

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

株式会社 福祉サポート

②施設・事業所情報

名称：障害者支援施設 春日苑	施設入所支援、生活介護	
代表者氏名：井戸清人	定員（利用人数）： 80 名	
所在地：愛知県春日井市廻間町703番地1		
TEL：0568-88-5593		
ホームページ：douen.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成3年4月12日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人恩賜財団 同胞援護会		
職員数	64名	非常勤職員 13 名
専門職員	医師(非常勤) 2名	看護職員 4名
	介護福祉士 27名	管理栄養士 1名
	社会福祉士 6名	作業療法士 1名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)
		49 訓練室・作業室、食堂、浴室、便所、相談室等

③理念・基本方針

1、利用者の立場に立った福祉サービスを構築します。2、良質なサービスを提供するため、職員の資質の向上を図ります。3、開かれた法人運営に努め、地域の核となるべき法人づくりを行います。

④施設・事業所の特徴的な取組

本苑では花見会や夏祭り等、四季折々の行事やレクリエーションを実施すると共に、バスハイク(バスを使っての遠足)や個々の利用者様の行きたい場所へ出掛ける希望外出等の外出支援を積極的に行い、利用者様がいきいきと毎日を過ごせる場としての役割を担って参りました。また、地域福祉の拠点として、地域住民の方々との交流、ボランティアさんや学生さんの体験学習の受け入れを推進して参りました。虐待防止・事故防止のための勉強会、委員会を定期的に開き研鑽に努めると共に、利用者様が安心して生活できる場となるよう取り組んで参りました。これらの取り組みを通じて、より地域に根ざした、社会資源として信頼される施設になることを目指しております。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月21日（契約日）～ 平成28年2月8日（評価決定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回（平成25年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・毎年4月に全職員に配付される「運営要項」に運営指針、今年度の重点目標、事務分掌、会議研修予定等が記載されており、大変分かりやすい形で周知が図られている。
- ・職員の内外部の研修、フロア毎の勉強会、QC活動など職員教育に手厚く、ケアの質の向上に努められている。
- ・虐待防止、事故防止委員会を組織化して、事故防止対策シートや虐待・身体拘束の定義を策定すると共に、定期的に会議を開き身体拘束制止・虐待防止・事故防止の徹底を図っている。
- ・各種マニュアル等は整備されており、アセスメントシートや個別のケア計画書などにに基づき、個々の利用者の状況に応じた支援体制にあり、支援のための職員間の情報の共有についても徹底されている。
- ・余暇や外出、外泊などは利用者の意向に添った形で選択肢が複数用意されており、利用者を尊重したサービスが提供されている。
- ・浴室、脱衣室、トイレについては改修工事により、衛生面やプライバシー保護、個々の状況に応じた細かい配慮がされている。

◇改善を求められる点

- ・施設パンフレット等において、施設が提供しているサービス内容や概要等が、利用者等にとってよりわかり易いものとされるよう検討を望む。
- ・マニュアルや個別支援計画に基づいた適切なサービスが提供されているが、利用者の生活の質をさらに高めていくためにも、組織としての取り組み（現状分析、課題の把握、改善計画、実施等）に期待したい。
- ・法人全体の事業計画は策定されているが、事業所として3年～5年を見据えた中・長期の収支計画を策定されることが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価にて、当施設が従前より重点的に取り組んで参りました事故防止および虐待防止、個別支援サービスの提供、積極的外出支援等につきまして高い評価をいただきましたことは、当施設にとりまして大きな励みになりました。今後一層の向上に向けて意を新たにに取り組んで参ります。また、改善点としてご指摘いただきました点につきましても真摯に受け止め、障がい者福祉を巡る社会の動向に鑑みながら、より組織的かつ計画的な事業運営を進めていけるよう取り組んで参ります。これからも末永く皆様に愛され頼りにされる施設となるよう努力精進して参ります。

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＞			
理念、基本方針は年1度発行される「管理運営要項」に明文化され、全職員、利用者家族に配布されている。月1回の全体会議の中でも折に触れ理念を振り返っており職員は周知している。また年2回の保護者会でも理念を伝えたり、ホームページ、パンフレットにも理念が明示されている。			

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＞			
事業経営を取りまく環境と経営状況の把握は、月1回の全体会議の中で、施設長が福祉サービスの質の向上、事業所の収支状況や利用者の稼働率などの分析の報告を行っている。			
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＞			
利用者の稼働率や光熱費使用料など定期的に分析し、全体会議なので報告をして、全職員で改善に取り組んでいる。			

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＞			
法人全体の計画を策定はされているが、事業所として3年から5年を見据えた組織体制や整備体制、職員体制、人材育成に関する具体的な計画を策定されるのを望む。			
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＞			
事故再発防止など福祉サービスに関する計画は具体的に策定されている。施設機能、人材育成などの収支計画も策定されることを望む。			
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＞			
虐待防止、地域との連携など具体的な事業計画策定をし、役職者会議や全体会議なので実施状況の把握・見直しが行われている。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 年3回の利用者懇談会や保護者会などで事業計画を説明して理解を促している。出席が困難な場合は家族に送付している。		

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 ・ b ・ c
<コメント> 部署ごとに、薬の事故などサービスに関するQC活動を行い発表している。また給食委員会、衛生委員会など9種類の委員会を設けて、PDCAサイクルに基づき、見直しや改善に取り組むなど、質の向上に努められている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 先回の第三者評価結果を踏まえ、浴室の改装工事を実施し、それに伴い、入浴方法の見直しを行うなど組織的に改善に取り組まれている。管理者の交代に伴う引継ぎ等は的確に行われており、さらに各委員会の活動などを通じて課題の把握や改善等が実施されている。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者と職員の役割分担は事務分掌として書面で作成されており、分かりやすいものとなっている。管理者は福祉施設に関する法令遵守の理解をし、全体会議や個別面接などで遵守すべき法令などを伝えている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 施設長は、主任者会議、各委員会、職員の勉強会などで、折に触れコンプライアンスについて、話し合う機会があり、職員は周知している。		

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 ・ b ・ c
<コメント> リフト整備など職場環境の整備をしたり、介護技術の勉強会など職員教育をすることにより、介護機器を効果的に使用して、利用者や職員の負担軽減をするなど、施設長は指導力を発揮し福祉サービスの質の向上に努めている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業所の収支状況や利用者の稼働率について、毎月、全体会議、役職者会議なので報告し、問題点を洗い出し改善に努めており、施設長は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
<p><コメント></p> <p>母体法人で職員採用や人事管理が行われている。ボランティアについては、事業所での面接はある。</p>				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>母体法人で人事管理が行われている。法人の人事基準があり、職員の能力評価が年1度行われている。</p>				
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
<p><コメント></p> <p>職員の要望を、上司が聞き役職者会議なので情報を共有して、時間の制約のある職員に配慮をするなど、働きやすい職場作りに取り組んでいる。</p>				
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
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの目標管理シートがあり、年2度上司による個別面談により、目標の達成度を確認して次回の目標に繋げている。</p>				
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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>毎年発行される、法人の「運営要項」の中で、職員の教育・研修に関する基本方針や年間研修予定が策定されており、職員の経験など配慮した研修に参加している。研修後は復命書を提出したり、全体会議の場で発表している。</p>				
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
<p><コメント></p> <p>法人の新任職員のオリエンテーションを始め、外部研修や経験年数など職員のレベルに合った研修を受講する機会が確保されている。利用者のケアにバラツキが無いように、一人の利用者ケースを、全職員が同じ研修をする取り組みもしている。</p>				
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	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p>				

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	① ・ b ・ c	
<コメント> 法人のホームページに基本理念、各事業所紹介、財務内容など法人全体の運営の情報に取り組んでいる。今後は法人全体の情報に加えて事業所独自の情報公開を考案されることを望まれる。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 年1回法人の施設長会議で予算のヒアリングを行ったり、年4回財務管理より内部監査を受けている。また、専任の会計事務所により外部監査も行われており、適切な経営・運営が行われている。			

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	
<コメント>施設の位置づけとしては、外部に出向くというよりも施設の中に呼び込むことをメインに考えている。しかし、自立している利用者については1人外出を指導し、将来の地域移行を目指している。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> ボランティアの受け入れについては、利用者の生活の一層の潤いあるもの、生活支援の向上に期するものとして位置付け、ボランティアのための部屋等を用意して積極的に受け入れている。また、年1回のボランティアと懇談会を開催して更なる活動の充実に努めている。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 春日井市の自立支援協議会日中活動部会に出席し情報の共有に努めている。会議の復命書は職員が閲覧して内部的にも情報の共有を図っている。			
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	a ・ ① ・ c	
<コメント> 地元中学生の体験学習の受け入れ・ボランティアの積極的な受入など行っているが、より施設の持つ専門性を発揮して地元行政等と非常時の福祉避難所となる可能性があるため、今後地元行政等の連携を深めることが望まれる。			
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	① ・ b ・ c	
<コメント> 施設の持つ機能を地域の福祉ニーズに応じて日中生活介護・ショートステイ、日帰りシュートなどを行っている。			

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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 利用者尊重については苑の管理運営指針に明記され、利用者個人への標準的なサービスの提供は明示されている。			
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	a	・ Ⓑ ・ c
<コメント> プライバシー保護に関しては施設内での立ち入り等に職員のみならず利用者間の配慮等を定めて取り組んでいる。利用者にとっては重大なことであるので園管理運営指針に利用者の権利擁護特にプライバシーの保護について明記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> 利用希望者へ時間を取って丁寧に説明されているが、パンフレットは法人全体で作成されたものであるため、利用者にとって理解しやすいという視点では十分とは言えない。今後、よりわかりやすい施設独自のパンフレットを作成されることを望みたい。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 今年度の重点事項に「利用者の意思を尊重し自己決定に基づき個別支援を行う」とされており、重要事項説明書、契約書について丁寧に時間をかけて説明し、利用者の同意を得ている。			
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> 必要に応じて家族、関係機関との連絡調整を設けて、施設長も参加している。しかし、移行ケースはごくまれである。今後は移行に当たっての対応マニュアル等の作成が望まれる。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 利用者懇談会を年3回開催し利用者の意見を聞く機会を設けている。まは保護者会には職員も出席して利用者満足の把握に努めている。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 苦情解決の仕組みは確立され、利用者の見やすいところに掲示されている。虐待対応委員会を月2回開催して、利用者の苦情意見等に適切に対応している。			

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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 組織的には相談支援員が窓口となり対応しているが、日常生活では利用者朝礼で意見を聴く機会もあり、さらに、どの職員にでも利用者が意見を言える環境にあり、職員も対応できる体制にある。</p>		
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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 利用者からの相談等はすぐに施設長に報告する体制が整っており、その対応については虐待対応委員会において検討する仕組みが整備されている。</p>		
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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 介護事故防止委員会を設置し、事故要因の分析、対応結果等の検討などにより再発防止に努めている。毎週、介護現場での危険予知訓練を行い事故予防の取り組みも行っている。</p>		
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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 健康管理・感染予防委員会を設置して月2回開催して予防対策に努めると共に、利用者安全マニュアル等を整備することにより、緊急事態発生に備えている。また、近隣医療機関に対して協力医療機関としてお願いし、利用者処遇に万全を期している。</p>		
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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント> 防災対策委員会を設置し、毎月の避難訓練等(夜間想定も含む)を実施している。また、職員の役割分担や災害時の対応など、組織的な体制が明記され、災害時への備えに努められている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>施設としてのサービス提供の標準的な実施方法は文書化されており、職員が共通した認識の下でサービス提供ができるよう努めている。また、個々の状況に応じたサービス実施計画を策定し、適切なサービスが提供されている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>各種委員会、フロアー会議及び役職者会議等を通じて、定期的及び随時見直しを図り、サービスの質や内容の向上に努めている。</p>		
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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族等からのアセスメントをもとに、2名配置されているサービス管理責任者を中心に原則施設長参加のもと、年2回の実施計画会議を開催して策定している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>組織として半年毎に見直しを行う体制が整っており、緊急に変更する必要がある場合には、随時見直しを行う仕組みもあり、利用者主体のサービス計画策定に努めている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>サービス毎に個人のケースに記録され、情報共有のための会議が実施されている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>法人において、保管場所や保管方法等の文書管理についての規程が整備されており、個人情報保護に努めている。</p>		

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>定期的に利用者及び家族の意向確認は十分行われており、情報提供も適切である。地域生活への移行を希望する対象者がいないこともあり、積極的とは言えない点もあるが、施設の機能上やむを得ない点も否めない。			

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	a ・ b ・ c
<コメント>指文字やパソコンなど、個々の利用者者の状況に応じたコミュニケーション手段が工夫され、日常の支援で有効に活用されている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ b ・ c
<コメント>詩吟、習字、クッキング、レクリエーションなど多彩な活動が用意されており、利用者が選択できるようになっている。また、利用者が参画している行事委員会において利用者の希望を調査したり、保護者から意向を確認する機会もあり、利用者にとってより良い活動となるよう取り組んでいる。			
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
<コメント>個々の利用者の状況に応じ、見守りと介助の体制が確立されており、朝礼やミーティング、会議等において支援体制の情報共有が職員間で徹底されている。			
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
<コメント>日常の訓練を初め旅行や趣味、地域への参加などエンパワメントの理念に基づくプログラムが用意され、利用者主体のサービスが提供されている。			
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	a ・ b ・ c
<コメント>栄養士と連携を図り、アセスメント、モニタリングに基づいた個別支援計画が策定され、その計画に沿った食事サービスが的確に行われている。			
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
<コメント>定期的な嗜好調査や利用者からの聴き取りなどを通じて、利用者の希望を献立に反映させている。また、温蔵庫などを活用し、おいしく食べてもらうための配慮もされている。			
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 ・ b ・ c
<コメント>食堂の環境については利用者の意向や、給食委員会での検討内容を反映させ、細かい配慮がされている。また、食事時間に幅を持たせたり、栄養士、看護師、介護者の連携により適切な対応が図られている。			
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>個別のサービス利用計画を基に、利用者の心身の状況に応じた適切な支援体制が確立されている。			

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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント>利用者の意向や体調を確認しながら、利用者に添った形で行われている。また、夏場などについては利用者の状況により適切な対応がとられている。</p>		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>浴室、脱衣室、設備等は改修工事により、利用者個々の状況に応じて対応できるように整備されている。また、プライバシー保護や安全面にも十分配慮された造りとなっている。</p>		
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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント>サービス実施計画を基に、個別支援計画に沿った適切な支援体制が確立されている。また、個々の状況に応じて介護用機具を使用するなど、利用者に配慮した対応がとられている。</p>		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント>改修工事により、プライバシーや衛生面に配慮したものとなっており、清潔に保たれている。</p>		
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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント>利用者の意向に添い選択できる体制にある。希望により、衣類の購入を外出に組み込むなど、適切な支援体制にある。</p>		
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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント>衣類の着脱に関しては、利用者個々の状況に応じて必要な支援が提供できる体制にある。汚れや破損への対応も、専門の職員が中心となり速やかに対応されている。</p>		
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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント>希望により、出張の理美容を利用することもできるなど、利用者の個性や意向に添った適切な支援が行われている。</p>		
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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント>タクシーを利用し、地域の理美容店に行くこともできるなど、利用者の選択に応じて個別に支援されている。</p>		
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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント>「利用者個々の安眠」を最優先に考え、寝具や寝室、利用者同士の相性など環境設定に配慮されている。</p>		

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	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉看護師による毎日の健康チェックや定期的な健康診断により、利用者個々の健康状態の把握に努められている。また、職員間で利用者の健康状態についての情報の共有化や感染予防にも努められている。		
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	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉地域の医療機関と連携を図り、適切な医療が受けられる体制が確立されている。また、利用者が希望する医療機関を受診することもできるなど、個別に配慮した体制がとられている。		
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	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉マニュアルが整備され、看護師による適正管理体制が図られている。		
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	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉複数のレクリエーション活動が用意され、利用者の希望により選択・参加が可能となっている。また、希望外出や複数の目的地から選択できるバスハイク等もあり、利用者のADLや状況に応じた対応がされている。		
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	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉地域への外出、家族との外泊、ヘルパーとの旅行など、利用者の希望や状況に応じた外出プランが策定されており、利用者を尊重した支援体制がとられている。		
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	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉利用者や家族の意向を尊重し、希望に添った支援体制にある。		
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) ・ b ・ c
〈コメント〉預かり金に関する取り扱い要領に基づき、適正に保管・出納管理がされている。また、利用者個々の部屋にもキャビネットが用意され、個人で管理することもできるなど、利用者の意向に添った対応が図られている。		
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	(a) ・ b ・ c
〈コメント〉スポーツ新聞、雑誌、漫画、週刊誌、DVD等利用者の希望により購読等できる体制にある。		
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) ・ b ・ c
〈コメント〉利用者の健康状態に配慮した上で、お酒やタバコについては認めている。タバコについては、喫煙場所が決められており、他の利用者にも配慮した形で環境設定がされている。		