

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

(株)福祉サポートセンター

②施設・事業所情報

名称：豊橋ちぎり寮	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：濱 敦里	定員（65名）：	66 名
所在地： 豊橋市高師町北原1-107		
TEL： 0532-61-0117		
ホームページ： http://tf-jigyokai.org/chigiri/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和45年4月		
経営法人・設置主体（法人名等）： 豊橋市福祉事業会		
職員数	常勤職員 31名	非常勤職員 32名
専門職員	施設長 1 名	管理栄養士 1名
	サービス管理責任者 2名	生活支援員 53名
	看護師 2名	事務員3名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)
	40	活動室、浴室、会議室、多目的ホール、総合訓練室、

③理念・基本方針

<p>法人理念： 地域の中でいきいきと生活するために</p> <p>基本理念： 利用者が心豊かで生きがいにあふれ、充実した生活を過ごせるように、個々の人権と主体性を尊重して支援する。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別支援計画に基づき、個々の障害やニーズに適した様々な方法で日常生活と日中活動を支援する。 ・ 様々な職種が連携して、利用者の重度化・高齢化に対応した支援を強化する。 ・ 共同生活援助事業所や他の福祉サービス事業所と連携を図り、地域生活移行に向けた支援を実施する。 ・ 共同生活援助事業所のバックアップ施設として、地域で生活している障害者の支援を実施する。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 8 月 1 日（契約日）～ 平成 29 年 2 月 13 日（評価決定日）
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (平成 26 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・施設の50年近い歴史で蓄積されてきたノウハウが、各種資料や報告書、マニュアル等に活かされている。
- ・地域との交流も行事的なつながりでなく、馴染みの関係を十分感じられる状況が見受けられた。
- ・利用者の状況に配慮した個室化等の改善や利用者の高齢化に対応して、職員を高齢者介護施設への研修に派遣して高齢者の介護方法を学んだり、リフト浴を設置する等、安心・安全に配慮した取り組みが行われている。
- ・利用者の状態や特性に配慮して、絵カードや文字盤、筆談等を利用したコミュニケーションの取り方、関わり方がされており、一人ひとりの思いや希望が聞き取られ、日々の個別支援に反映されていることから、個別支援計画が具体的なものになっている。そうした点が、利用者や家族の満足度の高さとなっている。
- ・委員会や会議の内容が充実しており、定期的開催される会議や委員会等により施設全体の流れや方向性が職員に伝わりやすいシステムとなっており、問題や課題への迅速な対応が図られている。
- ・マニュアルや議事録等の整理保管も丁寧にされており、利用者の状況の変化にも対応できている。
- ・不審者に対する対応については、警察直通の通報装置の設置や館内放送の工夫、定期的な訓練など様々な対応がとられている。
- ・ショートステイも積極的に受け入れ、施設機能の地域への開放や専門性の提供等の取り組みがされている。

◇改善を求められる点

- ・入居年数の長い利用者の高齢化、重度化に対し、今後も増加が見込まれる現状から、障害者施設の特長・周辺環境に熟知したノウハウを踏まえて、高齢化に対応した設備を持つ施設づくりに取り組まれることを期待したい。
- ・成年後見制度についての情報提供と活用について、保護者の高齢化の現状を踏まえ、家族や職員への制度の理解や周知、相談支援の機会の創出に努められることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審に際しては、各項目毎にとっても丁寧な聞き取りをしていただき、本寮の強みを引き出していただく機会となり感謝しています。特に、近年利用者の高齢化・重度化が著しい中、日常の支援にあたっている現場職員の頑張りを最大限認めていただいたことは、今後の励みとなり大変心強く思います。また、指摘のあった弱みや課題については、職員で検討し改善につなげ、利用者支援の質の向上に努めていきたいと思っております。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針（豊橋ちぎり寮）

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	共1	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人のホームページや法人全職員に配布される「職員のしおり」、さらには施設職員に配布している「支援のしおり」に明記されている。会議や研修時にも理解を深める取り組みや、家族会開催時にも説明・周知が行われている。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	共2	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 社会福祉法人の制度改正や法改正等が進められるなか、情報の収集や行政との連携が図られ、経営環境の把握・分析に取り組んでいる。利用者の現状や家族、地域の状況等周辺環境の把握や分析を通し、今後の法人経営に生かす取り組みがなされている。		
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	共3	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 今後の入所者の重度化・高齢化等の事情を踏まえ、そこから派生する問題に対応するため、職員の介護技術の習得や、施設の設定改善等の計画立案を図る等の具体的な取り組みに着手されている。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	共4	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の重度化・高齢化を踏まえ、施設整備計画や人員確保を盛り込んだ中・長期計画が作成されており、順次実現に向けた取り組みが行われている。		
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	共5	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 計画を踏まえた単年度計画が策定され、居室等の環境改善や、介護技術の習得に向けた職員の外部研修への参加や人員の増員等の取り組みが実行されている。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	共6	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 支援員へのアンケート調査の実施等の方法を通して、課題や問題点を運営会議や各委員会等で検討するなど、組織的に計画の作成、見直しを行ない、職員の周知・理解を深めるとともに、計画に反映させている。		

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	共7	(a) ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者自治会主催の会議や、定期的で開催される出席率が8割を超える家族会等の機会を通じ、漢字にルビや仮名で表記した等の工夫した資料により、説明や報告、意見の収集に努めている。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	共8	(a) ・ b ・ c
<p><コメント> 第三者評価を定期的に受審し、毎年実施する自己評価と年2回の業務振り返り等の機会を通して、サービスの質の向上に努めている。また、サービス利用者にはアンケートを実施するなど、多面的な視点でのサービスの質の向上に配慮している。</p>		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	共9	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 評価結果の分析や改善への取り組みは支援会議等を通して行われているが、自己評価では、計画的な改善策の実施への取り組みが不足していると認識されている。今後の取り組みのさらなる向上に期待したい。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	共10	(a) ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者の役割は「職員のしおり」に明記され、支援会議や家族会にて説明されている。</p>		
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	共11	(a) ・ b ・ c
<p><コメント> 行政の実施する会議への参加や各種研修への参加等の手段にて、情報の収集が行われている。その内容については、運営会議や支援会議、家族会等を通して、報告、説明、周知が行われている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	共12	(a) ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者は経験を基に、事業運営やサービスの質の向上のため、多角的な視点からの事業運営や人材の育成、評価の実施に取り組み、職員との個別の面談や会議等を通してサービスの改善や向上に取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	共13	a ・ (b) ・ c
<p><コメント> 理念や基本方針等の実現へのソフト面での様々な取り組みがされているが、施設整備・設備整備等、ハード面の課題の改善への今後の取り組みに期待したい。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

第三者評価結果		
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	共14	a ・ b ・ c
<p><コメント> 正職員は人材確保のための組織的な取り組みや育成の仕組みはあるが、契約職員等の確保については難しい状況にある。今後は、役割分担等の人事体制も含め、雇用形態の見直し等、対応策の検討を期待する。</p>		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	a ・ b ・ c
<p><コメント> 法人として人事考課基準が策定され、事業所ごとに考課を実施している。考課基準は、職務職階の定義を基に、自己評価と役職者との面談により行われ、目標の設定、達成の確認や配置や研修の希望調査等、全体的な確認や評価に加え、上司も職員から評価を受けるなど、総合的な管理が行われている。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	共16	a ・ b ・ c
<p><コメント> 労働安全委員会や職場代表会議が開催され、心理カウンセリングやストレスチェックの実施、産業医の活用等の仕組みが整備されている。運営会議では、有給休暇の取得状況や時間外労働の多寡の確認を行うなど、働き易い職場づくりが行われていることが、職員アンケートでも確認できた。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	共17	a ・ b ・ c
<p><コメント> 人事考課時での目標管理や研修等への参加、定期面談等を通じた育成が図られているが、職員には、一人ひとりの育成に十分な成果があると評価できるには至っていない。今後の継続した取り組みや工夫に期待したい。</p>		
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	共18	a ・ b ・ c
<p><コメント> 職員の教育や研修に関する基本方針や計画が策定され、職位や職階に対する役割も明示されている。法人の研修委員会では、全事業所を対象に年度計画を作成し、職員の実務経験や経験年数に配慮したスキルアップ体制が整備されている。</p>		
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	共19	a ・ b ・ c
<p><コメント> 法人の研修委員会による研修計画の策定や、人事考課時での役職者との面談を通して、研修等の参加の意向や希望の把握が行われ、各種の教育や研修の機会が確保されている。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	共20	a ・ b ・ c
<p><コメント> 実習生の受入れに関わる職員は、実習指導者養成研修修了者を配置し、事業所として実習生受入れのためのマニュアルが作成されている。担当職員が窓口となり、実習依頼校との調整や実習生の受入れに配慮するなど体制が整備されている。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。				
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	共21	<input checked="" type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c
<コメント> ホームページには、法人や事業所の事業内容や財務に関する情報が公表されている。法人の事業計画書や事業報告書は閲覧が可能で、事業報告書には、苦情等への対応や事故報告等、職員の問題案件等も記載され、運営の透明性確保に向けた真摯な対応がされている。				
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	共22	<input checked="" type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c
<コメント> 内部監査に加え、公認会計士による財務監査が実施されている。監査時の指摘事項に対しては、速やかな改善が図られている。				

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。				
II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を上げるための取組を行っている。	共23	<input checked="" type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c
<コメント> 法人の活動年数の歴史に加え、事業所では日常的、行事等の様々な機会に、地域との連携や交流が図られている。買い物、喫茶店や飲食店の利用等、地域の中での生活に配慮した取り組みが実践されている。				
II-4-(1)-② ボランティア等の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。	共24	<input checked="" type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c
<コメント> ボランティアの受入れは、マニュアルを策定し、窓口担当者を配置して対応する体制が確立している。学校の体験学習等の依頼については、積極的に受入れに努めている。				
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	共25	<input checked="" type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c
<コメント> 相談支援事業所と定期的に連絡会を開催し、豊橋市内の関係機関とは、困難事例の検討会や対応の研修等、情報の共有が図られている。				
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。				
II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	共26	<input checked="" type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c
<コメント> 施設の訓練室等を、地域の和太鼓クラブの練習場に開放したり、肢体不自由児父母の会の会議場として提供している。また、豊橋市と災害発生時の福祉避難所として協定を締結している。				
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	共27	<input type="radio"/> a	<input checked="" type="radio"/> b	<input type="radio"/> c
<コメント> 地域の福祉ニーズを把握し、十分な対応ができていないが、事業計画に明示した短期入所利用や日中一時支援事業を実施している。障がい者の高齢化や重度化、家族の高齢化といった課題に対して、今後の事業所としての取り組みに期待したい。				

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	共28	a . b . c
<p><コメント> 日々の申し送りや毎月開催をしている支援会議で、虐待防止・権利擁護について話し合っている。事例を挙げながら、その人らしく人として当たり前生活が出来るように、職員間の周知を図り支援を行っている。</p>		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	共29	a . b . c
<p><コメント> マニュアル・施設規定を作成し、各会議で職員が正しく認識をして支援に取り組めるように努めている。また 利用者の立場に立って、羞恥心に配慮をした声かけや支援に努めている。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	共30	a . b . c
<p><コメント> 随時体験入所や見学、一時支援やショートステイの受け入れを行い、利用者や家族の状況に合わせた情報提供をしている。また定期的に発行するお便りで施設の事業内容や活動の紹介を行っている。</p>		
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	共31	a . b . c
<p><コメント> サービス提供においては、個別支援計画書でサービス内容を家族・利用者に手順を追いながら説明をしている。支援に変更がある際は、その都度連絡をして、状況に合わせた支援が行えるように努めている。</p>		
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	共32	a . b . c
<p><コメント> 今まで利用者の高齢化や身体状況に応じて、他の施設に移行をした利用者が2名ほどいた。利用者の状態に合わせた適切なサービスが受けられるように、各機関と連携を図りながら相談支援を行っている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	共33	a . b . c
<p><コメント> 年に1回、利用者から「こんな暮らしがしてみたい」の利用アセスメントをとり、生活に対する要望や現状サービスの思いを聞いている。また半年ごとに家族・利用者との面談を行い、意向を活動や余暇に繋げている。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	共34	a . b . c
<p><コメント> 第三者による苦情窓口と合わせ、主任等も苦情への対応を行っている。家族からは面会や家族会の際に意見を聞き、改善案や要望があった際は、会議を通して職員間で情報共有をして改善に努めている。</p>		

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	共35	a . b . c
<p><コメント> 日々の関わりや定期に行っている面談や家族会を通して、利用者の思いや意見を聞き取るようにしている。どんなことでも気軽に相談が出来る環境を大切に、相談支援事業者とも連携を図っている。</p>		
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	共36	a . b . c
<p><コメント> 要望や意見等の申出があった際は、朝礼や支援会議で職員間で周知し、出来る限り利用者の思いを支援に反映できるようにしている。また意見要望書に記録し、職員の連携に努めている。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	共37	a . b . c
<p><コメント> 毎月リスクマネジメント会議を開催し、アクシデント・インシデントレポートについて検討をしている。問題に対して解決策を決め、現場でどのように反映をされているかを確認して、随時必要な見直しを行っている。</p>		
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	共38	a . b . c
<p><コメント> 保健給食委員会を設置して予防や対策に努めるとともに、食中毒や感染症が発生した際に各職員が適切な対応が出来るように、現場での対応方法を明示している。また看護師や栄養士も、その都度、繰り返し声掛けや予防法を伝えている。</p>		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。	共39	a . b . c
<p><コメント> 10月は消防署の立会いのもと、利用者と一緒に防災・救護訓練を実施している。緊急時のマニュアルが作成され職員間で連絡方法も周知されており、また利用者分の備蓄品も確保されている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	共40	a · b · c
<p><コメント> 支援のしおりや業務手順書にサービスの実施内容を文書化し、各職員が取り組むサービス提供に大きな差異がでないようにしている。</p>		
Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	共41	a · b · c
<p><コメント> 利用者の身体の状態や障害の進行に応じて、提供内容の改善を行ったり、年に2回、定期的に業務の流れについて見直しを行っている。改善案は各会議で情報を共有して、現場で迅速に実践出来るよう努めている。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	共42	a · b · c
<p><コメント> 入居時から定期的にアセスメントを実施し、また日頃の暮らしぶりからも利用者の心身機能や障害の状態を把握して、それをもとに個別支援計画を策定している。</p>		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	共43	a · b · c
<p><コメント> 利用者の高齢化や虚弱化が進行しており、会議などで支援方法を検討している。定期的なモニタリングを実施して状況に即した支援計画を策定し、ひとりひとりに合わせたサービス提供が出来る様に努めている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化させている。	共44	a · b · c
<p><コメント> 利用者の日々の支援内容は、個別記録としてパソコンに入力し、システムとして共有している。また利用者の日々の様子はフロアノートに記載して、申し送りの際等に各職員が確認するようにしている。</p>		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	共45	a · b · c
<p><コメント> 個人情報の取り扱いや管理方法は、支援マニュアルに記載され、職員に周知されている。特に利用者の個人ファイルは、日頃から、鍵付きの定位置にしっかり保管出来るように努めている。</p>		

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。(ちぎり寮)			
Ⅲ-2-(4)-①	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>家族から他のサービス利用についての質問や要望がある際は、情報提供をして分かりやすく説明をしている。現状は、ちぎり寮に入所後、その後他の施設に移ることはほとんどない状況である。</p>			

Ⅲ-3 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(1)-①	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。	障 47	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者ひとりひとりの障害に合わせて、コミュニケーション方法を考えて支援にあたっている。絵カードや筆談、毎日の日程表などを用いて、お互いの意思疎通を図るように努めている。ただ利用者の高齢化・重度化に伴い、支援方法も多様な支援が必要となってきたため、設備や支援方法の見直し等、工夫や改善を期待する。</p>			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者主体の自治会があり、毎年利用者が自ら選挙を行い、会長・副会長を決めている。各ホームで代表を2名ずつ選出し、生活の約束事や自分たちがやりたい行事など(運動会や喫茶店のメニュー)を決めている。利用者ひとりひとりの意見を尊重し、その声を大切にしており、それぞれが望む生活が送れるように努めている。</p>			
Ⅲ-3-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 49	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者が自分で出来ることは、過剰に支援をすることなく見守りの姿勢を大切にしている。利用者の高齢化に伴い、今まで出来ていたことが急に出来なくなることもあるため、日々の観察やモニタリングで支援方法をその都度見直し、検討している。</p>			
Ⅲ-3-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>リズム体操・茶道・華道・ドライブなど、ひとり一人の障害に合わせて様々な活動を提供し、利用者がやりたいこと、自己実現が達成できるように支援に努めている。職員は、利用者がちぎり寮でどんなことをしたいのか、どんなふうに住生活を送りたいのかを汲み取り、その実現に取り組むことで、自分に自信が持てるよう配慮している。</p>			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の個別支援計画には、1日のカロリー摂取量、食事形態、介助方法が記載されており、それに基づいて適切な食事サービスの支援に努めている。体調変化の予測にもなりうる水分摂取量も記載されるとなおよ。い。</p>			
Ⅲ-3-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 52	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>年2回嗜好調査を行い、調査結果を食堂に掲示している。調査結果を考慮して保健給食委員会等で話し合い、献立に反映している。利用者の要望でパン食を取り入れたり、季節感のある食事提供や、個別の嗜好を考慮したメニューの変更なども実施している。</p>			

Ⅲ-3-(2)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉 食事時間は利用者全員が一斉ではなく、各グループ毎に時間帯を決めているが、利用者の自主性を配慮して、時間をずらした食事ができるような取り組みも行っている。また月1回保健給食委員会で食堂環境について話し合いを行い、改善に取り組んでいる。</p>		
Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(3)-① 入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 54	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉 利用者個別の入浴介助や支援、助言方法がサービス実施記録に記載され、職員はそれをもとにして入浴支援を行っている。リフト浴も整備され、安全面にも配慮するとともに、体調不良時や感染症などの発生時にも個浴の利用を行っている。</p>		
Ⅲ-3-(3)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	a ・ Ⓑ ・ c
<p>〈コメント〉 入浴は月、水、金、土曜日の13時頃からと決まっている。各ホーム毎で4名ずつ入浴しているが、利用者の希望でシャワー浴や個浴を行う事もある。職員の勤務に合わせた時間帯と思われるので、入浴の時間帯、入浴回数など利用者と話し合いの機会を作られる事が望まれる。</p>		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉 浴室には手すり、介助イスが設置されており、利用者が安全に入浴できるよう配慮している。また、脱衣場の温度も適温に設定している。毎月行われる職員会議で、入浴環境について話し合い、利用者の重度化や高齢化に伴いリフト浴を設置するなどの改善に取り組んでいる。</p>		
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 57	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉 利用者の個別支援計画に排泄介助や支援方法が記載されている。体調の変化がある時は記録に残し、職員間で情報を共有して統一した支援に努めており、排泄介助等、適切に行われている。</p>		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉 清掃は毎日行われ、臭いもなく清潔である。職員の清掃意識は高く、重度化や高齢化に伴うトイレの設備環境に改善の余地はあるものの、職員の手厚い介助努力や利用者の状態変化に対応して補助具を活用して事故防止に努める等、快適な環境が維持されている。</p>		
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 59	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉 衣服は、職員が、個人の着ている服の好みやテレビなどの情報から、買い物時に参考になるように助言したり、一緒に買い物にでかけて好きな服を選んだりしている。</p>		
Ⅲ-3-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉 衣服は自分で管理している人が多く、着替え時に要望があれば支援したり、助言をしている。衣類の汚れや破損を生じた場合には、職員がサポートし、洗濯や繕う等、適切に行われている。</p>		

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 61	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉 整髪、爪切り、髭剃り、歯磨きなどの整容は、毎朝職員が確認している。利用者の意思を尊重しながら必要に応じて手伝ったり助言をしている。		
Ⅲ-3-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉 利用者は、地域の理髪店、美容院とは顔馴染みとなっており、入浴のない平日に職員と出かけている。		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 63	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉 個別支援計画には、夜間の支援について具体的に記載されており、問題発生時にも適切に対応が行われている。安眠できない時などは、職員とホールで会話をするなど、就寝に無理強いはいしていない。		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 64	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉 看護師が中心となり日常の健康状態を記録し、年2回、健康診断や歯科検診を行っている。通院記録も具体的に内容が記載され、適切な健康管理がされている。		
Ⅲ-3-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉 緊急時対応マニュアルが作成されており、職員は緊急時にも手順に沿って適切な対応に努めている。利用者の体調等変調があった場合は、職員間で口頭、連絡ノートにより申し送りがされ、医療機関とも連携を図っている。		
Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉 利用者には、薬の目的、効果など説明し理解してもらうとともに、看護師が管理している。また、薬物の管理マニュアルにより、服用については複数の職員で確認しており、適切に管理されている。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 67	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉 利用者の意向や要望を聞き取り、個別支援計画に反映して実践している。習字、ちぎり絵等のクラブ活動や1泊旅行、お菓子作りなど、多様な選択肢は利用者の楽しみの一つとなっている。		

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	Ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 外出支援は利用者の希望の中から行き先や場所を選択し、一緒に出掛けている。外出の際は、不測の事態に備えて、連絡方法やサポート体制を用意して実施されている。		
Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	Ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 ちぎり寮での生活が5年以上の利用者が多く、家族と良好な関係が構築できており、利用者の希望や家族の事情を十分に把握した支援がなされている。		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	Ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 預り金は職員が管理し、利用者個別の金銭出納帳に記入して、毎月家族に確認してもらっている。利用者で自己管理ができる人には、少額を渡して金銭管理技能を支援している。		
Ⅲ-3-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 71	Ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 現在は新聞・雑誌を取っている人はいないが、本人の要望があれば可能となっている。テレビ・ラジオの視聴も、消灯は夜21時となっているが、視聴したい人は個室で視聴することができる。作業時には、利用者の好みを考慮して、色々な音楽を楽しむように配慮がされている。		
Ⅲ-3-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 72	Ⓐ ・ b ・ c
〈コメント〉 現在はタバコを吸う人はいない。お酒は土曜日、日曜日にノンアルコールを楽しむ人はいる。どちらも支援マニュアルに基づいて、健康に配慮して支援している。		