

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

NPOあいち障害者センター

②施設・事業所情報

名称：障害福祉サービス事業所 パレット	種別：生活介護	
代表者氏名：野田 典雄	定員（利用人数）：20名	
所在地：愛知県一宮市北方町中島字宮浦63-2		
TEL：0586（87）6078		
ホームページ：法人HP http://www.cosmos-w.com		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成18（2006）年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人コスモス福祉会		
職員数	常勤職員：6名	非常勤職員 5名
専門職員	サービス管理責任者 1名	調理員 1名
	生活支援員 6名	
	看護師 2名	
施設・設備の概要		（設備等）
		厨房

③理念・基本方針

＜法人理念＞

「その人らしく過ごすこと、その人らしく幸せになること、当たり前の暮らしのために」

＜パレットの施設方針＞

1. どんなに障害が重い方でも安心して過ごせる施設を目指します。
 - ①利用者の体調や様子の変化に気づき、対応していきます。
2. ひとりひとりのニーズにあわせたプログラムを提供できる施設を目指します。
 - ①ニーズを基にした「少人数のグループ編成によるプログラム」を実施し、ニーズの実現に努めていきます。
 - ②「やりたいと思う気持ち」を大切にし、反映できる支援をしていきます。
3. 地域生活の充実を目指し、支えていきます。
 - ①利用者の将来をイメージし、日中活動に反映していきます。
 - ②法人各施設と連携し、利用者の地域生活の維持を支援していきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

社会福祉法人コスモス福祉会の障害福祉サービス事業所として2006年4月1日開所。生活介護と就労継続支援B型事業所（定員20名）を運営。2016年6月から生活介護事業所（定員20名）として再編・統合。特に医療的ケアが必要な障害者の受け入れ事業所が極めて少ない中、常勤看護師を配置して重い障害があっても安心して過ごせる施設を目指している。少人数によるグループ分けを基本にしながら創作、療育音楽、レク、茶話会、ふれあいタイムの各プログラムを用意し一人ひとりに合った支援を行っている。医療的ケアが必要な利用者を含め重度障害者の安全確保のために災害時の避難訓練を毎月実施している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年12月1日（契約日）～ 平成29年5月17日（評価決定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回 （平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 常時医療的ケアが必要な障害者の受け入れ事業所として看護師配置を充実させ、安心して日中を過ごせる場が欲しいとの利用者・家族の切実な要望に responding している。
- 医療的ケアの体制が整っている事業所が少ない現状にあって、家庭での生活を余儀なくされる利用者・家族にとって希少な存在である。
- ・ 利用者を権利の主体としてとらえ実践に活かしている。利用者の希望や意向を反映させるために少人数によるグループ分けと、利用者に合う日中活動のプログラムを用意してきめ細かな対応をしている。
- ・ 近隣の小中学校の生徒を対象に「1日福祉体験」を実施するなど障害者理解に努めている。
- ・ 事業所を開放して「パレットふれあいバザー」や家族会主催の模擬店を行い、利用者・家族と地域住民の交流を深めている。
- ・ 「ヒヤリハット報告」や「職員倫理綱領に基づく行動指針 実践チェック表」の評価、見直しを行い、利用者尊重、安心して過ごせる事業所を目指している。

◇改善を求められる点

- ・ 利用者が日中の時間をどう過ごすのが最善かという視点で「日中活動のプログラム」の内容、回数を含め評価、見直しが必要である。
- ・ 意思疎通を図る手段や方法について他事業所の経験や成果も吸収しながら支援に活かすことが必要である。
- ・ 職員共通の教育研修計画と職員一人ひとりの教育研修計画が必要である。計画策定に際しては個々の職員の目標や希望を取り入れた研修内容の充実、具体化が求められる。
- ・ 研修等で得た知識や技能を職場でのOJTに活かす取り組みも必要である。
- ・ 職員会議やケース検討会は利用者の現状、支援課題を決め情報の共有化を図る重要な会議である。又、職員の育成の場でもあることから、非常勤職員が参加できる条件整備が必要である。
- ・ 災害時の避難訓練を毎月1回実施しているが、具体的な場面を想定した訓練の実施や近隣住民の協力が得られるよう町内会などとの連携が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人理念を実現させるには、施設の大きな課題を「利用者ひとりひとりの将来像を盛り込んだ支援の実施と継続」と考えています。この課題をクリアするために、第三者評価により明らかになった改善点を着実にクリアしていくことが、まずやらなくてはいけない事項であることがわかりました。「活動プログラムの改善」「利用者意思疎通方法」「計画的な職員研修の実施」「全職員の共通認識の場の設定」「避難訓練の充実」とともに利用者支援に関する基礎的な部分である為、早急に改善していきます。地域の中でのパレットの存在価値が評価されたことはとてもうれしく、今後も地域のニーズを把握した事業展開に努めていきます。

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。

コスモス福祉会パレット・評価項目（細目）の評価結果

※評価細目毎に受審事業所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、経営方針が明文化され利用者・家族には利用契約時に、職員は採用時に周知しているがその後のフォローが不十分であり、周知方法等に改善の余地がある。				

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	a	ⓑ	c
＜コメント＞ 法人の管理職会議で社会福祉法の改正等の制度・政策などをはじめ経営状況の把握がされている。				
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	a	ⓑ	c
＜コメント＞ 職員会議で課題の検討を行い具体的な取組がすすめられている。実践のチェックリストなどの情報の活用と分析の点で改善の余地がある。事業所地域の動向などの情報収集が課題である。				

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	ⓑ	c
＜コメント＞ 法人計画で医療的ケアが必要な障害者の受け入れ事業所として位置づけられ、看護師配置の充実、安定的な事業運営をめざすこととしている。				
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・長期計画を踏まえた単年度計画が策定されている。				
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	ⓑ	c
＜コメント＞ 職員の意見を踏まえた事業計画の策定を行い、半期毎に職員会議で評価・見直しがされている。非常勤職員の参画が課題である。				
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	ⓑ	c
＜コメント＞ 年3回、家族会に参加をし事業計画や取り組み状況について説明、理解に努めている。				

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	a	ⓑ	c
＜コメント＞ 毎月の職員会議、サービス会議などで支援内容の評価、検討が行われている。非常勤職員の参加が課題である。法人の方針を積極的に受け止め第三者評価を受審するなど支援の質の向上に意欲的である。				
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＞ 今回の第三者評価の受審を契機に職員マニュアルの整備、新年度の事業計画・方針に改善策が盛り込まれている。				

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	・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 運営規程に明記されている。決定権を持つ人事や予算の内容などを含め改めて管理者の役割と責任について理解を図る必要がある。			
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	・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人の倫理綱領、職員行動指針に法令遵守の徹底が明示されている。虐待マニュアルの作成とチェックリストによる検証がすすめられている。関係法令の学習、情報発信が不十分であり改善が必要である。			
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	・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ サービス管理責任者、リーダーと相談をしながら具体的な提案を行い、職員の合意形成に努めている。短日時に効果、結果が測定できるケースが多くないことから、引き続き継続した取り組みが求められる。			
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	a	・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 職員体制や人事配置など働きやすい環境づくりに取り組んでいる。経営の改善では利用者数、利用率など利用者の身体状況に左右される面が多く、単純に収支だけで判断できない案件であり今後の課題である。			

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	・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人本部を窓口職員確保を行っている。育児休暇が取得できる体制もあり職員定着の環境整備をすすめている。メンタルヘルス対策が課題。			
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＞ 平成29年度から人事考課制度を導入し効果の検証をすすめるとしている。			
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＞ 職員の相談には応じているが「相談室」がなく改善の余地がある。職員の就業状況や意向を把握する上で 職員面談など計画化が必要。			
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＞ 法人レベルで若手職員の育成を目的にOJT研修の導入が検討されている。法人が参加・加盟する団体等の学習・研修会の案内を配布、参加を促している。			
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	・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 事業所では介助方法、自然災害の対応方法、医療的ケアなどの学習・研修が行われている。計画策定に於いては事業所が求めるスキルアップの内容を提示すると同時に職員の目標などを反映させることが求められる。非常勤職員が参加できる条件整備が必要である。			
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	a	・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人内外の研修等の案内を職員に紹介している。「機会の保障と参加」を一体的に捉え、教育・研修の動議づけなどの周知が必要である。土日の外部研修は振替休日に対応している。			

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＞ 実習生の受け入れは法人本部で行っている。研修内容等に合致すれば実習の一貫として事業所対応するとしている。		

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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ ホームページで情報が公開されているが、効果的な活用のために情報の更新が必要である。年4回発行の「コスモスだより」は利用者、家族、職員に配布されている。保護者会で事業所の取り組み等を報告している。		
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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人本部の指導で適正な経営・運営が実施されている。		

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	④ ・ b ・ c
＜コメント＞ 家族会によるバザーを年2回開催し地域住民との交流を拡げている。また、小・中学校の児童生徒の夏休み「1日福祉体験」の受け入れ・実施を通して障害者理解、交流に努めている。		
II-4-(1)-② ボランティア等の受け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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人のホームページでボランティア募集を行っているが、事業所独自でチラシの配布などは行われていない。地域の福祉協力校との連携によるボランティア受け入れが課題である。		
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 近隣の小・中校や相談支援事業所との連携は適切に行われているが、社会福祉協議会や特別支援学校などとの連携に改善の余地がある。		
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ バザーの開催、児童生徒向けの「1日福祉体験」の場として事業所を開放している。		
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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 小・中校の福祉を学ぶ「1日福祉体験」に協力、対応している。地域の福祉ニーズの状況把握はされており具体化が課題である。		

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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人理念、職員倫理綱領、事業所方針に利用者尊重の基本姿勢が明示されている。利用者尊重の徹底と支援の充実を図る上で、職員の共通理解を深めるために虐待防止法などの学習や研修と組み合わせた取り組みが必要である。		
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 ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 法人規程の「職員倫理綱領及び行動指針」に人生の尊厳、人権の擁護など六分類30項目が明記されている。その項目に沿った実践チェックが十分に活用できていない。権利擁護は利用者主体と福祉サービスの質的向上に不可欠な要素である。実践チェックの積み上げと到達度の確認、課題を明確にした取り組みが必要である。		
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	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞ 意思疎通が困難な利用者を含め意思決定を支援するためにどのような伝え方をするか、そのための手段・方法が課題である。		

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>「事業所の考え方や進め方についてわかりやすい説明か」に関する家族アンケートの結果、「はい」が10名中6名に止まっている。事業所のパンフレットは平易に書かれているが利用者等への説明方法を含め改善が必要である。</p>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>利用者・家族の意向を基本に関係機関とも連携しサービスの継続性に配慮した対応が行われている。</p>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>日中活動は少人数によるグループ分けをし、利用者のペースを優先したプログラム内容、柔軟な時間配分など支援の充実に努めている。またケース検討会、保護者会への参加など利用者満足の上昇を目的に取り組みを行っている。今回第三者評価を受審した。</p>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>サービス管理責任者を窓口的苦情解決責任者である施設長が対応している。苦情の受付・相談先に関する書面を玄関に掲示している。保護者面談などで懇談を深めながら周知を図ることが必要である。</p>		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>日常的に利用者の傾聴、家族への声掛けなど苦情・相談がしやすい環境づくりを行っている。利用者への周知の方法、手段について工夫や改善が必要である。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>利用者からの相談・意見に丁寧に応じている。相談等の内容によって管理者が対応している。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>「ヒヤリハット」に取り組み、定期的な見直しと改善が行われている。毎月災害時の避難訓練を実施している。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>予防や発生時の手順マニュアルを作成している。看護師による嘔吐の際の利用者の安全確保、嘔吐物の処理方法について職員研修を実施した。</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している。	共39	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>毎月1回、防災・防犯等の訓練が実施されている。重度障害者が多いことから具体的な場面を想定した訓練と近隣住民の協力が得られるよう町内会との連携が課題である。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>文書化され福祉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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>年度末に職員会議で評価・見直しがされている。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>アセスメントにもとづくサービス実施計画は策定されているがニーズ把握が課題である。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント>半期毎に職員会議で評価・見直しを行っている。利用者とのコミュニケーションが課題である。</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	a ・ ㉔ ・ c
〈コメント〉 実施状況の記録は適切に行われているが、職員間で書き方等にバラつきがあり改善が必要。毎月の職員会議で情報の共有化が行われている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
〈コメント〉 利用者記録は適切に保管されているが、電子データの取り扱いや管理の方法に改善が必要。情報開示及び利用については利用者・家族の意向や同意を基本に対応している。		
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・家族のニーズを把握し相談活動や情報提供を行っている。		

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 ・ ㉔ ・ c
〈コメント〉 言葉掛け・ボディタッチ・表情を読み取る・サインを見逃さないなど、試行錯誤しながら実践を行っている。個票を基に支援学校の教師立ち合いで「サイン」の意味合いなどコミュニケーション方法についての意見交換を行っている。		
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〉 事業所の運営方針である利用者の意思を最大限に尊重し、反映でき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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 見守りと支援の体制が整備されている。		
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 ・ ㉔ ・ c
〈コメント〉 少人数のグループ編成を基本に創作活動、療育音楽、レク、茶話会、足浴などのプログラムのなかでエンパワメントに着目した取り組みをすすめている。意思疎通が困難な利用者も多く、実践を担っている職員に引き続き期待したい。		
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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 個別支援計画に基づきとろみ食、刻み食などの食事を用意し、食事介助の方法にも配慮されている。		
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 ・ ㉔ ・ c
〈コメント〉 家族面談で嗜好について聴き取りを行い献立に反映させている。季節に応じた食材を使い、盛り付けに工夫がみられる。		
Ⅲ-3-(2)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 利用者のペースに合わせた食事介助が行われている。		
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	非該当
〈コメント〉		

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	非該当
〈コメント〉			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	非該当
〈コメント〉			
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 ・ ⑥ ・ c
〈コメント〉 身体状況に配慮しつつ同性による排泄介助が行われている。多目的室は他の利用者も過ごすため、そこでのオムツ交換はプライバシーの配慮上、改善の必要がある。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	① ・ b ・ c
〈コメント〉 毎日掃除が行き届き清潔である。空調も完備。			
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	非該当
〈コメント〉			
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	① ・ b ・ c
〈コメント〉 利用者専用の収納庫に衣類が用意され、適切な支援と衣類交換が行われている。			
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	非該当
〈コメント〉			
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	非該当
〈コメント〉			
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	非該当
〈コメント〉			
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〉 毎朝のバイタルチェックと健康状態が記録されている。医療的ケアが必要な利用者を含め常勤看護師が中心になって健康管理を行っている。年3回、嘱託医が往診し診察・治療が行われている。			
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	① ・ b ・ c
〈コメント〉 協力医療機関及び嘱託医による診察、治療が保障されている。常勤看護師による応急手当も可能。			
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〉 薬の取り扱いについての注意事項マニュアルに従って服薬等の取扱いを行っている。現在6名の薬を1週間分預かり、保管庫に管理。服薬後は看護師に報告している。			
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	a ・ ⑥ ・ c
〈コメント〉 買い物、散歩などを行っている。内容の検討に際して利用者の希望を汲み取る努力がされているが、意向確認の方法等に工夫が必要である。			

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	非該当
〈コメント〉			
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	非該当
〈コメント〉			
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	非該当
〈コメント〉			
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	非該当
〈コメント〉			
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 ・ ⑥ ・ c
〈コメント〉 現在、酒・たばこの対象者はいない。その他の嗜好品については健康面等を考慮しつつ、利用者・家族の意向を踏まえた対応をしている。			