

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：	社会福祉法人博愛会 障害者支援施設みどり園	種別：	知的障害者入所更生施設
代表者氏名：	堀 英明	定員： (利用人数)	123名 (93名)
所在地：	宮崎県都城市蓑原町1656番地1	TEL：	(0986)24-5843
URL：			

③訪問調査日 平成24年10月18日(木)

④総評

◇特に評価の高い点

- 1 救急マニュアルや健康管理についてのマニュアルなどはよく整備されており、緊急時に職員が慌てることなく対応できる仕組みになっている。また、健康管理についての適切な健康チェックや健康相談、医療機関への受診ができています。
- 2 職員の働く環境づくりについては、定員よりも多くの職員が配置されている。また、毎月の勤務表についても、職員の希望に応じてシフトが組まれるように配慮されている。同時に有給休暇の取得率もよく、職員の定着率もよいので、離職率が低い実績がある。
- 3 職員は、毎日の業務の中で職員必携を携帯しており、必携には人権擁護や身体拘束抑制禁止事項等、職員が利用者支援の中で当然に遵守すべき事項が明示されており、職員はいわゆるバイブル的に見るように心がけている。その必携とあわせて、職員室にも権利擁護や人権尊重についての事項が、職員が常に目につく場所に明示されており、職員の利用者の人権尊重等に関する意識は高いといえる。また、利用者アンケートの結果から、利用者満足度も高いと推測される。
- 4 利用者の個別支援記録は適切に保管され、職員が利用者の支援プログラムや援助計画が変更された場合でも、職員室にその内容が掲示されていることで、一目で把握することができ、職員が統一した支援ができるような仕組みがある。また、個別支援計画は常に見直しや評価がなされ、支援の内容についても詳細に記録されている。
- 5 食事、入浴、排せつ等の日常生活の支援は、マニュアルや個人のニーズに沿って、毎日実践することができている。また、利用者個人の好みに応じた理・美容院の利用や買い物などの支援についても、適切な支援と配慮がなされている。

◇改善を求められる点

- 1 利用者の権利擁護や人権に対する職員の意識の高さはうかがい知ることができるが、虐待防止についての対策や対応については、マニュアルがないため、個々の職員の良識のみに依存している。虐待防止については、これまでのさまざまな出来事を直視し、真剣に防止策を考えていくことが急務であるが、現在に至ってもマニュアルは策定されておらず、法人としての意識が希薄であると言わざるを得ない。職員は、手探りの中で試行錯誤しながら利用者支援のための取組に研鑽していかねばならず、掲げる理念や法人の基本方針にもある人権に対する取組や利用者個人のプライバシー保護について、中長期計画はもとより、役職員の一致した方針の中で対応策に取り組んでほしい。

- 2 法人や施設の運営についての基本方針については、年度の事業計画に明示されているが、法人の将来像や今後の計画的な取組についての将来像が明確でないため、これまでの法人や施設に対する評価や反省を基に、速やかに中長期計画を策定して、実践できる取組を行ってほしい。また、地域のニーズや経営状況の課題分析などを通して、経営や業務の効率化が図れるための工夫をしてほしい。
- 3 職員は、内外部の研修に参加して必要な知識や技術の向上を図り、スキルアップに努めている。今後も必要な人材の育成は必要であるが、計画的な有資格者の配置計画や国家試験取得に向けた配慮がなされていない。
- 4 利用者の地域への外出や交流、ボランティアの受け入れなど、福祉資源の活用はできているが、地域に対する法人・施設機能の還元や民生委員・児童委員等との交流・連携が図られていない。これからの社会福祉法人のあり方として、地域へのアピールの方法や地域の中の法人としての取組を、中長期計画に盛り込んでほしい。
- 5 利用者支援の方法については、個別援助計画に基づいて実践されているが、コミュニケーションやエンパワメントについて、利用者個別の能力を引き出すためのプログラムがないので、利用者の意思決定支援を含めた個別援助計画の見直しの際に、その仕組みを確立してほしい。

※自己評価、外部評価は今回が初めてであり、評価に基づく課題の改善策については実施されていないため、NO29、30は設問として該当していない。

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
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】	<p>法人の理念に基づいて、基本的な運営方針や事業計画は、園長と副園長が中心になって策定している。計画の細かい部分については、各事業ごとの班で策定している。</p> <p>その計画や指針について、利用者や家族にはわかりやすく説明し、理解を得るようにしている。また、年次的な指針の中で、利用者本位の支援ができるような取組となっている。</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。

評価

C

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】

中長期計画はできておらず、現在策定するための準備作業を行っている。現在、施設開設30周年を機会として、法人の基本方針や理念を基に、マニュアル等の整備を進めているところであり、今後も継続的に法人役員及び全職員が一丸となって、これまでの事業や運営体制の評価や反省を、中長期計画として実践できる形に作り上げ、計画については利用者や家族にわかりやすい形で説明してほしい。

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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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
	C

評価の着眼点	
	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。

【講評】	地域や社会を取り巻く福祉動向については、地域の実情や地域における障がい者支援のための福祉ニーズについて、把握できるように努めている。また、利用者数やそのニーズについての地域の変化についても、把握するように努めることができている。しかし、中長期計画が策定されていない現状の中で、経営や業務改善の策は講じられていない。
------	---

<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 C</p>
<p>評価の着眼点</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>プランに基づいた人事管理が実施されている。</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>国家資格の有資格者は、ある程度数は確保できているが、必要な人材についての育成計画や法人としての中長期的な視点に立った人事管理はできていない。</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】

職員の労務管理や福利厚生については、有給休暇の取得率の向上を図るために、職員を定数以上確保し、勤務ローテーションに支障のないように配慮している。また、毎月の勤務表については、休暇すべてを職員の希望に添ったものにするなど、労働意欲を維持していくための配慮ができています。特に、安全衛生委員会の中で、職員の健康管理や福利厚生等が検討され、職場の安全衛生については、事業計画書に職場環境の改善策も明示されている。

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	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。	B

評価の着眼点	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	職員が受けた研修内容を業務に反映している。

【講評】	年度の事業計画では、特に外部研修についての計画が明確にされている。研修終了後は復命書により研修報告を行い、職員会議等においても研修参加者から直接報告の機会がある。しかし、研修による職場での実践評価が行われておらず、研修カリキュラムについての見直しなどはない。
------	---

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】

実習生受入れマニュアルがあり、マニュアルに添った実習指導を実践し、また、実習生や学校等の教育機関に対する心構えなどについても明示している。職員に対しても、マニュアルに添った実習指導ができるようにしている。実習生受入れについては、学校と担当者が直接打ち合わせを行い、適切な実習指導がなされるように取り組んでいる。

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 B
--	----------------

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
		C

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。

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	
	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。

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。
<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 B
--	----------------

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。
	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】	<p>災害や事故発生時の緊急マニュアルは整備されており、そのマニュアルに添ってリスク管理ができる体制がある。また、救急法や緊急災害時の研修及び訓練等を定期的の実施している。組織としての取組では、リスク管理委員会で検討している。利用者の安全確保やリスク対策については、ヒヤリハットや事故報告書にまとめた上で、必ずその対応策を検討し、職員全員で共有できる体制がある。また、施設内の点検箇所についてはチェックリストを作成しているが、活用されていない。</p> <p>健康マニュアルはないが、救急対応マニュアルにおいて、その対応策も示されている。虐待についてはマニュアルがなく、職員の意識や防止対策としては口頭での周知のみであり、具体的な防止策がない。また、不審者への対応についても同様であり、法人としての意識が希薄である。掲げる理念や法人の基本方針にもある人権に対する取組の充実を、中長期計画はもとより、役職員の一致した方針の基に対応策に取り組んでほしい。利用者の健康診断は定期的に行われており、常に嘱託医や協力医と連携して適切かつ迅速な健康についての対応がなされている。また、利用者の内服薬の管理や適切な服薬もできている。</p>
------	---

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 B
--	----------------

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 B
---	----------------

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。

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】	<p>地域とのかかわり方は、事業計画書にも明示されており、年間行事としてもコンサートやキャンプ、地域の祭りへの参加など、積極的に地域行事にも参加している。また、利用者の希望に応じた買い物にも出かける機会を設けている。施設の機能の還元策として、ホームページや広報誌で紹介している。また、地域のニーズに応じた事業として、グループホームやショートステイなどのサービスもある。しかし、障がい者福祉についての相談については、地域住民等からの相談があったときのみ対応に終始しており、幅広い相談体制についての課題が残る。また、地域の福祉ニーズの把握に必要な民生委員・児童委員等との会議や社会福祉協議会との連携も図られていない。ただ、市内の障がい福祉関係団体など、同業者との連携は図られている。ボランティアの受入れ体制については、マニュアルに沿って担当職員の配置もあり、積極的な受入れがなされている。</p>

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 B
--	----------------

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。	
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。	
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 C
---	----------------

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 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。	
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。	

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 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等用意して、利用者や家族等に説明している。
○	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。

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 B
----	---	----------------

評価の着眼点	
○	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。
○	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。
○	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】	<p>利用者尊重の基本姿勢については、事業計画や職員必携の手引書にも記載されており、法人内部の課題として内部研修等での研修研鑽を図っている。身体拘束や虐待防止については、職員への周知はなされているが、マニュアルがないため、個々の職員の良識のみに依存している。施設利用時には、担当者が利用者や家族に対してサービスの内容を詳しく説明している。利用者のプライバシー保護については、契約書や重要事項説明書にも職員の守秘義務が示されており、個人情報保護規程もある。しかし、利用者のプライバシーに関する規定やマニュアルはなく、職員の具体的な取組ができていない。</p> <p>施設の利用希望者に対しては、ホームページやパンフレットでの紹介がある。また、一日体験や見学者に対しての配慮はなされている。また、サービス終了時や事業所の変更については、相談窓口が重要事項説明書に明示されているが、対応マニュアルはない。しかし、関係機関との連携や他の施設への情報提供はなされており、その連携や照会についても記録がある。</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。	評価
		C

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
		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>苦情解決の体制については、苦情体制及び第三者委員も明示してある。苦情等の意見箱も玄関に設置してあるが、利用の実態が見受けられない。</p> <p>苦情対応については、入居契約時に重要事項説明書で説明している。苦情対応については、苦情受付簿で処理状況や今後の改善策についても協議内容が記録としてあり、職員室にその記録を掲示し、全職員がその記録簿を確認できるようになっている。</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	
○ 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。	
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。	
職員の参画により評価結果の分析を行っている。	
分析した結果やそれに基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。	
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 C
評価の着眼点	
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。	
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 C
評価の着眼点	
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。	
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 C
評価の着眼点	
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。	
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】 24年度から事業計画に基づき、各会議または委員会などを組織し、その会議において現場の支援員からの意見を聴取し、サービスの向上や改善のための取組を始めている。個々のサービスについては、基本的な理念や考え方を「みどり園職員必携」に記載し、常に行動の規範としている。しかし、その結果について自己評価をしたり、分析や改善策を立てるなどの組織的な取組をするまでには至っていない。食事についてはマニュアルが整備されている。しかし、入浴や排せつ等についての同性介助やプライバシーの保護など、ルールとしては実施しているが、マニュアル化はされていない。 サービスのあり方等については、半年に1回、個別支援計画における見直しを行っており、見直しのためのモニタリングを実施している。しかし、いずれの取組も24年度から実施しているものであるため、その成果は今後に期待されるものである。	

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】	<p>利用者との契約書に、家族等への利用者にかかわる情報開示は定められている。また、文書取扱規程が整備されており、職員全員が周知しているといえる。情報開示と個人情報保護等に関する職員研修等は事業計画書に定められている。また、利用者の個人記録やヒヤリハット事例など、個人にかかわる記録書類等は、2階奥にある職員室に適切に保管され、玄関脇にある事務室には一般的な事務に関する書類等のみが保管されており、かつ廊下からは見えないような工夫がされている。通所者については、様式化された連絡簿により、家族等との情報交換を行っている。</p>

3 5 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="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。

3 6 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="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。

3 7 A-1-(1)-③ 個別支援計画の評価・見直しを行っている。	評価 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】	入所前の面接については事前調査表に記載し、利用開始後最低でも1か月はケース記録を日中・夜間に分け記載し、状況の変化等があった場合には家族に連絡をしている。アセスメントについては今年度から年2回の見直しを行い、モニタリングをもとに個別支援計画を立てている。従前は個別班と活動班体制で利用者の担当が昼夜で分割されていたが、本年度下半期から個別担当制とすることにより、利用者本位の視点から計画を立てる体制づくりを進めている。また、同時期からサービス管理責任者会議を設け、関係職員の意見を聞くとともに、支援計画の充実に努めている。この結果については関係職員にコピーを配布し、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

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。

39

A-1-(2)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。

評価

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。

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

○ 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 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

C

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】

言語に障がいのある利用者について、コミュニケーションボードを活用した意思伝達が可能になった実績がある。また、利用者の動きや表情に個別のサインを発見するように努めている。しかし、具体的な学習・訓練プログラムに乗った支援までには至っていない。また、自治会や利用者の会はないが、セラピーの会(茶話会)において、コミュニケーション可能な利用者の意向に応じた支援を始めており、これについてはセラピーの会の記録でも確認できている。本年度下半期から、利用者の毎日の状態がより把握できるようにするため、個別担当制をとりはじめ、利用者本位の支援につながっていくと考えられる。また、日常生活については、ポータブルトイレによる自室での排泄や柄の大きなスプーン等を使って自力で食事してもらうなどの見守りの支援を原則としている。社会生活を高めるためのプログラムは特段用意されていないが、月に一度は買い物などに行き、社会生活訓練活動を行っている。

<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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 適温の食事を提供している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 利用者が食事を楽めるように、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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 常に、食堂の清潔が確保されている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 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>食事は、マニュアルや個別支援計画に基づいて支援を行っている。記入式の嗜好調査は行っていないが、好き嫌いについての申し出があれば、代替えの食事を用意している。また、食事終了後の残食記録で嫌いなものがあるようであれば、代替えで対応している。献立については給食委員会で利用者とともに検討し、食堂等に掲示している。行事食や外食なども実施されており、食堂は自由席となっている。また、楽しい雰囲気ですべての食事ができるように利用者間のトラブル防止の気配り、目配りができている。食事の都度清掃され、定期的なワックス清掃も実施されている。食事時間は個々人の障がい特性などもあるため、2時間の枠を設けている。</p>

<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。</p>	<p>評価 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 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>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="checkbox"/> 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>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 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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>入浴についてのマニュアルは無いが、毎日の入浴を原則としており、入浴チェック表・サービス提供実施記録表に毎日記入し、異常があれば医務日誌や支援日誌に記録している。入浴時間は午後3時から5時までを原則としているが、利用者の身体状況や希望などもなるべく取り入れるようにしている。男子用ふる場を現在改修中、引き続き女子用ふる場も改修予定であり、設備については充実するものと考えられる。</p>

48 A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	評価
	B

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。

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

- 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】	排泄介助マニュアルは無いが、排泄状況は排泄記録表に記録している。また、排泄困難者については業務日誌に記録し、下剤の服用・食事量の調節など、調理場及び医務との連携をとっている。それぞれのトイレにはドアがあるが、トイレの入り口は空いた状態になっている。ドアを開けることが困難な利用者への配慮となっているが、廊下からは見えてしまうため、プライバシー保護のための対策や工夫が望まれる。清掃・換気・採光・照明は適切な状態にあり、利用上で課題があった場合には、手すりや便座の高さなどの調整が行われている。
------	--

<p>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>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>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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>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>利用者の好みに応じて衣類の買い物をしたり、個別の希望に沿った対応ができている。更衣については、利用者から申し出がある場合は、理由を尋ねた上で希望に応じている。便汚染等による行為については、記録が残されている。</p>

<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>ほとんどの利用者は、協力的な地域の理髪店や美容院を予約し、職員同行の上で利用しているが、特に希望の店がある場合は、利用者の希望に応じている。理・美容院の利用を希望しない利用者については、職員が整髪するなど、個別に対応している。また、チラシや雑誌などで理容・美容の情報提供を行っている。</p>

54

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。

評価

A

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】

利用者の睡眠に関するマニュアルは整備されていない。睡眠に関しては、入所者・短期入所者ともに所定の書式の記録日誌をつけている。また、寝具等については希望があれば、本人の希望に応じている。入居者の居室には常夜灯があったが、短期利用者の居室には常夜灯がなく、廊下の灯りに頼っている状態である。何らかの対策が望まれる。不眠・トラブル等には静養室を確保しており、必要な場合に利用している。

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

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、適宜改変している。

【講評】

コンサートや地域の祭り、公園等への外出は計画的に利用し、社会的な資源を積極的に活用したレクリエーションを実施している。また、園内では最近、音楽療法に取り組み始めている。買い物については、なるべく希望の店を利用するようにしている。園の行事の際には、本年度からネットワーク委員会を発足し、高等看護学校や保育園、高等学校などとの交流を積極的に行うよう計画し、実施している。今後は、本年度から始めたセラピー支援の参加者をさらに募り、利用者の希望を取り入れるような体制にしていきたいという意向である。

56 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
	C

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。

57 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

評価の着眼点	
<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。
	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】	外出は基本的に法人側で計画し、同行している。外出時の不測の事態に備えての学習プログラムは用意されていない。また、連絡先のメモや名札等の着用はされていない。何らかの対策が望まれる。外泊については、家族や利用者からの申し出を受け、調整をしている。利用者の意向把握のため、軽度者を中心とした月一回のセラピー支援を実施し始めたが、利用者主体のルール作りにまでは至っていない。
------	---

<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 C</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p>	
<p>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>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>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 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 新聞・雑誌を個人で購読できる。</p>	
<p>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 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 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>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>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>利用者の金銭管理は基本的に支援員が行っている。軽度な利用者について、金銭管理の学習プログラム等を用意するなどの対応が望まれる。グループホームの利用者については、新聞・雑誌の購入はできるが、施設利用者は施設内のものを利用するため、個人で購入することはない。また、テレビのチャンネル等でトラブルが起こったことはないが、おそらく暗黙の了解のもとで共同視聴しているものと思われる。また、酒・たばこについても、グループホームにおいては喫煙者がいるため、喫煙場所を設定し、吸いすぎに關しての注意喚起やホーム内でのルールについての指導を個別に実施している。施設では、特に酒やたばこに大きな興味を示す利用者がいないことから、特段健康被害などに関する情報提供はしていない。</p>