

[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12月8日(月)

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) 愛厚弥富の里	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) 風岡 正美	定員(利用人数): 80名
所在地:〒498-0000 愛知県弥富市栄南町 7-2	TEL 0567-68-4322

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・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。</li><li>・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。</li><li>・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、中・長期計画の内容検討などを行っている。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。</li><li>・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た。特に今年度は、事故防止について重点課題として取り組み、全職員に事故防止に対する周知徹底を行い、事故件数の減少へと繋がっている。</li><li>・弥富の里で障害児等療育支援事業・相談支援事業・地域アドバイザー事業を受託し、地域療育相談体制の充実に努めている。特に、計画相談に対する地域関係機関との連絡調整を行い、実施した。</li><li>・施設の集会室を地域開放し、音楽療法や親子サークル活動で定期的に利用されている。</li><li>・昨今地震・津波などの災害がいつ起こるかもしれない現状を踏まえ、弥富市から福祉避難所及び津波、高波緊急避難所に指定されている等地域の中での施設の役割が非常に重要であると思われる。</li></ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・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。</li><li>・業務マニュアルや個人情報保護マニュアルの見直しは検討委員会において毎年度末行われて周知徹底されているが、改正日時や経緯を記入していくことが望ましい。</li><li>・清潔保持の為、シャワー浴も行われているが脱衣所にカーテンを付けるなどプライバシーの確保を望みたい。</li><li>・扉や冷暖房など、今は困難な事柄もあるが今後の配慮を期待したい。</li></ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>平成24年度から職員の目標達成度評価制度に取り組み、その中で弥富の里の重点目標の一つとして「事故件数の削減・誤薬事故0件」を掲げ、今年度も継続的に事故防止に対する職員意識の向上を図り、事故件数の削減に関して成果が得られた。こうした職員全体の目標意識をさらに高め、より成果を出すためにも、今回の第三者評価で指摘されたことの一つとして、各事業それぞれの状況に対応した事業計画や業務マニュアルの見直し検討の作成し、それらを指針として職員、利用者、家族の情報共有を徹底し、関係者がお互いに力を発揮し合うことの重要性を再認識させられたところであり、今回の第三者評価の結果を受け止め、利用者の方々に対する更に充実したサービス提供に努めていきたい。</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-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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・弥富の里としての施設使命、役割を明記した基本理念が策定されており、施設HP、事業計画、事業概要で記載、ロビー等で掲示されている。</li> <li>・法人及び弥富の里との基本方針を策定されており事業計画、事業概要、パンフレット等、に明示されている。</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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	㉠ ・ 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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画、事業概要を全職員に配布し、各種会議や委員会で説明しパート職員にもミーティング等で周知し、記録されている。</li> <li>・利用者に毎月懇談会で説明に工夫が見える、保護者会、機関紙等でも周知に努めている努力がされている。</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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

・毎日の職員朝礼、各種会議、研等において施設長としての責任を表明されて業務統括に努めている。  
 ・事業計画、事業計画、機関紙等に役割と責任について記載されている。  
 ・法人本部からの情報提供あり、管理者は法令順守を正しく認識して、コンプライアンス委員会、各種会議で理解深める取組がされている。  
 ・サービスの質向上を図る為、運営会議、コンプライアンス研修等で伝え管理者は外部研修に参加、指導力向上に努めている。  
 ・自己評価は毎年実施され、第三者評価も今回で3度目の受審であり、施設長以下全職員も提供サービスの向上・改善への意識は高い。

### 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	Ⓐ ・ b ・ 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

・施設の有る、弥富市の福祉委員等になり行政等との連携を高め、情報収集につとめ地域の福祉環境は把握されている。  
 ・運営会議でコスト分析、利用実績や収入増につながる、業務改善を検討し会議記録を残している。  
 ・評価基準による外部監査は行われていない。

#### 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ 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	① ・ 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 ・ 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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人独自の人事管理基準を策定し、人事制度人材育成を展開しているが、施設でもそれに準じた対応がされているが、施設の実情(利用者の状態や職員構成等)を織り込むなどのもう少しの工夫が欲しい。</li> <li>・法人本部の統一基準で毎年、人事考課(職員能力発揮度評価)を実施して、本部に意見等申し出る機会としてヒアリングも行われている。</li> <li>・法人本部統一の就業管理や有休付与あるいは、福利厚生制度を効率的に活用させるよう配慮されている。</li> <li>・実習生受け入れ育成については、実習マニュアルを作成し受け入れ、実習指導者を整え、事前のオリエンテーションに合わせてプログラムを設定して地元高校生の実習受け入れもおこなっている。</li> </ul>			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

## 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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故防止委員会、感染症予防対策委員会を設置しマニュアルを整備し全職員にも予防対応を徹底しているが、連絡網等事務所等に図を作り掲示されると、突然の時に役立つのではと提言したい。</li> <li>・災害時のマニュアル、消防署への非常通報装置、地域の福祉避難所にも指定され、最善の努力がされている。</li> <li>・災害時の食料等の備蓄、管理等が書面に明記されていて、取り組みが素晴らしい。</li> <li>・25年度からサービスリスク対策体制強化に取り組み、事故報告、サービス改善報告対応で、事故の原因分析、改善策の検討等、書面に残し、家族への報告等にも努めている。</li> </ul>			
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

## 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	① ・ 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	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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

・地域、保育園、関係事業所等のイベントに利用者が参加し、施設の行う、ふれあい秋祭りには、多数の地域住民やボランティアの参加画が有り地域交流の場としている。  
 ・県療育支援事業、地元3都市町村の相談支援事業を担当するなど、専門性を発揮して、家族、関係者の勉強会、各種団体の集會事の施設開放を、積極に行われている。  
 ・ボランティア受け入れ態勢を整えているが、地域性も有り、利用者に直接かかわる活動が難しい状況がありながら努力されている。

## 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

・基本的人権は、職員倫理規定・行動規範に基づいてサービスを提供している。  
 ・組織としての基本姿勢としては、利用者主体で、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しており、人権擁護や虐待防止等をテーマとした研修も継続的に行われている。  
 ・業務マニュアルや個人情報保護マニュアルの見直しは、検討委員会において毎年度末行われ周知されているが、改正日時や経緯を記入していくことが望ましい。  
 ・利用者満足度調査は毎年行っており、利用者ごとに支援担当員を配置したうえで、個々の思いを受け止め個別支援計画に反映しているが、一部ではあるが掌握方法に課題が残っている。  
 ・苦情解決や要望・意見は、速やかに解決できる体制を整えており、職員全体で対応や検討できるよう研修に参加している。

### 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス内容の点検や検証は、自己評価や第三者評価により行われているが、評価結果における課題の解決や改善には引き続き努力されることを望みたい。</li> <li>・26年度から集中化を避けるため、利用者をグループ分けし個別支援計画を見直すようにした。</li> <li>・検討会議では、より具体的な検討をするために会議録やケース記録を読み込み、状況の変化・変動に合わせて速やかに見直しを行っている。</li> <li>・ケース記録は的確に記録されているが、著しい変動があった利用者対応時の日付や記入者を記録しておくことが望ましい。</li> <li>・サービス管理責任者の下、ケース記録は文書規程等に基づき個人情報も含め適正に管理されているが、個人情報保護法など基本的な研修により、さらに習熟されることを望みたい。</li> <li>・記録の記載については、言葉遣いなど基本的なところから研修に取り組んでいる。</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉞ ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念やサービス内容に関する資料等は、市役所を始め公共施設などに置かせていただき協力を得ている。</li> <li>・重要事項説明書等による説明のほか、利用者が自由に選択できるサービスの説明についても工夫を加えながら対応している。</li> <li>・見学や一日利用等の希望、外部からの照会にも適正に対応している。</li> <li>・過去における移行ケースの管理において、年次別・部門ごとに整理し纏められていたため連続性が乏しいものとなっていた。事例は少ないと思われるが、管理方法などを検討されることを望みたい。</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・アセスメントは、サービス管理責任者のもとで支援担当者をはじめ職員の協力により、定められた方法で的確に行われている。  
 ・サービス実施計画は、重要事項説明書や契約書など理解されやすい工夫が行われている。  
 ・入所時には、サービス管理責任者が中心となり、支援担当者や看護師・管理栄養士を交え個別支援計画が策定されている。  
 ・個別支援計画の評価・見直しは適切に行われており、特に利用者の要望やご家族の意向を把握したうえで、個別支援計画検討会議において見直し・作成されている。

### 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	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	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

## 評価機関のコメント

- ・強度行動障害や聴覚障害など対応困難ケースに備え工夫がされているが、充実するために専門職による研修などを望みたい。
- ・余暇活動は、利用者の意向を尊重し日常生活上の支援を中心に行っている。特に移乗・食事・排泄等、絶えず声掛けや見守りが常時必要な利用者について把握したうえで、サービスを提供している。
- ・日課における利用者の要望は把握できる範囲で対応している。
- ・食事においても個別支援計画に基づき提供しており、選択食や誕生日食を取り入れ食事時間にも幅をもたせる工夫を行っている。
- ・入浴は、安全を始め介助方法などに個別対応による一定の配慮はしている。清潔保持のためシャワー浴も行われているが、脱衣所にカーテンを付けるなどプライバシーの確保を望みたい。
- ・排泄マニュアルに基づき利用者の状況に応じた介助を行っている。排便表による状況把握も行われている。扉や冷暖房など今は困難な事柄もあるが配慮を期待する。
- ・衣服を自ら選ぶことができる利用者は、支援担当者やご家族と相談しながら購入している。
- ・理容については利用者の意思・意向により外部業者により実施している。
- ・希望や要望によっては外出時に行っている利用者もある。
- ・睡眠については、個別状況によって対応が異なっているが、夜間については、排泄ケア委員会による検討を踏まえ、安眠できるよう対応している。
- ・健康管理については、日常・夜間ともマニュアルが整備されており、嘱託医や地域や近隣の病医院とは連携がとれている。口腔ケアについて、歯科衛生士の指導のもと毎食後行われている。服薬管理は、服薬マニュアル・服薬状況表で行っている。特に利用者に対する誤薬をなくす工夫として、食堂に大きく注意書きが掲示されていた。
- ・余暇活動や行事・レクは、一部の利用者ではあるが個別に取り上げて、誕生日外出など工夫を加えながら取り組んでいる。
- ・地域の保育園や社会福祉施設やフライングディスクなどのスポーツ行事にも参加している。
- ・ボランティアや支援者の協力を得るなど新たな資源の活用が今後の課題である。
- ・外泊は、半数程度の利用者が年数回程度は実施している。
- ・預り金は、取扱要領に定められたとおり、管理者等による責任の所在と管理が的確に行われている。
- ・新聞・雑誌の購読、テレビ・パソコンの個人利用も便宜が図られている。
- ・喫煙者は現在はいない。
- ・酒は医療スタッフとの連携のもとで余暇時間に飲んでいただいている。