

〔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15日(水)

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) 愛知県すぎのき寮	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) 鈴木 義清	定員(利用人数):	80名
所在地:〒449-0216 愛知県北設楽郡東栄町大字三輪字上栗13	TEL(0536)-79-3421	

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。</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

自己評価に対し、施設の置かれた環境及び利用者状況などにおいて、繊細な配慮ある高い評価をいただき大変感謝しています。今回の評価に甘んじることなく、今後も利用者のニーズに沿った質の高いサービス、支援を目指し職員一丸となって努力したいと思います。
--

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-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

★理念・基本方針共に文書化されて《平成22年度事業概要》に記載されている。  
 ★職員会議の内容から、職員に対して理念や基本方針の理解を促すための取り組みが行われている。また、利用者に対しては、障害の程度に差はあっても伝達されるとともに、家族懇談会の内容から、十分な理解を促すための取り組みが行われていると判断できる。

### 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

★事業団の「経営五カ年計画」から、中・長期計画の内容は課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっており、中・長期の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。  
 ★職員会議を利用して全職員への説明と周知は行われているが、事業計画の実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われているとはいえない。利用者の障害の程度から取り組みは難しいと思われるが、わかりやすく説明した資料を作成する等より理解しやすいような一工夫は必要である。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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

★管理者が、自らの役割と責任について、組織の広報誌(すぎのき寮だより)に掲載して表明している。管理者の法令等の理解が福祉に偏り、その他の法令(労働基準法、労働安全衛生法)の理解を積極的に取り組んでいるとは言えない。

★食事の提供の改善報告の掲示物から、施設全体でサービスの質の向上に取り組む体制と、業務の効率化と改善に取り組む姿勢が感じられる。

## 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

★文書(すぎのき寮だより)から、施設の今後のあり方について把握していると思われる。事業団としての経営分析は行われているが、施設自体の経営分析を行っているとは言えない。  
★外部監査は実施されていない。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

★経営の効率化と質の確保を両立させるための具体的なプランが確立しているとは言えない。また、人事考課は実施されているが、職員のモチベーション向上に活用されているとは言えない。  
★就業状況の改善の取り組みは行われているが、課題が改善されているとは言えない。福利厚生への捉え方が制度に偏り、従業員へのメンタルヘルス不全への対策等の快適な職場環境実現への視点が欠けている。  
★研修は実施されているが福祉の分野に偏っており、幅広い視点を形成する観点からも内容の見直しが必要と思われる。また、個々の習熟度や今後の課題を確認されているとは言えない。  
★立地条件により宿泊実習になるという条件の中で、マニュアル以外の大事な事も学べる実習になっている。

## 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

★連絡網も整備されており、緊急時の対応については整備されている。防災訓練が、年間計画に従って毎月実施されている。介護事故防止委員会等においてリスクの収集及び対応策の検討等実施している。

## 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	a ・ ② ・ 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	① ・ 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	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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

★利用者の買い物等の日常的な活動について、地域の施設を利用している。相談支援事業を通じ、在宅障害者、家族支援や短期入所等実施している。地域的な問題でボランティアの人員確保は難しいと思われるが、募集方法の工夫も含めて積極的に受け入れて行こうという体制になっていない。

★社会資源について、職員会議で説明する等、職員間の情報共有はなされている。関係機関・団体と定期的な連絡会等は行われている。

★関係機関・団体と連携し、具体的な福祉ニーズの把握を行っている。ショートステイ事業においては、圏域のニーズもあり、空床型から常時2室利用可能とし、地域の要望に応えるよう努めている。東栄町相談支援事業所として、在宅障害者の支援を実施している。

## 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

★身体拘束廃止推進要領を定めて委員会を組織して、虐待防止についてももしっかり取り組んでいる。会議は、定期的に行われ、心身の状態等の観察から、こまかな記録もされている。支援会議の構想も高く、見直しを考えていて、内容的に着眼点もしっかり押さえている。

★利用者との懇談会、個別の機会に意見を聞いたりしているが、定期的な調査等実施していない。

★利用者の相談できるシステムは、手引書が整備され、保護者にも状況表が明示されている。本部の体制から申し分なし。苦情解決結果報告書を提出し、解決結果も記録されている。ご意見箱の設置もあり、又、直接メール等で理事長なり本部への苦情が言える体制になっている。「マニュアル」が整備されており、意見の対応も迅速に行われている。

### 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	a ・ ② ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

## 評価機関のコメント

★支援計画書は立派であり、定期的に見直しも行われている。自己評価等の記録も分野別に記録されている。評価結果の分析は、モニタリングを行っている。改善実施計画書にて実施し、到達目標から評価し、改善に向けて、会議で検討している。標準的な実施方法は文書化されている。

★大きな見直しを3年に1回実施している。その間に職員や利用者等からの意見や提案等は反映されている仕組みになっていて、記録もされている。

★関係する職員が、記録内容の書き方に差異が生じない工夫もされている。規程等が整備され、本部の指導が行き届いている。コンピューターを活用し、質問内容は組織的に情報の流れが明確化され、パソコンのネットワークシステムを利用して、情報の共有化をする仕組みとなっている。

### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

## 評価機関のコメント

★ホームページの作成・公開及びパンフレット等で情報提供をしている。入所希望者には電話相談、施設見学、入所前面接等を行っている。また、必要に応じて体験的な短期入所も希望があれば行っている。

★同一法人への変更事例があるが、何ら問題なく、移行されている。利用者との信頼関係も保たれている。

### 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	a ・ ㉑ ・ 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

★身体状況、生活状況、行動の特徴、将来の生活等々は、希望等をふまえて正確に把握され、個別支援計画書に記載されている。見直し、改善等に向けての取組もされている。アセスメント面の取組が弱いと説明されるなど、より高度な課題を考えている。

★ひとり一人の個別実施計画書の策定はされて、体制も整っている。各種委員会からの意見等も反映されている。見直しを定期的に行い、利用者の意向を把握し組織的に検討会議等において行われている。地域移行への自立支援は、行っているが、現実には難しい課題である。相談体制は出来ている。将来、ケアホームへの移行について、希望者が出た場合への対応は問題意識として持っている。

### 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

## 評価機関のコメント

<p>★利用者のサービス実施計画や支援計画書の意志伝達に向けて、あらゆる工夫をこらし、十分なコミュニケーションの手段がとられるようになっている。日常的な関わりあい、その人固有の手段で、サインの発見につとめ、職員が共有して確認できるように心掛けている。</p> <p>★「確立されていない」と自己評価しているが、聞き取りの中で、利用者が主体的な活動ができるボランティアの協力もあり、職員体制も整っている。</p> <p>★自己評価判断根拠の通り、一般論としては、見守りと支援体制は十分だが、なお一層の見守り体制を望んでおり、現職員定数上では、この施設の体制に届かない。将来希望としてB評価にとどめる。</p> <p>★個人個人のケースは、ケースバイケースで行い、各種のプログラム(作品展、花火大会、等々)が用意されている。社会的に不利な状況におかれた人々の自己自立に向けて支援援助体制は整っていると思うが、施設の地域環境の関係で困難な場合もあり、施設としてジレンマにおちいる場合がある。</p> <p>★個別支援計画に、食事サービスも組み込まれ、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助方法等の状態に応じた支援がされている。食事時の雰囲気も良好。</p> <p>★個別計画書に趣向をこらした工夫が取り込まれている。嗜好調査も実施し、季節感や献立にもバラエティーにとんでおり、楽しく頂く工夫がされている。検討会議も開催し、嗜好調査の結果や利用者の声も反映されている。</p> <p>★基本的に喫食環境は配慮されているが、障害の程度にも差があり、万全とは言えない。しかし、給食会議、食事検討委員会を開催し、努力はされている。</p> <p>★同性介助を基本に個人的事情は尊重されている。入浴時間、順番等も定められて、適切な介助も行われているが、設備面の配慮に問題を考えている。</p> <p>★設定された時間や入浴回数等には問題ない。常時、失禁や汗をかいた場合の迅速対応はされている。ただし、諸般の事情で希望に添えない場合もある。</p> <p>★自己評価判断根拠の「完全ではない」の過小評価は誤りで、一応に完備していた。それぞれの委員会で協議され、対応していて、現行の設備上では、環境は適切である。</p> <p>★排泄・介助のマニュアル策定はされていないが、個別支援計画書で配慮している。</p> <p>★「トイレ」を拝見すると何ら問題なく、清潔で快適であると思う。</p> <p>★衣類は、利用者の意志で購入、職員が相談、情報提供、買い物支援も応じている。利用者によっては、通販、インターネット購入もされている。</p> <p>★基本的には、支援計画書に示されていて対応しているが、業務多忙で十分とは言えないと話された。「破損」等、つくろい関係は「パート」さんで対応している。</p>
--

<p>★訓練室において地域の理容・美容店が施設訪問して対応している。施設としてでなく、専門職が、利用者の個性や好みを尊重して支援している。</p> <p>★地域の環境上難問があるが、判断基準に言う「配慮している」となる。地域の業者は利用者の好みを覚えていて、利用者の希望に添っている。</p>
<p>★自己評価の通りであるが、障害者自立支援制度の以前の設備のため、多床室で、十分な配慮とは言えない。</p>
<p>★健康管理台帳により、管理されている。嘱託医との連携もよく、健康管理は適切に行われている。ただ、利用者の状態に差があり、個々の予防措置は困難な面があるが、標準的に適切である。</p> <p>★看護師のチームワークがよく「緊急対応チャート」を作成し、医師との連携で、緊急体制も取られていて、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p> <p>★台帳に医師からの必要事項が指示され、的確に管理されている。利用者により、一寸のすきにミスが発生している。誤薬等により、異常等の問題はない。しかし、よりきめ細かい今後の対策を期待したい。</p>
<p>★利用者の希望により、習い事等を多く取り入れ、ボランティアの活用もされている。作品等の展示もされていた。施設提供が主であり、利用者さんの積極性を期待している。</p>
<p>★利用者の外出可能者への希望は叶えられている。外出先の注意事項もきちっと指導され、必要者は介護タクシーを利用している。</p> <p>★自己評価の通り、利用者の希望と家庭との連携により、適正に行われている。</p>
<p>★預り金要綱により、複数管理、帳簿、領収書、通帳等管理体制が整備され、家族の検閲も受け、問題無く確実になされている。</p> <p>★利用者は、施設内での新聞、雑誌、テレビ等の娯楽について不自由なく生活している。個人的に「テレビガイド」等の購入についても、地域業者との連携で、希望に沿い、尊重した対応がされている。</p> <p>★嗜好品については、医師の助言を受け健康上の問題等を配慮しつつ、利用者の意思を尊重するため、ケースバイケースで対応している。</p>