

## 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    | 知的障害者総合福祉施設 向陽の里  | 種別           | 障害者支援施設        |
| 代表者氏名 | 田爪 節子   | 定員<br>(利用人数) | 300名<br>(267名) |
| 所在地   | 宮崎県東諸県郡国富町大字<br>本庄1407番地  | TEL:         | 0985-75-2200   |
| URL   | <a href="http://m-si.or.jp/kouyou/">http://m-si.or.jp/kouyou/</a> |              |                |

### ③訪問調査日 平成25年9月18日(水)

### ④総評

#### ◇特に評価の高い点

発達障がいや自閉症の方の生活支援や学習プログラムに関して、先駆的取組がなされ、利用者個別のアセスメントから支援計画まで、多くの時間をかけながら個別支援のための創意工夫をされている。中でも写真やキャラクターの挿絵などを使い、利用者が混乱しないための工夫がなされ、分かりやすい日常の支援が実践されている。ハード面や物理的な面、利用者の障がい形態や区分の違いがあるが、全ての寮において、利用者の意向やエンパワメントを引き出すために、利用者の主体性を尊重したプログラムに基づいた支援が実践できている。これらは、施設の歴史と諸先輩方の取組から培われた、職員の意識の高さによるものである。

また、地域移行支援も個別支援やプログラムを通して積極的に実践されている。グループホームへの移行や地域への理解も含めて、法人や職員の取組の成果が地域で評価されている。

さらに個別支援の中で、職員の学習や向上心が非常に旺盛で、各寮が切磋琢磨しながら情報の共有化を図り、利用者支援に向けて取り組まれていた。

これらの計画から実践までの内容について、諸会議録や計画書についての記録も綿密かつ個別的に記録されている。

#### ◇改善を求められる点

- ・法人の規則やマニュアル等の枠内にとどまらず、それを基本としながらも向陽の里の特徴や独自のカラーを出すための工夫や取組を期待したい。
- ・有資格者の専門職育成や適材適所による職員配置など、利用者支援をさらに充実させていくためのさらなる人材登用を期待したい。
- ・施設内の安全配慮については、安全チェック表で確認し改善されているが、施設内で段差解消がなされていない箇所なども見受けられるので、利用者や職員の安全確保のための改善策を検討してほしい。

### 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  |
| <u>評価の着眼点</u>  |   |    |
| ○  | 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。   |    |
| ○  | 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。   |    |
| ○  | 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。  |    |
| ○  | 理念や基本方針を会議や研修会において説明している。   |    |
| ○  | 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。   |    |
| ○  | 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。   |    |
| ○  | 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。  |    |
| ○  | 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。  |    |
| ○  | 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。  |    |
| ○  | 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】   | 理念、基本方針については年間事業計画書および法人のパンフレットに記載されている。理念については、引き継ぎ連絡会で各寮ごとに毎朝、唱和するとともに、全体職員会議時にも説明を行っている。新規職員等については研修会を開催し、徹底を図っている。法人の理念である利用者の自立支援については、「利用者の居室をノックする」等の3か月程度の期間テーマを定め、より実践的な取組を行っている。全職員に配布している事業計画書には、法人および施設の経営理念、経営方針を明示している。各種会議では法人理念、倫理綱領、行動規範の読み合わせを行うことにより、周知徹底に関する継続的な取組を行っている。 |    |

## 評価の着眼点

- 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】

平成17年より法人としての中・長期計画が策定されている。第1次・第2次計画が昨年終了し、それらの反省を踏まえた第3次経営計画が本年より始まっている。それを骨子として施設の年間事業計画が策定されている。予算措置等が必要なため、毎年10月ごろから各会議で現状の反省等を取りまとめ、1月ごろよりヒアリングを実施し、ボトムアップの形で施設幹部との折衝を行い、さらに法人で取りまとめ、決定に至っている。家族には、連絡協議会を通じ年間事業計画の理解を求めているが、利用者への詳細な説明は難しいのが現状である。

|   |  |
|---|--|
| <b>3</b><br><b>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。</b>                                       | <b>評価</b><br><b>A</b>  |
| <b>評価の着眼点</b>   |  |
| ○ 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。  |  |
| ○ 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。   |  |
| ○ 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。   |  |
| <b>4</b><br><b>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。</b>                               | <b>評価</b><br><b>A</b>  |
| <b>評価の着眼点</b>   |  |
| ○ 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。  |  |
| ○ 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。  |  |
| ○ 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。 |  |
| ○ 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。  |  |
| <b>【講評】</b>   | <p>関係機関のホームページや連絡協議会、行政資料、各種メディア等で福祉業界の環境やニーズを把握している。これらについては、福祉係より毎日全職員に回覧されている。施設見学や利用の申し込み等については、地域支援係や通所係が連携して情報収集を行っている。また、本年より相談支援事業を始めたことにより、地域ニーズの把握をさらに充実させていくことができると考えられる。各寮において実施される経営会議やフロア会議の結果については、施設全体の経営会議録にまとめられ、月1回の事業分析会議や経営会議の場で報告されている。経営の状況については、利用者人数、収入分析、経費の削減項目など、毎月課題を抽出して経営改善に向けての取組を行っている。ただ、法人が大きいため、法人全体の経営状況や財務状況を示す決算書、特に貸借対照表の理解のための会議はあまり実践されていない。</p> |

|  |  |    |
|--|--|----|
| 5  |  | 評価 |
| 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。                 |  | A  |
| 評価の着眼点   |  |    |
| ○ 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。 |  |    |
| ○ プランに基づいた人事管理が実施されている。                            |  |    |
| ○ 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。        |  |    |
| 【講評】   | 人材確保については、法人全体で取り組んでおり、各施設で必要な人材は、法人全体を考慮に入れて登用や配置を行っている。職員の資格取得については、各人からの希望に基づき、特別休暇を与えるなどの配慮を行っている。ただ、施設の有資格者割合はあまり高くない状況があるため、さらなる動機づけを期待したい。  |    |
| 6  |  | 評価 |
| 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。       |  | 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。                  |  |    |
| ○ 職員の福利厚生の取組を行っている。                                |  |    |
| ○ 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】   | 3年前から人事考課制度を採り入れ、考課者訓練を行うとともに、毎年職員に調書を提出させ、複数の考課者による中間面談と最終面談を行う。また、各寮ごとに寮長が中心になって職員の相談を受け、看護師長等によるメンタルヘルスケアにも取り組んでいる。法人全体のレクリエーションも実施されるが、施設単位のレクリエーションも行っている。特に年1回行われる向陽祭は利用者とともにバンドを組むなどの活動も行い、地域や利用者を巻き込んでのイベントとなっている。 |    |

|   |    |
|---|----|
| 7   | 評価 |
| 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。 | A  |

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。
- 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・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・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。
- 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。

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 8                                     | 評価 |
| 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。 | A  |

評価の着眼点

- 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。
- 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。
- 評価された結果を次の研修計画に反映している。
- 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。

|   |    |
|---|----|
| 9   | 評価 |
| 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。 | A  |

評価の着眼点

- 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。
- 職員が受けた研修内容を業務に反映している。

|      |  |
|------|--|
| 【講評】 | 各職員に研修ニーズ調査表の提出を求め、福祉係が研修参加予定表を作成し、県内・外の研修に参加するとともに、園内でも外部講師を招くなどして研修会を実施している。これらについては、年間事業計画書に記載されている。研修後は、口頭での復命報告を朝礼時に行うとともに、復命書を作成し、各寮で回覧している。研修したことについて、業務に活用できる内容を記載する欄を復命書に設けるなどして、積極的な実践につなげている。 |
|------|--|

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】

実習生の受け入れについては、平成24年度は564人の実績がある。実習生受け入れマニュアルが整備されており、年度当初に実習生受け入れ担当者会を行っている。実習生受け入れ時には、寮フロア会議で、受け入れについての意義や心構えを確認している。また、実習生については、事前オリエンテーション時に、利用者支援に関する誓約書、守秘義務に関する誓約書を取り交わしている。実習指導は、内部で研修を行っている。ただ、さらに外部研修などを受けることにより、有資格者の登用につなげられないか検討してほしい。

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>1 1</b><br><b>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。</b> | <b>評価</b><br><b>A</b> |
|--|-----------------------|

| <b>評価の着眼点</b> |   |
|---------------|---|
| ○             | 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。                      |

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>1 2</b><br><b>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。</b> | <b>評価</b><br><b>A</b> |
|--|-----------------------|

| <b>評価の着眼点</b> |  |
|---------------|--|
| ○             | 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。  |

|   |                        |
|---|------------------------|
| <p>1 3<br/>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。</p>                                 | <p>評価<br/><b>A</b></p> |
| <p>評価の着眼点</p>   |                        |
| <p><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。</p>              |                        |
| <p><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。</p>                                     |                        |
| <p><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。</p>                                       |                        |
| <p><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。</p>                 |                        |
| <p>1 4<br/>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。</p>                                    | <p>評価<br/><b>A</b></p> |
| <p>評価の着眼点</p>   |                        |
| <p><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。</p>                                     |                        |
| <p><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。</p>                            |                        |
| <p><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。</p>   |                        |
| <p>1 5<br/>II-3-(1)-⑤ 日常の健康管理は適切である。</p>  | <p>評価<br/><b>A</b></p> |
| <p>評価の着眼点</p>   |                        |
| <p><input type="checkbox"/> 利用者の健康管理票が整備されている。</p>  |                        |
| <p><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。</p>                                       |                        |
| <p><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。</p>                  |                        |
| <p><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。</p>                          |                        |
| <p><input type="checkbox"/> 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。</p>  |                        |
| <p><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。</p>                     |                        |
| <p><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。</p> |                        |

|  |   |
|--|---|
| <p>16<br/>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。</p>   | <p>評価<br/><b>A</b></p>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>                    |   |
| <p>17<br/>II-3-(1)-⑦ 内服薬、外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>  | <p>評価<br/><b>A</b></p>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 一人ひとりの利用者に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。</p> |   |
| <p>【講評】</p>  | <p>緊急時の対応に備え、「感染症マニュアル」「リスクマネジメントマニュアル」が用意され、毎月看護師による医務研修および園全体での緊急法研修、防災訓練も実施している。利用者については、出生時、入所時までさかのぼっての記録がファイル化されている。これらについては別途ファイルメーカーでデータ化することにより、即時に必要なデータを取り出せるようにしている。各寮より、事故報告書やヒヤリハット報告書を安全対策打ち合わせ会に提出させ、原因分析や対応法、課題について全職員で共有している。虐待防止については、「虐待防止・虐待対応時マニュアル」を整備するとともに、人権に関する外部の研修会へ参加および外部講師を招いての園内研修を実施している。すべての職員に人権チェックリストの毎月の提出を求め、人権に関する意識を絶えず喚起している。また、利用者および職員に年2回の聞き取り調査を行い、実態把握に努めている。日常の健康管理については、精神科検診、内科検診を実施、また、園内診療所での受診も可能である。各寮に看護師を配置している。服薬についてはマニュアルにそって保管され、複数体制で服薬の確認を行っている。</p> |

|  |                |
|--|----------------|
| 18<br>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<br><b>A</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、利用者に提供している。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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<br>II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。 | 評価<br><b>B</b> |
|--------------------------------------|----------------|

評価の着眼点

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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<br>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<br><b>A</b> |
|---------------------------------------|----------------|

評価の着眼点

- 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。
- 関係機関・団体と連絡会等に参加している。
- 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。
- 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。

## 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】

これまでの施設の歴史の中から培われたと考えられるが、地域住民や行政の理解も高く、障がい者施設としては異例なほど地域で温かく受け入れられている。町民祭などの参加やその後の後片づけ、町内の花植え等などのボランティア活動にも、利用者が積極的に参加している。このため、平成18年から推進されている利用者の地域移行のためのグループホーム事業も大変スムーズに実施されている。年1回行われる向陽祭には、たくさんの地域住民に参加していただき、地域との交流をさらに深めている。今後は、地域に対する自閉症セミナーや体育・音楽セミナーなどの施設機能を生かした取組を充実していかれることを期待したい。本年より始めた相談支援事業については、障がい者事業のニーズ把握の機会がさらに充実し、地域における障がい者福祉の中心的役割を担うものと期待されている。

|   |    |
|---|----|
| 2 2   | 評価 |
| 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。 | A  |

評価の着眼点

- 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。
- 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。
- 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。
- 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  | 評価 |
| 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。 | A  |

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。
- 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。
- 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。
- 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                                     | 評価 |
| 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。 | A  |

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。
- 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。
- 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、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。

|   |   |
|---|---|
| <b>25</b><br><b>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。</b> | <b>評価</b><br><b>B</b>   |
| <b>評価の着眼点</b>   |   |
| <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。                                     |   |
| <b>26</b><br><b>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。</b>                         | <b>評価</b><br><b>A</b>   |
| <b>評価の着眼点</b>   |   |
| <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。                                 |   |
| <b>【講評】</b>   | 利用者を尊重したサービスについては、法人の「組織規程」に組織の基本姿勢を示している。「身体拘束マニュアル」や「虐待防止・虐待対応時マニュアル」が整備され、各寮、各委員会などさまざまな形で人権研修や綱領の読み合わせなどを行っている。「プライバシー保護」や「個人情報保護」についてもそれぞれ規程を定め同様の研修を実施している。利用希望者には、体験入所をはじめパンフレット、広報誌、ホームページなどを通じ、さまざまな形で施設を理解していただく努力を行っている。サービスの開始にあたっては、重要事項説明書や契約書について、必ず複数回の説明を行っている。利用者への説明は難しいケースが多いが、理解を得るための絶えざる努力は続けていただくよう期待したい。 |

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。

評価

A

## 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を選ぶこと、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。

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。

評価

A

## 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】

施設内に苦情解決の案内を掲示するとともに、「ご意見たまり箱」を設置している。「利用者からの意見等への対応マニュアル」「苦情相談実施要領（記録表）」「苦情相談等に関するマニュアル」を整備し、それらに基づき、利用者の意見を定期的に聞き、また、家族会での面談や施設と家族会役員との連絡協議会での意見交換等を行っている。苦情等があった場合には必ず第三者委員に報告を行っている。

|  |   |
|--|---|
| <b>29</b><br><b>Ⅲ-3-(1)-①</b> 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<br><b>A</b>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 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。</li> <li><input type="radio"/> 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。</li> <li><input type="radio"/> 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</li> <li><input type="radio"/> 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</li> <li><input type="radio"/> 職員間で課題の共有化が図られている。</li> </ul> |   |
| <b>30</b><br><b>Ⅲ-3-(1)-②</b> 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<br><b>B</b>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 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。</li> <li><input type="radio"/> 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。</li> </ul>   |   |
| <b>31</b><br><b>Ⅲ-3-(1)-③</b> 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<br><b>A</b>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 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。</li> <li><input type="radio"/> 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。</li> <li><input type="radio"/> 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。</li> </ul>  |   |
| <b>32</b><br><b>Ⅲ-3-(1)-④</b> 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<br><b>A</b>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 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。</li> <li><input type="radio"/> 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。</li> </ul>   |   |
| <b>【講評】</b>  | <p>サービス評価委員会を定期的実施し、第三者評価の自己評価シートを使うなどして職員が自己評価を行い、これについて分析を行い、改善計画を整理し、その後各寮フロアなどで検討課題として問題を共有化している。ただ、年度によっては改善計画の作成が不十分なこともあったとのことなので、これを定期的実施し、テーマを定めてひとつずつ解決するなどのスケジュールに基づく対応が望ましい。個々のサービスについては、共通支援マニュアルを基本とした各利用者の個別支援計画に沿ってサービスの提供を行う。毎月、ケース記録を複数の管理者でチェックや助言を行うとともに、6か月ごとの職員や家族を含めてのモニタリングにより、支援計画の見直しを行っている。また、利用者アンケートを定期的実施し、利用者サイドからの確認を行い、個別支援計画に反映させている。</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>3 3</b><br><b>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。</b>  | <b>評価</b><br><b>A</b>   |
| <p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 守秘義務の遵守を職員に周知している。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 利用者に関する記録の管理が適切に行われている。</li> </ul> |   |
| <b>3 4</b><br><b>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。</b>   | <b>評価</b><br><b>A</b>   |
| <p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 記録にばらつきが生じないための工夫を行っている。</li> </ul>   |   |
| <b>【講評】</b>  | <p>利用者個人の記録物は、各寮の事務室のキャビネットに厳重に保管されている。また、利用者個人のケース記録等の家族への開示については、法人が定めた個人情報保護規定により対応するようになっているが、これまで情報開示の要望等はない。</p> <p>職員は、就業規則や個人情報保護規定により、利用者等の個人情報についての守秘義務を履行している。</p> <p>通所者については連絡帳を活用して、その日の活動状況の報告や家族との意見交換を行っている。</p> |

|   |  |
|---|--|
| <b>3 5</b><br><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>   | <b>評価</b><br><b>A</b>  |
| <p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 面接や観察の結果を記録している。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>  |  |
| <b>3 6</b><br><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>  | <b>評価</b><br><b>A</b>  |
| <p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>  |  |
| <b>3 7</b><br><b>A-1-(1)-③ 個別支援計画の評価・見直しを行っている。</b>   | <b>評価</b><br><b>A</b>  |
| <p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul> |  |
| <b>【講評】</b>   | <p>個別支援計画は、利用者個人のアセスメントにおいて、時間をかけながら作成しており、個人の障がい形態や状態に応じた生活支援、活動のための工夫が盛り込まれている。アセスメントについては、利用者が入所する以前の状態から記録を残しており、入所後のサービスに生かすような仕組みになっている。</p> <p>個別支援計画書は、利用者が1日の中で本人自身が今何をすべきか理解できるように、居室のドアの横に写真やキャラクター入りの挿絵を貼り付けて、利用者が理解しやすい工夫を取り入れたり、利用者の1日の生活スケジュールや作業スケジュールが作成され、利用者が混乱しないための工夫が施されている。また、利用者の状態や支援の内容の変更についても、個別支援計画書とは別に統一した支援ができるための記録があり、職員が確認できる仕組みになっている。</p> |

|   |                       |
|---|-----------------------|
| <b>38</b><br><b>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。</b>                          | <b>評価</b><br><b>A</b> |
| <b>評価の着眼点</b>   |                       |
| ○ 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。            |                       |
| <b>39</b><br><b>A-1-(2)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。</b>  | <b>評価</b><br><b>A</b> |
| <b>評価の着眼点</b>   |                       |
| ○ 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。  |                       |
| <b>40</b><br><b>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。</b>                    | <b>評価</b><br><b>A</b> |
| <b>評価の着眼点</b>   |                       |
| ○ 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。                                      |                       |

## 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】

自閉症障がいに対する支援の具体的な方法として、職員が作った写真カード(コミュニケーションカード)を利用者が職員に渡すことで、利用者が何を訴えているのかを把握し、利用者の声に耳を傾けるような工夫がある。自閉症利用者の多い寮では、毎日カウンセリングを行うことで、利用者の精神状態の安定や理解に努めている。利用者による自治会を毎週開催して、利用者の意向の確認をするなど、コミュニケーションに努めている。

施設では、利用者の主体的な活動の支援やエンパワメントを引き出すための実践として、利用者の意向を聞き、ボーリングやドライブ、魚釣り、買い物、映画鑑賞、その他の活動を行うようにしている。また、パソコンを居室で使用することができたり、発達障がいのあるしいの木寮では、自分で居室の施錠をするためにドアのカギを持たせるなど、利用者の能力に合わせた支援ができています。

音楽療法は、専門の音楽療法士を配置して、利用者個別に音楽指導を通して、学習能力の維持向上に積極的に努めている。

利用者の日常生活の見守りでは、自由な外出ができるための支援や作業所での混乱が無いように、カーテンで仕切って作業に集中できる工夫も施されている。

|   |   |
|---|---|
| <p>4 2<br/>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<br/><b>A</b></p>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p>○ 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>○ 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>○ 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<br/>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<br/><b>A</b></p>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p>○ 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>○ 適温の食事を提供している。</p> <p>○ 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>○ 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。</p> <p>○ 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>○ 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>○ 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<br/>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<br/><b>B</b></p>  |
| <p style="text-align: center;"><u>評価の着眼点</u></p> <p>○ 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>○ 常に、食堂の清潔が確保されている。</p> <p>○ 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>利用者の身体能力に応じて、食事介助や食事形態の工夫、自助具を必要するなど、個別支援計画に基づいて食事の提供が行われており、食事トレーには個別の食事形態や減塩などの表示がされ、職員が適切に配膳できるようにしている。また、利用者が好まない時間の食事提供である時などは、個別にデイルームへ誘導し、時間差を設けて支援している。食事サービス検討会議に利用者の参加はないが、自治会の中で食事に対する意見を聞くようにしている。</p> <p>食事の献立は、栄養士の嗜好調査等を基に、利用者の健康状態に応じた献立となっている。また、定期的に選択食を設けて、利用者には個別に選択食の写真を提示して希望を聞いている。</p> <p>利用者全員の食事は1か所の厨房で調理され各寮に配食されているが、利用者が食事を摂る時間までに冷めないように、2重食器などを使用したり、各寮で電子レンジで必要に応じて温めるなど、極めて適温状態に近い形で食事が提供できるようにされている。しかし、可能な限り保温庫等を活用し、適温状態にして提供してほしい。食堂は各寮とも毎日清掃され清潔感がある。</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>4 5<br/>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。</p>                         | <p>評価<br/><b>A</b></p>   |
| <p>評価の着眼点</p>  |  |
| <p><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。</p>         |  |
| <p><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。</p>               |  |
| <p><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。</p>                            |  |
| <p><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。</p>              |  |
| <p>4 6<br/>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿っている。</p>   | <p>評価<br/><b>A</b></p>   |
| <p>評価の着眼点</p>  |  |
| <p><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。</p>                      |  |
| <p><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。</p>                |  |
| <p>4 7<br/>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>   | <p>評価<br/><b>A</b></p>   |
| <p>評価の着眼点</p>  |  |
| <p><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。</p>                   |  |
| <p><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。</p> |  |
| <p><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。</p>            |  |
| <p><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。</p>                     |  |
| <p>【講評】</p>  | <p>利用者の皮膚状態に応じたせっけんやシャンプー、洗身のためのタオルなど配慮されている。また、利用者個別に耳栓が必要な方への支援もできている。</p> <p>入浴は毎日行っており、失禁や発汗で必要な方は、浴室だけではなくシャワー室も使用できるようになっている。</p> <p>プライバシー保護対策として、もみの木寮は廊下からの入り口から脱衣所などが見えない構造になっており、他の寮の浴室は、銭湯のような雰囲気のある寮とは離れた場所が浴室になっており、屋外浴室であるが窓も隠し、フェンスが張ってあるので見えないようになっている。また、もみの木寮だけは温熱ヒーターを浴槽天井に設置してある。ほかの浴室には温熱ヒーターはないが、脱衣所は空調が取り付けられているので、寒い時期でも入浴に支障の無いような設備になっている。</p> <p>入浴の回数や入浴時間帯は、利用者の希望に沿った回数や時間帯で、ゆっくり入浴できるように配慮している。</p> <p>もみの木寮ではオゾン水で清掃し、他の寮でも消毒液を使用するなど、毎日の清掃で清潔が維持されている。</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>48</b><br><b>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</b>  | <b>評価</b><br><b>A</b>   |
| <b>評価の着眼点</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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。 |   |
| <b>49</b><br><b>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</b>  | <b>評価</b><br><b>A</b>   |
| <b>評価の着眼点</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 採光・照明等は適切である。   |   |
| <input type="checkbox"/> 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。              |   |
| <b>【講評】</b>  | <p>排せつ支援は、居室トイレや共同トイレを使用するが、排せつ状況についての記録は必要な利用者のみになっている。排せつの自立ができている利用者は、排せつについては自己申告にて、職員に状態を伝えるようにしている。また、排せつ介助についても必要な利用者のみである。共同トイレなどは、カーテンなどを使用してプライバシー保護に努めている。清掃は毎日実施しており、防臭対策やオゾン水での消臭、掃除を実施している。</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>50<br/>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。</p>                        | <p>評価<br/><b>A</b></p>   |
| <p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>                                     |  |
| <p><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。</p>                        |  |
| <p><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。</p>        |  |
| <p>51<br/>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。</p>                         | <p>評価<br/><b>A</b></p>   |
| <p style="text-align: center;">評価の着眼点</p>                                     |  |
| <p><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。</p>    |  |
| <p><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。</p> |  |
| <p><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。</p>          |  |
| <p>【講評】</p>   | <p>衣類は家族が購入して準備してくれる場合もあるが、本人の好みに応じて職員が購入してくる場合や利用者自身が外出して自分で購入してくることもある。また、個別支援計画に基づいて、買い物外出の支援の際に職員と一緒に衣類を購入することもあり、基本的に利用者の好みや意向を尊重するようにしている。</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>5 2</b><br><b>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> | <b>評価</b><br><b>A</b>   |
| <b>評価の着眼点</b>  |   |
| ○ 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。                                       |   |
| <b>5 3</b><br><b>A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。</b>           | <b>評価</b><br><b>A</b>   |
| <b>評価の着眼点</b>  |   |
| ○ 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】   | 身だしなみについては、衣類と同様に利用者自身の好みに応じた対応ができています。理・美容に関する情報は、雑誌等で利用者に情報を提供している。また、利用者行きつけの理・美容院の利用をしたり、外出できない方は施設に理容師等呼んで、散髪などの支援をしている。地域の理髪店なども利用者に対する理解があり、協力を得られている。 |

## 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】 ベッドは利用者に応じて、移乗動作がしやすいように低床ベッドなどを提供したり、入所前のベッドに慣れている利用者のために、ベッドの提供をしている。居室は、安心して睡眠がとれるように部屋に仕切りを設けて、個室にしている個所もある。また、眠れない方は職員が付き添って話をするなど、落ち着くような支援をしている。その他、静養室やデイルームなど、場所を変えて一人で過ごせる場所を提供している。

寝具は定期的に天日干ししたり、シーツや毛布は定期的なクリーニングをしているが、布団や毛布にシミのみられるものもあり、衛生状態には常に配慮していただきたい。

個人的に必要な方には、電気毛布を提供するなどの配慮ができています。

## 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】

個別支援計画の中で、内部のレクリエーションだけでなく、外部での釣りや映画鑑賞、ドライブなども個別に希望に沿って実施している。内部でも個別計画に沿って、塗り絵、ハーモニカ演奏、バンド演奏などを取り入れている。外部からのボランティアによる受け入れも随時行っており、利用者には朝会や掲示板で知らせるようにしている。

|   |   |
|---|---|
| <b>5 6</b><br><b>A-2-(8)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</b>                                     | <b>評価</b><br><b>A</b>   |
| <b>評価の着眼点</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> 利用者の代表や自治会等と話し合って、外出についてのルールを設けている。                            |   |
| <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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。 |   |
| <b>5 7</b><br><b>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。</b>                                  | <b>評価</b><br><b>B</b>   |
| <b>評価の着眼点</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 利用者の代表や自治会等と話し合って、利用者主体のルールを設けている。                             |   |
| <b>【講評】</b>   | <p>利用者は、外出できる方はタクシーなどで外出できるようにしており、個別に指導ができています。外出の際には、利用者に事故等があった場合のためのカード（お助けカード）を携帯させて、地域の協力を得られるようにしています。また、自分で外出できない方は、職員と一緒に外出するようにしています。</p> <p>自宅への外出時には、連絡票で家族とのやり取りを行い、情報を共有するようにしています。</p> <p>日常的な施設内の活動後は、夕方に点呼を行い、点呼表に記録するようにしています。</p> <p>外出・外泊等については、家族との連携の下に、利用者の意思も確認しながら支援することができています。</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>58</b><br><b>A-2-(9)-① 金銭管理が適切に行えるよう支援している。</b>                               | <b>評価</b><br><b>B</b>  |
| <b>評価の着眼点</b>  |  |
| 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。                                       |  |
| <b>59</b><br><b>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。</b>                  | <b>評価</b><br><b>A</b>  |
| <b>評価の着眼点</b>  |  |
| ○ 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。                                      |  |
| <b>60</b><br><b>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。</b> | <b>評価</b><br><b>A</b>  |
| <b>評価の着眼点</b>  |  |
| ○ 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。  |  |
| <b>【講評】</b>  | <p>金銭は、紛失やトラブル防止の為に、法人の方針で日常的な自己管理の支援はしていない。小遣い銭等については、施設で1万円を上限に預かり、小遣い帳を活用しながら、買い物などの際に現金を渡すようにしており、自己管理に向けた支援ができている。また、成年後見人等が管理している利用者もいる。</p> <p>新聞・雑誌は希望に応じて購読する支援を行っているが、飲酒・タバコは自治会と話し合いを行い、ルールを定めながら支援している。タバコやライター管理は職員が行い、喫煙所も定めているが、本数や時間については個別に対応するようにしている。飲酒は、他の利用者への影響を考慮して、事務室で飲酒できるように配慮している。</p> |