

〔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1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) 愛知県藤川寮	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) 山岡 亨	定員(利用人数):	80名
所在地:〒444-3523 愛知県岡崎市藤川町字堤ヶ入1-2	TEL(0564)-48-6130	

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

<ul style="list-style-type: none">・初めての第三者評価を受け、我々とは違った視点での評価(プラスの)を真摯に受け止めています。・指摘にあるように障害者支援施設の抱える課題は多く、福祉サービスの品質維持と職員体制との二律背反の中、小さなことを丁寧クリアしていくことを基本に職員一丸となって、これからも取り組んでいきたいと思っております。ありがとうございました。

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

★法人理念・基本方針ともに事業概要、事業計画に掲載されている。藤川寮独自の理念として「私たち抜きに、私たちのことを決めないで」と掲げ、障害者福祉の基本的な考えを明文化している。基本方針が障害者施設業務マニュアル等にわかり易く記載されている。
★事業概要を全職員に配布し各種会議、委員会、研修会等で説明し理解を得ている。利用者には、利用者会、家族会で理解できるように判り易く説明している。季刊で発行する「藤川寮だより」等でも周知を図っている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

★基本的な計画は法人本部で策定されている。毎年事業計画は作成し、今後起こりうる課題について検討をしている(高齢化、重度化など)。
★事業計画は行事委員会が中心になって策定されており、実施状況の把握、評価は各委員会等で行われている。事業計画を全職員に配布し、会議、各種委員会、研修会等でその都度説明し理解を得ている。利用者には、年度始めの家族会で詳しく説明、また年6回行われる家族会においても継続的に説明している。掲示板に張り出したり、「藤川寮だより」でも理解を促す取り組みを行なっている。

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

★管理者は自らの役割と責任を朝礼、会議、研修会等において表明している。事業概要、事務分担表等においても明示している。日本知的障害者福祉協会作成の行動規範を職員に配布する等、積極的に取り組んでいる。

★質の向上について各会議、委員会等で定期的、継続的に評価分析を行なっている。外部評価を受けるに当たって職員にも個別に自己評価を割り振る等、具体的に指示し指導力を発揮している。毎月開催の代表者会議において絶えず経営意識を持たせ業務の効率化と改善に向かったの取組みを行なっている。デマント装置の設置で電気料の節約を図ることができた。

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

★障害者福祉サービスの情報については、各種団体からの最新情報を把握している。特に障害の重い方のショートステイ利用希望が多くなっている。代表者会議において経営状況や改善すべき課題等について周知徹底している。ケアとして「おむつのかけ方」のDVDの視聴等も大きな意味では効率化に繋がる項目になっている。
★外部監査は実施していない。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	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

★法人本部でプランされているので、独自のプランは策定されていない。人事考課は客観的な基準に基づいて行なっている。意見、具申ができる体制としてヒアリングが管理者より全職員に行われている。
★職員の有給休暇消化率等は把握しているが、制度の人員面等で有給休暇の利用は極めて少ない。福利厚生は整っている。インフルエンザ予防接種等健康管理にも配慮している。
★法人本部による研修計画が確立し、外部研修や施設内研修も積極的に受講させている。本部の研修は嘱託職員も参加させ全員が受講できる体制である。研修参加者は報告レポートを作成し職員会議等で報告している。
★実習受け入れマニュアル、連絡窓口、担当者等が決められ、終了後には反省会も設けられ積極的な取組が行われている。

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	Ⓐ ・ 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

★リスクマネジメント委員会、感染症防止推進委員会を設置して緊急時の安全確保に取り組んでいる。特にノロウイルス対策としてマスク、ペーパータオル等の使用で事前予防に努めている。防災訓練は毎月実施しており月毎に避難、消火、夜間避難等を行なっている。地域との合同訓練も年1回実施され協力体制が築かれている。備蓄も90人が5日分暮らせる量を保管している。リスクマネジメント委員会を設けリスクの予見に努めている。誤薬防止(声を掛けて薬を飲まず)が徹底された、また昨年度インフルエンザの発生は一件も無かった。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

★施設の夏祭りでは、地域との交流を広げている。地元の小中学校の体育大会、文化祭等に利用者が参加している。防災訓練時に、施設を見学また夏祭りでは敷地を開放等している。ボランティアは、受け入れ担当職員を定め、マニュアルに従い対応している。中学校・専門学校生の体験学習も積極的に受け入れている。
 ★市内の相談支援事業者等の連絡先一覧が作成され、いつでも閲覧でき、関係機関、団体と定期的な連絡会等を行っている。特に岡崎市役所とは連携を密にしている、また社会福祉審議会障害者専門部会は当施設責任者が委員に任命され、具体的な課題等に取り組んでいる。
 ★当事業団の知的障害者施設三施設と定期的に連絡会議を開催し福祉ニーズの把握に努めている。重症心身障害者の日中の受け入れ、ロングショートを受け入れ等事業を行っている。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

★利用者を尊重する基本姿勢を職員室に掲げ、十分に取組みは実践されている。身体拘束廃止・虐待防止各推進委員会がある。プライバシー保護に関して機関紙等で写真掲載する場合、本人および家族の意向を確認している。保護マニュアルが整備されている。相部屋であり課題があるが、意識して取組みがなされている。

★家族会などで意見の聴取が行われている。

★基本的な相談や意見は担当制であるが、シフト勤務で担当以外にも気軽に相談できる環境を整備している。対応手順もマニュアル化されている。職員は言葉だけでなく本人の反応や態度などで希望を把握できるように意識されている。苦情等の解決に関する窓口や仕組みを施設内に掲示している。苦情が発生した際にも家族会で内容を公表し対応を報告するなど、可視化に努めている。

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 ・ ⑥ ・ 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	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	a ・ ⑥ ・ 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

★毎年、自己評価を施設内部の責任者7名が行っており、自己評価の結果を基に分析・検討を定期的に行う体制が整備されている。
 ★重要事項説明書に標準的な支援の実施方法が明示されている。評価結果で明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善実施計画を策定する仕組みになっている。より実効的な検証・見直しが行えるように、研修や委員会活動を中心に個別のスキルアップを図っている。
 ★実施計画および実施状況の記録は個別ファイルに整理され、適切に記録されている。記録物は鍵付きの棚に管理されており、個人情報として適切に管理されている。組織における情報を出来る限り短期間に全職員に周知するため、供覧方法を3つのグループに分けるなど工夫・見直しが行われている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

★ホームページや機関紙の発行など、施設での生活をイメージする上で必要な情報を提供されている。サービス開始にあたり、事前に重要事項説明書及び利用契約書にて文書でサービスの内容を明示し同意を得ている。説明の際には状況に応じて理解がしやすいように個別に配慮をしている。必要な書類・資料等には「ふりがな」で説明されている。
 ★現在定員減員の方針(80名→60名)のため、他施設等への移行が進められている。移行を進める際には支援の記録も含め移行先に必要な情報提供が行われている。相談の窓口は支援班長が行っている。ご利用者状況から地域や家庭への移行は現在のところニーズがなく行われていない。

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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ ｃ

評価機関のコメント

★6カ月ごとにアセスメントが実施され、定められた手順に従って見直し・更新が実施されている。職員がいつでも閲覧し確認が出来るように個別にファイルされている。解決すべき課題の欄があり、具体的な支援の方法や方向性が明示されている。
 ★計画は各担当者が策定しており、内容の検討は支援班会議などの場を利用して行われている。時間的な制約もあるが、関係職員との協議や連携はある程度行われている。実施状況の評価及び見直しに関して、組織としての手順を定めて実施している。アセスメントについて統一した書式で行われており、サービスの評価・見直しに利用されている。現在入居されている利用者状況(重度化・高齢化など)から、地域生活への移行を望むニーズがない。施設側としても現状で地域移行への積極的な推進は困難と判断されている。

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

評価機関のコメント

<p>★絵や図柄・写真などの伝達手法を実践したうえで、わかりやすく言語で伝えるなど、その人により伝わり易い方法を工夫し、一人ひとりとコミュニケーションがとれるように十分意識されている。</p> <p>★利用者の状況から自治会は行われていないが、意志・意向をくみ取る場として毎週日曜日のティータイムを活用している。こだわりのある利用者へ『本人の健康保持のため制限をすること』が、『本人の主体的な活動の制限に繋がるのでは』と問題意識を持ち取り組まれているなど、利用者の主体性を尊重する意識の高さがうかがえる。本人の行動や様子から気持ちを受け止めて対応することの検討も図られており、十分に配慮されていると判断しaとする。</p> <p>★利用者個々の状態から、必要な支援を見極め迅速に対応する体制を整えている。具体的な取り組みとして自動販売機でのジュース購入などの支援があり、その人に応じた取り組みがなされている。迅速な対応が可能になるように、支援員用の連絡ノートを日誌とは別に用意し最新のご利用者の情報が共有できるように工夫されている。</p> <p>★生活の場面の中で食堂の清掃の手伝いなど、本人のできることを活かした活動が自主的に行えるように配慮されている。外出の希望が多いことから、喫茶や買い物などへの外出機会を設けながら地域との交流の接点を設けている。衣類の販売業者が定期訪問し、好きな衣類を選べる機会を提供されているなどご利用者の自己実現できる場の提供に努めている。このような取り組みがより多くの生活の場面で関連し拡大していくためのプログラム化を期待したい。</p>
<p>★個別に栄養ケア計画書を策定し、アセスメントも丁寧に実施されている。食事形態の工夫など細やかなところまで配慮されている。また、確実に個別の食事の提供が出来るように食事に関する情報のカードを用意している。</p> <p>★よりおいしく食べていただけるように、温かいものは温かく冷たいものは冷たく提供できるように配慮されている。毎月第1・3水曜日に選択食を実施しており、個別の嗜好にあった選択が出来るよう写真等を用いて実施されている。より家庭の様にとおいしく見せる工夫を検討されているが、食べられない飾りは誤食の恐れがあり使わないようにするなど制限があることでbとの自己評価であったが、十分な配慮・工夫がなされていると判断しaとする。</p> <p>★利用者状況から喫食の順番や座席を配慮し食事環境を作られている。食事時間には幅があり、個人の希望とはいえないまでも、本人のペースで食べられるような配慮がなされている。</p>
<p>★原則として同性介助を実践している。入浴の介助方法などはマニュアルで定められているほか、個別に留意しなくてはいけないことについて、別紙にまとめて共有できるようにしている。</p> <p>★夏場の入浴日以外にシャワー浴を実施するなど、利用者が快適に過ごせるような配慮がなされている。希望を明確に把握することの困難さがあるが、現在の入浴体制や回数が利用者の希望と一致しているかどうかを定期的に検討される機会を持たれることを期待したい。</p> <p>★障害の程度が重度化する中でハード面では使いにくさなどの課題があるものの、工夫をしながら対応をされている。安全面からも浴室内の環境をより充実出来るよう検討されることを期待したい。女性が入浴する際には見られないように工夫するなどプライバシーへの配慮もされている。</p>
<p>★おむつの当て方等の講習会を実施したり、DVDで見られるようにするなど、快適な排泄介助がなされるよう配慮されている。要排泄介助者が多い中で、チェックリストなども用意され排泄の確認がされている。</p> <p>★1日に2回トイレの清掃を行い衛生環境に配慮されている。また、汚れた時には適宜清掃がされている。より快適な環境として、冷暖房設備の設置や臭いへの対策を検討されている。</p>
<p>★買い物や衣類販売等を通じて、自分で選べる利用者には選択の機会を提供するなど個別の支援が行われている。衣類の管理については、それぞれの担当者が支援しており本人の希望や好みに配慮し適切な対応が行われている。</p> <p>★衣類の汚れや破損について、本人の立場に立ち他者からの見られ方も意識した認識で対応をされている。破れや破損は職員がすぐに修繕するなど迅速に対応している。</p>
<p>★男性の利用者の髭そりは毎朝実施されている。女性の利用者にはボランティアが希望される方にマニキュアを施す(8名ほど)など、本人の希望に応じた取り組みがなされている。</p> <p>★現在は施設に訪問する理容・美容のボランティアがおり、毎月各1回実施されている。そのため以前利用していた地域の理美容店との関係は疎遠となっている。地域にある理美容店の利用は、地域との交流や繋がりがりとも関連することなので、地域の理美容店の活用も並行して行われることで関係の維持継続に取り組まれることを期待したい。</p>
<p>★多床室という施設の構造上の問題もあり、不眠の利用者がいた時は別室やプレイルームに誘導するなど、本人だけでなく他の利用者にとっても安眠できる環境に配慮されている。夜間帯の様子は日誌に記録し翌日の申し送りで日勤帯に引き継がれている。</p>
<p>★看護師を中心にご利用者の健康管理が行われている。定期診察や検診、インフルエンザの予防接種なども実施され、実施記録は整理されファイルにて保管されている。医療機関への通院への援助も必要に応じて適切に行われている。検温は毎日・血圧は月に一回測定し記録されている。</p> <p>★緊急時の対応マニュアルが細かく作成されている。夜間など看護師不在時に緊急事態が発生した場合看護師がTELにて指示をする体制が出来ている。緊急時の受け入れ医療機関は岡崎市民病院で車で10分程度の場所にある。毎年4月に新人職員や異動してきた職員に看護師がオリエンテーションを行い、すべての職員が迅速な対応が出来るよう研修している。</p> <p>★服薬の管理について朝・夕時は支援員が対応することから、誤薬防止の取り組みとして介助方法や誤薬してしまった場合の対応方法などのマニュアルが用意されている。</p>

★全員の意見を聴取することができないという状況もありアンケートなどの実施は行われていないが、出来る限り希望が反映されるよう工夫がされている。地域と連携し近隣の学校の学芸会に行ったり、球技大会やお祭にも積極的に参加されている。個別支援として「自転車に乗りたい」という要望が出た際にも実現させる取り組みが行われてきた。また、夕方には寮長自らがご利用者と散歩に出ることもご利用者にとって欠かせない楽しみになっている。

★外出は利用者の多くから希望が出ており、様々な企画を立てて積極的に実施されている。集団での外出から個別支援へと切り替えてきており、ゆっくりと利用者個々の希望に対応できるように取り組まれている。外出の際には事故防止のため、個別の確認事項を定めて取り組んでいる。

★外泊は基本的に家族からの要請に基づいて実施しているが、本人から希望がある場合は職員が家族との調整役を担っている。施設側から外泊や帰省の要請は行っていない。

★年金・通帳の管理は施設側で行い、預り金出納管理サービス取扱要領に基づき利用契約書を取り交わす際に説明し、書面を交付されている。普段から現金を自己管理している利用者はいないが、施設内の自動販売機を利用するにはご利用者の状況に応じ適切に現金を渡し利用できる支援をしている。

★各居室にTVを設置しており見られるように配慮しているが、相部屋であることから個人での所有はしていない。雑誌の購入は個人の希望に応じて行われており、共同の雑誌は職員から提供されているものもある。

★喫煙や飲酒について希望する方がおらず、取り入れられていない。薬の関係もあり飲酒についても制限のある方も多く、健康上の理由から困難な部分もある。ショートステイで喫煙を希望された方も見えたが、施設内での喫煙はお断りをさせていただき十分に理解を得ている。