

基本情報

【受審事業所情報】

事業所名称	川内自興園
運営法人名称	社会福祉法人 鹿児島県社会福祉事業団
福祉サービスの種別	知的障害者援護施設
代表者氏名	理事長 上荒磯 継男
管理者氏名	施設長 山角 陽一
定員	50人
事業所所在地	〒895-0007 薩摩川内市 百次町 1110番
電話番号	(0996) 22-4801
FAX番号	(0996) 22-4803
ホームページアドレス	http://www7.ocn.jp/~jikouen/
電子メールアドレス	jikouen@isis.ocn.ne.jp

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 福祉21かごしま
鹿児島県認証番号	鹿児島 06-02号
訪問調査日	平成19年 3月 26日(月)
評価結果決定年月日	平成19年 6月 12日(火)
評価調査者氏名	

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

昭和53年に開設され、地域における知的障害者の福祉活動に努められ、長年にわたる実績は、経営・運営管理、障害福祉サービス提供ともに、全般的に優れていて高く評価できる。第三者評価受審の事実上の鹿児島県第一号であることから、全ての評価項目を高い評価で網羅したものではないが、全般に高い評価を得ている。今後のますますの活躍が待たれると共に、第三者評価のリーディングケースとしての役割も期待したい。

特に評価の高い点

基本的な組織運営管理の中核部分は、事業団本部機能の担うところであるが、理念や方針などはよく行き届いており、他の大規模社会福祉法人の模範となりうると評価される。また、授産施設であることの特性からか、比較的自立度の高い知的障害者が多い。これらのニーズに合ったプログラムが機能しており、施設の固有性への対応ができています。とりわけ、個々の利用者に応じたアセスメントとアセスメントに基づくサービス実施計画はよくリンクしており、提供が計画されるサービスの必要性が、アセスメントで比較的確認しやすいことは高く評価される。今後の益々の充実を期待したい。

改善を求められる点

評価結果の中でC評価の項目はないので改善を求められる点はないが、以下の事項についての今後の取り組みが期待される。

個々のサービス毎の標準的な実施方法の体系化と明文化については、検討を願いたい。なお、個人情報保護に関して、利用者等による開示請求については適用法令の確認をされたい。確認の上、開示請求の窓口の所在、開示請求様式の整備、開示の決定に関する可否権者の明確化などを急がれる必要があると思料される。

大項目別の評価概要

I-1 理念・基本方針

理念・基本方針は障害者福祉の基本的考え方を踏まえたうえで明文化され、整合性も図られている。内容も具体的で、職員全員に年間支援計画書を配布し、説明を行っている。利用者自治会では活発に意見が出され、要望に対して改善が行われていることが議事録により確認できる。

I-2 計画の策定

中長期計画は、サービス内容等の現状分析に基づき課題や問題点を明らかにし、その解決に向けた具体的な内容になっている。計画内容は職員には年間支援計画書、保護者・利用者に対しては資料配布の上で説明が行われ適切である。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

管理者の役割と責任は、事務分掌表・組織規則に明文化され、職員及び保護者に対し周知が図られている。各種の研修会にも参加し、各種マニュアルに反映するなど、法令等の理解及び職員への周知に向けた取組みも適切である。

II-1 経営状況の把握

障害者福祉等の動向や地域の特性・ニーズ等は、育成会・薩摩川内市・地域コミュニティセンター等との連携で把握し、中長期計画及び事業計画に適切に反映されている。

II-2 人材の確保・養成

人員体制についての具体的なプランは明確になっているが、人事考課基準等の職員への開示は行われていない。研修要綱や中長期計画で、職員に求める基本姿勢や専門性を明示してはいるが、個別の職員の知識・技術水準・技能の必要性等を把握した上での研修計画策定にはいたっていない。今後の検討を期待したい。

II-3 安全管理

外出・外泊・帰宅時の事故等への対応を含めて、管理体制やマニュアルを整備し、職員・実習生へも配布して周知が図られている。施設内サービス検討委員会の設置・毎月の職員会議における事故事例の収集と発生要因の分析・未然防止策の検討・年1回および随時のマニュアル改定・研修の実施等や安全確保・事故防止に取り組んでいる。

II-4 地域との交流と連携

地区の夏祭り・運動会・コミュニティ祭り等への利用者の参加、利用者個々のニーズに応じた日常的な活動（買い物など）は積極的に実施され、その援助の体制も整備されている。育成会・県・川内市・ハローワーク・地区自治会とは定期的に連絡会を実施し、利用者の自立支援にむけた就労支援等の課題に取り組んでいる。なお、ボランティア受入の意義や方針・マニュアルはあるが、研修や計画的なボランティア育成は行われていない。

III-1 利用者本位の福祉サービス

利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢は、個々のサービスの標準的な実施方法に概ね明確にしてあり、反映されている。利用者満足の向上への取り組みは、意見箱の活用や平成15年から実施されているアンケート調査など優れている。数年来の実績のあるアンケート調査や「がらっば会」を通じた対応などで、利用者が相談や意見を述べやすい仕組みがあり、よく機能している。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

平成18年度から第三者評価（自己評価）に取り組み、利用者アンケートを継続的に実施し、サービスの質向上に取り組んでいる実績は高く評価される。個々のサービスの標準的な実施方法が体系化され、文書化されているとは言い難い。福祉サービスの実施記録はよく記載され整備されている。職員間のばらつきも少ないように見受けられる。また、ケース会議などでは、栄養士・准看護師も参加するなど多職種での具体的な取り組みも確認できる。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

ホームページが作成され、広報誌等は市町村等公共施設での入手もできる。事業所の変更などの際のサービスの継続性への対応は、組織的に明確になったルールはないが、担当者は明確になっている。必要に応じて行われる現状は適切な内容となっている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

アセスメントは必要な項目が網羅され、決められた様式で把握され記録されている。アセスメントには一人一人のニーズや課題が明示されている。総じて、アセスメントの内容は優れており、よく機能していると思料される。サービス実施計画の責任者は明確で、利用者の意向把握などの利用者・家族の参加の実態を確認できる。現在年4回のモニタリング実施の移行中であり、一連の実績は高く評価できる。

付加基準 A-1 利用者の尊重

利用者のコミュニケーション能力向上は、施設の提供するサービスの重要課題の一つであり、個々の利用者をよく支援している。自治会（がらっば会）活動を含め、利用者の主体的な活動の支援・日常生活上の支援はよく行われている。

付加基準 A-2 日常生活支援

食事については、栄養量の調整なども行っている。合併症を有する利用者については、准看護師が主治医の指示に沿った対応を協力するなど適切である。入浴介助の必要な利用者はいない。排せつ介助の必要な利用者はいない。トイレの設備の状況やプライバシーへの配慮、換気等適切である。清掃は毎日行われているが、ウエット方式であるので事故防止や衛生管理上の視点からの配慮も期待したい。衣服等は、利用者の自己管理であり施設側の干渉はない。理容・美容等についても利用者の判断で行える。睡眠についても、日中の授産活動で体をよく動かすため不眠などを訴えるケースは少ない。日常の健康管理もよく行われ、顧問の精神科医師の対応も早く丁寧である。余暇・レクリエーション・クラブ活動や外出をはじめ、よく対応している。預かり金等は、自己管理が困難な利用者が約50%いる。「特別生活支援」で支援している。新聞雑誌の購読は自由で殆どの入所者が利用している。嗜好品等の一律な制限は行われていない。

評価細目の第三者評価結果

障害福祉分野の評価基準

判断基準項目	評価結果
--------	------

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	
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。	a
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
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。	a
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a

評価機関コメント

理念・基本方針は障害者福祉の基本的考え方を踏まえたうえで明文化され、整合性も図られている。内容も具体的で、職員の行動規範となりうるものであり、職員全員に年間支援計画書を配布し、年初および毎月の職員会議で、繰り返し周知と事業計画の確認が行われている。保護者に対しては保護者会議で資料を配布し、説明を行っている。利用者自治会では活発に意見が出され、要望に対して改善が行われていることが議事録により確認できる。

Ⅰ-2 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。	
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
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。	a
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a

評価機関コメント

中長期計画は、法人の計画をベースに、サービス内容等の現状分析に基づき課題や問題点を明らかにし、その解決に向けた具体的な内容になっている。年度事業計画にも十分に反映され、実施状況の評価も十分可能なものとなっている。また、中長期計画・事業計画は毎月の職員会議で評価・見直しが行われている。計画内容は職員には年間支援計画書、保護者・利用者に対しては資料配布の上で説明が行われ、周知状況の確認まで行われている。

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。		
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
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
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り組みに指導力を発揮している。	a
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
評価機関コメント		
<p>管理者の役割と責任は、事務分掌表・組織規則に明文化され、職員及び保護者に対し周知が図られている。各種の研修会にも参加し、各種マニュアルに反映するなど、法令等の理解及び職員への周知に向けた取組みも適切である。職員・利用者によるサービスチェックを実施し、その結果を施設内サービス検討委員会にて評価・検討を行い、サービスの向上に努めている。また、職員からの自己申告による意見収集・個別面談等の結果に基づく人員配置への配慮、各種在庫管理の徹底、給食の外部委託等働きやすい環境づくり・経営の効率化に取り組んでいる。</p>		

評価対象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。		
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
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
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	b
評価機関コメント		
<p>障害者福祉等の動向や地域の特性・ニーズ等は、育成会・薩摩川内市・地域コミュニティーセンター等との連携で把握し、中長期計画及び事業計画に適切に反映されている。また、サービスコスト・利用状況の推移等の分析も定期的実施され、毎月の職員会議等でその結果と改善策の検討・確認を行うことで職員への周知を図っている。事業団本部による内部監査は行われているが、今後は経営改善に資するような外部の専門家の参画を期待したい。</p>		

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。		
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
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。	b
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。	a
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
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。	a
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
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。	a
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	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
II-2-(4)-②	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
評価機関コメント		
<p>人員体制についての具体的なプランは明確になっており、勤務評定も実施されてはいるが、人事考課基準等の職員への開示は行われていない。職員の就業状況に関するデータは施設長が毎月チェックし、分析結果に基づく職員との個人面談などを通じて改善がなされている。福利厚生センターへの加入などの福利厚生事業への取り組みもなされている。研修要綱や中長期計画に、職員に求める基本姿勢や専門性を明示してはいるが、個別の職員の知識・技術水準・技能の必要性等を把握した上での研修計画策定には至っていない。研修報告書は作成され、報告の場も設定されており、研修成果の評価・分析及び次の計画への反映等も適切に実施されている。実習生受入に関する意義・方針等は明文化され、責任体制も明確になっており、マニュアル・プログラムも整備されている。今後、実習指導者に対する研修が実施されれば申し分ない。</p>		

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。

II-3-(1)-①	緊急時（事故、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
II-3-(1)-②	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

評価機関コメント

外出・外泊・帰宅時の事故等への対応を含めて、管理体制やマニュアルを整備し、職員・実習生へも配布して周知が図られている。また、利用者個々の既往症・服薬状況・留意事項等を一覧表にして、年間支援計画書に記載し全職員に配布。変更の際には朝礼・職員会議で繰り返し周知徹底を図っている。さらに、施設内サービス検討委員会の設置・毎月の職員会議における事故事例の収集と発生要因の分析・未然防止策の検討・年1回および随時のマニュアル改定・研修の実施等、安全確保・事故防止に取り組んでいる。警察・消防との情報交換、地域の自治会との連携等、連絡・協力体制の構築にも取り組んでいる。

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。

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
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
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

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。	b
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	b
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

評価機関コメント

地区の夏祭り・運動会・コミュニティー祭りなどへの利用者の参加、利用者個々のニーズに応じた日常的な活動（買い物など）は積極的に実施され、その援助の体制も整備されている。障害者・障害児や地域住民の芋ほり体験・宿泊体験・小学生の授産体験を実施するなど地域との交流も活発に行われ、その活動を掲載した広報誌を地域に配布している。また、育成会・県・薩摩川内市・ハローワーク・地区自治会とは定期的に連絡会を実施し、利用者の自立支援にむけた就労支援等の課題に取り組んでいる。しかし、個々の利用者に必要な社会資源は明確になっていない。また、ボランティア受入の意義や方針・マニュアルはあるが、研修や計画的なボランティア育成は行われていない。民生委員との定期的な連絡会や地域住民への相談事業等を通じての福祉ニーズの把握は十分とは言えず、グループホーム設置の計画はあるが具体的な事業展開には至っているとは言い難い。

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		
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り組みを行っている。	b
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
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ている。	a
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
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。	a
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。	a
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。	b

評価機関コメント

利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢は、個々のサービスの標準的な実施方法に概ね明確にしてあり、反映されている。月一回の職員研修や事業団主催の研修会等で周知に工夫している。虐待防止に関する項目等も含まれており、その内容も妥当である。プライバシー保護に関する内容も概ね含まれており、組織的な取り組みも確認できる。職員研修も実施している。なお、個々のサービスの実施方法の拡充が期待される側面もある。利用者満足の向上への取り組みは、意見箱の活用や平成15年から実施されているアンケート調査等優れている。「がらっば会」を通じた工夫や改善事項の報告等も確認できるが、組織的な仕組みとは言い難い側面が残っているので、改善計画が組織的に対応できる仕組み作りも期待される。数年来の実績のあるアンケート調査や「がらっば会」を通じた対応等で、利用者が相談や意見を述べ易い仕組みがあり、よく機能している。苦情解決の体制は、苦情解決責任者の設置・担当者の明確化・第三者委員のメンバー構成等適切である。掲示や案内等も行われていて、苦情内容や解決方法・結果等も公表されている。これらの一連の流れは、よく整備され機能していることが記録などで確認できる。なお、記録の方法や報告手順・対応策の検討の仕方が明文化されていないので、今後に期待したい。

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。		
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。	a
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b
Ⅲ-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。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々の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。	b
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。	b
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。	a
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。	b
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。	a

評価機関コメント

平成18年度から第三者評価（自己評価）に取り組み、利用者アンケートを継続的に実施し、サービスの質向上に取り組んでいる実績は高く評価される。評価結果は「施設内サービス改善委員会」で検討されている。これらの情報は分析され、記録に残され、職員会議で課題の共有化が図られている。実績は高く評価され、課題も明確になっている。個々のサービスの標準的な実施方法が体系化され、文書化されているとは言い難い。サービスの個別・具体的な状況は優れている。従って、ルールに沿った個々のサービス提供が行われていることを検証する体制が構築されているとは言い難い。しかし、全支援員参加で行うなどの現状は優れている。標準的な実施方法の明確化と定期的な検証が組織的に行われる体制の整備が期待される。

提供された福祉サービスの実施記録は、よく記載され整備されている。職員間のばらつきも少ないように見受けられる。また、ケース会議などでは、栄養士・准看護師も参加するなど多職種での具体的な取り組みも確認できる。なお、利用者・家族からの情報開示に対応する手続き規定が整備されていない。県事業の受託であるので、個人情報保護に関する法令の適用について、具体的な法令名の確認が行われ、開示請求の窓口の明確化など対応を急がれたい。

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。		
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。	a
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。	a
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	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。	b

評価機関コメント

ホームページが作成され、広報誌などは市町村等公共施設での入手もできる。パンフレットなどは分かりやすく、体験入所などは毎年十数件の実績もある。養護学校の体験入所などの事例は評価される。入所にあたっての契約書や重要事項説明書は整備され、利用に際しての同意の体制なども確認できる。事業所の変更などの際のサービスの継続性への対応は、組織的に明確になったルールはないが、担当者は明確になっている。必要ときには対応しているが、手順や引継文書の様式等を定めるには至っていない。なお、必要に応じて行われる現状は適切な内容となっている。

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。		
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。	a
Ⅲ-4-(1)-②	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
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。	a
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。	a

評価機関コメント

アセスメントは、身体状況・生活状況等必要な項目が網羅され、決められた様式で把握され記録されている。年一回9月に定期的な見直しが行われているが、見直しの具体的な手順は明確になっていない。また、アセスメントには一人一人のニーズや課題が明示されている。総じて、アセスメントの内容は優れており、よく機能していると思料される。サービス実施計画の責任者は明確で、利用者の意向把握などの利用者・家族の参加の実態を確認できる。また、アセスメントとサービス実施計画との関連性も比較的明確になっており、アセスメントの結果を受けたサービス提供計画が策定されていることを窺える。計画の評価・見直しはモニタリングとして年2回行われ、仕組みとして確立されている。現在年4回のモニタリング実施の移行中であり、一連の実績は高く評価できる。

障害福祉分野のサービス内容基準（付加基準）

判 断 基 準 項 目		評価結果
A-1 利用者の尊重		
1-(1) 利用者の尊重		
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
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a
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
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a

評価機関コメント

利用者のコミュニケーション能力向上は、貴施設の提供するサービスの重要課題の一つであり、個々の利用者をよく支援している。なお、施設の機能・特性からコミュニケーション能力に制限のある利用者はいない。自治会（がらっば会）活動を含め、利用者の主体的な活動の支援・日常生活上の支援はよく行われている。社会生活能力を高めるための取り組みは、洗濯・買い物・公共交通機関の利用をはじめとして、「全体支援」「生活支援」「特別生活支援」で日々のサービス提供の中で明確にしており、適切な対応が行われている。

A-2 日常生活支援		
2-(1) 食事		
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
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
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a
2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	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
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a

2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	NA
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
2-(4) 衣服		
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
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
2-(5) 理容・美容		
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
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
2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなされている。	a
2-(8) 余暇・レクリエーション		
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なわれている。	a
2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
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
2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
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
A-2-(10)-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。	a
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、利用者の意志や希望が尊重されている。	a

評価機関コメント

比較的自立度の高い利用者層が多いため、入浴介助・排せつ介助等はNAと評価されるチェック項目がある。従って、食事介助をはじめ、日常生活支援の内容や手法は、重度の障害者も想定した評価項目とやや趣を異にする側面があることを明確にしておきたい。

(1) 食事

食事については、BMIを活用するなどして栄養量の調整なども行っている。合併症を有する利用者については、准看護師が主治医の指示に沿って対応している。食事介助の必要な利用者は訪問審査日時点ではない。嗜好調査は実施され、毎月行事食があり、月一回ではあるが選択メニューも実施している。献立や食材は事前に明示され、利用者が栽培した野菜等は分かるようになっている。喫食環境にも配慮され、食事の提供への工夫や配慮を確認できる。

(2) 入浴

入浴介助の必要な利用者はいない。夕食時に入浴前チェック表で個々の状況は確認される。入浴は夕食後から20:00の間で利用し、シャワーは随時利用できる。

(3) 排泄

排せつ介助の必要な利用者はいない。トイレの設備の状況やプライバシーへの配慮、換気等適切である。清掃は毎日行われているが、ウェット方式であるので事故防止や衛生管理上の視点からの配慮も期待したい。

(4) 衣服

衣服等は、利用者の自己管理であり施設側の干渉はない。

(5) 理容・美容

理容・美容等についても利用者の判断で行える。施設を出るときはグループで美容院に外出するなどしている。

(6) 睡眠

睡眠についても、日中の授産活動で体をよく動かすため不眠などを訴えるケースは少ない。就寝は11:00であり、不眠時には静養室を利用できる。

(7) 健康管理

日常の健康管理もよく行われ、精神科医師の対応も早く丁寧である。健康診断は年2回行われ、健康チェック表を活用され、「全体支援」の中で毎月対応している。夕食後20:30迄は男女交流の場も設けている。医療面の対応手順もあり、協力医療機関も確保されている。処方薬の管理も行われ服用忘れなどにも対応している。なお、医薬品と食品を同一冷蔵庫に保管することについては検討されたい。

(8) 余暇・レクリエーション

余暇・レクリエーション・クラブ活動や外出をはじめ、よく対応している。

(9) 外出、外泊

外出や外泊にはよく配慮され、積極的に支援している。

(10) 所持金・預り金の管理等

預かり金等は、自己管理が困難な利用者が約50%いる。「特別生活支援」で支援している。新聞雑誌の購読は自由で殆どどの入所者が利用している。嗜好品等の一律な制限は行われていない。