

## 〔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：株式会社 中部評価センター<br>(認証番号:21地福第785号) |
| 訪問調査<br>実施日：平成23年2月22日(火)               |

### ②事業者情報

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 名称:(法人名)社会福祉法人くるみ会<br>(施設名)里山の家    | 種別:(施設種別)知的障害者入所更生施設<br>(基準の種類)障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(施設長)黒木 修                    | 定員(利用人数):50名                           |
| 所在地:〒445-0031<br>愛知県西尾市家武町深篠115番地1 | TEL 0563-52-2600                       |

### ③総評

#### ◇特に評価の高い点

まずは、かなり高いハードルでの自己評価であったことを評価したい。就任一年目の現施設長は、前回評価の際には職員として第三者評価に関わっていた。今回評価への意気込みを聞くと、開口一番「はっきり言ってリベンジ以外の何物でもない」との答えで、取り組みへの意志の強さが伝わってくる。その上での自己評価結果であり、ヒアリング結果であることを思うと、機関としても、前回評価と対比させ、検証を行うことが必須となった。

平成19年度に一回目の評価を受審してからまる3年が経過し、その時着手していたものは完成度を増し、着手しようとしていたものは順調に進捗の経過が見られた。当時、整備を始めている案の状態であった、各種マニュアル・手順書は適切に整備・配置が行われ、施設のサービスの標準化の要となっている。そればかりか、施設に何が一番必要かを検討し、特にリスクマネジメントに力を入れ、利用者の安全確保・事故防止に熱心に取り組んだ。「施設における安全対策マニュアル」と銘打った不定期更新マニュアルは、リスクマネジメントから得た情報と検討結果を集大成した、現場本位の施設独自マニュアルとなっている。また、当時施設の一番の強み・取り組みとして評価した、職員の改善意識の高さとカイゼンシート活用については、申し分のない継続的な取り組みが認められ、現在も尚、施設独自の職員意識向上のツールとして活用し成果を上げている。

今回評価で特筆したいのは、施設長の意識の高さである。評価基準に則り、水準以上と評価できる項目についても、施設が目指す高さの4割程度の達成率だと答える。まだやれる。まだ工夫できる。まだ改善できるという思いは、職員の日常支援に反映されるに違いない。また、職員主導の組織体系作りに着手し、現場意見・職員意見尊重の意図が、今後の施設運営に大きく影響する可能性を期待させる。3D感覚で物事をとらえられる世代の特権とも言えようが、一元的なものの方ではなく、多方面から柔軟に物事を見られる洞察力と、それに伴う若い行動力に、大いに期待が持てる施設である。

#### ◇改善を求められる点

利用者にとって「あたりまえの生活のできる環境」であり、職員にとっては「働きやすく伸びやすい環境」があると推察できる施設であることから、施設・利用者・職員がそれぞれの双方向、あるいは全体での連携で、さらによりよく作用しあえる仕組みづくりが期待される。一例をあげるなら、利用者や職員側からの吸い上げが、利用者・職員目線で十分になされず、施設側から早計な提供が行われたとしたら、そこに不満足の種類が芽生えるということである。まさに、施設の進める職員主導型の組織体系作りの完成度が期待される場所であるが、今回b評価の項目にとられることなく、全体の底上げと連携作り、さらなる取り組みの充実をもって、改善・解決を図られることが望まれる。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

前回(初回)の受審が「備え」として、今回が「主張」をテーマとして受けさせて頂きました。その結果を評価をして頂きましたが、取り組み内容としての「a」評価に甘んずる事なくあくまで結果、成果が見えての「a」評価を施設(サービス)として出していけるように努めていきたいと思っております。第三者評価を受ける事により取り組み等の確認、調査員の方からの助言、そこから生まれる思考、起爆要素を十分に生かし次のテーマは「躍進」を考えています。次回、評価時を期待して下さい。

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 | Ⓐ ・ b ・ 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

倫理綱領として明文化されている法人理念を受け、施設独自に「ゆたかな暮らし」として施設理念を策定している。基本方針についても、法人基本方針に則り、施設としての方針を事業計画に明示している。  
全職員への配布、施設内掲示で周知を図り、年2回の全体会議の折には口頭での説明も行っている。利用者・家族に対しては、家庭への配布、利用者に分かりやすい内容への簡素化等を工夫している。しかし、周知方法についての改善の余地について、施設側意見もあることからb評価にとどめた。

### 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| I-2-(2)-②                       | 事業計画が職員に周知されている。         | 障 8 | Ⓐ ・ b ・ 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

事業移行も含め、法人での中長期計画策定となっている。単年度事業計画については施設毎で策定を行い、単年度活動計画として明確化を図っている。施設長が全体的な骨組みを構築し、リーダー会議において計画・検討を行い、施設職員会議で全体に周知される仕組みがある。利用者に対しては、年度初めに施設活動計画の口頭説明を行い周知を図っているが、理念・基本方針の周知と同様、さらなる取り組み努力を期待する意味でb評価とした。

### 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 | Ⓐ ・ b ・ 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

管理者の役割と責任に関しては、定例会議において継続的に周知を図り、施設運営の仕組みの中心に位置する自身の権限を表明している。質の向上への意欲に関しては、施設が継続的に取り組む「カイゼンシート」の取り組みや各種委員会活動の統括等、自らもやりがいをもって参加し、適切な指導力と手腕を発揮して、積極的な取り組みで成果を上げている。また、業務の効率化についても同様に、職場発信の情報共有を、ネットワークを開発して可能にするなど、熱意を待った改善に努めている。施設長の目指す移動重心型の組織づくりを職員もよく理解し、ともに取り組む姿勢がある。

### 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |
| Ⅱ-1-(1)-③                   | 外部監査が実施されている。                  | 障 16 | a ・ Ⓑ ・ c |

#### 評価機関のコメント

入所登録者・入所希望者・ショートステイ利用者や希望者等、施設や利用者に関わる様々な事項を、できる限りデータ化して把握している。入所の申し込み・問い合わせの増加、ショートステイ申込者の増加等の把握もできており、それに伴うニーズの把握にも着手している。課題・改善に関しては、施設長の法人管理者会議参加で随時検討が図られ、職員周知も行っている。外部監査実施については、会計監査までには及ばないが、税理士からアドバイザーとしてのアドバイスを得られ、収支のチェックについては法人事務局が対応するなどの環境整備がある。

#### 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | a ・ Ⓑ ・ 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ b ・ c |

### 評価機関のコメント

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>人員配置基準に則り適切な人員配置を行うほか、介護福祉士体制加算等を考慮した人員配置のプランを持ち、人材フェアへ参加する等積極的な取り組みもある。</p> <p>現在は従来の人事考課を取りやめ、能力考課を廃止している。QC活動における職員評価、年2回以上の個人面談での職員意見・意向の聴取等で人事管理を行い、特別業務手当、施設長権限の成果報酬、カイゼンシート報酬等を職員のやりがいにつなげている。職員の質の向上への取り組みに関しては、キャリアパス制度を視野に入れて適切に取り組んでいる。研修計画を起こし、毎月の施設内研修を実施するとともに、研修内容を評価し、評価表として記録して次年度の研修見直しに反映させている。また、研修報告から、全体から個別、個別から全体の検証を行い、次年度のより効果的な研修実施に向けて取り組む体制がある。</p> |  |  |  |
|---|--|--|--|

## 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ b ・ c |

### 評価機関のコメント

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>利用者に対する安全管理・安全確保の意識は非常に高く、各種マニュアル・手順書等の整備はもとより、実習・訓練の適切な実施もある。また、リスク管理についても、「リスクマネジメント研修」「危険予知トレーニング」等で職員意識を高め、成果物として「施設ハザードマップ」「入所施設におけるリスクマネジメント」等があり、集大成の「施設における安全対策マニュアル」にまとめ上げた取り組みは見事である。</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|

## 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 利用者と地域との関わりを大切にしている。               | 障 28 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ b ・ c |
|                             | 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 | ① ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

### 評価機関のコメント

利用者の楽しみ・利便性・必要性に応じて、様々な社会資源が利用できるように、施設独自の「パーソナル支援」(主に情報共有ツール)を最大活用して、職員間で情報交換と情報共有を行っている。情報をもとに、地域との関わりや社会資源との連携、関係機関との連携を視野に入れた活用方法を検討し、実施・実現に結びつけている。

施設運営の他に、ショートステイ・日中一時支援・日中一時支援児童部・ケアホーム運営等、地域・利用者・家族のニーズ、行政から把握したニーズ等に対応した事業を展開し、地域や行政から「困ったことはくみ会に相談」と言われるまでの取り組みとなっている。

## 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | a ・ Ⓑ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

### 評価機関のコメント

施設独自の定義を作成し、施設職員を対象に「施設内人権侵害防止チェックリスト」を使用したアンケートを実施している。利用者満足・利用者尊重の意識は高く、施設の熱心な取り組みがうかがい知れる。利用者の意見や苦情に関しては、ユニット対応による利点を職員もよく理解し、細部に渡る配慮での対応を可能にしている。また、施設事務所に、利用者が自由に希望を書き出せるように「手紙置き場」を設置している。職員からは、うまく主張できない重度の利用者からの意見は聴きづらい為、もっとニーズを拾いたいとの積極的な意見も聴き取ることができた。

### 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    | ㉠ ・ b ・ 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    | ㉠ ・ b ・ 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    | ㉠ ・ b ・ 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    | ㉠ ・ b ・ 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    | a ・ ㉠ ・ 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    | ㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉠ ・ c |

#### 評価機関のコメント

定期的にサービス評価を行い、改善が必要なものは一覧を見れば改善目標や内容がわかるようになっており、計画の決定及び改善実施に関する担当を決めている。また、評価項目のみでなく、利用者の動き・現場の動きの双方を考慮した『事業仕分け』が行われており、事業所全体で改善活動に積極的に取り組んでいる様子がうかがえる。

各ユニットごとにサービスに関わるマニュアルの整備があり、サービスの標準化を目指す取り組みとしている。実施記録は、日々の細かい利用者の情報等を一斉メールで申し送り、職員がリアルタイムに確認できる仕組みになっている。情報の共有に関して、PC化が進む一方で、PCが苦手な職員に対する工夫が必要との意見も出ていることから、職員全員が同じレベルで情報確認できる仕組み作りが今後の課題となっている。

### 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    | ㉠ ・ b ・ 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    | ㉠ ・ 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    | ㉠ ・ b ・ c |

#### 評価機関のコメント

ホームページから情報を得ることができ、また、法人内に地域担当者を設置して対応にあたりたり、パンフレットを市や社協に置いたりすることで情報提供が来ている。また、紙面での説明では理解が困難との配慮から、利用者に対しては実地見学の推進に努めている。

### 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ c |

#### 評価機関のコメント

アセスメントはストレングスをベースに実施し、定期的な聞き取りで状況把握に努めている。できる限り利用者への聞き取りを実施していきたいとの目標もあり、現在も進化中である。サービス実施計画の評価、見直しに関しては、6ヶ月に1回の見直しや検討会議を開催している。

2年前に地域移行委員会を設置し、1名の地域移行実施を期に本格的な活動が行われ始めた平成22年度となった。地域生活移行プランや移行後個別支援で、経過・課題・対応・計画・調整(移行先、就労先、行政)などを実施する等、今後の期待がうかがえる良い活動となっている。

### 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 | ㉠ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(1)-②                | 利用者の主体的な活動を尊重している。                             | 障 56 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(3)-③                | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                              | 障 64 | a ・ ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ c |
|                                  | Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。                                       | 障 66 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ 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 | ㉠ ・ b ・ c |

## 評価機関のコメント

脱衣場の空間に関するハード面や週末・長期休暇の外泊に関する保護者との時間の調整、職員の勤務形態など、なかなか思うようにいかないこともあると思うが、風呂場にのれんをかけたたり、利用者にアンケートを実施したりと工夫されている。個別支援に関して、特に積極的な取り組みがある。パーソナル支援や余暇活動委員会等の活動が盛んで、週3回の外出のみでなく、グループ旅行や日帰り旅行など、職員の工夫や努力によりバリエーション豊富な外出企画が実行できている。利用者からの要望が聞きにくい、限られたメンバーになってしまう等の問題点が上がっているようだが、「機会があれば行けるんだ」という前向きな職員の姿勢から、今後の支援が楽しみである。さらに、利用者の日常の中での何気ない幸せや喜びに気づくことで、外から内へ目を向けた利用者の主体的な活動や支援に繋がることが期待される。