

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 :	社会福祉法人奨禮会 障害者支援施設 乙房苑	種 別 :	身体障害者療護施設
代表者氏名 :	橋口 和洋	定 員 : (利用人数)	50 名 (51 名)
所 在 地 :	都城市乙房町 2 1 9 1 の 3	TEL:	0 9 8 6 - 3 7 - 3 9 0 0
U R L :			

③訪問調査日 平成 2 5 年 2 月 1 3 日 (水)

④総評

◇特に評価の高い点

- 1 利用者支援基本スローガンの中の「あいさつは明るい笑顔でさわやかに」が施設全体に浸透しており、職員も利用者も自然な笑顔であいさつされ、さわやかな雰囲気の施設である。
- 2 施設内の環境整備も、細かい配慮のもとに利用者の安心・安全な場の確保と、自分らしく生活しやすい工夫が随所に見られ、ノーマライゼーションの利用者主体の支援が図られている。
- 3 人事考課制度を取り入れ、自己評価や自己目標を立てるとともに、資格手当を設けるなど、職員に意欲をもたせ、資質向上につながっている。
- 4 BCP(災害時事業継続計画)プロジェクトが組織され、地域消防団や各関係機関との地域交流会の実施、施設内広場の開放など、地域との連携も深く、地域に開かれた施設づくりに努めている。
- 5 日常の生活の中で、利用者の意思や残存能力などを細かく拾い上げ、個別支援計画に生かしているのは、利用者主体の姿勢の現れと考えられる。
- 6 利用者のニーズを反映し、生き生きとした生活のために、幅広い余暇活動が計画されている。平成 2 5 年 3 月に、別棟の創作活動室が完成する予定であり、より充実した住居分離の支援が期待できる。

◇改善を求められる点

- 1 中・長期計画はあるものの、見直しが行われていないので、定期的な見直しが望ましい。
- 2 各種研修には数多く参加し、研修報告や実践は充実している。今後は、研修の評価システムを確立させ、各人ごとの継続的な研修計画を立てることが望ましい。
- 3 法人の理念の一つである「心のバリアフリー」推進のため、数多くのボランティアを受け入れている。更なる充実を図るため、「ボランティア受け入れに関するマニュアル」の整備が望ましい。
- 4 サービスの質については、自己評価および組織として分析・検討が行われているが、標準的な評価基準に基づいた、客観的な評価に取り組まれることが望ましい。
- 5 セキュリティーは完備しているものの、「不審者対応マニュアル」を整備し、職員の意識の統一と研修を行われることが望ましい。
- 6 地域移行支援に対して、利用者の意識の高揚や実現を図るため、より積極的な社会性や自己管理などの学習プログラムの充実が望ましい。
- 7 「職員の利用者支援指針」に基づき、利用者主体の支援が実践されているが、利用者調査票の中に「居室に入るときはノックや了解を取ってほしい」とか、「職員以外の人にも相談できるようにしてほしい」などの利用者の声がある。改善点とまではいかないが、これからも更なる努力を続けていただきたいと考える。

⑤各評価項目にかかる評価結果(別紙)

評価結果表

1	評価
I-1-(1)-① 法人・施設の使命・役割を反映した理念や基本方針を策定し、職員、利用者等に十分な理解を促すための取組を行っている。	A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	理念、基本方針が文書（事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。
<input type="checkbox"/>	理念から、施設が実施する福祉サービスの内容を踏まえた施設の使命や目指す方向、考え方を読み取ることが出来る。
<input type="checkbox"/>	基本方針は施設（法人）の理念との整合性が確保されている。
<input type="checkbox"/>	理念や基本方針を会議や研修会において説明している。
<input type="checkbox"/>	理念は、利用者の主体性を尊重し、エンパワメントの理念に基づいた援助を行うという障がい者福祉の基本的な考え方を踏まえている。
<input type="checkbox"/>	基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
<input type="checkbox"/>	理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫や配慮を行っている。
<input type="checkbox"/>	理念や基本方針を利用者による自治会ないし利用者の会や家族会等で資料をもとに説明している。
<input type="checkbox"/>	理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して、会議等における討議の上で実行している。
<input type="checkbox"/>	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。
【講評】	当法人は、ノーマライゼーションを基本理念としており、これについては毎年作成する経営方針の中で、その趣旨を説明するとともに、事業計画にまで落とし込んで、具体性をもたせている。この内容については、年度初めに全職員に対して説明を行っている。また、この理念をもとに、具体的な行動規範を「利用者支援基本スローガン」とし、毎日の朝礼において全職員で唱和している。利用者の家族に対しては、家族総会においてその説明を行い、進捗状況の報告も行われている。また、事業実績報告書において、事業についての運営方針や事業の状況などを説明する中で、その総括を行っている。

<p>2 I-2-(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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
○	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内容が具体的に示されている。
○	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。
○	事業計画が単なる「行事計画」になっていない。
○	理念や基本方針実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。
○	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。
○	評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。
○	中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。
○	中・長期計画に基づく取組を行っている。
	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。
	事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。
○	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分かりやすく説明している。
○	各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。
【講評】	<p>現在の施設利用者の高齢化や重度化に伴い、高齢者施設の開設や老人保健施設の開設を予定している。既に土地の確保も終り、市に申請するとともに、家族会にも進捗状況などを報告している。また、基本理念であるノーマライゼーションの実践として、利用者の地域移行などのためのケアホームやグループホーム事業にも取り組み、今後、充実していく予定である。今後は、中・長期計画について定期的に見直すことが望まれる。</p>

3 Ⅱ-1-(1)-① 事業経営（運営）を取り巻く環境を把握するための取組を行っている。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握するための方法をもっている。	
<input type="radio"/> 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。	
<input type="radio"/> 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。	
把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	
4 Ⅱ-1-(1)-② 経営（運営）状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
<input type="radio"/> 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	
<input type="radio"/> 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、職員にコスト意識を持たせているとともに、課題発見に努めている。	
<input type="radio"/> 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
発見した課題に基づき、事業の必要性を十分考慮した上で、改善に向けた取組を行っている。	
【講評】	関連する各種協議会の研修会などには積極的に参加し、福祉の動向を学ぶとともに、復命研修において、全職員に伝達している。サポートセンターや相談機関との連携を密にして、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、経営管理のため、月々の利用者数の推移や事業実績について、毎月実施されている3施設合同課長会議において報告し、その対策を検討している。また、担当者や係長、課長の参加する部署ごとの運営会議においても、同様の報告や検討が行われている。

<p>5 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○</p>	<p>社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。</p>
<p>○</p>	<p>プランに基づいた人事管理が実施されている。</p>
<p></p>	<p>必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。</p>
<p>【講評】</p>	<p>資格取得を奨励するために、資格手当制度を設けている。当法人は人事考課制度を取り入れており、自己評価や自己目標をたてさせている。資格取得を目標に掲げる職員が多く、目標を表明することによって、資格取得につながっていると考えられる。資格者の人事配置は充足している。各人の自発的な取組に任せているため、積極的な働きかけはしていない。</p>

6 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ように努めている。	評価 A
評価の着眼点	
○	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータ、疾病状況を定期的にチェックしている。
○	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。
○	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。
○	職員の福利厚生を取組を行っている。
○	改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。
○	希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家と連携している。
【講評】	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働については、毎月管理を行っている。また、勤務表作成の際に職員の意向を聴取し、参考にしている。入浴介助時の職員の負担を軽減するため、特殊浴槽を昨年2台設置した他、利便性向上のためナースコールシステムを整備するなど、職員の意向を定期的に反映している。その他、具体的な福利厚生を取組としては、被服貸与、年に一度の会食会やソウエルクラブ加入などがある。産業医はいるが、その他の専門家との連携は行っていない。

<p>7 II-2-(3)-① 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本姿勢や意識を明示している。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。</p>	
<p>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、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。</p>	
<p>○ 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。</p>	
<p>○ 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。</p>	
<p>8 II-2-(3)-② 職員研修の評価を行い、次の研修計画に反映させている。</p>	<p>評価 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。</p>	
<p>報告レポートや当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価を行っている。</p>	
<p>評価された結果を次の研修計画に反映している。</p>	
<p>評価された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。</p>	
<p>9 II-2-(3)-③ 研修を受けた内容や結果を職員全体に周知させ、業務に反映している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けるなど、研修内容を全職員に周知している。</p>	
<p>○ 職員が受けた研修内容を業務に反映している。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>6年ほど前から人事考課者訓練などに取り組み、3年前から人事考課制度を実施している。年2回、自己評価・自己目標などを記載し、上司と1次面談(直接の上司)・2次面談(係長・課長)を行う。年初に、各研修機関から出される研修予定に基づき、職員調書などを参考に、各人ごとに必要な研修受講を決定する。研修受講後は、1週間以内に復命書を提出する。また、研修受講者による報告会を、年に3回ないし4回実施し、研修者自身が研修内容の理解を深めるとともに、全職員に対して共有化を図っている。今後は、研修成果評価のシステムを確立させ、継続的な研修計画を作成していくことが望まれる。</p>

10 II-2-(4)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	評価 A
評価の着眼点	
○	実習生受入れに関する意義・方針を明文化している。
○	実習生受入れに関する意義・方針を会議等で職員に説明している。
○	実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目がマニュアルに記載されている。
○	受入れにあたっては、学校との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。
○	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実習効果をあげる工夫を行っている。
○	実習指導者に対する研修を実施している。
【講評】	宿泊実習は行っていないが、近隣から介護福祉士や学生、市役所職員などの実習生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルにおいて、実習生受け入れの意義、方針が明文化されている。受け入れに際して、支援課会議などにおいて、その意義や方針を職員に説明している。実習の効果をもとめ、実習生担当職員を配置し、指導に当たらせている。実習指導者が判断しかねる場合は、上司に相談できる体制をとっている。

1 1 Ⅱ-3-(1)-① 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 A
評価の着眼点	
○ 感染症に関するマニュアルの整備、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、担当者等を中心にして、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通知している。	
1 2 Ⅱ-3-(1)-② 利用者の安全確保のためのリスクを把握し、安全確保に向けた具体的な取組を行っている。	評価 A
評価の着眼点	
○ 施設内で起きた事故や、事故等につながりそうな事例を収集し、所定の書式に記録するとともに、職員の参画のもとでその原因分析を行い、再発防止や未然防止のための課題発見や施策を行っている。	
○ 事故防止のためのチェックリスト等があり活用している。	
○ 利用者に対する安全教育を実施している。	
○ 会議・研修等により、事故防止に関する検討や職員に対する意識啓発の取組を行っている。	
○ 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。	

13	II-3-(1)-③ 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

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	虐待の照会、通告にあたっての連絡先を明示している。
<input type="checkbox"/>	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。

14	II-3-(1)-④ 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
		C

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	マニュアルは必要に応じて見直しが行われている。

15 II-3-(1)-⑤ 日常の健康管理は適切である。	評価 A
---------------------------------	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	利用者の健康管理票が整備されている。
<input type="checkbox"/>	医師又は看護師による健康相談を受けることができる。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	利用者の健康管理マニュアルが用意されている。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。

16 II-3-(1)-⑥ 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。	評価 A
--	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	健康面に変調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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。

17 II-3-(1)-⑦ 内服薬、外用薬等の扱いは確実に行われている。	評価 A
---	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。

【講評】災害や事故、感染症などの緊急対応マニュアルが整備されており、リスクマネジメント検討委員会で、事故の原因分析や再発防止策などを随時、検討している。緊急時には、全職員に対して緊急メールを送る体制が敷かれている。自衛消防隊を組織しており、緊急連絡網が整備されている。現在、BCP（災害時事業継続計画）に取り組み、BCPプロジェクトを組織している。法人内の他施設に発生した過去の事故への反省から、毎月26日を安全衛生の日とし、意識向上に努めている。また、年に1回、安全衛生大会を開催し、全職員に対して、安全衛生管理や緊急蘇生法などの実習を行っている。虐待についてはマニュアルを整備し、さらに県や市の関係機関と連携し、虐待防止や早期発見に努めている。施設内に看護課を設け、嘱託医とともに毎週木曜日に回診を行い、健康相談なども実施している。また、半年に1回は、利用者家族への利用者の健康に関する報告文書を送っている。看護師とPTが連携して健康維持・増進のためのプログラムを立て、実施している。内科、歯科などの嘱託医のほか、整形外科、眼科などの協力医と日常的な連携を図っている。服薬に関しては、各人ごとのケース記録に記入するとともに、投薬管理票を付けている。不審者については、特に対応マニュアルは整備されていないが、システムによるセキュリティー管理を行っている。

18 II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	評価 A
--	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者に提供している。
<input type="checkbox"/>	地域の人々に向けた、施設や利用者への理解を得るための日常的なコミュニケーションを心掛けている。
<input type="checkbox"/>	利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員等が援助を行う体制が整っている。
<input type="checkbox"/>	利用者の買い物や通院等の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。
<input type="checkbox"/>	利用者が地域の人たちと企画の段階から参加するような、行事、レクリエーション、スポーツなどがある。

19 II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	評価 A
--------------------------------------	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	地域へ向けて、理念や基本方針、施設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。
<input type="checkbox"/>	関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。
<input type="checkbox"/>	介護相談、在宅障がい者やその家族等に対する相談支援事業等、福祉ニーズに応じ、住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。
<input type="checkbox"/>	地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。
<input type="checkbox"/>	介護等について、専門的な技術講習会や障がい者や福祉を理解するための研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。
<input type="checkbox"/>	把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的なグループホームやホームヘルプサービス、ショートステイ等具体的な事業・活動がある。
<input type="checkbox"/>	把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。
<input type="checkbox"/>	民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。

20 II-4-(1)-③ 関係機関等との連携が適切に行われている。	評価 A
---------------------------------------	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。
<input type="checkbox"/>	関係機関・団体と連絡会等に参加している。
<input type="checkbox"/>	利用者の状況に対応できるよう、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。
<input type="checkbox"/>	地域の関係機関・団体とのネットワーク内で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。

21

Ⅱ-4-(1)-④ ボランティア受入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。

評価

B

評価の着眼点

ボランティア受入れに関する意義・方針を明文化するとともに、会議等で職員に説明している。

○ 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必要な研修を行っている。

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】

毎年度作成する経営方針の中に、理念および地域における自らの位置付けを明確にしている。施設内の芝園は、グランドゴルフ場として地域に開放し、地域住民と施設との距離感を縮めている。地区の班長さんや地域消防団を中心とする地域防災協力者や地区社協、民生委員・児童委員を含めて防災訓練を行い、その後、地域交流会も定期的を実施している。このような地域との連携を通して、施設や利用者を理解してもらい、さらに地域福祉のニーズの把握に努めている。施設への理解を深めるため、施設内の地域福祉課が中心となって、市役所や学校などに施設のパンフレットを配布している。施設内での相談事業は実施していないが、サポートセンターや相談機関との連携は極めて密に行っている。地域の福祉ニーズに応えるため、日中一時支援や短期入所、通所事業を実施、さらにケアホームやグループホーム事業への取組を始めている。施設等連絡会に参加し、関係機関・団体・行政との情報交換や共通の問題の解決にあたっている。法人の理念の一つである「心のバリアフリー」の推進のため、年間280人にも及ぶボランティアを受け入れているが、ボランティア受け入れに関するマニュアルは整備されていない。

2 2 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。	
<input type="checkbox"/> 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ている。	
<input type="checkbox"/> 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。	
<input type="checkbox"/> 利用者尊重や基本的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。	
2 3 Ⅲ-1-(1)-② 利用者へ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、実践している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等に組織として具体的に取り組んでいる。	
<input type="checkbox"/> 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
<input type="checkbox"/> 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知されている。	
<input type="checkbox"/> 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。	
2 4 Ⅲ-1-(1)-③ 利用希望者の施設選択においては、必要な情報を提供している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
<input type="checkbox"/> 施設を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等により誰にでもわかるような内容にしている。	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。	

25 Ⅲ-1-(1)-④ 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 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> サービス開始時には、必ず契約書を取り交わしている。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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等用意して、利用者や家族等に説明している。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
26 Ⅲ-1-(1)-⑤ 事業所の変更や家庭への移行等にあたり、その後のサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> サービスが終了した後も、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。	
<input type="radio"/> 他の施設や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順を定めている。	
<input type="radio"/> サービス終了時に、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っている。	
【講評】 「職員の利用者支援指針」において、利用者の基本的人権および諸権利の尊重の理念のもと、利用者に対する基本姿勢を明文化し、利用者とのかかわり、プライバシーの尊重、利用者の意思の尊重について、各支援場面の具体的な方法が定められている。また、利用者支援基本スローガンを毎日の朝礼時に唱和している。利用者の施設選択にあたっては、施設を理解してもらうため、見学や体験入所を実施している。サービス開始にあたっては、サービス内容や料金などについて、重要事項説明書に基づき詳細に説明を行っている。サービス終了にあたっては、申し送り書を作成し、法人として組織的に支援を継続している。	

<p>27 Ⅲ-2-(1)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
○	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、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。
○	利用者や家族等の意向を把握する機会を設けている。
○	意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討について規定した対応マニュアルを整備している。
○	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。
<p>28 Ⅲ-2-(1)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>	
○	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説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。
○	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。
○	苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公開している。
○	苦情を福祉サービスの改善に反映している。
【講評】	<p>苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書の中に記載されており、苦情解決の体制は、利用者・家族に分かりやすいように、玄関に掲示されている。利用者や家族から意見や要望があった場合は、苦情解決経過記録やケース記録、業務日誌などに詳細に記入し、早急な解決のため、緊急会議を開き、その対応にあたっている。また、経過や結果については、利用者および家族に説明するとともに、職員会議などで取り上げ、改善を図るようにしている。</p>

29 Ⅲ-3-(1)-① 施設のサービス内容について自己評価等の体制を整備し、評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	評価 C
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 定例の会議を含め、年間を通じて職員から提案を募集するか、又は定期的に（年に複数回）意見を聞くための場を設け、サービスの質の向上や改善のための取組を行っている。	
<input type="checkbox"/> 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価等を行っている。	
<input type="checkbox"/> 職員の参画により評価結果の分析を行っている。	
<input type="checkbox"/> 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。	
<input type="checkbox"/> 職員間で課題の共有化が図られている。	
30 Ⅲ-3-(1)-② 自己評価等により明確になった課題に対する改善策・計画を立て実施している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。	
31 Ⅲ-3-(1)-③ 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。	
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法に基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。	
32 Ⅲ-3-(1)-④ 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="checkbox"/> サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が定められている。	
<input type="checkbox"/> 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】 サービスの質の向上のため、月1回の4班に分けての小会議や全体会議、ケース会議で、実践しているサービスに関する分析や検討を行っている。個々のサービスについては、サービスマニュアル・ベーシックマニュアルに基づき実施しており、その内容についても、全職員から継続的に聞き取りを実施して、最低年1回は見直し、改定を行っている。以前は、障害者施設サービス共通評価基準を使っていたが、現在は使っていない。今後は、客観的な評価のために、再度取り組まれることが望まれる。	

3 3 Ⅲ－3－(2)－① 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程が定められている。	
<input type="radio"/> 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。	
<input type="radio"/> 守秘義務の遵守を職員に周知している。	
<input type="radio"/> 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し、教育や研修が行われている。	
<input type="radio"/> 利用者に関する記録の管理が適切に行われている。	
3 4 Ⅲ－3－(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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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】	個別支援計画書などの利用者に関する記録は事務室の書庫に収納され、外部からは目につかないように保管しており、「文書取扱規程」に基づいて保存・破棄されている。守秘義務の遵守については、「職員の利用者支援指針」、「ベーシックマニュアル」に明記されている。また、情報開示や守秘義務に関しては、「重要事項説明書」にも明記され、家族への周知も図られている。通所生活介護事業の利用者に対しては、利用情報提供書や調査書の記録とともに、連絡帳を通してきめ細やかな情報交換が行われている。

35 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 面接や観察の結果を記録している。	
<input type="radio"/> 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="radio"/> 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。	
36 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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。	
37 A-1-(1)-③ 個別支援計画の評価・見直しを行っている。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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】	3人のサービス管理責任者が中心となって、個別支援計画書が策定されている。フェイスシート・アセスメントシートの整備はもとより、支援方法・留意点については、食事・排泄・医療看護・情緒面・社会性・コミュニケーションごとの細かい項目に分けて記載されている。特に力を入れているのは、日常生活の中で利用者が興味・関心をもった事柄、残存能力、反応などの現状の気持ちや姿を、一つでも多く拾いあげて書き加えていくスペースがあり、それを個別支援計画に活かしていこうという姿勢は高く評価できる。6か月ごとに全員の支援計画の見直しが行われており、利用者の意向把握には家族が参加できる機会を設けたり、電話や手紙で連絡を取ることで徹底を図っている。また、見直しされた内容は、支援課全体会議において周知している。

38 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 A
--	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。）
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。

39 A-1-(2)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	評価 A
------------------------------------	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	利用者による自治会ないし利用者の会等がある。
<input type="checkbox"/>	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。

40 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 A
--	----------------

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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 1

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

A

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】 「自分らしく生きる事を支援する」という経営方針のもと、コミュニケーション能力や残存能力の維持向上のため、常勤のPTの指導訓練と週1回のSTの言語訓練は、利用者の主体的な活動を促進させている。PTの指導は、日常の職員の支援にも反映されている。コミュニケーション困難な方は、文字盤やトーキングエイド、手話（2名）や表情などで疎通を図っている。利用者の主体的な活動としては、バンド演奏、カラオケ、パソコンゲーム、オセロなどがある。ほとんどの利用者が車いすという当施設では、施設内は全面バリアフリーの上、廊下の幅も広く、手すりの工夫や、廊下の角々には壁に大きな立体ミラーが付けられて、視野が開け安全が図られるので、安心・安全な主体的活動ができている。地域生活への移行を進めるためにも、現在3名の方がトイレ・洗面所完備の個室にて積極的な活動に取り組まれており、今後、意欲の高い方々には、移行プログラムを推進していきたい意向である。

<p>4 2 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>4 3 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 適温の食事を提供している。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないように、利用者の様子をよく見ながら介助や支援を行っている。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。</p>	
<p>4 4 A-2-(1)-③ 食事環境（食事時間を含む）に配慮している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 常に、食堂の清潔が確保されている。</p>	
<p><input type="radio"/> 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>生活支援実施書の中に、各人ごとの食事の留意点などについて記載し、支援している。食堂は採光も良く、広々としている。環境整備担当がいて、清掃も行き届いている。ほとんどの利用者が車いすなので、テーブルの幅・高さ・形は使いやすく配置されているし、食堂全体が床暖房になっている。給食は業者委託で、個々に合わせた特別食などの対応ができています。年に1回の嗜好調査を行い、行事食や選択食に反映させたり、刻み食・流動食の方も、姿の分かるソフト食にするなどの工夫をしています。「食事検討委員会」も定期的に行い、栄養士・委託業者・利用者との連携を取りながら改善を図っている。食事時間にも幅を持たせ、嚥下困難な方や居室での食事希望の方には、マンツーマンで対応している。また、週1回の歯科衛生士の口腔ケアで、2名の方が口から食事摂取が可能になられた実績もある。</p>

4 5 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 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 入浴の介助や支援は、所定の様式により記録されている。	
<input type="radio"/> 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 6 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿っている。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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 7 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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】	入浴は週3回あり、失禁や汗などで入浴が必要な場合は、随時対応している。一人ひとりの健康状況は、個別チェックリストで職員に周知できるようにし、個別支援マニュアルや生活支援実施書に入浴についての留意点が記載されている。浴室には、利用者の状態に対応できる各種の特殊浴槽があり、車いすの方や横臥位でも安心して入浴できる。脱衣場は、冷暖房設備と冬期は上部からのヒーター、夏期は大型扇風機を併用し調節している。介護機器の安全な使用方法については、業者から全職員への説明や伝達、使用法の写真を浴室に掲示するなど周知を図っている。今後は、入浴時のプライバシー保護と保温効果を高めるために、浴槽ごとにパーテーションで区切る計画もあり、利用者主体の思いが感じられる。

48 A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	
<input type="radio"/> 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。	
49 A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。	
<input type="radio"/> 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。	
<input type="radio"/> 採光・照明等は適切である。	
<input type="radio"/> 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】	防臭効果を高めるため、トイレと廊下にオゾン発生機が設置されている。トイレは、オープンの所と個室になった所があり、選べるようになっている。オープンのトイレも、上から下までのカーテンでプライバシーは守られているが、もっと良い工夫はないかと思案されている。ADLが重度化し、排泄も利用者1名に職員2名で対応したり、便座回りの手すりも右麻痺・左麻痺で対応しやすいように設置されている。また、排泄時の姿勢を安定させるため、便座後方に特注の背もたれの設置や、前方に体を支える台座をつけるなどの工夫をしている。個別支援マニュアルに沿って排泄支援がなされ、排泄状況はチェック表に記載し、把握している。また、居室の排泄用具（ポータブルトイレなど）は夜間使用し、昼間は片づけたり、スプレーをして衛生防臭に努めている。

5 0 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	
<input type="radio"/> 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。	
5 1 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。	評価 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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】	夏期、冬期と衣類購入期間を設定し、職員と購入に出かけているが、随時、外出を希望し、購入をされている利用者もいる。ADL向上のためにも、毎日夜着から着替えをし、汗をかいたり、食事で汚れた時など、その都度着替えの対応を行っている。利用者の洗濯は、洗濯場担当職員が洗って、一人ひとりの衣類かごにたたんでなおし、破損や汚れのチェックを行っている。支援担当職員との連携も取れており、破損やサイズが合わなくなった場合は、ケース記録に残し、家族へも連絡を取っている。

<p>5 2 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 理容・美容に関する資料や情報を用意している。</p>	
<p>5 3 A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>理・美容については、本人の希望に応じて行われており、月に1~2回の訪問理・美容と月1回のエステが低額の料金で利用できる。職員2名の理・美容担当者がおり、業者との連携や利用者のニーズ把握に努めている。また、地域移行訓練をされている方や希望のある方については、地域の理・美容室も利用されている。また、利用者からの希望で施設長床屋も行われるなど、アットホームな雰囲気であることが伺える。</p>

<p>54 A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○</p>	<p>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。</p>
<p>○</p>	<p>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。</p>
<p>○</p>	<p>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。</p>
<p>○</p>	<p>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。</p>
<p>○</p>	<p>季節に応じた寝具又は冷暖房設備が準備されている。</p>
<p>○</p>	<p>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。</p>
<p>【講評】</p>	<p>個別支援マニュアルや生活支援実施書の中に、睡眠についての細かい留意点が記載されている。居室は1人および2人部屋で、寝具なども利用者の状況や希望に沿って対応している。夜勤は3名体制で、体位変換や排泄支援を行っている。夜勤中の支援については、「サービス提供記録」に記載し、申し送りされている。体調不調の方や感染症の方、不眠の方には、ステーション横の静養室やショートステイの空室で見守りの対応を行っている。</p>

55 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 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 地域の社会資源を積極的に活用している。	
<input type="radio"/> 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、適宜改変している。	
【講評】	利用者の会やユニット支援時、食事の時などに、折に触れて利用者の意向を拾い上げ、年間事業計画やレクリエーション活動計画に反映させている。GOGOタイム広報編集活動やGOGOミュージックなどへの取組もあり、バンド演奏も活発である。3月には余暇活動やレクリエーションのための創作活動室が完成し、より充実した活住分離の支援が期待される。サークル活動としては、月2回書道講師を招き、その作品が施設内に展示されていた。地域の資源としては、庄内地区文化祭やボランティアフェスティバル、美術館などがあり、ボランティアを利用し、積極的な活用を行っている。

5 6 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 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 必要なときには、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。	
5 7 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 A
評価の着眼点	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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。	
<input type="radio"/> 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】	利用者の希望に応じて外出でき、ほとんどが職員の引率だが、一人で外出される方、家族と毎月外出される方もいる。外出の際は種々の保険を適用し、緊急の場合の連絡手段には携帯電話を活用している。受け入れ家族の高齢化により、盆や正月の帰省は減少しており、帰省しても一泊と短期間の傾向にあるため、施設にてお正月料理を用意するなどの雰囲気作りをしている。

<p>58 A-2-(9)-① 金銭管理が適切に行えるよう支援している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>59 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 新聞・雑誌を個人で購読できる。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>60 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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 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。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>ほとんどの方が年金受給者であるので、金銭管理が必要であり、配慮を要する。預金通帳は総務課で管理し、手許で自己管理する金額は利用者と話し合いの上で決め、まとまった金額はステーションの小口金庫に保管しておくシステムができています。日用品購買の日もあり、新聞や雑誌も訪問販売や外出にて購入するなど、利用者の希望に沿った対応を行っている。新聞を定期購読されている利用者もいる。喫煙者は一人だが、喫煙所が設置され、分煙もできています。お酒も自由に楽しめるようだが、食事制限や医師の指導のある方は、話し合いでルールを決めている。経済的な対応能力を高める学習プログラムはできていないが、地域移行支援を推進するためにも、今後は取り組んでいきたいとの意向であった。</p>