

〔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25年2月12日(火) |

②事業者情報

| | |
|---|--|
| 名称:(法人名)社会福祉法人相和福祉会 (施設名)ひらめき2% | 種別:(施設種別)生活介護・就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(管理者)加藤守倫 | 定員(利用人数):35名 |
| 所在地:〒470-2212 愛知県知多郡阿久比町大字卯坂字秋葉山37-5 | TEL: 0569-48-9902 |

③総評

| |
|---|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>通所施設の特性を考え、「利用者が楽しんでいないことをやっていたらダメ！」の全職員の思いを、様々な取り組みに反映している。顧客満足度調査の主人公を、保護者から利用者に戻し、利用者アンケートの実施方法を考え工夫した件は、利用者を思う職員の温かな気持ちが伝わってくる。アンケート用紙ではダメ。口頭説明で答えてもダメ。だったらどうしよう…の工夫で、表情を描いた3つのボックス、楽しかった→(^o^)、普通→(^_^)、悪い・ダメ→(>_<)、を用意して、投票による評価を実施したところ、口頭では把握できなかった、利用者の真の気持ちがダイレクトに把握できるようになったと言う。個別支援においても、その都度、この方法で利用者の満足度を測り、利用者のやる気や意欲の引き出しに成果を上げている。利用者満足度を向上させれば、玄関で動けなくなる利用者も利用を嫌がる利用者も軽減できる。利用率の向上は事業所の経営状況向上につながる。それには、職員の資質向上、事業所のサービスの向上が不可欠となる。まさに理念への帰結を実現する取り組みの継続と言える。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>第三者評価の項目にはないが、十分な手順書等の書類整備があっても、いざ書類を閲覧する時に、関係書類を探すのに苦労する様子がかがえた。多忙な現場職員が、すぐに目的の書類にたどり着き、閲覧できる工夫が叶えば、今以上の効率化が推進できると思われる。</p> <p>今回b評価となった2点については、自己評価・当日ヒアリングでも改善の認識があることから、今後の進捗に期待が持てる。特に職員の質の向上に対する取り組みの、研修の計画・評価・見直しについては、効果測定の実践の取り組みに併せて、早期の改善ができると思われる。</p> |
|---|

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

| |
|--|
| これまでa評価をいただいていた「中長期計画の策定」、「定期的な教育、研修の見直し」の2項目がb評価となりました。これまで妥当性を確保できていたものを有効性を評価できるまで高めるよう課題をいただいたと感じています。実施した教育の効果測定については25年度の重点計画に位置付けていますので、次回受審の際にはこの点について有効性の確認をいただけるよう取り組んでいきます。 |
|--|

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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

法人全体で取り組むISOとリンクさせ、法人理念・施設基本方針を明文化し、施設サービスの指針として位置付けている。施設内掲示やホームページ掲載の他、職員は理念を明示したカードを携帯し、常に理念を意識できる環境を整備している。会議・研修等での説明など、理念周知の取り組みには継続性が認められる。利用者等への周知に関しては、理念内容を分かりやすく明示し、ふりがなを付けて掲示する工夫、保護者懇談会等での資料配布等を行っている。着目できるのは職員意識で、日常支援が理念に帰結できる取り組みが、利用者へ理念を理解してもらうことにつながるという意識統一がある。

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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

法人全体の中長期計画を策定し、それを踏まえた施設中長期計画を策定している。中長期の予算案の策定がないことから、今回b評価となった。また、単年度事業計画を策定し、項目ごとに具体的に達成に向けての計画を明示している。単年度事業計画の中間評価・終了時評価、年度毎の利用者満足度調査結果等を、次年度事業計画作成に反映する仕組みが確立している。職員周知に関しては、事業計画の細案となる、ISOの品質マネジメント計画を作成し、周知を図るとともに、品質マネジメント計画の評価・見直しを通じて、取り組みの継続性を担保している。利用者等への周知については、前年度までは保護者に確認を行っていた利用者満足度調査を、利用者本人に回答してもらう方法に変更したり、事業計画を「事業所が4月からがんばります」等の表現で、分かりやすく概要を説明したりする工夫を行っている。

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 | ① ・ 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 | ① ・ 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組に指導力を発揮している。 | 障 12 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

評価機関のコメント

管理者の役割と責任を、組織職務規定に明示し、内部規定選択集の中に含めて全職員に配布して周知を図っている。法令遵守に関しては、必要な外部研修や法人内部研修に参加し、情報・知識を収集している。また、収集した情報については、職員間での共有にも努めている。法人全体でISO認証取得・継続受審に取り組み、当該施設においても継続的に取り組みを実践している。特に管理者は、取り組み推進の指導者として、施設の課題を把握し、質の向上に向けて高い意識と熱意をもって指導力を発揮している。

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

評価機関のコメント

自立支援協議会就労部会参加等、関係する会議や研修会参加で積極的に情報収集を図っている。情報やデータを施設中長期計画・単年度事業計画に反映させ、事業計画の中間評価で早期の改善につなげている。また、利用者満足の不特定さの理解を深め、同じところに留まらない改善意欲で、課題発見に取り組んでいる。利用者の利用率向上を目標に、「利用者の楽しんでいない事」の継続中止に踏み切り、玄関から動けなくなる利用者、事業所に通うのを拒む利用者の軽減に成果を上げた。外部監査に関しては、会計士による毎月の経理チェックと経営相談・助言の継続で会計監査と同等以上の経営改善効果を得ている。ISOの継続受審においても、業務改善・経営改善の目的・目標達成につながっていると言える。

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

評価機関のコメント

法人の組織職務規定に則り、指定基準配置を基に、専門職加算を配慮した人員配置をプラン化している。キャリアパス導入等流動的な対応もある。人事考課に関しては、職員が自己申告書を作成する「ふり返し」を基本にし、半期ごとの面談・フィードバックで、目標に対する達成度評価、次期に向けての目標設定等、職員の意欲の引き出しを目的とした体制の確立がある。「努力した人が報われるように」配慮した成績考課基準書等も職員の意欲につながっている。研修については、ISO品質方針で、職員教育に関する基本方針・姿勢を明示し、内部研修を始め、資格取得を目的とした外部研修参加等、積極的に取り組んでいる。福利厚生にも当たるが、資格取得に関しては、法人の規定で、補助金を出す仕組みもある。今回、評価・見直しの項目でb評価としたのは、積極的な取り組みに対する効果測定・検証の未達部分である。必要性の理解は十分認められることから、今後の取り組みの充実に期待するところである。

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 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

各種マニュアルを整備し、施設体制の充実を図り、毎月の避難訓練実施や消防署指導の防火対策等、施設として取り組める対策を考え、実践につなげている。また、職員に看護師を配置し、利用者の健康管理を行うとともに、緊急対応の備えや医師・病院等との連携を適切に行える体制がある。利用者の安全確保のためのリスク把握としては、ヒヤリハット提出が主となっており、事故・ヒヤリハット事例について、職員会、業務日誌等で周知を図り、予防のための検討を行い、課題解決を図っている。

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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

施設中長期計画に、地域との関わりを計画・文書化している。町主催の障害者運動会や産業まつり参加は利用者にとっても大きな行事となっている。産業まつりや商工会関係行事、観光協会との連携等で事業所商品販売目的の出店をしたり、利用者自治会で決定した希望外出を地域社会資源の活用で実現したりと、利用者が地域に出かける機会も増やしている。地域ニーズの把握に関しては、地域の方の相談会を設け、様々な問題・課題からニーズを把握し、解決に向けた助言等を行っている。当該事業所の3階に平成24年2月開設の児童デイサービス(現放課後等デイサービス)は保護者からの相談がきっかけで法人が展開した事業である。

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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。 | | | |
| Ⅲ-1-(2)-① | 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | 障 37 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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。 | 障 40 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

保護者懇親会や「施設サービスに関するご利用者様アンケート」により保護者満足度調査を実施し、集計結果のグラフ化も行い、サービスに反映させる仕組みがある。利用者個々とは、個別スペースを活用することで職員との馴染みの関係をつくり、信頼関係の中で利用者意見の吸い上げを行っている。個別の対応が効果を発揮し、利用者が自ら手紙を書いて職員に渡したいという意識につながり、実際に手紙を渡した例もある。利用者満足を表現してもらう方法として、三色（良い・普通・悪い）のカップを活用した、投票による評価方法を実施している。利用者満足の向上に対する意識はとどまることなく、自分発信のない利用者からの聞き取りや、作業に対する利用者個々の評価方法について、さらなる課題をあげている。

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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

第三者評価の実施について、各職員が自己評価を実施している。さらに、事業計画に第三者評価関連項目として表記することで、評価結果を反映させ、計画的に改善の取り組みを行う仕組みを作っている。標準的な実施方法の手順書に関しては、定期的な見直しを行い、すでに次年度の目標として、パート職員へのアンケートを実施し、必要な手順書の追加を実施することや、手順書改訂における年間計画の立案などが課題としてあがっており、見直しや管理体制に対するシステムの向上が期待できる。

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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

評価機関のコメント

ホームページやパンフレット等を整備し、必要に応じて体験利用をしてもらう等、書面のみでは伝わらないことを伝える取り組みを行っている。ホームページには、作業や行事等の写真を載せるのみでなく、満足度調査の結果も公表し、今後利用を検討している方が欲しい情報、参考にできる情報を得られるように工夫している。また、契約説明会に利用者にも家族と一緒に参加して、直接説明を受ける機会を設けている。

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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

評価機関のコメント

個別支援計画の策定にあたり、利用者や家族と面接を行い、直接の意向把握に努めている。また、定期的な支援会議で評価を実施し、職員の意見を効果的に反映させる仕組みと体制を作っている。地域移行に関しては、今後法人がケアホーム立ち上げを計画していることもあり、それを踏まえた上で、本人の希望があり、地域生活能力と家族の意向を判断して、個別支援計画の長期目標をケアホーム入居に定め、体験等を実施するなど、積極的に取り組んでいる。

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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

| | | | |
|----------------------------------|--|------|-----------|
| Ⅲ-5-(3)-③ | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | 障 64 | ㉠ ・ b ・ c |
| 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ 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 | 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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

コミュニケーション手段の、絵や写真を活用したカードが随所に設置してあることに目を引かれる。利用者の意思と意見の引き出しへの取り組みがうかがえる。日々の活動では、バレンタインに調理実習を利用してチョコレートを作る機会を作ったり、季節を感じる行事や外出を行ったり、買い物やポーリングに外出する等、利用者のやりたい事を察知し、個別支援に力を入れている。外出支援については、家族の協力や社会資源の活用により職員のみでは対応できない部分への可能性を広げている。外食で初めて寿司を食べた利用者から、新しい味に触れた喜びが生まれた例もあり、職員の常に新しいものに挑戦する姿勢の効果が利用者の笑顔につながっている。