

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：わかばドリーム作業所 | 種別：生活介護 |
| 代表者氏名：田中 由美子 | 定員20名 |
| 所在地：愛知県一宮市木曾川町内割田一の通り12-3 | |
| TEL：0586（64）6450 | |
| ホームページ：法人HP http://www.kisogawa-fukushikai.or.jp | |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 2014年4月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人きそがわ福祉会 | |
| 職員数 | 常勤職員：7名 非常勤職員 15名 |
| 専門職員 | サービス管理責任者 1名 調理員 |
| | 生活支援員 6名 看護師 1名 |
| | 機能訓練指導員 1名 |
| 施設・設備の概要 | （設備等） |

③理念・基本方針

“1992年にきそがわ福祉会の基本理念を定め、その後、今日的な社会福祉を取り巻く状況等を踏まえ法人基本理念を以下のように見直した。
 [1] わたしたちは、一人一人の利用者の人生が充実し、日々を生き生きと暮らしていけるような事業を営んでいきます。
 [2] わたしたちは、利用者・関係者・地域の人々が、この地域で安心して暮らし続けていけるための社会、まちづくりに貢献します。
 [3] わたしたちは、上記を実現していくためにも、実践・運動・経営に関して様々な事例を学びつつ、社会福祉の諸制度等が前進していくための活動を大切にします。”

④施設・事業所の特徴的な取組

定員20名の生活介護事業所。障害程度区分5以上の利用者が9割である。
 ・男女とも平均年齢20歳と若く、権利の主体者である利用者の自己決定を大切に、自律・自立生活の力が養えるよう取り組んでいる。
 ・秋の一泊旅行はレゴランド・あいち健康の森で過ごし楽しい時間と体験を味わえた。誕生会、クリスマス会のほかに、利用者自身が選んで買い物、外出など文化・スポーツにも接しながら社会参加や学びの機会を提供している。
 ・自主製品としてクッションやリースを作っている。利用者が働いた給料でお金お払って気に入った商品を買うなど貴重な体験ができるように、利用者の希望を取り入れながら積極的に余暇活動、社会参加の機会を取り入れている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 2018年10月1日（契約日）～ 2019年3月29日（評価決定日） |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 2回 （2015年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・利用者を権利主体と位置付け、利用者自身が決めることを支援の基本に据えている。意思疎通が困難な利用者には選択肢の提供など願いや想いを汲み取る努力を行っている。
- ・パニックを発症する知的・自閉症の利用者の対応方法について職員検討を重ね、パニック頻度が少なくなるなど安定的な日々が過ごせるように努めている。いくつかのグループ分けをして利用者満足の上向上に取り組んでいる。
- ・強度行動障害のある利用者には複数の職員が対応し、安全・安心の確保のために、また権利侵害にならないよう冷静な対応をするために体制を組んでいる。家庭内での権利侵害が疑われるケースも含め関係機関と連携し、早期対応が図れるよう日常的に関係強化に努めている。
- ・職員育成ではグループ会議やケース検討会議で支援の好事例・失敗事例を持ち寄り、非正規職員を含む職員集団の育成に取り組んでいる。半期毎の総括の中で個々の研修課題を明らかにし取組の積み重ねが行われている。
- ・利用者自らが行事や余暇活動を選べる環境作りと支援に取組み、図書館、スーパー、科学館、買い物やカラオケなど利用者自身で代金を支払うこともできるよう取組・支援を行っている。

◇改善を求められる点

- ・非常勤職員が参加可能な会議や研修のあり方、体制保障について当該職員の意向を踏まえた検討が必要である。DVD活用も検討されているので実現を期待したい。
- ・評価結果にもとづく質の向上に向けた取組では計画的な改善策の実施が不十分であり改善が必要である。
- ・保護者会の参加が困難な家族とのつながりが薄れない様に、ホーム職員やヘルパーなどと連携しながら引き続き働きかけが必要である。
- ・現在、管理者がホームの責任者を兼務しておりその解消に向けて法人に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者が、安定して過ごすことが出来るように取り組んでいる点を高く評価していただけたことが、良かったです。指摘いただいた点で、非常勤職員も含めて職員集団として利用者の支援に関わっていくことが出来るように研修や会議の持ち方もさらに検討して、改善を図ることに努めていきます。保護者会の在り方も保護者の意見を聞くと共に、一緒に考えていただくようにしていきます。管理者の兼務については、法人内人材育成や管理者の在り方検討と共に改善が図れるように努めます。第三者評価受審を捉え、利用者支援や職員集団等の問題を浮き彫りとなったので、少しずつ改善が図られるように努めます。高い評価をいただいた点も引き続き維持できるようにしていきながら、職員等に伝えてみんな喜びたいと思います。

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。

きそがわ福祉会・わかばドリーム作業所 評価項目（細目）の評価結果（障害福祉施設）

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・㉞・C |
| <コメント> 理念、基本方針が明文化され、採用時や職員会議で周知している。職員会議に参加機会が少ない送迎だけの非常勤職員への周知が不十分である。 | | |

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・㉞・C |
| <コメント> 法人理事会、管理者会議で情報の共有化と分析が行なわれている。 | | |
| 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・㉞・C |
| <コメント> 利用者との安定した関係づくり、意思疎通、仲間づくりなどを優先課題に取り組みられている。実践の不十分さの認識も明確なことから次のステップへの取り組みが期待できる。 | | |

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 | ㉠・b・C |
| <コメント> きそがわ福祉会として中・長期計画を策定している。 | | |
| 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 | ㉠・b・C |
| <コメント> 単年度計画を策定し、取り組みがすすめられている。来期は利用者1名の受け入れを決定している。 | | |
| 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・㉞・C |
| <コメント> 組織的な評価・見直しの過程で職員の理解度を深める取り組みが課題である。 | | |
| 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・㉞・C |
| <コメント> 事業計画を配布し保護者会等で伝えている。さらに理解を得るための情報発信や伝達方法の工夫が必要。家族アンケート「作業所の考え方や進め方についてわかりやすく説明」の項目では高評価を得ている。 | | |

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 | ㉠・b・C |
| <コメント> 法人としての研修計画を立てて実施している。研修計画の1つに今期6回に分けて「障害特性の基礎知識」をテーマに、職員が講師を担当するなど組織的に行われている。 | | |

| | | | |
|---|----|-----|----|
| I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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・⑥ | ・C |
| <p><コメント> 家族アンケートで「作業所に通うことを楽しみにしている」と、回答者全員が答えているように、障害支援区分5以上が約8割を占める環境において利用者也安定した作業所生活を送っている。職員の利用者中心の支援の成果であり評価したい。他方、課題に即した改善の具体化がすすめられているものの、計画的な実施面ではその都度の対応を迫られ不十分である。</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・⑥ | ・C |
| <p><コメント> 管理者の役割と責任について運営規程に明記されている。隣接する事業所の管理者も兼務しており管理者としての役割と責任を十分に発揮できていない。</p> | | | |
| 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 |
| <p><コメント> 法人はもとより管理者としても情報を得て、職員会議等で周知・理解を促す取り組みを行っている。</p> | | | |
| 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 |
| <p><コメント> 質の向上に意欲を持って取り組んでいる。即応すべき案件には適切に対応しているが、取り組みの面で指導力を発揮しきれていない。兼務している複数の事業所の管理者の職務軽減が必要。</p> | | | |
| 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 |
| <p><コメント> 意欲的に取り組んでいるが指導力を発揮しきれていない。</p> | | | |

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 |
| <p><コメント> 職員確保の努力はされているが、求人難から計画通りに進まず苦慮している。職員の意向を踏まえて希望する担当に配置するなど定着化に努めている。</p> | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 共15 | a・⑥ | ・C |
| <p><コメント> 人事管理は適切に行われているが、個々の職員の潜在能力を引き出しながら職員配置をするまでに至っていない。職員集団としてのレベルアップが課題である。</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り組んでいる。 | 共16 | a・⑥ | ・C |
| <p><コメント> 職員の意向を配慮した職場配置をすすめている。メンタル面で不調な休職者がいることからメンタルヘルス、メンタルケアの視点での対応が必要である。昼休憩の工夫が求められる。</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 | a・⑥・C |
| <コメント> ケース検討会議を多く持ち、集団の中で職員育成の取り組みがすすめられている。また、半期毎の総括のなかで個々の研修課題を明らかにしている。非常勤職員の対応が不十分である。 | | |
| 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> 昨年度から法人の管理者会議が研修計画を立案して実施されている。また外部の研修一覧からの選択やそれ以外の個人が希望する研修への参加が保障されている。しかし正規職員を意識した開催日時等になっており、非常勤職員の意向をふまえながら研修日時、体制などの検討や工夫が必要である。 | | |
| 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> 教育・研修の機会は保障されているものの、非常勤職員の就業状況に応じた教育・研修の計画、体制などの整備が必要である。 | | |
| 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> 利用者の家族の紹介で受け入れてはいるが、積極的な取り組みにはなっていない。 | | |

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 | ③・b・C |
| <コメント> 対外的にはホームページに法人の決算報告等を開示している。また、職員への情報は原則公開されており、事業報告書の配布など運営の透明性に資する取り組みがすすめられている。 | | |
| 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> 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組に努めている。 | | |

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 | ③・b・C |
| <コメント> 町内会への加入、散歩時に近隣の方との挨拶など日頃から友好関係を築いている。昨年11月には隣接する三事業所が合同で「なごみの収穫祭」を開催し、利用者が各ブースで呼び込みや商品渡しなどを行い地域の人たちとの貴重なふれあい、交流の場となっている。 | | |
| 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 | a・⑥・C |
| <コメント> ボランティア等は受け入れているが体制の確立には至っていない。 | | |
| 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 | ③・b・C |
| <コメント> 一宮市の自立支援協議会の日中活動や就労支援事業所連絡会などに参加し、連携強化の取り組みをすすめている。 | | |

| | | |
|---|-----|-------|
| 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 | ①・b・C |
| ＜コメント＞ 地域に向けての祭り等の企画を行ったり、授産製品の販売等で地域の人が楽しみ且つ喜んでいただく体制を作っている。災害時の福祉避難拠点にもなっている。 | | |
| 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 | ①・b・C |
| ＜コメント＞ 地域のニーズを確認し、実習者の受け入れ、新規利用者の受け入れを積極的に進めている。法人として就労移行をしている障害者が孤立しないための「仲間づくり」活動の検討を考えている。 | | |

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 | ①・b・C |
| ＜コメント＞ 職員研修、ケース検討会などを通して話し合いを重ね、共通の理解のもとに支援が行われている。送迎のみの職員にも虐待防止や利用者の尊重について理解を得る取り組みを行っている。 | | |
| 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 | ①・b・C |
| ＜コメント＞ 法令順守に努めている。 | | |
| 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 | ①・b・C |
| ＜コメント＞ 相談を受けた時だけでなく、利用者の暮らしに必要な情報を提供し、自己決定ができるよう援助している。 | | |
| 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 | ①・b・ |
| ＜コメント＞ 家族アンケートの「支援計画について、一緒に考えわかりやすく説明してくれましたか」で、家族から高い評価を得ている。体験型ショートステイの利用を希望する複数の利用者のケースでは、時間設定をして説明会を実施。わかりやすい説明に努めている。 | | |
| 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 | ①・b・C |
| ＜コメント＞ 福祉サービスが途切れることなく継続利用ができるよう関係施設・事業所等との連携ができています。 | | |
| 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・①・C |
| ＜コメント＞ 知的・自閉症の利用者の意向確認をしつつ日常的に利用者満足の向上に努めているが、さらに組織的な努力が求められる。 | | |
| 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・①・C |
| ＜コメント＞ 苦情解決の仕組みは確立されているが、利用者・家族の理解が得られるよう継続した働きかけが必要である。 | | |
| 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・b・C |
| ＜コメント＞ 利用者からの相談等に応じる体制を整え、日常的に意思表示ができる関係づくりに取り組んでいる。 | | |

| | | | |
|---|-----|-----|----|
| 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 | ①・b | ・C |
| ＜コメント＞ 相談機関などとも連携し迅速な対応がされている。 | | | |
| 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・② | ・C |
| ＜コメント＞ 「ヒヤリハット」事例の報告と共有化を行いリスク対策を講じている。さらに利用者の安全・安心を確保するために職員体制を厚くすることが検討されている。 | | | |
| 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・② | ・C |
| ＜コメント＞ 手洗いの励行、情報の入手と職員への周知は行っているが、予防対策や具体的な体制整備の点で課題が残る。 | | | |
| 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 | ①・b | ・C |
| ＜コメント＞ 定期的に災害時等の避難訓練が行われている。当該施設は災害時の福祉避難所としての機能を有している。 | | | |

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 | a・② | ・C |
| ＜コメント＞ 個別支援計画、職員行動指針（案）、法人内・外のサービス利用開始と変更マニュアルなど標準的な実施方法が文書化され、必要な支援が行われている。障害の重い利用者が多く、多面的支援の取り組みが求められる。 | | | |
| 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・② | ・C |
| ＜コメント＞ 利用者の状況に応じたケース検討会議を行うなど支援計画の見直し、支援内容の改善などの取り組みがされている。年間計画に実施方法の点検、見直しを盛り込むなどの対応が必要である。 | | | |
| 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 |
| ＜コメント＞ 適切に策定されている。 | | | |
| 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＞ 法定の6カ月毎に評価・見直しがされている。また、利用者の変化に応じた実施計画の見直しが随時行われている。 | | | |
| 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＞ 福祉サービスの実施状況が毎日記録されている。 | | | |
| 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 | ①・b | ・C |
| ＜コメント＞ 決められた書庫に保管・管理されている。 | | | |
| 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 | ①・b | ・C |
| ＜コメント＞ 相談機関と緊密な連携をとり支援が行われている。 | | | |

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 | ①・b・c |
| 〈コメント〉絵や写真を活用して一日のスケジュールを伝え、見通しを持った行動が獲得できるように工夫をしている。視覚的に捉えることで理解やコミュニケーションを図り、利用者にもわかりやすい支援の取り組みがされている。 | | | |
| 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〉利用者自らが行動を始めようとする意思を大切にするため「待つ」ことを大事に支援をしている。落ち着かない利用者も多く、危険を感じた時は制止するケースもある。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| 〈コメント〉利用者の主体性を尊重した支援が職員で共有されている。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| 〈コメント〉毎月の全体会議で個別支援計画の実践状況と目標の到達状況について話し合われている。また、必要に応じて支援計画の見直しがされている。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| 〈コメント〉個別支援計画に基づき、刻み食や料理の温度など利用者に配慮した食事の提供を行っている。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| 〈コメント〉嫌いな物は他の献立に替えたり、食器の色も利用者の好みに合わせている。また、食堂で食事ができない利用者には他の場所で落ち着いて食べられるよう配慮している。 | | | |
| Ⅲ-3-(2)-③ | 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。 | 障 53 | ①・b・c |
| 〈コメント〉食事と歯磨きは昼休憩の一時間内で済むようにしている。食事を急がせることはなく、残さず食べてもらうことも追求せずに柔軟に対応している。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| 〈コメント〉同性での支援を基本に、利用者の訴えに応じて迅速に行われている。 | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|------|-------|
| 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〉清掃なスペースが確保されている。 | | | |
| 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 | 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〉衣服の着替えは個人ロッカーに保管され、プライバシーに配慮しその都度適切な支援を行っている。 | | | |
| 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〉体調面など利用者の様子が毎日黒板に書いてあり、その日の利用者の状況を職員が把握するのに役立っている。 | | | |
| 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〉医療機関と連携しており迅速かつ適切な受診、治療が受けられる。 | | | |
| 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〉服薬者は3人。薬を保管し適切に投与されている。 | | | |
| 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 | ①・b・c |
| 〈コメント〉利用者の希望に沿って計画・実施されている。 | | | |
| 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 | 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 | 非該当 |
| 〈コメント〉 | | | |