

〔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27年1月19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	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)岡 田 浩 二	定員(利用人数): 150 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

◇特に評価の高い点

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。

- ・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。
- ・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。

◇改善を求められる点

- ・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。
- ・従来の満足調査ではなく課題を掴んだうえで改善につなげるよう工夫されたい。
- ・入所者が高齢化・重度化してきたため、外出支援を中心に支援が困難になりつつある。地域におけるボランティアあるいは社会資源を利用することなど、支援方法を検討されることを期待する。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

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。

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。

希全

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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・理念、基本方針が事業概要、パンフレット等にも記載されている、また玄関ホールには基本方針が掲示されている。
- ・ノーマライゼーションの理念に基づいた基本方針が人として豊かで生きがいのある生活を目指す内容になっている。
- ・職員は会議、研修で周知するとともに各委員会においても理解を促す取組を行っている。
- ・毎月行われる利用者懇談会では噛み砕いて周知し年1回開催の家族会でも分かり易く説明している。

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	㊦ ・ 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	㊦ ・ 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

- ・中・長期計画は法人本部の新五ヶ年計画を基本方針として策定している。
- ・事業計画も法人本部の計画を受けて策定している。当施設の計画は理念に則り個別支援計画、ケアのユニット化等具体的に示されている。
- ・事業計画は管理者を中・心に役職者で策定され、職員には職種代表者会議、班会議、職員会議等で理解されるよう取り組んでいる。
- ・利用者には毎月の懇談会で丁寧に説明し家族には広報委員会が作成の「希全の里だより」「ホームページ」等で周知している。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

評価機関のコメント

・管理者の役割と責任は事業計画、に明記され各種会議、研修等で表明している。また、広報誌にも掲載し表明している。
 ・基本的な人権擁護、尊厳の尊重に積極的に取り組んでいる。全職員にコンプライアンスチェック表を配布、集計し分析している。ユニットケア、個人ケアが軌道に乗るように質の向上を目指している。
 ・サービス評価・改善会議を開催し質の向上に取り組んでいる。各種会議で改善や効率化の重要性が理解され全体に意識が広まった。
 ・節電対策としてLEDに変更等し経費削減に努めている。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉗

評価機関のコメント

・管理者は法人本部からの情報、出版物および社協評議員会、地域等の各種会合に出席し情報収集している。
 ・高齢化にともない利用者重症化の増大、利用率等、四半期毎の経営分析を行い経営状況や改善すべき課題等を職員と共有し対策等を検討している。
 ・判断基準の外部監査が実施されていない。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	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 ・ ② ・ 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

・法人本部によって人材育成、職員交流の充実等、人事管理が確立している、また考課基準も職員に明示している。
 ・法人本部によって労働時間管理の統一、有給休暇の促進、職員意識調査を実施している。過勤は月平均5時間である。
 ・職員意見対応窓口の設置、メンタルヘルス研修、ソウエルクラブ加入、予防接種費用負担等の福利厚生が充実している。
 ・法人本部によってキャリアプランに基づいた研修計画が策定され、資格取得の研修は勤務時間内でも支援している。
 ・年度当初の教育機関からの予定に基づいた計画により実施している。
 ・実習担当者を配置し予定外の依頼にも対応している。

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	① ・ 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	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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

・緊急時対応マニュアルや個人の連絡台帳が完備しており感染症対策委員会も定期的開催されインフルエンザの予防接種も行われている。
 ・防災委員会の設置、防災規定に基づき避難訓練の実施、BCPの策定、福祉避難所の登録がされており300名7日分の水、食料が備蓄されている。
 ・災害時、利用者個人別、部屋別の支援方法が部屋毎に分かりやすく表示されている。
 ・事業団策定による事故対策様式の統一と事故改善委員会で発生原因を分析し、未然防止策を検討している。

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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

・防災訓練、希全祭でのボランティアの協力、また地元中・高生との交流、小学生の見学体験等を行っている。
 ・福祉実践教室、福祉避難所およびグラウンドゴルフ、イベント時の駐車場貸出等、地域に提供している。
 ・ボランティアの受け入れマニュアルがあり積極的に取り組んでいる。
 ・福祉事務所、保健所、病院、学校等の社会資源は共有され自立支援協議会、社協評議会、豊川市等と連携している。
 ・自立支援協議会の運営へ積極的に参加して、福祉ニーズの把握に努めている。ショートステイ、重度心身障害者デイの受け入れ等の活動を行っている。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

評価機関のコメント

・理念やコンプライアンスは職員会議で説明し、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いる。
 ・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。マニュアルは事業団共通のものはあるものの施設独自のものはなく、業務の見直しは検討委員会において毎年度行われ周知されている。
 ・利用者尊重とプライバシー保護の観点から、利用者満足度調査は毎年行っておりサービス計画に反映しているが、言葉や表現が乏しくつかみにくい場合もあり苦慮している。
 ・また、利用者懇談会や意見箱等で希望・意見等を把握するように努めているが、職員による直接的意思表示・要望等も掴むようにしている。
 ・苦情解決の仕組みは確立されているが、新たに相談票を設け要望・意見を速やかに把握し解決できる体制を整え、職員全体で対応や検討をするようにしている。
 ・苦情があった場合には当事者に確認したうえ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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉗ ・ c

評価機関のコメント

・サービス内容の検証は、自己評価や第三者評価により行われているが、課題解決や業務改善に引き続き努力されることを望みたい。

・個別支援計画は、年2回半年単位でモニタリング・アセスメントを行い見直しを行っている。より具体的に検討をするため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が、個人情報保護法などについて法を理解するため、研修等によりさらに習熟されることを望みたい。

・記録の記載や管理体制は、転勤者や新規採用者を中心に指導・説明を行い周知徹底を図っている。

・事故記録やヒヤリハットは関わった職員が記録し情報を共有化するとともに、職員意識を均一化しリスクを減らすようにしている。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ c

評価機関のコメント

・ホームページは、事業団共通のものを公開して、サービスを選択できる情報を提供している。
 ・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、工夫を加え適切に対応している。
 ・入所者の決定は選考委員会で決めているが、経管栄養など制限をせざるを得ないこともあるうえに介護の内容も変わってきている。
 ・最近では、身体障害者手帳を所持していない方も多くありニーズも多様である。
 ・さらに、入所者のうち3割の方は中途障害者であり、求められる介護の内容も変化してきている。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ 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。
 ・入所時における当面の支援計画は、サービス管理責任者が中心となり支援担当者や看護師を交えて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、定期的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、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 ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ 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	a ・ 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 ・ 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	a ・ 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	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	a ・ b ・ c

評価機関のコメント

・コミュニケーションの手段としては、理解しやすい方法を求めつつ対応しているが、困難ケースに備え写真を利用するなど工夫している。
・家族に聞いて欲しいとの利用者の要望も増えてきており、要望がつかめないことや働きかけができないこともある。
・本人から要望等について読み取れない時は、家族に連絡を取りつつ個別支援計画に反映している。
・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。本人への意向確認における要望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きたり、希望に添えないことが多くなってきた。
・食事・排泄・入浴等絶えず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サービスを提供している。
・通常の日課における利用者の要望については把握したうえで沿える範囲で対応している。
・食事の提供において温冷配膳車を導入し、おいしい食事を提供するように変更を行うとともに、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を行っている。
・入浴ケアでは、同性介助を基本としているなど一定の配慮をしており、適宜入浴形態の変更などの検討を行っている。
・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うとともに、チェック表により状況・状態を把握し引き継ぎ時に伝達されている。
・夜間の排泄介助は定期巡回時に併せて行い記録にとどめている。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。
・理容・美容については、施設内で外部業者により実施しているが、利用者の意思・意向と支援員の判断等により施設外の業者へ外出して利用することもある。
・睡眠については、個別状況によって対応が異なっており適切に行われている。
・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・近隣の病医院とは連携がとれている。
・口腔ケアについては、歯垢の除去程度にとどまっており、治療が伴う場合は職員同行のもと近医に通っている。
・服薬管理は、服薬マニュアル・服薬状況表で行っている。
・余暇活動は、施設内における季節行事を中心に行っている。
・外出は現行では、頑張って支援できているが、行事も含め個々の能力や障害の重度化・高齢化などと相俟って、希望に添えかねることが多くなってきた。
・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。
・外泊先は、家庭になることが多く、年末年始など利用実績はあるが減少傾向にあり、無理に家庭との交流を行うことについても一定の配慮を行っている。
・所持金・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。