

〔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 平成23年1月20日(木) 実施日:

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 恵泉会 (施設名) 親愛館	種別:(施設種別)入所更生施設 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 酒井 登	定員(利用人数) 40名
所在地: 〒463-0003 愛知県名古屋守山区大字下志段味字穴ヶ洞2266-250	TEL052-736-0044

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>この法人は、昭和25年、まだ日本の至るところに戦争の傷跡が残る頃、主に家庭環境に恵まれない幼児のために設立された、歴史ある法人である。幼児からスタートし地域のニーズにより、昭和27年に知的障害児入所施設となり、昭和54年に知的障害者入所更生施設「親愛館」が設置された。初代理事長は、当時精神薄弱と言っていた障害者に取組むその筋の先駆者であった事をまづ評価したい。</p> <p>親愛館は、現理事長の先駆的発想により、利用者の個性や隠れた才能を発揮させる、「音楽関係」、「美術関係」、「英会話」、「体育」等による、取組が素晴らしい。食事時間に流れる「癒やしの音楽」が食欲をさそい、打楽器練習の「いきいきした太鼓の音」が、施設内の雰囲気良くし、職員の士気高揚、利用者のやすらぎとなっていると、訪問して感じた。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>「親愛館独自の取組」を、地域関係に生かされると、なお一層の効果や励みとなり、地域関係者の理解のもとで、地域と密着した施設に発展すると考える。理事会・理事長として定めた各施設の日常の業務について、更に把握し、施設発展、福祉サービスの向上につとめ、理事長・施設長等の専決事項を明確にされると更に良い。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>第三者評価を通して日頃の業務を客観的に検証していただき、これまでの取り組みを見直す良い機会となりました。今後、利用者のサービスや職員の資質の向上、地域・関係機関との連携について見直しを図り、改善に努めていきたいと思っております。</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-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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

- ★理念が職員会議のレジメに記載され法人の使命や目指す方向や考え方が反映している。パンフレットや事務所に掲示されていない。
- ★事業計画書の療育基本6項目に記載され法人の理念との整合性が確保されている。
- ★年度始の会議、3ヶ月に1回開催の合同会議でも理念、基本方針を説明し理解を促す取り組みを行なっている。
- ★契約時に利用者及び家族等に分りやすく説明している。年度始の療育説明会にも理解を促す取り組みを行なっている。

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 ・ b ・ Ⓒ
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	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

- ★自立支援法がらみで中・長期計画は策定していないが短期の計画はある。
- ★事業計画は各委員会で話し合い、在り方委員会で検討し策定している。看護師の増員、音楽、美術等の専門講師採用等。QOLの向上として衣服管理を自主性に任せるため全員の衣装ケース購入等。
- ★各委員会で策定され評価、見直しは組織的に行われている。
- ★各委員会で評価はそれぞれ周知されているが全体の計画については第1木曜の全体会議で確認されるが十分ではない。
- ★年3回の療育説明会で判り易く説明しているが理解を促すための取り組みは十分でない。

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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

★管理者は自らの役割と責任について運営規定、就業規定、組織図において文書化している。会議や研修においても表明している。
 ★管理者は法令等の理解に努めており、会議において特に人権に関する項目を積極的に取り組んでいる。成年後見、個人情報、障害者年金について特に力を注いでいる。
 ★利用者、職員の安全確保及び質の向上のため保健委員会を通して入浴、移動介助の研修を行なっている。利用者のコミュニケーション向上を図るため英会話、マーチング、打楽器等を取り入れている。
 ★(福祉)サービス業で効率化には限界があるが非常勤看護師3名増員等職員の働きやすい環境に取り組んでいる。

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 ・ Ⓑ ・ 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

★新体系を踏まえて利用者の受け入れが6段階で4以上の方しか出来ないのがエリアの拡大等、工夫している。
 ★法人の経営会議において経営状況の把握、分析を行なっているが課題について職員は知らされていない。
 ★外部監査実施していない。

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ㉔
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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ b ・ ㉔
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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

★質の向上のため職員の役割分担を明確にし専門性が発揮できる人員体制が確立している。看護、音楽、美術、英語等、専門職が必要な場面は専門の非常勤職員に力を借り職員は担当の仕事に全力投球出来る体制が確立している。

★人事考課を実施していない。

★有給休暇や時間外労働のチェックは定期的に行っている。有給休暇の消化率が低い時間外労働は月平均6時間でほぼ定時に帰宅できる。

★健康管理はインフルエンザ予防接種を施設全額負担で行ない、また感染症などの対策として手洗い、うがい等実施している。

★利用者の人権擁護に配慮した支援技術の向上を基本姿勢としている。自分で選ぶことが出来、好きな洋服を着る等。

★職員一人ひとりについて教育・研修計画が策定されていない。

★栄養士、看護師は研修に参加し報告書を提出して、会議や講習等で発表している。生活支援員の研修は業務の関係で最近実施していない。

★実習生は金城学院大学、デンタル学院等毎年受け入れている。受け入れの担当者は決められているがマニュアルは整備されていない。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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

★緊急時には看護師、感染症等の予防、対応では看護師及び保健委員会が教育を行う等安全確保の体制が確立している。AEDは3台あり使用方法の研修は毎年行われている。

★避難訓練は夜間もあり昨年度は8回実施された。食料の備蓄も3日分あり非常食の体験も行なっている。

★事故報告で要因分析等検討を行なっているがヒヤリ、ハットの報告書類は設けていない。感染症、食中毒については保健・給食委員会が中心となって予防、対応等の講習会を開いている。

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	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 ・ b ・ ㉔
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 ・ b ・ ㉔
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 ・ ㉔
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 ・ ㉔
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	a ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

- ★地区の自治会清掃、納涼夏祭り等に参加し地域の人々と利用者が交流する機会を設けている。
- ★施設で年2回開催される作品展、写真展を地域の方々に見てもらおう働きかけを行なっている。
- ★ボランティアの受け入れは行っていない。
- ★関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。近隣の身体障害者療養施設一粒荘、地域の福祉事務所、病院等職員との共有化が検討される。
- ★関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。
- ★地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。
- ★把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。

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・基本方針については明示されているが、施設の玄関及び職員室等にも明示されたい。全体的な取組みが、組織的で継続的にエンパワーメントの理念に十分とは言えない。利用者への福祉サービスを尊重する姿勢が十分に取組みされてない。身体拘束、虐待防止面の強化、一進舎と意志統一も必要。
 ★利用者尊重の基本である、プライバシー保護に関する規定・マニュアルを整備して、サービスを実施されたい。プライバシー保護に関する規定は、職員全員に雇用契約の際、誓約書に署名押印をもらっている。また、利用者の個人情報に関しては、同意書をもらいながら鍵つき保管庫を使用している。前項に連動する。内部研修の強化も必要。
 ★個々に行う年2回のモニタリングでは、聞き取りをしているが、意思疎通のある利用者等には、家族からの聴取も必要で、利用者を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者による自主的は話し合い、家族との懇談会等定期的に行うことが評価基準。
 ★利用者個々の、身近な処問題については、その都度現場職員及び主任責任者で、解決に努力しているが、利用者や家族からも、意見・要望が出せる体制を整え、相談、処理記録が必要となる。
 ★苦情については受付けて、解決した記録があり確認できたが、その件をミーティング等に於いて、職員全員が共有する事と、施設玄関、利用者の生活棟等に表示する必要がある。
 ★その日の担当職員が記入する、生活日誌から、利用者の要望や健康状態等は把握できるが、規定の対応マニュアルを整備して、サービスの改善について、委員会等で迅速に対応し、利用者の意見を反映させる。

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 ・ b ・ ㉔
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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

★サービス内容を自己評価し、定期的に、「計画策定」、「実行」、「評価」、「見直し」とP.D.C.Aのサイクルを継続する必要がある。
 ★第三者評価結果から、改善策や改善実施計画の実施状況の評価を行っていないが、職員間で課題の共有化に取り組んでいる。職員参画にて、評価し、評価結果を分析し、改善策や改善計画書を文面化し、更に共有化。
 ★標準的なサービス実施に向けて「フェイストシート」に始まり「支援計画書」「支援実施書」「作業内容説明書」「モニタリング記録表」「支援計画に具体化されなかったニーズ」「健康チェックシート」が整備され、的確に記録されている。このシートは、35番から、各項目に連動すると、全般的にサービス面の利点が生かされる。
 ★個別支援計画の見直しについては、関係者により年2回行われているが、その際、直接現場職員や利用者からの意見・要望についても反映できていない。一進舎と合同職員会議が行われているなら、共通の理解が必要である。
 ★支援状況の記録は、職員が記入しているが、その記録の要領・記入法について、職員間で共通の、レベルになるように、工夫されておらず、十分ではない。
 ★施設入所時、契約書上で個人情報保護について、同意書を交わし、又、職員も守秘義務について、周知しているが、文書等による、具体的な規定(利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規定等)が定められていない。
 ★支援日誌の記録により、各職員は利用者個々の状況については、共有しているが、毎日のミーティングや定期的なケア・カンファレンスの開催等が継続的と判断できない。

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

★見学、体験入所に対応している。サービスの内容がわかりやすく説明した印刷物の作成、ホームページの作成、公共施設へのパンフレットの配置、見学・体験希望への対応等、積極的な取組みを協議されたい。
 ★問い合わせ・受付、見学や体験等の手順後、検討し決定後、重要事項説明書の内容を説明して、その後、契約書及び同意書を取り交わしている。A評価と思いや、理事長名が先代の名前があり、継続的な見直しがされてない。
 ★他施設サービス利用への移行者に対し、個別支援計画・生活評価表等の、引き継ぎ文書を送り、本人がその生活に慣れるように、努力はされているが、その記録については、他の職員とも共有されてない。

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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

★定められた手順に従い、利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が、明示されているが、そのアセスメントに関する、具体的支援内容について、関係者による協議実施が不十分である。重要事項については、書面で理事長決裁を行うことを求めたい。
 ★策定されたサービス実施計画書は、各棟の職員が見れるようにはなっているが、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の実施が不十分。
 ★状況変化時には、緊急に、そのサービス実施計画書は変更するが、基本的には6カ月毎に関係者により、見直し決定するようにしている。利用者本位の見直しの部分が不十分である。
 ★手順書により、地域移行計画として、入所から通所への移行書(短期支援計画)策定により実施したが、今後は家族や社会資源活用へ向けての、支援継続・協力が課題である。

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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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 ・ 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	㉒ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉓
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	㉒ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

<p>★コミュニケーション能力を高めるための講座は、積極的に取り入れ実施されている。意思伝達に制限のある人への支援や工夫については、日常的な関わり合いを通じて、その固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認が十分と言えない。</p> <p>★利用者が納涼まつりや、コース料理をホテルで体験する等側面的な支援はされている。又、夜の自由時間には本人の主体的活動を見守り、気持ちを尊重している。利用者の主体的な活動について、その意志を尊重しながら、その発展を助すように側面的な支援が十分でない。</p> <p>★介助組と自立組へと、職員は一人ひとりの状況を把握し、本人と家族とは話し合い後対応しているが、利用者が自力で行う日常上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要に迅速に支援するという方針を会議等で確認する体制が十分でない。</p> <p>★社会生活力を高める為に、その利用者に応じた行動の援助・支援は、実施されているが、その理念に基づくプログラムは現在整備されていない。社会性生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムの用意が不十分。</p>
<p>★朝・昼・夕の献立表が、食堂前にラミネート式写真入で明示されている。栄養月報、栄養価、作り方、材料等を記載していて、月に1回職員での話し合いを行なっている。</p> <p>★定期的に嗜好調査、残食調査を行いその結果をいかしながら検食記録の検討会も行なっている。検討会のメンバーは、職員、調理業者も含む給食委員会の8名で行なっている。</p> <p>★利用者の程度により、順番に幅のある時間帯の中で食事を摂っている。音楽が、食事中に流れていて雰囲気としても良い。委託職員で無理かも・・・利用者に給食手渡しの際に、楽しく頂ける雰囲気に。</p>
<p>★入浴マニュアルはある。利用者の障害の程度や健康状態により、一人ひとりの入浴の能力に適したグループに分けて、支援対応している。</p> <p>★入浴については、利用者の障害程度、健康状態、必要な介助などの個人的事情にの配慮は、安全面やプライバシー保護、入浴介助や支援・助言方法についてのマニュアルが十分とは言えない。</p> <p>★支援費制度以前の設立施設のため、エアコン設備がない為、気候や利用者の身体的状態に応じて、対応できる環境や、工夫が不十分。設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等については、必要に応じた対応はされている。</p>
<p>★排便に関しては、排泄介助に際し利用者一人ひとりの、具体的な対応については記録されている。サービス実施計画を主として「排泄介助マニュアル」の作成がなく、介助の快適に行う事項は、検討の余地がある。</p> <p>★身体状況に応じた設備や補装具の配置、トイレ環境の点検・改善のための検討は行われているが、継続的で、記録の整備が不十分。トイレが汚れたらその都度行き、掃除は基本的に3/W行っている。防臭については、換気良くするため、窓を開けるようにしている。全体的に検討の余地がある。</p>
<p>★衣服の購入の際には、必要に応じて職員が相談、情報提供、買い物支援等行われている。又、利用者の主体性を尊重を基本に、個性、好みを踏まえた具体性を持った取組みを行っている。</p> <p>★利用者の衣服着替えが必要時、こだわりが強い時には、その意思を尊重して、やさしく説明するようにしている。又、能力のある利用者は、やぶれ・ボタンつけを自力で行える場合、職員は見守り支援する。</p>
<p>★理・美容に関する資料や情報を提供し、利用者の個性や好みを尊重、選択出来るように検討余地がある。</p> <p>★地域の理容店・美容院の利用については、必要に対応して職員の送迎や同行などの支援が必要。施設の地域環境、職員配置等の問題を継続的に検討する余地がある。介助ボランティアをお願いする取組みも一考。</p>
<p>★2人部屋タイプの居室で。夜間就寝中の対応に関するマニュアルの策定と個別支援が問われる時代。具体的な取組や工夫が十分配慮しているとは、言えない。</p>

<p>★健康管理は、「健康チェックシート」記入により、健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れられている。医師又は看護師が、利用者に対して健康面の説明を定期的に行い、相談体制も適切である。</p> <p>★嘱託医へは、電話で問い合わせたり、20分以内で行ける体制にしている。又、救急隊へ情報提供票は、すぐその場で手渡せるようにしている。健康面に変調があった場合の対応手順等、職員共有のマニュアル整備が不十分である。</p> <p>★薬の管理は常時看護師が担当、利用者の服薬セットは看護師が行い、飲み終えたら薬の記録票へ、支援員がサインするようにしている。</p>
<p>★施設の企画・立案で行事が行われ、利用者が参加している。ボランティア・社会資源を取り入れ、職員は側面的な支援により、利用者自身が主体的に、企画・立案する取組みが十分でない。</p>
<p>★地域環境上、一人での外出・単独外出は無理がある。必要な時には、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等いずれかの人が介助や支援・助言を受ける体制を検討課題である。</p> <p>★年3回一斉帰省としているが、家族の事情もあり、施設の都合で決めるのではなく、利用者家族との連携と調整のもとに利用者の希望に添うように努力し、行われている。</p>
<p>★預かり金管理規定はある。個人別払い出し簿・金銭出納帳は施設で管理して、年2回保護者へ報告し確認を受けている。</p> <p>★雑誌は本人と職員同行により購入しているが、新聞・テレビは利用者間の話し合いとし、ラジオは家から持ち込んだり、購入して楽しんでいる。</p> <p>★タバコについては施設内禁煙を、法人の方針としている。現在利用者からのタバコ・酒の希望はない。希望が出たと想定して、場所、時間、方法(喫煙場所、飲酒場所、時間、一気呑みの禁止)等様々な配慮、酒やタバコの害についての、利用者が正しい認識を持つプログラムも課題。</p>