

〔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24年1月12日(木)               |

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)愛厚希全の里 | 種別:(施設種別)施設入所支援・生活介護<br>(基準の種類)障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(施設長)水野 行雄                      | 定員(利用人数):200名                          |
| 所在地:〒441-1231<br>愛知県豊川市一宮町上親切33番地267  | TEL 0533-93-2062                       |

③総評

|  |
|--|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>管理者は豊富な経験に裏打ちされた高い見識を持っており、次長、班長以下100名を超す職員を束ねて、法人が経営する施設群の中でも最大規模の陣容を誇る当該事業所の運営にあたっている。</p> <p>法人の理念に従って策定された事業所独自の理念や経営方針から事業計画に至るまで、その柱となっているのは、“ノーマライゼーションの理念”に基づいた利用者本位の支援である。時として、“自由”と“安全”との相反する現実直面する場面もある。例えば、事故の危険性をはらんだ自由外出や施設外での飲酒、喫煙等である。過去には、実際に事故を起こしたこともある。しかし、一定のルールの下でこれ等を認めている。ここでは、理念の実践として、制約された“安全”よりも、自己責任による“自由”を尊重する空気が流れている。</p> <p>サービスの質の向上に向けて、「サービス評価・改善会議」(職種代表者会議と同一メンバーで構成)を立ち上げて取り組みを始めた。様々な改革・改善案がここで討議され、利用者のより良い暮らしの実現のために成果を挙げている。</p> <p>社会資源を明確にする取り組みとして、地域の「車いす利用可能トイレマップ」が作成してあった。これによって、外出時の利用者の不安を軽減させる効果が出ている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>職員数が100名を超える大所帯である。委員会制度の中に正規職員、非正規職員全てを取り込んで、事業所運営への参画意識の高揚を図ってはいるが、まだギャップの埋まっていない部分も散見される。新人事制度の発足を機に、事業所一丸の体制構築を望みたい。</p> <p>法人主導の研修計画に加え、事業所独自の研修計画(「職場研修年間スケジュール表」)があり、計画に沿って実施されていた。実施後には「復命書」や「研修報告書」が提出されていたが、研修そのものを評価して次回計画に反映させる仕組みは機能していなかった。</p> <p>余暇の支援については、利用者の希望に十分に答えるだけのメニューの用意がなかった。ボランティアの有効活用と併せ、今後の検討に期待したい。</p> |
|--|

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

|   |
|---|
| <p>事業所及び利用者からの意見に積極的に耳を傾け、評価者側の意見についても丁寧な説明がありました。</p> <p>評価者側の指摘については施設の運営及び提供するサービスを改善・向上させるための指針としていきたいと思っております。しかし、理想と現実とのギャップの中で第三者評価そのものが目標に転化することのないように自戒する必要があるように思います。</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 | 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

### 評価機関のコメント

法人の理念に忠実に事業所独自の「理念」、「経営方針」を展開し、中・長期計画や単年度の事業計画策定への枠組みを示している。「理念」の冒頭に掲げられた、「ノーマライゼーションの理念に基づいた」取組みや支援を、事業所運営の各所で目にする事ができた。  
施設生活の中での自由度が高く、外出や飲酒が利用者の希望通りに行われていることなど、象徴的な「理念」の実践と言える。

### 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 | ① ・ b ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |
| I-2-(2)-②                       | 事業計画が職員に周知されている。         | 障 8 | a ・ ② ・ c |
| I-2-(2)-③                       | 事業計画が利用者等に周知されている。       | 障 9 | ① ・ b ・ c |

### 評価機関のコメント

法人の策定した「経営計画」(22～27年)と連動した事業所独自の中期3ヶ年計画を持っており、それを受けた23年度の事業計画も綿密に策定されていた。  
事業計画の策定は、管理者を中心とした主要な幹部職員によって練り上げられている。職員への周知は会議体を使って行われることが多いが、職員100余名の大所帯であり、正規職員と非正規職員との間に参加頻度や意識の差があって、全ての職員が共通の理解・認識を持つには至っていない。利用者等への周知に関しては、利用者個々の理解力に差はあるものの、利用者懇談会や家族会、機関紙を通じて適切・適時の伝播を試みている。

### 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 | Ⓐ ・ 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

管理者は豊富な経験に裏打ちされた高い見識を持っており、法人が経営する施設群の中でも最大規模の陣容を誇る当該事業所の運営を任されるに足る力量を保持している。  
「職種代表者会議」のメンバーに、「サービス評価・改善会議」の職務を兼務させてサービスの質の向上に取り組んでいる。さらに、次長、班長以下の主要な職員を適材適所に配し、障害者施設には稀な自由度の高い支援を実現させている。

### 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 | Ⓐ ・ 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

平成21年に新事業体系に移行し、23年度からは県の指定管理を外れて自主経営へと、大きな変革期を迎えている。当面の課題は、「新5か年計画の具体化」、「障害者総合福祉法への対応」、「利用者の高齢化対策」である。  
管理者は、法人本部や各種の出版物からの情報に加え、地域の自立支援協議会をはじめとする各種の集会に参加して情報の収集にあたっている。それらの情報は、経営会議や自らが会議統括する「サービス評価・改善会議（職種代表者会議）」や「衛生委員会」において下達されている。  
第三者評価の継続受審を表明しており、事業の透明性を図ろうとの思いが汲み取れる。

#### 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 | Ⓐ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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 | a ・ ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ b ・ c |

### 評価機関のコメント

法人主導の研修計画に加え、事業所独自の研修計画(「職場研修年間スケジュール表」)があり、その中に人事プランともとれる“今年度の重点施策”が明記してあった。教育・研修は計画に副って実施されており、実施後には「復命書」や「研修報告書」が提出されていた。しかし、研修そのものを評価して次回計画に反映させる仕組みは機能していなかった。100名を超える職員を擁し、勤務シフトの調整は複雑・困難を極めると思われる。そのような中ではあるが、職員の希望体取得を認めるだけでなく、有給休暇の消化促進にも積極的に取り組んでほしい。実習生の受け入れは、教育機関別に「実習生等受け入れ年間スケジュール」に盛り込んで実施されていた。

## 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 | ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ b ・ c |

### 評価機関のコメント

ノーマライゼーションの理念に従って、“利用者の尊厳ある生活と自主・自立”の施策を推し進めるうえで、“自由”と“安全”の相反する現実が浮き彫りになっている。利用者の要望が高い自主外出については、事件・事故に遭遇する恐れがあることを承知しながらも、利用者の移動能力や判断能力を見極めたうえで、「単独外出者」、「複数外出者」、「セニアカー利用者」、「ボランティア利用者」等に区分して支援している。かつて、不幸にして利用者が亡くなられるという喫煙事故があったが、それ以降も管理方法を改善して喫煙を許可している。ここでは、制約された“安全”よりも、自己責任による“自由”を尊重する空気が流れている。

## 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 利用者地域との関わりを大切にしている。                | 障 28 | a ・ ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ 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 | a ・ ② ・ 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 | a ・ ② ・ c |

#### 評価機関のコメント

「経営方針」の中に、行政はじめ地域の諸団体、ボランティアと連携して、地域のニーズに応える事業を展開することを明言している。市の意向を汲んでの新規事業(重心デイ)の検討や福祉避難所としての登録、「ボランティア受け入れ年間スケジュール」の作成等の取り組みはあるが、一般の地域住民を巻き込んだ展開には至っていない。  
社会資源の明確化では、地域の「車いす利用可能トイレマップ」を作成して、外出時の利用者の不安を軽減させている。

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

#### 評価機関のコメント

利用者を尊重したサービスの実践は、理念や経営方針で述べられており、マニュアル類も整備されていた。利用者向けの満足度調査を行い、それを検討して改善に努めている。  
利用者が意見を述べやすいように、「意見対応マニュアル」を作成して体制を確立するなど、事業所内での取り組みは十分である。職員は、日々の支援の中においても利用者の意見に耳を傾け、利用者との良い関係を構築している。

### 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    | ㉑ ・ 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    | ㉑ ・ 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    | ㉑ ・ 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    | ㉑ ・ 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    | 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    | ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c |

#### 評価機関のコメント

サービスの質の向上に向けて、「サービス評価・改善会議」(職種代表者会議と同一メンバーで構成)を立ち上げて取り組みを始めた。  
 支援に必要と思われる手順書は、法人が作成した「業務マニュアル」に収監されており、均一かつ質の高いサービスの提供に不可欠なものとなっている。  
 サービス実施の記録は個別に管理されており、月毎に集約した上で、年度でまとめて保管している。職員が自由に閲覧できるように、ファイル管理されており、さらにパソコンに入力して全部署との共有を図っている。

### 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    | ㉑ ・ 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    | a ・ ㉑ ・ 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

事業所見学、体験入所の体制は出来ている、外部の福祉機関へ事業所の情報をパンフレットなどで提供している。利用者等への説明同意は契約書、重要事項説明書等で行っているが、利用者の特殊性があり、一部では家族中心になっている。  
 施設の変更や家庭への移行については、利用者等へ働きかけはするものの、現状では積極的な移行は難しい状況である。

### 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 | a ・ ㉠ ・ c |

#### 評価機関のコメント

アセスメントの実施に当たっては、定められた様式を使って利用者の情報を細かく記録している。サービス実施計画は、アセスメントされた記録を参照し、サービス管理責任者や担当職員等で策定のための話し合いを行っている。計画の見直しは6ヶ月毎に行い、モニタリングを実施している。利用者の地域生活への移行については、地域に社会資源が乏しいこともあって、積極性に欠ける取り組みとなっている。

### 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 | a ・ ㉠ ・ 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 | a ・ ㉠ ・ 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 | a ・ ㉠ ・ c |
| Ⅲ-5-(3)-③                | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                              | 障 64 | ㉠ ・ b ・ 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行われている。                              | 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

食事の支援は、個別に食事が用意されて利用者の立場に立った調理方法になっていた。選択メニューの日も設定されており、食事ケア委員会も毎月開催されている。食事の支援現場では、車椅子の利用者が多いために、支援員が一人ひとり個別に介助していた。介助の必要な利用者が増加傾向にあるため、職員配置上、食事介助は今後の大きな課題となることが予想される。

医師、歯科医師、看護師の連携も十分であり、利用者の健康管理も適切に行われている。誤薬や配薬ミスもなくなった。余暇の支援については、利用者の希望に十分に答えるだけのメニューの用意がない。ボランティアの有効活用と併せ、今後の検討に期待したい。

外出の支援については、利用者全員が自由に外出できるわけではないが、それぞれの移動能力や判断能力を見極めて、単独外出や複数外出を認めている。外泊については、ほぼ利用者・家族の意向通りの支援ができています。

事故の危険性を承知しながらも、利用者の自由度を優先させ、一定のルールの下で喫煙、飲酒を認めている。