

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（47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： 17 名	非常勤職員 23 名
専門職員	社会福祉士：3名	看護師：3名
	精神保健福祉士：2名	臨床心理士：0名
	介護福祉士：6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）夜間（施設入所支援）を実施しています。
利用者様が高齢化していく中で、個々にあった満足して頂けるようなサービスができるように心がけています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年9月1日（契約日）～ 平成29年2月10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ISO取得しており、第三者評価についても毎年受審するなどサービスの質の向上に向けて積極的に取り組んでいる。
- ・入所支援に加え生活介護事業、短期入所、日中一時支援を行い利用者のニーズに即して対応している。
- ・法人内にある他の障害福祉サービス事業と連携してサービスの充実を図っている。
- ・利用者の高齢化、重度化に対しても利用者に合わせてきめの細かなサービスの提供に心がけている。
- ・各種マニュアルもしっかり整っており、あらゆる点で細かな配慮がされており利用者に合わせて見直しも進められている。

◇改善を求められる点

- ・利用者の重度化、高齢化の中で設備や基準上の問題もあると思いますが、日中活動についてさらなる支援を望みます。
- ・地域の交流も深まりつつあるので、地域にとっての法人の役割を積極的にアピールされることを望みます。
- ・「明るく、仲良く、楽しく」の理念に沿って働く職員にとっても充実できる現場であることを期待します。そのためにもさらに福利厚生や業務改善を望みます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者様のサービス向上又地域との交流をさらに取り組んでいきます。

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	ⓑ	c
<コメント> ・理念は、明記されており、ISOの品質方針として基本方針は各職員所持している。 ・利用者にも説明されているが保護者や関係者には周知があまりされていない。 ・今後、入所時にパンフレット等を利用し、保護者にも説明したり、地域への周知を工夫されるとよい。				

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	ⓑ	c
<コメント> ・自立支援協議会、障害福祉計画に沿って関係機関と連携して地域のニーズの把握や法、制度の変化も押さえた上で今後の経営を検討されるとよい。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・高齢化、重度化の課題もしっかり押さえている。 ・入院の付き添いやマンツーマンで対応する利用者の増加が予想されるのでマンパワー、業務省力等の人員の確保に工夫されるとよい。				

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	ⓑ	c
<コメント> ・中長期計画が策定されているが、不十分である。 ・地域貢献や職員の育成等について具体的な計画を策定されるとよい。 ・地域のニーズを分析した結果を把握した上で組織的に策定されるとよい。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・中長期を踏まえた事業計画となっている。 ・重点目標とされるものについては、中長期を見据えて詳細に策定されるとよい。				

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	ⓑ	c
<コメント> ・部門会議や担当職員による事業総括の役割分担や見直しの時期、改善された部分の評価を文書化して確認されるとよい。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・合理的配慮のもとハルナ会等でわかりやすく事業計画を説明されるとよい。				

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	Ⓐ	b	c
<コメント> ・ISOにより、サービス手順書が確立され見直しも定期的になされている。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> ・管理者会議で検討し部門会議で検討されている。 ・職員全体で分析、改善策の検討を行うとよい。				

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> ・品質マニュアルの中に管理者の責任が明記されているが、管理者自らの声として表明、明文化する必要がある。 ・広報誌、事業計画等の文書、職員会議等において、職員に表明し、理解を深めるとよい。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> ・法令等について法人内で集中管理を行い事務所で管理されているが管理者として正しく理解するための取り組みは不十分である。 ・今後は行政による通達や関係団体の資料のリスト化を進めて福祉関係だけでなく必要な法制度の理解を進められるとよい。				

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	・ (b) ・ c
<コメント> ・ISOや第三者評価の受審等の積極的な取り組みを行っている。 ・ヒヤリハット分析や重度化、高齢化に向けての対応をさらに進められるとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・職員一人ひとりとコミュニケーションを取るよう心がけ、情報の共有に力を入れている。 ・働きやすい職場をめざして業務省力や長く勤務できるような体制にむけ、工夫されるとよい。			

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	・ (b) ・ c
<コメント> ・社会福祉士、介護福祉士等の専門職を確保しているが、人材の定着がなかなかできていない。 ・法人内での異動等による職場の活性化や職員のライフステージにも配慮して、少しでも長く勤められるような工夫をされるとよい。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・年一回の職員評価や人事考課は行われている。 ・評価に客観性を持たせるように複数の管理者等で職員の評価に取り組むとよい。			
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組んでいる。	共16	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・積極的に休暇を取得するよう声掛けを行っており、職員の有給休暇は取りやすい。 ・勤務上の難しさはあるが、忘年会や歓送迎会等で組織の一体感を生むよう努めるとよい。			

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	ⓑ	c
<コメント> ・職員に習得させる技術、知識、業務目標等は具体化されているが育成に向けた目標の管理がされていない。 ・一人ひとりに向けた目標の設定と達成の管理を行うとよい。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・新人教育は研修ABCと分野別に行っているが、中堅以降の職員については具体的な研修教育がなされていない。 ・階層別の研修や分野別、テーマ別の研修の参加の役割を設けるなど工夫されるとよい。				
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	ⓑ	c
<コメント> ・職員一人ひとりの研修の機会は確保され保障されている。資格取得のためなど公平に参加できるように配慮している。 ・長期的に階層や支援等の必要に合わせた個々の育成を考えた研修計画を策定されるとよい。				

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	ⓑ	c
<コメント> ・実習の受け入れに対してマニュアル等準備されている。 ・今後社会福祉士の実習の受け入れも可能とする体制づくりに取り組むとよい。				

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	ⓑ	c
<コメント> ・ホームページやパンフレット、ハルナだより(保護者向け情報紙)等で情報公開している。 ・特別支援学校や町内会等の情報を公開されていくとよい。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> ・事務、経理等のルールが明確にされ適正に取り組んでいる。 ・定期的に内部監査も行っている。				

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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・法人内のイベント「ハルナフェスタ」や「安福まつり」「町内カラオケ大会」等に参加し交流を広げている。 ・買い物や喫茶店等で地域のお店を利用し交流を広げている。 ・障害についての相談応需や町内会等へ積極的に参加されるなど交流を広げると良い。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・ボランティアの受け入れについてはマニュアルがある。 ・近くの企業や学校等のボランティアを受け入れている。 ・日常的なボランティアの受け入れを進められるとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・関係機関・団体の連絡先等が明示されている。 ・地域の関係機関・団体と共通の問題に対して具体的に取り組むとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・福祉避難場所として協定を結んでいるが明確化はされていない。今後検討されるとよい。 ・ショートステイや相談支援については地域に還元している。 ・ハルナで培ってきた障害福祉サービスのノウハウを地域に役立たせるよう工夫されるとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・理念にある地域貢献も今後具体的に検討されるとよい。 ・障害の重い方や高齢の方たちへのかかわりが増えてくると予想されるので、地域の在宅障害者の方たちとの連携を検討されるとよい。			

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

		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	・ (b) ・ c
<コメント> ・ISOの品質方針やマニュアルに沿って権利擁護を進めている。 ・利用者の権利擁護のために選択肢を増やし意思決定の機会を作り家族との連携も進められるとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・マニュアルや規程が整備されており写真やデータの取扱いは厳重に管理されている。 ・利用者のプライバシーを守る配慮を促進するとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・ホームページや施設見学の受け入れを通じて情報を提供している。 ・写真や動画を活用した説明やショートステイのお試し利用などの工夫を通じて、自己決定に向けた合理的配慮を進めることが望まれる。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・相談支援専門員も参加して説明を行っている。 ・個別支援計画の変更についてもわかりやすく工夫されるとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・継続性に考慮した引き継ぎ書としてサービスの記録や情報を年度毎に保管している。 ・フェイスシートのような簡素化した引き継ぎ書の様式を整備するとよい。			
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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・担当者と外出を行うなどの利用者の希望に応じている。 ・趣向アンケートを実施している。 ・選択肢を増やしたり、経験の機会を増やされるとよい。			

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	・ (b) ・ c
<コメント> ・投書箱を設置している。苦情解決の仕組みを掲示している。 ・苦情を受けた場合の周知や分析、改善策等の検討を進められるとよい。			
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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・自治会組織「ハルナ会」があり、要望が取り上げられている。 ・担当者との外出も様々な要望を伝えられる場面として有効に利用されている。 ・相談する相手を選び、意見を述べることができる環境を整備されるとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・管理者会議や朝礼で周知し、期限を定めて対応している。 ・場合によっては是正・予防処置計画等を作成して取り組んでいる。 ・利用者は、苦情でない話をしたい場合も多いので、なるべく話を聞く機会を増やされるとよい。			
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	・ (b) ・ c
<コメント> ・ヒヤリハットを活用している。 ・避難訓練、感染症マニュアル、不審者訓練等を行っている。 ・ヒヤリハットについては、集計、分析、対応策の検討を組織的に行うとよい。			
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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・感染症対策として情報共有、訓練、対処法を検討している。 ・部屋の隔離、洗濯の分離等の対策を行っている。 ・夜間の対応や徘徊者の対応などの充実が望まれる。			
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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・夜間を想定した避難訓練、消火器の使用訓練、非常食の備蓄確認等を行っている。 ・夜間の対応職員が2名であるため、法人全体による安全確保の検討が求められる。			

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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・福祉サービスを提供するにあたり必要な業務をまとめた手順書がある。 ・今後は手順書の具体的な実施が確認できる取組みが求められる。			
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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・定期的に改定を行っている。 ・部門会議で利用者の変化に応じて実施方法を見直されるとよい。			
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	(a)	・ b ・ c
<コメント> ・担当職員がアセスメントに基づくベースを作成して職員間で確認された後、本人、保護者の意見を反映させ、サービス管理責任者が本人、保護者と面談し、個別支援会議で適切に完成させている。			
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	(a)	・ b ・ c
<コメント> ・半期毎に担当とサービス管理責任者で評価、見直しを行っている。			
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)-② 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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・職員で回覧する勤務日誌を活用して、利用者の現状を把握している。 ・個別支援計画に基づくチェック項目等を活用し、どの職員が見てもわかりやすくなるとよい。			
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	a	・ (b) ・ c
<コメント> ・勤務日誌の記録は、2か月毎にファイリングしている。 ・個人情報保護に関する教育、研修を定期的実施し、記録の管理に取り組むとよい。			

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> ・利用者の高齢化により、自立や地域生活への移行が難しくなる中、法人内のグループホームへの移行実績がある。 ・法人が行う相談支援事業を通じて、今後も積極的な地域移行を検討されることが期待される。		

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 ㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・意思伝達が難しい利用者の方とのコミュニケーションの取り方を徐々に変更するなど積極的に工夫し、意思疎通を図っている。 ・個別支援計画書の中にも具体的に支援内容と方法が明示されている。		
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48 a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・利用者の主体的な活動として運動、アート、音楽、調理等を行っている。 ・カラオケ発表の出来る場があり、利用者が主体的に楽しめる活動となっている。 ・アート等の発表の場を再考されると良い。 ・施設外の障害者や知人等と自由に交流ができるような機会を増やしていくことが望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・入浴時の着替えなどで、個別支援計画によるチェック表が脱衣所に貼られており、支援者間における共有の見守り支援が工夫されている。 ・利用者の高齢化・重度化に伴い、支援の質、サポート体制の更なる工夫が望まれる。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・買い物や公共交通機関を利用する外出などが社会生活力を高めるための個別支援計画の一環として行われている。 ・利用者の生活意欲を高めるための取り組みとして学習・訓練プログラムとして活動の中に取り入れていくことも検討されると良い。		

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 ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 ・食事形態、水分補給を含めたマニュアルが整えられている。利用者の個々のペースに合わせた支援も行われている。 ・利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意することについては改善の余地がある。		
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 ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 ・検討会議には利用者も参加し、カレーライスメニューなどを多く入れるなど利用者からの要望が反映されている。 ・安全面での配慮のため調味料などを食卓におけない事情はあるが、より楽しくおいしく食べられる環境となると良い。		
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 ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 ・利用者同士の関係性に配慮し、食事時間を調節するなど喫食環境に配慮がみられる。 ・有線放送でクラシック音楽などが流されている。利用者にとって団らんの場となるような環境づくりについては更なる工夫が望まれる。		
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 ㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 ・利用者の身体状況や健康状態に応じて、リフト浴等も取り入れ、安全管理、プライバシー保護等に留意した手順書に沿って入浴支援を行っている。 ・朝の検温と職員からの状況報告をもとに看護師が健康状態を把握し、入浴の可否等を判断している。 ・入浴後の保湿剤塗布なども行われている。		
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〉 ・毎日入浴し、失禁や汗をかいた時には清拭やシャワーで対応され、清潔な状態を保てるようにしている。		
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〉 ・脱衣場に冷暖房が完備されており、入浴時の温度差に配慮して入れるように手順書に示され実施されている。 ・浴室脱衣場とも清潔に保たれている。		
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 a ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 ・個別支援計画や手順書で排泄介助の内容や方法がきちんと示され手順書に沿った排泄介助が行われている。 ・高齢化と共にオムツ対応が多くなるという課題に対しては今後の検討が期待される。		
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〉 ・手順書に基づき清潔に保たれている。冷暖房もあり、カーテンなどを利用しプライバシーにも配慮されている。		

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	a ・ ⑥ ・ c
〈コメント〉 ・意思表示が難しい利用者も多くいるため、利用者の主体性を尊重した支援は難しい状況にある。 ・インターネットなどを利用した衣服の購入も進められている。さらに利用者への情報提供、買い物支援などを積極的に行っていくと良い。			
	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	a ・ ⑥ ・ c
〈コメント〉 ・汚れたらすぐに衣服を交換するよう支援されている。 ・入浴時には必ず着替えをし清潔な衣服で過ごしている。 ・衣類の廃棄についても手順書に明記されている。			
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 ・ ⑥ ・ c
〈コメント〉 ・外出時には、化粧をするなど理美容についての支援が見られる。			
	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	a ・ ⑥ ・ c
〈コメント〉 ・理美容は帰省時に家庭で行う場合が多く、障害の軽い方については、近くの理美容店を利用している。 ・今後は家庭での理美容が困難なケースも多くなることも予想されるので地域の理美容店との協力体制の整備が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
〈コメント〉 ・現在は個別対応者以外の不眠者がいないこともあり、不眠者への対応等のマニュアルはない。 ・2人部屋については、同室者の配慮等を行い安眠できる配慮はなされている。 ・車いす利用者の床寝具利用などについての環境整備が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
〈コメント〉 ・定期的に嘱託医の診察を受けており、普段と様子が違う場合は連絡をし医師の指示を受けることができる。 ・歯科治療が難しい利用者も多い中、歯磨き指導をきちんと行うことにより、歯の健康維持のための支援を積極的に行っている。			
	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	① ・ b ・ c
〈コメント〉 ・健康面に変動があった時には管理日誌に個別に記入され、健康状況がわかるようにデータ管理されている。 ・早め早めの受診を心がけ、看護師を中心に病院での受診ができる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	① ・ b ・ c
〈コメント〉 ・投薬についての手順書に薬のセット方法や保管方法、服薬について等のマニュアルが作成されており、マニュアルに従って確実に投薬されている。 ・ヒヤリハット事例から、改善した点なども共有化され、投薬後の口の中の点検も行われている。			

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 ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 ・担当者との外出やドライブ等、1泊旅行なども行われ利用者の楽しみとなっている。 ・利用者の高齢化や重度化によって、外出支援の頻度が少なくなることはないよう配慮が求められる。 ・外部からの協力を促進し、施設内での楽しめる余暇活動の更なる充実が望まれる。		
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
〈コメント〉 ・自力での外出が困難な利用者への支援については、十分対応できない状況もみられる。 ・地域のイベント等の情報を提供し、参加したり、ボランティアの有効活用を図り、利用者の希望に沿った外出支援の充実が期待される。		
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 ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 ・家族の状況変化や利用者の高齢化・重度化により、外泊は年々減っているが、利用者・家族の立場に立って希望に応じようとされている。 ・今後は帰省や外泊先のない利用者への対応にも目を向けた支援も課題の一つとして取り組まれると良い。		
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〉 ・利用者の預り金については、管理体制や責任の所在を明確にし、管理されている。 ・預り金については年に2回保護者に通帳の収支のコピーを送るようになっている。 ・金銭管理ができる利用者に対しては、経済的な対応能力を高めるための学習プログラムを用意することが望まれる。		
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	a ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 ・テレビ欄はコピーしたものを共用部分に掲示している。 ・TVは個人で所有し自由に見ることができる。 ・異食危険防止のため共用部には雑誌や新聞などが置けない状況となっている。新聞は施設で購入して読むことができるコーナーを設けたり、職員と一緒に読むなどの工夫も必要かと思われる。		
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
〈コメント〉 ・利用者からの喫煙、飲酒希望はないので施設内は禁煙禁酒となっている。 ・外食時にはノンアルコールビールなどを飲んだりして楽しんでいる。		