

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

1 評価機関

名 称	NPO法人 ヒューマン・ネットワーク
所在地	千葉県船橋市丸山2丁目10番15号
評価実施期間	平成 19年6月15日～平成 19年8月30日

2 評価対象事業者

名 称	めいわ	種別： 知的障害入所更生施設
代表者氏名	城所 ひろみ	定員（利用者人数）： 56名
所在地	千葉県佐倉市山王2-37-9	TEL 043-484-6394

3 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

<p>特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・厳しい外部環境、内部環境の予測の基に、10ヵ年行動計画を立て、理念主導の経営実践を掲げている。内容は目先に捉われず、理念実現という本来の使命を遂行するために、「めげな福祉」をスローガンに多くの課題を設定し、特に「人づくり、組織づくり」を最重要課題としている。「ピンチはチャンス」と職員に問いかけ、経営をリードしている姿勢は高く評価される。・施設は多様で選択可能な活動メニューを多く用意している。プログラムでは利用者の能力に応じてグループ分けするなど、状況に応じた対応が施されている。それぞれの活動には目標設定など細かい工夫が伺われ、障害を十分配慮したニーズを掘り起こす他、活動を通して、施設から地域への情報発信の意図が見られた。・マニュアルを、日々職員が自ら日常行動を振り返る機会として、毎日抜粋した1項目を読み上げ、話し合っている。マニュアルと現場が乖離しないための、具体的な実践事例であり高く評価できる。
<p>特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・理念・目標が高いだけに、その実現力が求められる。プログラム開発やマニュアル活用など成果もあるが、全体として十分とは言えない。実行は職員の「やる気」にかかっている、「やる気」について、幹部職員は「努力を認める、目標をはっきりする、公平に評価する」と話されていたが、現場リーダー層のマネジメント力の向上と努力が、実行力を左右すると思われる、その意味で現場力の向上を期待したい。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（受審事業者の意見）

<p>初めて第三者評価を受審し、当施設の課題を確認することが出来ました。例えば、利用者サービスにおいて情報を提供するための、利用者の特性を考慮した工夫とか、支援計画の急な変更をする場合に仕組みの整備や、当たり前のように整備されずに済まされて来ていた事など新たな気づきが出来ました。</p> <p>また、サービス向上を目指して職員が取り組んでいることに対して、高い評価を得られたことは、今後の大きな励みとなりました。</p>

5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

<p>めいわの利用者は、知的障害に加えて視覚障害を併せもっている方が多く、また、年齢も 20歳代から70歳代まで幅広い方が利用されているので、1人1人の個性・ニーズ・希望にそった支援を進めていきたいと心がけています。</p> <p>利用者は、それぞれ作業班、歩行班、生活班、農耕班、園芸班に所属し、日々の活動に取り組んでいるほか、クラブ活動や様々な行事を楽しんでいます。中でも太鼓クラブのメンバーは地域のイベントで腕前を披露し、活動の場を広げています。</p>

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

6 分野別特記事項

【施設共通項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
福祉サービスの基本方針と組織	<ul style="list-style-type: none"> ・理念主導の経営実践を掲げ、単年度計画スローガンに「日中活動を見直し、さあ行動」を掲げ、サービス目標、地域連携目標、業務遂行目標、人材育成目標を明確にしている。方向性が明確であり高く評価できる。 ・事業所の掲げる目標と職員が自己申告する目標が、かなり一致する部分が多く、目標が共有化され、理念が浸透している。理想が高いだけに、さらに進めて目標実現力を高めて欲しい。
組織の運営管理	<ul style="list-style-type: none"> ・人材育成を10ヵ年計画の重点課題として、「採用と人事に関する基本方針」「人材育成に関する基本方針」を明確にしている。職員は「役割向上シート」に目標、期間レビュー、自己評価を記入し、上司と面接し、またチューター制を導入し、能力向上を図る仕組みである。 ・1人1人職員は活動成果を発表する機会を設定されており、個人目標の達成度を確認する機会として良い仕組みと思われる。日常のOJTとして、マニュアル読み合わせを毎日実施しているが、個人目標との連動を意識すると、より成果が上がると思われる。
適切な福祉サービスの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・1日を振り返るための着眼点をマニュアルの中から1日1項目抜粋し、毎日読み合わせ、マニュアルと現場の乖離を無くす具体的な実践活動が行われている。サービスの質を高めるために、マニュアルを活用する仕組みを構築している点は高く評価される。 ・地域への貢献としては、中学校福祉教育に貢献しており、年間12回講師を派遣し、学生がボランティア研修に参加している。地域連携としては、「佐倉システム研究会」に参加し、親の会とともに、障害者の現状、困った時のネットワーク作りなど話し合い、地域で障害者を支える活動をしている。

【施設共通項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
サービスの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が選択可能な日中活動を設定して多様な活動メニューを用意している。1つのプログラムにおいても、利用者の能力に応じてグループ分けするなど、状況に応じた個別対応が施されている。 ・利用者が出来る限り、自己選択と自己決定ができる環境を整えている。プログラムをはじめ、行事や旅行などには、利用者の希望を取り入れ、また利用者による自治会を組織し、年3回話し合いの場を設け、意見や希望を聞く場を設定している。 ・利用者の希望により、遠中近距離散歩3コースを計画し、毎日午前、午後全体の70%に当たる利用者が参加し、ADLの維持改善に役立っている。

福祉サービス第三者評価共通項目（施設系）の評価結果					評価結果	
大項目	中項目	小項目	項目			
福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念・基本方針の確立	1	理念が明文化されている。	a	
			2	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	
		(2) 理念・基本方針の周知	3	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	a	
			4	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	
	2 計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンの明確化	5	中・長期計画を踏まえた事業計画が作成されている。	a	
			6	事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	a	
		(3) 計画の適正な策定	7	施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが協議する仕組みがある。	a	
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者のリーダーシップ	8	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	
			9	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。	b	
組織の運営管理	1 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等への対応	10	事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。	a	
			11	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。	b	
	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理体制の整備	12	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	a	
			13	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行っている。	a	
			14	職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	a	
		(2) 職員の就業への配慮	15	事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	a	
			16	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	a	
			17	職員の教育・研修に関する基本方針が明示されている。	a	
		(3) 職員の質の向上への体制整備	18	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	
			19	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	
			20	緊急時（事故、災害、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	
	3 安全管理	(1) 利用者の安全確保	21	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	
			22	地域との交流・連携を図っている。	a	
			23	利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用している。	a	
	4 地域との交流と連携	(1) 地域との適切な関係	24	事業所が有する機能を地域に還元している。	a	
			25	関係機関等との連携が適切に行なわれている。	a	
			26	地域の福祉ニーズを把握している。	a	
		(2) 地域福祉の向上	27	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	
			28	施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっている	a	
	適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者尊重の明示	29	プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で行っている。	a
				30	利用者満足向上を意図した仕組みを整備している。	a
			(2) 利用者満足向上	31	利用者満足向上に向けた取り組みを行っている	a
				32	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある	a
			(3) 利用者意見の表明	33	寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。	a
				34	利用者からの意見等に対して迅速に対応している	a
		35		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。	b	
		2 サービスの質の確保	(1) サービスの質の向上への取り組み	36	課題発見のための組織的な取り組みをしている。	a
37				常に改善すべき課題に取り組んでいる。	a	
38				職員の対応について、マニュアル等を作成している。	a	
(2) サービスの標準化			39	日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	a	
			40	利用者の日常の体調の変化を把握して、それを記録している。	a	
(3) 実施サービスの記録		41	利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	a		
		42	施設利用に関する問合せや見学に対応している。	a		
3 サービスの開始・継続		(1) サービス提供の適切な開始	43	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	a	
	44		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		
4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者へのアセスメント	45	一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	a		
		46	個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	a		
	(3) 情報の管理	47	個人情報保護に関する規定を公表している。	a		

項目別評価結果・評価コメント

事業者名

評価基準		項目番号	評点	コメント
福祉サービスの基本方針と組織				
- 1 理念・基本方針				
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。				
- 1 - (1) - 理念が明文化されている。		1	a	事業計画書に理念・ビジョンが明示されている。「福祉社会への道を照らす 愛の灯台」の理念の基4つのビジョンが示されている。
- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。		2	a	行動指針が事業計画書に明示されている。「個の尊重」として3P、「誇り」Pride、「その人らしさ」Personality、「個別生活」Privacyを尊重し、他に姿勢と期待する職員像を明示している。
- 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。				
- 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。		3	a	事業計画が4月に説明され、毎月の職員会議で、課題の実行面が話し合われる。職員の自己評価にも反映している。
- 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		4	a	家族会や作業始業式の機会に家族に説明される。理念や方針に関する、家族への取り組みは十分と言えないので、改善を期待したい。
- 2 計画の策定				
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
- 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		5	a	理念を実現する、10ヵ年行動計画を設定し、多くの課題を抽出している。中でも「人づくり、組織づくり」を最重要課題としている。
- 2 - (2) 重要課題の明確化				
- 2 - (2) - 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。		6	a	長期的課題を各分野別に明示し、目標を設定している。単年度課題については、サービス、地域、業務、人材について目標と課題を設定している。
- 2 - (3) 計画が適切に策定されている。				
- 2 - (3) - 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みがある。		7	a	各委員会、作業グループより意見が出され、反映される。課題への反映で重要な実行と反省が十分とは言えない。

評価基準		評点	コメント
- 3 管理者の責任とリーダーシップ			
- 3 - (1) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
- 3 - (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。	8	a	10ヵ年計画、単年度計画により、実行されているが、実行力の向上が課題と思われる。
- 3 - (1) - 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。	9	b	制度改革によって、収支は減少している。改善取り組みが課題であるが、人材育成が最重要課題と位置づけているので、長期的視野で検討して欲しい課題である。
組織の運営管理			
- 1 経営状況の把握			
- 1 - (1) 経営環境の変化等への対応			
- 1 - (1) - 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	10	a	外部環境変化、内部環境変化を予測し10ヵ年行動計画を設定している。
- 1 - (1) - 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。	11	b	長期的課題、単年度の課題を抽出し、設定している。人材確保育成が最重要課題であるが、徹底した問題解決案の検討が求められる。
- 2 人材の確保・養成			
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。			
- 3 - (1) - 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している	12	a	倫理綱領(案)、「職員の期待像」を明文化し示している。
- 2 - (1) - 人事方針を策定し、これに基づく職員採用、人材育成を計画的・組織的に行っている。	13	a	「採用と人事に関する基本方針」「人材育成に関する基本方針」を策定し「ひとつづくり、組織づくり」を最重要課題としている。
- 2 - (1) - 職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	14	a	「役割向上シート」に目標、期間レビュー、自己評価を記入し、上司と面接し、評価の説明を受けている。
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
- 2 - (2) - 事業所の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	15	a	各委員会、サービス改善委員会、各作業班から意見が出され、話し合われる。
- 2 - (2) - 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	16	a	福利厚生センターに加入し、宿泊レジャー、健康診断、慶弔などのメリットを受けている。若い職員が何を望むのか、よく聞き対応して欲しい課題である。

評価基準		評点	コメント
- 2 - (3) 職員の質の向上への体制整備			
- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	17	a	「人材育成に関する基本方針」が示され、自己申告シートに目標を記入し、内外研修及びOJTにより育成されるが、OJTと目標に関する現場での話し合いは十分でないと思われる。
- 2 - (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。	18	b	「役割向上シート」により、個人面接を受け、評価、見直しされている。
- 2 - (3) - 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	19	a	実習生は8養成機関から、一定期間約2名ずつ受け入れている。
- 3 安全管理			
- 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。			
- 3 - (1) - 緊急時(事故、災害、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。	20	a	危機対応マニュアルを策定し、体制を明示している。また火災・地震対策として、地元消防署と連携し年3回防災訓練を実施している。
- 3 - (1) - 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。	21	a	事故報告書、ヒヤリハット報告書に基づいて毎月職員会議で話し合われ、事故防止に努めている。ヒヤリハット報告例数は多くは無いので、更なる改善を期待したい。
- 4 地域との交流と連携			
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。			
- 4 - (1) - 地域との交流・連携を図っている。	22	a	各作業班の活動を通して、地域の方と交流が図られている。園芸部の製品は好評と伺う。
- 4 - (1) - 利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用することを支援している。	23	a	おひさま商店やフリーマーケット、地域バザーへの製品の出展などを通して社会参画している。
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	24	a	中学校の福祉教育に講師を年12回派遣し、またボランティア研修に参加して頂き、福祉の理解に貢献している。
- 4 - (1) - 関係機関との連携を図っている。	25	a	佐倉市システム研究会で、障害者の現状確認、困った時のネットワーク作りなど、親の会と連携し地域福祉向上に貢献している。
- 4 - (2) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。			
- 4 - (2) - 地域の福祉ニーズを把握している。	26	a	佐倉市地域福祉計画策定に参画、また佐倉市システム研究会に参加し、地域福祉ニーズを把握している。
- 4 - (2) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	27	a	地域福祉ニーズの把握により、長期事業計画を立案し、良質な総合的福祉サービスの事業展開を計画している。

項目別評価結果・評価コメント

事業者名

評価基準		評点	コメント
適切な福祉サービスの実施	項目 番号		
- 1 利用者本位の福祉サービス			
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	28	a	理念・行動指針に明示されており、年度初めの事業計画説明会や日常の職員会議で実施されている。
- 1 - (1) - 施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっている			
- 1 - (1) - プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で図っている。	29	a	行動指針のなかで、「個別生活」Privacyの尊重を掲げ、鋭い人権感覚を期待する職員像としている。マニュアルの中で、取り上げ毎日の読み合わせにより、徹底をはかっている。
- 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。			
- 1 - (2) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	30	a	利用者による自治会、月1回の家族会、本人のサービス計画立案時などで、希望を聞き、各委員会、各作業班で取り入れ、サービス向上を図っている。
- 1 - (2) - 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	31	a	利用者の希望が多かった外出散歩は、午前午後、遠中近距離3コースに分け、70%の利用者が参加している。生活班、農耕班、園芸班、作業班いずれかに、所属し日々の活動に取り組んでいる。
- 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。			
- 1 - (3) - 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	32	a	第三者委員による相談日があり、50%の利用者が存在を知っている。また苦情相談日が毎月設定され、放送で呼びかけ毎月5人位の利用者が相談している。
- 1 - (3) - 寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。	33	a	苦情相談委員会、職員会議で取り上げ、即実行に移している。
- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	34	a	苦情相談委員会、職員会議で取り上げ、即実行にうつしている。
- 2 サービスの質の確保			
- 2 - (1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。			
- 2 - (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。	35	b	年度事業計画の課題の実行度評価は、年度末に実施されているようであるが、四半期ごとといった期間では評価されていないようである。
- 2 - (1) - 課題発見のための組織的な取り組みをしている。	36	a	日常的な課題については、マニュアルを毎日抜粋し、読み合わせをして、行動反省をする取り組みをおこなっている。
- 2 - (1) - 常に改善すべき課題に取り組んでいる。	37	a	日常的課題には取り組んでいるが、10ヵ年計画、単年度計画に取り上げた重要課題については、実行評価が十分ではないようである。

評価基準		評点	コメント
- 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。			
- 2 - (2) - 職員の対応について、マニュアル等を作成している。	38	a	各マニュアルは作成され、全職員に配布されている。意識強化のため、毎日マニュアルに基づくチェックをしている。
- 2 - (2) - 日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	39	a	サービス改善委員会が年1回、マニュアルと現状をすり合わせ改善している。必要な場合はその都度改善している。
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
- 2 - (3) - 利用者の日常の体調の変化を把握して、それを記録している。	40	a	利用者の健康維持・健康管理については、看護師と施設職員は情報の共有をはじめ密接に連携し、健康状態を把握し記録されている。
- 2 - (3) - 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	41	a	利用者状態など情報は、パソコンで共有化されている。引継ぎ時、特変の様子、対応方法を確認している。病気や怪我など入院の必要が生じた場合看護師・委託医・職員の連携がよく取れており、また家族に早急に連絡される。
- 3 サービスの開始・継続			
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
- 3 - (1) - 施設利用に関する問合せや見学に対応している。	42	a	問い合わせや要望受付の窓口が決まっており、個別の状況に応じて、問い合わせや見学に応えている。
- 3 - (1) - 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。	43	a	重要事項説明書、契約書により、説明し同意を得ている。重複障害の方に伝えることが難しいので、今後の工夫課題としている。
- 4 サービス実施計画の策定			
- 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている。			
- 4 - (1) - 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。	44	a	個別管理支援システムにてアセスメントを行うことが定められ、個別課題が明示される。
- 4 - (2) 個別支援計画の策定			
- 4 - (2) - 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	45	a	個別計画立案に際して、日々の生活の支援の中で意向を把握するようにしている。また計画と利用者の希望に乖離がある場合には、なるべく丁寧に説明し納得してもらっている。
- 4 - (2) - 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	46	a	見直し時期は6月年1回以上見直すことになっている。緊急に変更する場合、担当職員、看護師、フロア長、等が合議し実施している。
- 4 - (3) 情報の管理			
- 4 - (3) - 個人情報保護に関する規程を公表している。	47	a	個人情報保護規定や個人情報保護目的を策定し、公表されている。HPへの掲載も検討して欲しい。

福祉サービス第三者評価項目（障害福祉サービス）の評価結果				評価結果
大項目	中項目	小項目	項目	
障害者・児施設	1 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	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
			2 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
			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
			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
	2 日常生活支援	(1) 食事	5 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
			6 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
			7 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
		(2) 入浴	8 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
			9 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
			10 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
		(3) 排泄	11 排泄介助は快適に行われている。	a
			12 トイレは清潔で快適である。	b
		(4) 衣服	13 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
			14 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
		(5) 理容・美容	15 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
			16 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
		(6) 睡眠	17 安眠できるように配慮している。	a
		(7) 健康管理	18 日常の健康管理は適切である。	a
			19 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
			20 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a
		(8) 余暇・レクリエーション	21 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
		(9) 外出・外泊	22 外出・外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a
		(10) 所持金・預り金の管理等	23 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a
			24 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
	25 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	

項目別評価結果・評価コメント

事業者名 知的障害者入所更生施設 はちす苑

評価基準	項目番号	評点	コメント
障害福祉サービス			
- 1 利用者の尊重			
- 1 - (1) 利用者の尊重			
- 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。	1	a	必要に応じて文字、絵、写真など活用している。職員の研修では、視覚障害者との会話力を訓練するために、アイマスクをして、障害者の立場になって会話する訓練をしている。また個人の気持ちを日頃の生活を見ていく中で汲み取るようにしている。
- 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	2	a	視覚障害、自閉症、知的障害の重度の方の活動を重視し、希望を聞き、優先的に作業や行事の企画を行い。また利用者の自治の会で利用者同士の意見を言う機会を作り、自主性を尊重した運営をしている。
- 1 - (2) - 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。	3	a	利用者の状態に応じて、希望を聞き、散歩外出など、運動を取り入れ、様々なプログラム活動に参加して頂き、ADL低下を防いでいる。
- 1 - (2) - 利用者のエンパワメント(力をつけること)の理念にもとづくプログラムがある。	4	a	施設の理念・指針である個人の「誇り」「その人らしさ」「個別生活」を尊重する基本指針に基づき、作業班、農耕班、園芸班、散歩歩行班など多様なプログラムを企画し、各作業に段階を設けて、1つ出来たら次のステップに挑戦するように細かく配慮している。
- 2 日常生活支援			
- 2 - (1) 食事			
- 2 - (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。	5	a	栄養士、看護師、職員で利用者の状態、糖尿病、腎臓病などに適した食事を計画し、準備している。施設ではベースト食に工夫を加えたいと考えているので、職員の工夫アイデアに期待したい。
- 2 - (1) - 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。	6	a	献立は個別に希望聞き、また自治会からも希望を聞き給食委員会で検討し、美味しく楽しく食べられる工夫をしている。また選択食など準備し、また保冷車を使い、適温の食事を提供するなど工夫している。
- 2 - (1) - 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	7	a	食事時間にはある程度幅をもたせ、自分のペースで食事できる配慮をしている。また4つのブロックに別れ、楽しく食事が出来るように配慮している。
- 2 - (2) 入浴			
- 2 - (2) - 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。	8	a	介助は同性介助を原則として、マニュアルに従いリスクとプライバシーに配慮した入浴介助をしている。1人1人の状況に応じて、小浴槽、シャワーチェア、特殊浴槽を使用している。

評価基準		評点	コメント
- 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。		9	a 利用者の希望、時間、体調を確認し、行われている。入浴は月、水、金とされているが、希望者や汗をかいた人はその他の日にもシャワー浴を実施している。
- 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。		10	a 廊下から脱衣場が見えないように、扉の先にカーテンを設けてプライバシーを尊重している。男性脱衣場は十分な広さがあるが、女性用はやや手狭である。色彩などによる工夫を期待したい。
- 2 - (3) 排泄			
- 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。		11	a 排泄介助マニュアルに従ってプライバシーに配慮し実施されている。マニュアルの項目により職員自ら介助のチェックを行い適切な支援を出来るように心がけている。
- 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。		12	b 視覚・知的の重複障害により、男性は立ち便器から尿をはずしてしまうことが多く、清掃が追いつかないとのことである。綺麗なトイレは掃除の基本ともいわれるので皆で頑張るって欲しい。
- 2 - (4) 衣服			
- 2 - (4) - 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。		13	a 衣服は個人の意思で選択し、必要に応じて相談に応じている。
- 2 - (4) - 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。		14	a 着替えは個人の希望を尊重し、自ら着替えするように自立を支援している。
- 2 - (5) 理容・美容			
- 2 - (5) - 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。		15	a 個人の意思を尊重し、整髪や化粧を手伝ったり、相談におうじている。
- 2 - (5) - 理髪店や美容院の利用について配慮している。		16	a 理髪店や美容院の選択は、地域と訪問のいずれか個人の意思で選んでもらっている。
- 2 - (6) 睡眠			
- 2 - (6) - 安眠できるように配慮している。		17	a 同室者により、睡眠の妨げにならないように、配慮している。苦情・相談を受け速やかに対応している。

評価基準		評点	コメント
- 2 - (7) 健康管理			
- 2 - (7) - 日常の健康管理は適切である。	18	a	利用者への健康維持・健康管理については、看護師と施設職員が情報を共有し連携して当たっている。健康維持のために、運動に配慮し毎日の散歩外出に力を入れている。
- 2 - (7) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	19	a	怪我や病気の場合、看護師・委託医・職員による連携が良く取れており、迅速に対応される。また家族への連絡体制もととのっている。
- 2 - (7) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	20	a	服薬に関しては、予薬マニュアルを整備しており、利用者への服薬支援体制は、配薬時、服薬時、服薬後の確認はじめ、利用者1人の服薬に2人の職員による服薬チェックが行われている。またマニュアルについても必要に応じて見直しが行われている。
- 2 - (8) 余暇・レクリエーション			
- 2 - (8) - 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。	21	a	施設では利用者が出来る限り自助を促しながら、自己選択と自己決定が出来る環境を整えている。プログラムや行事、旅行などは利用者の希望を取り入れた活動を行っている。
- 2 - (9) 外出、外泊			
- 2 - (9) - 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	22	a	年末年始やお盆など家族と過ごすことを楽しみにしている利用者が多い。また日帰り旅行、1泊旅行など企画し楽しく生活している。
- 2 - (10) 所持金・預かり金の管理等			
- 2 - (10) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	23	a	管理規定により責任の所在を明確にし、適切に管理している。また利用者の自己管理を支援している。
- 2 - (10) - 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。	24	a	希望によりスポーツ新聞を購入するなど個人の意思を尊重している。
- 2 - (10) - 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。	25	a	自治会「あおばの会」で話し合うようになっている。嗜好品は原則自由であり、楽しみを叶えるように配慮している。