

[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 社会福祉外部監査機構 (25地福第2005-1号)
訪問調査 実施日:	平成26年12月22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) 愛厚藤川の里	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) 大原 好夫	定員(利用人数): 60 名
所在地:〒444-3523 愛知県岡崎市藤川町字堤ヶ入1-2	TEL (0564)-48-6130

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">・理念や基本方針を始めとして、明文化された各種の大量の書類が整然と整理されていて、会議の開催、印刷物の掲示や配布など周知徹底のための取り組みが実施されている。・各種研修会、業務改善委員会等を設け多職種全職員が自己研鑽できる場の提供を行い、意識向上・スキルアップに繋げている。・「藤川の里行動確認表」、「標準ケア手順書、ケア技術と知識の習熟度評価表」等、日常支援での工夫があり自己評価を行う体制が取られている。また、職員の周知が個別支援計画等の記録に反映されている。・午前・午後、運動することを取り入れた結果、今年度大きな感染症が見られない等、健康が増進している。今後も(医療的な対処に偏らない)広い視野で利用者の健康増進に取り組むことを期待する。・利用者・家族・職員の話し合いが行われており、一緒に外出できる体制が取られている。・書類の作成・記録整備が、この法人と施設の大きな特徴であり、優れている所でもある。 <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られたい。・建物・居室環境は、最早、時代に合わなくなってきたが、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。・浴室脱衣所の段差やトイレの臭いなど施設のハード面での問題点が見られた。職員により、入浴、排泄委員会での見直しも行われているため、今年度、浴室・トイレなど改修工事を行うことで問題点が改善されることを期待したい。(12月末の評価訪問時には問題点として挙げていたが、その後の訪問時(27年3月)には改修工事が完了されて、快適な脱衣所・トイレと変身していた。)

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>当所の自己評価に対し、高い評価をしていただき感謝いたします。まだまだ多くの課題を抱えていますが、各分野での的確なアドバイスを受け、これからの計画に反映して実行できるようにしていきたいと思っております。今後も利用者の方一人ひとりの思いを大切に、その方らしく生き生きと生活することができるような支援を目指して努力したいと思います。</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。

藤川の里

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

- ・理念や基本方針が明文化されており、玄関壁面に掲示されている。
- ・施設内の各文書や利用者等への案内にも記載されている。
- ・理念・基本方針を配布し、職員への周知を図っている。
- ・利用者家族への周知も図っているが、利用者への周知状況を確認するまでには至っていない。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

- ・中・長期計画は、地域及び利用者・家族のニーズを大切にしている。
- ・事業計画は、管理者やスタッフの合議の上で策定され、記録も纏められている。
- ・また、職員への周知も図られている。
- ・利用者に対しては家族会を通じて説明はしているが、十分な理解には至っていない。

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	Ⓐ ・ 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

・管理者は施設の運営方針を基に、組織内の動向を的確に把握し、委員会、事業担当者、会議等にて方針を明確に伝え、指導力を発揮している。
 ・関連法案や制度改正等の資料配布や研修会を行い、職員への周知を図っている。
 ・質の向上を目的とし、習熟度の研修、能力発揮の評価等の役割が機能しているか、年度研修表に基づき自己啓発を行っている。

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	Ⓐ ・ 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 ・ ㉔

評価機関のコメント

・幅広く情報を集めてニーズに沿ったサービス展開の努力をしている。
 ・施設の老朽化に伴い、浴室のバリアフリーやトイレの滑り止めは施工すべきか、建て替えまで待つか、また利用者の高齢化など問題山積の状況の中での取り組みなど、多岐にわたっての改善を図っている。(訪問調査当日は、未着手であったが、その後浴場脱衣場部分とWCは改修工事が為されて、快適な施設・設備に代わっていることを確認した。)
 ・外部監査は評価基準に該当しない。

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 ・ ㉔ ・ 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 ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・法人が5か年経営計画を策定し、職員のキャリアパスの基準と条件を明確にした人材育成を進めている。
- ・又、職員のキャリア・アップのプランを立てながら行っている。
- ・職種や役職ごとに、能力発揮度の項目が設定され総合的な評価を、主査→次長→施設長の順にて評定する取組を実施している。
- ・又、夏季・冬期休暇制度、リフレッシュ休暇、福利厚生の維持にも積極的に取り組んでいる。
- ・研修は、外部より講師を招くなど職員の質の向上に向けた取組を行っている。
- ・又、職員が、休日研修参加の場合は、手当を支給するなどの取組も行われている。

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	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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・緊急時の対応マニュアルを作成し、各職員に周知徹底を図っており、防災訓練には、利用者・地域含めて700人程の参加がある。
- ・当施設を避難場所としても設定している。
- ・各安全委員会を設置し、随時検討を行い、各職員に周知している。
- ・感染症の場合でも、即、隔離するなど、予防と早期発見に努めている。
- ・転倒による怪我などの再発防止に力を入れており、自傷行為など、利用者の安全管理に積極的に取り組んでいる。
- ・消火器・消火栓・火災報知器等が適切に設置されている。
- ・また、緊急時には施設と学区総代会長と衛星電話の交信を行い協力体制をとっている。

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	㉑ ・ 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	Ⓐ ・ 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

・夏祭りなどで地域の方を招待し、利用者と地域との交流を大切にした取り組みを行っている。
 ・例年は岡崎東高・三河高校より受け入れているが、新たにボランティア委員会を設置し、学区の学区長へボランティア企画提案書を提出する等、施設から積極的に門戸を開く体制を取っている。
 ・相談支援事業所の一覧表を掲示している。
 ・関係諸機関の会議に参加し相談支援事業の立ち上げの為にネットワークづくりに努めている。
 ・また、施設の建て替えに関しての地域住民アンケートにて地域のニーズを聞く努力を行ない、重症心身障害者の日中受け入れ、介護困難によるロングショートなど状況に合わせた対応を行っている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

・理念・職員倫理規定・行動規範等掲示し、それに基づいたサービス提供が行われている。
 ・組織としての基本姿勢としては、利用者主体で、行動特性に合わせたものを個別支援計画に反映させている。
 ・職員の意識向上を高める取り組みとしては、「藤川の里行動確認表」による自己覚知を行い、人権擁護や虐待防止等を委員会において継続的に行っている。
 ・整備面での問題が発生した場合等には、職員の意見を検討し改善できる体制も実施されており、業務マニュアルや個人情報保護マニュアルも整備されている。
 ・利用者満足度調査は毎年行っている。
 ・重度の知的障害により把握困難な利用者については、家族から意見や要望を聞いているが、利用者の意見を出来るだけ直接把握するための取組を、今後期待したい。
 ・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、利用者が納得できる様な配慮を行っている。

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

・質の向上に向けたサービス内容の点検や検証が、自己評価や第三者評価により行われている。
 ・評価結果における課題の解決や改善には引き続き自己研鑽を行い職員間で課題の共有化を望みたい。
 ・今年度、施設の改善策として浴室・トイレの改修工事を計画し予定通り実施された。
 ・検討会議では、職員間では基より各委員会により具体的な検討を行い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。
 ・ケース記録・個別支援計画は的確に記録されているが、記録の管理体制をより確立するために「ほのぼの」システム導入化が予定されている。

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	Ⓐ ・ 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

・理念やサービス内容、施設に関する資料等は、ホームページを公開して沢山の方に見てもらっている。
 ・重要事項説明書及び契約書による説明のほか、利用者が自由に選択できるサービスについても工夫を加えながら対応している。
 ・見学や一日利用等の希望、日中・短期の契約や継続、外部からの照会にも適正に対応している。

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

・アセスメントは、6ヶ月に一度、サービス管理責任者のもとで支援担当者と各部署の責任者との間で利用者及び家族の意向に寄り添いながら的確に行われている。
 ・個別支援計画は、利用者個人の状態を理解されやすい工夫が行われており、支援をする上で大切なことは具体的に記録されている。
 ・又、評価・見直しは定期的に行われている。
 ・建て替え計画の立案過程で、地域移行を目指すプログラム(グループホームの設置構想や作業療法士の配置等)を持っている。
 ・昨年は、他の施設に2名移行したが、今年度は、まだ実績がないので、今後の地域移行への積極的な努力を期待する。

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	Ⓐ ・ 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	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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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されている。	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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

・重度の困難ケースに備え工夫がされており、充実するために専門職による研修も行っている。
 ・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おり、些細な事でも個別支援計画に記録している。
 ・特に移乗・食事・排泄等、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、マニュアルに沿ったサービスを提供している。
 ・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個別対応による一定の配慮はしている。
 ・今現在週3回の入浴を男女ともに同時進行で行っているが、改修工事の間も頻度を低下させずに日課や職員体制を検討することで週3回の入浴を継続された。
 ・清潔保持に向けシャワー浴も行われている。浴室と脱衣場の段差等、今年度の改修工事により解消された。
 ・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。
 ・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が、トイレの強い臭いについては、改修工事により解消されたが、今後も臭いの対策に努力されたい。

- ・又、今後のさらなる改修工事に期待したい。
- ・衣服を自ら選ぶことができる利用者は、支援担当者や家族と相談しながら購入している。
- ・着替えを希望している際は個々の状況を十分に見て対応している。
- ・理容については利用者の意思・意向により可能であり、今年度より移動理美容車を利用している。
- ・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。
- ・年1回訪問で、歯科・婦人科検診も行われている。
- ・毎朝検温を行い、医務と連携しながら利用者の体調管理に取り組んでいる。
- ・服薬管理は、与薬マニュアル・個別薬剤記録表で行っている。また、誤薬に対する職員の意識も高く評価された。
- ・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、誕生日など工夫を加えながら利用者主体になるよう取り組んでいる。
- ・ボランティア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。
- ・外出は、行事の一環として「わくわく外出」・半日の「ドライブクラブ」等を利用者や家族の希望を聞きながら全員参加型で行っている。
- ・3人の職員増員が実現したので、喫茶店・墓参・買い物等では、マンツーマン対応もやられている。
- ・外泊は、家族の要望があれば実施している。
- ・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。
- ・テレビは各部屋に一台ずつあるため個人で購入する必要はない。
- ・プレイルームには共用TVや絵本も備えられている。
- ・酒・タバコの利用者は現在おらず、自動販売機で飲み物を購入することが利用者個人の楽しみにもなっている。