

〔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15日(土) |

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) 半田更生園 ケアホーム | 種別:(施設種別) 共同生活介護 (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): 27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> <p>・この事業所は、社会福祉法人愛知県厚生事業団傘下の障害者施設「半田更生園」を本体施設として、一体となって運営がなされている。法人本部並びに本体施設の系統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る体制にあるケアホームと判断した。</p> |
| <p>◇改善を求められる点</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> |

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

| |
|---|
| <p>ケアホームが入居者本人に自分たちの家であると感じてもらえるような家庭的な雰囲気と福祉サービスによる本人の力を補うという二つの側面からの支援を意識している。しかし、世話人の意識に差がある為、常に上質なサービスが提供できているとは言えない。改善点としてあげられているように、サービスの品質維持の為、今後の研修による意識の向上が課題と言える。また、バックアップ体制として入所施設がある為、緊急時等の対応は迅速に行える利点がある。ただし、あくまでも緊急時のバックアップとして捉え、普段は単独で地域に拠点を置くホームとしての生活を充実させていきたい。</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 | 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

★本体施設(半田更生園)と同じ基本理念に基づく基本方針(経営方針)を掲げ、1. サービスの質の向上、2. 地域との共生、3. 災害防止と利用者の安全確保、4. 人材の確保・育成、5. 財政基盤の安定化等の課題に取り組んでいる。
★理念・基本方針はパンフレット等に記載されたり各ホームの掲示板等で掲示され、職員・利用者への一定の周知はなされているが、今後、更なる工夫を期待したい。

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 | a ・ ㉠ ・ c |

評価機関のコメント

★ケアホームとして、独立した中・長期計画は策定されていないが、平成19年以降、法人の計画の枠内ではあるが、計画的に順次ケアホームを5か所設置した実績はある。
★ケアホーム設置の事業計画の策定・実施は幹部職員中心で推進され、職員(世話人等)は非正規雇用者が中心であり、組織的対応は出来る状態ではなかったようである。ただし、連絡等はされているが諸事情から周知徹底はやや不十分であり、今後に期待したい。入所利用者等へは、口頭での案内、法人内での周知が為されている。

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 | a ・ ㉒ ・ 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

★職務権限規定等に権限が示され、職員誰もが閲覧でき、役割・責任が職員に表明されている。法令遵守では、法人における体制は構築されているが、各ホームの世話人レベルでの徹底には再考が求められると判断した。

★質の向上・経営の効率化については、法人本部ならびに本体施設(半田更生園)のバックアップ体制が構築されており、各ホームの世話人への徹底にも留意している。

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c |
| Ⅱ-1-(1)-③ | 外部監査が実施されている。 | 障 16 | a ・ b ・ ⑦ |

評価機関のコメント

★利用者の満足度向上は十分に意識しているが、ホームによって利用者の特性に差があり、ホーム世話人の課題発見能力に左右される要素が多く、ホーム間のばらつきが今後発生する危惧がある。法人本部ならびに本体施設との連携プレーが期待される
ところである。
★外部監査を実施するシステムがない。

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 ・ b ・ ⑦ |
| 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 | a ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ⑦ |
| 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 ・ b ・ ⑦ |
| 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 | 非該当 |

評価機関のコメント

★ホーム特性に合わせた世話人の人材プラン(適性と育成構想＝世話人像)が必要であり、それに基づいた人事考課も必要である。
★世話人が非正規職員であり、就業状態の適正化と正規職員並みの適応を期待したい。
★3か月に1回開催する「世話人連絡会議」で研修時間が設けられており、今後、要望の多い研修会を企画・検討していく方向を考えている。その為にも『求められる世話人像』の制定とそのため育成計画・研修計画等の策定とその効果検証が望まれる。

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 | 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 | a ・ ⑥ ・ c |

評価機関のコメント

★各ケアホームにおいても防災訓練は実施されているが、防災訓練以外は、本体施設(半田更生園)とリンクした仕組みがある。利用者の安全確保という観点からは、利用者の個人別のリスク把握など、ケアホーム独自の体制作りも期待したい。

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 | 非該当 |
| 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 ・ b ・ ③ |
| 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 ・ b ・ ③ |
| 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 ・ b ・ ③ |
| 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 | 非該当 |

評価機関のコメント

★近所の盆踊りに参加したり、回覧板での行事案内のなかで、世話人が判断して利用者が参加できるものであれば参加し、地域の一員として溶け込もうという努力が為されている。

★ケアホームについても『外出支援』等のボランティアの参画を期待したい。利用者にとっても『QOL対策上』も必要である。

★地域でのスポーツ大会等への参加、同窓会等への出席等の希望があるとのことであり、実現に取り組むことを期待したい。

★自立支援協議会からの情報は得ているが、具体的な展開までは至っていない。本体施設(半田更生園)とも連携して何らかの取組を期待したい。

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 | a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 | a ・ ⑥ ・ 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

★理念、基本方針に明示され、その具体的な支援ポイントも、ホーム内に表示され、プライバシーに関する規定、マニュアルも整備されている。さらに組織で勉強会・研修を行い職員、世話人のレベルアップを望みたい。
 ★支援記録等により、満足度については把握しているが、自立した生活実現に向けての更なる取組を期待したい。
 ★苦情受付の表示はあるが、利用者及び家族からのアンケートを実施して、苦情が申し出しやすい工夫面が十分でない。世話人からサービス管理責任者へ、利用者からの要望が連絡され、総合的な支援方針により対応しているが、今一歩の努力をもとめたい。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 | |
|-----------------------------------|---|---------|-----------|
| Ⅲ-2-(1) 質の上昇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 | a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 | a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c |

評価機関のコメント

★本体施設(半田更生園)にサービス評価委員会があり、その中でケアホームについても、評価を行っている。その結果を世話人と共に具体的な改善実施に向けたことを期待したい。
 ★マニュアルで支援実施方法が文書化はされている。個々の利用者に対する個別対応について、サービス管理責任者は世話人から聞いたり、定期的にモニタリングをおこなっているが、標準的な実施方法の見直しについて、意見・提案の反映はやや弱い。
 ★3カ月に1回必ず連絡会を行いケアホーム主任主査・サービス管理責任者・世話人による会議で、情報の共有化に努力している。ただし、利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。

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 | 非該当 |

評価機関のコメント

★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の同意によることが多い。施設の見学や紹介を行ったり、パンフレットはあるが、組織としてケアホームを、積極的に情報提供される事が十分でない。

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 | 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 | ㉒ ・ 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 | ㉒ ・ 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 | 非該当 |

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にある。
 ★サービス管理責任者は、利用者の意向面と世話人からの支援報告により、実態をつかみ、全体の状況内容の視点で、個別支援計画を元に実際に機能している。半年に1度定期的に見直しを実施されている。見直しの手順は、個別支援計画による策定マニュアルによる手順で実施される。

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 | 非該当 |
| 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 | a ・ ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ b ・ 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 | ㉑ ・ 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 | 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 | 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 | 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 | ㉑ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 | a ・ Ⓑ ・ 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>★難聴利用者に対する、コミュニケーションは取りにくい、利用者個々の表情や言葉から、その思いやサインを見逃さないように、努力している。</p> <p>★決まっている日程への行動開始時には、職員や世話人の側面的な支援や、促しを必要とする時もあるが、自由時間に於いては、主体的な行動・活動は十分と言えない。</p> <p>★障害者福祉の基本的な考え方として、利用者の主体性の尊重として、見守りを基本としたいが、外出する時には、世話人や職員の支援を必要とする時もある。</p> <p>★エンパワメント理念に基づくプログラムは、未整備だが、買い物・お祭り等に於いては、自己実現の機会を得ている。</p> |
| <p>★食事は世話人の協力により、楽しく食べられるようにしているが、利用者個々の嗜好や献立について、アンケートを行い反映、工夫されている。</p> <p>★リビングで楽しくゆっくりとした環境で、食べやすい状況は作られているが、ケアホームに付き、利用者の好きな時間に、食べられる配慮がされているが、五か所統一の評価は困難。</p> |
| <p>★入浴マニュアルはあるが、一人ひとりの個別サービス実施計画や、個別チェックリスト等による、自立生活者の関係、個人対応の配慮は十分ではない。</p> <p>★ケアホームに付き、入浴時間帯・週間入浴回数については、在宅時同様全く自由と、いうわけにはいかないが、ケアホームとしては、希望に沿って行われている。</p> <p>★転倒防止・プライバシー保護についての、対策は取られている。身体的状態及び利用者個々の、ニーズについては、世話人からサービス管理責任者へ伝えている。</p> |
| <p>★失禁した場合には、清拭・着替えや排便状態の確認を行っている。</p> <p>★清掃に心がけきれいにしている。</p> |
| <p>★利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。</p> <p>★利用者が自力で着衣して、前後反対の時等、その旨を本人が傷つかないように、配慮適切に促すが、本人のこだわりがあって、すぐ対応出来ない事もあり、世話人は苦慮しているが、工夫が十分でない。</p> |
| <p>★利用者の希望する髪型は、個性を尊重しているが、理・美容店については、協力も必要に付き決めている。</p> <p>★店へ予約入れたり、支払を確認する。又送迎や同行介助を行っている。</p> |
| <p>★ケアホームに付き、各個室体制で配慮されている。</p> |

| |
|--|
| <p>★本体施設(半田更生園)の看護師による、健康相談や、世話人による検温・健康チェックで、日々の健康状態は、把握されている。</p> <p>★本体施設(半田更生園)の嘱託医師・看護師への連絡や、20分以内協力病院への、受診体制は取れているが、ケアホームとしてのマニュアルが未整備に付き、取組みが十分でない。</p> <p>★支援員が、個々の利用者ごとの、薬の管理を行い、世話人が手渡等で確実に行われている。</p> |
| <p>★土・日の買い物外出や、催し物・誕生日会等は、世話人の支援により、おこなっている。ケアホームの為、自立生活のため、利用者個々の希望が反映される事は、難しく十分ではない。</p> |
| <p>★希望に沿えるようにしているが、現状では限界も感じるが、利用者の希望に応じて行われている。</p> <p>★外泊を施設側の都合で決めてはいない。但し、外泊受け入れ家族の事情もある為、必ずしも利用者の、希望通りにと考えると十分ではない。</p> |
| <p>★金銭の取り扱い規約を定め、手元の少額現金は世話人が、各個人の小使い帳をつけて管理している。本体施設(半田更生園)の指示が伝わっている。</p> <p>★テレビやラジオは、利用者個々の室内で、自由に視聴している。</p> <p>★嗜好品(タバコ)については、サービス責任者・世話人が正しい認識を持てるように、そのタバコの害について、利用者全員に情報提供を行い、ケアホーム内でのルールを、守るように話あっているが、五か所統一の判断は難しい。</p> |