

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名： 特定非営利活動法人『サークル・福寿草』 (認証番号21地福第1490-2号)
訪問調査 実施日： 平成23年1月13日(木)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 恵泉会 (施設名) 一進舎	種別:(施設種別)通所授産施設 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 武藤 晃文	定員(利用人数) 38名
所在地: 〒463-0003 愛知県名古屋市守山区大字下志段味字穴ヶ洞2266-250	TEL 052-736-0045

③総評

◇特に評価の高い点

この法人は、昭和25年、まだ日本の至るところに戦争の傷跡が残る頃、主に家庭環境に恵まれない幼児のために設立された歴史ある法人である。幼児からスタートし地域のニーズにより、昭和27年に知的障害児入所施設となり、昭和54年に知的障害者入所更生施設「親愛館」が設置された。その後、同一敷地内に昭和55年、知的障害者通所授産施設を設置した。初代理事長は、当時精神薄弱と言っていた障害者の取組に、その筋の先駆者であった事をまづ評価したい。

一進舎は、創業理事長の先駆的発想により、周囲の関係者は知的障害者には無理との心配を振り切り、関係者や企業の協力により、「精密機械」による、「旋盤作業」から「ドリル作業」と、健常者でも戸惑う精密作業の指導に成功させ、現理事長が継承している。利用者には、自立して「アパート」で生活し、作業所である施設へ通っている方もいるレベルの高い「授産施設」と評価した。

◇改善を求められる点

「親愛館。一進舎独自の取組」を、地域関係に生かされると、なお一層の効果や励みとなり、地域関係者の理解のもとで、地域と密着した施設に発展すると考える。理事会・理事長として定めた、各施設の日常の業務について、更に把握し、施設発展、福祉サービスの向上につとめ、理事長・施設長等の専決事項を明確にされると更に良い。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

運営に関する取組での周知や把握の点について及び地域に係わる活動について改善を求められましたので、評価結果に基づき更なる努力をしていきたいと考えます。また、良い評価をいただいた部分につきましても現状に甘んじる事のないようにしてまいります。

⑤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。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(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

			第三者評価結果
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。	障 1	a ・ b ・ ㉔
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	㉑ ・ 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。	障 3	a ・ ㉑ ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

★法人の理念は「基本姿勢」として明示されているが、「理念」として、定義や位置づけされた形にはなっていない。
 ★事業計画書の療育基本6項目に記載され法人の理念との整合性が確保されている。
 ★法人内の合同会議などで、「理事長講話」として、「基本姿勢」が全職員に説明されている。人権、安全、健康を基本の3要素として、QOLの向上、高度な専門性を実現する取り組みが示されている。
 ★パンフレットや「業報告書」に、事業所(通所就労支援施設)が目指すものとして、「自立と社会経済活動への参加を目的とする。」と説明している。「重要事項説明書」にも、「専門性の高い療育」を目指すことが記載しているが、利用者、または家族や保護者に周知されているようには判断できない。

I-2 計画の策定

			第三者評価結果
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。	障 5	a ・ b ・ ㉔
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。	障 6	a ・ ㉑ ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	㉑ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉑ ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

★訪問調査時に、中・長期計画の概要が示された文書や資料の提示はなかった。経営者(理事長)サイドには長期計画的なプランが策定されているものと理解するが、該当するような計画等が確認できなかった。
 ★単年度の事業計画が策定されている。中長期の計画に基づく内容と収支が反映されている計画かどうかの判断が付かない。
 ★単年度の事業計画は「理事長講話」等で示された方針に基づき、8つの「委員会」で分野ごと、テーマごとに検討され、具体的な取り組みに展開されている。職員らの参画が組織的に実施されているように窺える。
 ★単年度の事業計画は「理事長講話」や職員会議で説明されている。事業計画書などが、適宜配布されるならば、職員への周知がより徹底される。
 ★「療育説明会」で、事業計画の一部を利用者や家族・保護者に説明しているが、行事計画を中心としたもので、事業計画全体の周知には至っていない。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
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。	障 10	Ⓐ ・ b ・ c
	I-3-(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。	障 11	a ・ Ⓑ ・ 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組に指導力を発揮している。	障 12	a ・ Ⓑ ・ c
	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

★管理者は自らの役割と責任について運営規定、就業規定、組織図において文書化している。会議や研修においても表明している。
 ★「遵守すべき法令」の基本的なものは十分に理解をしている。基本的な法規以外にも関連する法規が多数あるので、これらをも理解する取り組みが求められる。
 ★管理者は、サービスの質の向上を計るために、「委員会」の活動を重視した取り組みを指導、支援している。
 ★管理者は、経営および業務の効率化と改善に向けて、環境整備や職員体制の見直しを計画的に実施している。また、「委員会」活動を通じて、職員の意識啓発にも努めている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果	
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。	障 14	a ・ Ⓑ ・ c
	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組を行っている。	障 15	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ Ⓒ

評価機関のコメント

★「障害者自立支援法」の現状と今後の動向を睨み、慎重な事業展開を行っている。行政の対応や利用者の高齢化に備えた取り組みなどが日常的に実施されている。
 ★経済や景気の状態、雇用や就業の状態、福祉の動向に配慮した事業経営に取り組んでいるが、事業所を取り巻く経営状況がこれからも厳しいことは変わらない。「理事長談話」等で取り組むべき課題を明確にしている。
 ★行政の指導監査は定期的に行われているが、外部監査は実施されていない。

II-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
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。	障 17	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 18	a ・ b ・ ㉔
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。	障 19	a ・ ㉔ ・ c
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。	障 20	a ・ ㉔ ・ c
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。	障 21	a ・ ㉔ ・ c
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組が行われている。	障 22	a ・ b ・ ㉔
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。	障 23	a ・ b ・ ㉔
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、積極的な取組をしている。	障 24	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

★職員の専門性を高める取り組みの一環として、職員体制を見直している。美術、音楽、語学(英語)などの特定分野には、非常勤の講師職員を配置するようにしている。

★現在は、「客観的な基準」に基づく人事考課は実施されていない。障害者自立支援法に係る新体制への移行に合わせて、人事考課制度の導入を検討中である。

★現状、職員体制に人的な余裕はないが、週末の土曜日は、非常勤講師を配置するなど、職員が有給取得をし易い環境づくりに取り組んでいる。配置の職員数も少数なので、職員の意向把握は日常的に行われている。特に、職員の「うつ病防止対策」は重点的に取り組んでいる。

★愛知県の“共済会”に加入している。職員の健康診断等は実施されているが、法人独自の「福利厚生事業」は行われていない。

★業務上必要な研修や講習は実施されているが、組織的な研修計画等は立案されていない。業務関連の資格取得には配慮しているが、勤務体制を考慮するようなことはしていない。職員には、自らが「専門的な知識」を取得するように仕向けている。

★8つの「委員会」で、業務遂行上の研修や訓練などの計画は検討・立案されているが、職員個々の教育計画に結びついていない。研修は「療育第2委員会」が「講座計画」などを担当している。

★職員体制の事情もあり、具体的に、個々の研修計画はほとんど実施されていない。一部の研修を除いて、研修後の評価や見直しまで進んでいない。

★実習生は毎年受け入れている。実習生受け入れに関する基準やマニュアルは成文化されていない。実習生の受け入れる際に、実習生の所属先と本人の要望を聞いて、個別計画を立て、実習を行っている。

II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)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。	障 25	Ⓐ ・ b ・ c
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	Ⓐ ・ b ・ c
II-3-(1)-③	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。	障 27	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

★「基本姿勢」にて、基本の3要素(人権、安全、健康)を徹底追求して、療育の質を向上させることが示されている。また、緊急時の対応マニュアルもある。「保健委員会」と「給食委員会」がそれぞれ、事故対策と感染症対策を担っている。
 ★安全確保のため、毎月、防災に向けて、啓蒙教育と訓練が実施されている。防災計画と実施は「防災委員会」が主導している。
 ★「委員会」や職員会議で、利用者の安全確保と暴力や虐待などの事例を把握・検証している。利用者との対人関係においても、今までに喧嘩や差別などの問題は生じていない。

II-4 地域との交流と連携

		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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
II-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	a ・ ⑥ ・ c
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。	障 30	a ・ b ・ ㉔
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。	障 31	a ・ b ・ ㉔
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	a ・ ⑥ ・ c
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	地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	a ・ b ・ ㉔
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。	障 34	a ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

★事業所(施設)の立地が住宅街ではないので、地域との交流が希薄である。自治会の清掃作業に参加したり、作品展や写真展の際には一般向けに、展示会の開放をしている。
 ★事業所が有する運動場や広場を緊急避難場所(要請により)や一時的な廃材置き場(実績あり)として、便宜の提供するようにしている。
 ★ボランティアを受け入れた実績がない。ボランティアを受け入れる分野や永続的な活用のあり方を検討しようとしている。
 ★地域にある公共施設(警察署、消防署)、福祉機関や各種の団体は概ね把握し、これらを利用者や家族、および職員に知らせている。毎月行われる催しものや行事の案内やパンフレットは閲覧や配布できる状態にしてある。
 ★知的障害者の就労支援施設である「春日井作業所」や「守山作業所」との交流(見学)や情報交換を定期的に行っている。お互いの課題や事例などを検討し合っている。
 ★名古屋市や隣接する市町村を対象にし、地域の福祉ニーズの概要を把握しているが、具体的な対応に結びついていない。養護学校の卒業予定者や就労に失敗した者への相談業務が時々ある。
 ★求められる福祉ニーズには個別に対応しているが、多種多様な福祉ニーズには、現有の設備や職員体制では応じきれない。

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

		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。	障 35	a ・ ⑥ ・ c
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。	障 36	① ・ b ・ c
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、取組を行っている。	障 37	a ・ ⑥ ・ 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。	障 38	a ・ ⑥ ・ c
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。	障 39	a ・ ⑥ ・ 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。	障 40	a ・ b ・ ③

評価機関のコメント

<p>★理念の明文化は行なわれていないが、業務終了後の職員会議で理念も含め、成年後見制度の推進、身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。全体的な取組みが、組織的で継続的にエンパワーメントの理念に十分とは決して言えない。利用者への福祉サービスを尊重する姿勢が十分に取組みされてない。</p> <p>★プライバシー保護に関する規定は、職員全員に雇用契約の際、誓約書に署名押印をしてもらっている。また、利用者の個人情報に関しては、同意書をもらいながら鍵つき保管庫を使用している。前項に連動する。</p> <p>★利用者の満足調査は行なっていないが、利用者の満足の得られる仕組みの取組みはうかがえる。土曜日の学習終了後に、個々に「今日の感想について」聞き、様子などの確認を行なっている。</p> <p>★利用者が相談をだれにでも言うことができる体制になっているが、苦情解決の仕組みや利用者・家族等に文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示していない。</p> <p>★利用者や家族に対して、苦情解決の整備、匿名アンケート実施などを行なっていない。今後、理念・基本方針・情報開示・相談体制・苦情解決の体制等掲示物を掲示のみならず、玄関、職員室等に明示する事が必要。</p> <p>★対応マニュアルに沿った取組みがなされていない。今後マニュアルの整備を行い、意見や提案を受けた際の記録方法や報告の手順、対応策の検討が必要。</p>
--

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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。	障 41	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価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。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
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。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供する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。	障 43	① ・ b ・ c
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。	障 44	① ・ 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。	障 45 (a) ・ b ・ c
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。	障 46 (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。	障 47 (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

★定められた評価基準に基づいて、不足している所を定期的に見直す体制を整備中である。福祉サービスの質の向上は、「計画策定」、「実行」、「評価」、「見直し」とP.D.C.Aのサイクルを継続する必要がある。

★改善策や改善実施計画の実施状況の評価を行っていないが、職員間で課題の共有化に取り組んでいる。職員参画にて、評価し、評価結果を分析し、改善策や改善計画書を文面化し、更に共有化。

★個々の利用者の状況に応じたサービスが提供されている。また、個別支援計画に記載されている。欲を言えば、総体的な「支援計画」を理事会から職員会議に下ろして、研修、職員個別指導が必要。

★半年に一回、個別支援計画の見直しが定期的に行なわれている。また、見直しすることで職員の共有化がはかられており利用者の意見も反映されている。定期的な検証や見直しについてマニュアルの改訂記録や検討会議の記録等を重要視し、全般的に「決済」事項に見劣りがする。担当→主任クラス→施設長。重要事項については理事長。決済時には、コメント・指導事項を記入、職員個別指導も必要となる。各項目にも必要なので、ここに纏める。

★利用者一人ひとりに対するサービスの実施状況が個別に記録されている。

★利用者の記録書類は、鍵のかかる保管庫で管理されている。また、守秘義務の遵守を職員に周知している。利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規定等を定める。

★職員間で頻繁にケアカンファレンスを行い情報の共有化を行なっている。今後、パソコンのネットワークシステムを利用することも情報共有のひとつに取り入れることを期待します。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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。	障 48 a ・ (b) ・ c
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。	障 49 (a) ・ b ・ c
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	施設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。	障 50 a ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

★見学、体験入所に対応している。サービスの内容がわかりやすく説明した印刷物の作成、ホームページの作成、公共施設へのパンフレットの配置、見学・体験希望への対応等、積極的な取組みを協議されたい。

★重要事項説明書が掲示板に掲示してあり、利用者説明を行い同意を得たうえでその内容をを書面で残している。厳格に評価すると、サービス内容が組織的に取り組まれ総合的に充実した上での、この項の評価に繋がる。

★法人マニュアルはないが、サービス終了後利用者等が相談できるように担当者や窓口を設置している。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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。	障 51 (a) ・ b ・ c
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。	障 52 (a) ・ b ・ c
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。	障 53 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	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 54 (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ★アセスメント記録、全体の課題、個別課題、個別記録を具体的に明示されている。
- ★サービス実施計画は、一人ひとりの利用者についての支援体制が具体的に記録されている。
- ★サービス実施計画の見直しは、全職員、利用者にとっての馴染みの職員にわかれた担当制を定めて実施している。
- ★成年後見制度の推進や、地域生活への個別移行計画が策定されている。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(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 55	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(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 57	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(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 58	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(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 59	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(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 60	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(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 62	非該当
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当
Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 65	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(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 67	非該当
Ⅲ-5-(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 68	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(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 69	非該当
Ⅲ-5-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	非該当
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 71	非該当

Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-5-(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 75	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	非該当
Ⅲ-5-(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 77	非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(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 78	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(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 79	非該当
Ⅲ-5-(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 80	非該当

評価機関のコメント

<p>★利用者のコミュニケーション能力を高めるため、英会話・読み書き・ピアノ・パソコン等の学習を続けることで習慣になってきている。また、職員の特技を生かした学習の支援が行なわれている。理事長の方針が反映されている。</p> <p>★美術は、利用者の意向にあわせて3つのグループにわかれている。個々にあうカリキュラムをくみ、利用者の主体的な活動を支援している。また、日帰り旅行のバスの中でのカラオケ等利用者の意向が尊重されている。</p> <p>★利用者が自力で行なう日常生活上の行為は、見守りの姿勢がたもたれている。排泄等一部支援が必要な利用者に対して和式から洋式にかえるなどの環境整備を今後一考。職員数の問題は、制度上、財源の問題だが、現行での工夫、努力を職員間で協議する。</p> <p>★社会生活力を高めるための学習プランが、エンパワメントの理念にもとづいて行なわれている。</p>
<p>★朝・昼・夕の献立表が、食堂前にラミネート式写真入で明示されている。栄養月報、栄養価、作り方、材料等を記載していて、月に1回職員での話しあいを行っている。</p> <p>★定期的に嗜好調査、残食調査を行いその結果をいかしながら検食記録の検討会も行なっている。検討会のメンバーは、職員、調理業者も含む給食委員会の8名で行なっている。</p> <p>★軽作業、機械作業の利用者で順番に幅のある時間帯の中で食事を摂っている。音楽が、食事中に流れていて雰囲気としても良い。委託職員で無理かも・・・利用者に給食手渡しの際に、楽しく頂ける雰囲気に。</p>
<p>★排泄に関してほとんどの利用者が、自立している。見守りは、2～3名である。マニュアル、チェックリスト等はない状態である。</p> <p>★施設ができて30年がたち、和式便座である為、今後機能性のある洋式便座に変更する検討が行なわれることを期待する。</p>
<p>★家族より着替えが用意されている場合には、着替えた後に家庭へ持ち帰る。また、一人の場合は施設で洗濯、乾燥して帰れる等、個別に対応している。</p>
<p>★利用者の健康管理表が整備されている。また、定期的に健康診断を行ったり、毎月月曜日保健委員会を開催して、職員で情報の共有化をはかっている。</p> <p>★医療については、家族主体でおこなってもらっている。施設での緊急の場合には、大きな病院に救急車で搬送することとなっている。何か少しの問題や、意見を聞く場合には、近医の存在はかかせない。迅速かつ適切な医療が受けられるように緊急対応マニュアルが今後作成されることを期待します。</p> <p>★利用者の薬の管理は、基本的に家族主体でおこなっている。内服薬は、昼以外での処方してもらっているが、どうしても昼飲む薬については、看護師・支援員が現場で管理している。また、個別の健康調査票に記入を行い、処方箋の提出もある。</p>
<p>★利用者自身が主体的に企画・立案できるように職員は支援している。日帰り旅行等利用者の希望は反映されているが、十分といえない。</p>
<p>★自立している利用者には、金銭管理の指導を適宜行っている。</p>