

〔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：株式会社 中部評価センター (認証番号:24地福第3-3号) |
| 訪問調査 実施日：平成24年12月11日(火) |

②事業者情報

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 名称:(法人名)社会福祉法人ときわ会 (施設名)ときわ作業所 | 種別:(施設種別)生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(施設長)大脇 昭夫 | 定員(利用人数):55名 |
| 所在地:〒483-8345 愛知県江南市後飛保町高瀬69番地 | TEL: 0587-57-7101 |

③総評

| |
|--|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆保護者・家族の協力 今からさかのぼること30有余年、市の支援を受けて、障害を持つ子の親たちが荒れた山林を切り開いて建設した事業所である。それ故、キーパーソンの高齢化が大きな課題となっはいても、保護者・家族の理解や協力的な姿勢は変わることなく、毎月開催される保護者会への出席率も高い。法人イベントや事業所イベントにも、保護者・家族の積極的なボランティア参加がある。</p> <p>◆行政機関との強固な連携 初代理事長、現代理事長に市長経験者が就任するなど、市・行政とは綿密な関係にある。現管理者も市職員OBであり、様々なつながりを活用して有効な情報を収集している。事業所としての大きな課題であった「障害者自立支援法」への移行に際しても、円滑な移行を実現させる原動力となった。</p> <p>◆利用者の意向を尊重した柔軟な支援 利用者の思いや意向を、「個別支援計画」に盛り込んで支援している。「個別支援計画」に取り上げていない支援に関しても、利用者の希望に応じて、作業の合間の気分転換に公園へ出かけたり、保護者の協力を得て中抜けでの外出支援を実施したり、希望のジュースを購入できるよう預かり金の管理を行う等、これらの柔軟な対応が支援の幅を広げている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆中・長期計画の明文化 単年度の事業計画作成の拠り所となる「中・長期計画」が策定されていなかった。事業所(法人)の今後の方向性を示すためにも、事業所の主要な活動を包括した中・長期計画の策定が望まれる。「中・長期計画」を練り上げ、新規事業展開、設備計画、人事プラン、地域交流等々への妥当性を伴った展開に期待したい。</p> <p>◆評価・見直しの習慣化 事業所の活動については、長い歴史と伝統に裏打ちされたサービスの確かさが見られる。計画されたことが実行・実践されたことは、残された記録類からも確認できた。しかし、それぞれの活動の終了後に実施されるべき評価・見直し、記録に残されていない例が多かった。本評価制度の評価基準中に、「体制が確立し」や「体制を整備し」等の記述のある項目はもとより、日常的なサービス提供についても評価・見直しの実施が求められる。常に、P-D-C-Aの意識を持った事業所運営やサービスの提供を望みたい。</p> <p>◆マニュアルの整備 安全対策上必要と思われるマニュアルについて、整備途上のものがあった。また、作成されたマニュアルのうちのいくつかは、作成日の記載がなく、「最新版管理」上での問題点を残していた。“必要な時”に、“必要なところ”で、“最新の(正しい)”手順が利用できるような仕組みの構築が期待される。</p> |
|--|

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

レーダーチャートによる長所、短所の分析は、施設の現状把握に役立ち改善する必要があるところが捉えやすくサービスの向上につなげられるものであった。又、施設の現在の課題の見直しや自己評価と第三者評価の違い、常にP、D、C、Aの意識を持つことの必要性も見直すことが出来、これからの改善点が見えるものであった。

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 | ㉠ ・ b ・ c |
| | 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉠ ・ c |

評価機関のコメント

法人共通の理念である「明るく 楽しく のびのびと」が、パンフレットや事業計画書等に謳われている。さらに、この理念を事業所の活動や取り組みに活かせるよう、基本方針に展開して取り組んでいる。法人設立時から保護者・家族との協力的な関係が構築されており、理念や基本方針についての理解も得ている。利用者本人に対しての周知については、利用者の持つ障害特性や個々の判断能力・理解力等に差が見られ、理解を促すための有効な手段を持ちえていない。

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 ・ ㉠ ・ c |
| | 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 ・ ㉠ ・ 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 | a ・ ㉠ ・ c |
| | I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | 障 8 | ㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉠ ・ c |

評価機関のコメント

法人や事業所の中・長期計画は策定されていないが、法人の将来的な課題が、会議や各種の委員会の中で話し合われており、法人及び事業所の新たな施策や方向性は定まっている。明文化された中・長期計画がないことから、単年度の事業計画の作成にあたっては、前年度の事業計画を見直す方法で作成されている。

事業計画や活動の内容を周知させるため、「事業計画書」を職員、保護者に配布して説明しており、理解は深まっている。理念や基本方針の周知と同様、利用者本人に対する周知方法には一段の工夫が必要となっている。

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 | Ⓐ ・ b ・ 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

「組織図」にて管理者と他の職員との関係を明確にし、「職務分掌規程」によってその役割と責任の所在を明らかにしている。事業所の運営に関係する法令に関しては、リストへの洗い出しが済んでおらず、職員の理解を促すための体系的な研修も計画されていない。

事業所が提供するサービスの質の向上の大きな要因は、職員一人ひとりの意識付けととらえ、職員との対話の機会を大切にして、そこで出た意見や要望を事業所運営に反映させようとしている。業務の効率化や業務改善への意欲はあるが、それを推し進めるべき仕組みの構築には至っていない。

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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| Ⅱ-1-(1)-③ | 外部監査が実施されている。 | 障 16 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

管理者の前職は市の職員であり、その脈を活かして市の様々な部門から、事業所運営に益する情報を収集している。その情報を分析し、今後の事業所の課題として、「ケアホームの早期開設」、「給食の委託」、「相談支援事業への進出」等をあげている。

税理士と契約し、財務・会計面からの課題抽出や規定改訂のためのアドバイスを得ている。税理士の指導による「給与体系」の改定も実施された。

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 | a ・ Ⓑ ・ 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 ・ ㉔ ・ c |
| 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 | ㉑ ・ b ・ 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 | ㉑ ・ b ・ 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 ・ ㉔ ・ c |
| | 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 ・ ㉑ |
| 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

中・長期計画がないこともあり、具体的な人事プランが見えてこない。客観的な評価基準を持つ人事考課制度の必要性を認識しており、現在素案作成中である。

時間外勤務を減らすことや公平な有給休暇の消化を目指しているが、職種や階層によってばらつきがみられ、抜本的な就業条件の見直し・改善が必要となっている。ほとんどの職員が加入している「大ときわ会」が、福利厚生の一翼を担っている。

教育・研修に関する方針が事業計画の中に示されているが、職員個々への落とし込みはなく、実施後に教育効果を検証する評価・見直しのルールもない。年間20名前後の実習生を受け入れているが、終了後に評価・見直しの実施がなかった。

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 | a ・ ㉔ ・ 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 | a ・ ㉔ ・ 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 | ㉑ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

マニュアルの整備が遅れており、安全対策上必要と思われるマニュアルについても欠落しているものがあった。また、作成されたマニュアルのうちいくつかは、作成日の記載がなく、「最新版管理」上での問題点を残している。

防災訓練(主として避難訓練)に関しては、毎回条件を変えて実施しているものの実施頻度が少なく、建物の耐震化も未実施である。

AEDを使った救急救命講習を実施し、万が一に備えている。この1年間に大きな事故は起きておらず、「誤薬事故」もなかった。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | 障 28 | ㉑ ・ b ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| | 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 ・ ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| | 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 ・ ㉔ ・ c |

評価機関のコメント

毎年、恒例となった事業所イベントを開催し、地域との交流を図っている。福祉避難所としての登録はしていないが、小・中学校へ「障害者理解」のための講師を派遣したり、職場体験の学生を積極的に受け入れる等、地域への貢献にも力点を置いている。ボランティアの受け入れは多いが、マニュアルが整備されておらず、体制の確立には至っていない。地域の特別支援学校の進路担当者と連携を密にし、福祉ニーズの把握に努めている。地域内の待機者数を70名とカウントしており、その一部を日中一時支援事業として受け入れてはいるが、他法人事業所と比べると「ケアホーム事業」への取り組みの遅れが目立つ。

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 | ㉔ ・ b ・ 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 | a ・ ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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。 | 障 38 | ㉔ ・ b ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

「利用者尊重」の方針は、規程、関連するマニュアル、パンフレット等に記述されており、事業所運営の根幹となっている。利用者満足の向上につながるサービス提供への取り組みが旺盛で、改善意識も高い。誕生日を迎えた利用者へのお祝いをしたい者には、伴奏をする機会があり、個別で散歩に出かけたい利用者には、食後の日課に取り入れる等、利用者個々の希望を大切に、サービス提供に反映させている。現在、利用者が休養できるスペースの確保はできているが、ハード面での制約を感じており、拡張が来年度への要望としてあげられ検討されている。利用者からの意見に対しては、可能な限り対応することとしている。

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 | a ・ ⑥ ・ 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 | a ・ ⑥ ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

評価機関のコメント

第三者評価の受審には至らなかったが、自らのサービスの質を計るために平成22年度に自己評価を実施し、今回の第三者評価へとつなげている。「日課及び直接処遇職員勤務体制」、「ケース担当について」等の書類により、職員個々の役割が確認でき、また、個別の支援マニュアルを活用して「個別支援計画」を作成している。
記録の整備はされているが、「個別支援計画」の内容とケース記録とのリンク等に課題が残されているという職員の意見もあり、これらが改善されれば、支援の質がさらに良いものになることが期待できる。

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 | ① ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c |

評価機関のコメント

ホームページの設置による事業所の紹介、市役所や福祉センターへの機関紙の配布により、外部への情報提供が積極的におこなわれている。サービス開始時には重要事項説明書や契約書の説明を行い、利用者本人に同意書への記入をってもらう機会もある。その際に利用者へ不安を与えないための工夫はしているが、さらに改善しようという意欲がみられる。
サービス終了後の相談窓口の設置態勢については、次年度への課題としてあげられている。

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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c |

評価機関のコメント

サービス提供にあたり、アセスメントから支援計画の作成、評価と見直しが適切におこなわれており、「個別支援計画について」という文書により職員一人ひとりが流れを把握し、手順に沿った対応ができるようになっている。現在、地域移行支援の対象となる利用者はいないが、ケアホームの開設を目指した取り組みが進んでいる段階である。地域内の待機者の増加や、利用者及び保護者・家族の高齢化等、今後の活動に向けての課題もあげられている。

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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | a ・ Ⓑ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| | 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| | 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| | 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 ・ Ⓑ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| | 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

排泄の支援に関して、プライバシー保護や衛生管理等に配慮した対応をしているが、ハード面での課題が残っている。利用者の健康状態に関しては、畳の部屋で適宜休憩をとれるよう配慮する職員の気配り、健康管理票や健康調査票等の書類による工夫、栄養士による献立への嗜好調査の反映、さらに看護師による細かな配慮や適切な対応等がみられる。利用者の意向調査から、健康配慮に対する満足度の高さが確認できる。利用者の希望に応じて、作業の合間の気分転換に公園へ出かけたり、保護者の協力を得て中抜けでの外出支援を実施したり、希望のジュースを購入できるよう預かり金の管理を行う等、柔軟な対応が支援の幅を広げている。