

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：ハルナ	種別：障害者入所支援施設	
代表者氏名： 管理者 春木恵美	定員（利用人数）：50名（48名）	
所在地：安城市桜井町咽首195番地		
TEL： 0566-99-9860		
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11年6月7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： 19 名	非常勤職員 23 名
専門職員	社会福祉士：1名	看護師：5名
	精神保健福祉士：1名	栄養士：2名
	介護福祉士：7名	言語聴覚士：1名
施設・設備の概要	（居室数） 1人部屋：15室	（設備等） 箆笥・テレビ・ベット
	2人部屋：20室	（設備等） 箆笥・テレビ・ベット

③理念・基本方針

理念：明るく 仲良く 楽しく

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「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

ハルナは日中(生活介護)と夜間(施設入所支援)を実施しています。利用者様も徐々に、高齢化していく中で、利用者様個々の状況に応じ、よりよいサービスができるように、支援を心がけています。

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2月3日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	4回（平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人で経営課題等検討され、管理体制が整っており、課題等の周知が徹底されている。
- ・サービスの質の向上に力を注ぎISO9001・2008の資格取得や第三者評価を積極的に受審している。
- ・障害者支援施設ハルナには、短期入所事業、日中一時支援事業、療育支援事業、相談支援事業と多くの障害福祉サービス事業が備わっており、さらに多機能型事業所ラニハルナ等の各事業との連携のもと、それぞれの持つ機能を十分に生かし、地域福祉の推進に力を入れている。
- ・利用者の組織「ハルナ会」で利用者の意見を聞き「誕生日外出」「食事会」「買い物外出」「一泊旅行」等、多彩な取り組みでニーズに応えている。
- ・手順書が充実しており、特に日常生活での支援ではきめ細かに配慮されている。

◇改善を求められる点

- ・法、制度の変化に対応し、地域のニーズを把握しながら事業を進めるためにも市内の他事業所、他社会福祉法人との連携を深められると良い。
- ・過去4回の第三者評価受審を通し、自己評価での職員の気づきと、評価結果で指摘された課題への取り組み、経過を整理し、1回ごとの成果を確認されると良い。
- ・経営・管理・運営について、法人としての取り組みと併せ、職員の意識形成のためにも施設長をリーダーとする施設個別の取組みを強化されると良い。
- ・トップダウンや個人からの意見聴取と合わせ、職員の育成とチームワークづくりの視点から、職員会議や職員が参加する検討の機会を増やすことが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者様も高齢になっており、自立は不可能になってくるのが現実です。
今後も、安全第一に利用者様に充実した生活を送って頂ける様に、サービスの向上に努めていけるようにしていきます。

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。

第三者評価結果

※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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 事務所に掲示された理念は、「ハルナの歌」として毎朝利用者とともに歌い、品質管理カードにも記載し職員が身につけている。基本方針の周知について更に検討されることが望ましい。		

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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 理事長から法人の課題が発信されている。施設の課題として入所者の重度化・高齢化と常勤職員の確保が困難であること等が上げられている。それらの課題を施設として分析し検討することが望ましい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人が主体となって経営課題が検討されている。施設としての課題を職員に周知し、施設としての改善への取り組みを検討することが望ましい。		

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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人としての中期計画がある。施設としてのビジョンの検討とその実現のための中・長期計画、収支計画を検討することが望ましい。		
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 施設としての中・長期計画を策定し、当該年度の「目標」と照らし合わせて、事業計画を作成することが望ましい。		
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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 当該年度の「目標」が事業計画として位置付けられ、取組の結果も事業報告に掲載されている。この「目標」を事業計画において具体化し、進捗状況の把握や評価を職員全体で確認できるよう検討することが望ましい。		
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	a ・ b ・ ⑦
＜コメント＞ 利用者や家族に周知する内容と、面談や広報誌等を活用した周知方法について検討をすすめていただきたい。		

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	a	ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>ISOによる内部監査委員会により点検を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。自己評価・第三者評価による職員全体の取り組みの在り方について検討することが望ましい。</p>			
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	a	ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>ISOによる品質管理に取り組んでいる。自己評価・第三者評価による課題を検討する部署を設ける等、計画的な改善の取り組みを検討することが望ましい。</p>			

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	ⓑ	c
<コメント> ISO品質マニュアルに施設長としての責任・権限が明記されており、職員にも周知している。施設の経営・管理をリードする立場としての役割・責任を積極的に表明することが望まれる。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 法令のリストはある。法令について施設長としてより積極的に情報収集し、職員への積極的な周知について取り組むことが望まれる。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> ISO・第三者評価を毎年実施し質の向上を目指している。県内外の施設長会議等への積極的な参加やケース会議等への参加により指導力を発揮されることが望ましい。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 朝会で業務の課題を施設長が周知している。職員全体で効率的な運営についての課題の検討や、意識形成のための方法について検討することが望ましい。				

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> 職員の採用や補充に努めている。法人全体で有効な人材確保策や職員の定着について検討することが望ましい。				
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> 職員の育成・評価が行われている。人事考課は試行されているが職員への周知を含め確立に向け検討することが望ましい。				
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り組んでいる。	共16	a	ⓑ	c
<コメント> 施設長が一日二回施設を巡回し、職員の就業状況や意向を把握している。職員の休暇取得率等を把握するとともに、施設長による個別面談を定期的に行うことが望ましい。				

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 新任職員に習得させる障害者施策の理解や業務の目標が具体的に立てられている。職員全員に年間目標を設定させ取り組むことが望ましい。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 新任教育は研修A・B・Cと分野別の内容と期間を明確に行なっている。個々の資格取得の状況に照らし研修に派遣している。新任と同様、非常勤も含む全ての職員の知識・技術水準を把握した体系的な教育・研修計画の策定が望ましい。		
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 職員一人ひとりの資格取得の状況に応じた研修の機会を与えている。研修派遣時に目標を示し、研修報告にコメントしている。非常勤職員には研修会の情報を提供している。非常勤職員の研修機会の確保について検討することが望ましい。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 手順書により実習生を受け入れている。手順書に実習生受け入れの意義を明記している。保育士・社会福祉士等の目標別に具体化したプログラムを作成されることが望ましい。		

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> ホームページに理念・基本方針・サービス内容を掲載している。ホームページに事業計画・報告・予算・決算等の掲載、並びに月一回発行している広報誌の活用を検討することが望ましい。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 監査法人による外部監査を実施し、適正な経営・運営に向けて取り組まれている。		

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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	共23	①	b · c
<p><コメント></p> <p>「ハルナフェスタ」の開催を町内回覧し、地域の参加を促している。町内や福祉センターのまつりを始めとして、地域と交流する機会を意識的に持っている。また、買い物、食事会等計画的な外出の取り組みにより、積極的に地域との関わりを持っている。</p>			
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	a	② · c
<p><コメント></p> <p>目的、受付の流れ、配慮していただきたい事項等を記載した手順書がある。施設への理解を深めてもらう事業として積極的な受入れに向けて検討することが望ましい。</p>			
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	a	① · c
<p><コメント></p> <p>ケース検討会議や自立支援協議会にサービス管理責任者が出席している。地域のネットワークの要として、施設の積極的な関わり方について検討することが望ましい。</p>			
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	①	b · c
<p><コメント></p> <p>災害時には、福祉避難所としての役割を果たす。療育支援事業を受け施設の機能を活用している。</p>			
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	a	② · c
<p><コメント></p> <p>法人として地域の福祉ニーズに取り組む姿勢は職員に示されている。地域への発信や意識的なニーズ把握を計画的に進められることが望ましい。</p>			

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	a	ⓑ	c
<コメント> 利用者一人ひとりの要望に応えるための努力がなされている。利用者の尊重・権利擁護を職員の行動規範とする施設としての倫理綱領づくりに取組まれることが望ましい。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 個々の支援の場面では、プライバシーの保護や尊重に留意している。プライバシー保護規程の策定、並びにプライバシー保護について手順書に記載されることが望ましい。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> ホームページに理念・基本方針・福祉サービスの内容等を載せている。利用希望者には、施設見学と日中一時の利用を行い、口頭で説明している。既存のパンフレットに施設の情報を追加する等資料の作成を検討することが望ましい。				
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	ⓑ	c
<コメント> 個別支援計画は、利用開始時、変更時に本人・保護者に説明し、書面で同意を得ている。意思表示の困難な利用者にわかりやすく説明する工夫を検討することが望まれる。				
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	ⓑ	c
<コメント> 変更のケースについては本人の日記を渡している。施設としての引き継ぎの手順と申し送りの文書を定めることが望ましい。				
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。				
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	共33	a	ⓑ	c
<コメント> 毎年アンケートを実施し、保護者の満足度・ニーズを吸い上げている。マンツーマンによる外出支援を行い、個々の利用者のニーズに応えている。取り組みについては、管理者、サービス管理責任者だけで検討するのではなく、分析、集約し検討するためのグループ作りが望まれる。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 玄関に投書箱を設置しており、施設外の組織が苦情先として掲示されている。重要事項説明書には苦情解決について掲載されている。社会福祉法による苦情解決制度に則り、苦情窓口担当者・苦情解決責任者・第三者委員を明示されると良い。更に意見・是正については、保護者への公表方法等検討することが望ましい。				

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	㉓ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の組織としてハルナ会があり、利用者の要望が取り上げられている。マンツーマンによる外出支援も利用者とのコミュニケーションを深める機会として有効に活用されている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> アンケートで上げられた意見や苦情は管理者会議や朝礼で職員に周知され期限を決め対応している。苦情や意見の内容によっては職員会議による話し合いを検討することが望ましい。		
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	a ・ ㉕ ・ c
<コメント> ヒヤリハットを活用して職員全員に周知徹底を図っている。避難訓練、無断外出訓練、BCP(事業継続計画)が策定されている。ヒヤリハットの分析、集計等行いリスクマネジメント委員会といった場で検討することが望ましい。		
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	㉖ ・ b ・ c
<コメント> 管理者、看護師、担当による感染症対策委員会を設置し、対応マニュアルもあり、男子女子棟会議で具体的に取り組んでいる。		
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行っている。	共39	㉗ ・ b ・ c
<コメント> BCP(事業継続計画)を作成し、夜間訓練も2カ月に一回行っている。防災計画、食料品、備品等の備蓄がされている。		

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 ・ b ・ c	
<コメント> 手順書が支援内容ごとに細かく文書化され提供されている。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 業務日誌を基に見直す仕組みがあり、手順書については法人の各事業管理者が責任を持って確認・改定を行っている。			
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 ・ b ・ c	
<コメント> 利用者一人ひとりのアセスメントシートを利用して具体的なニーズを明示し、計画が策定されている。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 定期的にサービス管理責任者を中心にして評価・見直しがなされている。			
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 ・ b ・ c	
<コメント> 実施状況の記録が業務日誌の中に克明に書かれており、職員間で共有されている。ケースごとの個々の流れが6ヵ月ごとのモニタリング時に利用できるよう、簡潔にしたものをプリントアウトされるとさらに良い。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> パソコン入力、保管、定期的にパスワードの変更等情報が漏れないように十分配慮されている。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> グループホームを運営しており、移行支援を行っているが、高齢化による問題や自立に向けての支援が不十分である。今後相談支援事業所との連携を深めて、地域移行に係る支援を検討されることが望ましい。			

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 立体文字、ジェスチャー、手のひらに字を書き伝える等、視覚聴覚障害の方への対応に工夫している。相性のいい人、職員、相談場所、相談者など、選択できるように配慮されている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 指先活動、アートプロジェクト等の絵や創作品の作成、調理活動や生産活動等の活動を行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画に沿って「待つ支援」を大切に行っている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 調理、運動、音楽、グループ活動等利用者の良い点、長所を引き出せるようにアセスメントされ、個別支援計画が作成されている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> アセスメントに基づき個々に合わせた食事形態をとっており、きざみ、とろみ食等用意している。場所も落ち着けるよう個別ブースを利用したり、カトラリーや器にも工夫を凝らしている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 毎月食生活会議を行い、利用者にも会議に参加していただき意見を出す場を設けている。写真で選ぶセレクトメニューや誕生会でのデザート、行事食等工夫されている。			
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 利用者に合わせて喫食時間を変えたり、席を別に設けたり、音楽を流す等工夫している。コミュニケーションがとれる利用者にとって団欒の場となるような工夫を検討されることが望ましい。			

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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 入浴は基本毎日実施している。歩行が不安定な方には、2名の職員が介助し、シャワーチェア等利用しており、手順書に従い配慮されている。		
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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 利用者の希望に沿って毎日入浴を行い、4名の方が紙おむつを利用しており、シャワー浴等失禁時の個別対応を行っている。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 定期的に点検し清潔に保たれている。その日の気温に応じた冷暖房で、浴室と廊下の温度差が無いように配慮している。		
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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 手順書に基づいて行われており、記録されている。パッド、おむつの交換も定期的に行なわれている。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 冷暖房設備があり、掃除も毎日行われており、清潔に保たれている。カーテンや扉等を多用し、プライバシーに配慮されている。		
Ⅲ-3-(5) 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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 必要に応じて、買い物に付き添い、好きな衣服を購入している。		
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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 自分で選べる利用者は毎日選んで着ている。また、汚れたり破れたりしている衣類は処理している。衣替えの季節には早めに対応するなど配慮されている。		
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	a ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 女性の方は、外出の際に希望に応じて化粧している。好みを選択するための情報を提供する等、雑誌や写真等を利用し選択肢の幅を広げるような支援をされることが望ましい。		
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	a ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 帰宅した時や職員の手で理美容を行っている。外出の際に理美容院を利用したり、ボランティアを活用するなど、社会資源の積極的な利用が望ましい。		
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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 夜間支援は記録されている。寝具の私物利用は可能である。おむつ交換、トイレ誘導を行っている。布団、ベッドから落ちないように、また、床に直接クッションを敷いたりラバーシーツを利用する等配慮している。		

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
〈コメント〉 毎日の検温、精神科による週一回の巡回、歯科医師の月一回の定期健診、血液検査、インフルエンザ予防接種等 行っている。		
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
〈コメント〉 異常が見られる場合は、その都度医療機関ですぐに受診できるようになっている。		
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
〈コメント〉 看護師が毎週薬の整理を行い保管している。必要分以外は鍵付きの棚で保管している。誤飲等のヒヤリハットは、 全職員に配信ソフトを使って情報の共有を図り、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
〈コメント〉 毎月1回は行っており、その他にディズニーランドに出かけるグループを設けたり、地元の祭りへの参加や企業の招 待、地域との交流を目的に「ハルナフェスタ」を開催している。		
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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 買い物外出やドライブ等、利用者の希望に沿って担当者に対応している。保護者との外出も希望に応じて行ってい 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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 保護者、利用者の方から希望されれば対応するよう配慮されている。		
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
〈コメント〉 預り金の取り扱いが定められており、責任の所在も明確にされているが、定期的に預り金規程を見直すことが望まし い。		
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	a ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 買い物に出かけた際に個人で購入したり、職員が雑誌を持ち込んでいるようであるが、利用者から希望をとり、雑誌 (テレビガイド等)を購入するなど事業所として工夫することが望ましい。		
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
〈コメント〉 重要事項説明書に「喫煙は決められた場所をお願いします。喫煙コーナー以外は全館禁煙です。飲酒に関しても指 定時間以外は禁止しております。」とあり、現在は、施設内で提供はないが、今後希望される方がみえることも考え、 検討することが望ましい。		