

[評価結果の公表様式]

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

|              |   |
|--------------|---|
| 評価機関名:       | 特定非営利活動法人『サークル・福寿草』<br>(認証番号21地福第1490-2号) |
| 訪問調査<br>実施日: | 平成22年11月20日(土)                            |

②事業者情報

|  |                      |                   |
|--|----------------------|-------------------|
| 名称:(法人名) 社会福祉法人愛知県厚生事業団<br>(施設名) 弥富寮 ケアホーム | 種別:(施設種別)<br>(基準の種類) | 共同生活介護<br>障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(施設長) 林 正憲                           | 定員(利用人数):            | 17名               |
| 所在地:〒498-0000<br>愛知県弥富市栄南町7-2              | TEL (0567)-68-4322   |                   |

③総評

|   |
|---|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・この事業所は、社会福祉法人愛知県厚生事業団傘下の障害者施設「弥富寮」を本体施設として、一体となって運営がなされている。法人本部並びに本体施設の系統的管理体制やマニュアル類の整備等によって、良好なサービスが提供できていると判断した。</li><li>・本体施設と同様、職員のモチベーションも高いレベルにあるケアホームであると判断できる。</li></ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者の高齢化と経営体制の自主路線の中で、提供サービスの品質維持と職員処遇の維持は、二律背反の関係にあるものと思われる。役職員が更に一丸となって課題解決策を模索して頂きたい。</li><li>・地域並びに同業障害者施設のリーダー的役割も更に期待したい。</li></ul> |
|---|

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

|  |
|--|
| <p>ケアホームの評価をいただきありがとうございます。おおむね良い評価をしていただき、支援している職員の励みになります。その中で、指摘していただいた点は、改善していくようにします。それが、利用者の住みよいケアホーム作りにつながっていくと思います。今後ともケアホームのご支援にご協力をお願いします。</p> |
|--|

⑤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。

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3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、基本方針が確立されている。 |                       |     |           |
| I-1-(1)-①                | 理念が明文化されている。          | 障 1 | Ⓐ ・ b ・ c |
| I-1-(1)-②                | 理念に基づく基本方針が明文化されている。  | 障 2 | Ⓐ ・ b ・ c |
| I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。 |                       |     |           |
| I-1-(2)-①                | 理念や基本方針が職員に周知されている。   | 障 3 | a ・ Ⓑ ・ c |
| I-1-(2)-②                | 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | 障 4 | a ・ Ⓑ ・ c |

#### 評価機関のコメント

★法人の理念が文書に記載されている。また、理念に基づく基本方針が文書に記載されており、世話人の行動規範となる具体的な内容になっている。

★月1回の平日、世話人との会議を行なっている。理念や基本方針については、周知を行なっているが、十分な理解を促すまでにはいたっていない。理念や基本方針を利用者に配布し周知はしているものの理解されているか定かではない。

### I-2 計画の策定

|                                 |                          |     | 第三者評価結果   |
|---------------------------------|--------------------------|-----|-----------|
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 |                          |     |           |
| I-2-(1)-①                       | 中・長期計画が策定されている。          | 障 5 | a ・ Ⓑ ・ c |
| I-2-(1)-②                       | 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | 障 6 | a ・ Ⓑ ・ c |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。        |                          |     |           |
| I-2-(2)-①                       | 事業計画の策定が組織的に行われている。      | 障 7 | a ・ Ⓑ ・ c |
| I-2-(2)-②                       | 事業計画が職員に周知されている。         | 障 8 | a ・ Ⓑ ・ c |
| I-2-(2)-③                       | 事業計画が利用者等に周知されている。       | 障 9 | a ・ Ⓑ ・ c |

#### 評価機関のコメント

★法人全体及び本体施設(弥富寮)では計画はあるが、各ケアホームとしての細かい計画がない。

★組織的策定は不十分であるが、世話人には配布され個々に理解している。事業計画は各ホームに配置されているが理解を促す取組みは不十分である。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

|                              |                                | 第三者評価結果 |           |
|------------------------------|--------------------------------|---------|-----------|
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。     |                                |         |           |
| I-3-(1)-①                    | 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。      | 障 10    | Ⓐ ・ b ・ c |
| I-3-(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。   | 障 11    | a ・ Ⓑ ・ c |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 |                                |         |           |
| I-3-(2)-①                    | 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。     | 障 12    | Ⓐ ・ b ・ c |
| I-3-(2)-②                    | 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | 障 13    | Ⓐ ・ b ・ c |

#### 評価機関のコメント

★本体施設(弥富寮)での把握を行ない、世話人として遵守すべき内容について資料等を配布し対応しているが、全ての世話人は、全職員で行なう研修に参加できないこともあり、十分ではないが、必要な安全・緊急対策等については承知している。  
 ★管理者は、福祉サービスの質の向上の為に、自らもその活動に参画し、組織の理念や基本方針の実現に向けて、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

|                             |                                |      | 第三者評価結果   |
|-----------------------------|--------------------------------|------|-----------|
| Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 |                                |      |           |
| Ⅱ-1-(1)-①                   | 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。        | 障 14 | a ・ ⑥ ・ c |
| Ⅱ-1-(1)-②                   | 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | 障 15 | a ・ ⑥ ・ c |
| Ⅱ-1-(1)-③                   | 外部監査が実施されている。                  | 障 16 | a ・ b ・ ⑦ |

#### 評価機関のコメント

★本体施設(弥富寮)の方で、経営状態についての把握、分析する取組みが行なわれているが、地域ニーズを踏まえて、将来4つ目のホーム開設を検討しつつある。  
★外部監査のシステムがない。

### Ⅱ-2 人材の確保・養成

|                                |  |      | 第三者評価結果   |
|--------------------------------|--|------|-----------|
| Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。       |  |      |           |
| Ⅱ-2-(1)-①                      | 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。                         | 障 17 | a ・ ⑥ ・ c |
| Ⅱ-2-(1)-②                      | 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。                          | 障 18 | ① ・ b ・ c |
| 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必要があれば改善する仕組みが構築されている。             | 障 19 | a ・ ⑥ ・ c |
| Ⅱ-2-(2)-②                      | 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。                       | 障 20 | a ・ ⑥ ・ c |
| 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                      | 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                        | 障 21 | a ・ ⑥ ・ c |
| Ⅱ-2-(3)-②                      | 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。 | 障 22 | a ・ ⑥ ・ c |
| Ⅱ-2-(3)-③                      | 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。                     | 障 23 | a ・ ⑥ ・ c |
| Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。    |  |      |           |
| Ⅱ-2-(4)-①                      | 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。   | 障 24 | 非該当       |

#### 評価機関のコメント

★人事管理は正規職員について、本部の規程により、厳格に実施されているが、世話人について適用外である。  
★職員の就業状況の把握する仕組みはある。ケアホーム内での世話人では、十分でない場合もある。年1回の健康診断を実施している。過去には、職員のバス旅行や運動会を行なうなど、コミュニケーションをとっていたが、現在では、年1回の親睦会を日勤職員の勤務が終わってから行なっているが、十分ではない。  
★職員の研修等の基本姿勢は、明示されているが、世話人は自費での研修参加という形で行なわれている。研修計画にもとづき、定期的(月1回)に研修実施され、研修実施後、2～3カ月後にその効果を検証している。

## II-3 安全管理

|                                   |  |      | 第三者評価結果   |
|-----------------------------------|--|------|-----------|
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。 |  |      |           |
| II-3-(1)-①                        | 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 障 25 | a ・ ⑥ ・ c |
| II-3-(1)-②                        | 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。                 | 障 26 | a ・ ⑥ ・ c |
| II-3-(1)-③                        | 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。                | 障 27 | a ・ ⑥ ・ c |

### 評価機関のコメント

★ケアホームでの緊急時体制として、本体施設(弥富寮)の夜勤3人のうち1人が、対応できるように整備している。災害時マニュアルがあり、消防署や地域との協力が得られるように日頃からのコミュニケーションにつとめている。また、ケアホームのカーテンを防災カーテンに取り替える等、安全確保のための取組みを行なっているが、いづれも未だ十分ではない。月1回の世話人会議で、安全確保について話し合いを行なっているが、具体的な事例が書面で残されていない。

## II-4 地域との交流と連携

|                               |                                    |      | 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                    | 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。              | 障 28 | a ・ ⑥ ・ c |
| II-4-(1)-②                    | 施設が有する機能を地域に還元している。                | 障 29 | 非該当       |
| II-4-(1)-③                    | ボランティア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。 | 障 30 | a ・ ⑥ ・ c |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。    |                                    |      |           |
| II-4-(2)-①                    | 必要な社会資源を明確にしている。                   | 障 31 | a ・ ⑥ ・ c |
| II-4-(2)-②                    | 関係機関等との連携が適切に行われている。               | 障 32 | a ・ ⑥ ・ c |
| 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                    | 地域の福祉ニーズを把握している。                   | 障 33 | a ・ ⑥ ・ c |
| II-4-(3)-②                    | 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。          | 障 34 | 非該当       |

### 評価機関のコメント

★世話人が地域の民生委員とすることもあり、地域住民との交流の機会を定期的に設けているが、十分ではない。社協や養成校等に呼びかけて、ボランティアの増強を期待したい。  
 ★広報誌等、社会資源の活用について、職員のフォローが必要である。外出支援ヘルパー以外にも、社協や関連団体とのより踏み込んだ連携を考慮が必要である。  
 ★地域の行事やお祭りなどの交流はあるが、具体的な福祉ニーズの把握は困難である。

## 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。 | 障 35 | ㉑ ・ b ・ c |
| Ⅲ-1-(1)-②                        | 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。      | 障 36 | ㉑ ・ b ・ c |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。          |  |      |           |
| Ⅲ-1-(2)-①                        | 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。         | 障 37 | ㉑ ・ b ・ c |
| Ⅲ-1-(3) 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-(3)-①                        | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。              | 障 38 | ㉑ ・ b ・ c |
| Ⅲ-1-(3)-②                        | 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。             | 障 39 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-1-(3)-③                        | 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。                | 障 40 | a ・ ㉑ ・ c |

#### 評価機関のコメント

|   |
|---|
| <p>★理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。また、共通の取組も行なわれている。プライバシー保護について、規定、マニュアル等の整備はケアホームは、できていないが本体施設(弥富寮)では整備されている。ケアホームの中で個別の部屋での生活ができるスペースの確保があり具体的に取り組んでいる。</p> <p>★職員が、2ヶ月に1回ケアホームに行き、世話人と一緒に利用者の生活について、満足する取組が行なわれているのかを話し合っている。</p> <p>★法人の職員が、1週間に1回ケアホームに顔を出して、利用者から直接困った事や、相談したい事を聞くようにしている。</p> |
|---|

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

|                                   |   |      | 第三者評価結果   |
|-----------------------------------|---|------|-----------|
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。    |   |      |           |
| Ⅲ-2-(1)-①                         | サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。                   | 障 41 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-2-(1)-②                         | 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | 障 42 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 |   |      |           |
| Ⅲ-2-(2)-①                         | 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。         | 障 43 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-2-(2)-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。                   | 障 44 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。      |   |      |           |
| Ⅲ-2-(3)-①                         | 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。                   | 障 45 | ㉑ ・ b ・ c |
| 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。                          | 障 46 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-2-(3)-③                         | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。                      | 障 47 | a ・ ㉑ ・ c |

## 評価機関のコメント

★世話役が集まった会議で常に業務見直しや、自己評価について分析、検討する場があり、P(計画・企画)→D(実施・実行)→C(チェック・評価)のマネジメントサイクルが実施されているが、自己評価を定期的に行なっている記録がない。  
 ★標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスの実施が行なわれているが、個別支援会議で見直したり検証について、世話人達と話し合っているが、記録等十分でない。  
 ★利用者一人ひとりのサービス実施計画の状況について記入されている。世話人はホームに一人であり、資料の回覧は、ファックスで本体施設(弥富寮)からケアホームに送信しながら、利用者の状況について情報の共有化をはかっているが、十分とはいえない。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

|                                 |  |      | 第三者評価結果   |
|---------------------------------|--|------|-----------|
| Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。    |  |      |           |
| Ⅲ-3-(1)-①                       | 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。            | 障 48 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-3-(1)-②                       | サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。              | 障 49 | ㉒ ・ b ・ c |
| Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 |  |      |           |
| Ⅲ-3-(2)-①                       | 施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | 障 50 | a ・ ㉑ ・ c |

## 評価機関のコメント

★パンフレットや見学を行なっているが、ケアホームとして独自のものは用意していない。利用契約書や重要事項説明書を利用者等にわかりやすく説明を行なっている。  
 ★利用者の地域生活への移行支援を行なえるように、ケアホームの次は、在宅から通えるような方向で進めているが、今の段階では十分とはいえない。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

|                                  |                            |      | 第三者評価結果   |
|----------------------------------|----------------------------|------|-----------|
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。       |                            |      |           |
| Ⅲ-4-(1)-①                        | 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。   | 障 51 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 |                            |      |           |
| Ⅲ-4-(2)-①                        | サービス実施計画を適切に策定している。        | 障 52 | a ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-4-(2)-②                        | 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | 障 53 | ㉒ ・ b ・ c |
| Ⅲ-4-(2)-③                        | 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 54 | a ・ ㉑ ・ c |

## 評価機関のコメント

★生活面を基礎にして、自立生活を行ない、本体施設(弥富寮)のアセスメント表を使用しているが、ケアホームとしてのアセスメント表を検討中である。  
 ★利用者一人ひとりの生活、就労の意向に沿って、2回ケース会議を行なっているが、十分に反映されていないところもある。見直しを生活に応じて半年に1回行なっている。利用者及び必要に応じて家族等の思いや意向を聞きながら、利用者本人の無理のない範囲で、地域移行が行なえるような取組みを行なっているが、未だ十分とはいえない。

### Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

|                                 |  |      | 第三者評価結果   |
|---------------------------------|--|------|-----------|
| Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。             |  |      |           |
| Ⅲ-5-(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 55 | a ・ ㉞ ・ c |
| Ⅲ-5-(1)-②                       | 利用者の主体的な活動を尊重している。                             | 障 56 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(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 57 | a ・ ㉞ ・ c |
| Ⅲ-5-(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 58 | a ・ ㉞ ・ c |
| Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。        |  |      |           |
| Ⅲ-5-(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 59 | a ・ ㉞ ・ c |
| Ⅲ-5-(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 60 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(2)-③                       | 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。                          | 障 61 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。        |  |      |           |
| Ⅲ-5-(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 62 | a ・ ㉞ ・ c |
| Ⅲ-5-(3)-②                       | 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。                          | 障 63 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(3)-③                       | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                              | 障 64 | a ・ ㉞ ・ c |
| Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。        |  |      |           |
| Ⅲ-5-(4)-①                       | 排泄介助は快適に行われている。                                | 障 65 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(4)-②                       | トイレは清潔で快適である。                                  | 障 66 | a ・ ㉞ ・ c |
| Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。    |  |      |           |
| Ⅲ-5-(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 67 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(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 68 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。 |  |      |           |
| Ⅲ-5-(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 69 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(6)-②                       | 理髪店や美容院の利用について配慮している。                          | 障 70 | ㉞ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。    |  |      |           |
| Ⅲ-5-(7)-①                       | 安眠できるように配慮している。                                | 障 71 | ㉞ ・ b ・ c |

|                                  |   |      |           |
|----------------------------------|---|------|-----------|
| Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。          |   |      |           |
|                                  | Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。                                      | 障 72 | ① ・ b ・ c |
|                                  | Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。                               | 障 73 | a ・ ② ・ c |
|                                  | Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。                               | 障 74 | ① ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。   |   |      |           |
|                                  | Ⅲ-5-(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 75 | a ・ ① ・ c |
| Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。        |   |      |           |
|                                  | Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。                               | 障 76 | a ・ ① ・ c |
|                                  | Ⅲ-5-(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 77 | ① ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。 |   |      |           |
|                                  | Ⅲ-5-(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 78 | ① ・ b ・ c |
|                                  | Ⅲ-5-(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 79 | ① ・ b ・ c |
|                                  | Ⅲ-5-(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 80 | ① ・ b ・ c |

## 評価機関のコメント

|  |
|--|
| <p>★ケアホームでの日常的な関わりを通じて、個々のコミュニケーション手段やサインをみるように心がけているが、十分といえない所もある。</p> <p>★利用者の個々の持っている性格もあるが、個々の意向を尊重しながら、その思いを伝えられるように支援を行なっている。</p> <p>★利用者個々の持っている性格等を十分に理解した上で、見守りと支援の体制が整備されているが、十分といえない所もある。</p> <p>★利用者のエンパワメントの理念に基づく支援計画が十分といえない。</p> |
| <p>★世話人と、本体施設の管理栄養士との間で、栄養がバランスよく取られているか話し合えるようになっている。また、世話人が食事内容を記入して、管理栄養士がチェックする仕組みがあるが利用者自立生活という面では、十分といえない。</p> <p>★食事は、みんなで居間や台所で食べる。また、適温の食事を美味しく食べられるように自分の好きな調味料や、ふりかけを持ってきて食べるなど、本人が選択式で工夫している。</p> <p>★できる限りみんなで食べられる環境を整えている。</p>    |
| <p>★順番等は利用者の個人的事情に配慮している。</p> <p>★入浴の時間帯や順番について、利用者同士で話し合って決めている。また、入浴順番表もリビングに掲示してある。</p> <p>★一般住宅の空き家使用のため、空間に無理が生じているケアホームがあった。</p>   |
| <p>★トイレは、男女にわけられていて、利用者が快適に使用できる環境が整っている。</p> <p>★毎日掃除を行ない、清潔が保たれるように気をつけている。</p>  |
| <p>★衣服は、利用者の個性や好みを尊重した選択となっているが、支援が十分でない場合もある。また、部屋着や、必要な服はヘルパーと一緒に利用者買いに行く体制ができている。</p> <p>★世話人が、つくりや、洗濯物の支援を行なう。利用者が下着やくつ下類は、多めに普段から買い物をして用意してある。また、利用者の意思を尊重しながら、破損が生じた場合には、速やかに対処されている。</p>  |
| <p>★整髪、爪切り、髭剃り、歯磨き、化粧など可能な限り利用者の意思が、尊重されて行なわれている。また、本人の希望により、整髪に列車に乗り一人で行かれる事もあるなど、本人の思いを大切に支援している。</p> <p>★地域の理美容に通うことで、地域の理解と協力を得られることも大切だと感じる。また、本人の意思を十分に配慮している。</p>   |
| <p>★個室で睡眠しやすい環境づくりを行なっている。また、利用者の希望や状況にできる限り配慮している。</p>  |
| <p>★本体施設(弥富寮)で、基本的なマニュアルが用意してある。起床後の検温を行ないながら、健康管理に気をつけている。</p> <p>★本体施設(弥富寮)の協力医がケアホームからは、遠い為、体制としては、不十分であるが、地域の近医に通う事はできる。今後、日常的な連携をはかり協力体制を取れるようにと考えている。</p> <p>★利用者一人ひとりについて、薬物の管理に関する内容が書面に書いて、リビングには貼ってある。世話人の確認のもと服薬している。</p>             |

|   |
|---|
| <p>★利用者の希望が全て反映されていない事もあるが、利用者の希望を聞きながら、少しでも楽しんでもらえる方向での提供を心がけている。</p>  |
| <p>★外出は、2週間に1回ヘルパーを利用している。また、利用者の希望に応じることが難しいが、出来る限り希望に応じられるように心がけている。</p> <p>★利用者の希望や家族の思いを聞き、帰省についての調整を行なうようにしている。</p>                        |
| <p>★通帳は、弥富寮で管理しているが、利用者本人が自己管理のもとに、必要な所持金を管理している。</p> <p>★新聞は、利用者が話しあって決めている。雑誌は、小遣いの中から購入している。</p> <p>★世話人管理のもと、ケアホームの外の喫煙所で喫煙できるようになっている。</p> |