

[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	障害者支援施設青谷学園	施設種別	施設入所支援・生活介護
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21日

総 評	<p>社会福祉法人 青谷学園は昭和57年3月、知的障害者入所更生施設として開設されました。近隣には、医療機関や社会福祉法人が複数あり、医療・福祉の取り組みに精力的に取り組む地域となっています。</p> <p>開設当初は定員50名でしたが、社会的ニーズに対応するために、ゆるやかに定員を増加してきました。その後、授産施設（当時）を開設し、施設入所者だけでなく、地域で生活する障害者の支援も行っています。</p> <p>近年、施設の建て替え等による環境変化がありましたが、職員が一体となって利用者に寄り添った援助を行うこと等で、利用者は安定した生活を継続できていると感じました。</p> <p>施設内は明るい雰囲気を感じることができます。また、車いすを使用する利用者の増加を視野に入れ廊下幅を広くする等、ゆとりのある建物設計となっています。共有スペースに利用者ごとの収納棚を設置する等の工夫もなされています。</p> <p>今回で、第三者評価の受診は4回目となります。受診したことによる気付きを契機とし、より良い利用者支援を追求する姿勢を感じました。</p> <p>最後に、今回の評価におけるアンケート調査については、調査方法が不適切でした。次回は正しい方法でアンケート調査を実施してください。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○<b>食事提供の取り組み</b>          利用者の食事に対して力を入れており、ホテルで働いていたシェフを調理人として雇用し、自家製の焼きたてパンの提供や、ホテルのビュッフェスタイルを感じさせる提供方法等、楽しく食事をする事ができるように工夫をしています。          献立の立案については、利用者からの意見を聴取し、出来る限り反映できるようにしています。管理栄養士による個別栄養管理を実施しており、生活運動量などから総合的に考えたヘルシー食と普通食の選択が可能となっています。また、利用者の疾患に対応した治療食も提供されています。</p> <p>○<b>働きやすい環境</b>          4階に職員の休憩フロアを確保し、仕事への緊張感の緩和に努めています。また、この休憩フロアには個室が2部屋あり、夜勤者が仮眠をしっかりと確保できるようにしています。          また、手厚い人員配置をすることで、職員の有給取得率は70%～90%となっています。          さらに「くるみんマーク」（子育てサポート企業）の取得や職員の安定した勤務体系の仕組みを取り入れ、働きやすい環境作りを行っています。高校を卒業するまでの子どもをもつ女性は夜勤を免除する等、子育てと仕事の両立に対する支援を積極的に行っています。</p> <p>○<b>規定・マニュアルの整備</b>          施設の組織としては生活支援部門・調理部門・事務部門と3つの部門に分かれており、合計60もの規定・マニュアルを整備しています。これらの規定・マニュアルは、事務室や各階の職員室等にて自由に閲覧でき、わからないことや不安なことなどすぐに調べることができる環境になっています。これにより、職員はマニュアルをよく活用しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○<b>実習受け入れの体制</b>          保育士実習の受け入れをしていますが、職員は介護福祉士有資格者が多いこともあり、介護福祉士実習の受け入れを検討しているとのこと。しかし、介護福祉士実習に関する理解は十分ではありません。介護福祉士実習指導者講習の受講要件などを確認し、実習受け入れ機関となる体制を整える準備を進めてください。</p> <p>○<b>外部カウンセラーの紹介</b>          希望に応じ産業医との面談は可能ですが、外部のカウンセラー等に相談できる仕組みはありません。職員に対して、法人・施設の内外で相談できる機会を複数確保しておくことはメンタルヘルスの面からも大切です。外部のカウンセラーや相談機関の確保を検討してみてもはいかがでしょうか。</p> <p>○<b>地域とのつながり</b>          平成28年に長年加入していた地域の自治会を退会したことで、新たに地域とのつながりや連携の在り方について検討していくことが求められます。</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」「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 青谷学園
施設種別	施設入所支援・生活介護
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2016年12月13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。	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。	A	A
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。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		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(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。	A	A
		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。	A	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。	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)①・②ホームページに法人理念と基本方針を掲載しています。また、パンフレットには法人理念を記載しています。  
I-1-1(2)①法人理念及び基本方針の周知を徹底するために、2ヶ月に1回、職員会議時に確認を行っています。  
I-1-1(2)②利用者には、法人理念・基本方針の説明を個別に行っています。他に、掲示板にわかりやすく掲示しています。家族などには、毎年4月に行う契約更新会時、法人理念・基本方針の説明を行っています。  
I-2-1(1)①2期に渡る中長期計画を確認しており、利用者の高齢化に対する取り組みについて明記しています。  
I-2-1(1)②事業計画に作業製品の販売場所開拓や、販売目標を具体的に設定しています。また、職員にアンケートを取り、事業計画に反映しています。  
I-2-1(1)③平成28年3月末に行われた職員会議にて、平成28年度事業計画とその予算額を職員に周知しています。  
I-2-1(1)④毎年4月に、契約更新会及び事業計画説明会を行っています。その際に、事業計画を説明しています。  
I-3-1(1)①平成28年10月広報紙『しやら』にて、管理者の役割と責任について明文化しています。他に、階層別役割一覧に同様の記載があります。  
I-3-1(1)②「福祉分野以外の基本的な関係法令リスト」を作成しています。また、管理者は関係法規に関する研修に参加しています。  
I-3-1(2)①職員と利用者で行うサービス向上委員会を毎月開催しています。その際に利用者の意見を取り入れるように努めています。他に、施設長と家族で行うサービス検討会を設け、家族からのニーズも聞き取っています。  
I-3-1(2)②職員比率を高くし、手厚いサービスが提供できるよう努めています。また、短時間労働者を雇用するなど、時間外労働を無くすよう工夫しています。

## 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。	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	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。	A	A
		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。	A	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。	A	A
		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。	A	A
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。	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。	A	A
		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。	A	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。	A	A
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。	A	A
		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。	A	A
		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城陽市障がい者自立支援協議会に参画し、障がい福祉に関するニーズを把握しています。

Ⅱ-1-(1)②「利用者利用日数月次報告書」により利用率の分析を行い、社会保険労務士による指導を毎月受け、改善に努めています。

Ⅱ-2-(1)①階級別役割一覧より、役割・責任の指標内容等を周知しています。

Ⅱ-2-(2)①毎年5月・11月に人事考課によるヒアリングを実施しています。有給休暇の取得や時間外労働の削減に努めています。

Ⅱ-2-(2)②法人独自の慶弔見舞金規定を作成しています。相談体制として外部のカウンセラーを紹介するなどの体制はありません。

Ⅱ-2-(3)①階層別役割一覧の中で職員の教育・研修に対する基本姿勢を明示しています。他に職員に対し、介護福祉士等の福祉系国家資格の取得のために、勤務時間の配慮だけでなく、受験費用や交通費などの支給を行っています。

Ⅱ-2-(3)②個別研修計画書を職員ごとに立案しています。また、階層別役割一覧に応じた内容で一人ひとりの職員が必要とする研修が盛り込まれています。事例検討会は実施していますが、外部講師を招くまでには至っていません。

Ⅱ-2-(3)③研修に参加した職員は復命書を作成し、供覧しています。研修内容によっては、職員会議時に伝達発表の場を設けています。

Ⅱ-2-(4)①実習生受け入れマニュアルを基に、施設側がプログラムを作成しています。現在は、保育士の実習受け入れのみとなっていますが、来年度から介護福祉士の実習受け入れの体制を整えていくとのことです。

Ⅱ-3-(1)①個人情報基本方針、個人情報管理規定、個人情報管理マニュアルを整備し、職員に対しては施設内研修にて個人情報管理研修を行っています。利用者には重要事項説明書に個人情報の利用目的について明示し、説明しています。

Ⅱ-4-(1)①利用者安全対策委員会、衛生委員会を設置しています。自動車事故対応マニュアル、外出のフローチャート、ノロウィルス・インフルエンザ等感染症の対応マニュアル、てんかん発作対応マニュアルを整備しており、AED研修等の職員研修も行っていきます。また、意思表示が困難な利用者が外出する際は、施設の連絡先を記したカードを携帯してもらう等の対策を取っています。

Ⅱ-4-(1)②施設の耐震のため、平成24年4月に施設を建て替えています。震災マニュアル、火災対応マニュアルを整備し、備蓄についても防災備品在庫一覧にて管理しています。

Ⅱ-4-(1)③利用者安全対策委員会を設置し、ヒヤリハット報告書や事故報告書の内容を基に事故防止策を検討しています。その結果を職員に閲覧・周知するとともに、事故の重大性・緊急性の度合いに分けてファイリングすることで職員の意識付けを図っています。また、避難訓練や施設における防犯体制についての研修等を行っています。

Ⅱ-5-(1)①地域交流促進委員会を設置しています。城陽市主催の祭りや近隣施設の祭りへの利用者の参加を支援し、年1回の施設公開時を含め、利用者が作製している「ヒノッキオ」「はっぴーきゃんどる」「ミサンガ」を利用者が販売することで、地域とかわる機会を設けています。週に3回、コンビニエンスストアへ送迎する等、日常的な買い物の支援も行なっています。地域の自治会は今年から退会しています。また、利用者が外出する取組みを多く行っていますが、地域住民が来所する機会はありません。

Ⅱ-5-(1)②年1回の施設公開に地域住民を招き、施設内を見学してもらうとともに、災害備品の展示により災害時に地域の救護拠点となることを示しています。また、城陽市障がい者自立支援協議会の事例検討会に参加し、地域のニーズ把握に努めています。

Ⅱ-5-(1)③ボランティアの受け入れに関しては地域交流推進委員会にて協議しています。「ボランティア活動における留意事項」を作成し、トラブルや事故を防ぐためのオリエンテーションを行なっています。

Ⅱ-5-(2)①城陽市障がい者自立支援協議会等で関係機関と定期的に情報交換や協議を行っています。連携している医療機関をリスト化し職員間で共有しています。

Ⅱ-5-(2)②月1回、家族会を行なっています。また、毎年4月に事業計画説明会及び契約更新会を開催し、家族に参加を呼びかけています。日常的な連絡手段として、担任職員と家族との連絡ノートを活用しています。

### 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。	B	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。	A	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。	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。	A	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。	A	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。	A	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	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。	A	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。	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	A
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。	B	A
		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。	A	A

**【自由記述欄】**

Ⅲ-1-(1)①ホームページを作成し、これまでに受けた第三者評価の結果についても閲覧できるようにしています。またパンフレットは施設玄関、市役所、ハローワークに設置しています。パンフレット、広報誌『しゃらら』とも写真を多用し、わかりやすい内容となっています。

Ⅲ-1-(1)②サービス開始にあたっては契約書と重要事項説明書を用いて説明しています。また、毎年4月に契約更新会を開催し、重要事項説明書と個別支援計画書を説明し、契約の更新を行っています。

Ⅲ-1-(2)①地域生活に移行する事例は稀ですが、医療機関への入院や特別養護老人ホームへの入所等、暮らしの場の変更にあたっては支援サービス計画書や生活支援計画書等の書類を用いて生活の継続性に配慮した引継ぎを行なっています。

Ⅲ-2-(1)①日常生活動作(ADL)、社会スキル、健康、コミュニケーション等の項目でアセスメントを行っています。支援計画策定等に関するマニュアル「支援計画策定、見直しのフローチャート」を基に、アセスメントから個別支援計画へとつなげています。また、6ヶ月ごとに利用者及び家族に聴き取りを行ないニーズの把握に努めています。

Ⅲ-2-(2)①サービス管理責任者、支援計画策定委員会を設置し、委員会は隔月開催しています。「支援計画策定、見直しのフローチャート」を整備し、緊急に個別支援計画を変更する場合の流れについても取り決め、実施しています。

Ⅲ-2-(3)①6ヶ月ごとにモニタリング(評価)を行なっています。また、支援計画策定委員がケース記録を毎月確認し、隔月開催の支援計画策定委員会にて状況変化のある利用者について随時モニタリング(評価)を行う仕組みを作っています。

Ⅲ-2-(4)①ケース記録にてサービス実施状況を記録しており、支援計画策定委員が記録を毎月確認しています。毎年、新人職員研修で介護記録についての研修を行なっています。

Ⅲ-2-(4)②個人情報基本方針、個人情報管理規定、個人情報管理マニュアルを整備し、責任者の設置、記録の保管、保存、廃棄に関する規定を定めています。また、情報の開示について重要事項説明書に明示しています。職員に対しては施設内研修にて毎年、個人情報管理研修を行っています。

Ⅲ-2-(4)③介護記録ソフトの掲示板や連絡ノートを活用し、勤務形態の異なる職員とも情報共有ができる仕組みを作っています。隔月の支援計画策定委員会や毎月のサービス向上委員会においても、利用者の情報を共有しています。

Ⅲ-3-(1)①利用者との個別面談の他、家族会を定期的に開催すること等で情報収集に努めています。

Ⅲ-3-(1)②みんなの会(利用者の自治会)でヒヤリングを実施し、アンケート調査も行っています。サービス向上委員会で支援員や看護師、栄養士といった他職種が参加し、利用者を交えた検討会議を開催しています。

Ⅲ-3-(2)①利用者が相談相手を選択できるよう、出勤者の顔写真を掲示しています。また、家族との懇談会を行い、意見交換をしています。

Ⅲ-3-(2)②苦情対応マニュアルを策定し、対応手順はフローチャートとなっています。苦情解決の体制はポスター掲示やみんなの会(利用者の自治会)で説明をしています。苦情内容及び結果などについては、広報紙『しゃらら』に掲載しています。

Ⅲ-3-(2)③サービス向上マニュアルを策定し、定期的な見直しを行っています。利用者も参加できるサービス向上委員会を開催しています。

Ⅲ-4-(1)①食事・入浴・排泄などの各種マニュアルを作成しています。各階の職員室に常備し、職員に周知しています。

Ⅲ-4-(1)②利用者や家族に対し、意見や要望を抽出するためにアンケート調査を実施しています。その調査を基に、マニュアルの内容の検討、見直しを行っています。

Ⅲ-4-(2)①自己評価を年2回実施し、第三者評価を定期的に受診しています。第三者評価の結果をサービス評価委員会にて検討、分析しています。

Ⅲ-4-(2)②サービス評価委員会にて、自己評価や第三者評価の結果を検証し、改善策を策定しています。



#### 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(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)	A	A
		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	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-1(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。	A	A
	IV-2-2(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。	A	A
		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(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。	A	A
	IV-2-4(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。	A	A
	IV-2-5(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。	A	A
		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。	A	A
	IV-2-6(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。	A	A

#### 【自由記述欄】

IV-1-1(1)①利用者の尊重や基本的な人権への配慮に関する研修を行っています。また、プライバシー保護のマニュアルを整備しています。居室は利用者の希望を取り入れ、施設可能となっています。

IV-1-1(1)②コミュニケーション手段については、利用者に応じた方法で行っています。また、個別支援計画には「ジェスチャーを用いたコミュニケーションを図る」等の具体的な支援方法の記載があります。

IV-1-1(1)③みんなの会(利用者の自治会)を月に1回実施し、屋外レクの行き先などを決めていきます。また、毎月、家族会定例会を開催し、利用者の主体的な活動ができるよう、意見等の聴取を行っています。

IV-2-1(1)①毎日午後2時30分～5時までの間、入浴時間を設けています。入浴マニュアルを整備し、一人ひとりに応じた介助方法を支援計画に基づいて行っています。また、プライバシーの観点から、脱衣所入り口から脱衣場内が見えない構造となっています。

IV-2-1(1)②利用者が希望する服を着衣しています。また、季節に応じた服装をするよう、個別に対応しています。衣服購入の際には、利用者の希望を聞いています。

IV-2-1(1)③理美容に関しては、施設に地域の美容院から来てもらう方法と、本人が地域の美容院に行く方法とが選択できます。また、地域の美容院に行く際には、職員による送迎や同行支援をしています。

IV-2-2(1)①就寝マニュアルを整備しています。睡眠に関する注意事項を一覧にし、利用者一人ひとりの支援に応じたものとなっています。また、寝具はリースのものを用意していますが、私物の寝具を使用することもできます。

IV-2-2(2)②排泄マニュアルを整備し、利用者に合わせて個別の支援を行っています。排泄の状況は必要に応じてケース記録や夜勤日誌、排泄記録に記載し、共有しています。

IV-2-2(2)③医務マニュアルを整備し、看護師が服薬管理をしています。健康診断を年2回実施し、その結果を利用者及び家族にも伝えていきます。事故・急病発生時対応マニュアルを整備し、体調の変化に対応できる体制を構築しています。また毎週木曜日、訪問歯科診療を受けることができます。

IV-2-3(1)①管理栄養士を中心に利用者の栄養管理を行っています。また、利用者の病気に応じた治療食を提供しています。更には、利用者の生活運動量などから総合的に考えたヘルシー食と普通食の選択が可能となっています。嗜好調査を行い、利用者の希望を抽出する他、サービス向上委員会で翌月の献立希望を取っています。季節に応じたメニュー作りや、週1回バイキング形式の食事提供等の取り組みを行っています。

IV-2-4(1)①主として午前中に活動を取り組んでいます。作業・創作活動は一人ひとりに応じたプログラムで実施しています。他に、外部講師を招き、ヨガや音楽セラピーをグループに分けて行っています。

IV-2-4(1)②預り金については利用者預かり金管理規定を作成し、責任の所在を明確にしています。自己管理が可能な利用者は、職員と一緒に小遣い帳を使い支出確認をしています。また、買い物支援を行っている際の金銭授受は、自分で行う機会を提供しています。

IV-2-5(2)②月に1度の買い物の機会の他、外食をする機会や家族同伴での旅行(日帰り旅行・1泊2日旅行・2泊3日旅行)の機会を提供しています。

IV-2-6(1)①外出先などは、みんなの会(利用者の自治会)からの意見を取り入れ、レクリエーション活動をしています。また、音楽や芸術の余暇活動を提供しています。他に、カフェやクレープなどの移動販売の来所もあります。