

[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	施設種別	生活介護、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		

平成30年3月5日

総 評	<p>社会福祉法人京都太陽の園が運営する障害者支援施設こひつじの苑は、我が国初の身体障害者療護施設として開設しました。「最も援助を必要とする最後の一人を大切にする」という理念の下、利用者一人ひとりの尊厳を大切に利用者へ寄り添った支援を展開されています。正面玄関のステンドグラス「よき牧者と子羊」は、人間尊重の基本理念を表し、施設のシンボルとなっています。歴史ある施設内は天井高のあるホール等広々としており、支援に必要なリフト等の設備が備えられています。近年の耐震化工事に併せ、利用者目線での多床室のプライバシー確保やトイレ等の改修が行われる等、暮らしやすさの工夫が施されています。利用者の重度化が進む中にも、一人ひとりの個別性を大切に生活支援に取り組まれている姿勢があります。</p>
特に良かった点(※)	<p>○<b>職員の自己成長促進の取り組み</b>        職員のセルフマネジメントの仕組みとして、「ぐんぐん伸びろ！」(職員目標管理シート)を新規導入し、定期的に自己の行動評価を行い、2ヵ月毎に上司面談の機会を持ち、成果を確認、共有する機会を持たれています。</p> <p>○<b>利用者一人ひとりを尊重する取り組み</b>        利用者一人ひとりの「生活支援実施書」を作成し、個別の食事・排泄・整容・着脱等の具体的な日常生活の支援内容や配慮事項を記載し、個を意識した援助を常に提供できるように取り組まれています。</p> <p>○<b>口腔ケアによる健康管理の徹底</b>        感染症対策はもちろんこと、健康維持において重要となる口腔衛生に力点を置き、日々取り組まれています。週1回、歯科医師及び歯科衛生士来訪による口腔管理が実施されています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の進捗と成果確認 現在、法人事業検討委員会にて2018年施行予定で中長期計画を策定中とのことです。また、単年度事業計画においては、数値的な目標設定はなく、期中の事業計画の評価・見直しの仕組みはありません。今後、中長期的な視点から単年度で達成すべき具体的目標設定をされ、定期的に進捗状況を確認し、成果等の共有機会を持たれることを期待します。</p> <p>○人材の確保、育成体制の体系的構築 人員体制に関する基本的な考え方や人事管理に関する方針を明示した、人材確保計画は策定されていません。昨今、人材確保の困難さが増す中、人材や人員体制に関する具体的プランや組織が求める専門技術や専門資格を確認する計画策定が重要と考えます。また、職員育成の推進のため、個別の研修計画の策定を期待します。</p> <p>○マニュアル等文書の整備と定期的な見直し 実態として仕組みや手順はありますが、文書化されていない工程等が多くありました。業務の標準化や継承のためにも、根拠となる文書化をお勧めします。 また、文書について定期的に見直しを実施する仕組みがありません。文書は常に現状に沿った最新の状態で維持することが必要です。担当者やその手順を定め、定期的な見直しの仕組みの構築を期待します。</p> <p>○自己評価によるサービスの質の向上への取り組み 定期的な自己評価の仕組みはありません。定期的に利用者満足度を確認し、法人、施設等で定めた評価表等を用い、提供しているサービスのチェックや課題の確認機会を確保さ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	障害者支援施設こひつじの苑
施設種別	生活介護、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30年1月17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。	b	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。	a	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。	b	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。	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。	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。	a	a
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。	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事業計画書、パンフレットに法人理念を掲載しています。  
I-1-(1)②事業計画書、事業所毎の基本方針を掲載しています。理念の基となる障害者権利条約や全国身体障害者施設協議会倫理綱領を大切に支援しています。  
I-1-(2)①理念や基本方針は年度初めの理事会、職員会議にて施設長、主任より説明しています。セルフマネジメント「ぐんぐん伸びろ！」(職員目標管理シート)を導入し、全職員が2ヵ月毎に上司面談の機会を持ち、周知状況を確認しています。  
I-1-(2)②利用者には年度方針説明会にて、家族等には家族連絡会にて、事業計画(理念・年度方針掲載)を配布し、口頭にてわかりやすく説明し、周知を図っています。個別にトーキングエイドや文字盤を利用して説明しています。  
I-2-(1)①現在、法人事業検討委員会(施設長、主任参照)にて中長期計画を策定中です。(2018年4月より開始予定「(社福)京都太陽の園 中期計画2018-2020」)  
I-2-(1)②年度末に「振り返りシート」を主任クラスに配布し、職員の意見を集約し、副施設長が取りまとめ、施設長が原案を作成しています。事業計画において数値的な目標設定はなく、期中の事業計画の評価・見直しの仕組みはありません。  
I-2-(1)③年度事業計画は、全職員に配布の上、年度初めの職員会議にて施設長、主任より説明しています。  
I-2-(1)④利用者には年度方針説明会にて、家族等には家族連絡会にて事業計画を配布し、口頭にてわかりやすく説明し、周知を図っています。  
I-3-(1)①施設長は、個別業務分掌表を作成し、職員会議、主任会議に参加し、自らの役割と責任を表明しています。広報誌等での表明はありません。  
I-3-(1)②全国社会福祉法人経営者協議会等に加盟し、施設長は、経営セミナー等に参加しています。必要な情報は、職員会議等の会議体で伝達しています。欠席者は、会議録を確認してチェックする仕組みがあります。  
I-3-(2)①施設長は、定期的な面談や職員会議に参加して、職員の意見を汲み取る機会を得てサービス改善に取り組んでいます。しかしながら、改善のための目標明示やインフラ整備、人材確保等の具体的な取り組みには至っていません。  
I-3-(2)②経営等の分析は実施していますが、経営や業務の効率化に係る具体的な取り組みや体制の構築までは至っていません。

## 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	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。	a	a
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	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	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。	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	a	
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	b
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	b
		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。	b	c
	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月1回の園部地区障害児者ネットワーク会議や丹波支援学校進路打ち合わせ会に参加し、地域動向の把握に努めています。相談支援部門から自立支援協議会等の情報を得ています。法人内では、施設長会や南部幹部会で情報共有しています。法人事業検討委員会にてデータ分析を実施しています。

Ⅱ-1-(1)②月次の試算表を作成し分析しています。2ヵ月毎に公認会計士よりアドバイスを受けています。空床が出た時は、即座に保健所に情報を流す等して空床期間の短縮に努めています。

Ⅱ-2-(1)①人員体制に関する基本的な考え方や人事管理に関する方針を明示した人材確保計画は策定していません。セルフマネジメント(個人目標管理の仕組み)にて、能力向上等の意向を確認しています。年1回、人事考課後の職員面談を実施しています。職務、職位についての、指標は業務分掌表に記載し明らかにしています。

Ⅱ-2-(2)①労務データは、施設長、副施設長が管理し、職務希望調査等を実施して意向を把握しています。就業状況については必要に応じ、主任会議で検討しています。人材や人員体制に関する具体的プランは策定していません。

Ⅱ-2-(2)②職員の相談窓口は生活支援員が務めています。しかし、相談窓口や産業医相談についての周知や外部の相談窓口の案内は十分ではありません。

Ⅱ-2-(3)①目指す職員像は、基本方針等に明示しています。資格取得支援として、受験費用を支弁しています(事後、複数回申請可)。また、資格取得のための研修へ職務派遣を実施しています(介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士等)。基本方針等に組織が求める専門技術や専門資格の明示はありません。

Ⅱ-2-(3)②新採用職員研修会(法人・施設)は、「京都太陽の園 人材育成計画」に基づき、研修を実施しています。外部派遣による研修は復命書を提出の上、報告研修を職員会議にて実施しています。職員一人ひとりの研修計画は策定していません。

Ⅱ-2-(3)③内部研修について、実施報告や個人報告の仕組みはありません。外部派遣研修については、報告研修を開催し、成果に関する評価・分析を行っています。次期、研修計画への具体的な反映の仕組みありません。

Ⅱ-2-(4)①実習受け入れマニュアルを策定し、地域福祉委員会が中心に実習を受け入れています。定期的な養成校との実習懇談会に参加し連携しています。介護福祉士について、実習指導者講習会修了者が実習を担当しています。

Ⅱ-3-(1)①個人情報保護規程を策定し、入居時に説明の上、「同意書」を交わしています。職員等には、新採用職員研修会で教育を実施しています。

Ⅱ-4-(1)①事故について報告は主任会議で分析、検討しています。利用者参加の仕組みはありません。事故防止の管理体制に関する手順を示すマニュアルは策定してません。外出時等の連絡は連絡網等の仕組みがあります。緊急時は、必要な事項を記載した個人ファイルを医務室から持ち出します。感染症対策は、「感染症予防マニュアル」を策定し、リスクマネジメント委員会で対策を行っています。職員は、救急救命に関する研修に順次参加しています。

Ⅱ-4-(1)②福祉避難所の指定を受け、避難者受入手順書を作成しています。5年前に耐震化工事を施工しています。年2回以上、避難訓練を実施し、有事に備えています。必要な食料等を備蓄し、リストは栄養士が管理しています。

Ⅱ-4-(1)③事故は、事故報告書で報告します。事故防止についての定期的な実効性等の評価の機会はありません。インシデント事例の収集として、「ヒヤリハットレポート」の仕組みがありますが、検証、分析の仕組みを整備していません。再発防止のため、事例検討を棟会議等で実施しています。

Ⅱ-5-(1)①入居者への地域情報の定例的な仕組みはありません。月1回の施設への出張販売に加え、毎週木曜は希望を確認し、買物代行を実施しています。個別の通院には、職員が付き添いをしています。地域交流行事として、毎年オープンハウス、夏祭り、秋のスポーツフェスティバル等を開催しています。

Ⅱ-5-(1)②相談支援部門を通じて、福祉ニーズの把握に努めています。施設が有する機能を地域に還元する取り組みはありません。

Ⅱ-5-(1)③ボランティア受入れは、生活支援員の中から日課担当が対応します。事前説明等の受入れ手順は確認できますが、マニュアル等の文書化はありません。

Ⅱ-5-(2)①地域の社会資源は、「開けてガッテン」(福祉事業書説明会資料等)で把握しています。地域圏域での福祉事業所連絡会等には参加していますが、改善に繋がる具体的な取り組み事例はありません。

Ⅱ-5-(2)②定期では、支援計画作成時や6ヵ月毎のモニタリング時に家族等に日常の様子を伝えています。家族からの相談は、主任生活支援員(サービス管理責任者)が担当しています。年度初めに家族連絡会を開催し、相談や情報交換を行っています。

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

#### [自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)①パンフレットを市役所に設置しています。パンフレットは、図示や写真を多く使用する等してわかりやすいよう配慮しています。施設見学は随時対応し、入所にあたっては、ショートステイ事業を活用して入所前に体験入所の機会を設ける等してスムーズな入所に繋がっています。

Ⅲ-1-(1)②入所時の説明は、利用者本人や家族等と面接の上、施設見学を併せて実施する等して、利用者本人の意思確認を十分に行っています。契約は利用者本人や家族等に重要事項説明書を全文読み上げる等して、わかりやすく丁寧に実施しています。

Ⅲ-1-(2)①生活移行にあたっては、引継ぎ文書を定め、必要な情報を引き継いでいます。総合的な相談窓口は、主任生活支援員が担当しています。

Ⅲ-2-(1)①アセスメント情報はパソコンソフトを使用し、ネットワーク共有しています。担当職員が聞き取りを実施し、ニーズや課題等の情報を棟会議にて検証し、共有しています。

Ⅲ-2-(2)①個別支援計画はパソコンソフトで共有し、更新は3ヵ月から1年の期間で実施しています。同意を得た計画書は、「個別支援計画ファイル」にて支援員室に保管し、管理しています。緊急に変更が必要な場合は、朝の申し送りや臨時ケース会議にて検証し、周知を図ります。

Ⅲ-2-(3)①定期的なモニタリングは実施していますが、随時のモニタリングの仕組みは明確に示されず、実施は不十分です。

Ⅲ-2-(4)①記録は、パソコンソフトで管理、共有し、計画に基づき、個別具体的に記載しています。記録内容等は、班長やサービス管理責任者が個別に指導しています。

Ⅲ-2-(4)②記録の管理責任者は、副施設長が担当しています。法人「文書取扱規程」を定め、文書、記録を管理しています。記録開示のルールは、「重要事項説明書」に明示しています。新採用職員研修会にて記録管理に関する研修を実施しています。

Ⅲ-2-(4)③情報は、パソコンネットワークを構築し、共有しています。また、ケース会議や定期的な棟会議等の会議体で情報共有しています。また、主任会議では、棟を跨いだ横断的な情報共有を実施しています。

Ⅲ-3-(1)①ニーズ把握のため、個別にケース担当職員やサービス管理責任者が聞き取りを実施していますが、定期的な家族等の聞き取りの機会や本人の会等、懇談会の実施はありません。

Ⅲ-3-(1)②ニーズ充足に関する利用者参画のもとでの会議等の仕組みはありません。

Ⅲ-3-(2)①ケース担当職員やサービス管理責任者が相談対応していますが、複数の相談窓口を明示する説明や文書作成はありません。ご意見箱をデイルームに設置しています。必要に応じ、相談場所として、相談室を使用しています。

Ⅲ-3-(2)②契約時に苦情解決システムについて説明しています。定期的に苦情解決合同会議を開催し、苦情解決第三者委員が出席しています。しかし、その結果等の公表の仕組みはありません。

Ⅲ-3-(2)③利用者からの意見を収集し対応する仕組みはありますが、マニュアルは作成していません。

Ⅲ-4-(1)①OJTで指導の上、プライバシー保護について明確にした「介護部マニュアル」を各部に配置して、業務水準を担保しています。実施方法の確認はチェックシートを用いて実施しています。利用者個別の「生活支援実施書」を作成し、これに基づいてサービス提供して

#### 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。	a	a
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	a	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。	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	b
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	a	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	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	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「全国身体障害者施設協議会倫理綱領」が施設理念の基となっており、障害のある本人を尊重する姿勢を大切にしています。プライバシー保護に関しては、「介護部マニュアル」に必要事項を明記しています。デイコーナーや相談室、作業室等を開放し、利用者が一人になりたい時等はそこで過ごすよう配慮しています。居室の個室化等については今後の課題として捉えていますが、具体的計画となっていません。

IV-1-(1)②利用者には、必要に応じ、わかりやすいようにトーキングエイド等のコミュニケーションツールを使って意思疎通を図っています。また、ケース担当職員が意思を汲み取れるよう日常からかかわりを大切に支援しています。

IV-1-(1)③家族会はありますが、本人の会や自治会等の取り組みはありません。オープンハウス、秋のスポーツ会等、他事業所との交流会を実施しています。

IV-2-(1)①「介護部マニュアル」を基本として利用者の個性に合わせた支援を行っています。しかし、入浴等、個別の支援内容が決められた様式による記録となっていません。利用者の入浴の希望には対応できていません。入浴状況に課題がある場合には棟会議で検討しています。設備等の環境改善は、主任会議で検討しています。

IV-2-(1)②衣類は個別に必要な改修等を施して快適に過ごせるよう配慮しています。洗濯はシルバー人材センターや障がい者雇用を活用しています。衣料品の出張販売の利用や日常の衣類選択は、本人の希望を尊重するよう対応しています。

IV-2-(1)③2か月1回カットボランティアや月1回美容ボランティアが来訪しています。利用者が地域的美容院等に出掛けて利用するための情報提供や付き添い支援の取り組みはありません。

IV-2-(2)①多床室もあることから、安眠確保のため、必要に応じ静養室を利用できるようにしています。棟会議にて検討の機会を設け、睡眠アセスメントは、個別の「生活支援実施書」に記載しています。寝具は、個人での準備も可能とし、施設提供の寝具は、年に一度新しい寝具に交換しています。

IV-2-(2)②棟会議にて検討の機会を設け、排泄アセスメントは、個別の「生活支援実施書」に記載しています。「介護部マニュアル(排泄介助)」には、排泄用具の使用法についての記載はありません。トイレの環境は、便座の形状等障害特性に対応した工夫をしており、汚れには職員が常に気を配り、臭気もなく清潔な環境を保っています。

IV-2-(2)③オンコール(電話連絡)により、利用者に変調があった場合、看護職と24時間連絡が取れる体制をとっています。しかし、変調時の対応手順を示すマニュアルは作成していません。口腔衛生については、週1回、歯科医師及び歯科衛生士来訪による口腔管理が行われています。

IV-2-(3)①食事は、栄養士による嗜好調査を実施し、棟会議にて検討の機会を設けています。食事時間は固定となっており、食事に関する会議に利用者は参加していません。調理は直営でその柔軟性を活かし、個々の嗜好や身体状況に応じた食事を提供しています。食材の多くは地元から調達しています。

IV-2-(4)①日中活動の年間計画立案に際しては、利用者アンケート調査を基に企画しています。活動メニューは、個々の保持する機能を見極め、ベグボード、ピアノ等様々な選択肢を準備しています。しかし、利用者一人ひとりのニーズに応じた日中活動の提供とはならず、個別支援計画にも反映できていません。

IV-2-(5)①金銭等の管理については、金庫や施設設置のセーフティボックスを利用し自己管理ができるように工夫しています。酒やたばこ等の害については情報提供や学習の機会はありませんが、禁止せず健康に配慮した管理を実施しています。金銭管理技能の学習プログラムは作成していませんが、個別には小遣帳での管理を実施しています。預かり金は、法人「利用者預り金管理規程」により管理しています。

IV-2-(5)②個別に年2回、本人の希望に応じた外出の機会を計画しています。個別の希望があれば、ガイドヘルパー、ボランティア等の調整を実施します。外出・外泊や面接時間に制限はなく、可能な限り希望に応じています。外出時には、障害者手帳を携行し不測の事態に備えています。

IV-2-(6)①日中活動担当の生活支援員を置き、余暇活動の充実を図っています。行事委員会を設置して、年間15回前後のレクリエーション活動を実施しています。また、余暇サークルにはボランティアを依頼し近隣散歩や創作活動を実施しています。意思疎通が困難な利用者が多く、利用者に応じた活動ができていないのか試行錯誤しながら対応しています。地域の社会資源等の情報提供はできておらず、殆ど活用できていません。