

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

愛知県社会福祉協議会福祉サービス第三者評価事業所

②施設・事業所情報

| | | |
|---|------------------------|------------|
| 名称：ラニハルナ | 種別：多機能型（生活介護・就労継続支援B型） | |
| 代表者氏名：野村和恵 | 定員：生活介護30名、就労継続支援B型10名 | |
| 所在地：安城市桜井町咽首197番地 | | |
| TEL：0566-99-9770 | | |
| ホームページ： http://www.seiseikai.or.jp/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日：平成21年4月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 聖清会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 8 名 | 非常勤職員 13 名 |
| 専門職員 | 社会福祉士：1名 | 看護師：1名 |
| | 精神保健福祉士：1名 | 管理栄養士：1名 |
| | 介護福祉士：6名 | 保育士：2名 |
| 施設・設備の概要 | （設備等） | |
| | | |

③理念・基本方針

理念：「明るく 仲良く 楽しく」
 利用者様、保護者様、職員がみんなが「明るく 仲良く 楽しく」あるようにという願いがこめられています。

基本方針：

1. 利用者様の意思を尊重し、「かけがえの無い存在」になるよう努めます。
2. 福祉サービス業のプロとして安全性を追求し、使命と真心をもって接します。
3. ニーズを把握し、「何が出来るか」を常に考え「ラニハルナを利用してよかった」と実感していただくサービスを提供していきます。
4. 地域に貢献し、信頼される施設を目指します。
5. 社会の法令を遵守し、要求事項への適合を確実にします。
6. この方針達成の為、品質マネジメントシステムの構築を実施し、評価し、見直し、いつも有効であるように継続的に改善を図ります。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①利用者様の気持ちに寄り添い、話しやすい雰囲気、環境を整え、個別で話を聞ける時間を作っています。また職員へも個別の時間をとり、理念のような体制作りをしています。
- ②多機能型の施設であるため2事業を行っていますが、年に1～2回、合同行事を企画し、交流を図っています。
- ③パン販売、施設内カフェポヌールを通して、地域交流をし、より理解をして頂けるように取り組んでいます。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 平成27年9月1日（契約日）～ 平成28年1月14日（評価結果確定日） |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 5回（平成26年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・理事長の提案により、ハルナの植栽に対して水やりの作業を増やしたところ、利用者処遇の総合的な改善に繋がるなど指導力を発揮している。
- ・残業がないことは職員に受入れられている。職員同士互いに助け合える状況を作り出している。
- ・内部監査システムがあり労務、経理共に専門家の助言を得ている。
- ・品質マニュアル等において、職員は常に利用者本位であることを求められ、共通理解として取り組まれている。
- ・職員同士が仲良く、その影響は利用者との関係においても反映されており、「明るく仲良く楽しく」の理念が実践されている。
- ・職員は利用者が要望や苦情を表出できるようにしたいと考え、今秋より1対1で相談できる「なんでも相談会」の実施に至っている。また、定期的なアンケート、月1回の個別面談（就労継続支援B型）、自治会「楽しい会」（生活介護）を行い、要望等を出せる仕組みを整えている。
- ・アセスメントに基づく個別支援計画の立案は、利用者や家族の要望を踏まえ、自立支援やエンパワメントの視点を持ち作成されている。評価・見直しは半年毎に行い、変更された個別支援計画は1ヶ月実施した後、確認を行い、問題がなければ個別支援計画として確定をしている。

◇改善を求められる点

- ・他施設への変更や移行に当たり、継続性に配慮したラニハルナとしての手順書および引継書などの策定が望まれる。
- ・実習生にラニハルナの何を学ばせたいのか、その目的や趣旨を提示することが望まれる。
- ・品質マニュアルは、法人全てのマニュアルが一つにまとめられているため、職員の使いやすさに鑑み、事業所毎に作成されることが望ましい。
- ・職員は充足されているが直接処遇職員が多忙であるために、利用者・職員それぞれから人員の不足が課題としてあげられている。人員補充あるいは業務の見直し、環境整備等の必要性についての検討が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご指導いただいた課題を一つずつ改善に向けて努力していきたいと思います。
ありがとうございました。

⑧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。

第三評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

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・周知されている。 | | |
| I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | 共1 | ① a ・ b ・ c |
| 〈コメント〉 | | |
| ・職員は、基本理念に基づく「品質カード」を常に身につけ、地域や利用者に向かい合っている。 | | |

I-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|--|----|-------------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | 共2 | ① a ・ b ・ c |
| 〈コメント〉 | | |
| ・収支状況は本部にて確認し、入所状況については年間で分析している。 | | |
| I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | 共3 | ② a ・ b ・ c |
| 〈コメント〉 | | |
| ・既存の整備環境と改善に努め、他施設で受け入れられない車椅子の方の受け入れなど、利用者の希望に添えるよう積極的に働きかけている。 | | |

I-3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|--|----|-------------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | 共4 | a ・ ① b ・ c |
| 〈コメント〉 | | |
| ・管理者には基本理念に沿って「働きたい」と意欲を持っている利用者をどのように受け入れていくかという課題意識があり、中・長期計画において文書化されている。より具体的な構造が望まれる。 | | |
| ・中・長期の構想と共に収支計画と連動したのもを作成されるとなおよい。 | | |
| I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | 共5 | a ・ ② b ・ c |
| 〈コメント〉 | | |
| ・前年度の評価を踏まえ、27年度の事業計画・資金収支予算に計上されている。中長期事業計画と収支計画の連動した策定の検討が必要と思われる。 | | |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | 共6 | ① a ・ b ・ c |
| 〈コメント〉 | | |
| ・今年度の収支予算及び事業計画は昨年の評価を踏まえた上で職員参画のもと策定される。 | | |
| I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | 共7 | ② a ・ b ・ c |
| 〈コメント〉 | | |
| ・保護者面談時に説明されている。ルビを振った事業計画書を各フロアに掲示している。 | | |
| ・月々の計画が利用者の手作りの物が掲示されて理解を得られるようにしている。 | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | 第三者評価結果 | |
|---|----|-------------|--|
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | | |
| I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | 共8 | ① a · b · c | |
| <コメント> ・自己評価・第三者評価の継続受審と共に品質カードを身につけ、意識して日々の福祉サービスの向上に努めている。 | | | |
| I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | 共9 | ② a · b · c | |
| <コメント> ・評価結果に基づき課題を検討し、協議された内容を明記し、改善されている。 | | | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 | |
|---|-----|-------------|--|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | |
| Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | 共10 | a · ① b · c | |
| <コメント> ・管理者としての様々な責任と、他の責任の所在が文章化されている。それらの役割と責任がいつどこで表明されたか、議事録等に記録し、確かなものとされたい。 | | | |
| Ⅱ-1-(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。 | 共11 | ② a · b · c | |
| <コメント> ・外部研修で得た法令等の情報は紙ベースにして、事務所・休憩室に掲示し、理解できるよう取り組んでいる。 | | | |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | 共12 | ① a · b · c | |
| <コメント> ・基本理念に基づいて、利用者と職員のコミュニケーションが豊かになるように定期巡回や個人面談を行い要望を聞き、叶えられるように本部と協議し意欲を増すようにしている。 | | | |
| Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | 共13 | ② a · b · c | |
| <コメント> ・職員の意見収集を図っている。併設する施設の植栽に対して水やりの作業を増やし、利用者処遇の改善に繋げるなど指導力を発揮している。 | | | |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

| | | | 第三者評価結果 | |
|--|-----|---|---------|---|
| Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | | | |
| Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | 共14 | a | ⓑ | c |
| <コメント> ・必要な人材確保はなされている。比較的経験年数の少ない職員で構成されている。人材の定着への取り組みを具体的に提示されることが望まれる。 | | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 共15 | a | ⓑ | c |
| <コメント> ・法人全体の人的資源を管理するための「担当業務の遂行に見合った適正な力量を身に着けなければならない」とする7つの管理システムがある。達成した職員の展望が具体的に示されることが望まれる。 | | | | |
| 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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 | 共16 | ⓐ | b | c |
| <コメント> ・残業がないことは職員に受け入れられている。また、職員同士、互いに手の足りない時に助け合える状況を作り出している。 | | | | |
| 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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | 共17 | ⓐ | b | c |
| <コメント> ・面接や業務チェックシートがあり、綿密に育成されている。 | | | | |
| Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | 共18 | a | ⓑ | c |
| <コメント> ・福祉サービスを提供するために適正かつ、必要な力量を整理した業務シートがある。 ・管理者が語る「福祉は人なり」をどのように実現させていくのか3、5、10年目と節目の教育・研修に関する基本方針や計画を策定することが望まれる。 | | | | |
| Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | 共19 | ⓐ | b | c |
| <コメント> ・個人の目標、項目、水準、期限が明確に示されている。 | | | | |

| | | | | |
|---|-----|---|---|---|
| Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | | | |
| Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | 共20 | a | ⓑ | c |
| <コメント> ・実習マニュアルには、実習生が守らなければならないことが細かく記載されている。実習生にラニハルナの何を学ばせたいのか、その目的や趣旨を示されることが望まれる。 | | | | |

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 | | |
|---|-----|---------|---|---|
| Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | | | |
| Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | 共21 | a | ⓑ | c |
| <コメント> ・法人のホームページがある。 ・ラニハルナのパンフレットには写真のほか基本理念・基本方針・業務内容・連絡先・管理者名を記載されることが望まれる。 | | | | |
| Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | 共22 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> ・内部監査システムがあり、労務、経理共に専門家の助言を得ている。 | | | | |

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

| | | 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 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。 | 共23 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> ・毎週水曜日カフェを営業している。パンの販売も行い、地域との交流を図っている。 | | | | |
| Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の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。 | 共24 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> ・ボランティア受け入れの基本姿勢が明確に文書化されている。 | | | | |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | | |
| Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | 共25 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> ・関係機関はリスト化され、事務所に掲示されている。2ヶ月に一度は通所施設担当者会、就労担当者会があり連携が保たれている。 | | | | |
| 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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | 共26 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> ・カフェを営業している。特定福祉避難所の指定を受け地域に貢献している。 | | | | |
| Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | 共27 | Ⓐ | b | c |
| <コメント> ・西三河生産活動就労支援部会、安城自立支援協議会に参加し、ニーズの把握に努めている。 | | | | |

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 利用者を尊重した福祉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。 | 共28 | ① ・ b ・ c | |
| <コメント> ・品質マニュアル等において職員は常に利用者本位であることを求められており、共通理解として取り組まれている。 | | | |
| Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | 共29 | ① ・ b ・ c | |
| <コメント> ・手順書の中に「個人情報保護方針として施設の信頼性を確保するために組織的に取り組む」と記述されている。 | | | |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。 | | | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | 共30 | ① ・ b ・ c | |
| <コメント> ・重要事項説明書には、かなが振ってあり情報の保障に努めている。利用者自身が関わる内容として、より解り易い記述の検討がなされるとなすお優れる。 | | | |
| Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | 共31 | a ・ ② ・ c | |
| <コメント> ・重要事項説明書に基づいて保護者、利用者に説明をしている。利用者の方々には写真、図などを多用して、理解の促進に努めることが望まれる。 | | | |
| Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | 共32 | a ・ ② ・ c | |
| <コメント> ・本人や家族の意向に沿ってサービスの移行が行われているが、他施設への変更や移行に当たり、継続性に配慮したラニハルナとしての手順書および引継書などの検討が望まれる。 | | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | | |
| Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | 共33 | ① ・ b ・ c | |
| <コメント> ・月1回の自治会、個別面談、定期的なアンケートを実施している。半年に1回の保護者面談、食生活会議への利用者参加、意見箱の設置等、利用者満足の向上のための仕組みを整備している。 | | | |
| Ⅲ-1-(4) 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-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | 共34 | ① ・ b ・ c | |
| <コメント> ・個別面談、自治会、保護者面談、意見箱等の仕組みを整備し、サービス利用時には保護者、利用者説明している。苦情解決マニュアルを整備し、実施している。 | | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | 共35 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> ・定期的に面談をおこない、相談や意見が述べられるように説明と声かけを行っている。 | | |
| Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | 共36 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> ・苦情解決マニュアルを整備し、対応している。出された意見や相談は内容により即対応すべきことは迅速に対応し、緊急性がないものは月1回の定例会議で検討している。 | | |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | | |
| Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | 共37 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> ・ヒヤリハットや事故報告体制を整備し実施している。報告された場合は、必要に応じて即会議を開き、原因、対策を検討し、その是正活動を行っている。事故対応マニュアルを整備している。 | | |
| Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | 共38 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> ・マニュアルを整備している。職員は、法人内の看護師による感染症予防の研修を受講している。 | | |
| Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。 | 共39 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> ・防火管理者が計画を立て、月に1度避難訓練を実施している。地震、火災、様々な場面を想定し行っている。また、半年に1度消火訓練を実施している。備蓄品を整備している。 | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 | |
|---|-----|---------------|--|
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | | | |
| Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | 共40 | ① a · b · c | |
| <コメント> ・品質マニュアルが整備され、マニュアルに基づきサービスが提供されている。職員は順番に読みあわせを行っている。しかし、品質マニュアルは法人内の他の事業所のものも含まれているため、職員の読みやすさを鑑み、施設ごとに分けて整理するとなお優れる。 | | | |
| Ⅲ-2-(1)-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。 | 共41 | ② a · b · c | |
| <コメント> ・標準的な実施方法は、品質マニュアルに明記しており、年に1回見直しを行っている。見直されたマニュアルは読み合わせをして職員に周知している。 | | | |
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | | | |
| Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | 共42 | ① a · b · c | |
| <コメント> ・利用開始時には、サービス管理責任者が利用者と家族を通じてアセスメントを行い、支援計画を策定している。サービス継続時には、職員がアセスメントを行い、サービス管理責任者と話し合って支援計画を策定している。 | | | |
| Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | 共43 | ② a · b · c | |
| <コメント> ・半年に1回、個別支援計画の評価・見直しを行っている。見直し後に作成された個別支援計画案は職員間で周知され、1ヶ月実施した後、確認を行い、問題がなければ「個別支援計画」として決定する。 | | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | |
| Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化させている。 | 共44 | ① a · ② b · c | |
| <コメント> ・毎日、パソコンに全利用者の記録を時系列に入力し、印刷して保管している。ファイルした記録は全職員が閲覧し、情報が共有されている。しかし、一人ひとりの支援記録のファイルには至っていないため、個別の支援経過を把握するうえでも、個別の記録のファイリングが望まれる。 | | | |
| 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。 | 共45 | ② a · b · c | |
| <コメント> ・作成した記録は、事務所の鍵つきの棚で保管している。個人情報保護規程を職員は理解し、遵守している。 | | | |

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

| | | |
|--|---------------------------|------------------|
| Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。 | | |
| Ⅲ-2-(4)-① | 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 46 (a) ・ b ・ c |
| 〈コメント〉 ・利用者や家族からは希望を聞き、情報提供を行っている。将来、一般就労を目指したい等の個別の希望に沿い、個別支援計画の目標に掲げて、支援をおこなっている。 | | |

Ⅲ-3 障害者福祉施設の固有サービス

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|------------------|
| Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。 | | |
| Ⅲ-3-(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 47 (a) ・ b ・ c |
| ・コミュニケーションボードの利用、筆談、手話、通訳等、一人ひとりにあわせたコミュニケーションの方法を工夫し実践している。 | | |
| Ⅲ-3-(1)-② | 利用者の主体的な活動を尊重している。 | 障 48 (a) ・ b ・ c |
| ・個別面談で「やってみたいこと、やりたい作業等」を聞き取り、本人の思いを尊重し、作業内容や活動を支援している。職員は使いやすい道具や工具を工夫したり、安全面にも配慮した環境を整えている。自治会を月1回、主体的な活動を支えている。 | | |
| Ⅲ-3-(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 49 (a) ・ b ・ c |
| ・職員は利用者が自力でできることが増え、生活や活動が広がるように、声かけや見守りを行っている。それらの自立支援に向けた取り組みは、個別支援計画に基づいている。 | | |
| Ⅲ-3-(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 50 (a) ・ b ・ c |
| ・自力でできることが増やせるような作業メニューを考え、できるようになれば、徐々にレベルアップしていく。 ・個別支援計画の実施に当たっては、保護者とも連携し、家庭での取り組みを通じて、できるようになった事例もある。 | | |
| Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(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 51 (a) ・ b ・ c |
| ・アレルギーの有無、刻み食、ミキサー食、おかゆ等、要望を含めてアセスメントしている。身体状況に応じて個別支援計画に明記して食事が提供されている。 | | |
| Ⅲ-3-(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 52 (a) ・ b ・ c |
| ・年1回、嗜好調査を行い、献立に反映させている。セレクトメニューを取り入れている。月1回の食生活会議では、利用者の代表が参加し、希望メニューや要望を伝えられる機会となっている。 | | |
| Ⅲ-3-(2)-③ | 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。 | 障 53 (a) ・ b ・ c |
| ・11時30分～13時まで昼の休憩時間がとっており、利用者のペースに合わせて食事が取れる。衛生的で明るい環境となるよう配慮している。 | | |

| | | | |
|---|---------------------------------|------|-----------|
| Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。 | | | |
| Ⅲ-3-(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 54 | a ・ b ・ c |
| 〈コメント〉非該当 | | | |
| Ⅲ-3-(3)-② | 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | 障 55 | a ・ b ・ c |
| 〈コメント〉非該当 | | | |
| Ⅲ-3-(3)-③ | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | 障 56 | a ・ b ・ c |
| 〈コメント〉非該当 | | | |
| Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。 | | | |
| Ⅲ-3-(4)-① | 排泄介助は快適に行われている。 | 障 57 | ㉠ ・ b ・ c |
| ・利用者や家族の意向をふまえ、マニュアルに基づいて介助を行っている。同性介助をおこない、排泄に介助や見守りが必要な場合は、個別支援計画に記載している。また、排泄の記録をとっている。 | | | |
| Ⅲ-3-(4)-② | トイレは清潔で快適である。 | 障 58 | a ・ ㉠ ・ c |
| ・トイレは清潔だが、利用者の作業スペースからトイレまでの移動に距離があり、またその動線に手すりがなく、「トイレに行く時に介助が必要だが言い出しにくい時がある」という利用者の声もあった。 | | | |
| 衣服についての支援が適切に行われている。 | | | |
| Ⅲ-3-(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 59 | a ・ b ・ c |
| 非該当 | | | |
| Ⅲ-3-(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 60 | ㉠ ・ b ・ c |
| ・着替えは1セット持参してもらい、個人のロッカーで保管している。利用者が着替えを希望した場合は、その意思を尊重している。施設のものを貸し出すことも可能である。 | | | |
| Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。 | | | |
| Ⅲ-3-(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 61 | ㉠ ・ b ・ c |
| ・髪型や化粧の仕方等は、利用者の意思で決められている。必要があれば、相談にのっている。食後には歯磨きを行うよう日課に示している。職員は必要に応じて介助している。製作活動でリボンの髪留めを作ったが、好評で活用されている。 | | | |
| Ⅲ-3-(6)-② | 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | 障 62 | ㉠ ・ b ・ c |
| ・通所施設のため、必要性がほとんどないが、必要があれば保護者等に連絡・相談し、本人の意向を尊重している。 | | | |
| Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。 | | | |
| Ⅲ-3-(7)-① | 安眠できるように配慮している。 | 障 63 | a ・ b ・ c |
| 非該当 | | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(8)-① 日常の健康管理は適切である。 | 障 64 | ㉑ ・ b ・ c |
| ・生活介護の利用者は、自宅で検温をし利用記録に記入してもらい、確認している。B型の利用者は、来所後、自分で検温を行っている。また、朝の体操や食後の歯磨きは通常に行っている。食事の前には石鹸で手洗いをした上、アルコールで消毒している。 | | |
| Ⅲ-3-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | 障 65 | ㉑ ・ b ・ c |
| ・利用開始時には、重要事項説明書にかかりつけの医療機関と緊急連絡先を記載してもらっている。緊急時の対応についてはマニュアルが整備されている。協力医療機関は車で5分の距離にあり、必要に応じて看護師が付き添い受診している。 | | |
| Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。 | 障 66 | ㉑ ・ b ・ c |
| ・服薬の有無は利用開始時に聞き取り、服薬のある場合は処方箋を提出してもらっている。朝、薬を事務所で預かり、薬ケースに保管している。マニュアルに沿って、服薬時には本人にも名前を確認してもらい、服薬介助を確実にしている。 | | |
| Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(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 67 | ㉑ ・ b ・ c |
| ・生活介護の利用者は自治会で希望をとり、B型の利用者には個別面談で希望を聞いてレクリエーションの企画・立案に反映させている。「園芸をやりたい」という希望があり、中庭や同じ法人の別施設の玄関の花を育てている事例もある。 | | |
| Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | 障 68 | a ・ ㉑ ・ c |
| ・生活介護の利用者の自治会で「外へ行きたい」という希望が出されたので、天気の良い日は散歩をすることもある。花見や紅葉を楽しむため外出をした。B型の利用者が外出する機会はほとんどない。利用者の希望に応じた外出が可能となるよう、外出に関するルール化や外出援助の体制整備が望まれる。 | | |
| Ⅲ-3-(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 69 | a ・ b ・ c |
| 非該当 | | |
| Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(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 70 | a ・ ㉑ ・ c |
| ・現金は基本的に持参しないように伝えている。持参した場合は、事務所で預かり、事故の生じない体制をとっている。毎週水曜日にパンの販売があり、保護者の同意がある場合は、利用者も購入できるが、自己管理できるような配慮はされていない。自己管理できる方には、金銭を保管する場所や方法の検討が望まれる。 | | |
| Ⅲ-3-(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 71 | ㉑ ・ b ・ c |
| ・新聞や広告を読みたいという希望に応じ、朝はB型の部屋に置いてあり、希望者が読み終わった後は、生活介護の部屋に持参する。テレビは1、2階にあり、休憩時間は利用者の意思や要望にそって設定している。 | | |
| Ⅲ-3-(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 72 | a ・ ㉑ ・ c |
| ・タバコについては、安全面を重視するため、敷地内は禁煙としている。今まで希望をした利用者がいなかったため、喫煙できるための配慮や検討には至っていない。 | | |