

基本情報

【受審事業所情報】

事業所名称	ゆすの里
運営法人名称	社会福祉法人 鹿児島県社会福祉事業団
福祉サービスの種別	身体障害者更生援護施設
代表者氏名	理事長 上荒磯 継男
管理者氏名	施設長 峯崎 洋
定員	80人
事業所所在地	〒899-2503 日置市 伊集院町 妙円寺一丁目1番1号
電話番号	(099) 273-4175
FAX番号	(099) 273-4177
ホームページアドレス	http://www3.ocn.ne.jp/~yusu-sat/
電子メールアドレス	yusu-jim@muse.ocn.ne.jp

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 福祉21かごしま
鹿児島県認証番号	鹿児島 06-02号
訪問調査日	平成19年 3月 19日(月)
評価結果決定年月日	平成19年 6月 12日(火)
評価調査者氏名	

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する 事業所の同意の有無	有
-------------------------	---

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

広大な敷地の中、広々とした環境でゆったりとした雰囲気のもと、自立に向けた訓練が行われている。施設内も車椅子の利用者が十分行き来できる広さを確保し、清掃も行き届き清潔感が感じられる。体育館やグラウンド、野球場と外部の方も多く利用され、開放的な雰囲気が感じられる。県立施設としての役割と責任を認識し、中身の濃いサービスが実施されている。住宅地の中に施設があり、地域との交流という点でも取り組みやすい環境である。制度改革が行われる中、進むべき方向性も法人本部を中心に議論され、中長期計画が作成されている。個々の支援を意識してマニュアル等もよく整備されており、記録についても整理されている。施設内の委員会も活発に動いており、組織として体制整備もなされている。

特に評価の高い点

倫理綱領や職員行動規範において権利擁護の視点が盛り込まれている。また、利用者へのアンケートを実施し、その結果の分析をサービス改善委員会で行い、サービスの改善や質の向上につなげている。サービスの質の向上に向けた取組については、施設内サービス改善委員会でも改善計画等も議論され、積極的にとりくまれている。また、サービスの実施記録も適切に記録され、個人情報保護の視点も盛り込まれたものになっている。健康管理については、各種マニュアルもよく整備され記録も適切になされ医療機関との連携も密にとれている。

改善を求められる点

評価結果のなかでC評価の項目はないが、以下の事項について今後の取組みが期待される。利用者自治会に代わる役割として「お茶会」が設定されているが、今後、利用者の自主的な組織としての利用者自治会の設置を期待したい。

大項目別の評価概要

I-1 理念・基本方針

理念や基本方針は、使命や役割を反映し、職員の行動規範にもなっている。さらにエンパワメントの視点も盛り込まれたものになっている。利用者へは、施設内掲示や行事等（利用者お茶会）を通じ、周知もなされている。

I-2 計画の策定

中長期計画の策定にあたっては、職員会議等を通じ議論され策定されている。また、法人本部との連携のもと、より具体的に事業計画に反映させたものとなっている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

管理者の責任と役割については、会議等を通じ、機会あるごとに表明している。質の向上に向けた取り組みも、経営改善会議等で職員を交え議論がなされている。業務の効率化についても、食材の共同購入等、改善に向けた取り組みも行われている。

II-1 経営状況の把握

外部監査については、事業団本部による内部監査は実施されているが、今後、経営改善に資するような外部の専門家の参画が求められる。

II-2 人材の確保・養成

施設において必要な人材については、法人本部に要望を出して対応を求めている。勤務評定は実施されているが、基準の公開や本人への結果フィードバック等が十分になされていないため、人事考課としては十分とはいえない。なお、本格的な人事考課制度導入については事業団本部で今後検討中である。資格取得については、勤務等にも配慮がなされ協力的である。研修計画は立てられているが、職員一人ひとりの計画はなされていない。

II-3 安全管理

事故対応や感染症等のマニュアルも整備され、緊急時の連絡体制も整備されている。また、救急法の研修も年に数回行われ、職員が即座に対応できる体制も整っている。

II-4 地域との交流と連携

グラウンドの地域開放を通じ、地域の方々の交流がなされている。ボランティアの受け入れマニュアルも整備され、受け入れにも積極的である。地域関係機関・団体との連携については、一部の地域民間団体との交流があるものの、十分に連携が取れているとはいえない。また、民生委員や児童委員との定期的な会議もなされておらず、地域の福祉ニーズの把握という点でも今後検討が必要と思われる。ショートステイサービスは実施されているが、地域ニーズに即した事業展開は十分とはいえない。

III-1 利用者本位の福祉サービス

職員倫理綱領に利用者尊重の姿勢が明示され、また、職員行動規範にプライバシー保護に関する規定が示されている。利用者調査を年1回実施し、その結果について施設内サービス改善委員会で集計・分析・改善計画の検討等を行うなど、利用者満足の向上を意図した仕組みが構築され、取り組みが行われている。また、利用者からの要望等を聞く機会として、利用者朝礼・意見箱の設置・個別面談等の機会があり、それらの機会でも把握された要望等について適切に対応しているが、利用者からの意見や提案を受けた際の対応マニュアルが未整備なので、その作成について今後検討していくことが望まれる。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

サービスの質の向上に向けた取り組みについては、利用者評価・職員評価を実施し、その結果について集計・分析・改善計画の検討・追跡調査等を行っている。個々のサービスについては、マニュアルが整備され、全職員への周知徹底を図るとともに、見直しも定期的に行われている。サービス実施記録については、パソコンシステムを導入し、各利用者について詳細に記録されている。サービスの実施状況については、月間総括で把握し、それらをまとめて年間総括で把握する仕組みとなっている。システムの導入により、職員間での情報共有も図られている。記録管理については、「個人情報管理規程」により個人情報保護の規定が定められているが、利用者・家族からの情報開示に対応する手続き規定が整備されていない。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

施設退所後の配慮については、健康管理に関するサマリーが作成されているが、その他の情報については求められれば提供する程度とのものであったので、利用者の情報提供についての同意を得る等の個人情報保護に配慮しつつ、利用者のサービスの継続性についての方策を検討することが望まれる。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

利用者に対するサービス実施計画として利用者の身体状況や生活状況についてのアセスメントを行った上で、個別支援計画が策定され、その実施状況について月間総括・年間まとめて把握する仕組みが構築されている。また、個別支援計画の見直しについては、生活支援員・看護師・理学療法士等が会議を行い、さらに、利用者の希望等を把握しながら見直し作業が行われている。

付加基準 A-1 利用者の尊重

聴覚障害のある利用者に対しての手話通訳や失語症の利用者に対しての言語訓練、また、必要に応じてサインやジェスチャーを用いるなど、コミュニケーション手段を確保するための工夫がなされている。利用者の主体的な活動については、外出は届出制で自由にできて、地域の人々とランドゴルフを楽しむ利用者があるなど、その行動は尊重されているが、今後、利用者の会等の結成を促し、その側面的な支援を行うことで、より積極的に利用者の主体的な活動を推進することが望まれる。利用者の日常生活上の行為については、どの程度まで自力でできるかについて支援会議で具体的に確認され、利用者が自力で行う日常生活上の行為についての共通認識が図られている。また、利用者の希望、能力に応じて買物訓練や調理・外出・交通機関利用等の社会適応訓練プログラムが実施されている。

付加基準 A-2 日常生活支援

食事、入浴、排泄、衣類着脱、理容・美容、睡眠、健康管理、余暇・レクリエーション、外出・外泊、所持金・預かり金の管理等の日常生活支援について、支援マニュアルや個別支援計画が作成され、それらに基づいて適切にサービス提供が行われ、サービス実施記録も残されている。今後の課題として、浴室・脱衣場の環境面の改善と余暇・レクリエーション等行事実施の際に、利用者が主体的に取り組むことへの支援が期待される。

評価細目の第三者評価結果

障害福祉分野の評価基準

判 断 基 準 項 目	評 価 結 果
-------------	---------

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	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a

評価機関コメント

理念や基本方針は、使命や役割を反映し、職員の行動規範にもなっている。さらにエンパワメントの視点も盛り込まれたものになっている。利用者へは、施設内掲示や行事等（利用者お茶会）を通じ、周知もなされている。また、職員へは会議等を通じ、理念や基本方針の共有化がなされている。特にパンフレットにおいて大きく明示されており、新規利用者や来訪者にも分かりやすいものになっている。

I-2 計画の策定	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a

評価機関コメント

中長期計画の策定にあたっては、職員会議等を通じ議論され策定されている。また、法人本部との連携のもと、より具体的に事業計画に反映させたものとなっている。計画の周知については、利用者の集まる行事（お茶会）を通じ、計画の内容説明がなされている。

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。		
I-3-(1)-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
I-3-(1)-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
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a

評価機関コメント		
<p>管理者の責任と役割については、会議等を通じ、機会あるごとに表明している。法令に関する研修も、外部研修の参加はもちろん、関係法令の改正がなされる時期に、施設内研修でもタイムリーな研修がなされている。質の向上に向けた取り組みも、経営改善会議等で職員を交え議論がなされている。業務の効率化についても、食材の共同購入や外部委託等の検討もなされ、改善に向けた取り組みも行われている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

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。		
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
II-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	b

評価機関コメント		
<p>制度改革等、社会福祉事業全体の動向について外部研修等の機会を通じ、積極的に情報を取っている。経営改善会議を通じ、課題の把握と分析も行われている。県立施設ということもあり、予算については手続きが必要な面があるが、できる範囲で経営改善に向け努力している。外部監査については、事業団本部による内部監査は実施されているが、今後、経営改善に資するような外部の専門家の参画が求められる。</p>		

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。		
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
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	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
II-2-(3)-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
II-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a
評価機関コメント		
<p>基本的に人事管理は法人本部で行っているが、施設において必要な人材については、要望を出して対応を求めている。勤務評定は実施されてはいるが、基準の公開や本人への結果のフィードバック等が十分になされていないため、人事考課としては十分とはいえない。なお、本格的な人事考課制度導入については事業団本部で今後検討中である。福利厚生センターに加入している。資格取得については、勤務等にも配慮がなされ協力的である。研修計画は立てられているが、職員一人ひとりの計画はなされていない。実習生の受け入れについては要綱も整備され、学校との覚書も取り交わされている。</p>		

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

II-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
II-3-(1)-②	利用者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

評価機関コメント

事故対応や感染症等のマニュアルも整備され、緊急時の連絡体制も整備されている。また、救急法の研修も年に数回行われ、職員が即座に対応できる体制も整っている。安全確保に関する取り組みも検討委員会が設置され、チェック体制がなされている。

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	b
II-4-(1)-③	ボランティア受け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

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	b

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	b
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b

評価機関コメント

グラウンドの地域開放を通じ、グラウンドゴルフでの利用者と地域の方々の交流がなされている。ボランティアの受け入れマニュアルも整備され、受け入れにも積極的である。地域関係機関・団体との連携については、一部の地域民間団体との交流があるものの、十分に連携が取れているとはいえない。また、民生委員や児童委員との定期的な会議もなされておらず、地域の福祉ニーズの把握という点でも今後検討が必要と思われる。ショートステイサービスは実施されているが、地域ニーズに即した事業展開が十分であるとはいえない。

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		
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。	a
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
Ⅲ-1-(3)-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
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b

評価機関コメント

職員倫理綱領に利用者尊重の姿勢が明示され、また、職員行動規範にプライバシー保護に関する規定が示されている。利用者調査を年1回実施し、その結果について施設内サービス改善委員会で集計・分析・改善計画の検討等を行うなど、利用者満足の向上を意図した仕組みが構築され、取り組みが行われている。また、利用者からの要望等を聞く機会として、利用者朝礼・意見箱の設置・個別面談等の機会があり、それらの機会に把握された要望等について適切に対応しているが、利用者からの意見や提案を受けた際の対応マニュアルが未整備なので、その作成について今後検討していくことが望まれる。苦情解決制度については実施要領が整備され、実施要領に沿っての処理・公表が行われている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
Ⅲ-2-(1)-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ている。	a
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ-2-(2)-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。	a
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
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。	b
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a

評価機関コメント

サービスの質の向上に向けた取り組みについては、利用者評価・職員評価をそれぞれ年1回実施し、その結果について施設内サービス改善委員会で集計・分析・改善計画の検討・追跡調査等を行っている。個々のサービスについては、「支援マニュアル」が整備され、全職員への周知徹底を図るとともに、マニュアルの見直しも各担当部署によって年1回行われている。サービス実施記録については、パソコンシステムを導入し、各利用者について詳細に記録されている。サービスの実施状況については、月間総括で把握し、それらをまとめて年間総括で把握する仕組みとなっている。システムの導入により、職員間での情報共有も図られている。記録管理については、「個人情報管理規程」により個人情報保護の規定が定められているが、利用者・家族からの情報開示に対応する手続き規定が整備されていない。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-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
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
-----------	---	---

評価機関コメント

利用希望者への情報提供については、ホームページ・パンフレットの作成などが行われている。パンフレットは写真・図・イラストが多く、また、説明も簡潔になされ見やすいものとなっている。サービスを開始するに当たっては、契約書・重要事項説明書でサービス内容について説明し、同意を得た上でその内容を書面に残している。施設退所後の配慮については、健康管理に関するサマリーが作成されているが、その他の情報については、求められれば提供する程度とのことであったので、利用者の情報提供についての同意を得る等の個人情報保護に配慮しつつ、利用者のサービスの継続性についての方策を検討することが望まれる。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a

評価機関コメント

利用者に対するサービス実施計画として利用者の身体状況や生活状況についてのアセスメントを行ったうえで、個別支援計画が策定されている。その実施状況について、月間総括・年間まとめて把握する仕組みが構築されている。また、個別支援計画の見直しについては、生活支援員・看護師・理学療法士等が会議を行い、さらに、利用者の希望等を把握しながら見直し作業が行われている。

障害福祉分野のサービス内容基準（付加基準）

判 断 基 準 項 目		評価結果
A-1 利用者の尊重		
1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(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。	a
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	b
A-1-(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。	a
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a

評価機関コメント

聴覚障害のある利用者に対しての手話通訳や失語症の利用者に対しての言語訓練、また、必要に応じてサインやジェスチャーを用いるなど、コミュニケーション手段を確保するための工夫がなされている。利用者の主体的な活動については、外出は届出制で自由にできて、地域の人々とランドゴルフを楽しむ利用者があるなど、その行動は尊重されているが、今後、利用者の会等の結成を促し、その側面的な支援を行うことで、より積極的に利用者の主体的な活動を推進することが望まれる。利用者の日常生活上の行為については、どの程度まで自力でできるかについて支援会議で具体的に確認され、利用者が自力で行う日常生活上の行為についての共通認識が図られている。また、利用者の希望・能力に応じて買物訓練や調理・外出・交通機関利用等の社会適応訓練プログラムが実施されている。

A-2 日常生活支援		
2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
A-2-(1)-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。	a
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a
2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、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。	a
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a

2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
2-(4) 衣服		
A-2-(4)-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。	a
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a
2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-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。	a
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなされている。	a
2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。	a
2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
A-2-(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a
2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a
A-2-(10)-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。	a
A-2-(10)-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。	a

評価機関コメント

(1) 食事について…朝・昼・夕それぞれ1時間の幅を持たせ、その中で好む時間帯に食事を取る配慮がなされている。食事サービスに関するマニュアルが作成され、食事摂取に課題のある利用者については、支援計画書にもその旨明記され、適切な支援が行われている。食事サービスについての確認を行う際の要望聴取、食事サービス委員会の実施、嗜好調査(年1回)の実施等により、利用者の要望を反映させる取り組みも適切になされている。また、糖尿病・腎臓病・刻み食等の特別食への対応も適切になされ、バイキング・行事食・選択メニュー等への取り組みも積極的に行われている。

(2) 入浴について…週3回の入浴が実施され、夏場はそれに加えて週2回のシャワー浴が実施されている。入浴サービスに関するマニュアルが整備され、入浴に配慮が必要な利用者については、支援計画書にその旨明記されている。また、個々の利用者についてチェック表により具体的な介助内容を明確にしている。浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置についてはおおむね適切に行われているが、室温管理についての検討が望まれる。

(3) 排泄について…排泄に課題のある利用者は少ないとのことであったが、排泄支援に関するマニュアルが作成され、適切な支援が行われている。トイレ環境も清潔に保たれていた。

(4) 衣服について…衣類の選択については、利用者自らの判断で行っており強制をするようなことはない。衣類の着脱に支援が必要な利用者については、適切な支援が行われている。

(5) 理容・美容…外部の理容師が月1回来園し理容サービスを実施している。また、希望に応じて地域の理容室・美容院に出かける利用者もいる。

(6) 睡眠…夜勤職員2名が必要に応じて夜間支援を行っている。寝具は基本的に施設が準備するものを使用しているが、利用者の好みに応じて私物使用も認めている。

(7) 健康管理…健康管理マニュアル・健康管理記録票・服薬管理マニュアル等が整備され、利用者の健康管理に関する支援が適切に行われている。地域内に嘱託医・協力医療機関を確保し、適切な医療との連携が行われている。歯科治療に関して定期検診等がなされていないとのことだったので、今後検討が望まれる。

(8) 余暇・レクリエーション…行事実施について、利用者からの意見・要望を聞く機会を設け、利用者の希望に沿って行われている。

(9) 外出・外泊…外出・外泊は利用者の届出による希望で行われている。外出の支援が必要な利用者については、買物訓練等の機会を通じて支援を行っている。

(10) 所持金・預かり金の管理等…利用者個々に鍵付きのロッカーを貸与しており、金銭管理は原則として個人管理となっている。テレビ・ラジオの個人所有、新聞・雑誌の購買は自由に出来る。喫煙者が20人ほどおり、屋外に喫煙所が設置されている。園内での飲酒は原則として禁止としている。