

〔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13日(火)

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) 愛厚半田の里	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)古川 富睦	定員(利用人数): 140 名
所在地:〒475-0932 愛知県半田市鴉根町3-40	TEL 0569-27-5049

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・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経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、職員不足の課題が出ているが、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向上を目指している。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・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りたい。・利用者が高齢化・重度化してきている。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

<p>当法人のキャッチコピーである「おもいやりをかたちに」を全職員がこの思いでサービスを提供しており、今回の受審において認められたことは大変有意義であったと感じております。</p> <p>利用者様の重度化・高齢化により、一人一人に寄り添った支援が困難であるなか、今後ボランティアの活用あるいは社会資源を有効に利用し、より一層サービスの向上に努めていく所存であります。</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	○a ・ 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	○a ・ 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	a ・ ○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 ・ ○b ・ c

評価機関のコメント

・理念・基本方針が事業概要・事業計画に記載されている。
 ・基本方針が利用者に対する姿勢や地域との関わり方など法人が目指す方向に明文化されている。
 ・事業概要・事業計画は年度始に全職員に配布し職員会議で周知徹底している。
 ・利用者には2か月に1回開催の利用者懇談会、及び保護者会で説明している。但し利用者は判断能力や理解力が不足している方々がほとんどなので漢字にルビ表示したり平易な言葉に治したり工夫しているが周知は難しい。

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 ・ ○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 ・ ○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	a ・ ○b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ○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 ・ ○b ・ c

評価機関のコメント

・法人本部の愛知県厚生事業団経営計画において中・長期計画が策定され、当施設はその中の一部分である。
 ・当施設の主な計画は火災感知器が感知すれば直接消防署に連絡できるシステム(完成27年3月予定)
 ・事業計画は経営会議で策定され、職員会議、支援班会議等を通じて周知されている。
 ・利用者の周知は判断能力や理解力が不足している方々がほとんどなので懇談会、保護者会にて解り易く説明している。

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	(a) ・ 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 ・ (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	(a) ・ 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) ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・管理者は役割と責任について広報誌に掲載するとともに、会議、委員会等で表明している。
- ・管理者は遵守すべき法令等は理解されており今年度は特に人権に関するテーマを重点的に取り上げ人権委員会を年4回から6回に増やし徹底を図った。
- ・質の向上についての、職員の意見をより多く取り込めるようにするため「職員意見交換会」を開催した。
- ・経営や業務の効率化のために利用率、収入状況を把握し、改善に向けた取り組みを行っている。

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

評価機関のコメント

- ・社会福祉事業全体の動向は法人本部、半田市社協、相談支援事業所等から把握している。
- ・経営分析等は事業概要、事業計画等で職員に周知され、定期的開催の職員会議で利用率、収入、改善すべき課題等を検討し改善に向けた取組を行っている。
- ・評価基準の求める外部監査は実施していない。

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 ・ (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	(a) ・ 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> a ・ 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	<input checked="" type="radio"/> a ・ 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ 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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c

評価機関のコメント

・正規職員は計画的に法人本部で採用しておりパート職員は施設で採用している。人事考課は能力発揮度評価を年1回実施し職員の意欲と資質の向上を図っている。
 ・夏季休暇(6日)は取れており、また、施設に必要な予防接種の費用負担、互助会等、福利厚生は充実している。
 ・職員の教育、研修は法人本部方針にて計画的に行われ、研修後は職員会議等で他の職員にフィードバックしている。
 ・実習生の受け入れは連絡窓口、事前説明、マニュアルなどがあり、教員免許に基づく実習及び管理栄養士臨地実習生の受入を積極的に行った。

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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> a ・ 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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c

評価機関のコメント

・法人本部がサービスリスク対策実施要領を策定し、事故等、把握し改善策を全職員で検討している。
 ・防災訓練は年6回実施し防災委員会でシェイクアウト訓練、防災教育、愛フルタウン及び地区住民の合同訓練等が実施されている。
 ・施設は高台にあり半田市の福祉避難所に指定されており備蓄も利用者、職員、地域住民の7日分保管されている。
 ・利用者の事故は事故報告、インシデント報告で徹底されており、事故防止対策委員会、感染症対策委員会等で再発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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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

- ・地域との関わりをもつため朝市、喫茶店を廉価で利用してもらっている。またグラウンドや集会室も解放している。
- ・ボランティアの受入マニュアルは整備されており読み聞かせ、木の剪定、清掃等、協力はあるが募集しても集まりにくい。
- ・半田市より福祉避難所に指定されており市、社協との繋がりがあり職員間で情報が共有されている。
- ・相談支援事業所と連携し地域福祉ニーズを把握している。
- ・日中一時支援、ショートステイ、グループホームを実施している。

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	a ・ 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 ・ 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	a ・ 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 ・ 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	a ・ 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 ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・基本理念に利用者の尊重を明示し、人権委員会で主旨を標語にして、施設内に掲示している。
- ・また、朝礼、研修でも職員に周知している。プライバシー保護に関する規定・マニュアルを整備している。
- ・利用者個々には個別支援計画を作成し、これに基づき具体的な支援している。
- ・職員間の話し合いの場(フォーラム)で問題点を話し合い、職員会議で変更や改善の周知を図っている。
- ・定期的に慣れた場所で利用者懇談会を開催し、利用者の意見や要望を聞いている。
- ・意見等の伝えられない利用者には担当職員が日々の支援の中で感じ取るように心がけている。
- ・年1回利用者満足度調査を実施し、結果を分析・検討している。
- ・苦情解決のマニュアルが整備され、苦情への対応は職員、利用者等に周知している。
- ・知的障害のある利用者がよく理解しているかは難しいが、職員は工夫している。
- ・苦情の受付・解決等に至った記録は適切に保管されている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

・サービスの質の向上に向けた取り組みとして、対策委員会(人権、事故防止など5委員会)やケア委員会(給食、排泄など4委員会)を設置し、定期的に開催している。さらに、クラブ活動や作業班などの活動を随時見直し検討されている。
 ・各委員会において、取り組むべき課題を明確にして、改善策や改善実施計画を立て、実施している。
 ・支援マニュアルを整備して、個別支援計画を作成している。
 ・個別支援においても細かく注意事項等を記載し、それに基づいたサービスが提供されている。
 ・個別支援計画策定会議(半年に1回)・フォーラム(毎月)ケース会議(随時)にて個別支援内容を見直しする仕組みが確立されている。
 ・サービス実施状況の記録は適切に記載・保管されている。
 ・記録の保管・保存・廃棄に関する規定が定められ、適切に管理され、関係者で共有されている。
 ・各部署をリンクした情報システムを利用し、施設内で情報の共有が図られ、利用者一人ひとりの記録が速やかに確認でき、支援に役立っている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

・パンフレットの配布、ホームページの公開など、施設の概要やサービス内容を分かり易く説明している。
 ・利用希望者および家族には施設の概要説明・施設見学等を実施している。
 ・サービスの開始にあたり、重要事項説明書や契約書にサービス内容を詳細に記載、丁寧に説明し、同意を得ている。
 ・地域・家庭への移行は常に検討され、関係機関と連絡調整し情報の共有を行っている。

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	Ⓐ ・ 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

・所定の手順・様式により、利用者の身体状況・生活状況・行動の特徴・生育歴など細かく把握し、記録されている。
 ・(アセスメント)定期的に面談を行い利用者のニーズや課題などを把握し、関係職員で支援会議を開催して、必要な見直しを行っている。
 ・サービス実施計画は個別支援計画策定マニュアルに基づき、関係職員間での支援会議で策定されている。
 ・個別のサービス実施計画は利用者に分かり易く説明、同意を得ている。家族・保護者には、書類の確認をしてもらい、必要な説明を行い、同意を得ている。
 ・6か月毎に実施サービスの評価、利用者ニーズを踏まえた見直しを行っている。
 ・(モニタリング)見直し内容は情報システムで関係職員に周知・共有されている。
 ・地域・家庭への移行は、きびしい状況であるが、定期的に利用者の意向を確認し、希望者には、スムーズに移行できる体制を整えている。

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	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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	㉑ ・ 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	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

- ・(1)利用者の尊重／言葉以外にも表情、サインによる固有のコミュニケーション手段にて、利用者の意思や希望を正しく理解しようとしている。
- ・多様なクラブを設け、利用者の意向に沿って、主体的な活動を支援している。
- ・朝市をはじめ、地域の行事には積極的に参加できる様支援している。
- ・手芸班の作品は、朝市、半田の里まつり等で出展・販売している。
- ・支援マニュアルに基づき、個別支援の方法が定められ、日常生活におけるさまざまな支援が行われている。
- ・(2)食事の支援／管理栄養士による栄養ケア計画が策定され、個別支援策定会議を開催し、必要な支援方法が検討されている。
- ・利用者懇談会、嗜好調査により利用者の希望を聞いて献立に反映させている。
- ・月2回以上の行事食や選択食が準備され、季節感や旬の味わいが楽しめるように工夫されている。
- ・食堂は大きなガラス窓が設けられ、明かるい日差しが差し込み、庭の景色も眺められるなど、食事が楽しめる明るい空間になっている。
- ・食事時間はある程度の幅を持ち、個々の利用者に応じた支援に配慮をしている。
- ・床への食べこぼしがあり、衛生環境の保持は難しいが、汚れを最小限にとどめるような工夫が期待される。
- ・(3)入浴の支援／利用者の障害の程度や健康状態に応じた入浴マニュアルが策定され、個別支援会議で、具体的な支援方法を検討している。
- ・入浴の時間・順番は概ね決められているが、できるだけ利用者の意向・希望に沿うよう努めている。
- ・感染症歴、身体状況により利用者の希望に添えないこともあるが、十分な説明や話し合いにより利用者の理解をさらに得よう期待したい。
- ・冷暖房設備を完備した浴室・脱衣場であるが、共同浴場であるため、殺風景にならないような『しつらえ』も工夫していただきたい。
- ・2階の浴槽にはスロープの設置がないので、歩行不安定な利用者や支援者には安全への不安がある。
- ・(4)排泄の支援／個別支援計画を策定し、個々の利用者に応じたトイレ誘導や排泄支援を行っている。尿意・便意の表現が難しい利用者には排泄のパターンを読み取り、トイレ誘導や自己排泄を促している。
- ・(5)衣服の支援／利用者の自分らしさが表現できるよう、着衣選択、相談に応じている。
- ・衣類の購入は施設内訪問衣類販売を利用したり、買い物に付き添い好みの衣類が購入できるようにしている。
- ・衣類の汚れや綻びにはその都度交換や補修を行っている。
- ・衣替え、季節の変化に応じた衣類の着用を促している。
- ・(6)理美容の支援／理美容支援計画があり、施設内に理美容室が設けられている。
- ・理美容の業者が定期的に訪問して、利用者の好みの髪型や要望に応じている。
- ・外の理美容店を利用する利用者もあり、職員が付き添っている。
- ・(7)睡眠の支援／睡眠への対応マニュアルが策定され、個別対応方法が記載されている。
- ・ベッドだけでなく畳敷きの代わりに寝具用マットを使用するなど、安眠、安全への配慮と工夫をしている。
- ・居室の施錠は行っておらず、異食や紛失などのトラブルから私物を置けない居室もある。
- ・(8)健康管理／健康管理マニュアルを策定し、個別の特徴や身体状況を所定書式に記載している。
- ・医師・看護師・支援員は情報を共有・周知を行っている。
- ・看護師によるバイタルチェックを行っているが、適時観察して体調の変化に備えている。
- ・緊急時対応・感染症対策のマニュアルが作成され、これに沿って迅速・適切な医療が受けられるよう支援している。
- ・施設内の医務室で内科(週1)精神科(月1)歯科(週2)歯科通院(週1)の診療が受けられる。
- ・外部の医療機関の診察も随時受けられるよう支援している。薬の管理・服用は複数の職員で行っている。
- ・(9)余暇・レクリエーション／芸術(創作、音楽、手芸)、運動(スポーツ、歩行)、趣味・軽作業など、クラブや活動班を設けて、利用者個々の希望に沿って、参加・活動を支援し、展示会、発表会への出展や参加も積極的に支援している。
- ・(10)外出、外泊／利用者の希望に沿って外出支援するようにしているが、利用者全員の希望に応じることは難しい。
- ・外出先はショッピングセンター(買い物)や喫茶店が多い。外泊は盆、正月、5月連休の時期に多い。
- ・支援員は外泊がスムーズに行うことができるよう、家族との連携に努めている。
- ・(11)所持金・預かり金／金銭管理マニュアルに基づき、鍵のついた棚で保管し、現金の出入りはその都度帳簿に記載、残金の確認は複数の支援員が行っている。
- ・金銭管理が自分でできる利用者は支援員の確認のもとで、小遣い金の出納を行っている。
- ・希望される利用者には自室に個人用テレビを設置し、好きな番組を見て楽しむことができる。
- ・新聞・雑誌を定期購読している利用者もいる。
- ・喫煙は屋外に喫煙場所が指定され、希望者には健康被害を説明して、喫煙を認めている。
- ・飲酒は外出の機会などに適量で楽しむよう配慮している。