

[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	あゆみが丘学園	施設種別	生活介護、施設入所支援
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成 29 年 3 月 7 日

総 評	<p>あゆみが丘学園は昭和 60 年に定員 60 名で創設され、平成 8 年には入所者の高齢化に対応するため「ブナの木寮」を定員 20 名で増設し、さらに支援費制度、障害者自立支援法による事業移行により、現在では施設入所支援、生活介護、短期入所、日中一時支援、特定相談支援などの事業を行っています。</p> <p>「一人一人の心身の状況に合った支援・援助」、「利用者の日々の生活を楽しく、充実した安らげる環境づくり」などの目標のもと、紋紙や銅線等のリサイクル活動、洗濯清掃活動、リハビリ・レク活動などの日中活動を通じた個別支援に積極的に取り組んでいます。</p> <p>また、平成 27 年度の本館の耐震化・増改築工事により 12 室を個室化すると共に、残りの居室はすべて二人部屋に改修し、入居者の生活環境を大きく改善させています。（この他、多目的ホールの増築、土砂災害防止のための擁壁の新設も行われています。）</p> <p>福祉サービス第三者評価の受診は、平成 24 年度に次いで 2 回目ですが、前回の評価結果を踏まえて、中長期計画の策定作業、キャリアパス制度の導入や研修履歴の管理など職員の育成に取り組んでいることが確認できましたが、サービス内容については改善の取組みは十分とは言えませんでした。</p> <p>また、今回の第三者評価受診における自己評価の進め方について、評価担当者間での評価項目の分担はされていますが、持ち寄られた結果についての自己評価委員会での検討がされないままで評価機関に提出されており、自己評価を組織的に進めることによる課題の明確化・共有化が不十分と思われます。</p> <p>今回の評価結果を施設内にフィードバックしていただき、PDCA サイクルを進められ、さらにサービスの質の改善に組織的に取り組んでいかれることを期待したいと思います。</p>
--------	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○居室等の生活環境 平成27年度の本館の増改築工事によって、4人部屋の居室を全て個室又は2人部屋に改め、さらに建物内部の色遣いを工夫したり、1人になりたい時や精神的に不安定な時に静かに過ごせるスペースを確保するなど、利用者の生活環境改善が行われています。利用者もそれぞれの居場所を見つけて伸び伸びと暮らしておられる様子が伝わってきました。</p> <p>○個々の現場でのサービス改善の取組み 言葉では伝わりにくい利用者写真等の視覚的なコミュニケーションの工夫、利用者の状態に応じた食事形態の工夫や食事環境づくり、ゆったりとした入浴や睡眠環境の工夫、利用者の状態や希望に即した様々な日中活動など、限られた条件下ではありますが個々の現場でのサービス改善が行われています。</p> <p>○マニュアル作成とその見直し 排泄・食事・入浴・睡眠等の業務マニュアルに沿って標準的にサービスが提供され、記録についても職員によって差異が生じないようにマニュアルが作成されています。また、サービスの実施状況で生じた課題についてマニュアルの見直しでしっかりと対応しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の評価・見直し 各年度の事業計画の達成状況についての評価とそれに基づく次年度計画の策定のプロセスを確認することができませんでした。策定された事業計画の職員への説明についても掲示や閲覧にとどまっております。組織的なPDCAサイクルの強化が必要と思われれます。中長期計画の策定に向けて課題を整理した文章を確認することはできましたが、さらに職員全体での組織的な検討を進められることを期待します。</p> <p>○苦情解決の仕組み 苦情解決システム要綱が作成され、その体系図が掲示されています。苦情受付窓口として第三者委員が任命されていますが、その連絡先が記載されていませんでした。また、受け付けた苦情の改善結果を広報紙で公表すると要綱に定められていますが、掲載はされていませんでした。</p> <p>○諸規程の見直しや体系化 様々な規程が作成されていますが、その見直しがあまりされていませんでした。規程の見直しを定期的に行うことを通じて、規程間の関係整理や体系化を進めら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	あゆみが丘学園
施設種別	生活介護、施設入所支援
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28年12月20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) 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-(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	a
		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。	c	b
I-2 計画の策定	I-2-(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	b
		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。	c	b
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(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	b
	I-3-(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	b
		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	b

【自由記述欄】

I-1-(1)①施設の理念をパンフレットやホームページに記載しています。法人としての理念は確認できませんでした。
I-1-(1)②3点の基本方針を施設概要等に記載しています。さらに、「ほうれんそう」活性化のために私たちが「すること」として5点、「しないこと」として4点を具体的な行動レベルで昨年の職員研修において作成し、掲示しています。
I-1-(2)①上記の「すること」「しないこと」についての研修を今年度も計画しています。
I-1-(2)②理念や基本方針について利用者本人に資料等を工夫して説明していません。家族に対しては、今年1月発行の広報紙「しらすぎ」の理事長年頭挨拶で理念に触れていることが確認できました。
I-2-(1)①中長期計画は作成中とのことです。取り組む課題を記した文書があります。
I-2-(1)②事業計画の未達成項目については、担当職員に随時働きかけを行っているとのことです。平成27年度、平成28年度の事業計画を比較すると、委員会活動並びにショートステイに関する項目に追加修正を認めましたが、計画策定過程や評価見直しの記録はありません。
I-2-(1)③事業計画書は各部署に配布され閲覧できるようになっていますが、職員の会議や研修等での説明はありません。
I-2-(1)④事業計画を利用者本人に周知していませんが、保護者総会での口頭説明を議事録で確認しました。
I-3-(1)①管理者の役割責任は事務分掌表に明記しており、また全職員面談の実施・職員の意見を踏まえた運営を会議で表明していますが、広報紙等への掲載はありません。
I-3-(1)②管理者は集団指導や管理者研修等に参加していますが、遵守すべき法令のリスト化等はありません。
I-3-(2)①管理者は建物増改築による生活環境改善、サービスの質改善に取り組んでいます。今年度に発生した虐待後の取組みとして、身体拘束に関する同意書や手続きを見直し、一連の手続きを確立させたとのことです。しかし、職員の意見を取り入れた具体的な取組みとしては確認できませんでした。
I-31(2)②職員の定年退職等の見通しを踏まえて人材の確保を計画的に進めています。業務効率化を考えているが思うように進まないとのことです。

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。	a	a
		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。	b	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。	b	b
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。	b	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。	b	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	c
		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。	b	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短期入所の供給不足の実態があり、施設増改築で短期入所ベッドの増床を行いました。また、入所者の高齢化で職員の支援量が増加しており、人員体制が課題になっていますが、中長期計画は作成途中とのことです。
- Ⅱ-1-(1)②月次決算について会計事務所から状況説明を受けており、経営状況や改善すべき課題について毎月定期的に実施される労使協議会において話し合われています。しかし、経営改善の計画やその実施には至っていないとのことです。
- Ⅱ-2-(1)①人材確保が困難な状況の中、毎年新卒者を複数名採用していますが、人員体制についての具体的な計画はできていません。また、職種や役職に求められる役割や責任は人事考課シートで具体的に職員に周知しています。
- Ⅱ-2-(2)①施設長が職員と定期的に個別面談を行い意向等を把握するとともに、労使協議会においても協議しています。育児休業の時間取得については法定以前から取り組んでおり、現在は子の看護休暇を取れる職場づくりについて検討しているとのことです。具体的なプランへの反映・実行はしていません。
- Ⅱ-2-(2)②今年度はストレスチェック制度を導入実施しましたが、外部の専門家の紹介や総合的な福利厚生制度はありません。
- Ⅱ-2-(3)①職員に求める基本姿勢は、あゆみが丘学園の「目標」として明示しています。さらに「階層別役割一覧・育成計画」シートに組織として職員に求める専門技術や資格を記載しています。
- Ⅱ-2-(3)②職員一人ひとりの研修履歴と研修計画をまとめたシートを作成している段階です。
- Ⅱ-2-(3)③研修参加者はレポートを作成しています。最近では行動障害のある人への「お知らせ」の方法について、研修成果を反映させることができたとのことです。研修計画の見直しにまでは至っていません。
- Ⅱ-2-(4)①福祉即戦力人材養成科の実習受け入れについて、実習指導者の研修に参加するとともに、受け入れプログラムを作成しています。しかし、実習受け入れの基本姿勢は文章化しておらず、短大等の実習受け入れプログラムもありません。
- Ⅱ-3-(1)①個人情報取り扱いについては個人情報管理規程を設けて、開示請求への対応を定めています。契約書・重要事項説明書にも開示方法を明示しています。また、個人情報使用同意書を整備し、利用者を取り交わしています。実習生については誓約書を整備しています。
- Ⅱ-4-(1)①安全委員会は以前から設置していますが、定期開催は行っていません。利用者のリスク管理として、個別の口腔ケアに関するポイントリストを作成しています。また、各種マニュアルとして、てんかんや肝炎等のマニュアルを作成し、冊子を各部署に置いています。全職員が普通救命講習を数回に分かれて受講しており、上級救命講習の受講者もいます。警察を招いて防犯訓練を実施し、職員室には防犯グッズを整備しています。しかし、本人の外出時の事故等について連絡方法を定めたものではありません。
- Ⅱ-4-(1)②土砂崩れ対策として擁壁の整備工事を行いました。避難訓練や防犯訓練を実施し、市の避難施設ともなっています。知的障害者福祉協会に加入し、災害時の相互受け入れが可能となっています。
- Ⅱ-4-(1)③ヒヤリハット、事故報告書を整備しています。誤薬に関する報告が多かったため、安全委員会で服薬に対するマニュアルを見直しました。事故レベルの報告がヒヤリハットとして報告されており、事故とヒヤリハットの区分に課題があります。
- Ⅱ-5-(1)①自治会への加入はありませんが、地域での電気柵の設置や道路の花壇整備など自治会主催のイベントに参加しています。ボランティアも積極的に受け入れていますが、利用者が地域の方と企画段階等から関わることはありません。
- Ⅱ-5-(1)②事業所が有する機能の地域への提供は行っていません。
- Ⅱ-5-(1)③ボランティア委員会を設置し、家族会への呼びかけや地域へのボランティア募集を行っています。受け入れにあたっては、ボランティア受け入れ要項を定めていますが、ボランティアへの研修は行っていません。
- Ⅱ-5-(2)①地域で作成された資源マップを各部署の職員室に置き、活用しています。障害者自立支援協議会に参画し、他の関係機関との情報交流を行っています。総合病院と契約し、セラピストの派遣を受けて利用者のリハビリがあり、その実践報告も施設外で行っています。
- Ⅱ-5-(2)②年3回発行している機関紙「しらさぎ」を全家族に郵送しています。保護者会の担当者を置っていますが、相談の窓口と言えるものではありません。

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	a
		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。	b	b
	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。	a	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。	c	b
	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われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	b	a
	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	b
	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	a
		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。	c	b
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。	a	a		
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。	c	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。	b	a
	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。	b	b
		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	c
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	a
		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。	b	b
	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	c
		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。	c	c

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①広報誌「しらすぎ」を行政、近隣の福祉事業所に配布しています。ホームページを作成し、広報誌「しらすぎ」やスタッフブログで、施設での近況などを定期的に更新・紹介しています。

Ⅲ-1-(1)②重要事項説明書を整備おり、過去に契約を結んだ人や共有スペースに掲示したのものにはルビを振るなど分かりやすい工夫をしていましたが、新規利用者に対してはそのような工夫は行っていません。

Ⅲ-1-(2)①他の事業所への移行の手順は定めておらず、移行の事例もありません。担当としては特定相談支援事業を実施して、相談窓口も設けています。

Ⅲ-2-(1)①個別支援計画を作成していますが、アセスメントは入所段階で行うのみで、それ以降は本人からの聞き取りとモニタリングのみで再アセスメントは行っていません。

Ⅲ-2-(2)①パソコンのシステムを導入し、個別支援計画を職員全員が共有できるようになっています。組織図を作成し、責任者を明確にしています。

Ⅲ-2-(3)①年に2回モニタリングを複数職員で実施していますが、アセスメント記録に反映しないまま評価を行っています。また、定期以外のモニタリングは実施していません。

Ⅲ-2-(4)①一人ずつの個別支援計画を作成・整備しています。記録の取り方に関するマニュアルを作成し、職員間で書き方に差異が生じないように工夫がなされています。

Ⅲ-2-(4)②記録管理について、個人情報管理規程にて責任者を定めています。開示についても同じく個人情報管理規程に定めています。また、保存年限については運営規程に明記していますが、個人情報に関する教育や研修は実施していません。

Ⅲ-2-(4)③職員会議(事務、厨房、医務、支援)が月1回、支援会議(医務、支援)が月1回と部門を横断した会議を定期的実施しています。パソコンやタブレットを使用したシステムを導入し、情報共有を図っています。

Ⅲ-3-(1)①ニーズを充足するための姿勢が、理念と方針に定められています。利用者ニーズの把握については、個別支援計画作成時の聞き取り等で行われています。保護者会はありますが、ニーズ把握を行う場とはなっていません。

Ⅲ-3-(1)②年2回のモニタリングにおいて担当者によるニーズ把握を行います。外出ニーズが多く、個別外出できるように改善が行われた事例があります。

Ⅲ-3-(2)①職員室前に勤務表や棟担当者の顔写真を掲示し、その日の勤務者がわかるようにしています。相談スペースとして会議室や個室などを整備し活用していますが、障害のある本人が意見を述べやすい工夫としては十分とは言えません。

Ⅲ-3-(2)②苦情解決システム要綱を作成し、システム体系図を玄関に掲示しています。第三者委員を配置し、ポスターにより委員を紹介していますが、連絡先を記載していません。受け付けた苦情は改善通知書として報告しています。改善結果を広報誌で公表することを要綱に定めていますが、広報誌への掲載等はしていません。

Ⅲ-3-(2)③苦情解決システム要綱を作成していますが、日常の意見や提案については利用者の各担当レベルで対応しており、その記録についても統一していません。

Ⅲ-4-(1)①提供するサービスは、排泄・食事・入浴・睡眠等の業務マニュアルに沿って行っています。また、実施方法の確認を行い、気になる点があればOJT会議にて検討し改善につなげています。

Ⅲ-4-(1)②一定水準を確保する為の実施方法について、年1回は見直しを行っていますが、本人や家族等からの意見や提案が反映されるような仕組みの構築は行っていません。

Ⅲ-4-(2)①3年前に第三者評価を受診していますが、サービス内容については評価結果を生かした取り組みは十分とは言えません。定期的に自己評価を行い、組織的に分析・検討する仕組みがありません。

Ⅲ-4-(2)②自己評価等の実施、第三者評価の結果に基づくサービス改善の取り組みは十分ではありません。

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。	c	b
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。	b	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。	b	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。	a	b
		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。	a	a

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	b
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	b

【自由記述欄】

IV-1-(1)①利用者のプライバシーに配慮し、同性介助を行っています。平成27年度の本館耐震化増改築整備工事の際に、プライバシー保護の為に個室を増やしましたが、完全個室ではありません。その為、一人になりたい時や精神的に不安定な時には静かに過ごせるスペースを別に確保しています。プライバシー保護に関する規程等を本人や家族には周知できていません。

IV-1-(1)②言葉では分かりにくい利用者には写真を使用する等して、視覚的に理解できるようにコミュニケーションを工夫しています。また、意思伝達が困難な利用者には、家族に好きなことや喜ばれること等を聞き取ったり、ジェスチャーから訴えを察知し、職員間で共有し、意思疎通に努めています。

IV-1-(1)③障害のある本人が主体的に活動できる環境や機会は提供できていません。保護者会等で家族と話す機会はありますが、利用者支援に活かす為の取り組みは行えていません。

IV-2-(1)①希望者にはゆっくりと入浴してもらえるよう「見守り入浴」の時間帯を設けています。高齢化により身体機能に低下がみられる利用者にはシャワーチェアやリフト浴を使用し、安全な入浴支援を行っています。

IV-2-(1)②一緒に買いに出かけたり、好みに合った衣類を聞き取り購入する等、利用者の思いを尊重した支援を行っています。また、衣類の汚れや破損がある場合には更衣や補修、又は購入支援を行い、気持ち良く過ごしてもらえるように努めています。

IV-2-(1)③利用者は、地域の美容院と訪問理美容を選択できます。希望に応じて地域の美容院への送迎支援を行っています。

IV-2-(2)①身体状態に応じたベッドと個人の好みに合った寝具を使用でき、安眠できる環境を整えています。夜間に排泄等で支援が必要な利用者は個別支援計画に基づいた支援を行っていますが、睡眠に関するマニュアルには不眠者等への対応等についての記載はありません。

IV-2-(2)②洋式・和式トイレや小判型便器を整備し、利用者が使いやすいように配慮しています。支援が必要な利用者は個別支援計画に沿って声掛けを行ったり、ポータブルトイレを設置する等して対応しています。排泄用具の使用方法等に関するマニュアルは整備できていません。

IV-2-(2)③毎日のバイタルチェックと年2回の健診にて利用者の健康状態の把握に努めています。体調不良時には医務室横の静養室にて療養できるようにしています。また、歯科医師の指導を受け、口腔衛生の維持・推進に努めています。

IV-2-(3)①嗜好調査により利用者の希望を聞き取り、給食会議にて検討し、メニューに取り入れています。また、利用者の状態に応じて食事形態の工夫やテーブルや椅子の高さ調整を行い、食事を美味しく楽しく摂ってもらえるように、利用者間の関係性に合わせた配席を調整し、食事環境づくりに努めています。しかし、幅のある時間帯での食事提供などはできていません。

IV-2-(4)①日中の活動は、利用者の希望を確認しながら、リサイクル活動、洗濯清掃活動、リハビリ・レクリエーション活動に分かれて取り組んでいます。

IV-2-(5)①新聞や雑誌を取り置き、各居室にはTVを設置し、随時視聴できるようにしています。また、動画視聴やゲーム機の使用希望が多く出たことからタブレットやゲーム機を購入し、ルールを決めて使用できる機会を提供しています。預り金は職員が管理を行っていますが、利用者が自己管理ができるような支援体制はありません。

IV-2-(5)②希望があれば、随時面会・外泊・外出ができます。電話の希望があれば状況に応じて支援を行っています。地域のイベントに参加する機会もあります。

IV-2-(6)①畑づくりや花壇づくりの取り組みを行っている他、京丹後市車いす駅伝大会等地域行事の情報を収集し、参加への支援をしています。職員の体制上、十分な取り組みが行えていないとのことです。