

## 福祉サービス第三者評価結果書

### ①第三者評価機関名

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会

### ②評価対象事業所

名 称 :	障害者支援施設エデンの園	種 別 :	障害者支援施設
代表者氏名 :	廣瀬 恵	定 員 : (利用人数)	( 6 8 名 )
所 在 地 :	東諸県郡国富町大字三名2621-5	TEL:	0985-75-4936
U R L :	<a href="http://mivazakieden.ec-net.jp">mivazakieden.ec-net.jp</a>		

### ③訪問調査日 平成27年10月6日 (火)

### ④総評

#### ◇特に評価の高い点

1. 昭和53年に知的障がい者更生施設（重複障がい者）として開設し、当時の理事長・施設長の「キリストの愛に沿って支援する」の想いを継承され、これまでの制度改革に伴い、地域生活支援をはじめ様々な事業に取り組んで来られました。

昨年法人事務局を設置し、より一層利用者・家族・地域から喜ばれる施設サービスの提供を展開するため、法人全体で、経営・利用者支援・人材育成等を分析し課題を掲げ、各支援対応マニュアルや「中長期計画」が策定され、「重点目標」と併せ終礼や職員会議でも周知され、利用者本位の支援に取り組まれています。

2. 今般、福祉人材確保が困難な状況において、職員採用予定人数を上回る応募があり、応募者の大半がエデンの園での実習を経験した学生であることは、施設長の「職員を大切に」の想いが、施設全体に浸透していると痛感しました。

また、福利厚生において、働きやすい環境作りとして、一週間のリフレッシュ休暇や、利用者の高齢化に伴う重介護者の増大による腰痛防止等に配慮した特殊浴槽の設置や、同性介護、夜勤体制を3名から4名へ増員にする等、日々の職員からの報告・要望を基に様々な状況に対応されています。

また、育児休暇明けの「短時間正規労働制度」も導入され、定着率のアップも図られています。

3. 毎月、家族会を行い（参加率約6割）、家族に様々な情報を報告し、家族と意見交換をする等、今回の利用者・家族への「アンケート」においても、その殆どが施設に感謝していることが記載されており、日々の施設の取り組みの努力が窺えます。

4. 15年前より「はびねすの窓」として、年2回、第三者委員が来訪し、施設に対しての様々な意見や要望等を利用者や家族から聞き取りし、利用者・家族と施設とのパイプ役となっていることから、家族からも大変信頼され好評を得ています。

5. 地域貢献事業として、療育手帳を持たない町内の小学校中学校の生徒を対象にした（公的サービスに該当しない）「放課後預かり」事業（無償）を実施する予定となっています。定員10名、学校までは事業所が迎えに行き、終了後は事業所まで家族に迎えに来てもらう予定となっています。

6. あらゆる場面において、全職員が利用者を理解するための、情報を共有する取組に努められています。

7. 利用者の自力を高め、コミュニケーションスキルを豊かにし、ユニバーサルデザインを見据えた対策がとられています。多くのことを施設の外で体験、経験することが、利用者が、今より何がしたいか、どうありたいかの選択肢を増やすことに繋がるとの考えから、行動しやすい小グループを組み、外出の機会を増やしています。

8. 視力障害を持つ利用者とのコミュニケーションを豊かにするために、全職員が点字を習得しています。

#### ◇改善を求められる点

1. 今年整備された「中長期計画」における経営・人材育成・サービス支援等においては、着実に進展されておりますが、地域と防災時を含め様々な協力支援体制を図る意味でも、今後法人を理解して頂き、連携を深めるため、地域住民や自治会・民生児童委員・消防団等との交流が望まれます。また、地域行事へ積極的に参加されることも期待しております。

2. 薬に関するマニュアルがありますが、誤薬などの事故が発生しています。医療機関や薬局からの受薬、管理、配薬、投薬の流れの中で、複数の職員が担当しています。薬に関するマニュアルを確認し、事故発生原因を検証し、再発防止の徹底が望まれます。

3. 感染症だけでなく、多くの疾病予防の基本は、丁寧な手洗いでありペーパータオルが使われることの効果が期待されます。しかし、トイレ使用後については利用者任せであり、視力障害のある利用者が多い中では、手拭用のタオルやハンカチの清浄状態が確認されにくいため、食事前と同様の対応（ペーパータオル等の使用）が望まれます。

#### ⑤各評価項目にかかる評価結果(別紙)

評価結果表	
<b>1</b>	<b>評価</b>
<b>I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。</b>	
<b>A</b>	
評価の着眼点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 理念及び基本方針が文書（事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。</li> <li>○ 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</li> <li>○ 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。</li> <li>○ 基本方針は法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。</li> <li>○ 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。</li> <li>○ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</li> </ul>	
【講評】	昭和53年（38年前）に開設され、毎年様々な目標を掲げられてきましたが、初代理事長・施設長の「キリストの愛に沿って支援する」という想いを引き継ぎ、平成11年に基本理念が制定されております。その理念は玄関の掲示板及びパンフレットやホームページにも記載され、毎年発行される「年度事業計画書」に年度の重点目標と一緒に記載され、家族会でもその事業計画書を配布し説明されています。また、新任職員研修、職員会議や終礼でも読み合わせをされ、周知を図っています。
<b>2</b>	<b>評価</b>
<b>I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。</b>	
<b>A</b>	
評価の着眼点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。</li> <li>○ 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。</li> <li>○ 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。</li> <li>○ 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。</li> </ul>	
<b>3</b>	<b>評価</b>
<b>I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。</b>	
<b>B</b>	
評価の着眼点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明確に把握している。</li> <li>○ 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）の間での共有がなされている。</li> <li>○ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。</li> <li>○ 決算書類等を職員に積極的に開示する等、経営状況を職員に周知しており、業務改善等について、職員からの意見を求めたり、話し合う場を設け、職員が経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組を進められている。</li> <li>○ 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。</li> </ul>	
【講評】	経営関係については、行政や各団体からの情報収集を行い、制度改正についてもサービスの充実と戦略を持った職員体制で行い、加算を取得しております。年4回実施している法人理事会の事前打合せ会議や、毎週2回の理事長・施設長・事務局長・総務課長による会議、月1回の運営会議において経営課題を分析され、今後のビジョンや対策を検討されております。また、職員会議においても水道光熱費の前年対比とコスト削減について説明し、意識付けを行っています。なお、財務状況は、季刊誌（一粒の麦）・県・法人のホームページで公開しています。今後は、理事長を交えた会議（毎週2回）の議事録を残すことが望まれます。
<b>4</b>	<b>評価</b>
<b>I-3-(1)-① 中・長期計画や中・長期計画を踏まえた事業計画を策定し、職員や利用者等に周知している。</b>	
<b>B</b>	
評価の着眼点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業計画が具体的に示されている。</li> <li>○ 計画が一部の職員だけでなく、組織的に策定され、職員に周知されている。</li> <li>○ 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</li> <li>○ 理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。</li> <li>○ 実現する福祉サービスの内容や、組織体制、設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。</li> <li>○ 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。</li> <li>○ 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。</li> <li>○ 中・長期計画に基づく取組を行っている。</li> <li>○ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</li> <li>○ 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。</li> <li>○ 各計画を利用者による自治会ないし利用者の会や家族会等でわかりやすく説明している。</li> <li>○ 各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</li> </ul>	
【講評】	昨年、法人事務局が設置されたことを皮切りに、これまでの組織・設備・人材育成等の課題や入所者の高齢化状況を踏まえ、顧問社会保険労務士に相談された上で、本年度、設備投資（車椅子等）・人事評価制度・更なるサービスの充実を図るため専門職員（看護師、理学療法士）を採用しています。また、施設内外での研修計画等も含めた中長期計画を策定され職員会議で説明しています。

<b>5</b>	<b>I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。</b>	<b>評価</b> <b>C</b>
<b>評価の着眼点</b>		
組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。		
福祉サービスの内容について組織的に評価（C: Check）を行う体制が整備されている。		
定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。		
評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。		
<b>6</b>	<b>I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。</b>	<b>評価</b> <b>C</b>
<b>評価の着眼点</b>		
評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。		
評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。		
改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。		
評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。		
職員間で課題の共有化が図られている。		
【講評】	日常業務の中において、クレーム等対策についてのPDCAサイクルはありませんが、部署・委員会・行事・利用者支援の心得や支援項目等は、組織的にPDCAサイクル及び評価基準が無いので、今後は職員参画のもと、中長期計画や第三者評価を参考に評価基準の策定が望まれます。	
<b>7</b>	<b>II-1-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。</b>	<b>評価</b> <b>B</b>
<b>評価の着眼点</b>		
福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。		
○ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。		
○ 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。		
必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。		
【講評】	本年度、人材配置や職員体制等の現状を分析された採用計画が策定され、今後の事業展開において、入所者の高齢化状況や魅力ある支援活動を行うため、看護師及び介護福祉士や相談支援専門員の拡充を検討されています。また、介護業務（直接処遇）ではなく、入所者の生活の生きがいを支援する活動（陶芸・園芸・農作業等）を担当する職員採用（増員）も検討されています。	
<b>8</b>	<b>II-1-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。</b>	<b>評価</b> <b>B</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。		
○ 職員の意向を定期的に把握している。		
○ 把握した職員の意向や就業状況チェックの結果を、分析・検討している。		
職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。		
職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。		
○ 分析した結果に基づき、職員の業務軽減などの改善策を講じている。		
○ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。		
定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		
○ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。		
改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。		
○ 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。		
【講評】	本年度中に制度開始が予定されているストレスチェックについては、職員への説明や職員を研修会に参加させる等の取り組みが開始されています。また、福利厚生において、リフレッシュ休暇として、年度当初に職員からの希望を取り、1週間連続休暇を取得できるシステムが導入されています。さらに、業務軽減として、入浴特殊浴槽の導入や同性介護の充実、夜勤体制も3名から4名に増員されています。育児休暇明けの短時間正規労働制度も導入され、定着率のアップを図っています。	
<b>9</b>	<b>II-1-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</b>	<b>評価</b> <b>C</b>
<b>評価の着眼点</b>		
職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。		
個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。		
職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。		
職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。		
組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。		

10	II-1-(3)-② 研修に対しての基本姿勢が示され、個別職員に対しての教育・研修計画を策定し、実施している。	評価 <b>A</b>
	評価の着眼点	
	○ 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	
	○ 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。	
	○ 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。	
	○ 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	
	○ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	
	○ 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。	
	○ 教育・研修は、新しい技法や様々な実践の成果について常に情報収集を行うケース会議とは別に、事例検討会を開く、外部から講師を招くなど、有効と思われる知識・技術の導入に努めている。	
【講評】	社会福祉士と精神保健福祉士の資格取得を目指す職員のため、そのカリキュラムの中で必須条件になっている約1ヶ月間の外部施設での実習に対して、その期間は勤務扱いにする等、資格取得の推進に配慮されています。また、今年度キャリアパス制度規定を策定され、その中で「期待する職員像」を職員に周知し、年2回の個人面接を通して、個人目標が明確になる取り組みが計画されています。さらに、より一層質の高いサービスを提供するため、各職種に応じた様々な情報収集や技術の導入を目指した中長期計画に沿った研修が予定されていますが、外部講師を招聘する場合は、引き続き、全職員が参加できる体制作りを期待します。	
11	II-1-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	評価 <b>C</b>
	評価の着眼点	
	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。	
	実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。	
	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための指導者に対する研修を実施している。	
	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	
【講評】	現在、実習生に合わせたプログラムはありますが、今後は学校側と連携した専門職種や教育・育成に関するマニュアル作成の取組が望まれます。	
12	II-2-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	評価 <b>B</b>
	評価の着眼点	
	○ ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	
	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	
	○ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	
	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	
	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	
【講評】	法人の理念や運営方針、サービス内容等は、法人のホームページや関連機関のホームページに掲載されています。また、施設職員が昨年から役場や教員委員会・小中学校の校長会を訪問し、法人の存在意義や役割を説明しています。	
13	II-3-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	評価 <b>C</b>
	評価の着眼点	
	○ 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	
	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	
	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	
	利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	
	○ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	
14	II-3-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	評価 <b>C</b>
	評価の着眼点	
	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化するとともに、会議等で職員に説明している。	
	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	
	○ ボランティア受入れに関する担当者が設置されている。	
	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	
	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	
	ボランティア育成に向けて、ボランティア講座や体験学習等を計画的に実施している。	
【講評】	地域との交流については、町民を対象にした陶芸教室の開催協力が行われていますが、地域の行事参加等は、ここ数年活動が停滞していますので、中長期計画に基づき、積極的に交流活動をされることを期待します。また、ボランティアの受入れについては、町内外から歌・踊り・マジックショー・環境整備（園内の草刈り・窓ふき）に多くの方々に参加されています。今後は、ボランティア受入れに関する職員の基本姿勢やボランティアの方々から利用者との交流を図る視点等を含めたボランティア育成等についてのマニュアル整備が望まれます。	

15	II-3-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	評価 <b>C</b>
評価の着眼点		
職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。		
関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。		
当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。		
地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。		
地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。		
関係機関との連携においては、今後、自治会ははじめ地元消防団や行政との連携を積極的に取り組んでいくことが望まれます。		
【講評】		
16	II-3-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	評価 <b>C</b>
評価の着眼点		
福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。		
福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。		
福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。		
災害時の地域における役割等について確認がなされている。		
多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。		
17	II-3-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	評価 <b>C</b>
評価の着眼点		
関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。		
福祉施設・事務所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。		
把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。		
把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。		
民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
今後、地域との交流を目的とした施設内での行事への参加の呼び掛けや、法人の専門性・特性を生かした地域住民を招いての研修会等を開催されることを期待します。また、隣接の特別養護老人ホームとの災害時協定等を結ぶことや、地域の民生児童委員、地元消防団との協力関係の確立を図ることが望まれます。		
【講評】		
18	III-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。		
○ 組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組が明示されている。		
○ 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。		
○ 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。		
○ 利用者の尊重や基本的な人権への配慮、成年後見制度や福祉サービス利用支援事業の活用等について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を		
○ 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。		
○ 利用者尊重や基本的な人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。		
19	III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。		
○ 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。		
○ 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。		
○ 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。		
○ 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程		
○ 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。		
○ 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。		
【講評】	入所者への不適切な対応の経緯を踏まえ「誰のための福祉サービスなのか？」の原点に戻り、職場風土を謙虚に反省され、改めて利用者を尊重したサービスを提供するために、終りにて理念や年度ごとの重点目標の読み合せを行っています。また、風通しの良い職場環境作りとして、職員が不適切な介護を行っていたところを見た時に、職員から意見が出しやすいように意見箱の設置（2ヶ所）がされています。また、現在、年に2回、虐待に関する自己チェックの導入や、職員会議にて権利擁護研修会の開催と権利擁護規定（虐待防止マニュアル）の見直しがされています。また、預り金規定の見直しがされ、チェック機能も強化されています。	

20	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。		
○ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。		
○ 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。		
○ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。		
○ 組織を紹介したホームページを作成するとともに、現状にあった修正・更新を行っている。		
○ 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。		
21	Ⅲ-1-(2)-② サービスの開始の同意を得るにあたり、サービスの内容や家庭との連携、保健や健康管理等について、利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ サービス開始時には、必ず契約書を取り交わしている。		
○ 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。		
○ サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者や家族等に説明し、同意をとっている。		
○ サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。		
○ 重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。		
22	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。		
○ 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。		
○ 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。		
○ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。		
【講評】	年4回発行している季刊誌（一粒の麦）を600部複製し、地域・行政・同業施設・教会関係者の方々に配布し、ホームページも毎月定期的に更新し、情報発信を行っています。毎月1回開催されている家族会（参加率約6割）に配布される資料は、言葉遣いや写真・図・絵を使用して誰にでもわかりやすいように工夫されることが望まれます。また、今後、福祉サービス利用終了後も、組織として利用者や家族がいつでも相談できるように、担当者や窓口を設置し、その内容を記載した文書を作成されることが望まれます。	
23	Ⅲ-1-(3)-① 利用者や家族等からの意見・要望等に対して、受入れの環境が整い、迅速に対応している。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 利用者や家族等が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。		
○ 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。		
○ 利用者や家族等の意向を把握する機会を設けている。		
○ 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。		
○ 相談や意見を述べやすいように、職員の対応方法の工夫や日常的な言葉かけなどの配慮を行っている。		
○ 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者や家族等には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。		
○ 必要に応じ、対応マニュアルの見直しを行っている。		
○ 意見等を福祉サービスの改善に反映している。		
24	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立し、迅速に対応するとともに、苦情の経過と施設としての姿勢や対応を公開している。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置、意見箱の設置）を整備している。		
○ 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。		
○ 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ず説明している。		
○ 苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。		
○ 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。		
○ 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。		
○ 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。		
○ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。		
【講評】	年2回、第三者委員（2名）の方においでいただき、利用者や家族から意見を聞く「はびねすの窓」を15年前から開催しており、家族からも「色々意見を聞いてくれる」と評価されています。利用者や家族が苦情を申し出やすいように、職員から見えない通用口のところに意見箱が設置されています。事故や苦情に関しては、毎月、利用者全体会や家族会で経過や対策の報告を行っています。	

25	Ⅲ-1-(4)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。		
○ 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。		
職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を定期的に行っている。		
○ リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。		
○ 社会で起きた大小の事故の例をもとに、マニュアルに加筆し、サービス実施方法や内容にそれを反映している。		
○ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。		
26	Ⅲ-1-(4)-② 緊急時（災害、事故、感染症、食中毒発生時等）に対応できるマニュアルがあり、組織として体制を整備し機能している。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアルの整備、職員研修等は、嘱託医、看護職または地域の保健所等の専門機関、専門職員による指導、指示を受けて実施している。		
○ 障がいの種類やリスクの種類別に、対応マニュアル等を作成し、会議や研修等により職員に周知している。		
利用者への外出・外泊・帰宅時での災害や事故についても、連絡方法や支援体制を策定している。		
○ 利用者一人ひとりに健康管理票やカードが作成されており、緊急の際に利用者の状態を的確に伝えることができる。		
○ マニュアルに基づく職員に対する研修が行われているとともに、必要な救急法の研修を行っている。		
○ リスクの種類別に、担当者等を中心として、安全確保に関する検討会を開催し、必要に応じたマニュアルの見直しを行っている。		
○ 検討会には、現場の職員が参加している。		
○ リスクの種類別に、利用者の安全確保に関する担当者を設置するなど、命令系統・役割分担等が明示されている。		
○ 緊急時の発生状況を利用者、家族等や全職員（非常勤職員を含む。）に通知する手段を明確化し、職員に周知している。		
○ 感染症発生の際には、当該感染症に関する早期発見や早期対応の実際、予防対策をあわせて全職員に対して通知している。		
27	Ⅲ-1-(4)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	評価 <b>C</b>
評価の着眼点		
災害時の対応体制が決められている。		
○ 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。		
利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。		
○ 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。		
防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。		
28	Ⅲ-1-(4)-④ 虐待の対応時のマニュアルを作成し、関係機関等に通告を行う体制が整っている。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 虐待を発見した場合の対応等について、マニュアルを整備するとともに、職員に対する周知の取組を行っている。		
日頃から関係機関との連携を図るための取組を行っている。		
○ 虐待の照会、通告にあたっての連絡先を明示している。		
○ 職員に対して虐待が疑われる利用者の特徴をはじめ、虐待に関する理解を促すための取組を行っている。		
○ 虐待防止に関する委員会を設置するなどの体制を整備している。		
29	Ⅲ-1-(4)-⑤ 不審者の侵入時等に対応できるマニュアルがあり、全職員に周知している。	評価 <b>C</b>
評価の着眼点		
不審者の侵入時における対応マニュアルが整備されている。		
警察等との連携のもとでマニュアルに基づく職員に対する研修が行われている。		
マニュアルは必要に応じて見直しが行われている。		



30		評価
Ⅲ-1-(4)-⑥ 日常の健康管理は適切である。		A
評価の着眼点		
○ 利用者の健康管理票が整備されている。		
○ 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。		
○ 医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。		
○ 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。		
○ 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。		
○ 利用者（及び必要に応じて家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。		
○ 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。		
31		評価
Ⅲ-1-(4)-⑦ 必要な時に迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。		A
評価の着眼点		
○ 健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。		
○ 地域内に協力的な医療機関（概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。		
○ 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。		
32		評価
Ⅲ-1-(4)-⑧ 内服薬、外用薬等の扱いは確実に行われている。		A
評価の着眼点		
○ 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。		
○ 内服薬・外用薬等の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。		
○ 一人ひとりの利用者には使用されている薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）が適切に行われている。		
○ 誤薬時の対応はマニュアル化している。		
【講評】	全利用者には年2回の健康診査、また40歳以上の利用者には生活習慣病に関する項目と子宮がん検診が実施されています。治療が必要な場合には、嘱託医師による毎月の往診診療や家族、職員の同行で医療機関を受診し治療を受けています。集団生活のため、感染症の集団発生防止対策として、手洗いやうがいを行っています。昨年度はインフルエンザの集団発生があり、保健所の指導を受け、更なる感染症対策が望まれます。事故報告の中に薬に関するものが10件含まれていますが、対象者以外に投薬した誤薬投与など、いずれも予防可能例であり、事故の発生原因を検証し、再発防止の徹底が望まれます。	
33		評価
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、福祉サービスが提供されている。		A
評価の着眼点		
○ 標準的な実施方法が適切に文書化されている。		
○ 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。		
○ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。		
○ 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。		
34		評価
Ⅲ-2-(1)-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。		A
評価の着眼点		
○ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。		
○ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的の実施されている。		
○ 検証・見直しにあたり、個別の福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。		
○ 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。		
【講評】	福祉サービスの標準的な実施マニュアルの多くは作成されており、新人職員研修に用いられ、そのまま全職員が携行しています。標準的な実施マニュアルを基に個別支援計画を作成し、ケア会議やチーム会議、担当者会議など、職員及び利用者自治会の会議を通して、利用者の意見等を含めた定期的なモニタリングと見直しが行われています。職員への周知は、回覧やPC掲示板で図られています。	

<b>35</b> <b>Ⅲ-2-(2)-① 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</b>		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。		
<input type="checkbox"/> 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。		
<input type="checkbox"/> 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。		
<input type="checkbox"/> 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。		
<input type="checkbox"/> 記録管理の責任者が設置されている。		
<input type="checkbox"/> 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。		
<b>36</b> <b>Ⅲ-2-(2)-② 通所者については、日々の施設での状況と家庭での状況との情報交換の内容を適切に記録している。</b>		評価 <b>非該当</b>
評価の着眼点		
家庭の状況や家族等との情報交換の内容が必要に応じて記録されている。		
記録にばらつきが生じないための工夫を行っている。		
【講評】	利用者に関する記録類は、事務室内で施錠し保管され、文書取扱い規定に基づき、保管期間及び廃棄や処理が行われています。職員は、退職後も利用者に関する事項の守秘義務があることは、職員規定や研修で確認しています。さらに、個人情報保護法に該当する事項を掌握し、法に抵触しないためにも具体的にどうということが個人情報にあたるのかを理解するための職員研修が望まれます。通所者に関する記録は、事業がないため非該当とします。	
<b>37</b> <b>A-1-(1)-① 入所時に、利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴等の課題を把握するために、家族等面接と利用者の観察を行い、個別支援計画やサービスに活かしている。</b>		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 入所時に、利用者の身体状況や、生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等を把握するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。		
<input type="checkbox"/> 利用開始後も入所の際に把握した状況等を確認するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。		
<input type="checkbox"/> 面接や観察の結果を記録している。		
<input type="checkbox"/> アセスメントの時期と手順を定めており、定期的に見直しを行っている。		
<input type="checkbox"/> 把握した結果に基づき、利用者一人ひとりのニーズや課題が明示され、個別支援計画やサービスに活かしている。		
<b>38</b> <b>A-1-(1)-② 利用者を尊重した個別支援計画を適切に策定している。</b>		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 個別支援計画の策定は、計画立案の時期、策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施されている。		
<input type="checkbox"/> 個別支援計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されている。		
<input type="checkbox"/> 個別支援計画は、一人ひとりの利用者について、日常生活を支援する上での留意点などが具体的に記載されている。		
<b>39</b> <b>A-1-(1)-③ 個別支援計画の評価・見直しを行っている。</b>		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 個別支援計画の見直しは、利用者本位の視点に立って行われている。		
<input type="checkbox"/> 個別支援計画の見直しは、見直しの時期、計画策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施されている。		
<input type="checkbox"/> 評価は、定例の会議・ミーティングを含め、関係職員（サービス管理責任者、担当職員等）の意見を聞くための仕組みを設けて行われている。		
<input type="checkbox"/> 評価の記録については、職員間で共有する機会を設けている。		
<input type="checkbox"/> 6ヶ月に1回以上、個別支援計画の実践状況について、評価を行っていることが記録に残されている。		
<input type="checkbox"/> 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。		
【講評】	個別支援計画の作成には利用者のアセスメントが重要であり、情報収集に対して職員の力量の平均化を図るため、自閉症担当についてはアセスメントシートを用いて試行的に取り組まれています。個別支援計画の評価及び見直しは、関係する部署では定期的には実施されていますが、さらに、全職員間で共有する仕組みが望まれます。	

4 0	A-1-(2)-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。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、個別支援計画を策定し実行している。		
○ 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。		
○ 意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。(コミュニケーション機器の用意を含む。)		
○ 必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。		
○ 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。		
4 1	A-1-(2)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。		
○ 利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。		
○ 利用者が、施設外の障がい者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。		
○ 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。		
○ 自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。		
4 2	A-1-(2)-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を整備している。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。		
○ 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援している。		
○ 自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者(及び必要に応じて家族等)と十分な話し合いが行われている。		
○ 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。		
4 3	A-1-(2)-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。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 社会生活力を高めるために、障がいの理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。		
○ 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。		
○ 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。		
○ 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。		
【講評】	利用者の体験や経験を増やし、出来ることの選択肢を増やそうとの検討結果から、グループの構成員をより少数にして小グループ化しています。利用者の希望の表出も、経験が多くなるほど広がりが見られているので、小グループでの外出のしやすさを活用して、外出の機会を多く計画しています。職員は多くの視力障害を持つ利用者とのコミュニケーションを図るために、全職員が点字を習得しています。施設長室は利用者がいつでも自由に入出し、施設長との会話、要望、意見の交流ができるように開放されています。今後は利用者が職員や家族以外とも交流ができるよう期待します。	
4 4	A-2-(1)-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。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 個別支援計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。		
○ 食事の介助等、支援方法に関してマニュアルが用意されている。		
○ 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。		

4 5 A-2-(1)-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。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。		
○ 適温の食事を提供している。		
○ 献立及び食材について、その情報はあらかじめ利用者に提供されている。		
○ 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子をよく見ながら介助や支援を行っている。		
○ 利用者が食事を楽しめるように、食事をするための雰囲気づくりに配慮している。		
○ 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。		
○ 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。		
4 6 A-2-(1)-③ 食事環境（食事時間を含む）に配慮している。		評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 食堂の設備や雰囲気について必要に応じて検討会議を開き、改善を図っている。		
○ 常に、食堂の清潔が確保されている。		
○ 食事は、利用者全員が一齐に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができるよう配慮している。		
【講評】	食事については業者委託をしてから3年になりますが、管理栄養士や厨房職員は利用者が美味しく楽しく食事ができるよう、声掛けや気配りをしています。毎月の栄養管理委員会では、喫食調査によるリクエストメニューや行事食の献立作成や家族会への献立表と写真によるメニュー例を発行しています。利用者には毎食のメニューを放送で案内し、食事場面では職員が食材や調理状態を説明しています。利用者の力量に応じてお茶の準備や下膳を手伝ってもらっています。毎月のリクエストメニューや行事食、誕生日には担当職員と一緒に外食するなど、利用者にとって食事は大きな楽しみであり、特別な食事への期待も大きいものとなっています。食事前の手洗い後の手拭きは、洗濯したタオルを一枚ずつ使用していましたが、近々ペーパータオル使用に変更する予定です。	
4 7 A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 一人ひとりの健康状態や留意事項について、個別支援計画や個別チェックリスト等を利用している。		
○ 安全や利用者尊重を含めた入浴介助や支援方法についてマニュアルが用意されている。		
○ 入浴の介助や支援は、所定の様式により記録されている。		
○ マニュアル等に基づいた入浴介助や支援が行われ、必要に応じた見直しが行われている。		
4 8 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿っている。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めている。		
○ 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。		
4 9 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を設けている。		
○ 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。		
○ 浴室・脱衣場の整理・整頓・清掃が行き届いており、危険防止対策にも十分配慮されている。		
○ 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。		
【講評】	入浴時間は平日は15時～17時であり、利用者は5人位ずつ時間をずらしながら入浴しています。職員は個別支援計画に基づいて、常時5人が同性入浴介助を行っており、日曜日は希望者にシャワー浴が行われています。毎朝、全員の体温測定と入浴直前の一般状態観察の結果で入浴の可否判断をしています。男女とも大浴槽、小浴槽の普通浴の他、チェアインバスや特浴による入浴を行っています。更衣室は冷暖房で室温を調節し、ついでをういて出入口の開閉時に廊下から見えないよう配慮がされています。	

50		評価
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。		A
評価の着眼点		
○ 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、個別支援計画や個別チェックリスト等を活用している。		
○ 排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。		
○ マニュアル等に基づき、個々に応じた適切な介助が行われている。		
○ 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。		
○ 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。		
51		評価
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。		A
評価の着眼点		
○ プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。		
○ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。		
○ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		
○ 採光・照明等は適切である。		
○ 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。		
【講評】	個別支援計画に基づき排泄介助を行っています。一目で分かる排泄状況一覧表に記入し、-3日の緩下剤による排便コントロールが行われています。車椅子利用トイレは2人で介護しても十分な広さがあり、引き戸の他にカーテンをつけ、プライバシーに配慮しています。トイレは毎日掃除され、換気扇を常時稼働するなどの防臭対策はなされていますが、男子用立便器周囲のタイルの一部が変色し、尿臭がありました。夜間は常夜灯を点灯し、安全に配慮しています。 トイレの手拭きは個人用タオルを使用していますが、食事前の手洗い同様にペーパータオルや手指乾燥器の使用が望まれます。トイレ使用時はスリッパに履き替えています。滑って転倒した事例があり、再発防止対策が望まれます。	
52		評価
A-2-(4)-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。		A
評価の着眼点		
○ 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。		
○ 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。		
53		評価
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。		A
評価の着眼点		
○ 利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。		
○ 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。		
○ 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するとともに、必要に応じて記録している。		
【講評】	衣類の汚染や入浴、起床、入眠時に更衣が発生しますが、できる限り自分でできるよう声掛け、見守りをしています。視力障害のため、汚染に気づかない時や希望する色柄の選択を支援しています。家族が遠方や高齢で購入できない場合は、依頼を受けて職員が購入や廃棄処分を代行しています。	
54		評価
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、髪型等の選択について支援している。		B
評価の着眼点		
○ 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。		
○ 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。		
○ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。		
55		評価
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。		A
評価の着眼点		
○ 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。		
○ 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。		
【講評】	施設への出張散髪のみであるため、染髪希望者には職員が行っています。パーマを希望し、外出送迎が可能であれば美容院を利用することもできますが、現在2名が利用しているだけなので、利用可能な理美容院の情報を提供し、体験や経験の拡大への配慮が望まれます。	

56 A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。		
夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。		
○ 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。		
○ 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。		
○ 季節に応じた寝具又は冷暖房設備が準備されている。		
○ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。		
【講評】	個別支援計画や排泄マニュアルに夜間の定時オムツ交換の項目がありますが、利用者の安眠を妨げないためにも長時間使用可能なオムツを導入するなどして、入眠中のオムツ交換の見直しを検討しています。寝具は私物か共用のものかを自由に選択しています。居室の冷暖房機は就寝後は停止しますが、気温や湿度の状況により柔軟に対応して、快適な環境作りを努めています。安眠に影響を与える利用者には、傾聴などの対応の他、別室を利用することもあります。	
57 A-2-(7)-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。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。		
○ 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。		
○ 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。		
○ 個々に応じた余暇・レクリエーション活動が行われている。		
○ 地域の社会資源を積極的に活用している。		
○ 利用者の趣味や興味にあったプログラムになるよう利用者の希望を反映させ、適宜変更している。		
【講評】	全員参加の活動班の他、利用者の希望や趣味による自由参加の余暇及びクラブ活動があり、職員が把握している利用者の生活歴や得意分野をクラブ活動の選択やプログラムに反映させるよう努めています。利用者の希望を汲み取るには情報提供や体験、経験することが必要であり、職員以外にも外部講師やボランティアを活用した今後の取り組みに期待します。	
58 A-2-(8)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。		評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。		
○ 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。		
外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。		
○ 必要などときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。		
59 A-2-(8)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。		評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。		
○ 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。		
利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。		
【講評】	利用者だけの外出は無く、職員が必ず引率するので、班活動以外の外出には職員配置数を増やして対応しています。イベント等の参加では、日常的な外出と比較すると不測の事態が発生しやすいため、ボランティアなどの支援体制がありますが、協力者に対する研修や連絡会を開催し、機能できる体制作りが望まれます。外出や外泊についてのマニュアルやルールは、利用者や家族の意見を取り入れて作成することを期待します。	
60 A-2-(9)-① 金銭管理が適切に行えるよう支援している。		評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。		
○ 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。		
自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。		
金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。		

6 1 A-2-(9)-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。		評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 新聞・雑誌を個人で購入できる。		
新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。		
6 2 A-2-(9)-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。		評価 <b>非該当</b>
評価の着眼点		
酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。		
具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間等）に様々な配慮を行っている。		
利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。		
【講評】	テレビは個人で自室に所有している利用者もありますが、共用テレビはホールに置いてあり、活動時間以外であれば自由に見ることが出来るようになっています。番組の情報提供は職員が行っています。利用者用の新聞の購入はありませんが、事務室の新聞は自由に見ることが出来るようになってい ます。外出時に雑誌を購入している利用者は数名います。 小遣い程度の少額を自分で管理できる利用者は個室にいますので、自室の鍵の管理や保管、小遣い帳の記入と残金の確認は、職員も一緒に行いながら自立への支援を行っています。 たばこやアルコールの嗜好者は現在いないため非該当とします。	