

〔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12月7日(火)

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) 愛知県はなのき寮	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) 滝 賢治	定員(利用人数):	100名
所在地:〒495-0001 愛知県稲沢市祖父江町祖父江藤梓3-2	TEL (0587)-97-2226	

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・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。・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。・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。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・利用者の高齢化と経営体制の自主路線の中で、提供サービスの品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。・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。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回はじめて、福祉サービス第三者評価を受審し、当施設の福祉サービスの質について、専門的かつ客観的な立場から評価をしていただきました。</p> <p>この調査結果は、当施設の基本理念である、利用者のニーズを的確に把握し、質の高い福祉サービスの提供と地域に貢献するための課題や問題点を明確にできたものとなりました。今後、評価結果を真摯に受け止め、評価の高い点についてはさらに推進し、改善を求められた点については検討し、利用者や地域のみなさんにとってより良い施設となるよう職員一丸となって努力していきたいと考えています。</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。

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-(認訓)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

★基本理念や使命・役割を事業概要及びはなのき寮事業計画等に明文化されている。また、施設の廊下や支援員室等にも掲示されている。法人の職員倫理綱領や行動規範を定め、障害者福祉の基本的な考え方を明示している。
★理念や基本方針等を定められている事業計画は、冊子として各職員に配布されている。入所型施設の都合から全員が一堂に会することが困難な状況であるが、忘年会の席など職員が多く集まる場を活用し寮長から話をするなど、全職員の理解・周知がなされるように十分な工夫や取り組みが行われている。ご利用者に伝わるように施設内の掲示物は見やすいように掲示物の高さや文字の大きさなど工夫がされている。利用者懇談会は月に1回行われている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	Ⓐ ・ b ・ 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

★継続的に法人として5カ年計画を策定し運営されていることが確認された。中・長期的なビジョンと計画が策定されていると判断した。年度の事業計画もこれらの方針に沿って策定されており、単なる行事計画ではないと判断した。
★各部署の意見や要望を踏まえたうえで、各部署の責任者9名が運営会議を通じて事業計画の策定が行われている。職員に事業計画等を配布し、説明等を通じて周知する取り組みを行っている。進捗状況を把握するため自己評価を行う取り組みの仕組みがある。利用者や家族にも事業計画を配布している。利用者懇談会等での説明の機会を設けるなど理解を促すための工夫や取り組みが十分になされている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

★寮長はじめ管理職員の役割や責任は、事業計画に明記されており、有事における役割や責任を明らかにしている。コンプライアンスの徹底を寮長及び管理職員は強く意識しており、経営方針の一つとして掲げ委員会活動にも積極的に取り組まれている。
★寮長自らが、「あかるく・楽しく・元気よく」「あいさつ・笑顔・思いやり」という姿勢を職員に伝えるとともに、率先して実行されている。人員体制は法人の方針の範囲で検討され、経営や業務の効率化や改善にむけた検討結果を事業概要や事業計画等でまとめられている。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ Ⓒ

評価機関のコメント

★市町村の連絡会議や、家族・利用者との懇談会などを開催する中で、福祉に関するニーズや変化に対応できるようにしている。現在上がっている課題として、経管栄養など医療的ケアのニーズが増加していることへの対応で、事業所独自というよりは制度や法律との兼ね合いもあるので100%の対応が出来ないまでも、『あんかけ食』を導入するなど工夫をされ実践している。自己評価や委員会活動など課題を発見する取り組みが継続的に行われている。その中で施設の設備上の問題(県の建物であり増改築が容易にできない)等があり、6人部屋の解消など制約がある現状にある。事業概要等で利用率の分析等を行い、経営状況を職員に説明する取り組みはなされている。
★外部監査は行なわれていない。

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	㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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。	障 23	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

★内部的にもサービスの質を確保するための仕組みは整備されている。新しい5カ年計画では人事考課制度を本格的に導入する方針となっている。

★有給休暇はお互いで協力して取り合えるように工夫され、改善に向けた取り組みを実践されている。ソウェルクラブに加入し総合的な福利厚生事業を実施しているとともに、はなのき寮友会など福利厚生の増進に積極的に取り組まれている。職員健診やインフルエンザの予防接種なども職員負担がなく受けられるように配慮されている。

★事業計画等に職場研修計画が策定されており、目的・内容・スケジュールが定められており、職員を教育する基本姿勢が明示されている。職員の経験や勤続年数等を勘案している。

★実習生を受け入れる事業所独自のマニュアルがある。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

★緊急時に対してのマニュアルや記録はしっかりと実施されており、それを基に委員会等で検証・検討を行うことを組織として体制が整備されている。利用者の安全確保のため計画的に訓練を実施されている。立地的に風水害が心配されていることもあり、地域住民と連携した風水害対策マニュアルが策定されている。事故の報告書を元に事例を収集し、事故虐待防止委員会において要因分析・対応策を検討されている。利用者本人の主体的な動きの支援と未然防止の取り組みは意識的に取り組まれている。

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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>★地域との基本指針や対応方法が明記されており、職員に周知されている。地域住民に向けて、グラウンドや会議室などの提供を行ったり、小中学校には福祉実践教室で車椅子の指導を行っている。ボランティアマニュアルとともに、受け入れ担当者が明示されている。</p> <p>★各種関係機関との連絡方法や体系等も職員間でも情報の共有化が可能のように配慮している。困難事例についても積極的に関わりを持ち、具体的な解決に向けた取り組みが実践されている。</p> <p>★地域自立支援協議会に委員として寮長が参加するなど、身体障害に関する支援を必要としている方からの相談や福祉ニーズ関係各所と繋がり把握されている。在宅を支援する目的でショートステイをはじめ積極的に受け入れを行っている。</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。			
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

★身体拘束や虐待防止に関する委員会があり、アンケートを取るなどして職員の意識を高め、周知徹底されている。利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアルの整備がされており、6人部屋の現状の中でもカーテンを使用し、個室化を図り、一人になりたい時に自由にくつろげるスペースの確保も執られている。

★利用者への個別の相談面接や聴取を日常的に担当が行っている。毎月1回利用者懇談会が行われている。

★利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意志疎通の状況に応じて支援体制があることを、分かりやすく説明した文書を作成し、配布されている。わかりやすく説明した掲示物も掲示されている。また、利用者や家族に対して、アンケートの実施などをされており苦情を申し出やすい工夫を行っている。

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	㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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。	障 47	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

★定められた評価基準に基づいて年1回自己評価を行い、毎月ボランティア等、施設外の方の評価を受け、それらの評価を分析・検討する場が組織として定められ実行されている。職員の参画により評価結果の分析を行い、分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。

★提供するサービスについて標準的な実施方法(マニュアル)があり、項目別に「援助」「実態」「希望」等立案され、それに基づきサービスの提供を行っている。年に2回個別支援計画を見直し、その取り組みのためのフローチャートを作成している。

★個別支援計画が作成され、実施されていることを記録により確認することができた。利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程が定められ、支援員室や事務所でケース記録は保管され、鍵にて管理されている。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	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) ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>★インターネットを利用して、ホームページを作成し公開され、組織を紹介する資料や玄関の掲示物は写真や図・絵の使用等により誰にでもわかるような内容にしている。サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書の資料を用意して、利用者に理解しやすい工夫や配慮をし説明されている。サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者等の同意を得た上でその内容を書面で残されている。</p> <p>★利用者がケアホーム等への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継文書を定めている。サービス終了した後も、組織として利用者等が相談できるように担当者や窓口を設置されており、介護相談記録を残されている。</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

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 (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。	障 52 (a) ・ 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 (a) ・ 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 ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

<p>★身体状況や生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録され、一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。また、アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定められている。</p> <p>★サービス実施計画策定の責任者を設置しており、サービス実施計画を策定するための部門を横断した様々な職種による関係職員の合議、利用者や家族の参加など利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。サービス実施計画の見直しは、年2回検討会議で利用者とは話し合い、利用者本位の視点に立って行われている。利用者が地域生活を身近なものに感じられるようにする機会や情報の提供はされているので、希望があれば地域生活への移行を推進する取り組みは十分行えると判断できる。</p>		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

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) ・ b ・ 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) ・ b ・ 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) ・ b ・ 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 ・ (b) ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-5-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉡ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>★個別支援計画を策定し、意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。手話サークルを活用することはあるが、臨床心理士等は必要とはしていない。</p> <p>★利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。ボランティアとの外出は月15回(利用者1人に対しボランティア2人対応)、ディズニーランド、海外旅行(介護サービスと個人契約)など施設外の知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図られている。また、6時から20時半まで外出も認められ、介護を必要とする利用者に対して主体的な活動が尊重されている。利用者による自治会はない。</p> <p>★利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認し職員に周知している。また利用者とはあらかじめ話し合い、その利用者に応じた介護を行っている。</p> <p>★社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意され、施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。</p>
<p>★個別支援計画において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法、⑤希望等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。また、利用者の体調や身体状況により、ドクターの指示で個別の食事を用意されている。行事食、お寿司出張サービス等々バリエーションである</p> <p>★年2回嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。内容は食器の持ちにくさ等もあり対応されている。選択食、行事食等があり、お寿司は出前を頼み、目の前で握ってもらうなどして利用者を楽しませている。調味料に関しては、健康に配慮して食卓ではなく、あえてカウンターに配置されている。</p> <p>★食堂の設備や雰囲気について毎月検討会議を開き、改善されている。食堂は季節ごとに飾り付けをされ、音楽を流しゆったりとした雰囲気ですべてを摂られていた。ハード面の都合で部屋で食事を摂る利用者もみえ、他職種も協力して食事介助を行うなどハード面をソフト面でフォローされている。食事時間は幅は狭いが個人が好む時間に摂れるよう配慮されている。</p>
<p>★安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてのマニュアルが用意されている。入浴実施記録(入浴形態、入浴日、入浴実施日、入浴できなかった理由)をつけ管理されている。女性職員が多いため、男性利用者を女性職員が介助し、同性介助は難しい状況である。</p> <p>★設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。入浴の時間帯は希望は聞きづらいが対応され、本人の同意も求めるようにされている。</p> <p>★浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議をもたれているが、プライバシーを保護する設備上の工夫が難しいため、バスタオル等でフォローされるなどの工夫をされている。脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体状態に応じて調整され、快適な入浴を目指されている。</p>
<p>★排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、個別チェックリストを活用し、85%の利用者を介助されている。その際、排泄状況票に尿・便の量を記入し記録されている。排泄介助のマニュアルも用意されている。</p> <p>★身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。プライバシーに配慮したトイレの構造になっており、掃除も行き届いており適切な薬品を使用し防臭対策もなされていた。冷房設備はなく、夏に長く用をたされる方は暑いと認識されている。また、数が少なく混雑することがあるというハード面での問題もある。</p>
<p>★毎朝の衣服の選択は利用者の意思で好みに合わせ選択してもらっている。衣服の購入の際は、ボランティアと行く時には職員が事前に調査し好みを伝える等、買い物支援を行っている。</p> <p>★利用者が着替えを希望した場合、特殊な場合(強いこだわり等)を除き、その意思を尊重されている。破損した場合、自立の方以外は支援員が修理を行う。</p>
<p>★出入りの業者(無料)、移動式理美容(有料)共に、髪型は利用者の意思で決めることができる。また、支援員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。</p> <p>★移動理美容を利用される方が、移動できない場合など支援員が同行されている。また、地域の理美容の利用の際は、必要に応じて支援員が送迎や同行などの支援を行っている。</p>
<p>★多床室のため、出来る限り安眠できるよう配慮されているが、十分ではないと認識されている。しかし、寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた配慮をされている。また、いびきなどの苦情があった場合は、会議で話し合い居室替えを行う等の配慮をされている。</p>

<p>★月2回の内科診療、月1～2回の訪問歯科診療、月1回の整形への診療があり、口腔衛生指導も行われている。利用者の健康管理票も整備されており、医師又は看護師による健康相談を受けることができる。利用者の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種も行われている。</p> <p>★健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアル(症状別観察と対処方法等)として用意されている。地域内に協力的な医療機関(救急車対応は10分以内)を確保されている。感染対策等のマニュアルも整備されている。</p> <p>★就寝前、食事の際、支援員が介助されるが誤薬があったためb判定との事。また、薬品は鍵にて管理されている。支援員が薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ているとは言えない。</p>
<p>★必要に応じて、外部から協力者としてボランティア(社会人・園児・高校生)を受け入れている。クラブ活動はカラオケ・料理・習字・音楽・ワープロ・パソコン等を支援員とボランティアで対応されている。クラブの希望、要望を出してもらいそれに答えるように努力されている。</p>
<p>★必要な時には、支援員・ボランティア等の介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。そのため外出届の提出により希望どおり外出することができる。外出に伴う不測の事態に備えて、社協の移送保険(利用者・ボランティア)に任意で加入してもらっている。</p> <p>★盆や正月の外泊は14・5人と年々減少しているが、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請したりということはされない。外泊も施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、支援員がその調整を行い希望に応じている。</p>
<p>★利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にされている。自己管理が35人、職員出納管理が65人で、自己管理に支援を必要とする人には、出納帳にて小遣い管理をし、自己管理に向けた学習を支援している。</p> <p>★新聞・雑誌は個人で購入できる。テレビは一部屋に1台と個人で所有することはできないが、トラブルはない。しかし、食堂や訓練室のテレビも自由に見ることができるが、チャンネルに関して問題が起こることがある。</p> <p>★酒は利用者の意志や希望が尊重されているが、内科医の許可する範囲とし、最高週2回と行事の時、外出時としている。たばこは所定の喫煙所にて自由に喫煙が認められているが、年1回のレントゲン検査で異常があれば、正しい認識を持てるよう情報を提供し、中止の方向へ理解していただく。</p>