

〔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23年1月12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) 愛知県半田更生園	種別:(施設種別) 施設入所支援 生活介護 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 平野 孝明	定員(利用人数): 140名
所在地:〒475-0922 愛知県半田市鴉根町3丁目40番地	TEL(0569)-27-5049

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>これまで、福祉サービスについての自己評価を行い、サービスの向上に取り組んできたが、第三者の視点等による評価を受けたことにより、新たな気付き、支援実施にあたっての反省材料等が多くあることを考えさせられました。ご指摘いただいた事等を参考にし、より良きサービスの向上に結びつけていく所存です。</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-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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

★事業所としての基本理念が事業概要の1ページ目に記載されている。平成22年度版の事業概要の中で、経営方針として5項目が明文化されている。その中で法人とは独自に利用者の安全確保についての1文が設けられており、より実践の中で意識したい事業所としての使命を明示している。
★事業概要・支援計画については全職員に配布がなされており、周知を行っている。保護者会でご家族には、基本的に口頭でまた必要に応じて文書にて伝えている。利用者へは、中軽度知的障害者の方には出来るだけ噛み砕いて伝えるようにしている。

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	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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

★法人としての計画はあるが、各施設レベルで中長期計画を策定することは難しい。この1年の中で安全確保(事故防止)に向けた取り組みや体制の見直しなどが取り組まれている。年度の事業計画も策定されており、単なる行事計画ではなく収支見通しに沿って計画をされている。
★定期的に3ユニット(町)の主任クラスを中心に報告や話し合いがなされている。支援計画など年度単位で策定し、それに沿って各職員の役割も明確にしている。保護者会で、家族には支援計画を口頭でまた必要に応じて文書にて伝えている。

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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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

★施設長をはじめ各責任者の役割と責任については支援計画等で明示されている。施設長は管理職としての経験が豊かであり、順守すべき法令等には十分に理解されている。あわせて新しい情報などは、法人本部のバックアップが受けられる仕組みがある。

★施設長は就任後、特に施設での安全対策について課題意識を持ち、具体的な予防・防止に向けた取り組みを行っている。事故防止はサービス全体の基本として位置付けており、高い課題意識を持ち意欲的に取り組まれている。業務の効率化や改善に向けて書式の統一や業務改善委員会の設置など試行錯誤の取り組みがなされている。新年度に向けて委員会の統廃合など見直しも計画されており、意欲的に取り組まれている。

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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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

★情報やデータなどは生活支援班長が特に事業所間の横のつながりを大切にして、把握に積極的に努めている。経営状況の分析は法人の本部で行われており、一般の職員には事業概要の報告以外に周知されることはない。総務部で経営状況の分析を行って課題の発見はなされているが、全体としての共有には至っておらず改善に向けた取り組みとして周知はされていない。
★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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

★正規職員は法人の本部が、パート職員に関しては各施設で確保する人事体制となっている。年に1回勤務評定を行っている。法人全体で一定の基準で行っているので客観性はある。
★有給休暇が容易に取得できない現状があり、問題意識を持っている。メンタル面に関しては産業医が毎月1回は施設に訪問して個人面接を行っている。福利厚生については、職員の抛出でソウエルクラブに入会するなど取り組んでいる。
★法人本部にて職員の教育・研修に関する基本姿勢は明示されている。研修参加者の報告は復命書及び研修報告書が作成され、会議等で定期的に報告がされている。福祉系大学の学生の実習を受け入れている。また、今年度は管理栄養士の実習も受け入れを行っている。法人独自の受け入れマニュアルがある。

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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

★支援員室にも対応・連絡方法のチャートを記したマニュアルが掲示されている。法人のマニュアルに加えて、事業所独自にもマニュアルを策定している。災害対策として定期的に防災訓練を実施している。夜間想定訓練は12月に実施しているが、寒さなどの問題もあり日程的な変更の必要性を感じている。設備的にはスプリンクラーの設置や水・食料の備蓄が入居者職員分合わせて3日分保管されている。利用者の安全確保、事故防止について、昨年度実績62件から改善できるよう委員会活動を強化するなど取り組まれている。一件ずつの原因を分析・検証し、職員間で共有することで改善に向けた取り組みが行われている。

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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	④ ・ b ・ c

評価機関のコメント

★地域との交流においてボランティア募集はしていても、参加希望者が集まらない現状がある。知的障害に対してのイメージも関係しているのではと施設として感じている。施設の設備は、グラウンドやホールなど地域の方に提供している。ボランティアの受け入れに関する法人としてのマニュアルは整備されているが、地域との交流を含めてボランティアの募集をしても集まらないという現状がある。

★関係機関及び社会資源とのつながりは主に支援班長が担当し、横のつながりの維持・確保を行っている。また、県が発行している福祉ガイドブックが職員の誰もが閲覧できるところに備えてあり、近隣関係機関の連絡網については支援員室に掲示している。

★半田市の福祉ニーズとしてショートステイに関する要望が多く、1日平均3名程度の受け入れを行っている。

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	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	a ・ ② ・ 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、取組を行っている。	障 37	a ・ ③ ・ 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 ・ ④ ・ 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	⑤ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

★人権に配慮した人権委員会や身体拘束・虐待・コンプライアンス等各種委員会の活動について記載され、職員にも資料として配布されている。基本的なマニュアルは、事業団としても整備しているが、当該施設においても、個々の対応について明示、職員に徹底している。

★利用者の満足度調査は困難で、職員が本人から聞き取り調査し、結果を反映するよう努力している。

★意見や相談が述べやすいよう相談の担当者も設定されている。受付には意見箱が設けられている他、窓口には対応マニュアルも設置されている。利用者や家族にも掲示板なども通して周知するよう対応をしている。意見の対応は、苦情処理の方法に準じて速やかに対応している。対応と、改善については法人本部や本人にも報告し、保護者会でも意見をうかがっている。

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	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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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	a ・ ① ・ c

評価機関のコメント

★サービスの内容は、施設独自(サービス評価委員会)で評価している。評価の情報はデータ化し保存している。自己評価や各評価を集計し各部署に配布、資料として職員とも共有している。内容は、業務改善委員会やサービス評価委員会等で話し合っている。

★マニュアルがあり、文章化されている。標準的な仕組みがあり、実施しているが、徹底するために回覧等の配布をしている。

★個人台帳や支援台帳で管理し把握されている。必要な情報は各自必要な時に確認することが出来る。記録には、保護者への意向から総合的な支援方針、個別に支援計画→台帳→日常の様子が項目別に記録されている。情報はPCに保存されて適切に管理されている。また、緊急時に備えた非常持ち出しのMDにも保存され適切に管理されている。職員が共有する具体的な取組が行われている。

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	a ・ ① ・ 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 ・ ① ・ 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 ・ ① ・ c

評価機関のコメント

★PCネットワークを利用していつでも閲覧できる。HPも事業団のほか、各施設独自でも作成している。広報委員会が実務を担当し更新を予定している。サービスの利用契約書・重要事項説明書・利用許可申請書等利用者に説明をしているが、理解度に限界があるため後見人さんの同意によることが多い。ほとんどの利用者には後見人がついている。

★利用者が地域や家庭に移行することはこれまでもなく、施設を退出したり変更する場合はほとんどない。施設移行のケアホームか、特別養護老人ホームなど法人内で処理できる範囲で行われている。地域・家庭への移行については、課題が多い。

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	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

★サービスの提供は、利用者の個別支援計画に基づいて行っているが、アセスメント表については現在見直しを検討中である。
 ★利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。サービス実施計画は策定されてから実施、半年に1度定期的に見直しが実施されている。見直しの手順は、個別支援計画策定マニュアルによる手順で実施される。方法は、組織として実施されている。全ての地域生活への移行は困難な利用者がほとんどで、専らケアホームへの移行となっている。ケアホームの利用者は27名で現在定員どおりになっているが、積極的に推進されている。

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	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

★コミュニケーションが可能な利用者さんには十分コミュニケーションが保たれている。意志伝達に制約のある利用者には、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認等について、担当職員が医師等と連携をしてコミュニケーション確保の工夫をしているが、今一步の努力を期待したい。

★自治会組織はないが、主体性の把握が困難な場合もあるが、各種クラブを設立して、希望を聴きながら選択できるよう提案している。利用者が話し合える場合は本人達で話し合い、代表者とも協議し、その発展を促すように側面的な支援について、今後の再検討を期待したい。

★自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるよう、職員の対応は常に検討している。重度の利用者の見守りを考えると、難しいので、職員が注視を見守るよう配慮している。

★利用者の個別台帳に記載し、管理をしている。人権については、人権委員会や虐待委員会で検討会議をし個別に対応している。自己評価では「プログラム」不十分と評価しているが、エンパワメントの取組みは、今一步と考えるが、人権委員会の設置でB評価とする。

<p>★食事は管理栄養士が個別に管理し、個別計画による栄養ケア計画を立てている。献立表や選択食、正月等の行事食も計画されている。サービス実施計画において、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。</p> <p>★利用者の意見を取り入れたり、嗜好調査も毎年1回実施調整し、その結果を献立に反映している。食事は、温かく食べられるよう適温食や刻み食、重度の利用者にはトロミ食など状況に合わせて対応している。</p> <p>★食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が楽しく頂ける配慮がされている。誕生会等の食事会の催しをするほか喫茶室でのお茶も出来る。</p>
<p>★障害程度別には、入浴支援マニュアルに沿って対応している。</p> <p>★各フロアーに浴室があって、週3回を入浴日としている。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それなりの対応をとっている。</p> <p>★脱衣室、浴室ともに清潔に管理されている。浴室は、男性女性別フロアーに設備され、プライバシーの保護の観点からも、同性介助を心掛けているが、スタッフ数との関連で不十分である。</p>
<p>★排泄支援の方法について徹底されるよう検討中ではある。排泄介助マニュアル(安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む)の検討の余地がある。</p> <p>★清掃が徹底され清潔が維持されているが、換気の未整備による不快感は、検討の余地がある。</p>
<p>★ジャスコスーパーが来訪し購入することが出来る。買い物に外出することもある。衣類の購入については、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。</p> <p>★汚れた衣類を身につけた利用者は見られず、清潔な身だしなみが保たれていた。</p>
<p>★理美容室が施設内に整備され、利用者の意向で好みを尊重した支援が行われている。</p> <p>★理美容室は、理容師・美容師の来訪時の営業になるが、利用についての規制は設けられていない。また、外出での整髪も情報提供し、相談に応じ、地域の理容店等の利用は自由である。</p>
<p>★洋室ベッドと和室の布団の分けられている。施設の運営上2人部屋が多く、同室の利用者には相性を考慮して選んでいる。</p>
<p>★内科・精神科・皮膚科・歯科の嘱託医が週1回来訪し、必要に応じて受診する。また、インフルエンザ等の必要時の健康管理もしている。</p> <p>★嘱託医に受診しているが、緊急時には、15分～20分くらいの半田市民病院が救急病院になって日常的な連携を図っている。</p> <p>★服薬の扱いは管理されているが、一部の利用者さんが「吐き出す」等の問題もあり、より一層の対応を検討する余地がある。</p>
<p>★関係機関にボランティアの申込用紙が常置され、余暇やレクリエーションのボランティアを受け入れている。訪問は、関係綴りやボランティア慰問実施記録に記録している。他には、リズム体操・絵本の読み聞かせ・除草等のボランティアの訪問があるが、もう少しボランティアの増強に心掛けていただきたい。</p>
<p>★家族とともに外出することがある。また、行事の時には職員との外出もある。外部からの協力者、地域の社会資源を積極的に活用面について言うと十分でない。</p> <p>★基本は、土日を外泊日としている。正月の外泊は50%弱だった。</p>
<p>★金銭は通帳で預かり、複数で管理している。預かるに当たっては、委任状を受けている。預かる場合は「出納管理サービス利用契約書」、個人が使用する場合は「個別手許現金出納簿」、集計は、「預かり金及び収支状況の報告」を記録している。</p> <p>★利用者の希望による雑誌購入はTVガイドなどがあり、業者が配達に来る。</p> <p>★たばこは数量を限定し、ライターは管理のもとで喫煙室での使用を許可している。</p>