

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	障害者支援施設京都太陽の園	施設種別	生活介護、就労継続支援 B 型 施設中所支援、短期入所
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成 29 年 6 月 8 日

総 評	<p>京都太陽の園は、昭和 55 年に開設され、法人理念の「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」、「限りない可能性の追求」、「共に生きる社会づくり」に基づき、障がい者の生活介護、就労継続支援 B 型、施設入所支援、短期入所の事業を展開し、多様化するニーズに対応しています。また、南丹市園部地区の障害者関連ネットワークにおいては中心的な役割を担い、地域福祉や障がい者支援の拠点としてなくてはならない事業所となっています。</p> <p>平成 24 年度の耐震化工事に続き、平成 28 年度には施設建物の雨漏り修理に合わせて天窓の修繕及び洗浄を行い、利用者が過ごしやすいく快適な生活空間へ改善を図りました。就労支援においては、複数の作業内容から個々の特性や状態に応じた作業選択を可能とすることにより、就労意欲の促進と社会経済活動への参加促進を行っています。施設入所支援では、利用者の主体性を尊重し、一人ひとりの思いを大切に、寄り添い、きめ細やかな福祉サービスの提供に努めています。</p> <p>前回の受診評価結果において中・長期計画の策定をお勧めしましたが、今回も策定されていませんでした。この中・長期計画は、事業運営における将来ビジョン（運営・人材育成・職員体制等）として必要なものと考えます。今回の受診を機会に是非とも策定されることをお勧めします。</p>
--------	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○職員のキャリアアップ促進 福祉資格の取得を目指す職員には、勤務時間の調整やスクーリングにおける交通費、宿泊費等を事業所が負担する等の配慮を行い、キャリアアップを支援しています。平成28年度には法人において人材育成委員会を立ち上げ、施設独自の人材育成プランの確立に取り組んでいます。</p> <p>○利用者主体の活動の推進 京都太陽の園では、利用者自治会「友愛会」を毎月開催し、利用者の意見や要望を汲み取り、利用者職員との意見交換や協議により、利用者ニーズの把握とサービス改善に努めています。自治会が主催する活動においては、職員が側面的に支援を行うことで利用者が主体的に取り組めるようサポートしています。</p> <p>○日中活動や就労活動、余暇の支援 日中活動や就労活動においては、印刷部門、独自生産部門、下請部門等、多種多様な作業を準備し、利用者が適性や嗜好に応じた作業を選択できるように支援を行い、利用者の活動意欲の促進を図っています。また、余暇支援では、行先を利用者が選択できるよう配慮した外出支援等を計画し、充実した生活を送れるようサービスの質の向上に努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○広報誌の発刊 広報誌に管理者の役割と責任を記載することでリーダーシップを表明でき、利用者日々の生活の様子などを記載し知らせることで家族が安心感をもたれると思います。また、広報誌を地域に配布することで、さらに地域に開かれ、地域に根ざした事業所になっていくことに寄与するものと考えます。今回の調査時では、広報誌の発刊は検討中とのことでしたが、是非、発刊されることを期待します。</p> <p>○各種マニュアル等の整備 利用者一人ひとりの「個別支援マニュアル」は整備されていますが、実習生やボランティアの受け入れ、緊急時の対応手順等のマニュアルが整備されていませんでした。利用者の生活の安心・安全を確保し、維持していく為には、新たに入職される職員へも確実に周知できるマニュアルが必要であると考えます。各種マニュアル等を整備されることを期待します。</p> <p>○定期的な会議の開催 平成28年度においては、人材不足の深刻化により時間を確保できず、職員全員が参加する会議の開催は数回に留まったとのことでした。定期的な会議は、多職種等が参加し、情報共有や意見交換、協議を行う場として有効な機会であると共に、職員の意見を汲み上げる機会としても有効であると考えます。職員の就業意欲の維持・促進を図る為にも、機会を調整し、定期的開催されることをお勧めします。</p> <p>○第三者評価結果の課題分析と改善策 定期的に第三者評価の受診をされていますが、その結果に対して、分析の機会や改善策を立案する検討の場がありません。評価結果を基に、改善策を立て、課題を解決し、サービスの質の向上に繋がれることを期待します。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	障害者支援施設京都太陽の園
施設種別	生活介護、就労継続支援(B型)、 施設入所支援、短期入所
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成29年3月16日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-1(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-1(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	B	B
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	B
I-2 計画の策定	I-2-1(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	C	C
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	B	B
		③ 事業計画が職員に周知されている。	B	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	B
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(1) 管理者の責任が明確にされている。	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。	B	B
		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	A
	I-3-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A

【自由記述欄】

I-1-1(1)①法人理念は事業計画に記載してしています。法人の障害者福祉に係る使命など、利用者本位のものとなっています。-
I-1-1(1)②基本方針は法人理念に基づいて策定しており、職員の行動規範となるような具体的な内容となっています。
I-1-1(2)①法人理念や基本方針を、年度当初に役職員に資料を配布する等して説明していますが、その実践に向けての討議や周知状況の確認、継続的な取り組みは行っていません。
I-1-1(2)②理念・基本方針は年度当初に利用者自治会「友愛会」において口頭で丁寧に説明し、家族には家族総会において資料を基に説明しています。また、欠席者には総会資料を郵送する等で周知に努めていますが、周知状況の確認や継続的な取り組みは行っていません。
I-2-1(1)①聴き取りにおいて将来構想を検討していることは伺えましたが、具体的な内容を文書化した中・長期計画は策定していません。
I-2-1(1)②事業計画は、職員から意見聴取した内容や利用者の意見を取り入れながら主任会議にて検討し、策定しています。しかし年度途中での進捗状況の把握や評価は行っていません。
I-2-1(1)③事業計画は全職員に配布し、職員への周知を図っています。
I-2-1(1)④事業計画は年度当初に理念や基本方針とともに利用者自治会や家族総会において口頭で説明しています。欠席者には総会資料を郵送するなどして周知に努めていますが、周知状況の確認や継続的な取り組みは行っていません。
I-3-1(1)①管理者の役割や責任は運営規定等で明文化していますが、広報誌等での表明はしていません。
I-3-1(1)②管理者は研修会等へ参加しています。法令集等は会議室に設置し、職員はいつでも閲覧できます。また、朝礼等において障害者虐待防止法や個人情報保護に関すること等、法令遵守の啓発を行っています。
I-3-1(2)①管理者は月1回開催の主任会議等に積極的に参画することで職員や利用者の意見を聴く等、サービスの質の向上に向けた課題や改善に向けて取り組んでいます。
I-3-1(2)②管理者は経営や業務の効率化と改善に向けて、月次の財務報告等にて分析を行っています。2016年度には主任と一般職員の間新たに班長格の職員を配置し、職員の意見・要望などを拾い上げやすいように改善しました。現場職員からの意見・要望などは主任会議を決定機関として具体的に検討し、取り組んでいます。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B	B
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	B	B
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	B	B
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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。	B	B
		② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	B	B
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B	B
		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。	B	B
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	C	B
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	C	C	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	A	A
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	B	B
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	B	A
		③ 障害のある本人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。	C	B
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	B	B
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		③ ボランティア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。	C	B
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	B	A
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	B	B

[自由記述欄]

Ⅱ-1-(1)①各種ネットワーク会議に管理者自ら参画し、社会福祉事業の動向や地域の福祉サービスのニーズ等の把握や情報収集に努めています。しかし、把握した情報やニーズを中・長期計画や年度事業計画に十分に反映できていません。

Ⅱ-1-(1)②サービスコストや利用率等、毎月の試算表などで経営状況の分析や確認を行っています。また会計士による指導を受けながら経営改善に努めていますが、中・長期計画や年度事業計画への反映や職員への周知はできていません。

Ⅱ-2-(1)①具体的な人材確保計画は策定していません。法人として人材育成委員会を立ち上げ、研修を行っていますが、職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握できていません。

Ⅱ-2-(2)①管理者は、時間外労働や有給休暇取得データをチェックし、年1回主任との個別面談の機会を設け、職員の就業状況の把握に努めています。しかし、把握した結果を分析したり、改善策を検討する仕組みはありません。

Ⅱ-2-(2)②福利厚生として、福利厚生センター等に加入しています。管理者(施設長)や副施設長が職員からの相談に対応しています。また、副施設長がハラスメント受付担当となる等、職員からの相談を受ける仕組みがありますが、外部のカウンセラーなどの専門家の紹介はありません。

Ⅱ-2-(3)①介護福祉士や社会福祉主事等の資格取得を目指す職員には、勤務時間等の配慮はもちろんのこと、スクーリングにおける交通費や宿泊費等を事業所が負担し、資格取得に向けた支援を行っています。しかし、組織として職員に求める基本姿勢や専門資格等を明示したものはありません。

Ⅱ-2-(3)②職員一人ひとりの業務上必要な専門資格等は把握していますが、基本姿勢に沿った職員一人ひとりの教育・研修計画は策定中とのことでした。現在、「きょうと福祉人材育成認証」宣言中です。

Ⅱ-2-(3)③研修参加者は研修レポートを作成していますが、その研修内容を報告・発表する機会はありません。よって、研修成果の評価・分析や結果を次の研修に活かすことができていません。

Ⅱ-2-(4)①実習生の受け入れの基本姿勢やプログラム、マニュアルはありません。

Ⅱ-3-(1)①「個人情報保護規定」を整備し、職員等へのリスク管理の説明や注意喚起ポスターの掲示を行っています。利用者に関する書類は書庫に保管し出し入れの都度、施錠する等、個人情報の取り扱いに対する事業所の意識の高さを確認できました。

Ⅱ-4-(1)①緊急時の対応や感染症予防に関するマニュアルを整備しています。医務が担当部署となり、3か月毎に医師からの医療研修を受ける他、救急法は新人職員を中心に交替で受ける体制があります。しかし、定期的な検討会の開催はなく、連絡体制等外出時の対応が不十分です。

Ⅱ-4-(1)②平成24年度に耐震化工事を行う等、必要な措置を取っています。夜間想定避難訓練や連絡網の整備を行い、職員に周知することで災害時の安全確保の為に取り組みを行っています。また、地域の福祉避難所に登録されています。

Ⅱ-4-(1)③ヒヤリハットや事故報告書の回覧後、対策を検討していますが、職員全員への周知徹底が行えていません。

Ⅱ-5-(1)①地域行事の予定や福祉タクシー一覧表を掲示する等、利用者に情報提供を行い、町内の老人ホームへの訪問や敬老イベントへの参加、法人内事業所「陽だまり」開催の夏祭りへの協力を行う等、地域と交流する機会があります。しかし、利用者が地域行事の企画段階から参加することはありません。

Ⅱ-5-(1)②地域の福祉ニーズを把握しながら法人として相談支援事業を行っている他、南丹市障害者就労ネットワークの事務局として活動しています。小学校の職場体験の受け入れ等を行っています。障害特性の理解を啓発する研修会や講演会等の開催は行っていません。

Ⅱ-5-(1)③職員が協議検討しながら理美容室や京都建築大学の学生にボランティア依頼を行う等、ボランティア受け入れをしていますが、マニュアルや基本姿勢を明文化したものはありません。

Ⅱ-5-(2)①南丹市園部地区障害者ネットワーク会議に参加する等、連携体制をとっています。個々の利用者に必要な連携先は個人ファイルやケース記録に記載し管理しています。過去にハローワークと連携し、利用者を医療事務の就労につなげた事例があります。

Ⅱ-5-(2)②家族からの連絡に応じたり、利用者の入居先のグループホーム職員等とは常時連携を図っています。また、施設のワックス掛けを家族に呼びかけて行う等、家族との交流の機会を設けるよう努めていますが、家族会参加者が役員のみでの出席であったり、広報誌を発行していない現状があります。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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。	B	B
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	A	A
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	B	B
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	B	A
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	B	B
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	B	A
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	C	B
		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	A	A
		③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	B	B
	Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	B
② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。			C	C
Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。		① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		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	A
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	C	A
Ⅲ-4 サービスの確保		Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	B
	② 一定の水準を確保する為の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	C
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	C	B
		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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	B	C

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①見学や体験利用にはその都度応じていますが、資料を公共の場に設置する等の情報提供は行っていません。事業の特性上、福祉事務所等からの依頼が多くあります。

Ⅲ-1-(1)②施設案内に活動写真を載せる等の工夫をし、分かりやすく説明しています。

Ⅲ-1-(2)①副施設長が担当窓口となり、移行先とは看護サマリーや移行先の所定用紙で引き継ぎを行う等し、連携を図っています。介護保険への移行の場合は、担当となるケアマネジャーと密に連絡を取り合っています。しかし、施設独自の引き継ぎマニュアルや文書はありません。

Ⅲ-2-(1)①本人へは原則年1回以上、各担当が意向を確認しています。月1回の介護員会議で話し合い、アセスメントを行っています。

Ⅲ-2-(2)①サービス管理責任者を中心に計画を作成し、具体的な留意点は「個別支援マニュアル」として別に作成しています。職員へは連絡ノートで周知しています。定期的な計画作成の仕組みはありますが、急な変更時の仕組みはありません。

Ⅲ-2-(3)①「モニタリング表」にてモニタリングを行う他、退院時等にも随時モニタリングを行い、必要に応じて再アセスメントしています。

Ⅲ-2-(4)①個々の記録はソフトを活用し、パソコンにて管理しています。記録に関する指導や研修等は実施していない為、記録内容に差異があります。

Ⅲ-2-(4)②施設長を責任者とし、「文書取扱規程」や「重要事項説明書」に基づき記録管理を行っています。入社時の新人研修にて記録管理の研修を実施しています。

Ⅲ-2-(4)③朝礼や申し送りの他、全員がパソコンを見て情報を共有していますが、職員全員が参加する会議等の定期的な開催がなく、検討・周知の機会が十分とは言えません。

Ⅲ-3-(1)①理念や基本方針に明文化しています。個人面談の他、家族会や利用者自治会を毎月開催し、ニーズの把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)②定期的な満足度調査等の仕組みはありません。生活に関するニーズ把握は個別に対応していますが、ニーズ充足に向けた分析や検討を行う仕組みがありません。

Ⅲ-3-(2)①相談方法や相談相手は複数提示し、選べるようにしていますが、意見箱等の設置がなく、匿名で意見を述べることはできません。

Ⅲ-3-(2)②毎月主任会議にて苦情解決検討会を実施し、年2回第三者委員との苦情解決合同会議を開催しています。必要に応じて本人の承諾を得て公表する仕組みがありますが、公表事例はありません。

Ⅲ-3-(2)③「苦情解決の仕組みについて」マニュアルを整備しています。仕組みや内容については、年2回の第三者委員会との苦情解決合同会議で見直しています。

Ⅲ-4-(1)①利用者一人ひとりの「個別支援マニュアル」を一定の水準を確保するマニュアルとして整備していますが、実施方法を確認する仕組みはありません。

Ⅲ-4-(1)②「個別支援マニュアル」は随時更新していますが、見直しの時期や方法を定めていません。

Ⅲ-4-(2)①自己評価の仕組みはありませんが、福祉QC活動で課題の検証やサービスの向上に向けた取り組みを行っています。定期的に第三者評価を受診していますが、受診後の評価結果を分析・検討する委員会などの設置は行っていません。

Ⅲ-4-(2)②定期的に第三者評価を受けていますが、評価結果を分析・検討する仕組みはありません。職員間での課題の共有化については、福祉QC活動で課題分析し、検討した改善策は、職員間で共有する取り組みがあります。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人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。(プライバシーへの配慮)	B	B
		② 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	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	A	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	B	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	B	A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	B	B
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	B	B
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	B	A
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	A

IV-2-(5) 日常生活への支援	①	障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	B
	②	事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	B	A
IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	①	障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	B	A

【自由記述欄】

IV-1-(1)①利用者尊重や人権への配慮に関する姿勢について、パンフレットや事業計画等に明示していますが、利用者や家族へ周知していません。

IV-1-(1)②文字盤や筆談、ジェスチャー等利用者の状況に応じて工夫してコミュニケーションを図っています。

IV-1-(1)③利用者自治会を月1回開催し、施設長や副施設長、主任が同席し、利用者との意見交換や課題の協議等を行っています。

IV-2-(1)①「個別支援マニュアル」を基に、特殊浴槽やリフト浴の利用等、利用者の状態に応じた入浴支援を行っています。

IV-2-(1)②衣類は、職員による買い物代行や施設の外出行事、衣料品の出張販売を利用して購入できます。

IV-2-(1)③月1回の出張美容や隔月1回のカットボランティア、年2回訪問エステがあり、希望時に利用できます。地域の理髪店を利用する場合には、希望があれば送迎や同伴しています。

IV-2-(2)①不眠の訴えがあれば、職員が心理的アプローチを行い、同室者間のトラブル発生時には、居室変更や一時的に他居室の利用を調整する等して配慮しています。

IV-2-(2)②排泄に関する課題は介護員会議にて検討し、「個別支援マニュアル」に反映しています。利用者からの提案によりトイレトペーパーが自動で切れる装置を1台導入し、好評を得ています。排泄用具や排泄用品の使用方法や衛生面について、現状に即したマニュアルが整備できていません。

IV-2-(2)③体調不良等があれば嘱託医に報告し、指示を仰ぎ迅速に対応していますが、夜間緊急時の対応マニュアルがありません。口腔衛生において、希望があれば協力歯科医院へ受診を行い、歯科衛生士の指導を受けることができます。

IV-2-(3)①年1回嗜好調査を行い、利用者から出された意見・要望等は友愛会給食部会にて検討し、野外昼食会や行事食等のメニューに反映しています。食事時間の希望がある利用者には時間を調整し対応しています。談話室のキッチンには開放しており、設置する調理機器は常時使用できます。

IV-2-(4)①日中活動は、複数の作業・職種から利用者自身が選択できます。選択しにくい場合には、一度作業を体験してから選択できるように支援し、利用者の働く意欲を促進しています。作業工賃は、作業評価シートにより説明を行い、本人の同意に基づき支給しています。

IV-2-(5)①利用者自治会にて生活の基本ルール「友愛会18の約束事」を作成しています。金銭管理が難しい利用者には、職員が預り金から必要な分を配付し対応しています。金銭管理に関する学習プログラムはありません。

IV-2-(5)②3日前までに届け出をすれば外出・外泊は自由に行えます。外出時には身体障害者手帳を携行し、緊急時は施設に連絡をするように携帯電話の使用を促しています。

IV-2-(6)①地域の社会資源を活用し、2カ月に1回の小ハイク(外出行事)や年1回の一泊旅行、日帰りバス旅行を実施しています。行先は複数の候補から利用者が選択して決定します。また、利用者自治会では、映画鑑賞や納涼の夕べを企画・実施しており、職員は側面的に支援しています。