

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016 年 10 月 21 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002
住 所

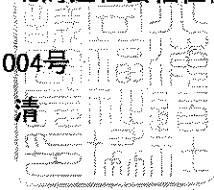
札幌市中央区北2条西7丁目

電 話 番 号 011-241-3766

評 価 機 関 名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 北海道 第15-004号

代 表 者 氏 名 会長 長瀬



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) | 吉村 信義 | 総合 | 第0001号 |
| | (2) | 神内 秀之介 | 福祉医療保健 | 第0068号 |
| | (3) | 坂本 豊 | 福祉医療保健 | 第0093号 |
| | (4) | | | |
| | (5) | | | |
| サービス種別 | 障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業） | | | |
| 事業所名称 | 光陽荘 | | | |
| 設置者名称 | 社会福祉法人緑星の里 | | | |
| 運営者（指定管理者）名称 | 同 上 | | | |
| 評価実施期間（契約日から報告書提出日） | 2015 年 8 月 10 日 | ～ | 2016 年 10 月 21 日 | |
| 利用者調査実施時期 | 2015 年 9 月 15 日 | ～ | 2015 年 10 月 23 日 | |
| 訪問調査日 | 2015 年 11 月 27 日 | | | |
| 評価合議日 | 2015 年 12 月 16 日 | | | |
| 評価結果報告日 | 2016 年 10 月 21 日 | | | |
| 評価結果の公表について運営者の同意の有無 | | <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運営者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

社会福祉法人北海道社会福祉協議会

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人緑星の里

代表者氏名：理事長 尾野 聖一

所在地：〒059-1365 苫小牧市字植苗121-7

TEL 0144-58-2321

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

◆45年の伝統と利用者本位の運営

施設の基本方針をまとめると、「た・の・し・む生活提案の実践」にあり、全職員が45年の伝統を担い、組織の結束強化を図り、利用者本位で自立支援の実践に励んでいます。

◆職員の資質向上の取り組みについて

法人は職員の資質向上を事業計画の骨子に置いています。職員はこの方針のもと、個々の質実の強化のために高い教育・研修目標を設定し、職位・職種に応じた個別的・効果的・計画的な研修を修得して、支援体制の強化と利用者支援の実践に努めています。

◆利用者の心と体に寄り添う支援

施設では、法人の方針の一つとして、法人内の障がい者支援施設などの年齢の高い利用者を受け入れています。そのため精神や体力的にもその活動も制限を余儀なくされます。

そのような中で、施設の方針としてゆっくり・のんびり暮らすことを第一に掲げ、年齢に合わせた日中活動の展開を始め、施設の事業が推進されています。

◇改善を求められる点

◆中長期計画の策定

法人全体の中長期計画は、法令順守と内部牽制の強化、職員構成（非・正規）の見直しと育成の充実、統一的労務管理の検討、地域福祉の推進をテーマとして掲げられています。しかし法人として達成すべき姿や具体的な数値目標、収支計画も定められてはいません。また、単年度の事業計画は中長期計画の項目に基づき、法人本部はサービスの質的向上、地域福祉課題の取組み、人材育成と確保、法令順守の徹底、財務基盤の安定等を示していますが、それが中長期的な視点に立った時に、どの様に事業計画に反映されて行くのかを読み取ることが困難です。今後、事業所利用者のさらなる高齢化に伴い支援の方向性も視野に入れた中長期計画の策定と計画に一体的に結び付けられた事業計画の策定に期待するに期待します。

◆標準的マニュアルの整備と実践への繋ぎ

施設には熟達な職員がおり、利用者の高齢化に伴う身体機能の低下やコミュニケーションがとりにくく中で支援に努めています。支援のそれぞれの場面では、法人や施設独自のマニュアルが整備されており、支援の一助となっています。しかし、職員の異動や今後、さらに高齢となった場合に、現在と同レベルの支援を維持できなくなることも想定されます。そのような状況を想定して、今のレベルを保つために標準的な実施方法のマニュアルが必要です。利用者への支援は決して画一的なものとはなりません。標準的なマニュアルは、個々の支援や業務をPDCAサイクルで実践に繋げるためにも有効であるので、今後の策定を期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価を受けるにあたり、確認資料の準備や自己評価のとりまとめ、訪問調査時の面接等を通して、運営上のポイントを認識することができました。
また、評価の結果は、福祉サービス向上の指針とし、今後に活かして取り組みます。

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 27 年 10 月 16 日

| | | | |
|---|-------------------------------|---------------|----------------------------|
| 経営主体 (法人名) | 社会福祉法人 緑星の里 | | |
| 事業所名 (施設名) | 光陽荘 | 事業 種別 | 障害者支援施設（施設入所支援＋ 日中活動事業） |
| 所在地 | 〒 059-1365 苫小牧市字植苗121-8 | | |
| 電 話 | 0144-58-4141 | | |
| F A X | 0144-58-4142 | | |
| E-mail | ryokuseinosato@ryokusei.or.jp | | |
| U R L | http://ryokusei.or.jp | | |
| 施設長氏名 | 堀 信 | | |
| 調査対応ご担当者 | 山本 郷子 (所属、職名：支援員) | | |
| 利用定員 | 70 名 | 開設年 | 昭和 46 年 4 月 1 日 |
| <p>理念・基本方針：「支え合って共に生きる」の緑星の里理念に基づき、「光陽荘は利用者のみなさんと支援する職員も共にたのしく、ゆっくりのんびり暮らすことを、しあわせに感じ、一人一人にむきあって、安楽な暮らしを提案する」＝た・の・し・む・生活提案を実行していくことを当施設の基本方針とし、全職員が一丸となって取り組んでいます。また、高齢化が進んだ利用者の心身の状態を理解し、寄り添い、互いに笑顔になれる職員を目指しています。利用者のみなさんがひとつでも多く「自己選択、自己決定」できるよう日中の過ごし方にも選択の幅を拡大しているところです。</p> | | | |
| <p>施設・事業所の特徴的な取組：光陽荘利用者の年齢層は27歳から86歳までと幅広く、平均年齢は63歳です。高齢者の心身の状態の傾向は、高齢期に見られる認知症状、日常動作の低下なども認められ、また、疾病の重症化も増大しています。この為、職員の介護技術を向上させる内部研修、利用者個別の活動内容や食事療法も取り入れています。活動プログラムは、活発に活動するグループとゆったりのんびりと活動するグループに分けて利用者の状態や希望を勘案しながらサービスの提供に努めています。</p> | | | |
| 第三者評価の受審回数（前回の受審時期） | | 1 回（平成 20 年度） | |
| 開所時間 (通所施設のみ) | 9:00～16:30 | | |

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

- 1、施設入所支援事業 (空床型)
- 2、地域生活支援事業 (日中一時支援)

【利用者の状況に関する事項】（平成27年10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（高齢者福祉施設、高齢者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 | 0名 | 2名 | 2名 | 1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 |
| 0名 | 5名 | 7名 | 7名 | 12名 | 33名 |
| | | | | | 合計 |
| | | | | | 69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か月未満 | 6か月～1歳3か月未満 | 1歳3か月～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 | | | |

○障がいの状況

・身体障がい（身体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 |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|
| 視覚障害 | 1名 | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 聴覚又は平衡機能の障害 | 2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 |
| 肢体不自由 | 3名 | 6名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 7名 | 7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。

・知的障がい（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 |
|--------|-----|----|
| 52名 | 17名 | 名 |

・精神障がい（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(保育所を除く)

| | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ～6か月 | 6か月～1年 | 1年～2年 | 2年～3年 | 3年～4年 | 4年～5年 |
| 1名 | 2名 | 5名 | 4名 | 1名 | 1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 | 0名 | 1名 | 6名 | 5名 | 1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 |
| 2名 | 0名 | 1名 | 0名 | 4名 | 1名 |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上 | | |
| 1名 | 9名 | 0名 | 23名 | | |

(平均利用期間： 18年)

【職員の状況に関する事項】(平成27年10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・管理者 | 事務員 | 支援員 | |
|-----|-----------|---------|------|------|----------|
| 常勤 | 40名 | 1名 | 3名 | 28名 | 名 |
| 非常勤 | 5名 | 名 | 名 | 5名 | 名 |
| | | 介護職員 | 保育士 | 看護職員 | OT、PT、ST |
| 常勤 | 名 | 名 | 名 | 3名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | 管理栄養士・栄養士 | 介助員 | 調理員等 | 医師 | その他 |
| 常勤 | 1名 | 名 | 4名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」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 (0名) |
| 介護福祉士 | 13名 (0名) |
| 保育士 | 5名 (0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 | 1.933.826 | m ² |
| (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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| (3) 建築年 | 昭和 46 年 | |
| (4) 改築年 | 平成 11 年 | |

○保育所の場合

| | | |
|--|--|--|
| (1) 建物面積 (保育所分) | | m ² |
| (2) 園庭面積 | | m ² |
| (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 | m ² | |
| (3) 敷地面積 | m ² | |
| (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 27 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

42 人

・ボランティアの業務

緑星まつり（法人）、夢まつり（施設）において・出店販売の手伝い・食堂内の配膳下膳の手伝い・利用者把握・利用者の付き添い等

【実習生の受け入れ】

・平成 27 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 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1回 光成会（利用者自治会）開催。利用者からの聞き取りを行っている。内容としては活動内容、食事、行事に関する希望など。

【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・周知されている。 | | | |
| 1 | Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | b | 法人の基本理念がパンフレット・ホームページに記載されており、職員の説明も職員会議の中で行われている。入所時の説明を行っている。家族に対しては、家族会総会で伝えているが利用が長期となっている場合もあり、キーパーソンが変更になるなども想定されるため定期的に伝えていくことが期待される。 |

Ⅰ-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|------------------------------|---|---------|--|
| Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化などに適切に対応している。 | | | |
| 2 | Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a | 事業所では、組織を挙げて利用者の活動状況・心身の疾病・高齢化・活動力などの状況を踏まえて、施設環境の整備、職員の対応姿勢と資質向上に留意して改善策を立てている。また、財務の計画と執行に努めている。 |
| 3 | Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | a | 施設運営の重点は利用者の高齢化に加え、重度化への対応にある。支援プログラムの個別化とともに、支援方法の多様化に伴う職員の資質向上・人材確保・財務的検討を課題として、月例の役職者会議や支援会議での協議と、その執行への合意形成に努めている。 |

Ⅰ-3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------|---|
| Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | |
| 4 | Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | c | 中長期計画(平成24～27年度)は法人本部と支援事業部に係り、法令順守と内部牽制の強化、職員構成(非・正規)の見直しと育成の充実、統一的労務管理の検討、地域福祉の推進をテーマとして掲げている。しかし具体的な数値目標と法人として達成すべき姿、収支計画が定められていない。今後、利用者のさらなる高齢化に伴い、支援の方向性も視野に入れた中長期計画の策定に期待する。 |
| 5 | Ⅰ-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | c | 平成27年度事業計画書は中長期計画の項目に基づき、法人本部はサービスの質的向上、地域福祉課題の取組み、人材育成と確保、法令順守の徹底、財務基盤の安定などを示しているが、それが中長期的な視点に立った時に、どの様に事業計画に反映されて行くのかを読み取ることが困難である。今後、中長期計画が一体的に結び付けられた事業計画の策定に期待する。 |

| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
|--------------------------|---|---|
| 6 | I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | b 事業計画の策定は、支援事業部の共通計画事項を、定例職員会議、職員の会議などで討議している。また利用者自治会などの意見や活動、職員の支援状況を踏まえ、前年度の実績を評価・見直しし、改善課題を明確化して、次年度へつなぐ取り組みをしている。今後、単年度計画の策定に当たっては、中長期の策定を見据えた取り組みに期待する。 |
| 7 | I-3-(2)-② 事業計画は、利用者などに周知され、理解を促している。 | b 事業計画の周知は、利用者自治会（光成会）の議題にし、分かり易く、支援活動での職員の姿勢・態度の在り方などを説明して理解に努めている。家族などには事業報告・決算報告書や施設便りを送り、理解を得ている。今後、利用者の高齢化に伴い、分かりやすく工夫した資料を作成するなど、より理解を得られやすい取り組みに期待したい。 |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|------------------------------------|---|---------|--|
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | | |
| 8 | I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | b | 業務の質の向上は中・短期計画の重点課題である。全職員に職員像を明示し、その職位・経験年数、雇用種別、役職・役割・態度などに応じた研修事項を作成して、組織的・計画的に実施している。定例職員会議では実施事項について、質的実効性の向上に努めているものの、平成21年度の第三者評価結果に基づいた質の向上へ向けた取り組みも現行体制に引継ぎがなされていない。今後は定期的に事業所全体で自己評価し改善に結びつける仕組みを構築することに期待したい。 |
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | b | 全職員対象の計画的研修事項や支援業務の実施過程は、各マニュアルに準じて職員会議などで報告・検討・協議結果を記録する。必要に応じて利用者の意向調査を行い、解決課題を明確にして、年度内の運営や次年度の計画に反映している。今後、明確になった改善課題を積み上げ、中長期的な視点に立った改善計画の策定に期待する。 |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 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 |
|--------------------------|--|---------|---|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | |
| 10 | Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | a | 庶務規程は施設の組織・機構、業務分掌・職制を定めている。施設長は定例会議などで基本計画・方針、各職位の役割を命じ、組織編成を図化して周知し、自らの役割・責務を明示するとともに、相互の責務を共有している。 |
| 11 | Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令などを正しく理解するための取組を行っている。 | a | 社会福祉法、障がい者・消費者・災害・保健・衛生など関連法に準じ、法人理念・基本方針、職員倫理規程などの下で、各職位の専門性に応じた法令順守事項を研修計画に含め、共有する体制を整えている。 |

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 12 | II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。 | a 施設長は利用者の高齢化・心身の重症化傾向に対応する職員相互の意向を図り、「利用者本位で自立を支える支援計画」を策定している。また、職位に応じた効果的な研修を組み立て、相互に確認し、解決課題を明確にして、率先してサービスの質的向上に努めている。 |
| 13 | II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | a 施設長は職員構成、人事労務管理、職員養成などの改善方針を周知して、方向性を明示している。また、施設経営の収支を示して解決課題を協議し、サービスの質を担保するための人事考課実施と合わせ、効果・効率的業務の執行に努めている。 |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|--|--|---------|--|
| II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | | |
| 14 | II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着などに関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | a | 計画は人事・労務・育成と確保などを重点に置き、組織的な内・外での職位研修や職員への助言や補佐を行うチューター制による業務定着と、質的支援、人材確保の広報・学校訪問・就職説明会・選択手法(実習生指導など)の取り組みに努めている。 |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a | 法人の統一的人事・労務管理計画に準じ、人事管理は理念・職員像を明文化して、職位・職種に応じた計画的研修(修得期待指標設定)や年2回の人事考課(成績・情意などの基準を明示した自己・上司評価、面接法を伴う)を行い、配置・昇進・昇格などの処遇改善の評価・分析に資している。 |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| 16 | II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 | a | 就業規則に準じ、有休・疾病休暇など、勤務状況の把握や心身の定期検診・相談対応・福利厚生 の充実を図っている。また、業務指導でのチューター制やマナー塾開講、人事考課過程での面接対応、職員会議などでの業務意向や職場環境などの解決課題を共有し、改善を図っている。 |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | |
| 17 | II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | b | 法人は期待する職員像・行動規準を周知して、全職位・職種などに応じた個別的研修課程や人事考課を定例実施している。研修や考課の目標・実施基準などを明確にして、実施過程の報告や面接対応で相互効果を確認し、評価や改善を共有して、業務の知識・技術・意欲の向上に取り組んでいる。しかし嘱託職員は定期的な自己点検のみであるため、必要な研修について検討することが望まれる。 |
| 18 | II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | b | 職員の教育・研修の基本は、職員像と共に当年度計画を明示し、職位、職種などの研修目標・専門的内容、年間の実施計画に準じて実施している。その評価・見直し・改善はその都度行い、年度末の総合評価・反省、解決課題を次の計画に反映している。今後は利用者のさらなる高齢化による支援の多様化が予測されることから、中長期的な視点を踏まえた計画策定の取り組みに期待したい。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 19 | II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | b | 研修の受講機会は、全職員の職位・職種などに応じた知識・技術・経験・資格(取得支援を含む)・課題別などのプログラムを組み、組織的に参加を促し、支援業務の資質向上を図っている。職員の希望で外部研修にも参加できるように勤務が調整されている。今後、専門業務を行う嘱託職員に対する研修の機会確保に期待したい。 |
| II-2-(4) 実習生などの福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | | |
| 20 | II-2-(4)-① 実習生などの福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b | 保育・介護・看護などの実習は実習校と連絡・協議の上、受け入れ担当者や組織的対応を決め、支援プログラムに準じて実習生育成の貢献に努めている。福祉専門職の実習生の養成体制は、有資格者などの条件整備に努めているが、現在、その条件を満たしていないため、今後の取り組みに期待したい。 |

II-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|-----------------------------------|---|---------|--|
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | | |
| 21 | II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | a | 社会福祉法に準じて、法人(施設)理念・基本方針、倫理綱領、行動指針、事業計画、予算・決算、地域福祉の取り組み、契約・重要事項の説明、苦情の内部体制、公的苦情相談機関の明示を法人機関誌やホームページ、パンフレットなどで情報公開に努めている。 |
| 22 | II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | a | 法人ではその職制や事務分掌、法人が職員に求める倫理観や職員像を相互にチェックする体制が確立し、定期的に内部監査と公認会計士の指導を受けている。また、月例の職員会議で収支・稼働率・リスク管理などを把握して協議し、適正な経営や運営のための取り組みを行っている。 |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 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。 | | | |
| 23 | II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a | 地域福祉対応は、法人事業の理解と地域の協力を図っている。地域の潜在ニーズを養護学校・行政機関・町内会などで聴取して把握している。また、祭りなどの行事、敬老会・小中学校との交流、地域の衛生・交通安全・介護教室などの取り組みで貢献に努めている。 |
| 24 | II-4-(1)-② ボランティアなどの受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | a | ボランティアの受入れは、恒例の緑星祭り、光陽荘夢まつりを中心に体制を整えている。行事は利用者・家族・地域関係機関の相互交流の場として、出店など催し物を開き、多くの協力を得ている。また、担当者の役割設定(マニュアルなど)、行事経験を活かす取り組み、従来からの協力関係機関リストの作成などで恒例の行事に備えている。 |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | |
| 25 | II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関などとの連携が適切に行われている。 | a | 事業所では、地域福祉の推進と共に社会資源との連携強化を進めている。関係機関(行政・医療・保健・相談・災害機関など)をリスト化し、組織全体に周知して連携の徹底を図り、事業運営に活かしている。 |

| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
|-------------------------------|---|---|
| 26 | II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | <p>b</p> <p>法人の地域公益活動の推進を軸に、地域社会資源と連携して取り組むこととしている。市・地域の福祉システム構築に主体的に関わり、ニーズの把握、職種を通じた貢献（小・中学校活動の支援）、地域の災害・保健・衛生（介護教室開催）・交通安全などへの貢献などに取り組みを始めている。</p> |
| 27 | II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | <p>b</p> <p>地域の町内会・敬老会との交流、小学校との交流、冬期間の道路確保の機動力活用、災害などでの支援体制などを進めつつある。今後のさらなる地域福祉システムの検討と合意が望まれる。</p> |

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。 | | | |
| 28 | III-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | <p>b</p> <p>利用者を尊重したサービスの提供では、その基本方針を「た・の・し・む・生活提案」とし、利用者の加齢に伴い、その日常生活をゆっくりのんびり暮らすことをしあわせに感じる支援に取り組んでいる。また、法人に虐待防止委員会が設置されており、虐待防止対応規程が整備されている。職員一人ひとりには月毎に「業務振り返りチェックシート」により、利用者への支援の振り返りを行っている。施設長は虐待に関する情報をOJTにより、職員に周知している。法人の重点目標にも虐待に対するマニュアルの整備などが掲げられており、早期の整備と研修の実施に期待したい。</p> | |
| 29 | III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護などの権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | <p>b</p> <p>援助基準にプライバシーの尊重が掲げられており、倫理綱領にも人権の擁護が謳われている。ハード面ではトイレや脱衣場などはカーテンや引き戸などでプライバシー確保がなされており、実際の支援においても排泄状態の確認を利用者の同意のもとで行うなどの取り組みがなされている。また、入浴や排泄、夜間就寝中の対応マニュアルにもプライバシーへの配慮が明示されている。しかし、プライバシー保護に着眼したマニュアルは整備されていない。業務振り返りチェックリストを活用し支援場面ではプライバシーに配慮しているが、プライバシーとその考え方について振り返る機会となるのがマニュアルとなる。今後はプライバシー保護の視点に立ったマニュアルを整備し、それに基づいて支援にあたるとともにプライバシー保護の考え方をボランティアマニュアルや実習生に対する説明資料などにも盛り込むことに期待したい。</p> | |

| | | |
|---|--|---|
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。 | | |
| 30 | Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | a 法人ホームページ並びにパンフレットにおいて事業所が提供するサービス内容などの情報提供がされている。特に法人ホームページの事業所概要では「高齢で虚弱な方が利用する施設」として、利用者の年齢層が大きめに紹介され、利用選択の一助となっている。一日体験利用の問い合わせもあり、支援課長が対応している。養護学校の卒業を控えた利用希望者からの問い合わせがある場合は、利用者の年齢などを考慮し、法人内の別事業所を紹介することで対応している。 |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者などにわかりやすく説明している。 | b サービス開始の際は契約書、重要事項説明書、運営規程の説明を行い同意を得ることに努めている。サービス変更の同意は家族会出席時に行い、家族会に出席が難しい利用者家族に対しては、文書を郵送するとともに電話連絡を行っている。しかし、利用者本人の加齢に伴い、その家族も高齢化しており同意を得ることが難しい場合がある。利用者自身の理解度については、障がいの程度により多様であることから、契約利用困難者への対応マニュアルを整備するなどして、その特性により配慮した支援に期待する。 |
| 32 | Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行などにあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | b 利用者の事業所の変更や自立を視野に入れた地域移行、法人内の移行先事業所などの連携を図り、利用者とその家族に退所後の支援やアドバイスをを行っている。また、事業所の性質上、利用者の加齢に伴い再び事業所に戻る利用者もいる。事業所の変更は、法人内施設が中心であるが、他法人への移行も見据えて、引継文書を整備し、サービスの継続性により配慮した取り組みに期待する。 |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b 言語に障がいのある利用者に対しては、食堂に併設されたスクリーンに話す内容を咀嚼した画像を投影し、意見の聴取に努めている。また、利用者の自己決定を重視し、日中活動の選択や月1回のセレクトメニューなどに取り組んでいる。利用者との面談や自治会で外出行事に関わる要望を確認し「買い物」「ドライブ」「花見」などのカテゴリーごとに第3希望まで分析し、一緒に外出したい職員の希望も聞き取りを行っている。しかし、以前法人が行っていた家族アンケートの廃止もあり、具体的な提案の把握には至っていない。事業所では利用者からの要望を可能な限り活かすように努めているが、障がい程度や加齢により必ずしも全てに応えられている状況には無いため、より利用者の満足度に沿った仕組みづくりに期待したい。 |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見などを述べやすい体制が確保されている。 | | |
| 34 | Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | a 法人に苦情解決要綱が整備されており、法人家族の会と第三者委員、法人役員からなる法人の運営適正化委員が苦情解決に当たっている。また、施設内玄関先への掲示や事業所機関誌にて家族にも周知を図っている。 |

| | | | |
|---|--|---|---|
| 35 | Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者などに周知している。 | b | <p>ユニット毎に氏名を平仮名にした顔写真付きの職員勤務表を掲示して、利用者が相談したい職員を選べる環境を整えている。また、談話室をカーペットにするなど、意見を述べやすい家庭的な雰囲気づくりに配慮している。利用者へは、意思疎通の状況に応じてジェスチャーなどで対応しているが、家族からの意見集約の機会は少ない。年1回オンブズマンによる利用者への聞き取りを行う中で、相談の仕組みが十分に伝わっていない状況が伺えたことから、今後、自治会や配布資料などを活用し、相談方法について継続して伝えていく取り組みに期待したい。</p> |
| 36 | Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | b | <p>利用者から相談や意見があった場合には、申し送りにて全職員が共有し、ソフト面で改善すべきものは速やかに改善に取り組んでいる。日中活動では、利用者や家族の意見から健康体操を取り入れている。事業所内のハード面ではテレビの高さを調整するなど、小さなことから、優先順位を決めて対応している。しかし、相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順などのマニュアルは整備されてはならず、対応マニュアルの策定に期待したい。</p> |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | | | |
| 37 | Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | b | <p>法人のリスクマネジメント規程を平成27年9月に施行するとともにリスクマネジメント委員会を設置している。事業所にはヒヤリ・ハット委員会が組織され自己評価し、次年度に繋げている。また、リスク検討会議や職員会議、法人の主任会議などでも事故などの事例について検討され、職員に周知がされている。しかし、リスクマネジメントマニュアルと事業所の他のマニュアルの内容が重複する点が多く、精査し情報を整理するなどの検討が望まれる。</p> |
| 38 | Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | a | <p>法人に感染予防対策委員会が設置され、予防対策として手洗いやうがい、マスクの着用の他、利用者や家族への同意が取りづらいながらも、利用者に対する予防接種などに取り組んでいる。事業所には疥癬やインフルエンザへの対応マニュアルが整備され、食中毒の対応マニュアルも整備されている。また、ノロウイルス対策に関する備品も設置されている。</p> |
| 39 | Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。 | a | <p>法人全体に防災計画が整備され、避難誘導・総務物資・設備点検・救援救護など6つのカテゴリーに班編成され有事に機能する体制が敷かれている。年2回の防災訓練は、夜間や地震を想定して実施されている。防災マニュアルは、火災や地震のほか、停電発生時や二次災害防止などの施設機能維持管理のマニュアルが整備されている。施設における飲料水、食料品、医薬品及び衛生用品は敷地内プレハブで3日分が管理されている。</p> |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---------|---|
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | | | |
| 40 | Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | b | 利用者の権利擁護に配慮された詳細なマニュアルが整備され、それに基づき食事・入浴・排泄・移動などのサービス提供がされている。サービス提供が職員の経験とマニュアルの熟知により実践されることは評価に値するが、一日の流れの中で個々のサービスが標準的な手順で行われるために、各マニュアルを網羅した文書の策定が望まれる。利用者の多様性から画一的なサービス提供とはならないが、手順書は職員自らの振り返りともなることから、今後の取り組みに期待したい。 |
| 41 | Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | b | 法人内施設全体に、施設の垣根を越えてハード面やソフト面などを改善していく委員会があり支援方法などが協議されている。施設では月の個別支援会議において、利用者への支援方針や利用者同士の関係に基づく支援方法について意見交換され見直しをしている。今回の第三者評価に至る職員の自己評価を参考とし、サービス提供場面でさらに必要なこと、不変とするものなどを再度、自己評価をする仕組みづくりの確立に期待したい。 |
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | | | |
| 42 | Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | a | 利用者一人ひとりの特性、身体状況、生活状況をアセスメントで把握し、事業所で統一された様式によって策定している。策定に当たっては、利用者担当、主任、副主任がチームとなりチーム会議により利用者の日常生活を支援する上での具体的に利用者に沿う計画案を策定した後、サービス管理責任者が意見を盛り込み、看護師、栄養士などの多職種が参加する支援会議のプロセスを経て策定している。 |
| 43 | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a | 利用者の個別支援計画の見直しは、半年ごとに利用者やその家族と個別面談し、個別支援会議を経て策定している。利用者が入院などで計画を再変更しなければならない場合は利用者家族への報告と同意、医療機関との連携などの手順が定められ評価・見直しに対応している。 |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | |
| 44 | Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | b | 職員間の情報の共有は朝・夕の申し送りで利用者の状況などの確認や伝達を行っている。利用者の日々の身体状況や生活状況は、生活日誌や連絡簿に記載されており、日中活動のあり方などについて利用者一人ひとりにアセスメントを行い、その方向性が見い出され、主任会議や職員会議などで共有されている。今後、利用者一人ひとりへの支援に対する記録内容のより一層の共有化のため、記録要領の作成などの取り組みに期待する。 |

| | | | |
|----|----------------------------------|---|--|
| 45 | 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 | 法人に個人情報保護規程が整備され、利用者の個人情報の保護に関する基本方針が定められている。入退所の管理など利用者本人へのサービス提供に必要な利用目的の例などのマニュアル化もされている。また、個人情報の利用と第三者への提供に関する同意書も施設と利用者間で交わされている。データ化された情報は施設長、課長など階層ごとにパスワードを設定し、情報を管理する体制がとられている。 |
|----|----------------------------------|---|--|

評価対象 障がい者・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 | 表情や行動の観察、現物を提示する、写真を提示する、ジェスチャーや指さしなどさまざまな工夫をし、利用者が理解するように取り組んでいる。 |
| A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | a | 自治会からの聞き取りや個人々人から意見の聞き取りにより意向を把握し、食事や外出、日中の過ごし方などについて選択できるよう情報を提供し、利用者本人が選び決定できるよう取り組んでいる。 |
| 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。 | b | 個別支援計画などでは、利用者本人の能力を考慮したプログラムなどが位置づけられているが、実際の支援の場面では利用者の高齢・虚弱という特徴もあり、つい先に手が出てしまい代行や過介護となり、本人の能力を発揮できないまま支援してしまうことがある。今後は、職員で共通意識を持ち支援できるような仕組みづくりが期待される。 |
| 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。 | b | 個別支援計画などでは個人の力を引き出せるような取り組みが策定されているが、全職員共通の統一した支援ができるようなプログラム構築までには至っていない。今後、職員と利用者が共通認識のもとに実施されるプログラム策定が期待される。 |

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。 | a | 個別支援会議で食形態（禁忌など）や口腔・咀嚼・嚥下などの課題を各専門職で共有し、個別支援計画へ反映している。また日常の観察や定期的なモニタリングにより見直しがなされ、提供されている。 |
| 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。 | a | 栄養士が中心となって嗜好調査や残渣確認を行い利用者の希望を考慮している。また月に1回主食のセレクトメニューや弁当メニューなど提供している。 |

| | | |
|---|----------|---|
| <p>A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。</p> | <p>a</p> | <p>季節にあわせ利用者が作成した貼り絵などを掲示するなど環境づくりに工夫をしている。食事をする場所については食堂や通路のテーブル、個室など利用者の希望に配慮している。</p> |
| <p>2-(2) 入浴</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>設備や構造には限界があるが、その都度、利用者の状況に合わせ介助椅子や移動用の浴室内椅子の活用など個別に入浴介助をしている。</p> |
| <p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p> | <p>b</p> | <p>支援する職員の人数やシフト、利用者の身体状況により入浴日や時間が決まっているので、利用者の希望に必ずしも叶うかたちとなっていない。必要に応じては指定曜日以外にも入浴できる。</p> |
| <p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場などの環境は適切である。</p> | <p>c</p> | <p>狭い脱衣室や深い浴槽など設備的な環境が、高齢・虚弱の利用者へは適さない状況になっている。移動・移乗・入浴動作に介助が必要な利用者は多いが、それを支援する側のスペースも限られている。今後、福祉用具の活用や介護技術の取得、入浴全体にかかる時間や方法など全般的な改善の検討が期待される。</p> |
| <p>2-(3) 排泄</p> | | |
| <p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p> | <p>a</p> | <p>基本的な排泄の支援方法がマニュアルで規定されており、個別の介助方法などは個別支援計画などに定められている。必要時には夜間ポータブルトイレや、パット・オムツを活用するなど利用者の状況に合わせた支援が実施されている。</p> |
| <p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p> | <p>a</p> | <p>毎朝重点的に、職員が除菌を行いながら清掃している。また汚れが発生したときには、都度清掃している。職員詰所にて清掃のチェック表があり、実施状況を確認している。</p> |
| <p>2-(4) 服装</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>利用者と一緒に地域へ買い物へ行き、自身で選択できるようにしている。また訪問販売時にも職員がアドバイスを行い購入している。</p> |
| <p>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>a</p> | <p>汚れた衣類は適時丁寧に声かけを行い、交換を促し、必要に応じて介助を行っている。こだわりの強い利用者へは機会をうかがいながら、出来るだけすみやかに交換できるように対応している。</p> |
| <p>2-(5) 理容・美容</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>外出時、希望者にはネイルや化粧などの支援をしている。整容についても利用者が自身で出来ないところについては職員が声掛けなどを行い支援している。</p> |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。 | a | 地域の理美容店の活用と施設訪問の理美容を併用している。パーマや毛染めなど利用者の希望で実施できるように配慮している。 |
|---------------------------|---|--|

| | | 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 | 定期的な包布交換や、汚染時の交換により寝具は清潔に保たれている。また同室者の組み合わせの際には睡眠時の状況についても配慮されている。身体的な課題がある利用者へは特殊寝台やエアマットを活用している。 | |
| 2-(7) 健康管理 | | | |
| A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。 | a | 嘱託医による回診や支援員・看護師によるバイタルチェックや日常の観察、必要時や定期的受診などにより健康管理が実施されている。 | |
| A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | a | 嘱託医や協力病院、支援員と看護職の連携のもと、緊急時は迅速に対応できるよう手順や連絡網を作成し、掲示するなど体制を整備している。 | |
| A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬などの扱いは確実に行われている。 | a | 服薬や薬管理のマニュアルが整備されている。また手順が医務室や職員詰所に掲示され、看護師と支援員による複数確認体制で誤薬などが無いように実施されている。 | |
| 2-(8) 余暇・レクリエーション | | | |
| 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。 | a | 自治会や個人からのヒアリングにより、大まかな年間計画が策定され、月毎に詳細な計画を立案し実施されている。 | |
| 2-(9) 外出、外泊 | | | |
| A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | b | 利用者の高齢化や虚弱により、職員が1対1で対応せざるを得ない状況となり、以前と比べ外出機会が減少している。今後、ボランティアの活用や職員体制の工夫などにより、外出機会の増加が期待される。 | |
| A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。 | a | 週末や連休、年末年始など、本人の希望や受入家族の状況などを調整し帰省を実施している。 | |
| 2-(10) 所持金・預かり金の管理など | | | |
| 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。 | a | 預り金規程により、管理体制が整備され、規定通りに運営されている。また、法人本部からの内部監査を受け、適正を確認している。 | |

| | | |
|--|----------|--|
| <p>A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオなどは利用者の意思や希望に沿って利用できる。</p> | <p>a</p> | <p>共有スペースには新聞が4紙と雑誌が置いてある。希望により個人でも新聞の定期購読をしている。居室にテレビがあり、ゲームやラジオなども個人で所有できる。</p> |
| <p>A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこなど）については、健康上の影響などに留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。</p> | <p>a</p> | <p>タバコそのものは、職員が管理しているが希望に応じて定められた場所で健康面を考慮しつつ、喫煙することができる。また、希望者には、週に1回金曜日にノンアルコールビールを活用して、可能な範囲で飲酒する楽しみに添えるよう対応している。</p> |