等からの電話等のサービスも行い対応している。現状では地域への移行は地域環境や理解度により、難しい問題である。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	
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。	障 51	㉑ ・ 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。	障 52	㉑ ・ b ・ c
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。	障 53	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

★利用者の身体状況や生活状況、行動の特徴、希望等を正確に、必要事項が記録されている。  
 ★一人ひとりのサービス実施計画が策定され、体制が確立されている。部門別に様々な職種による関係職員が合議し、利用者の意向を把握し、同意書の手順で定められた内容で実施されている。又、サービス計画書にそってサービスが行われ、仕組みが構築され十分に機能している。  
 ★サービス実施計画で、特に身体機能が低下しないように配慮目配りをおこなっている。個別支援計画、リハビリ実施計画、栄養ケア計画等の評価、見直しも行っている。半年に1回を基準に、臨時会議を、担当者会議と名づけ、5名前後の職員で実施している。  
 ★個別支援のケースは、三年前に1ケースのみである。地域移行については、受け皿の問題、地域の民生委員等関係者の支援も難しい現状がある。



### Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(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。	障 55	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(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。	障 57	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-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。	障 60	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、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。	障 62	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 65	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(5)-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。	障 67	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5)-②	衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(6)-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。	障 69	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 71	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 72	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	㉒ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	a ・ ㉑ ・ c

Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-5-(9)-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。	障 75	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(10)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(11)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-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。	障 79	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-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。	障 80	㉔ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<p>★言葉の理解が難しい、無理な場合もある、コミュニケーションを確保するために、文字盤を使用したり、物を指でさす方法とか、利用者に合った手法で取り組み支援している。まだまだ工夫が必要で、構音障害者への支援の課題がある。</p> <p>★利用者の希望の支援は行っている。組織的な自治会は組織されていないが、主体的な活動はできる限り支援している。外出の支援、つどいの相談には対応している。主体的な活動に向けてボランティアも募集しているが、専門的なボランティアは難しい。障害者と言う事で社会的に困難点もあり、地域への働きかけが必要。</p> <p>★基本的には、見守りと支援の体制は整備されている。職員定数、職員の休日等により、入所者が多様で迅速な支援のバランスと共通認識の確立に努力中である。</p> <p>★利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムが不十分である。地域とのかかわりとして、近隣の中学生、グランドゴルフの皆さんとの交流は継続中。</p>
<p>★個別支援計画に基いての献立が用意され、メニューも工夫されている。アレルギー対策も十分注意されている。</p> <p>★食事の場面を見せていただき、利用者の食事も頂きました。一言に美味しい、利用者の食事風景もなごやか、楽しく頂いている。食堂の利用者スペースも十分で、一寸した雰囲気工夫もされている。利用者の卓上調味料の使用には、問題もあるので、味付けには配慮され、調味料の必要性はない。給食委員会を設置し、嗜好調査等の検討会、記録も整備されている。</p> <p>★食事ケア部会は、月一回、必要時には随時実施して、喫食環境には、十分配慮されている。食事時間もゆったり食事できる体制がとられている。</p>
<p>★広いスペースの脱衣場、浴室。通常の浴槽、障害の程度による浴槽、利用者の障害程度や介助事情に配慮されている。</p> <p>★一応、利用者の希望に沿ってサービス提供がされている。毎日入浴を希望する利用者もいるようだが、介助の必要な利用者対応の職員体制、現在の障害者自立支援制度でのサービス提供に検討の余地がある。</p> <p>★「環境は適切であるが、検討の余地がある」に該当。構造上の問題で、改善は簡単に行う事は無理。</p>
<p>★業務(排泄介助)マニュアルが整備されており、月1回排泄ケア部会を開き、常に、安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応が行き届いている。</p> <p>★綺麗であり、トイレ臭も感じられなかった。</p>
<p>★購入は、利用者さんの負担で、利用者さんの意思で問題無く購入している。支援員が、情報提供、買い物支援等に応じている。★利用者さんが、基本的に着替え等は行っている。清潔面については、問題ないが、破損等については、速やかに対応するための業務手順については、検討の余地があるか。</p>
<p>★外部の方が対応している。髪型や化粧のし方等について、個人の好み等について記録しており、理容・美容に関する情報も提供の用意がされている。施設内に理容室、美容室の設備も整っている。</p> <p>★専門店が来所し、施設内の理容室・美容室で低額で利用できるシステム、利用者さんが満足するように配慮されている。</p>
<p>★全個室で、ほぼ問題なし、障害の程度により「薬の服用」や、安眠できない場合は、連絡帳に記載し、医務室で安眠できるように配慮されている。</p>
<p>★概要書に十分に説明されていた。医師と看護師との連携十分。夜間等にも当番で自宅待機等のシステムも配慮されていて適切である。</p> <p>★緊急時の病院は、20分以内の「豊川市民病院」で、救急車は施設のそばに常設されている。必要時に、迅速かつ適切な医療が十分に受けられる体制が整っている。歯科については、施設内で治療が受けられるよう配慮されている。</p> <p>★通常的には、看護師が管理し、薬の目的、性質・効果・副作用等の注意事項については適切であるが、服用時に利用者さんに薬を配布してから、誤薬・服用忘れがある。健常者なら、利用者さんの責任となるが、今後の対応についての検討の余地があるか。</p>

<p>★話し合いや利用者さんの意向により、ほぼ希望が反映されているが、個別支援の面では、利用者さんの人数も多く全体的に多方面からの支援はまだ検討の余地がある。利用者さんの感想文を読ましていただいた、みんなそれぞれに楽しさを綴っていた。</p>
<p>★問題なく、利用者さんの希望で行われていて、事故防止等の指導もされている。施設としては、A評価。利用者さんの外出先においての、実態把握面ではB評価とする。 ★外泊する利用者さんは、少ない。日頃の外泊、盆・正月の外泊は強制する事なく、利用者さん家族等の事情を十分配慮して行っている。</p>
<p>★預り金管理規定で、担当責任者がきめられ、預金通帳で管理されている。受け入れ、本人渡し等は、証票で、領収書も整備し、本人に渡した場合等は「受け取り印」で確実、適切な管理体制となっている。 ★利用者さんの意思、希望で購読している、業者さんの理解もあり、無理も聞いていただけ、不自由もない。テレビ等は利用者さんの持ち込みもあり、楽しんでいる。利用者さんの意思や希望が十分配慮されている。 ★水曜日は、飲酒の日。タバコは自由。管理の出来ない利用者さんは事務所で管理している。共同生活上も問題ない。ただ、外出時において、たまにお酒を購入しての問題があるから、B評価と自己評価しているが、個人の外出先も監督は無理と解しA評価とする。</p>