

〔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:	平性27年2月2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) 愛厚希全の里 就労支援B型事業所	種別: 就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名: (施設長)岡 田 浩 二	定員(利用人数): 50 名
所在地:〒441-1231 愛知県豊川市一宮町上新切33番地267	TEL 0533-93-2062

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <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"><li>・本体の入所施設と一体的に運営されており、利用者や担当職員にとっても安心ができる施設である。</li><li>・「印刷事業」「軽作業」「喫茶」の3事業により就労支援事業は成り立っている。その中でも「印刷事業」は平成25年4月に「障害者優先調達推進法」が施行されたことと相俟って、就労支援事業所として官公庁の受注に成功している。</li><li>・本体施設同様、美味しい食事を提供するために、予算を確保したうえで温冷配膳車を購入した。</li></ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・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望みたい。</li><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>・工賃向上計画による目標達成を果たすために、利用者個々の知識・技術の向上などにより顧客のニーズに応える信頼される事業所を目指されたい。また、能力適性の高い作業科目の導入を進められることを期待したい。</li><li>・地域におけるボランティアあるいは社会資源を活用するなど、新たな支援方法を検討されたい。</li></ul>
---

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>事業所及び利用者からの意見に積極的に耳を傾け、評価者側から丁寧な説明がありました。評価者側の指摘については、施設の運営及び提供するサービスを改善・向上させるための指針として行きたいと思えます。</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	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・希全就労としての理念・基本方針(経営方針)を明文化し、事業計画・事業概要などに記載している。  
 ・年度の初めの職員会議や職種代表者会議・研修会にて、理念・基本方針を配布し、説明を行い職員の理解を促すよう取り組んでいる。  
 ・また玄関ホール・職員室には掲示されていた。職員の周知状況については、職員面接においても確認できた。  
 ・利用者への周知については懇談会・家族会・機関紙などで行っているが、障害のある利用者の一部に対して充分とはいえない所もあり、さらなる工夫を期待したい。

#### 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	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・法人5か年計画に従い事業計画が策定されているが、施設・就労としての中・長期計画がなく施設としての独自性を弱く感じた、施設としての中・長期計画策定を期待する。  
 ・事業計画については職種代表者会議・職員会議に出席される方が主体となり組織として策定されていた。  
 ・職員に対する周知では年度初めの職種代表者会議にて周知を図っている。  
 ・利用者に対しては、懇談会・家族会・機関紙などで伝え、さらには朝礼などでも繰り返し説明している。

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営者会議を始め各種会議に精力的に出席して、経営方針・事業計画等、役割に応じて指示を与えると共に、フォローを行っている。</li> <li>・職員の面接においても経営方針等について、末端まで浸透している事が伺えた。</li> <li>・障害者虐待防止チェックリストやコンプライアンスチェック表による調査を職員全員に実施して、職員会議において結果を報告させている。</li> <li>・また利用者満足度調査を行い満足度の低い項目に対しての改善やケア技術・能力熟度評価も低い評価項目に対して改善を行っている。</li> <li>・財政基盤の改善として、地元イベントへの参加、収益向上のために省エネシステム導入に向けた調査・改善をおこなっている。</li> </ul>
---

### 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	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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉協議会評議員を始め官公庁への働きかけや地域への情報収集にあたっている。</li> <li>・就労の中でも印刷部門では官公庁・施設・学校などから注文を受けている。四半期毎の分析と経営改善に努めているが、軽作業については自動車部品の組付けを含め近隣の企業からの安定した量の受注や施設独自の商品開発が課題と考えられる。</li> <li>・外部監査については実施していないが外部監査に代わって、法人による監査は行っている。</li> </ul>
---

## 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

・職務に必要な経験・習熟レベルを決め、道筋や基準条件を明確にして業務遂行が出来るよう取組んでいる。  
 ・研修会については年間スケジュールに従い研修を行っている。  
 ・人事評価については職務評価から職員の目標達成度・能力発揮度や仕事の成果を評価した、能力と開発を主眼においた人事評価制度に移行を始めている。  
 ・法人として職員意見対応窓口の設置、メンタルヘルス研修を実施している。  
 ・研修後に復命書や研修報告書を提出しているが上司のコメントなどあれば研修を受けた職員の励みになるのでは是非検討される事を期待する。  
 ・実習生については受入れ年間スケジュールに従い実施している。

## 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

・緊急対応マニュアル・個人連絡台帳・感染症委員会の開催・避難訓練計画に従い訓練を実施している、  
 ・また5月には就労のみでの火災訓練も実施している。  
 ・事業継続計画として、リスクを把握し如何に対処するかについて津波・震度予測、備え付け品リスト作成・職員がどれ位で到着できるかなど見直し・検討がされている。  
 ・外出時の安否確認について素早く出来る様、行き先についても簡単に丸を付けるなどの様式を検討して行き先が絞り込めるようにすることを期待する。  
 ・インフルエンザ発生時は出入口を絞り、アルコール消毒・マスク着用・手洗いの徹底を図る事を期待する。

## 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) ・ 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) ・ 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) ・ b ・ 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) ・ 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	(a) ・ 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	(a) ・ 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) ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

・施設で営業している喫茶・グラウンド・体育館などを近隣住民へも開放している。  
 ・地域への買物についても度々行っている、趣味や楽しみの領域を増やす為にも、たとえば図書館の利用方法を教えるなどの取組みも期待する。  
 ・福祉実践教室への参加・福祉避難所の整備・就労支援部会への出席などを行い、就労に向けての情報収集を行っている。  
 ・また地域イベントへの参加と就労製品の展示販売も行っている。  
 ・ボランティア受け入れについて、受入れマニュアルに従い行われており、特に趣味・クラブ活動で活躍されている。  
 ・豊川市相談支援事業を委託し支援事業を開始している。  
 ・グラウンド・体育館の貸し出しも行っている。  
 ・官公庁への入札参加、地域への普及啓発事業を行っている。

## 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	① ・ b ・ 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	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

・職員会議で理念やコンプライアンスは説明があり、人権等をテーマとした研修も継続的に行われている。  
 ・組織の基本姿勢として利用者を尊重した福祉サービスを実施しており、身体障害者施設業務マニュアルに基づきサービスの提供を行っている。  
 ・日常業務の見直しは毎年行われており、職員間で共有化している。  
 ・毎月、利用者懇談会を開催し意見や要望を聞いており、利用者満足度調査は年1回行っておりサービス計画に反映するなど、いつでも意見や要望を聞く姿勢を持っている。  
 ・また、日頃から迅速な対応が求められる事案の備えとして適切に処理する体制がある。  
 ・苦情解決の仕組みは本体施設と同様確立されており、職員全体で対応や検討をするようにしている。  
 ・苦情があった際には当事者に確認したうえで適切に対応している。

### 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	a ・ ② ・ 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	① ・ 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	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	a ・ ② ・ c

#### 評価機関のコメント

・サービス内容の検証は、年1回の自己評価や第三者評価により行われている。  
 ・個別支援計画は、半年単位で行われているモニタリング期間の再評価に基づいてアセスメントを行い、支援計画の見直しを行っている。  
 ・ケース記録等を読み込むとともに、状況の変化・変動に合わせて見直しを行っており、記録も的確に記録されている。  
 ・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。  
 ・研修等で、個人情報保護法などを理解したうえで業務を遂行されることを望みたい。  
 ・日々の日誌や情報の記録・記載や管理体制は適切であるが、パソコンによる記録管理が中心であるので、データやパソコン本体の管理体制の強化を望む。

### 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	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・特別支援学校・病院等からの照会や見学希望者には適切に対応している。  
 ・重要事項説明書・契約書などの説明については、利用者が自由に選択できる支援サービスの説明など、理解していただくための工夫を加え適切に対応している。  
 ・利用者台帳は、個人ごとにファイリングされており、利用開始からの経過も含め記録も適切かつ確実に行われていた。  
 ・家庭から施設入所された方が多いなかで、施設の変更や家庭への移行を希望される方は現実的には難しい現状である。

### 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やっている。	障 54	a ・ Ⓑ ・ 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・支援担当者など職員の協力により、定められた方法で的確に行われている。  
 ・個人別支援計画は、アセスメントされた記録のもとに、サービス管理責任者が中心となり支援担当者や看護師を交えて策定されており、利用者本人の同意を取りその旨記録されている。  
 ・個別支援計画の見直しは、半年ごとに行われるモニタリングと合わせ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見直しされている。  
 ・地域生活への移行は、受け入れ先など地域の事情もあって実績を上げることは極めて難しい。  
 ・就労における業務の受注先確保に努力されたい。

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	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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	非該当
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	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当
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	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	Ⓐ ・ 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	非該当
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 ・ Ⓑ ・ 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	非該当
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	非該当
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	非該当
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	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	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	① a ・ b ・ 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	非該当
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	非該当
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	非該当
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 a ・ 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	① a ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

<p>・コミュニケーションは、多くの利用者が本体施設に居住しており、意思の疎通は図ることができている。</p> <p>・しかし、私生活上の場面など満足にコミュニケーションが取れているとは言えない面もあると思われるが、施設内での触れ合いなど機会を捉えて支援を行っているし工夫も行っている。</p> <p>・利用者の意向を尊重しつつ日常生活上の支援を行っており、個別支援計画に反映するべき要望の確認も行っている。</p> <p>・本人への意向確認においては外出希望が多いが、ボランティアの支援が難しくなっており、希望に添えないことが多くなってきた。</p> <p>・食事・排泄等声掛けや見守りが必要な利用者については、業務マニュアルに沿った適切なサービスを提供している。</p> <p>・通常の日課における利用者のいろいろな要望については、内容を把握したうえで沿える範囲で対応している。</p> <p>・嗜好調査は年1回行われており、記録も整理され献立などの食事のメニューの参考にしている。</p> <p>・また、食事の提供においては、本体施設と同一歩調を取る中、温冷配膳車を導入し、おいしい食事を提供しよう変更を行った。</p> <p>・月に2回ではあるが、選択食や誕生日食を取り入れるなどの工夫も行っている。</p> <p>・入浴では、週2回の入浴回数を増やしてほしいとの声がある。</p> <p>・排泄では、マニュアルに基づいて利用者の状況に応じた介助を行っている。</p> <p>・夜間における異常は、支援職員からの申し送りにより配慮している。</p> <p>・トイレは毎日清掃を行い、清潔を保ち利用者の快適な環境を整えている。</p> <p>・健康管理については、本体施設同様のマニュアルが整備されており、嘱託医や地域・近隣の病医院とは連携がとれている。</p> <p>・体調の急変などで通院を余儀なくされる場合は、本体施設の看護師との協調のもと職員同行で近医に受診している。</p> <p>・服薬管理は、本体施設の看護師が中心となり、基本的な対応を含め、服薬マニュアル・服薬状況表で行っている。</p> <p>・余暇活動は、施設内における季節行事を中心に行っており、休日には自由に外出することができるためか外出希望は少ない。</p> <p>・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。</p> <p>・新聞・雑誌の購読、テレビ・パソコンの個人利用にも便宜が図られており、喫煙・飲酒についても個人の嗜好により適宜対応している。</p> <p>利用者の意思や希望が尊重されている。</p>
--