

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	麦の穂学園	施設 種別	療養介護、医療型障害児入所施設 (旧体系：)
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成 28 年 2 月 10 日

総 評	<p>医療型障害児入所施設・療養介護事業所である麦の穂学園の母体は、今から 52 年前の 1963 年に、障害児(者)の医療・福祉で地域社会に貢献することを目的に設立された法人(聖ヨゼフ会)です。麦の穂学園の他に、障害児入所施設・児童発達支援事業、療養介護事業・生活介護事業、短期入所事業等が、聖ヨゼフ医療福祉センターの名称で同一敷地内にあります。キリスト教の精神「隣人愛」を根本理念に、設立以来、障害に対する医療・福祉の研究と実践、地域の障害児(者)の療育に、医師・看護師・介護職・リハビリ職、栄養士等の専門職がチームで支援しています。</p> <p>麦の穂学園の運営主体は医療機関であり、現在、約 90 人の重症心身障害のある児(者)人が 100 人以上の職員と、延べ 823 人のボランティアさんの支援で、一人ひとりの利用者に丁寧なケアが施されています。調査当日の職員と利用者の方の穏やかな表情が印象的でした。丁寧な口腔ケアや良質な排泄ケア等で施設内は清潔さが保たれ、施設特有の臭いが感じられませんでした。障害のある人の生きていくことへの支援、生活の場をつくることへの支援、そして、主体としてその人を理解することをふまえて、職員が誇りと責任を持って日々の仕事に従事されておられる様子が伺えました。</p>
-----	---

特に良かった点(※)	<p>○職員の質の向上に向けた体制の確立</p> <p>基本理念・基本方針・中長期に事業計画に法人設立の目的を達成する為に最も大切とされる人材の育成を掲げ、複数の全国レベルの外部研修と職員の要求を引き出したプログラムによる内部研修を実施しています。職員一人ひとりが自己の知識・技術の研鑽に取り組み、研修を通して新人もベテランも技術を高めています。また、重い障害を持つ人への最善の支援には、職員の心身の健康が必要であるとの考えから、職員配置も法令基準より大幅に加配し、常勤率90%の体制となっています。</p> <p>○地域との関係の確保 ボランティアの支援活動の受け入れ</p> <p>50周年記念誌「あゆみ」には設立当初からのボランティア組織の主体的な支援活動が綴られていました。どんなに障害が重くても利用者の人的・物的・社会的な環境面からのサポートが届けられています。</p> <p>○個別支援計画の作成とサービスの提供と手順</p> <p>利用者ごとのアセスメントの実施、専門家への意見照会、利用者とのコミュニケーション等を通して、支援サービスを利用者の満足につなげておられます。アセスメントや個別支援計画の作成、モニタリング等の際、利用者本人や家族等の要望を聴き取り、医師・看護師・セラピスト、療養担当者等が協働で作成しています</p> <p>○障害のある本人を尊重した日常生活支援</p> <p>清潔・みなしだみの取り組みを丁寧に行っています。</p> <p>ボランティアが被服の縫製や利用者に合わせてリフォームをされています。整髪では訪問理美容の活用、つめきり、ひげそり、そして毎食・間食後の歯磨き、言語療法士や歯科衛生士による口腔ケアを徹底して行っておられます。また、利用者のほとんどがおむつを使用されているにもかかわらず、良質な排泄環境により清潔が保持されていました。食事について課題のある人には、管理栄養士と言語療法士が少しでも口から食べられるようにと食形態や内容に工夫されています。日中生活の支援が修学旅行や琵琶湖・枚方等の遠出の外出等、重度であるにもかかわらず、利用者本人のニーズに合わせて外出の機会を多く企画されています。</p>
特に改善が望まれる点(※)	<p>○保護者の会とのコミュニケーション</p> <p>自治組織の「保護者の会」が毎月、施設内で開催されていますが、施設職員が会議に参画されていません。構成メンバーも高齢化が進み、参加者が毎回20名ほどのことです。会議に参画され、家族とのコミュニケーションを図られては如何でしょう。</p> <p>○災害発生時の対応</p> <p>災害発生時の地域との協働による取り組みが具体化されていません。利用者の障害特性から施設外の被災者を支援する体制づくりは、法人単独で行うことに限界があります。行政に呼びかけ、近隣の医療機関・学校等の大きな地域資源と協働で取り組まれては如何でしょう。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

〔様式9－2〕

【障害事業所版】 評価結果対比シート

受診施設名	麦の穂学園
施設種別	療養介護、 医療型障害児入所施設
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成27年12月3日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-1(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	a	a
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	a
	I-1-1(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	b	b
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	b	b
I-2 計画の策定	I-2-1(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	a	a
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	b
		③ 事業計画が職員に周知されている。	b	a
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	c	b
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(1) 管理者の責任が明確にされている。	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。	b	b
		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	a
	I-3-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	a	a
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	b	a

【自由記述欄】

I-1-1(1)①②法人理念「隣人愛」に基づいて、施設の基本理念と基本方針を制定しています。理念は、職員が知識・技術の研鑽に努め、障害を持つ人の生命と人権を尊び、最善の支援を行うことをうたっています。理念と方針を施設のパンフレットや事業計画書に記載し、ホームページに掲載し、職員には短冊にして配布しています。ホームページは平成27年12月3日にリニューアルしています。

I-1-1(2)①②基本理念と基本方針は、職員や利用者にとって、施設の進む方向や運営の基本として理解されています。職員は新任オリエンテーションで学習し、毎朝のミーティングで唱和し、行動規範としています。利用者の家族等には理事長が「麦の穂学園保護者会」の5月総会で法人のビジョンや収支報告とともに口頭で説明しています。職員、家族等への周知状況の確認までは行っていません。

I-2-1(1)①②中・長期計画と単年度事業計画を策定しています。毎月、役員会や運営会議(部長・正副院長・診療部長・看護部長・事務長が出席)を開催し、ビジョンの達成の為に、組織体制や職員体制、人材育成等の課題や問題点を明確にしています。肢体不自由児の数が減少傾向にある為、施設利用者の重度化・長期化等、法人の将来を見据えた中・長期計画の見直しは課題となっています。事業計画策定にあたり関係職員の参画や意見の集約などの仕組みが組織として定められていませんでした。

I-2-1(1)③④単年度の事業計画は、職場責任者会議(運営会議のメンバー・法人の施設・事業所の責任者)総勢19人で定期的(隔月)に検討・評価しています。現場職員には、朝のミーティングで事業計画及び職場責任者会議の内容に関する資料を作成し説明しています。保護者には理事長が「麦の穂学園保護者会5月総会」で口頭で説明しています。

I-3-1(1)①医療型施設である為、院長が「医療安全委員会」「感染予防委員会」「苦情解決委員会」「虐待防止委員会」等の組織の管理者となっています。各委員会の場で、院長自らが管理者の役割・責任等について表明していますが、組織の広報誌等では行っていません。管理者(院長)は公益法人日本重症心身障害者福祉協会の会員となり、重症心身障害者福祉のあり方等の検討会議に参画しています。

I-3-1(1)②法令遵守の観点で、年3回「社会福祉法人経営者セミナー」に理事長と事務長が参加しています。新任職員に「新任職員オリエンテーション資料」を配布し、コンプライアンスの取り組みを周知しています。また、外部の講師による「施設スタッフに求めたいこと」をテーマに、感染症、虐待防止、防災、就業規則、個人情報保護、交通安全等について学習会を開催しています。

I-3-1(2)①②医療安全委員会の開催にあたって、管理者自らが会議資料を作成する等、組織のトップが質の向上に意欲的に取り組んでいます。また、管理者は毎月開催の運営会議・医局会議、隔月開催の職場責任者会議等の主催者として、事業の経営や業務の効率化・改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮しています。権限移譲された事務長が人事、労務、財務等の面からの分析を行い、経営や業務の効率化と改善のための体制づくりに取り組んでいます。

Ⅱ 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅱ-1 経営状況の把握	Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	a
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	b	a
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。	① 必要の人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	a	a
		② 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	a
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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	a
		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。	b	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。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	a
		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	a
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	b	a
Ⅱ-3 個人情報の保護	Ⅱ-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	a	a
		② 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	a	a
Ⅱ-4 安全管理	Ⅱ-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	a	a
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	b	b
		③ 障害のある本人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。	b	a
Ⅱ-5 地域や家族との交流と連携	Ⅱ-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	b	b
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	b	a
		③ ボランティア受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	b
	Ⅱ-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	a	a
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	a	a

【自由記述欄】

Ⅱ-1-(1)①②社会福祉協議会主催の各種のセミナーや説明会、日本重症心身障害福祉協会主催の会議に参加し、事業経営を取り巻く環境等を把握し、経営環境の変化に適切に対応できる様に努め、中長期計画や単年度計画に反映させています。築52年の施設であるため耐震性に課題があり、中長期計画の中に建物の補強等を取り入れています。経営上の課題の改善には外部監査(公認会計士)に指導を仰いでいます。外部監査報告書で確認できました。

Ⅱ-2-(1)①運営主体が医療機関で、重症心身障害児(者)施設である為、医師と法令基準配置数を大幅に上回る数の看護師・職員(支援員)を配置しています。又、専門職種の基準配置数を満たす為、常に早めの欠員補充を行っています。職種、役職等に応じて求められる役割等を文章で明らかにしています。

Ⅱ-2-(2)①②労基法・就業規則に基づき、職員一人ひとりの就業状況を把握し、心身の状態に配慮した勤務表(3交代勤務)を作成しています。産業医による定期健診・健康指導を行っています。運営主体が医療機関ということもあり、体調不良には医師・看護師、腰痛には専門医やセラピストに随時相談することができます。セクハラ対策では、看護部長と事務長が相談窓口となっている上、共済会(福利厚生事業)のサービスを利用することを職員に周知しています。

Ⅱ-2-(3)①②③基本理念・基本方針・事業計画に職員研修の必要性を明記しています。日本重症心身障害者福祉協会や東海北陸近畿ブロック、療養学会学習会等の研修に積極的に参加し、近畿地区施設職員研修実行委員会に職員2名を派遣しています。また、法人や施設内に教育委員会、学習委員会、看護療養部学習会等を組織し、毎月テーマを定めた内部研修を実施しています。研修プログラムは職員の意向を反映し、教育指導者を育てる外部研修に毎年1名派遣しています。個別の研修計画に基づいて、職員は段階別・階層別に専門知識や技術を研鑽し、新任には教育係がマンツーマンで対応しています。また、研修報告の提出を義務づけ、伝達研修を実施し、研修成果を職員間で共有しています。

Ⅱ-2-(4)①実習生受け入れマニュアル「看護業務マニュアル」に基づいて、医学生や看護学生、大学生(家政学部)等の実習生を積極的に受け入れています。毎年1名、外部の実習指導者育成研修に派遣させていますが、受け入れの実績記録が整備されていません。

Ⅱ-3-(1)①個人情報保護に関する規定を作成し、管理しています。職員から誓約書を徴収しています。

Ⅱ-4-(1)①「事故発生対応マニュアル」を作成し、院長をリーダーとした委員会組織が毎月検討会議を行っています。年2回、夜間想定を含む避難訓練、年1回AEDを使った救急法に関する研修を行っています。利用者の特性から、特に複数の総合病院との連携を密にしています。

Ⅱ-4-(1)②「地震発生の初動マニュアル」と消防計画等を作成し、所轄の消防署の協力による防災訓練を年2回実施しています。栄養課が水・食料などの備蓄を管理しています。施設の廊下が広く、避難場所としての機能を持っていますが、自施設の利用者の対応が精一杯であるとの考えもあり、周辺事業所が被災した際の受け入れ体制の構築は今後の課題としています。

Ⅱ-4-(1)③医療安全委員会、感染予防委員会、虐待防止委員会を定期に開催し、事故の未然防止対策を検討しています。地域療育支援事業(京都市から委託)で医師やリハビリテーション職員が地域の学校や保育園等に出講しています。また、設立50周年を迎えた「ボランティア会」から、裁縫やおしぼり作り等の生活支援を受けています。

Ⅱ-5-(1)①障害特性から利用者自身が自治会組織に参加したり、地域住民とイベントを企画することは出来ませんが、地域の協力で、農園での芋ほり、喫茶店での飲食、スーパーでショッピング、水族館等に出かけ、地域住民と交流しています。また、施設には日常的に聖ヨゼフ医療福祉センターの利用者やボランティア等が行き来されています。

Ⅱ-5-(1)②京都市からの委託事業/障害児(者)地域療養等支援事業で相談活動を行っています。近隣の保育所や幼稚園、学校から子どもたちが自由に来館しています。法人の医師やリハビリ担当職員が地域の学校や保育所に出講し、施設内で重い障害のある人の食に関する情報を「おいしく食べよう展」で提供しています。

Ⅱ-5-(1)③述べ823人(平成26年度)のボランティアが施設で支援しています。設立50周年を迎えたボランティア会が「聖ヨゼフ整肢園ボランティア50周年記念誌 あゆみ」を発行しています。ボランティアに対して個人情報保護に関する誓約書は交わしていますが、研修は行っていませんでした。

Ⅱ-5-(2)①②施設の入所利用は全て児童相談所からの紹介です。施設入所後は福祉事務所や京都市立北総合「紅梅分校」等と密に連携し、提供サービスの質の向上に繋げています。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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。	b	b
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	a	a
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	a	a
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	a	a
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	a	a
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	a	a
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	a	a
		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	a	a
		③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	a
	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人本位の福祉サービス	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	b	b
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	b	a

	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	①	障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	a
		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	a
		③	障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	a	a
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	①	提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	b	a
		②	一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	c	b
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	①	サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	c	c
		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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	c	c

[自由記述欄]

Ⅲ-1-(1)①施設の情報はホームページやパンフレット等で公開していますが、施設の特性もあり、公共施設等の多数の人が手にすることが出来る場所には設置していません。在宅療養の人に短期入所事業の利用及び体験等に関する情報を伝えています。

Ⅲ-1-(1)②利用者本人の理解を得ることが難しく、利用契約は文書(重要事項説明書等)でケースワーカーや病棟課長が家族等(後見人含む)に説明し、承諾を得ています。

Ⅲ-1-(2)①利用者の生活の場が変わることはほとんどありませんが、外泊等の時は本人の現在の体調や施設での生活状態を家族等に伝え、帰省先でも施設での生活が継続されるようにしています。また、ケースワーカーを配置し、いつでも家族等からの相談に応じています。

Ⅲ-2-(1)①所定のアセスメント様式を使って、本人のアセスメントを定期的に行い、身体や生活状況、行動の特徴・本人の要望等を把握しています。アセスメントはチーム(医師・看護師・セラピスト・療養担当者等)で行っています。

Ⅲ-2-(2)①児童発達支援管理責任者やサービス管理責任者が、年2回、本人及び家族等(後見人を含む)と面談し、課題や意向を確認した上で、個別支援計画と療育計画を作成しています。関係職員はケース検討会議で定期的又は随時に話し合い、変化に応じた支援計画の内容を周知しています。

Ⅲ-2-(3)①個別支援計画のモニタリング(評価)を定期的(6ヶ月毎)に実施しています。個別支援計画は、利用者本人や家族等の意向を反映しています。

Ⅲ-2-(4)①サービスの実施状況(経過)が看護記録や外出レクリエーション等の記録から確認できます。各種サービスの実施記録は書き方を統一し、理解しやすいものとなっています。

Ⅲ-2-(4)②施設入所～現在までのカルテ全てが規定に基づき保管・管理されています。カルテは医療法と障害者支援法に基づく記録と個人情報記録とを備え、家族等からの開示請求にも応じています。職員にカルテの個人情報保護と開示についての教育を行っています。

Ⅲ-2-(4)③職員は日々の申し送りやケース会議の記録を閲覧し、利用者の情報を共有しています。

Ⅲ-3-(1)①利用者のニーズの充足に努めることを、文書(基本理念や基本方針、法人設立の目的)に明記しています。日々の面会時に聞き取ったことを「支援記録」に記録し、個別支援計画に反映させています。保護者会が定期的に開催されていますが、現在、事業所としては施設内の場所を提供する程度となっています。

Ⅲ-3-(1)②看護と療養の職員が、担当の利用者本人及び家族等から聞き取った要望等を支援計画に反映させています。サービスの実施状況を6ヶ月毎に確認し、次の計画に活かしています。栄養委員会が利用者の嗜好調査を行い、デザートバイキングやお寿司バイキング等の希望に応じています。

Ⅲ-3-(2)①家族や(後見人等を含む)の相談には相談室でケースワーカー等が応じています。日常的に職員から家族等や後見人等に声をかけ、本人の日常の様子を伝え、相談や意見を述べ易い雰囲気づくりに努めています。利用者本人にも職員が声をかけ、時々思いを聴き取っています。

Ⅲ-3-(2)②「苦情解決要綱」に沿って、第三者委員を設置し、複数の苦情相談窓口を文書や施設内掲示で案内しています。また、苦情解決委員会を定期的に開催し、苦情への解決に取り組んでいます。受け付けた苦情等に対して、内容や解決方法、結果等を申し出た本人にフィードバックするとともに、6ヶ月毎にまとめて来館者の目の留まる所に掲示しています。

Ⅲ-3-(2)③「苦情解決要綱」を対応マニュアルとし、利用者や家族等からの意見や要望には速やかに対応しています。また、「初期対応マニュアル」に基づき苦情解決に関する職員研修を実施しています。各部署に「ご意見箱」を設置しています。

Ⅲ-4-(1)①施設として目指すべき一定の水準を確保する為に「看護手順書」と「介護手順書」を作成しています。実施状況を課長が定期的に確認し、新任職員には教育担当者が個別に教育・指導を行っています。個別的に必要なサービス実施方法は個別支援計画に明記しています。

Ⅲ-4-(1)②感染予防のマニュアルは医療委員会、感染予防委員会で、利用者本人や家族等の意向を反映させ、1年以内に改定されていました。他のマニュアルについては定期ではなく、必要に応じて見直ししています。

Ⅲ-4-(2)①「自主点検表」を使用して、定期的に施設の評価を行っています。第三者評価の受診は今回が初めてです。今後「自主点検表」ではない「自己評価」の取り組みを組織的に実施する計画となっています。

Ⅲ-4-(2)②今回の第三者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、改善策・改善実施計画の策定、実行、評価、見直しのサイクルを継続して行うことを課題に挙げています。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人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。(プライバシーへの配慮)	b	a
		② 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
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	b	b
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	b	a
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	a	a
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	a	a
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	a	a
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	a	a
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	a	a
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	a	a
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	a	a
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	a	a
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	a	a
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	a	a

【自由記述欄】

IV-1-(1)①基本理念や基本方針に人権尊重を明示し、プライバシー保護に関する規定を策定しています。また、基本的人権に関する学習会を開催しています。従来型の構造(4人部屋)ですが、ベット周辺のスペースはその人らしさが尊重されていました。

IV-1-(1)②意思の伝達に制限のある人が殆どです。僅かな表情の変化でも快・不快等が察知できる様に、他職種が連携し情報を持ち寄り、本人への理解を深めています。

IV-1-(1)③家族等の意向に応え、生活に変化をもたらす外出レクリエーション等を季節ごとに計画しています。「麦の穂学園保護者の会」が1～2か月に1回、会議を開いていますが、そこに職員は参画していません。

IV-2-(1)①入浴は週3回を目標に特別浴槽で個人の心身の状態に応じて行い、体調不良の時は必ず清拭で清潔を保っています。男女は別の時間帯に行い、プライバシー保護に努めています。気管切開等の利用者には医療面で注意を払っています。

IV-2-(1)②本人及び家族の意向を尊重し、本人の状態と好みに合った被服を用意しています。年齢に相応しい柄や色の選択に心掛け、ボランティアが一人ひとりに合わせてリフォームしています。食べこぼし等による被服の汚れにも手入れが行き届いていました。

IV-2-(1)③職員が利用者の身だしなみ(整髪、爪切り、ひげそり、歯磨き等)に丁寧に関わっています。理美容は、本人及び家族の意向を尊重し、各病棟に設置した専用室で地域の訪問理美容や散髪ボランティア(無料)が行っています。言語療法士と歯科衛生士が3食・間食後に口腔ケア「オーラルケア」を実施し、使い捨ての介護シートを使い口腔内の清潔に徹しています。施設内に不快な臭いが感じ取れませんでした。

IV-2-(2)①睡眠リズムの乱れや不眠者等への対応を丁寧に行っています。夜間の睡眠状態を把握し、必要であれば医師が処方した眠剤で安眠出来るようにしています。生活のリズムを整えるため、日中は可能な限り外出やプレイルーム等で過ごすようにしています。寝具は1週間に1回洗濯し、清潔を保っています。

IV-2-(2)②利用者は全てオムツ対応で全介助を必要としています。職員はオムツの種類やあて方等を研修で学び、4人部屋でのオムツ交換はカーテンでプライバシー保護・羞恥心に配慮しています。オムツをまめに交換し、現場に放置しないことを徹底していることもあり、90人余りの利用者がオムツ排泄であるにもかかわらず、施設内は清潔が保たれ、臭気は全く感じられませんでした。

IV-2-(2)③利用者の健康・体調管理は担当の医師と看護師が行っています。職員が観察力を養い、利用者の健康状態に関する情報を共有しています。

IV-2-(3)①利用者の大多数が注入食です。少しでも口から食べられる利用者には、管理栄養士や言語療法士等が専門的に関わり、安全性に留意しています。好物(ケーキ・お寿司・コーヒー等)を外食する楽しみを支援しています。栄養委員会が障害に応じた食事形態(ソフト食等)や内容を検討し、利用者一人ひとりの食事の楽しみを支援しています。

IV-2-(4)①日中の活動を可能な範囲で支援しています。横浜の中華街、琵琶湖シンガン、枚方パークや温泉等と遠くにも出かけています。外出による活動が困難な利用者は、プレイルームで音楽やテレビ・アニメ等で楽しんでいます。支援学校の修学旅行は利用者にとって大きな楽しみであり、職員が準備を支援しています。暮らしにメリハリをつけ、日中活動が利用者の様々な行動の意識付けや動機付けにつながるよう努めています。

IV-2-(5)①意思疎通が困難な利用者が多いのですが、自立支援計画の中で買い物や小遣い帖の付け方等の体験学習を行っています。家族の要望に応じ、利用者が近くのショッピングセンターで買い物をしたり、喫茶店でお茶を楽しむことを支援しています。

IV-2-(5)②本人や家族の意見を尊重しながら外出を楽しまれています。外出支援には障害の程度や思いに応じて職員が引率しています。家族の高齢化が影響し、お盆やお正月に帰省する利用者は年々減少傾向です。

IV-2-(6)①生活が単調にならないよう、職員が多彩な季節行事を企画・実施しています。お花見、クリスマス、七夕コンサート、寿司バイキング、デザートバイキング、お月見等に家族もいっしょに楽しまれています。また、お誕生祝いにメッセージカードをプレゼントしています。仲間や職員、家族とのふれあいを通して、変化の少ない日常生活に潤いと楽しみが味わえるように支援しています。