

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008年 12月 5日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 063-0825

住所

札幌市西区発寒5条2丁目3番8-201号

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 評価機関認証 第14号
 代表者氏名 鈴木 正子



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	斉藤 誠	組織	A-060047
	(2)	木村 靖子	福祉	B-073
	(3)	谷川 礼子	福祉	B-084 C-060151
	(4)			
	(5)			
サービス種別	知的障害者入所更生施設			
事業所名称	余市豊浜学園			
運営法人名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2008年 7月 1日	～	2008年 11月 25日	
利用者調査実施時期	2008年 9月 9日	～	2008年 9月 9日	
訪問調査日	2008年 10月 16日			
評価合議日	2008年 11月 7日			
評価結果報告日	2008年 12月 5日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

サード・アイ合同会社

②事業者情報

名称：社会福祉法人 小樽四ツ葉学園 余市豊浜学園	種別：知的障害者入所更生施設
代表者氏名： 山口 孝一	定員(利用人数)： 30 名
所在地：〒046-0032 余市郡余市町豊浜町293番地 TEL 0135-22-2183	

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>●地域との交流と連携の強化</p> <p>施設長が町内区会の役員総会に出席しています。町内には、施設の後援会があり、施設行事には、食券を配布する等して参加を促すだけではなく、地域に対しては、後援会便りと「とよめーる」(学園便り)を配布し、施設への一層の理解を促しています。例年の事業計画に、重要目標として地域との連携を明記し、長年にわたり、独居高齢者宅や無人家屋の除雪、町内区会の畑耕し、海浜清掃、墓地の草取りなどをおこない、特に地域高齢者の生活を支援することで、利用者地域との関わりを深めています。</p> <p>●利用者が安心できる生活の場を目指して</p> <p>施設では、他害や自傷行為を発生する重度の行動障害を持つ利用者も受け入れており、状態に応じて緊急会議が召集され、必要に応じ職員の勤務体制を組み直して、利用者が安心して生活を送れるように、マンツーマンによる対応を行っています。</p> <p>また、環境の変化に対し脆弱な利用者が多いことから、災害などの緊急事態に対して、どのような支援を必要としているのかを常日頃から意識し、準備体制を組む事の重要性を強く認識しており、夜間を想定した避難訓練なども計画されていることは高く評価できます。</p> <p>●アセスメントの充実</p> <p>アセスメントは障がいの程度に合わせ2種類のアセスメントツールを使用し、生活行動別に分類して利用者状況表に整理し、言語の理解度・表現方法の把握を行い、さらに言葉で表現できない利用者に対し、行動やしぐさ、表情を観察する実践過程の積み重ねから理解を深め、支援をおこなっています。</p> <p>今年度から家庭訪問を実施し、よりよい支援につなげるために、家庭訪問で利用者の成育歴や施設での様子の情報交換をおこない、生活背景をアセスメントに組み入れています。</p> <p>●健康維持と衛生管理</p> <p>整髪や歯磨きなど日常生活の身だしなみは、大切な支援として位置づけ、特に口腔ケアは、日常の歯ブラシ使用に加えて、電動歯ブラシを使用しています。髭剃り・電動歯ブラシなど衛生管理が必要なものは、定期的に消毒して医務室に保管しています。利用者毎の緊急時の対応マニュアルを作成し、看護師・管理者が速やかに対応できるリスクマネジメント体制を整備しています。</p> <p>服薬管理は、薬に拡大したネームを印字し、看護師・職員の二重対応で誤飲・飲み忘れの防止に努めるなど、職員全員が利用者に対する病気の重篤性を理解した取り組みがなされています。日中活動には、健康維持・老化予防のために散歩を取り入れています。</p>
--

◇改善を求められる点

●人事考課導入の目的

人事考課に関しては、職員アンケートを実施するなど、意欲的に取り組んできた経緯があります。今年度から新たな考課基準を本格的に導入して、1次考課を終了し、面談を含めた2次考課に至りますが、人事考課の客観性や透明性を確保し基準を明確にするため、考課基準を職員に公開することが重要となります。

人事考課導入の本来の目的は、単に賃金や処遇に格差をつける手段ではなく、職員の意欲向上と組織活性化に役立てることにあります。人事考課を人材育成に活用することで、福祉サービスの向上が実現されることに期待します。

●標準的サービスマニュアル作成の取り組み

利用者を尊重したサービス提供やプライバシーの保護に関しては、施設の理念や基本方針の中に明記され、支援会議等でも話し合いがなされていますが、標準的なサービス実施方法に関する文章は不十分といえます。標準的サービスマニュアルとは、利用者の安全やプライバシーの保護等の基本的人権に対して、施設として具体的にどのように配慮するのかを、場面ごとにわかりやすく文章化したものであり、施設のサービス水準を決定するものとなります。

また、標準的なサービス実施マニュアルの検討を通じて、施設としてのサービス水準の見直しを定期的・継続的に行うことにより、職員としての姿勢を再確認し、職員個々の福祉サービス提供者としての意識を育てていく機会となります。

施設として一定水準のサービスを担保するために、標準的なサービスマニュアルを持ち、少なくとも一年に一回は職員全体で見直し、それに基づいて個々のサービス計画が立案・検証される事を望みます。

●エンパワメントに基づく支援

支援サービス計画では、利用者個々の日常生活行為の状況は把握されていますが、生活力を高めるための実践や学習・訓練の機会はありません。自立支援法にともなう施設体制の見直しの中で、利用者のエンパワメントの理念(個々が持つ能力を引き出し生活のあり方を自己決定する)に基づくプログラムを活かし、利用者の内在した可能性を引き出す実践が重要となります。

特に地域生活に移行するための地域生活支援・就労支援では、日常生活行動を自分で考えて行うための段階的な支援計画が必要であり、日頃のコミュニケーション把握の実践を活かし、利用者個々の持つ力を発揮できる支援体制を整備することに期待します。

●内部研修の充実

基本方針に基づいた、研修に関する基本姿勢が明示され、組織が目指す福祉サービスと職員個々の専門性の向上を目的に、複数関係機関が実施する研修に参加しています。研修の終了後は、研修報告書の提出や法人全体での合同報告会、支援会議での発表などが実施されていますが、持ち帰った研修成果を定期的に評価・分析しているとまではいえません。

今後は、研修報告を基に一ヶ月以内に内部研修を実施していく予定であることから、日々の実践から生まれた課題を内部研修を通して深めていくことや、法人全体での合同研修を積極的に進めることで、組織的に職員の援助技術向上を図っていくことに期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受けるにあたり、評価基準の共通55項目、利用者サービス内容の付加基準26項目、どの項目も自分の施設では評価されるほどのことをしているだろうか?とか、また、道の監査などをイメージして堅くなってしまいましたが、評価調査員の方々が話しやすく、アドバイスもしていただき安心しました。

今回第三者評価を受けたことで、今後はより良い施設にしていくための方向性や、しなければならない点、支援やいろいろな取り組みを文書や記録にしっかりと残さなければならない点、施設として出来ている部分、出来ていない部分がはっきりとされ、この結果を受けて今後の「よりよい施設創り」のハード面、ソフト面での改善の指針としなければならないと思いました。当施設でまだ取り組んでいない部分などは早急に手掛けて、施設利用者さんにとって更に「利用のしやすい施設」にしていかなければと改めて感じています。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 20 年 9 月 17 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園		
事業所名 (施設名)	余市豊浜学園	種別	知的障害者入所更生施設
所在地	〒 046-0032 余市郡余市町豊浜町293番地		
電 話	0135-22-2183		
F A X	0135-23-4710		
E-mail	y.t.g@sage.ocn.ne.jp		
U R L			
施設長氏名	山口孝一		
調査対応ご担当者	松井真吾 (所属、職名：余市豊浜学園 主任)		
利用定員	30名	開設年	昭和 62 年 4 月 1 日
理念：	<ul style="list-style-type: none"> 1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。 2. 施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。 3. 地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。 4. 法人の経営基盤の強化をはかります。 		
基本方針：	<ul style="list-style-type: none"> 1) 個人の尊厳を順守する。 2) 利用者の意向を十分に尊重する。 3) 利用者本人の立場に立ち、心身ともに健やかに生活できる環境を提供する。 4) 利用者本人の能力に応じ、自立した日常生活を送れるよう支援する。 5) ふつうの暮らしを送るための地域生活を支援する。 6) 利用者本人等からの苦情の適切な解決に努める 		
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

【利用者の状況に関する事項】（平成20年 4月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	0名	4名	2名	0名	13名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
3名	1名	2名	1名	0名	4名
					合計
					30名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	1名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	1名	名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
22名	6名	2名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
0名	0名	0名	0名	1名	2名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
1名	1名	2名	0名	0名	0名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
0名	1名	0名	0名	2名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	0名	0名	19名		

(平均利用期間： 16年6ヶ月)

【職員の状況に関する事項】 (平成20年4月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	16名	1名	1名	2名	8名
非常勤	1名	0名	0名	0名	1名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	0名	0名	0名	1名	0名
非常勤	0名	0名	0名	0名	0名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	0名	0名	3名	0名	0名
非常勤	0名	0名	0名	0名	0名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	0名 ()名)
介護福祉士	2名 ()名)
保育士	0名 ()名)
	名 ()名)
	名 ()名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	1,298.31㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	61年
(4) 改築年	平成	12年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行き外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	㎡	
(3) 敷地面積	㎡	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

15 人

・ボランティアの業務

行事等の手伝い

【実習生の受け入れ】

・平成 19 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 _____ 人

その他 1 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

毎月行っている豊希会と不定期に行っている利用者集会。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
I-1- (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1- (1) -① 理念が明文化されている。	a	法人の要覧等に、人権擁護、良質なサービスの提供、自立と社会参加、経営基盤の強化など、法人の使命や方向性を示した4つの基本理念が明示されている。
I-1- (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	施設全職員に配布されている「利用者支援サービスマニュアル」に、法人理念も記載し、さらに理念に基づく基本方針として、利用者尊重のサービス提供の基本姿勢などが明文化され、指針とされている。
I-1- (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1- (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	毎週、水曜日朝の会議で復唱するとともに、年度当初に口頭で説明したり、随時、諸会議で取り上げている。また、施設全職員に配布されている「利用者支援サービスマニュアル」の冒頭に理念に基づく基本方針が記載され、職員への周知が図られている。
I-1- (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c	現在のところ掲示板等に掲示する程度で、具体的な配布や理解を促すための取り組みがなされてるとは言い難い。今後、利用者集会や保護者会などで配布や説明にあたることも検討されているとのことなので、今後の取り組みに期待したい。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2- (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2- (1) -① 中・長期計画が策定されている。	c	具体的な形で中長期計画は策定されていないが、各施設の幹部は、理事あるいは評議員として、法人運営に参画し、その結果の必要な部分を職員との会議で報告検討している事実は確認できる。今後、中長期的な法人施設運営について、具体的な計画の形として明文化されるよう期待したい。
I-2- (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	具体的な中長期計画が策定されていないので、それを踏まえた単年度事業計画とはなっていない。しかし新体系移行等に伴う諸課題の検討など、中長期的視点で対応していることは確認できることから、今後、中長期計画の明文化の基に、事業計画が策定されることに期待したい。
I-2- (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2- (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	b	新体系移行に伴う中長期的な問題点の検討と具体策の実施などに、関係職員間における組織的な計画への取り組みは確認できる。しかし、日常的な問題を除き、職員の参画の範囲が限定的である。また、利用者等の意向を把握し計画に反映させるなどの、計画実施状況の把握・評価・見直しへの取り組みは十分とはいえない。今後の取り組みと改善に期待したい。
I-2- (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	職員には、施設長から会議等で口頭で説明され、支援マニュアル等の文書に記載し配布されている。利用者集会及び家族会には、年間行事計画として施設の取り組みを配布している。特に家族会には、家族総会などに合わせてイベントを組み、より多くの参加を促している。現在、家庭訪問を実施しながら、家族との連携を強化して、家族の意向や思いを受け止めるための取り組みを始めていることから、利用者に対する周知の工夫とともに、家族に対する計画への理解と周知を促していくことに期待したい。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a		施設内の危機管理体制の構築や、職員の危機管理意識を深めるための積極的な取り組みや経緯などに、十分な管理者としての役割と責任の表明をみることができる。さらに、職務分掌を具体的な取り組みとして文書化していく事で一段の充実を望みたい。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b		社会保険労務士などの専門家から指導を受けたり、勉強会や研修に参加し情報収集をしているが、組織に必要な関係法令の把握とリスト化が十分になされているとはいえない。今後、組織的に取り組むことに期待したい。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	b		個別支援計画を各担当者が作成し、管理職・関係者で検討し、さらに毎月評価・分析をおこなっている。また、課題の改善は、支援会議、ケース会議等において、多くの意見を取り入れ方向を見出し、全体で支援に取り組む体制で行っている事は確認できる。今後は、外部委託業務部分の管理も含めて、組織として十分な取り組みをされるよう期待したい。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a		専門家の助言を基に、無駄を省く日常の取り組みとして、未使用室の電気の消灯、光熱費・油代の節減などに積極的に取り組んでいる。また人的面での改善として、即時に仕事に着手できる態勢にしたり、作業班の職員数を減員できるようにして職員が休める態勢にするなどの取り組みがされている。さらに新体系移行への対応策として、隣接同一法人施設との連携を具体的に進めている。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b		平成19年6月から経営コンサルタント（税理士事務所）と契約しており、法人本部及び各事業施設を含め法人経営全体に係わる総合的な助言や指導を受けたり、福祉関連団体の研究会などで情報収集している。しかし、施設単体として事業所所在地域での状況把握と取り組みが十分になされているとは言えないことから、今後の取り組みに期待したい。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a		前項に記載した経営コンサルタントより、月1回、法人の経営データを分析し、この中で課題の抽出や解決への適切な助言・指導を受けている。この仕組みが確立されてまだ日が浅いが、今後これらの成果が中・長期の計画の策定や年度事業計画に反映され、職員全体への波及に発展されることが大いに期待される。また、同一法人の隣接施設を含めて、新体系移行に伴う問題と対策を検討している。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a		定期的に経営分析・指導を行っている税理士法人により、会計の外部監査が行われている。今後、さらに外部監査関連通達取扱などを検討し、より適切有用なものとなることに期待したい。

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	c		将来を見越し、職員にサービス管理責任者研修を受講させるなど、組織としての人材育成も行われているが、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているとは言いえない。安全管理の側面から、手厚い職員体制を組む必要があることから、人材確保について一層の取り組みの強化に期待したい。

<p>Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。</p>	<p>b</p>	<p>人事考課は1次考課まで実施され、面談を含めた2次考課を実施しているが、人事考課の客観性や透明性を確保するための取り組みが十分とはいえない。人事考課は、単に賃金や処遇に格差をつける手段ではなく、本来の目的は、職員の意欲向上と組織活性化に役立て、人材育成に活用されることであり、本来の目的に沿った職員処遇の実現に期待したい。</p>
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p>	<p>b</p>	<p>勤務表には、職員の就業状況や有給取得状況などが記録され、時間外労働などの勤務実態が把握されている。9月から利用者が近隣同一法人施設の日中活動に参加しているため、担当職員のローテーションを組替えるとともに、労働時間の短縮を図っている。今後は、施設単体ではなく法人内での勤務調整が必要となるため、職員の意向を把握し、就業状況を改善する仕組みの構築に期待したい。</p>
<p>Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p>	<p>a</p>	<p>福利厚生センターには、臨時職員も加入している。共済事業は職員間で回覧し周知を図っている。「余市豊浜学園交和会」が設置され、パートを含む全職員が加入し、規定により職員の福利厚生に役立っている。</p>
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p>	<p>a</p>	<p>基本方針に基づいた、研修に関する基本姿勢が明示されている。組織が目指す福祉サービスと職員個々の専門性の向上を目的に、複数関係機関が実施する研修への参加や、研修報告書の提出・内部研修の充実が明記されている。事業計画には、支援サービスの目標として、重度利用者に対する個別計画の充実や、リスク管理などが記され、その目標に応じて重度自閉症やリスクマネジメントに関する研修にも参加している。</p>
<p>Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。</p>	<p>b</p>	<p>新体系に向けて必要な専門資格を複数職員が受講している。事業計画にある支援サービスの目標に基づいて研修が選択され、それぞれの職種にあわせて、個別に該当の研修を受けている。今後は、組織的に事例検討会や支援会議を活用し、個々の職員が持つ技量や課題を一層明確に把握することで、研修計画が策定され実施されていくことに期待したい。</p>
<p>Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。</p>	<p>c</p>	<p>研修を終了した職員は、本部での報告会や、支援会議などで報告をしているが、その成果を定期的に評価・分析しているとまではいえない。法人全体での合同検討会を充実させたり、研修の報告に関しては、その都度、内部研修として1ヶ月以内に実施していく予定であることから、今後は、評価・分析を定期的・継続的に実施することで、組織的に職員の援助技術向上に活かし、次の研修に反映させていくことに期待したい。</p>
<p>Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</p>		
<p>Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け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。</p>	<p>a</p>	<p>実習生受け入れについての基本姿勢が明記され、連絡窓口及び実習指導責任者の設置、事前説明、オリエンテーションなどの一連の流れを明記した要項があり、それに沿って実習生を受け入れている。</p>
<p>Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。</p>	<p>b</p>	<p>実習関連書類により、学校側とも十分な連携を図っていることが確認できる。実習責任者は、実習生が必要以上に不安を持たないようにアドバイスするなど配慮している。但し、実習生に対する効果的なプログラムを用意するなどの、積極的な取り組みを行っているとはいえない。今後は、法人全体で協働するなかで、プログラムの充実を図る事に期待したい。</p>

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	職員全員が携帯している「利用者支援サービスマニュアル」には、入浴など10項目に分けられた生活介護事項があり、痙攣発作の対処法が明記され、要注意者の確認事項や、当直時における留意事項・外出時の対応マニュアルがある。非常時連絡網や感染症予防対策要綱などがあり、殺菌液で1日2回、施設内のドアノブや蛇口など、よく手が触れる場所を拭いて、利用者の安全確保に努めている。
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	利用者状況報告者には、事故が起こった際の職員の処置・対応が記され、ヒヤリハットとして活用している。病院に通院した怪我は個人支援計画に連動させ、緊急の職員会議を招集して全体に周知徹底を図っている。AEDを設置し、病院や消防の使用訓練を受けている。利用者疾病状況一覧や傷病者発見時の対応を含む「利用者支援サービスマニュアル」を全員が携帯している。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	施設長が町内区会の役員総会に参加している。町内に施設後援会があり、年2回の行事に案内を出している。近隣同一法人施設との秋祭りには、食券を配布し好評を得ている。長年にわたり、地域との連携を深めるため、冬場の独居老人宅の除雪や、畑耕し、海浜清掃をおこなっている。また、お盆時にはお墓の草取りを行うなど、地域高齢者の生活支援を行っている。地域に対し、年1度の後援会便りや、年2回「とよめ一」(学園便り)を配布している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	高齢者が多い地区であることから、生活支援の一環として除雪などを行っているが、施設が有する機能の開放・提供が十分とまではいえない。今後は、施設が持つ専門的な技術や情報を、地域に提供するための取り組みに期待したい。
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	c	運動会や秋祭りなどの行事に、職員の家族や知人がボランティアとして参加している。明確なボランティア受け入れの体制は整っていない。施設立地が、交通の便が悪い地域という課題もあるが、一部日中活動の場が近隣同一法人施設に移り、利用者の生活範囲と関心事が広がることへの対応が求められることから、ボランティア受け入れ体制が整備されることに期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	関係機関・団体が、各関係別に住所・電話番号とともにリスト化され、連携の必要性が明確になっている。俱知安保健所・道立心身障害者総合相談所・社会福祉協議会・警察などの関係機関だけでなく、JR・バスなどの公共機関、地域の理・美容室と日用品関係店舗など関係箇所がリスト化され、特に病院などの医療関係機関とは、連絡を密にしている。養護学校には、プールを借り受けている。関係機関のリストは、職員に周知されている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	c	医療関係機関とは、連絡を密に取り積極的に連携しているが、他の関係機関とは必要に応じて協力し合うことに止まっている。今後、利用者に対するサービス提供において、日中活動やグループホームへの移行など、新たな関係機関の広がりが予想され、利用者の状況に対応する社会資源との連携の必要性が益々深まることから、それに伴った関係機関との連携強化に期待したい。

Ⅱ-4-（3） 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-（3）-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	施設長が、町内会の役員総会に出席し、長年にわたり、高齢者に対する生活支援を行っているが、意図的な福祉ニーズを把握するための取り組みとまではいえない。今後は、地域における施設の役割を活かすため、民生委員との連携を取り、主体的に福祉ニーズを把握することに期待したい。
Ⅱ-4-（3）-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b	事業計画には、地域との連携を図り施設への一層の理解を促すために、高齢世帯の除雪、畑耕し、墓草取り、海浜清掃などを行うことが明記され、計画に基づき実施されている。今後は、地域交流として慣例化した、長年の取り組みを引き継ぐだけでなく、福祉ニーズに基づく活動として新たに位置付けて取り組むことに期待したい。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-（1） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-（1）-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	職員全員に配布している「利用者支援サービスマニュアル」内の基本方針には利用者尊重のサービス提供の基本姿勢が明示され職員共通の理解を図っている。パンフレットには利用者尊重の理念が記載されており、職員の署名入り「人権侵害ゼロの誓い」とともに施設玄関前に掲示されている。
Ⅲ-1-（1）-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b	プライバシー保護については、基本理念の中で謳われている。更に入浴マニュアルには具体的な留意点が記されており、日常的な支援の場面ではプライバシーの保護が意識されている。しかし、居室は和室の3人部屋であり、トイレの設置箇所も不足しており設備面の課題がある。施設全体のプライバシー保護の規定や通信・面会・生活場面ごとの留意点を検討し、マニュアルを作成する過程を通じて、施設全体の課題を明らかにし長期的視点に立った改善が望まれる。
Ⅲ-1-（2） 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-（2）-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	豊希会や利用者集会で、出された苦情や意見・要望は、支援会議で話し合い、解決方法や共通認識を図り対応している。また保護者懇談会の参加率も高く、今年度よりは家庭訪問も始めるなど、利用者満足度を向上させるために組織として取り組んでいる。
Ⅲ-1-（2）-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b	利用者より出された意見や要望は、支援会議等において検討され対応がなされているが、人員や設備面での課題も多く、組織全体としての問題の分析や解決に向けた継続した取り組みが望まれる。
Ⅲ-1-（3） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-（3）-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	苦情受付担当者や苦情受付責任者、苦情受付第三者委員は掲示板に掲示されている。利用者は集会での発言や居室担当者に相談・施設長に相談・理事長に相談等、それぞれ内容により、その方法を選択しており意見を述べやすい環境となっている。更に実効あるものにしていくために、掲示の工夫や保護者への十分な周知が望まれる。
Ⅲ-1-（3）-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情解決の仕組みは重要事項説明書において説明されており、第三者委員も設置されている。また機会があることに利用者に説明がなされており、サービス向上に向けた取り組みの一環として積極的に取り組んでいる。
Ⅲ-1-（3）-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	豊希会で上がった意見や要望は、支援会議で検討し迅速に解決する努力がなされている。利用者集会で上がった意見や要望、苦情は、定期的に苦情解決担当職員が責任者である理事長に知らせている。しかし処理は理事長に一任となっており、第三者委員の有効な活用などを明記するなど、密室性の排除と客観性の確保が望まれる。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-（1） 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-（1）-① サービス内容について定期的 に評価を行う体制を整備している。	b	利用者へのサービス水準を向上させるために、「福祉サービス内容評価基準ガイドライン」を活用した自己評価に取り組み、その結果の検討が「ケア会議」等でも開始されている。また第三者評価も受けるなど、組織としてサービスの質の向上に対し積極的に取り組んでいる。今後は、早期に定期的に評価・見直しを行う体制の確立が望まれる。
Ⅲ-2-（1）-② 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。	b	職員が行った自己評価の結果をもとに、施設が取り組むべき課題についての検討が開始されている。第三者評価も含め、評価の結果の分析と今後、取り組むべき課題を文章化し、職員間で課題の共有を図ることで、組織としての姿勢を明確にしていくことが望まれる。
Ⅲ-2-（1）-③ 課題に対する改善策・改善計画 を立て実施している。	c	個々の利用者に対する、具体的なサービス提供場面において発生した課題については、各会議において、その都度、改善策が検討されているが、組織的な対応を求められる設備の改善や人員配置など、施設全体としての改善課題の発見と対応については、自己評価や第三者評価の定期的な分析を通して明確にされる必要がある。今後、施設全体として取り組むべき課題に対して、職員とともに改善策・改善計画を策定し、評価・見直しをしながら、改善に向けた取り組みにつなげていく事に期待したい。
Ⅲ-2-（2） 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-（2）-① 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サービスが提供されて いる。	b	利用者個々のサービス内容は詳細に記載されており、職員全体に回覧され周知されているが、標準的なサービス実施時の留意点、すなわちプライバシーへの配慮や、設備に応じた業務手順書およびマニュアルは「入浴」以外は確認する事ができなかった。施設として一定水準のサービスを担保するためには、施設としての標準的なサービスマニュアルを持ち、それに基づいてサービス計画が立案・検証される事が望まれる。
Ⅲ-2-（2）-② 標準的な実施方法について見 直しをする仕組みが確立している。	c	年に一度、利用者個々の「サービス実施計画」の検討は行われているが、その判断基準となる組織としての「標準的なサービスマニュアル」は確認できなかった。標準的なサービスマニュアルの検討は、施設のサービス水準を決定するものであり、定期的・継続的に組織として見直しを実施することにより、職員の意識も育成される。標準的なサービス実施マニュアルの検討を通じて、施設としてのサービス水準の見直しを定期的に行うことにより、職員個々が、福祉サービス提供者としての意識と姿勢を再確認する機会となることに期待したい。
Ⅲ-2-（3） サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-（3）-① 利用者に関するサービス実施 状況の記録が適切に行われている。	a	施設として統一された記録方法により、毎日各作業ごとの日誌や当直日誌において、個人ごとに記録されている。記録内容についても管理者が確認し必要に応じて指導している。
Ⅲ-2-（3）-② 利用者に関する記録の管理体 制が確立している。	a	利用者の記録は個人ごとにロッカーに保管されている。個人情報保護規定を定め、「利用者支援サービスマニュアル」として職員全員に配布し、個人情報に関する基本的な考え方の周知に努めている。情報開示についても管理者が記録内容について確認しており、必要に応じて指導を行っている。
Ⅲ-2-（3）-③ 利用者の状況等に関する情報 を職員間で共有化している。	a	利用者の状況・状態などは、ケース会議や朝夕の会議で職員に周知されているが、利用者の状態が不安定となった場合も直ちに緊急会議が召集され、対応を検討し必要に応じて職員体制が組みなおされている。日誌や記録・アセスメント・サービス計画等の必要な情報は、パソコン上でも各職員が確認できる体制となっているが、そのシークレットレベルに応じて、職種によりアクセス権が定められている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-（1） サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-（1）-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	c		施設は交通機関が不便な立地条件となっており、施設への訪問者も限られている。希望があった場合は情報の提供は行ってきたが、積極的な広報活動は行ってきていない。今後、新体系における施設の方向性を明確にし、利用者が簡単に情報を入手できるような取り組みが望まれる。
Ⅲ-3-（1）-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a		利用者の平均入所期間が16年で、開園当初からの利用者の占める割合が多く、新規にサービスを開始する機会が稀であった。施設体系の移行に向け、契約を取り交わし、利用者や代理人へは、サービス内容や料金等も具体的に記載された重要事項説明書を用いて説明を行い同意を得ている。
Ⅲ-3-（2） サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-（2）-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	c		法人内における移行の実績は若干名あったが、その都度個々への対応であり、組織として整備された取り組みとはいえない。現在、法人として地域生活移行にむけ、近隣住宅を利用してのケアホーム設立に取り組むことで、現在2名の利用者が試験的に近隣同一法人施設に生活の場を移している。今後は利用者サービスの継続性が損なわれないように、移行にあたっての担当者や手順書・引継ぎ事項等を整備して、利用者への支援継続の取り組みを実施していくことに期待したい。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-（1） 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-（1）-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a		障がいの程度に合わせ2種類のアセスメントツールを使用し、定期的に見直しが行われている。家庭訪問も今年度から実施されるようになり、利用者の生活の背景などもアセスメントに組み入れていく努力がされている。
Ⅲ-4-（1）-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a		生活行動別に、細かくアセスメントが行われ、出来る部分・できない部分を見極め、個々の発達課題に応じた目標が設定されている。また目標を達成するために具体的な支援をどのように展開していくか、関係職員の間で日々話し合いが行われ、計画に反映している。
Ⅲ-4-（2） 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-（2）-① サービス実施計画を適切に策定している。	a		言語で意向を確認することが難しい利用者も多く、表情・行動・しぐさから日常的に、意向を汲み取る努力がされている。支援計画は、職員の個人的判断によらずに、居室担当職員から課題などを聴取した上で、計画立案担当者が原案を作成し、それを基にして各部署の担当職員との合議の上で策定し、利用者の意向を計画に反映させている。
Ⅲ-4-（2）-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a		個別支援計画は定期的に見直す仕組みが確立されており、保護者懇談会などを通じて個別支援計画の説明も行われている。また支援計画は支援会議において職員に周知されているが、急に利用者の状態が変化した場合には、直ちに緊急会議を開き、関係職員で対応を検討して、必要に応じマンツーマン対応も行われている。

評価対象 障害者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a	アセスメントを生活行動別に分類して、利用者状況表に整理し、言葉の理解度、表現方法を把握している。言葉で表現できない利用者の状況の汲み取りには、職員による実践の繰り返しでコミュニケーションが確保されている。利用者の生活暦情報収集のために、養護学校からの申し送りなどに加えて家庭訪問を行い、より良い支援に繋げている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	利用者が司会を行う豊希会を開催し、要望の聞き取りをして、居室担当職員が対応の検討・各部署との調整を行っている。利用者が活動を選択したり、要望を出すための情報提供が不足しており、活動の広がりのためにも、今後の対応に期待したい。
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a	支援サービス計画やマニュアルに明示された個別の支援方法を基に、利用者の主体性を尊重して支援をしている。精神的に不安定になった場合には、個別対応で落ち着けるよう見守り、他の利用者への影響にも配慮している。日々の利用者状況の変化は職員会議で共有し、適切な対応につなげるように配慮している。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	c	支援サービス計画では個々の日常生活の状況が把握されているが、日常生活の実践や学習の体験の機会はあまりない。障がいの違いに応じて個々が持つ能力を引き出すエンパワメント理念に基づき、社会資源の十分な提供と体験の機会を設けるように期待したい。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
2-(1) 食事		
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	b	支援サービス計画・個別栄養所要量計算書・医師の意見書を基に、法人の栄養士がメニューを考えて、外部業者に委託している。施設の調理員が個別支援内容にもとづき、形状(刻み・骨抜き)や調理方法(油抜き・減塩)、個別のカロリー計算で食事の提供をしている。今後は、利用者の体調不良時に対する支援方法の検討が望まれる。
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。	b	献立は、利用者の要望を聞き支援会議で検討して栄養士と相談後対応する取り組みはあるが、価格・時期など対応出来ない理由もあり、要望は反映されることが少ない。利用者から同じ要望が繰り返し出されている記録が目立つことから、状況や理由をわかりやすく説明するとともに、要望に対する改善の取り組みにも期待したい。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b	月1回、給食運営会議を行ない喫食環境(利用者の状況変化への配慮等)について検討している。食事前の手の消毒や、食堂の清掃も利用者とともに行ない衛生環境に配慮している。要食事介助者と一緒に食事をすると落ち着かなくなる利用者は、時間差を設けて食事をとっている。今後は利用者が個々のペースで食事ができるような喫食環境の整備に期待したい。
2-(2) 入浴		
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	b	サービス支援計画で利用者の支援状況、介助の留意点を把握し、浴室の入浴介助マニュアルでは、具体的な支援方法が明示されている。利用者の状況変化による介助方法の変更対応は行われているが、マニュアルの見直しはされていない。職員の標準的対応を確認するためにも、マニュアルの更新が望ましい。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	利用者が混乱し間違えて入浴しないために、部屋毎の入浴から、男女別での入浴日に変更し、各々週3回入浴している。介助の必要度や対人関係・日々の状況にも考慮されている。シャワー浴は、失禁時に速やかに行うだけでなく、希望があれば随時対応している。

A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c	浴槽・洗い場は、手すりが設置されて、掛け流しの給湯で清潔な湯船が保たれている。脱衣場が狭く、湯上り後の休息や着替えがゆったりと出来ないことや、トイレの設置などの改善案が出されている。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	c	支援サービス計画・排泄マニュアルに個々の支援の留意点は明示されているが、排泄用具(手袋・ポータブル便座)の使用法・衛生や防臭に考慮したマニュアルがなく、日中作業の場での移動式便座の適切な取り扱いが明示されていない。移動式便座の使用時のプライバシーに対する配慮も含めた検討に期待したい。排泄介助の必要な利用者が多いが、日中はオムを外す取り組みをしている。失禁・便失禁時には、トイレにシャワーがないことから浴室まで移動しなければならない設備面の課題がある。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c	トイレの設備改修を行い、チェック表を作成して、職員による清掃が行われているが、放尿のこだわり(便座以外にする)や、トイレトペーパーを全部巻き取ることへのこだわりがある利用者がいる。今後、利用者の排泄の支援とともにトイレの快適性を確保するための検討が望まれる。
2-(4) 服装		
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、服装の選択について支援している。	b	毎日の服装の選択には、利用者の希望を尊重しながら、気温や季節感を考えアドバイスしている。衣類の購入に関しては、相談を受けた職員が購入していることが多く、自ら選択できる状況が少ない。外出が困難な利用者への配慮を含めた衣類などの購入方法に対する支援の工夫が望まれる。
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	個々の状況変化(精神的に不安定で落ち着かなくなる)の把握が適時行なわれ、職員の統一した対応につなげている。利用者の身だしなみや清潔を保つために、汚れや破損を見つけたら着替えの声かけや、着脱介助の支援がされている。衣類の修繕は居室担当職員が対処している。
2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a	整髪・歯磨きなどの身だしなみ用品は、本人の希望や状況により好みのもを洗面室に用意し自由に使用している。日中活動の中でも、電動歯ブラシ・髭剃りなどの適切な使用方法を伝え、清潔を保つように支援している。髭剃り・電動歯ブラシなど衛生管理が必要なものは、定期的に消毒して医務室に保管している。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	定期的に町内の理美容院に行き、カット・パーマなどを行っている。美容室の選択方法は、美容室に階段が無いなどの構造面や、大勢で行くと不安定になるなどの個々の状況を考慮している。外出が無理な利用者のためには、法人内の利用者がボランティアで整髪している。利用者の費用を抑えるために、職員による毛染めの支援も行なわれている。
		第三者評価結果
		コメント
2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	a	支援サービス計画等を参考に同室者を決めている。夜間に不安定になった場合には、本人の状態を落ち着けるためと、同室者の安眠確保のために、居室移動や職員が付き添いデイルーム等で就寝するなどの対応をしている。また、通院・服薬などの協議を行い、オムツ・排尿の誘導を実施して、安眠できるように配慮している。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	年2回の定期健康診断・利用者の持病に対する検診は随時行われている。検診時には、医師と看護師が連携して、利用者に対する健康面での指導や、説明を行っている。日中活動では、健康維持、老化防止のために散歩を取り入れている。日常の歯磨きに加えて、電動歯ブラシでの歯磨きで口腔衛生にも力を入れている。健康状態や食欲などに変化があれば、迅速に看護師に報告している。

<p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p>	<p>a</p>	<p>緊急時の対応が速やかに行われるようマニュアルが整備されている。利用者の通院病院とは連携を強化して、緊急時に対応可能となっている。入院時には付き添いを付けている。利用者の現在の病気や服薬の状況が、分かり易いようにケース記録にまとめられて、職員が確認しやすいように工夫している。</p>
<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>服薬の説明は医師・看護師によって行われている。利用者の薬物の保管は医務室で行われ、看護師が利用者毎の名前を印字した服薬を準備し、朝・昼・夕・就寝前と、個別の容器に入れて担当職員に渡し服用介助が行なわれるなど、薬物使用の誤りがないように細かく配慮されている。服薬の使用状況は所定の様式で記録されている。</p>
<p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p>		
<p>A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、サービス実施計画に基づいて行われている。</p>	<p>c</p>	<p>年に数回の行事や、豊希会などで利用者の意向を聞き取ってはいるが、人員・移動・予算などの都合で実現の機会は少ない。地域の社会資源・レクリエーションに関する情報提供が少ない。今後、活動のプログラムを工夫することで、余暇・レクリエーションの充実に期待したい。</p>
<p>2-(9) 外出、外泊</p>		
<p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>	<p>c</p>	<p>年間行事・誕生日の外出は行われているが、行事以外の外出希望（買い物等）の対応は少ない。利用者の希望に応じられる工夫が望まれる。</p>
<p>A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に依るよう配慮されている。</p>	<p>a</p>	<p>年末・年始・ゴールデンウィークなど長期の外泊は個人の事情を考慮して行われている。利用者や家族の外泊希望に関しては、速やかに対応している。利用者の温泉宿泊の希望には、費用等の情報を提供して実現への支援が行われている。</p>
<p>2-(10) 所持金・預かり金の管理等</p>		
<p>A-2-(10)-① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。</p>	<p>a</p>	<p>利用料金の支払いは、現金払い・振込み・引き落としの選択ができ、それぞれの方法で契約されている。日常の買い物については預り金より支出し、費用の明細は、家族に送付している。内部・外部監査ともに実施している。</p>
<p>A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。</p>	<p>c</p>	<p>デイルームでテレビ視聴が行われ、利用者は生活の音として聞いている状況にある。個人で好きな番組の視聴できる環境は、各部屋にアンテナの設置がなく設備の点等で難しい。デイルームの雑誌は職員の配慮で用意されているが、今後は利用者の希望の反映が望まれる。</p>
<p>A-2-(10)-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、利用者の意思や希望が尊重されている。</p>	<p>a</p>	<p>当事者には、医師の確認のもと利用者の身体状況に配慮して正しく喫煙ができるように伝えられている。決められた喫煙場所が確保され、利用者同士の交流の場ともなっている。</p>