

[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 こひつじの苑舞鶴	施設 種別	施設入所支援・生活介護・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31年2月1日

総 評	<p>障害者支援施設こひつじの苑舞鶴は、京都府南丹市に法人拠点を置く社会福祉法人 京都太陽の園が、昭和62年に東舞鶴に開設した障害者支援施設です。</p> <p>事業所では、法人理念「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」の下、入所者一人ひとりの気持ちを汲み取った支援を実践されており、経管栄養等医療的ケアが必要な利用者にも安心して生活して頂けるよう、喀痰吸引の研修を修了した介護職員を配置しています。</p> <p>半径10km以内に原発施設がある事業所であることから、放射能汚染等の災害に備えた空気清浄機及びビシュルターを設置し、舞鶴市等関係機関と連携を進めながら防災訓練や定期点検による安全確保・安全対策に努めておられます。</p> <p>2018年度からは法人・施設の在り方改革に着手し、中・長期計画を基に更に地域から必要とされる事業所となるよう、ビジョン達成に向けて職員一丸となってサービスの質の向上に取り組んでおられます。</p>
特に良かった点(※)	<p>○中・長期計画の策定</p> <p>前回の第三者訪問調査時の特に改善が望まれる点に、中・長期計画の策定がありましたが、訪問調査以降に施設長、副施設長等6名で構成する事業検討委員会を立ち上げ、聴き取り調査や課題抽出を行い、中・長期計画を策定されました。その内容からも、本事業所の事業運営や利用者サービスや質の向上に向けての真摯な姿勢が伺えます。</p> <p>○労働環境の改善</p> <p>職員面談による就業状況や意向等の確認・把握、有給休暇取得率や時間外労働等のデータを確認し、勤務体系を見直す等の改善対策を実施された結果、現在は有給休暇取得率が75%を超えました。また、夜勤業務における身体的負担が軽減されたとの声も出ています。職員の健康やワーク・ライフバランスに配慮した、働きやすい職場環境を整備されています。</p> <p>○ボランティアの受け入れ</p> <p>前回の訪問調査時以降、ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明文化した「ボランティア受け入れマニュアル」を整備されました。また、毎年1回ボランティア連絡会を開催し、職員とボランティアとの交流を図ると共に講習会を実施し、ボランティアの育成と利用者理解の促進に努めておられます。ボランティアと利用者との交流がスムーズに行われるよう配慮されていることが確認できました。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の策定</p> <p>事業計画策定の際には主任会議で検討していますが、主に施設長が策定されています。2018年度から、パート職員を含む全職員が各種委員会活動に参画し、利用者支援に臨んでおられる士気の高い職場ですので、その利点を活かした事業計画策定の仕組みを検討されることを期待します。</p> <p>○実習生の受け入れ体制</p> <p>実習指導者講習会修了者を実習担当者として配置し、実習マニュアルを策定する等、実習生を積極的に受け入れています。事業所独自の実習プログラムは無く、実習先の実習プログラムによる実習となっています。</p> <p>今後は実習全般を計画的に学べるプログラムの作成と実習生受け入れに関する基本姿勢の明文化をお勧めします。</p> <p>○マニュアル全般の整備</p> <p>各種マニュアルをきめ細やかに整備されていますが、職員への周知が十分ではありません。マニュアルは整備した後に、周知徹底することによって、どの職員が行っても同じ対応が行え、サービスの質の一定水準を確保するためのものです。マニュアルの在り方について、定期的な見直し・更新時期の取り決めを含めて検討して下さい。併せて、利用者の意見・要望等に対応するマニュアルの策定にも取り組んでください。</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 こひつじの苑舞鶴
施設種別	施設入所支援・生活介護・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30年11月26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。	A	A
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。	A	A
		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。	A	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) 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-(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。	A	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。	A	A

[自由記述欄]

I-1-(1)①「最も援助を必要とする最後の一人への尊重」の法人理念から法人の使命、役割、目指す方向等が伺えます。また、法人理念はパンフレットや事業所内にも掲示し、広く周知しています。

I-1-(1)②理念に基づいた法人の基本方針を年度毎に作成しています。平成30年度の基本方針は、利用者の人権を尊重した質の高いサービスの提供、地域貢献、人材育成等を掲げており、職員の行動規範となる内容となっています。

I-1-(2)①理念や基本方針は年度当初の職員連絡会等において説明し、中途採用の職員には採用時に説明しています。また、理念、基本方針、事業計画を基にテーマ設定し、サービスの向上や施設の改善を図り、2月に法人全体研修において取り組みを発表する等、理念や基本方針の周知に向けた実践活動を行っています。

I-1-(2)②家族には毎年7月の家族連絡会にて資料配布して説明を行うとともに、欠席家族には当日資料を郵送する等して周知しています。また利用者には、毎月開催の「入所者の話を聴く会」において説明を行い、質問等があれば主任、各部署が回答する等、理解や周知に向けて取り組んでいます。

I-2-(1)①前回の第三者評価受診後から委員会を設置し、中・長期計画を策定しました。施設長や副施設長を含む6名で構成された事業検討委員会を設置し、課題の抽出や聴き取り調査を実施する等、具体的な取り組みの検討や見直しを行っています。

I-2-(1)②事業計画は主任会議において策定し、年度途中において実施状況の把握や評価を行っています。ただし、課題の把握、目標設定、評価、見直し等は、全職員参画の基では行っていません。

I-2-(1)③事業計画は年度当初4月の職員連絡会において全職員に資料を配布し、説明を行い周知を図るとともに、研修等で理解を深める取り組みを行っています。

I-2-(1)④法人理念や基本方針同様に利用者には「入所者の話を聴く会」、家族には家族連絡会にて説明すると共に欠席者には資料を郵送する等してありますが、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法人就業規則等において管理者の役割、責任を文書化していますが、広報誌等へは掲載していません。次年度4月発行の広報誌に掲載予定とのことです。

I-3-(1)②管理者は積極的に研修会等に参加するとともに、虐待やリスクマネジメント、身体拘束、不適切ケア研修の講師を務める等、法令等の正しい理解に向けた取り組みを行っています。

I-3-(2)①管理者は福祉サービスの質の向上について、主任会議や職員連絡会に参加することで改善事項等の案件があれば改善に向けた取り組みを明示する等、積極的に参画しています。特に前回第三者評価の改善事項であった夕食時間について、職員の勤務体制を試行期間を設けて見直しをする等、改善に取り組まれました。

I-3-(2)②リフレッシュ休暇や有休取得率が75%を越える等、労働環境の改善に向けた具体的な取り組みを行っています。また、パート職員を含む全職員が各種委員会に参加することで業務の効率化や改善に向けて取り組んでいます。

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。	A	A
		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。	A	A
	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。	A	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	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。	A	A
	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	B
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

【自由記述欄】

Ⅱ-1-(1)①管理者は研修への参加や各種関連協会の役員を勤めること等で社会福祉事業の動向等の把握に努めています。また、そこで得られた情報等を分析し、中・長期計画に反映させています。

Ⅱ-1-(1)②会計士の意見等を経営改善に活かす等、定期的にサービスコストや利用率等の分析を行っています。しかし、経営状況や改善課題については、職員への情報共有や周知を行うことは検討していません。

Ⅱ-2-(1)①中・長期計画に人事管理の方針を明文化し、人事に関する具体的な指標を確立しています。

Ⅱ-2-(2)①有給休暇取得率、時間外労働のデータチェック、年1回の職務希望調査、年2回の主任との個別面接等で職員の就業状況を把握に努めています。また、リフレッシュ休暇を導入する等、職員の意向を反映し、就業状況の改善に取り組んでいます。その結果、5年前は20%であった有給休暇取得率は75%になりました。しかし、人材や人員体制に関する具体的なプランまでには反映していません。

Ⅱ-2-(2)②福利厚生制度や退職共済への加入、「きょうと健康づくり実践企業」認証、ストレスチェックの実施等、職員の福利厚生、健康維持に積極的に取り組んでいます。しかし、職員にメンタルヘルスにおける専門家を紹介するまでには至っていません。

Ⅱ-2-(3)①中・長期計画や基本方針、人材育成計画において職員に求める基本的姿勢等を明示しています。また専門資格取得においては、「資格取得の奨励に関する規程」を整備することで介護福祉士等の受験料補助を行っています。

Ⅱ-2-(3)②人材育成計画における研修計画(階層別研修)に基づいて対象職員の研修会を開催していますが、職員一人ひとりの教育・研修計画は、現在作成中とのことです。

Ⅱ-2-(3)③研修に参加した職員には報告書の提出を義務付けています。研修成果を職員連絡会で発表する等の機会がありますが、評価・分析は行っておらず、今後の課題とのことです。

Ⅱ-2-(4)①実習受け入れ担当者や実習指導者講習会修了者の配置、実習マニュアル策定等、積極的に実習生を受け入れていますが、独自の実習プログラムは作成していません。また実習生受け入れに関する基本姿勢を明文化したものはありません。

Ⅱ-3-(1)①「特定個人情報取扱規程」、「利用者に係る個人番号通知カード等取扱規程」を策定しています。職員は採用時に誓約書を提出しています。個人番号は規程により事務取扱担当者を選任し、管理しています。

Ⅱ-4-(1)①リスクマネジメント委員会を設置しています。事故発生時には、随時委員を召集し、対応策等を検討していますが、委員会の定期開催は行っていません。なお、上半期は10回程度委員の召集がありました。毎年AEDの使用法の研修を行っています。

Ⅱ-4-(1)②半径10km以内に原発施設があるため、有事に備えて放射能汚染に対応する空気清浄機及びシェルターを設置し、定期的な点検を行っています。火災想定訓練は年3回実施しています。備蓄は、100名分3日分の食料品や感染症キット等を整備しています。2017年度に備蓄の適切な管理方法を検討し、2018年度から管理責任者を設置して管理しています。

Ⅱ-4-(1)③リスクマネジメント委員会にて、事故発生時の要因分析と対応策を検討しています。昨年度末に事故分類の分析を行いデータ化しましたが、定期的に評価・見直す仕組みは整備段階です。

Ⅱ-5-(1)①地域の自治会には加入しておらず、立地条件により日頃から地域住民とふれあう機会が持ちにくい環境にあります。地域行事等は掲示にて利用者へ案内し、希望者へは参加できるよう支援しています。

Ⅱ-5-(1)②市内の小・中学校の福祉体験や近隣の専門学校からの依頼で車イス講習会等を行っています。事業所自らの開催はありません。

Ⅱ-5-(1)③「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、年1回ボランティア連絡会を開催しています。連絡会では職員とボランティアとの交流を図るとともに、ボランティアへの研修も行っていきます。

Ⅱ-5-(2)①家庭総合支援相談を活用し、利用者要望の顔で操作ができる車イスを支給してもらう等、利用者の要望に応えるための他機関との連携を図っています。必要な社会資源や関係機関等を一覧表にしていますが、職員間で確実な情報共有は図れていません。

Ⅱ-5-(2)②今年台風の影響で中止になりましたが、年1回家族連絡会を開催し、家族との交流を図っています。また、随時の電話連絡や年4回の広報誌等で、利用者の様子を家族へ知らせ、情報共有を行っています。

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。	A	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	A
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。	A	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われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	A	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	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。	B	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。	A	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	A
		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	B
	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	A
		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	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。	B	B
	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。	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。	A	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	B

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①事業所の情報は、ホームページへの掲載や日課表を挟み込んだパンフレットを市役所や身体障害者福祉センターに設置する等して、多数の人が手にすることができるよう情報提供しています。見学希望があれば随時対応している他、年に1~2回、支援学校生徒の体験利用を受け入れています。

Ⅲ-1-(1)②サービス利用開始時に担当者から契約書と重要事項説明書を基に説明を行い、同意を頂いています。利用者等が理解しやすい工夫については、口頭説明や文書を読んで理解される方が多く、特別な工夫は行っていません。

Ⅲ-1-(2)①家庭や他事業所からの入所にあたっては、相談支援事業所から送付されるアセスメント情報や個別支援計画書を確認したり、事業所のフェースシートを用いて情報提供してもらう等、生活の継続性に配慮できるよう対応しています。

Ⅲ-2-(1)①様式を定めてアセスメントを行い、利用者ニーズを反映して記載しています。内容は、担当支援員が本人や他職種に確認し定期的に更新しています。

Ⅲ-2-(2)①毎年4月に担当支援員が利用者に意向を聞き取り、関係者への情報収集を行い、個別支援計画書を作成しています。半期に1回中間評価を行い、「連絡ノート」を用いて更新の情報共有を行っていますが、他職種が改まって集まり検討する場(会議)は設けていません。

Ⅲ-2-(3)①半期に1回モニタリングを行っていますが、状態変化に伴う随時のモニタリングは口頭で行っていますが、記録には残していません。

Ⅲ-2-(4)①福祉業務支援ソフト「ほのぼの」を活用して日常の記録していますが、個別支援計画に基づいた記録とはなっていません。また、職員間で統一した記録が行えていません。

Ⅲ-2-(4)②「社会福祉法人太陽の園 文書取扱規程」を定め、記録の管理を行っています。文書の廃棄方法は「特定個人情報取扱規程」に記載しています。日常における個人情報の取り扱いについては、個別に職員指導を行っています。

Ⅲ-2-(4)③利用者の状況は、朝礼や昼礼にて申し送りを行い、主任会議や班長会議、支援員会議で段階的に共有を行っています。利用者に関して随時に支援を検討する場を設けていますが、定期的な個別支援会議は開催していません。

Ⅲ-3-(1)①月1回「入所者の話を聴く会」の開催や年1回家族会にてニーズ把握に努めています。成年後見人には月1回来所時や電話連絡にて対応しています。

Ⅲ-3-(1)②「入所者の話を聴く会」等で得られた意見やニーズは、随時班長会議等で検討し、改善に向けて対応していますが、入所者参画のもとでの検討は行えていません。

Ⅲ-3-(2)①「入所者の話を聴く会」以外に、傾聴ボランティアによる相談会「ざっくばらん」を開催し、入所者が話しやすい機会を設けています。この相談会開催は掲示板にて知らせ、希望者には面談室等特定の場所を設定し、意見の述べやすい環境を整備しています。

Ⅲ-3-(2)②「苦情対応規程」、「苦情対応マニュアル」を整備しています。第三者委員を設置し、入所者に分かるように掲示していますが、連絡先は記載していません。

Ⅲ-3-(2)③「苦情対応マニュアル」を整備していますが、利用者からの意見・要望等に対応するマニュアルは整備していません。以前、温かいご飯を食べたいという要望があり、温冷配膳車を購入し整備する等、サービスの改善に努めています。

Ⅲ-4-(1)①「介護マニュアル」に基づき、各班において利用者毎に「生活支援実施書」を作成し、個別的なサービスを提供しています。ただし、マニュアル等に基づいて適切にサービスが提供できているかを確認する仕組みはありません。

Ⅲ-4-(1)②サービスを一定水準確保する為に、「生活支援実施書」作成しています。年1回は班会議にて見直しを行っていますが、見直し時期や方法は定めていません。

Ⅲ-4-(2)①3年に1回第三者評価を受診していますが、自己評価は実施できていません。

Ⅲ-4-(2)②会議等において課題の共有化を図る機会があります。主任会議において評価結果の分析・検討・計画の見直し等を行っていますが、分析した結果や課題の文書化はできていません。

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。	B	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	B
		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。	B	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。	B	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	B
	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	B
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への配慮について、職員連絡会で研修等を実施したり、支援体制・マニュアル等の整備を行っていますが、利用者や家族へのマニュアル等の周知は行えていません。

IV-1-(1)②利用者とのコミュニケーションは、個別支援計画に基づき、本人の残存能力を活かした機器を導入する等の工夫を行っています。

IV-1-(1)③「入所者の話を聴く会」は月1回、「家族連絡会」を毎年1回開催し、利用者や家族との協議の場を確保していますが、利用者の自治会等は設置していません。

IV-2-(1)①入浴状況や支援の内容は、「経過記録」に記入しています。入浴等の支援は、本人の状態等に応じた個別支援を行っていますが、前回の受診で課題に挙がってからプライバシー保護に関する構造や設備については、現在も検討中です。

IV-2-(1)②衣服に関する課題がある場合は、班会議において検討し、対応しています。

IV-2-(1)③月2回の理美容の訪問があります。また、本人の希望に応じて地域の理髪店や理美容も利用できるよう、生活支援員がボランティアや家政婦等を調整し、外出支援を行っています。

IV-2-(2)①睡眠時の利用者への一時的な配慮として、静養室を利用できるようにしています。また、寝具は本人の好みに応じて購入する等の対応も行っています。ただし、睡眠の支援に関するマニュアルはありません。

IV-2-(2)②排泄介助のマニュアルを整備しています。課題のある利用者への支援は、班会議で検討し対応しています。清掃は毎日実施できておらず、週3回委託業者が実施しています。

IV-2-(2)③月2回、口腔ケア指導を受けています。体調変化時に速やかに対応できるよう、マニュアル「緊急対応関係」を作成し、整備を行っています。

IV-2-(3)①献立は掲示板にて周知を図っています。月1回管理栄養士による「嗜好調査」を実施し、献立に反映させる仕組みがあります。「厨房会議」への利用者の参加はありません。

IV-2-(4)①食堂を利用して日中活動を実施しています。利用者個々のニーズに応じた活動は提供できていません。

IV-2-(5)①日常生活の決まりごとは、班会議にて見直ししています。預り金は取扱規程に基づき管理を行っていますが、経済的な対応能力を向上させる学習プログラムはありません。

IV-2-(5)②「外出届取扱いマニュアル」を整備しており、本人の意向に沿っての外出・外泊が可能です。また、本人の希望に応じて外出時に必要な付き添いとして、ボランティアや家政婦等を生活支援員が調整しています。事業所外での活動や行動に関する学習の提供や連絡先を明示したカードはありません。

IV-2-(6)①地域の社会資源を活用しつつ、利用者のニーズに応じた娯楽・嗜好品の利用が可能です。余暇活動に課題がある利用者について、月1回「日中活動委員会」において支援を検討する体制があります。利用者が主体的に企画・立案できる体制はありません。