

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

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（利用人数）：40名（40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11名
専門職員	介護福祉士：4名	看護師：1名
	保育士：2名	管理栄養士：1名
	栄養士：1名	
施設・設備の概要	訓練室・作業室：7室	多目的室：2室
	相談室・食堂・事務所：1室	洗面設備：7室 便所：6室

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、職員もみんなが「明るく 仲良く 楽しく」あるようにという願いが込められています。

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「助け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. この方針達成のため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、安全で楽しい環境を整えています。また職員への個別の時間を取り、理念のような体制作りをしています。
- ②年に1回ですが、2サービス合同での行事を計画し、交流をはかっています。
- ③パンの販売、施設内のカフェを通して、地域交流をし、より理解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28年10月1日（契約日）～ 平成29年1月27日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	6 回 （平成27年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・職員は理念が記載された「品質カード」と称する資料を常に携帯し、利用者本位の姿勢を保つよう徹底している。
- ・時間外勤務が少なく、有給休暇も取りやすくチームとして働きやすい環境を作り出している。
- ・建物は、明るくゆったりしており、常に清潔に保たれバリアフリーで快適な環境となっている。
- ・利用者の方も楽しく過ごしている。

◇改善を求められる点

- ・事業所の良さをアピールして、利用率の向上が求められる。
- ・人材育成・定着に力を注ぎ、若い職員の育成と離職の防止に努めると良い。
- ・ケアやリスク等、テーマ別の検討チームを設けるなど、職員の経験と主体性を発揮できるような機会を増やし人材育成を進められるとよい。
- ・金銭の自己管理等、生活場面での自立支援に注力すると良い。
- ・施錠をしないで過ごす時間、場所の設定について検討されるとよい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

日々の業務の振り返りを職員全体を通して行うことが出来、大変よい機会となりました。ご指摘いただいた点、課題について、一つずつ改善に向けて努力していきたいと思っております。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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ ・理念・基本方針が明文化された「品質カード」を携帯し、職員の意識を高めている。 ・地域や保護者・利用者への周知が不十分である。写真や絵を用いて利用者への周知と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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ ・安城市自立支援協議会の部会に出席するなど経営環境の把握に努めている。 ・経営状況として利用者のニーズ把握のためアンケートを行っている。 ・通所担当者会や就労担当者会に出席されているので今後の事業運営のために他の事業所の状況等も把握・分析し自事業所の特色をアピールされるとよい。		
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ ・経営課題は、利用率アップを主眼として把握している。 ・特別支援学校卒業生がB型事業、生活介護事業所に入所するケースがあり、支援の継続性がみられる。 ・市内の相談支援事業所や特別支援学校等への働きかけを強化するなどして関係機関との連携を高められるとよい。		

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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ ・事業内容、実習対応、職員の育成等について中・長期目標を定めて取り組んでいる。 ・問題点や課題の解決、改善に向けた具体的な計画を策定されるとよい。		

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・中・長期の目標を反映した計画となっているが、具体的な取り組みに関する記載が不十分である。		
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・事業計画は、職員参画のもとで評価・見直されているが、組織としての検討が不十分である。 ・事業報告の中に実施された内容について明記されているが、分析、改善点等が具体的に出不されている。 ・課題や改善点を踏まえた事業計画として組織的に策定されるとよい。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・保護者面談を通じて周知されている。 ・ルビをふるなど事業計画書に一定の配慮がみられた。 ・合理的配慮の観点から、普段から絵や写真等を使いわかりやすい説明に心がけると良い。		

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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> ・法人としてISOを取得しており毎年目標を定めて組織的に取り組んでいる。 ・第三者評価を毎年受審し、法人内の他事業所職員による内部監査も行っている。 ・ヒアリハット等は法人内で情報共有している。 ・事業所独自のヒアリハットの分析対応策を職員間で検討する場を設けて、PDCAサイクルを活用するなどして積極的に取り組まれるとよい。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> ・課題や改善策を整理し周知に取り組んでいる。対応策を職員間で回覧している。 ・職員で具体的に検討する機会を増やし、職員自らが工夫するよう促すとよい。		

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 ・ ⑥ ・ c		
<コメント> ・マニュアル及び業務分担表に役割と権限を明示して職員に周知している。 ・有事の際の管理者の役割や不在時の権限委任等を明確化されるとよい。				
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 ・ ⑥ ・ c		
<コメント> ・外部研修や会議等に参加し理解を深めている。 ・県市等の通知文など情報は共有化されており、閲覧できるようになっている。 ・事業所独自の関係法令、就労支援事業関係の食品表示法等多岐にわたるので、必要な法令等についてはリスト化されるとよい。				

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	・ ⑥ ・ c
<コメント> ・カブトムシ作業やクラブ活動等職員の意見を採用し施設全体で積極的に取り組んでいる。 ・日頃より利用者、職員とのコミュニケーションを図っている。 ・障害福祉の動向を見ながら合理的配慮等の課題を明確化して、組織全体での取り組みを進められるとよい。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> ・職員からの意見・提案に対して速やかに対応している。 ・利用率アップのために特別支援学校へ働きかけ、法人の強みをアピールするなどされるとよい。			

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 ・ ⑥ ・ c	
<コメント> ・必要な人材は確保されている。 ・比較的経験年数の少ない職員で形成されており、今後は人材定着に向けた育成を計画的に進められるとよい。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	a ・ ⑥ ・ c	
<コメント> ・人事管理を行っている。 ・キャリアパスの仕組みづくりを行っており、今後の取り組みが期待されている。			

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り組んでいる。	共16	a	・ ⑥ ・ c
<コメント> ・職員と個別面談を実施する等相談しやすいように工夫し、働きやすい環境整備に努めている。 ・有給休暇が取りやすく、時間外もほとんどなく、仲の良い職員集団である。 ・県共済会に加入しているが、他の福利厚生の部分に改善の余地がある。			
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	a	・ ⑥ ・ c
<コメント> ・職員一人ひとり個別の目標が「品質カード」に記載されており、進捗状況を確認できる。 ・社会福祉士等の資格取得に向けた事業所の支援策等を検討されるとよい。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> ・研修計画が策定されている。 ・職階別、職種別、課題別に、職員一人ひとりの育成を考慮した取り組みを充実させるとよい。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> ・新人研修、事業所毎研修、感染症等の研修を行っている。 ・経験年数、保有資格を把握して研修内容が偏ることがないように留意し外部研修を受講させている。 ・研修についても受講後3か月、6か月の振り返りの機会を設けて評価している。			
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	・ ⑥ ・ c
<コメント> ・実習受け入れマニュアルを整備しているが、社会福祉士の実習指導者の講習を受講した者がいない。今後対応を検討されるとよい。			

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	・ ㉑ ・ c
＜コメント＞ ・ホームページや事業所の玄関に閲覧できるようパンフレット等が設置されている。 ・第三者評価等の受審結果内容を公表している。 ・地域に向けた情報公開は、情報誌を活用するなどして積極的に取組むと良い。			
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	a	・ ㉑ ・ c
＜コメント＞ ・事務・経理・取引等のルールを明確にし、集中管理されている。 ・法人が集中管理するため職員への周知が不十分である。 ・各事業所で最低限の事務・経理・取引等のルールについて職員への周知と理解を促すとよい。			

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	・ ㉑ ・ c
<コメント> ・毎週水曜日にカフェの営業やパン販売を実施し地域との交流を広げている。 ・ハルナフェスタを開催して地域と交流を深めている。 ・地域の社会資源の活用や町内会の参加等、利用者と地域との交流がさらに深まるように工夫されるとよい。			
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	・ ㉑ ・ c
<コメント> ・ボランティア受け入れマニュアルが整備されている。 ・市社協の学生ボランティア等の受け入れを行っているが、受け入れ人数の増加が期待される。			
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	a	・ ㉑ ・ c
<コメント> ・関係機関はリスト化され事業所内にファイリングされている。 ・定期的に自立支援協議会の部会に参加している。 ・NPO法人や株式会社等の多様な経営主体とのネットワーク化や就労関係機関との連携が深まるとさらに良い。			
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・開かれたカフェを営業している。 ・福祉避難場所として指定されている。 ・地元の学校や町内会との連携を強めて地域のニーズを掘り起こし、事業所としての専門性を地域に還元できることを検討し工夫されるとよい。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・通所担当者会、就労担当者会等を通じてニーズ把握に努めているが、公益的な事業について検討中である。 ・地域貢献、公益活動等も踏まえて全国の事例を参考に施設独自の取り組み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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・利用者を尊重する姿勢が理念、基本方針に明示されている。 ・保護者に対して共通の理解を進め、権利擁護についての取り組みにも努められるとよい。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・品質マニュアルが整備され、見直しが年一回なされている。 ・活動室、トイレの施設の要否について個別化を検討されると良い。 ・成年後見制度の周知や日常生活自立援助事業の活用など、必要な利用者に必要な情報を提供されるとよい。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・夏休み等に実施する体験利用を通じて、サービス選択に必要な情報を提供している。 ・パンフレットや説明資料に、合理的配慮の観点から写真や図表の活用があるとさらに良い。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・パンフレットや重要事項説明書にはルビを記入しているが、合理的配慮の観点から写真や図表を多く取り入れ説明を工夫するとさらに良い。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> ・サービス担当者会議に出席して相談支援事業所との連携を図っている。 ・引継ぎ資料を準備して継続的なサービスを提供している。		

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	a	・ ㉓ ・ c
<コメント> ・定期的にアンケートを実施している。 ・利用者参加による食生活会議を実施している。 ・自治会「楽しい会」や個別面談で利用者の声を聴いている。 ・家族会を実施して保護者の声を聴く工夫をされるとよい。 ・経験する機会を増やし選択肢をさらに上げる努力もされるとよい。			
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	・ ㉓ ・ c
<コメント> ・マニュアルが整備されており、意見箱で受け付けている。 ・苦情解決の仕組みが掲示されていないので掲示されるとよい。			
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	・ ㉓ ・ c
<コメント> ・定期的な面談を行い、何でも相談できるようになっている。 ・障害の重い方で意見の言えない方への配慮も工夫されるとよい。			
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	・ ㉓ ・ c
<コメント> ・マニュアルが整備されている。 ・法人全体として情報が共有されており、各事業所内での分析、改善やフィードバックの工夫をされるとよい。			
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	・ ㉓ ・ c
<コメント> ・ヒヤリハット、事故報告を行い原因、対策の検討・是正活動の確認を行っている。 ・ヒヤリハット集としてまとめて原因、対策等の分析をさらに組織的に検討されていくとよい。			
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	・ ㉓ ・ c
<コメント> ・感染症の研修会を行い、マニュアルも整備している。 ・法人全体として各事業所の連絡会議等を開催して予防策の徹底をされるとよい。			
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	・ ㉓ ・ c
<コメント> ・避難訓練、備蓄等の取り組みは行われている。 ・BCPや非常災害時計画の策定を検討されるとよい。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・品質マニュアルが整備されてそれに基づいたサービスの提供を図っている。 ・さらに具体的な実施方法の文書化(新人職員がそれを見てわかりやすいような書き方、利用者の支援の留意点等)がなされるとよい。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・定期的に見直す仕組みができている。 ・時系列の動きなど具体的な実施方法の見直しをなされるとよい。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・品質マニュアルが整備されており、サービス管理責任者が策定している。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・定期的に個別支援計画の見直し、モニタリングを行っている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・毎日記録されており、情報の共有化がすすめられている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・記録は鍵付きの棚で管理しており、個人情報の取り扱いは品質マニュアルに記載、規程に定められている。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ハルナでのショートステイが利用できる。法人内のグループホームからの通所に対応するなど、柔軟に対応している。 ・グループホームのニーズは今後高まると考えられるので新規開設を中長期計画に盛り込み、地域生活への移行を積極的に進められると良い。			

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	③ ・ b ・ c
<コメント> ・コミュニケーションボード、筆談、手話など一人ひとりに合わせたコミュニケーション手段を工夫し取り入れている。 ・スタッフのブラジル人が通訳を担い、外国人利用者に配慮している。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・生活介護事業所では、自治会が定期的開催され、利用者の意向が尊重されている。 ・日々の活動に作業以外の時間、例えば余暇活動の時間を短時間でも組み入れると良い。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・トイレ、昼食など利用者のADLに応じた支援がどのスタッフにおいてもスムーズになされている。 ・作業の場以外への行動が一律的に制限されているので、利用者個別のADLに応じた対処を工夫されると良い。			
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・作業が中心のプログラムとなっている。作業そのものも個々に応じた取り組みとなっている。 ・毎日英会話の学習プログラムなどが取り入れられているが、社会生活を高めるために、様々な体験の機会を設けたり、必要に応じて、自己表現の技能やコミュニケーションスキルの向上につながるようなプログラムなども取り入れると良い。			

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・栄養量、食事形態、水分補給、介助の方法等、利用者個々の状態に応じた留意点、支援の内容という点での細かい 揭示は見られない。 ・利用者の体調や身体状況に応じた個別の食事提供について改善の余地がある。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・自治会において、利用者からの食事に関する意見をよく聴取し、献立に反映させている。 ・適温の食事を提供しているが、基本は弁当箱方式である。 ・食卓には調味料や香辛料などは用意されていない。 ・食事介助が必要な利用者を除けば、利用者のみで食事をしており、スタッフが見守っている様子も見られない。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・食事は、食堂において B型グループと生活介護のグループに分かれて摂っている。 ・食堂は清潔に保たれている。 ・食事時間にはBGMを流すとか、うるおいのある環境整備に留意し、食事の質を高めると良い。			
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	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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・どの利用者也トイレを使用し、備え付きの必要な排泄用具を使用している。 ・自力での排泄が難しい利用者は、スタッフが介助している。 ・トイレ、作業場、生活の場のいづれにも介助に関するチェックリスト等の掲示に見られなかった。 ・所定の様式を定め、排泄介助の結果は確実に記録すると良い。			
	Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	㉞ ・ b ・ c
<コメント> ・清潔、かつ快適な環境になっている。			
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 ・ b ・ c
<コメント> 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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・身だしなみに留意するとともに、衣類の汚れや破損等に対処する業務手順を整備すると良い。			
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・髪型や化粧の仕方等は、利用者本人にゆだねられており、相談があればスタッフが応じることとしている。 ・食後の歯磨きが不十分な利用者には介助を行い口腔内の清潔の保持に努めている。 ・歯科医との定期的な連携を図ると良い。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・必要に応じて、保護者と連絡を取るようになっている。			
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
<コメント> 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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・毎朝の検温の記録はある。日常の健康状態の記録や緊急時の応急処置の方法など、個別対応について改善の余地がある。			
	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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・緊急時の対応マニュアルが整備され、協力医療機関も定められているが、日常的な連携では十分とは言えない。			
	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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ・薬物管理のマニュアルが整備され、薬物使用の誤り、服用忘れ等があった場合の対応についてのマニュアルも用意されている。			
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・月1回開催する自治会、個別面談を通じて、希望を聞き取っている。 ・作業中心の活動で レクリエーションの機会が十分とは言えない。 ・利用者自身が主体的に企画・立案することも少ない。			
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> 非該当			
	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> 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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・利用者は所持金を鍵付きロッカーで自ら管理している。 ・個人管理が難しい利用者の場合は、スタッフが預かり事務室で管理している。金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムをすすめると良い。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・1、2階にテレビが設置されており、休憩時間には見ることができることとなっている。チャンネル選びの方法について、利用者間で話し合える機会を提供すると良い。			
	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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・喫煙習慣のある利用者はいない。 ・飲酒の機会もないため、配慮も要していない。喫煙、飲酒の習慣がある利用者を見込み、予め、マニュアル等を整備しておくが良い。			