

〔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:	一般社団法人 社会福祉事業外部監査機構 (認証番号:25地福第2005-1号)
訪問調査 実施日:	平成26年11月17日

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) 愛厚 すぎのきの里	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) 熊谷 雅夫	定員(利用人数): 80名(70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

◇特に評価の高い点
<p>当施設は、(社会福祉法人)愛知県厚生事業団傘下の1事業所であり、自己評価は、毎年実施されており、第三者評価についても法人本部の方針で(平成22年度・23年度に続いて)今回は3度目の受審である。もともと、法人の成り立ちが愛知県の外郭団体として設立されたという経緯もあり、職員の資質・モラルも高く、社会福祉法人本来の非営利的な体質を持ち、福祉に掛ける情熱もスタンスも、比較的高いレベルにある。近年愛知県から独立して、他の法人施設と同一条件での利用者支援が行われているが、常に利用者を中心とし、思いやりと優しさのあるサービスを提供している施設である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成23年度からの新5か年計画が法人本部により策定され、それに基づいて施設でも運営会議等でサービスの質の向上、事業計画策定を行っている。組織としての基本姿勢が、利用者主体であり、個々が持っている行動特性に合わせたものを支援計画に反映させている。法人本部が、新規採用した職員のOJT研修を実施し、随時業務指導や定期的な面談を行い、よりの確な人材をそれぞれの現場に配属している。 ・利用者の重度化・高齢化が進行する一方で、職員数の減少化と課題が出ているが、各種委員会、会議を実施するようにし、職員全体の情報の共有、業務に対する意識、理解を高めるように努め、利用者提供サービスの低下に対応している。
◇改善を求められる点
<ul style="list-style-type: none"> ・法人本部の中・長期計画はあるが、施設独自の中・長期計画がない。今後のために作成されることを提案したい。 ・利用者の重度化・高齢化と職員定数の相対的減少化とを同時解決し、職員の直接処遇時間を(更に)増大させる仕組みづくりが必要な時期に到来していると思われる。 ・一般的に近年、施設運営管理面において必要性を増してきた生活支援現場での、職員(人)による利用者(人)への直接処遇時間の重要性(人と人とのコミュニケーションを通じた生活支援)に鑑み、当面の改善目標として、パソコン関係の整備等により職員間の情報共有を図られたい。 ・建物・居室環境は、最早、時代に合わなくなってきているが、国の福祉政策の大幅な転換が望めない現況では、個別法人の自己責任を超え、限界があるが、利用者主体視点から敢て特記したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>平成22年以降3度目の第三者評価受審となるが、その間もサービス自己評価は毎年実施しており、自己評価の低い項目について職場研修などの機会を多くしてサービス・技術の向上を図ってきた。今後も思いやりと優しさのあるサービスを提供するため誠意努力し、指摘された項目についても改善に向け全員で取り組みたい。</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-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

- ①平成26年度業務推進計画・事業概要で明文化されている。
 ②法人定款の目的・経営の原則や事業団(これ以降、法人とする)事業計画の経営方針を施設での理念に基づく基本方針としている。
 ③職員研修、職場研修、職員会議等で周知させている。
 事務所や会議室掲示及び各人ファイルに「倫理綱領」「行動規範」を綴じ入れて周知させている。
 基本理念・基本方針は名札の裏に記載したり、朝礼にて唱和するなど工夫され周知の徹底を図る事を確認した。
 ④利用者懇談会や家族説明会で説明しているが、利用者へ理解しやすい説明の工夫が望まれる。

I-2 事業計画の策定

		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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

- ⑤法人としての収支計画は策定されているが、施設としての中長期数値目標がない(施設単独で出来ない為)。
 ⑥法人としての事業計画が策定されており、施設でも毎年度の業務推進計画があるが、中長期計画との結びつきが弱い。本部との話し合いや調整がより必要と感じられる。
 ⑦毎年職種代表者会議で事業計画が策定されている事を議事録にて確認した。
 ⑧職員へは職員会議で繰り返し説明、全職員へ事業計画を配布している事を確認した。
 ⑨利用者懇談会、家族懇談会で説明していることは確認出来たが、利用者毎への周知度合いの把握がされていない。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

⑩職員会議等で役割、責任を説明し、業務分担表に明記している又、有事に対する連絡網についてもマニュアル化されている。
 ⑪コンプライアンス研修を実施し、指針・規程・法令等のマニュアル(感染症・身体拘束・虐待防止・コンプライアンス指針等)を全職員に配布している。
 ⑫全体会議・代表者会議等定期開催している。毎年支援員標準ケア手順書(ケア技術と知識)による習熟度調査を実施し、個々の職員のスキルアップを図っている。職場研修についても積極的に参画している。
 ⑬コストバランスを見て空床率向上などマイナス面を指示しているが、重度身体障害者受入れ等により体制面から、誰れでも良いから受け入れるというような事は出来ない状況。1回/3ヶ月経営状況の報告をしている。

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	① ・ 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 ・ ② ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ③

評価機関のコメント

⑭相談支援事業を通じての情報収集、町内の自立支援協議会・民生児童委員連絡会、圏域の協議会等に積極的に参加して経営環境の把握(ショートステイ・精神障害増加の傾向など)を行っている。
 ⑮コストバランスの分析を行い、課題を確認しているが体制面など具体的な問題把握までに至っていない。
 ⑯第3者評価を重点推進事項として積極的に取組んでいる事は感じられたが、評価基準では、Cランクと判断した。

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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	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	㉑ ・ b ・ 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

⑰介護福祉士など各種資格の取得を推進している。
PTを配置してより高いリハビリテーションを進めている。キャリアパスを作成して人材育成を図っている途上である。予算的問題が有ると思うが、生活支援者のデスクワークが増えて来ている事もあり、"ゆとり"が少し無い様に感じた。

⑱勤務評定を年1回実施し、人事考課の目的を示し、目標管理評価を試行的に実施しているに留まっている。

⑲年1回の人事ヒアリングを行い、有給休暇の取得や時間外勤務については毎月チェックする仕組みがあるが年休取得は充分ではない。

⑳正規職員は福利厚生センターに加入している。職員の健康維持に関しては健康診断、ワクチン接種などを実施し検診結果については産業医から指導を受けることができる。職員処遇やメンタル面の改善に対する取り組みの不足を感じる。

21)職場研修年間スケジュールにより実施している。キャリア別に法人で計画を立てている。

22)本部開催にて研修計画を立て、計画に従い職員への参加を積極的に進めている。
職場研修計画・評価シートは素晴らしく、分かりやすいまとめ方なので、しっかりと活用される事を望む。

23)研修の報告レポートを作成し、会議等で発表の機会を設けているが全員揃わないので発表できない事がある。

24)実習受け入れマニュアルに沿って受け入れを行っている。施設と学校との調整等事務的な役割と実務面は生活支援員指導員と役割分担している、変則勤務の中でも統一した実習カリキュラムを立て進められると良い。PT・OTについても受け入れ可能。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

25)緊急時対策マニュアル、感染症対策等マニュアルなどがある、病院等関係機関の体制が変わっても(特に夜間は、看護職員不在の時)夜勤の支援員が安全も確保し、緊急時の連絡網を作成、各職種で協力する体制を取っている。

26)防災訓練を計画的に行っている。年1回は大規模災害、を想定し、消防や地域消防団、町防災課や地域自治会と連携しての防災訓練を行っている。車椅子の方は使えないのでヘルメットから防災頭巾に変更する事について検討中。

27)利用者のインシデントや事故速報の提出を徹底している(35件/年)。本部へは事故報告及び改善報告を提出している。
利用者の障害の事情も有り、車椅子からの転倒が多く滑らないクッションを使い改善した事例あり。インシデントや事故の件数は把握されているが対策の遅れを少し感じた。

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

28) 駅構内や街中へ出かけ買い物や喫茶店を利用している。文化祭等に参加している。
 すぎのき祭で地域住民との交流。単独で東栄駅付近まで散歩に出かける利用者がいるが利用者の希望全ては叶えていない。一部の利用者に関しては(地域生活希望者の中でマッサージ師資格のある利用者が特養へボランティア・図書館で借りて点字の本読み)へ行っている。

29) 広報誌wo東栄町全戸(約2,000部)に役所から配布している。ショートステイを家庭の事情に応じて定期的にまたロングで利用されている。
 相談支援事業所として定期的に訪問し、各種関係機関と連携し支援しているが、地域性もあるが地域に親しみ理解される所までには至っていない。

30) 法人の業務マニュアルのボランティアに関する指針にて受入れ。受入れ担当を決めて実施、活動者にとってもやりがいとなっている(ボランティア受入れ約300名/年)が人数的に充分とは言えない。

31) 関係機関の会議に出席し情報交換をしている。
 しかしながら、山間地域でもあり、近くに関係機関が少ない事もあって、関連機関との連絡網などの整備にはやや難点がある。

32) 関係機関と定期的な連絡会議に参加している。

33) 相談支援事業を通じて福祉ニーズ(通院や買い物など移動支援・高齢者のお風呂の問題など)を把握している。

34) ショートステイ事業を積極的に実施している。但し、施設の設定面や体制面から事業展開は難航していると思われる。

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) 利用者満足度の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足度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	① ・ b ・ 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	① ・ 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	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

35) 基本理念や経営方針に明記されて、職員にも周知されている。各種研修及び会議等で共通の理解を得る取り組みを行っていた。

36) 職員倫理綱領や行動規範等で規程している法人としての標準ケアマニュアルはあるが、利用者の高齢化に合わせて、法人内の高齢者施設で使用されているマニュアル『介護教育テキスト』をサブテキストとして代用している。

37)-①利用者懇談会、家族懇談会、利用者満足度調査を実施、提案や調査結果を基に、当面、出来る事、出来ない事を明確にして、改善策を立て取組を進めている。又、季節変わり目の衣服の交換など協力依頼事項なども伝えている。

②利用者の満足度は、設備に依存する側面もあるが、それが全てではなく、「貧しくとも心豊か」といった、ソフトの側面も重要である。

38) 相談室、会議室を相談場所として提供している。また、利用者懇談会の場で意見や要望を聞いている。

39) 苦情解決の体制を整備し、資料を配布し説明している。施設ロビーには相談窓口等を掲示している。

40) 職員の意識や姿勢に関する要望等は、本人の了解を得たうえで会議等で内容を公表している。

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

<p>41)外部評価は3年毎、自己評価は年1回、全職員で分担して行い、評価と改善策について記入、それらを代表者会議で検討している。</p> <p>42)会議で課題を絞り込み、改善実施計画を立て実施・評価する体制が整っており文書化されているが、結果の数値目標等を立て、長いスパン(3～5年)での取組む事もあるのでは(例・利用者の満足度の様なものを工夫されるなど)とも考えられるのではとの議論があり、検討が始まっている。</p> <p>43)サービス提供はアセスメントシートに文書化されて、1回/月評価結果を記録に残している、がマニュアルには詳細な手順までは記入されていない。</p> <p>ケア技術と知識の習熟度の自己評価を毎年実施し、職員のスキルアップを図っているが全員抜け落ちなく把握しサービスを提供するまでは至っていない。</p> <p>44)アセスメントシートは個別支援計画見直しに合わせて年2回は見直しをしている。</p> <p>本人家族の要望を各職種の担当職員が聞き込み見直しを行う体制が整っている。</p> <p>45)パソコンでの支援システム(ネットワーク)により記録している。日々の生活記録と月毎の実施状況のまとめを担当支援員中心に記録(排泄、入浴、食事の記録なども)している。</p> <p>46)法人の文書管理規定、情報公開規定、個人情報保護規定により管理されている。</p> <p>47)支援システム(ネットワーク)によりパソコン内の情報は共有化が図られている。連絡ノートも併用しているが、勤務体制の問題でタイムラグがあり、最新の情報を共有することが難しい状況ではあるが、現在暫時改善されつつある。サービスの中で、大事な事は、『笑顔・声掛け・スキミング』である事が共有化されている。</p>
--

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

<p>48)H.P.、機関誌での広報や電話相談、施設見学・相談に対応している。ショートステイを利用しての体験入所を実施している。</p> <p>49)サービス開始時に利用契約書、重要事項説明書等にて説明し同意を得ている。重度の知的障害を持つ利用者への工夫は期待したい。</p> <p>50)サービス終了しても、引き続き担当者が窓口となり相談や手続きは行う様になっている。</p> <p>施設変更の場合は、本人家族の同意を得て、支援計画や医療情報等の情報提供をしている。</p>
--

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

51)入所前の面接と体験利用中の聞き取り等を基に各職種が集まり意見交換し、アセスメントを行っている。
 52)サービス管理責任者を設置し、アセスメントに基づいて多職種によりカンファレンスを実施し、サービス実施計画を検討・策定している。実施計画書案の決裁後、本人家族の同意を得るが、家族等が遠方在住者であったり、高齢の場合には、郵便でのやり取りで対応している。
 53)6か月毎と状態変化時に再評価、見直しを行っている。
 54)地域移行の要望があれば実現に向けて支援を行っている。現在1名対象に費用・保証人の問題など本人の状況移行先の状況など調整を図っているが移行は難航しているのが現状である。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	① ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

55)現況では、在所期間の長い利用者が多いので、コミュニケーション手段として、サインの発見と確認で充分であるので、特段の不都合は感じられない。

56)利用者の主体的な活動に心掛けており、特に外出支援を希望する利用者には、最優先で支援するように取り組まれている。人員配置の問題もあるので、支援が困難な場合には、利用者へは外出できない理由を丁寧に説明している。また、共用パソコン(事務部門で使っていた中古品)をロビーに設置し、利用者が使用できる様にした。利用者個人によっては、パズル雑誌の配置や離床時間への配慮や個別のオヤツ配布など、出来るだけ画一的にならないような支援を心掛けている。

57)機能低下を導かないように配慮しているが、障害の重い利用者が多く充分とは言えない。

58)サービス計画書に基づいて状況に応じた食事を提供している。

59)年1回嗜好調査を実施。懇談会でも行事食や季節のメニューの要望も聞き取り提供されている。食事は保冷兼保温機を導入するなど工夫・努力をしている。外部の給食業者に変更したとはいえ、直営時代の様に、厨房職員も含めて職員と利用者のふれあいがあれば、より素晴らしくなると判断した。

60)利用者が慌てず食べて頂く事を考えに2部制を取り入れて、重度利用者を後番にしたり、食堂の希望する場所で1対1で食べて頂くなど対応しているが、お膳の片付けるタイミングなどでは、少し配慮が必要になると思われる。

61)一部の利用者に関しては(地域生活希望者の中でマッサージ師資格のある利用者が特養へボランティア・図書館で借りて点字の本読み)へ行く。絵を描いたり、手芸等趣味的な活動への支援体制はクラブ活動として、担当者が個別支援として支援している。ICF(生活機能)の考え方については研修を行っている。

62)利用者の状況に配慮して実施している。サービス実施計画書アセスメントに個別の留意点を記載している。
マニュアルについては法人のマニュアルがあり、標準ケア手順書で各自が確認している。
同性介助を希望される利用者へは配慮しているが職員の不足も有り意思を伝える事の出来ない方へは100%は出来ているとは言えない。

63)入浴は計画された時間で行っている。それ以外の失禁時等は清拭対応となる。昨年までは夏期は週3回入浴を実施出来たが今年は職員不足で実施できない場合(入浴回数など)がある。

64)機械浴主体で利用しており、入浴設備は整っている。冷暖房設備あり。カーテン等も使用しプライバシーに配慮している。

65)法人マニュアル排泄に関するマニュアルからの支援プランに基づいて個人的事情に配慮している。標準ケア手順書により職員個々でも確認をしている。今年ストマに関する資料配布と看護婦による使用法講習会を行った。排泄記録は所定の様式で記録している。

66)老朽化した為トイレを10月から改修工事を実施している。又臭いについても殆ど感じられない程度である。

女子トイレで這ってされる設備は今後も枠を作り残す検討がされていた。訪問評価調査日では、トイレ改修工事中であったが、修正案調整訪問時には、工事完了して快適なトイレになっていた。

67)意思表示が出来る方は好みに合わせ選択しており、意思表示の無いケースに対して、職員が見立てて購入している。衣類の購入は業者に依頼し施設で年2回販売会をしている。また利用者が外出した時に買われたり、雑誌通販で購入したり、頼まれて購入したりしている。

倉庫に保管する等良く取組まれているが、これで満足せず更なる取り組みを期待したい。

68)着替えはお風呂の時や希望がある時に好みの物に交換し、汚れた時はその都度交換している。

破損は洗濯パートが対応している。

69)理容・美容について、意思表示のできる方は希望を叶える事が出来、楽しみにしているが、出来ない利用者に対しては、職員が家族意見や医療的配慮を考慮して、判断している。

70)近くの理髪・美容院が施設へ毎月来てくれている。

71)多床室ではあるが持ち物も必要最小限に留め、昼間の光についてはカーテンで囲っている。テレビなどはイヤホンを使っている。寝具はリースが基本であるが、個人の希望があれば多様化し好みで私物使用できる。

利用者によって季節毎交換している人もいる、布団干しも実施されているがマニュアル化まではされていない。

夜間せん妄等で他利用者に影響がある場合は支援員室で落ち着くまで見守ったり、空いていれば静養室の利用もしている。

72)利用者の健康管理マニュアルがあり、看護師や嘱託医連携し情報を共有している。医務記録があり緊急時に対応出来る様、投薬や検査結果等も整理されている。又歯科も毎週訪問診療がある。

73)緊急時対応マニュアルがある。隣接した東栄病院が協力病院であり迅速に対応してくれるが、夜間の緊急対応が不十分で有り、当直医の診察・応急処置後、新城や豊川方面へ搬送して、治療を受ける体制が出来ている。看護師の夜間オンコール体制も十分であり利用者不安を感じさせない。

74)薬物管理のマニュアルは施設マニュアルのリスク管理部分にある。影響の大きい薬を誤飲した場合等は、看護師が医師に連絡して指示を受けている。薬に関する事故は事故報告書により原因を探り再発防止を図っている。

75)余暇・レクリエーションは利用者の希望により各種用意されている(食堂にて串物・アルコールの提供などや障害のある利用者が出るポッチャンゲームなど)。

ボランティアや支援員によるクラブ活動(作品作りなど)を実施している、支援員が行う活動も支援員不足により意思表示の出来ない方の活動が不足気味である。

76)体制の問題もあり全

てに出来る事が出来ない、外出は極力、利用者の希望に沿って行う様にしている。

77)外泊は利用者と家族の希望で行う様にしているが、利用者の希望があっても家族の介護力の問題も有り家族との話し合いで決めている。

78)法人の利用者所持金等取扱い規定に基づいて管理体制が整っている。自己管理(1,000円程度)ができない方は、手許現金管理として出納帳をつけて(通帳と管理は別の職員が行う)毎月決裁で所長が確認している。

79)希望によって新聞雑誌は購入している。部屋のテレビは個人所持。デールームや食堂、ロビーには共有でテレビや新聞を用意している。

80)酒やたばこはルールを決めて希望に応えるようしている。アルコールは月2回位誕生会、行事食で希望者に提供。タバコ喫煙所(1階建物南側)を設けている。