

## 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

### ①第三者評価機関情報

評価機関名：	社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間：	平成21年11月20日（金）

### ②事業者情報

名称：	社会福祉法人鳥取県厚生事業団 鳥取県立鹿野第二かちみ園	種別：	知的障害者入所更生施設
代表者氏名：	理事長 西原 昌彦	定員（利用人数）：	70名（72名）
所在地：	鳥取県鳥取市鹿野町寺内102番地	TEL	0857-84-3267

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

強度行動障がい者支援への取組として、専門医師や『エール』鳥取県自閉症・発達障害者支援センター等とのチームアプローチにより、TEACCHプログラム（自閉症の方々へ彼らを取り巻く環境の意味を伝え、意味のあるコミュニケーションを行いつつ、彼らとの共存世界を目指すプログラム）の手法を用いた専門的な支援が行われています。

また、障害者自立支援法に基づく新体系移行目標を平成22年1月とし、現在、障がい程度区分認定調査を終え、判定待ちの状態であり、体制作りの成果が具体的に現れています。

地域交流を第一とし、町内夏祭り、地域運動会、こじか園との音楽療法など地域の行事に積極的に参画されています。基本理念や運営方針のもと、マニュアルが細かく整備され、個々のサービスについて標準的に実施できる体制作りがなされています。

また、整備されたマニュアルを必ず年1回見直すなど、常に研鑽を怠らない姿勢が見られます。

利用者が外食時に嗜好する傾向の高いメニューを施設厨房で提供できるようにメニューの工夫を行ったり、食材に付加する調味料の種類を選択できるようにしたりと、満足度の高い食事を実現するための細やかな配慮が見られます。

#### ◇改善を求められる点

経営上の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報を得るためのにも外部監査の実施が望まれます。

サービスの質向上に向けた「サービス向上・経営改善委員会」の話し合い結果の記録を計画に反映させるための仕組み作りが望まれます。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

### ⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

# 福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（55項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

## 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

評価項目	第三者評価結果	コメント
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) b・c	法人全体の基本理念、施設の基本理念、施設の運営方針がいずれも明文化され、施設内に掲示し、ホームページ、広報紙に掲載されています。 内容も法人及び施設の使命並びに利用者の主体性の尊重について、具体的に示されています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a) b・c	
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) b・c	年度当初の職員会議で全職員に配布され、毎日の朝礼・夕礼時に唱和されています。 「利用者の権利擁護研究班」が中心となって、わかりやすい言葉で作成した基本方針があります。 利用者へは各ユニットに掲示し、利用者自治会ではわかりやすい言葉で説明が行われています。 利用者の家族へは保護者総会で資料により説明が行われ、欠席の保護者へは文書が郵送されています。
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) b・c	

### Ⅰ-2 計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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) . . . c	中・長期計画として5ヵ年計画が策定されており、それに基づいて単年度計画が策定されています。 また、年度末には単年度計画の総括を行い、その結果を中・長期計画の修正に反映されています。
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) . . . c	
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) b・c	前年度末の総括に基づき、各部署の担当職員が評価・見直しを行い、それを集約して事業計画が策定されています。 定期的な事業評価と進捗状況の見直しが行える構造となっています。 事業計画は、職員会議で配布され職員へ周知されています。 利用者へは、施設長が職員着任式や自治会活動の中で説明されています。 保護者へは、保護者総会で配布して説明し、欠席者へは郵送されています。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者へ周知されている。	(a) b・c	

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
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) b・c	施設長は、職員会議や夕礼の場で自分の考えや方針を明確にし、組織の方針が文書化され表明されています。 施設長が労務管理研修に参加されるなど、組織に必要な法令等の把握に努められ、得られた情報は職員会議で報告されています。 遵守すべき関連法令はリスト化され、関連法令集は事務所内キャビネットに保管されており、職員はいつでもこれらを開覧することが出来ます。
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) b・c	
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) b・c	事業団本部より行われる毎月の収支状況報告を受けてサービス向上・経営改善委員会が開催されており、施設長はこの委員会に出席し経営状況の把握に努め、リーダーシップを発揮されています。 施設長は専門誌の購読、事業団の管理者研修に参加し、福祉サービスの最新情報を収集・分析し、それらを職員会などで説明され、周知に努められています。 TEAS（鳥取県版の環境管理マニュアル）の登録を目指し職員全員で取り組む事で、経費節減に努められています。
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) b・c	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
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) b・c	福祉事業の動向を把握するため、専門誌や新聞から情報収集して分析が行われています。 地域の福祉ニーズ、サービスニーズに関する情報を収集するため、東部・中部の特別支援学校へ出向き「事業所等進路説明会」に参加しニーズ把握に努められています。 経営状況の分析は、事業団本部へ行う報告書作成の過程で行われています。 事業団本部より行われる毎月の収支状況報告を受けて、サービス向上・経営改善検討委員会を開催することで改善に取り組まれています。 外部監査は実施されていません。今後は、経営上の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報を得るためにも外部監査の実施が望まれます。
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) b・c	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b (c)	

### Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
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) b・c	資格取得について、中長期計画及び単年度計画で数値目標が掲げられています。 職員の資格取得の意欲向上を図るため、資格手当を支給されています。 職員が資格取得のために研修会に参加する際は、勤務時間の配慮を行う等、人材確保の目標達成に向けた取組が行われています。 人事考課は行われていません。
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。	a・b (c)	

II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-2(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) b・c	就業状況は日々チェックされ、毎月定期的にもチェックが行われ状況把握に努められています。 職員の相談先として、産業医による健康相談が実施されています。 また、上司へ気軽に相談できる雰囲気作りに努められています。 福利厚生として鳥取県公社・事業団等職員互助会に加入されており、施設職員の親睦会「鷺峰会」も組織され、職員の福利厚生充実に取り組まれています。
II-2-2(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a) b・c	
II-2-2(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-2(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) b・c	基本理念や運営方針に、職員に求める姿勢や意識が明示されており、中・長期計画では研修に関する項目を設け、単年度計画で資格取得の数値目標を提示することで具体的に明示されています。 職員の研修計画は、年度末の研修委員会で協議されており、その際は各職員より提出された個人研修計画書により個々職員の研修ニーズを把握し、それに施設側からの研修参加提案が加えられ、研修計画の策定が行われています。 職員の資格取得一覧表が整備され、研修計画に反映されています。 研修参加後の職員は、復命書提出と同僚職員への復命研修が実施され、研修の評価と情報・技術の伝達に努められています。
II-2-2(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。	(a) b・c	
II-2-2(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) b・c	
II-2-2(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-2(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) b・c	実習受入は、窓口担当者を設置しマニュアルにより実施されています。 利用者への事前説明は、利用者自治会を通じて行われています。 実習生へ事前オリエンテーションを実施し、施設概要や利用者の障がい特性等を説明したうえで実習が開始されています。 実習生ごとに実習プログラムの作成と指導者設置を行い、カリキュラムが提供されています。
II-2-2(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) b・c	

### II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-3-1(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)-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) b・c	捜索・防災・感染等の緊急時に対応する各種マニュアルが整備されています。（本年度は山口県の土砂災害を教訓として、防災対策マニュアルに土砂災害に関する項目が追加されました。） リスクマネジメント委員会を設置して、事象の要因分析を行い、直近の朝夕礼や各部署会議で報告し、各部署が再度分析と再発防止策を協議し、結果をサービス向上・経営改善委員会で集約し職員への周知、マニュアルの改訂等に反映されています。
II-3-1(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) b・c	

## II-4 地域との交流と連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-1(1) 地域との連携が適切に確保されている。		
II-4-1(1)-① 利用者とのかかわりを大切にしている。	(a) b・c	地域との関わりについては、基本理念・運営方針に明文化されています。 地域の行事（夏祭り、運動会等）には積極的に参画されています。 利用者も買物、理美容等で日常的に地域と関わっておられます。 かちみ園主催の研修拠点事業セミナーに共同参画されています。 音楽療法や子育て支援事業への講師派遣が行われ、技術の提供がなされています。 ボランティア受入について単年度計画に記載されており、受入マニュアルも整備されています。
II-4-1(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) b・c	
II-4-1(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) b・c	
II-4-1(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-1(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a) b・c	地域の社会資源をリスト化され、館内に掲示されています。 関係機関との連携について、市町村をはじめ『エール』鳥取県自閉症・発達障害支援センター（以下、『エール』）、NPO法人鳥取県自閉症協会と情報共有を図るなどされています。 新体系移行を間近にし「移行に向けたアセスメント」は『エール』を交えて行われています。 利用者サービス向上に役立てるため、関係機関と月1回以上ケース検討会が開催されています。
II-4-1(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a) b・c	
II-4-1(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-1(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a) b・c	福祉ニーズ把握の一環として、地元の民生児童委員と意見交換会や特別支援学校との交流が継続実施されています。 在宅障がい児・者のショートステイ受入等で、在宅障がい児・者のニーズ把握に努められています。 就労継続支援B型事業「すずかけ」の利用者を日中一時支援として受入る等、個々のニーズに対応するために弾力運用に努められています。
II-4-1(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。	(a) b・c	

## 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

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-1(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持つための取り組みを行っている。	(a) b・c	基本理念、運営方針で人権の保障、個人の尊厳、プライバシーの保護について朝礼・夕礼時に全職員で唱和されています。 法人規定に基づき、プライバシーの保護に関するマニュアルが整備されています。
Ⅲ-1-1(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) b・c	
Ⅲ-1-1(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-1(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	(a) b・c	利用者満足の上昇について、基本理念で明文化されています。 利用者自治会の開催と運営が支援されています。 利用者に給食委員会へ参画いただき、サービス向上に努めています。 利用者アンケート、保護者アンケートを実施し、サービス向上・経営改善委員会により集計・分析が行われ、改善に役立てられています。
Ⅲ-1-1(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	(a) b・c	

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) b · c	重要事項説明書や施設内掲示により、苦情受付窓口・第三者委員会・苦情解決委員会など複数の相談方法が選択できることを利用者と保護者に示されています。 支援室内に「なんでも相談」の看板を掲げ、利用者の相談を受付けており、そこで苦情解決の仕組みなども説明されています。 前回評価時より意見箱の設置数を増やし、より多く意見を受付ける環境が整備されています。 利用者自治会や給食委員会で提案された意見は、その日の夕礼で職員へ伝達し、後日会議報告書を供覧して周知に努められています。 寄せられた意見・苦情は、苦情解決マニュアルにより、部署単位での対応、施設全体での対応など、迅速対応に努められています。
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) b · c	
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。	(a) b · c	

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
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) b · c	第三者評価を受審されています。 第三者評価のシートを元に各職員、各部署で自己評価し、それらを「サービス向上・経営改善委員会」が集約・分析されています。 上記委員会の報告を受け、各部署で取り組むべき課題が協議されています。 現在行われている取り組みを基に、各部署で協議された改善計画書を文書化し、実施状況の評価と見直しが行われることを期待します。
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 (b) · c	
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 · b (c)	
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) b · c	個別支援マニュアル・生活支援マニュアル・作業支援マニュアルなど、サービス毎のマニュアルが整備されており、各マニュアルについて、最低年1回見直す事を定めた「マニュアル見直しマニュアル」も整備されています。 各部署・各係で、毎年度末に取組の評価分析を行い、次年度に反映させることでサービス向上に努められています。
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) b · c	
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) b · c	利用者の個人記録は一人ひとりに整備されており、様式は個別支援計画に基づいた様式を設定されています。 記録簿の管理は法人の文書管理規定により管理され、管理責任者を設置して管理されています。 記録簿は事務室の鍵のかかるキャビネットにて保管されています。 利用者・保護者からの情報開示請求へは、情報公開規定により開示されています。 記録簿に記録された内容のうち、職員間で共有すべき事柄については、連絡簿と朝礼・夕礼時の連絡により職員へ周知されています。
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。	(a) b · c	
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) b · c	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

評価項目	第三者評価結果	コメント
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) b・c	ホームページ・パンフレット・機関誌を各市町村関係機関に送付し、情報提供が行われています。 視察・見学希望者を積極的に受入し、施設概要や設備公開が行われています。 アセスメントしたうえで、ショートステイの受入が行われています。
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) b・c	サービス開始時に担当職員より、重要事項説明書等資料により利用者とは保護者へ説明され、同意を得ておられます。
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。	(a) b・c	他施設や在宅へ移行等のサービス終了時には、障がい特性等個別情報の提供、支援内容・技術の伝達が行われています。 これら移行業務は、担当職員が窓口となり対応されています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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) b・c	アセスメントは、入所前と入所時そして定期見直しとして年1回アセスメントシートを用いて、作成マニュアルにより作成されています。 入退院などでサービス内容の見直しが必要な場合は、その都度作成マニュアルにより作成されています。
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。	(a) b・c	アセスメントの内容を踏まえ課題分析して、関係機関との検討会を開催し、具体的支援目標が設定されています。
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) b・c	利用者毎のアセスメント情報に基づき、生活・作業の場面で計画が策定されています。 抽出された個々のニーズ・課題に対し、医師・関係機関の協議を経て分析を行う見直しが年1回定期的に行われています。
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) b・c	

# 福祉サービス第三者評価結果 (付加基準—障害者・児施設版—)

※すべての評価項目（26項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

## A-1 利用者の尊重

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-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。	Ⓐ・b・c	<p>個別の状況に応じたコミュニケーション手段が用いられ、また、必要に応じて新しいコミュニケーション手段を身につけるように支援もされています。</p> <p>毎月1回自治会を開催して利用者の意向を尊重する活動が行われ、施設側は自治会担当職員を決めて開催を支援されています。</p> <p>個々のニーズに沿った外出の支援（関係機関への事前連絡、付き添い等）が行われています。</p> <p>毎月定期的に利用者の身体行動両面のアセスメントを各部署で実施し、支援体制の確認、見直しが行われています。</p> <p>利用者が自力で行う日常行動については、時間がかかっても「待つ」事を重視されています。</p> <p>地域における社会資源（理美容室や各種店舗）は、地図や一覧表にしてユニット毎に廊下へ掲示されています。</p>
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c	
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。	Ⓐ・b・c	
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。	Ⓐ・b・c	

## A-2 日常生活支援

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-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。	Ⓐ・b・c	<p>個別支援計画に基づき、食事支援マニュアルにより実施されています。</p> <p>利用者の体調変化に応じて個別の食事が提供されています。</p> <p>給食委員会に利用者が参画し、利用者の要望を反映するように努められています。</p> <p>利用者が外出時の食事として特に嗜好する傾向にあったラーメンについては、県内のラーメン屋の情報を収集し、施設厨房独自の「かちみラーメン」とも呼べるものを完成させています。</p> <p>朝パンに塗るジャムの種類を複数から避ける事で、画一的になりがちな食事を選ぶ要素を盛り込み、楽しさを重視した食事となっています。</p> <p>食事のテーブルには花が飾られ、テーブルクロスが敷かれて無味乾燥とまらない工夫がなされています。</p> <p>食事は利用者が食べたい時間に食べられるように、安全な範囲で食事の取り置きを実施されています。</p>
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。	Ⓐ・b・c	
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・b・c	

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)・b・c	<p>入浴は、個別対応マニュアルに従い実施されており、検温表と健康チェック表が整備され、職員の観察内容を朝礼等で報告し、それら情報に基づいて入浴の可否を看護師が判断されています。</p> <p>大浴場・特殊浴槽・ユニット毎の小型浴槽を整備し、それら浴槽設備を数種の時間設定で稼働させて、利用者の障がい程度・ニーズに応えられるように配慮されています。</p> <p>脱衣場の室温は気候に併せて調節され、カーテン・タオル等でプライバシー保護に努められています。</p>
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	(a)・-・c	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	(a)・-・c	<p>排泄マニュアルに基づき実施されています。</p> <p>身体状況に応じてチェックリストが作成され、個別支援計画に基づいて支援がなされています。</p> <p>目の不自由な方などへ夜間のみ紙パンツを用いるなどして、清潔を保つ工夫がなされています。</p> <p>排泄記録情報は、支援職員と看護師が情報共有し、利用者の健康管理に用いられています。</p> <p>トイレは毎日清掃され、汚染時は随時清掃も行き清潔に努められています。</p>
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	(a)・-・c	
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)・b・c	<p>季節・年齢に配慮しつつ利用者の好みの服装が提供されています。</p> <p>起床時と就寝時に、衣服の着脱介助が行われています。</p> <p>利用者が自力で可能な場合は、時間がかかっても「待つ」配慮をされています。</p> <p>汚れがあった場合、速やかに更衣介助が行われています。</p>
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)・b・c	
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)・b・c	<p>介助が必要な方へ毎朝髭剃りの介助が行われています。</p> <p>食後の歯磨き介助も行われています。</p> <p>利用者の好みの理美容室利用を実現するため、送迎・付き添い等の支援が行われています。</p> <p>自力で理美容室へ行くことが可能な利用者は、自由に利用されています。</p>
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)・-・c	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a)・-・c	<p>全室個室完備で、就寝に配慮した環境が提供されています。</p> <p>睡眠導入剤を服用する利用者の服薬管理は、看護師の管理もと行われています。</p>
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	(a)・-・c	<p>看護師・看護助手が常勤として月曜から金曜まで勤務して、利用者一人ひとりのカルテを整備され、嘱託医師と連携して健康管理が行われています。</p> <p>協力医療機関と嘱託医師を確保して、緊急時に対応できる体制が整えられています。</p> <p>必要に応じ、専門科目の受診も行われています。</p> <p>利用者の受診の結果、服薬管理内容に変更があれば、各部署で情報共有して組織的に対応されています。</p> <p>服薬管理マニュアルを整備して薬物管理の徹底を図り、誤服薬の防止にも注意されています。</p> <p>服薬状況は連絡簿や作業日誌に記載され、職員間で情報共有されています。</p>
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	(a)・-・c	

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われている。	①・b・c	利用者へ行事やイベントの情報提供が行われ、利用者参加時は個々の状況を配慮しつつ付き添いや手順書の作成を行うなどの支援がなされています。
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。	①・b・c	<p>単独外出が可能な利用者は、行き先・所要時間を申し出ていただき、自由に外出されています。</p> <p>利用者向けの交通安全講習を開講し、外出時のルールについて学習する機会が提供されています。</p> <p>利用者は、外出時に身分証明書を携帯されています。</p> <p>外泊は、利用者の希望により家族と連絡を取り実施されています。</p>
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。	①・b・c	
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。	①・b・c	<p>利用者預り金管理規程に基づき、管理責任者を設置し管理されています。</p> <p>利用者によっては、小遣い帳で金銭の自己管理を進められています。</p> <p>新聞、テレビ、マンガ雑誌等の娯楽本も、全て利用者個人で自由に購読・持込み可能です。</p> <p>自力で購入が出来ない利用者に対しては、施設職員が代金を預かり、購入し対応されています。</p> <p>喫煙者には、施設内に喫煙スペースを設け、マニュアルに従い喫煙してもらっています。</p> <p>飲酒については、利用者でルールを決めて飲酒いただいています。</p> <p>医師の指示で飲酒を禁じられている利用者にはノンアルコールビールを提供し、雰囲気を楽しむ工夫がなされています。</p>
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。	①・ - ・ c	
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。	①・ - ・ c	