

福岡県福祉サービス第三者評価の結果

【第三者評価機関】

名 称	特定非営利活動法人 医療・福祉ネットワークせいわ		
所在地	〒840-0015 佐賀県佐賀市木原2丁目 6 番 5 号		
T E L	0952-41-6522	F A X	0952-41-6524
評価調査者 登録番号	12-b00031 07-b00016 14-a00030		

【福祉サービス施設・事業所基本情報】

◆経営法人・設置主体

法人名称	ふりがな こくりつ しょうがいしゃりはびりてーしょんせんたー 国立 障害者リハビリテーションセンター		
法人の 代表者名	ふりがな そうちょう なかむらこうぞう 総長 中村 耕三	設立年月日	昭和・平成 年 月 日

◆施設・事業所

施設名称	ふりがな じりつしえんきよく ふくおかしりよくしょうがいせんたー 自立支援局 福岡視力障害センター	施設 種別	障害者支援施設
施設所在地	〒819-0165福岡県福岡市西区今津4820番地1号		
施設長名	ふりがな しよちょう ごとう ひでのぶ 所長 後藤 英信	開設年月日	昭和・平成 44年 1月 1日
T E L	092-806-1361	F A X	092-806-1365
Eメール アドレス	syomuka@rehab.go.jp		
ホームページ アドレス	http://www.rehab.go.jp/fukuoka		
定員 (利用人数)	70名・世帯(現員 45名・世帯) ※該当を○で囲む		
職員数	常勤職員：33名	非常勤職員：18名	
専門職員	社会福祉士 2名	精神保健福祉士 1名	教員 20名
	保健師 1名	管理栄養士 2名	他
施設・設備 の概要	居室・浴室・シャワー室	臨床実習室・実技室	各種訓練室・教室
	図書室・談話コーナー	体育館・トレーニング室	茶室 他

◆施設・事業所の理念・基本方針

理 念	<ol style="list-style-type: none"> 1. 私たちは、利用者の基本的人権を尊重します。 2. 私たちは、利用者の自立と主体性を尊重したサービスを提供します。 3. 私たちは、利用者が社会の一員として、あらゆる活動に参加できるよう支援します。
基 本 方 針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 私たちは、あらゆる場面で利用者の基本的人権を尊重することを最重要事項とします。 2. 私たちは、利用者が施設の主体であることを常に自覚し利用者個々のニーズに対応したサービスを提供します。 3. 私たちは、利用者の意見を取り入れながら、客観的に妥当性のある支援を目指します。

◆施設・事業所の特徴的な取組

- 本センターは、厚生労働省の直轄施設として、中途視覚障害者の職業的自立（就労移行支援（養成施設）：あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師）と日常生活での自立（機能訓練）：歩行、点字、音声パソコン、身辺及び家事管理等の訓練）を図ることを目的に始まった。
- 職業訓練としてのあん摩マッサージ師、はり師、きゆう師は視覚障害者の伝統的な職業訓練で、社会的に認められているが、中途視覚障害者を受け入れて職業訓練を実施している施設は少ない。
- 中途視覚障害者の自立訓練を総合的に提供している施設は少ない。

◆第三者評価の受審状況

評価実施期間	契 約 日	平成 27年 9月 15日
	訪 問 調 査 日	平成 27年 12月 21・22日
	評価結果確定日	平成 28年 2月 22日
受審回数（前回の受審時期）	今回の受審： 2回目（前回 平成24年度）	

【評価結果】

1 総 評

（1）特に評価の高い点

I. 管理者のサービス提供への積極的な参画が見られます。

所長は、管理者としての自らの職務・責任を職員に対して表明し、視力障害者サービスの質の向上を図るため、利用者満足度調査の実施や支援調整会議及び利用者自治会並びに地域の会議等へ自ら積極的に参加されています。利用者及び地域の福祉ニーズの把握や職員のスキル及びモチベーションアップに積極的に取り組まれており、サービス提供の最前線に自ら関わりリーダーシップを発揮されていることは高く評価できます。

II. 利用者の特性や目標に応じた細やかなサービス実施計画に基づく支援の実践が見られます。

中途視力障害者の自立を目的とした「あんま・針・灸」の資格取得が目標に掲げられており、多角的な視点で関わる職員全員により利用者一人ひとりの意向等が丁寧にアセスメントされ、3年間の教育支援内容やサービス実施計画が細やかに策定されています。勉強の進捗状況のみならず心理面もしっかりと把握しながらサービス実施計画に基づく支援が個別対応の基本に沿って実践されています。

III. PDCA サイクルによるスパイラルアップを実践されています。

組織の計画や利用者の支援計画などの全てにおいてPDCA サイクルの基本的な流れが見られます。必ず利用者等のニーズの把握が行なわれた上で計画等が立案されており、計画等に基づく実践、モニタリングによる評価・見直しの過程において職員間の周知や振り返りにも取り組まれています。また、そのプロセスは、マニュアルの整備や見直しの過程でも実践されていることをうかがい知ることができます。

(2) 改善を求められる点

I. 利用者等にとってもわかりやすく受けとめやすい書類の整備を期待します。

文書類は非常に詳細に作成されていますが、文章量が多く膨大な資料となるため文書によっては「見やすさ」といった視点をもって利用者や第三者などが見てもわかりやすく受けとめやすい書類整備についての工夫を期待します。

II. 部門間・職員間の風通しの良い組織づくりを期待します。

職員間のコミュニケーションツールの柱となっているのが社内メールと言えます。この社内メールの活用によりタイムリーな情報の共有化を実現されていることも確かです。しかし、中途採用や視覚障害がある職員など様々な人材が混在している中で、社内メール中心のコミュニケーションでは意思疎通が希薄になり、職員間の温度差が生じてしまう可能性も否めません。各部門や職員間の距離感を縮められる風通しの良い組織作りを期待します。

III. 専門性の還元により認知度の向上につながることが望まれます。

当センターは、今津福祉村というコンセプトの中に位置している反面、交通の利便性には恵まれていない閑静な場所に立地しています。設備面等が充実している施設ですが、現状では利用者が定員を下回っている状況にあります。当センターの機能を十分に発揮するためにも、当センターが保有する資源(専門性等)を積極的に地域へ還元するなど、地域へ向けた情報発信により認知度の向上を図られることが望まれます。

2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

(H28.2.22)

この度、当センターは、福祉サービスの第三者評価を受審いたしました。当センターは、障害者総合支援法に基づく障害者支援施設である外、あはき師等法(あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律)に基づく養成施設であり、さらに学校教育法による専修学校という性格を持つ施設でもあります。このような複雑な性格を持つ施設ではありますが、評価者の方々には当センターのサービス事業内容等を十分にご理解いただき評価を実施していただきました。

今後は、ご指摘いただいた点につきましては、早急に改善を図っていくとともに、高い評価をいただいた点につきましても、慢心することなく、常に客観視をしながらサービスの向上に一層努めてまいりたいと存じます。

九州地区にある唯一の視覚に障害のある方々の支援施設として、施設のより良き伝統を守りつつ、より独自性を発揮しながら、一層知恵や工夫を絞りながらサービス事業を展開していく所存です。

3 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による第三者評価結果 (別添)

【障害児・者施設・評価項目による評価結果】

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。】		評価結果	コメント
1	I-1-(1)-①	a	利用者の自立と主体性並びに基本的人権の尊重を掲げられ、障害者福祉の基本的な考え方や施設の使命がパンフレットやホームページ等にわかりやすく記載されています。
2	I-1-(1)-②	a	法人の理念に基づいて利用者が資格を取得し、自立と社会復帰ができるように生活機能全体の維持・回復に向けた利用者主体のサービスを提供すること等が掲げられています。
【I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。】		評価結果	コメント
3	I-1-(2)-①	b	多目的ホールに理念・基本方針が掲示され、文書を全職員に配布されていますが、職員間での理解には差が生じているようです。職員勉強会など全職員に向けた周知徹底の工夫が望まれます。
4	I-1-(2)-②	b	理念や基本方針はパンフレット等に記載されており、施設内においても墨字や点字での掲示が見られます。利用者が成人であるため家族等への説明の機会は少ないと思われませんが、家族や地域社会等においても周知状況を確認しながら継続的な周知活動に取り組まれることを期待します。

I-2 事業計画の策定

【I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。】		評価結果	コメント
5	I-2-(1)-①	a	自立支援局で運営方針や中期目標が策定されています。実施する福祉サービスの内容や職員体制、労務、財務についての分析が行なわれ、数値化された具体的な計画が策定されています。
6	I-2-(1)-②	a	国の直轄施設である為、職掌の範囲内において、事業計画重点事項を策定されており、評価・見直しも継続的に実施されています。また、毎年度、事業年報としての冊子が作成されています。
【I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。】		評価結果	コメント
7	I-2-(2)-①	a	各種データの集約・分析が行なわれ、組織的に計画の策定、評価・見直しが行われています。
8	I-2-(2)-②	a	文書やメール等により全職員に配布され、課内会議や勉強会等において周知が図られています。
9	I-2-(2)-③	b	センター便りなどにより、利用者や地域社会に文書配布が行われています。利用者や地域にわかりやすい資料の作成など更なる工夫を期待します。

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。】		評価結果	コメント
10	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	管理者の基本的な職務内容は分掌に明記され、会議等により全職員への周知が図られています。また、平常時のみならず、有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任についても明確化されており、管理者は各種委員会の委員長も務められています。
11	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	各種研修や勉強会等に積極的に参加され、国家公務員として法令等を遵守されています。また、福祉専門分野に係る法令等のリスト化も見られます。
【I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。】		評価結果	コメント
12	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	利用者満足度調査の実施や利用者自治会・地域の会議等に積極的に参加され、利用者や地域のニーズの把握に努められています。特に利用者のサービス向上に向けては、優先順位を考えながら迅速な対応が図られています。
13	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	水道光熱費や消耗品費などの集計及びデータ分析を継続され、事業計画へも反映されています。業務を外部委託されるなどの効率化にも取り組まれています。

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。】		評価結果	コメント
14	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	地域の団体や学校及び今津福祉村の定期的な会議・研修・行事等に参加され、地域との連携に努められています。
15	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	利用者の推移、利用率等のデータ集積が詳細かつ継続的に行なわれています。また、分析により抽出された課題については、職員にも周知されています。
16	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		公立施設の管理者に与えられた職掌の範囲外であるため評価していません。

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。】		評価結果	コメント
17	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	国家公務員であるため、人員配置及び具体的な計画等は、基本的に厚生労働省管理室にて行われています。研修及び資格取得に関するプランは年間計画として立案されています。
18	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	内閣官房内閣人事局の人事評価制度を用いられ適切な人事評価が行われています。また、内部研修会による評価基準の職員への周知にも取り組まれており、評価結果のフィードバックも個別面談を通して行なわれています。

【Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。】		評価結果	コメント	
19	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	有給休暇や時間外労働等のデータを定期的に分析し、庶務課による管理改善が行われています。職員の状態を把握する取り組みとして、継続的に意向調査（異動希望、家族状況等）面談が実施されています。
20	Ⅱ-2-(2)-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	セクハラ・パワハラ等に関する相談窓口が事業所内に設置されています。また、予防接種においては補助制度があり、職員の健康維持が図られています。
【Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。】		評価結果	コメント	
21	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	福祉職員としての専門性を向上させる目的で、内外の研修及び実習等が年間を通じて計画されており、中・長期計画にも記載されています。
22	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	年度初めに、個人面談や意向調査が行われ、会議・研修計画が策定されています。今後は、一部の職員に限らず、全職員がスキルアップの機会を得られるような仕組みの構築を期待します。
23	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。	b	個々の目標の設定や評価・見直しの仕組みは構築されていますが、計画と同じく全職員を対象とした取り組みについて期待したいとこです。
24	Ⅱ-2-(3)-④	職員に対して、遵守すべき法令等を正しく理解するために研修を行っている。	a	遵守すべき法令等がリスト化されており、更新も行なわれています。会議や研修等により職員への周知も図られています。
【Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。】		評価結果	コメント	
25	Ⅱ-2-(4)-①	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	受入れマニュアル及びしおり等が作成されており、実習生受入れ担当窓口の設置、オリエンテーションも実施されています。また、学校等との覚書も取り交わされており、実習指導者に対する研修も積極的に行われています。

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。】		評価結果	コメント	
26	Ⅱ-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	事故や感染症に関するマニュアル等が整備され、健康安全委員会の活動が行われています。備品等についても視覚障害者の為の工夫が見られ、外出や外泊時の連絡方法等の周知にも努められています。AED研修などの外部研修も積極的に受講されています。
27	Ⅱ-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取り組みを行っている。	a	防災管理規程を柱に各種マニュアルや機器の取り扱いに関する書類が、職員が見れる場所に備えられています。災害時における食料や備品類の備蓄も整備されています。
28	Ⅱ-3-(1)-③	災害等の発生時における防災体制が整備されされている。	a	マニュアルに基づく定期的な防災訓練が実施されています。また、ハザードマップを用いて地震や津波の総合訓練も実施され、地域における避難場所にも指定されています。
29	Ⅱ-3-(1)-④	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	事故発生時の報告取扱規程が整備され、インシデントやアクシデント事例を全職員で共有できるようにデータ化して活用されています。

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。】		評価結果	コメント
30	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	運動会・村祭り等に積極的に参加されています。また、パンフレット並びに広報誌の配布を行い、施設の認知度向上に向けて啓発活動に努められています。
31	Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	グラウンドや会議室の貸し出しなどが行われ、施設の有する機能の還元に努められています。
32	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。	b	マニュアルの整備と共に、福祉専門のボランティアのみならず、あらゆる人材を掘りおこし、取り込めるような受け入れ体制の構築を期待します。
【Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。】		評価結果	コメント
33	Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	庶務課及び進路支援・職場開拓委員会が中心となり、連携が必要な機関や団体等の情報を取りまとめてリスト化されています。リスト化された情報は、職員がいつでも閲覧できるようにされています。
34	Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	進路支援・職場開拓委員会が設置され、利用者及び卒業生の自立と社会参加の支援のためのネットワーク構築に取り組まれています。
【Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。】		評価結果	コメント
35	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	今津福祉村村議会やハローワーク等の行政機関並びに民間企業との連携を図りながらニーズの把握に努められています。
36	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	視覚障害のある利用者のニーズに留まることなく、施設が保有するハード・ソフト面の環境を更に活用されることを期待します。

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。】		評価結果	コメント
37	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	利用者尊重や基本的人権への共通理解に努められています。また、障害者虐待防止委員会も設置されており、職員のセルフチェックや勉強会などに積極的に取り組まれています。
38	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	プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、一人になれるスペースの確保や個室対応など、設備面での工夫も見られます。また、利用者のプライバシー保護に関する基本的な知識や姿勢などについては職員も十分に理解されています。
【Ⅲ-1-(2) 利用者満足向上に努めている。】		評価結果	コメント
39	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a	訓練終了時には利用者満足度アンケートを行い、分析結果が各課にフィードバックされています。また、メンタル的に事情があるケースに対しても個別に対応されています。

【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。】		評価結果	コメント
40	Ⅲ-1-(3)-①	a	各クラスに支援課及び教務課の職員が配置され、面接室の整備など相談や意見が述べやすい環境も整えられています。相談内容や対応方法等についても職員間で共有され、迅速な対応に努められています。
41	Ⅲ-1-(3)-②	b	苦情解決の窓口や体制については、各階のエレベーター入口やホールに掲示され、口頭でも利用者に説明されています。今後は、苦情解決のしくみをわかりやすく説明をした資料の配布など、利用者・家族等への周知に向けた更なる工夫を期待します。
42	Ⅲ-1-(3)-③	a	サービス向上委員会を設置して、利用者や自治会からの意見や提案の検討などに取り組みられています。対応策などに関しては記録に残され、全職員への周知も図られています。

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。】		評価結果	コメント
43	Ⅲ-2-(1)-①	a	各課で自己点検（年1回）が行われ、サービス向上委員会にて分析・検討した上で改善活動に繋がられています。第三者評価についても積極的に受審されています。
44	Ⅲ-2-(1)-②	a	6ヶ月ごとにPDCA評価が行われ、取り組みの内容や改善案などが職員参画のもとで検討され、課題の共有化が図られています。
【Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。】		評価結果	コメント
45	Ⅲ-2-(2)-①	a	施設内右側通行や食堂入口のドアの開放などのルール化が行なわれており、新任職員が赴任されてもすぐに支援方法がわかるように標準的な実施方法のマニュアル化も行なわれています。
46	Ⅲ-2-(2)-②	a	職員や利用者等からの意見や提案に対して、その都度マニュアルの見直しが行われ、職員への周知が図られています。
【Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。】		評価結果	コメント
47	Ⅲ-2-(3)-①	a	利用開始時のアセスメントから、中期目標や長期目標の設定、計画の実践、モニタリング、評価・見直しに至るまで一人ひとりの記録が適切に残されています。
48	Ⅲ-2-(3)-②	a	文章管理表があり、ケース記録等は所定のキャビネットに保管されています。また、パソコンに関してもパスワードで管理されており、非常勤を含む全職員の守秘義務における誓約書も保管されています。
49	Ⅲ-2-(3)-③	a	毎日の利用者の状況に関しては、看護部より宿直担当者に申し送りがあり、毎朝の朝礼で宿直より伝達されています。また、利用者のケース記録等はネットワークシステムにより情報の共有化が図られています。

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。】		評価結果	コメント
50	Ⅲ－3－(1)－①	a	利用者希望に対してサービス選択に必要な情報を提供している。
51	Ⅲ－3－(1)－②	a	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。
【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。】		評価結果	コメント
52	Ⅲ－3－(2)－①	a	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。

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。】		評価結果	コメント
53	Ⅲ－4－(1)－①	a	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。
【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。】		評価結果	コメント
54	Ⅲ－4－(2)－①	a	サービス実施計画を適切に策定している。
55	Ⅲ－4－(2)－②	a	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-1 利用者の尊重

【A-1-(1) 利用者の尊重】		評価結果	コメント
56	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	視覚障害者の程度に応じたコミュニケーション手段（点字・音声パソコン・拡大読書器等）が整えられています。コミュニケーションが課題となっている利用者については、サービス実施計画に基づく実践が行なわれています。また、聴覚障害を併せ持つ利用者については補聴システムを導入するなど、職員一人ひとりが日常観察の中で、利用者個々のニーズに応じた機器等を迅速に選択されていることもうかがえます。
57	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	学びの場と生活の場の基本的なルールが定められています。自治会にて、ルール変更の要望などが出された場合には、当センターとの懇談会において検討される仕組みとなっています。門限や入浴頻度についても協議され、利用者の要望に添えるように多面的な検討が行われています。
58	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	利用当初は、動線や環境を頭の中で整理できるまで、マンツーマンでの支援や段階的な見守りが行なわれています。移動を阻害する物を動線上に置かず、各階のエレベーターの到着音（鳥の鳴き声）に変化をつけ、手すりには起点と動線が分かれる部分に印を施し、足元には点字ブロックを整備するなど細やかな配慮による環境的な支援も見られます。また、体調不良時には、入浴や排泄等の援助と必要な時に迅速に対応する体制の整備にも努められています。
59	A-1-(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。	a	施設内には自立訓練を行う部屋もあり、ニーズのある利用者には調理や交通機関利用訓練も行われています。あんま・針・灸等の資格取得に向け、利用者個々の自立に向けた情報提供やカリキュラムの整備、支援、進捗状況のモニタリングが重ねられています。

A-2 日常生活支援

【A-2-(1) 食事】		評価結果	コメント
60	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	疾病やアレルギーなど身体状況に課題のある利用者には、サービス実施計画に基づく特別食（療養食・除去食）が提供されています。その他、体調不良時にも症状に応じた形状での食事が、適宜提供されています。
61	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	嗜好調査や残食調査、栄養係による食事状況の観察などにより利用者の嗜好が把握されています。家族から離れて生活している人が多いため家庭料理や郷土料理を多くメニューに取り入れ、食材の重複や同一月内でのメニューの繰り返しを避けるように配慮したりしながら食事の提供が行われています。栄養係では週1回のミーティングが行われ、メニューや適温での食事提供、利用者からの要望など、おいしく楽しく食事ができるように検討を重ねられています。また、ひと月に3つの新メニューを入れるよう努められています。
62	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a	利用者が食事を受け取ってテーブルに運び、自ら食べ下膳するまで滞ることなく行える環境が整備されています。視力障害のない者にとっては殺風景と感じられる環境ですが、安全面を第一に検討された結果によるもので、視覚に訴える事が困難な中でも、嗅覚（開口の広い調理室からの食事の香り）や聴覚（利用者の好きなポップ音楽など）を満たすための工夫により環境が整えられていると言えます。
【A-2-(2) 入浴】		評価結果	コメント
63	A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法等個人的事情に配慮している。	a	入浴動作については全員が自立されている状況です。脱衣所やシャワー室、浴室においてスムーズな動きができるように、レイアウトや高さなどにも配慮が見られます。
64	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	自治会との話し合いにより入浴日や時間帯の変更等も行なわれています。シャワーについては希望に応じて毎日利用することが可能とされています。
65	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	車椅子利用者対応シャワー室があり、脱衣所も広々としたつくりになっています。男女別の大浴場が設置されており、プライバシーに関する配慮もうかがえます。清掃は専門の職員により行われており、清潔な入浴環境が保持されています。
【A-2-(3) 排泄】		評価結果	コメント
66	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	現状、排泄介助が必要な利用者はおられません。体調不良等により介助が必要になった場合の対策なども検討されており、体制も整えられています。
67	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレは自動照明になっており、清掃専門の職員により清潔な環境が維持されています。また、多目的トイレも設置されています。

【A-2-(4) 衣服】		評価結果	コメント	
68	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	実習中は白衣着用が義務付けられていますが、それ以外は、利用者の好みや意見が尊重されており、職員が指導や助言を行なうケースはないとのこと。
69	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	衣類の着替えや汚れに関する援助を必要とする利用者は現状おられないとのこと。
【A-2-(5) 理容・美容】		評価結果	コメント	
70	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	あん摩・マッサージ・指圧師としての適切な服装などに関しては、臨床実習マニュアルに沿った衣類等の選択についての指導が行なわれていますが、日常的な髪型や化粧法については、利用者一人ひとりの個性や好みが尊重されています。
71	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	利用者は自分で選択した理・美容室を利用されており、現状で支援が必要なケースはないとのこと。
【A-2-(6) 睡眠】		評価結果	コメント	
72	A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a	現状、睡眠の支援が必要な利用者はおられません。寝具等は個人所有であり、冷暖房は利用者自らの意思で調節可能であるなど、快適な環境が整えられています。また、感染症罹患時には、隣室の利用者に迷惑にならないように、居室を変更する等の対応も採られています。
【A-2-(7) 健康管理】		評価結果	コメント	
73	A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a	内科（成人病）健診や眼科健診の他、B型肝炎検査が定期的実施され、結果については所定の様式に記録されています。日常的な健康管理については、保健指導専門職が中心となって取り組まれており、健康日誌にその記録が残されています。また、針を扱うため、必要に応じてB型肝炎ワクチンが接種され、希望者にはインフルエンザの予防接種も行われています。今年度は、歯科検診にも試行的に取り組まれ、会議において次年度から正式に実施することが決定されています。
74	A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	利用者一人ひとりの疾病やかかりつけ医等をリスト化するとともに、マニュアルには医療機関連絡先を明示し、緊急時や夜間帯においても迅速に適切な医療を受けられる体制が確立されています。また、地域の医療機関との連携体制も構築され、保健指導専門職による情報交換などが行われています。
75	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	現状、内服薬等については利用者自身で管理されていますが、飲み忘れがある利用者に対しては声かけなどの支援を行なわれています。また、宿直室には一般的な薬が常備されており、飲み合わせに注意が必要な利用者を把握した上で対応されています。
【A-2-(8) 余暇・レクリエーション】		評価結果	コメント	
76	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。	a	余暇時間のクラブ活動（ゴールボール・フロアバレー・陸上・ヒーリングセラピー・茶道・軽音楽・園芸）があり、利用者一人ひとりが主体的に参加されています。また、餅つきや「今津福祉村」との連携によって開催される祭りなどへも積極的に参加されています。利用者は主体的にコンサートや食事、買い物などの外出を楽しんでいます。

【A-2-(9) 外出、外泊】		評価結果	コメント
77	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	利用者は成人で自立度が高いため、外出先での行動については自己責任という認識を持たれているとのことです。申請すれば自由に外出できる状況ですが、安全面を考慮して門限が21時に設定されています。門限に関しては、現在自治会からの要望を受け30分程度の延長となる方向で検討が進められています。
78	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	申請すれば自由に外泊もでき、制限されることはありません。年末年始等に帰省を強制されることもなく、食事の提供も受けられるなど、利用者の希望に応じた外泊が行なわれています。
【A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等】		評価結果	コメント
79	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	現状、金銭管理の支援を必要とする利用者はおられません。通帳・印鑑・現金等は自己管理とされています。
80	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	「利用者手引き」に持ち込み可能な物が明示されており、テレビやラジオなどを持ち込まれるケースが多いようです。施設の共有スペース（談話コーナー）にはテレビが設置されており、「デージー図書」（視覚障害者向けデジタル録音図書）で好きな本を読むことも可能な環境が整えられています。
81	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、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	喫煙スペースが確保されており、タバコは自己管理とされています。飲酒に関しては、第三者への迷惑行為等を考慮した上で、まだ認められる状況ではないことを自治会に繰り返し説明されている状況です。