

## 〔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12月21日(水)              |

#### 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)愛厚弥富の里 | 種別:(施設種別)共同生活介護<br>(基準の種類)障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(施設長)風岡 正美                      | 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

##### ◇特に評価の高い点

入所施設「弥富の里」をバックアップ施設とした、3棟17名定員の共同生活介護、共同生活援助事業所であり、利用者の自由度が高く、個人の意思や要望を尊重した次のような支援が行われている。

食事では、「普通」、「こってり系」、「さっぱり系」の中から、メニューを選択して食べることができる。入浴支援では、利用者がくじ引きをして入浴順序を決めている。利用者の希望する新聞を共同で購読し、新聞代は共益費から支払っている。飲酒、喫煙も一定のルールを設けて認めている。サービス管理責任者が予約をとって地域の理・美容院に出かけ、利用者は思い思いの髪形を楽しんでいる。

利用者が地域の祭りに参加したり、町内会の一斉清掃に参加するなど、積極的に地域イベントに参加して交流を図っている。ケアホームの空きスペースを使用して、地域の集会や趣味・教育の教室として利用してもらおうとのプランも出ている。

##### ◇改善を求められる点

利用者の理解力や判断能力に個人差があったり、個別対応が必要な支援があったりするため、3ヶ所のケアホームが同一の手順で利用者を支援することが難しく、統一したマニュアル類の整備が遅れている。

世話人の会議は1ヶ月に1回行われているが、変則勤務の世話人に必要な情報が流れない状況も危惧されることから、円滑な情報伝達の仕組みづくりが期待される。

消防署と連動した非常通報装置は1ヶ所のケアホームに設置されているだけで、他の2ヶ所は計画段階である。バックアップ施設とは距離的にも離れており、夜間の災害や事故・事件に素早く対処できる仕組みの構築が望まれる。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今年度で2回目の第三者評価を受け、前回と比べて評価が上がったところや改善が必要なお知らせがわかりました。

ケアホームの全体を振り返ることで、今回の結果を見直し、利用者が落ち着いて生活できるケアホームを運営できるよう努めていきます。

#### 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。

(別添)

# 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 | a ・ Ⓑ ・ 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

入所施設である「弥富の里」をバックアップ施設としている「共同生活介護」、「共同生活援助」事業所であり、3棟のケアホーム(定員17名)からなっている。  
 理念、方針をバックアップ施設と共有し、一体的な運用を行っている。しかし、事業の全容を示す「事業概要」の「3. 事業目的」の項目に、本事業に関する記載が欠落している。次回改定時には収録が望まれる。  
 ケアホーム利用者17名の中には一般就労している利用者が2名おり、自立度の高い利用者が多い。しかし、理念や方針の十分な理解・周知には至っていない。

### 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 | Ⓐ ・ 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 | 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

中・長期計画、単年度の事業計画共にバックアップ施設と同一の計画を作成し、ケアホーム運営にあたっている。  
 計画の周知については、管理側の職員とホームを実際に切り盛りしている「世話人」との間にギャップがあることから、「世話人」に対する研修等を実施することによって、意識の高揚や知識の修得が期待されている。  
 利用者への周知も、理念・方針の周知と同様、利用者理解力や判断能力の個人差が大きく、十分な周知が図られていない状態ではない。

### 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    | a ・ ㉠ ・ 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

4月に、所長(管理者)、次長、班長の主要三役が同時に異動となった。管理者は最近の福祉事業分野での経験が少ないことから、着任以来積極的に研修に参加する等、必要知識や資格の修得に励んでいる。したがって、経験の豊富な次長、班長と連携を密にした経営体制をとっている。  
職員に対する研修方法の改革(外部研修参加型→外部講師招聘による内部研修型)を推進し、当初は職員の側に戸惑いもあったようであるが、職員からの評価も高く実効が伴ってきている。

### 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

法人の経営体制は変わったが、本事業に関する大きな影響は出ていない。ケアホームとして運営する予定であった建物が、地域の同意が得られずに開設できなかったことがあるが、代替えの施設を探して解決している。他法人のケアホーム運営の動向を観察し、バックアップ施設(施設入所支援)利用者の高齢化や重度化によるケアホーム移行については、今後の課題としてとらえている。  
公認会計士や税理士による外部監査は実施されていないが、第三者評価を継続受審することによってサービスの質の向上や事業運営の透明性の担保を図っている。

#### 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    | a ・ ㉠ ・ 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 | a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 | 非該当       |

### 評価機関のコメント

研修のスタイルを外部講師招聘型に変更したり、職員の資格取得を奨励する等、新たな取り組みが行われている。世話人への研修計画もあるが、職員個々の研修計画への落とし込みが乏しく、受講した職員に対する教育効果の測定や個別の教育・研修に対する必要性の評価・見直し等は実施されていなかった。  
勤務評定表を使用して管理者と職員との面談が行われており、24年度からは法人主導で新たな人事考課制度が導入される予定である。この面談では、職員の就業上の意向をも聞き取っている。担当する職員の有休消化率は低いが、世話人には有給休暇を取ってもらっている。

## 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c |

### 評価機関のコメント

一部身体にも障害を持った知的障害者が共同で生活しているため、特に夜間の災害や事故の対応に重点を置いて対策を講じている。夜間は、宿直の勤務体制となるが、バックアップ施設と連携して対応することとしている。  
消防署と連動した非常通報装置は1ヶ所のケアホームに設置されているだけで、他の2ヶ所は計画段階である。

## 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                  | 利用者と地域との関わりを大切にしている。               | 障 28 | ㉔ ・ 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 | 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ (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 | a ・ (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) ・ 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 | (a) ・ b ・ c |

#### 評価機関のコメント

利用者が地域の祭りに参加したり、町内会の一斉清掃に参加するなど、積極的に地域イベントに参加して交流を図っている。ケアホームの空きスペースを使用して、地域の集会や趣味・教育の教室として利用してもらおうとのプランも出ている。平成20年度よりケアホーム事業が進められてきたが、歴史的な浅さもあって必要な社会資源が網羅されている状態にはなっていない。

行政機関からは、ケアホーム(グループホーム)の充実を依頼されており、今後、地域に貢献する形で第4番目以降のケアホームの建設が予測される。

### 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    | (a) ・ 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    | (a) ・ b ・ c |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。          |  |         |             |
|                                  | Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。         | 障 37    | (a) ・ 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    | (a) ・ 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 ・ (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    | a ・ (b) ・ c |

#### 評価機関のコメント

利用者尊重や基本的人権への配慮について、研修や教育が行われている。プライバシー保護のための規程等を整備している。

意見等の受付は世話人が対応するが、だれに話があってもサービス管理責任者や上司につながっていくようになっている。苦情となって出てくる前に、小さな要望、意見の段階で適切に対応して信頼関係を作っている。

利用者が参加する会議があり、「外出希望等に対し、付添い支援が必要な利用者に関しては、即座にかなえられない場合もある」等の不満の声もある。

### 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 | a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 | ① ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c |

#### 評価機関のコメント

前回評価後にケアホームとしての課題を考え、「地域住民としての意識づけ」、「食事の充実」、「食材料の入手について業者と連携し世話人の食事支援の改善」等を課題として抽出した。すぐに改善に取り組み、効果も挙がっている。ただ、3ヶ所のケアホームが同一の手順で利用者を支援することが難しく、統一したマニュアル類の整備が遅れている。

記録は日誌に記録され、毎日バックアップ施設にFAX送信している。FAXされたものが決済され、原本となってバックアップ施設で保管されている。同一の記録がケアホームにも残っており、必要に応じて見ることができる。世話人の会議は1ヶ月に1回実施されているが、変則勤務の世話人に、必要な情報が流れない状況も危惧されることから、円滑な情報伝達の仕組みづくりが期待される。

### 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 | a ・ ⑥ ・ 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 | ① ・ 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 ・ ⑥ ・ c |

#### 評価機関のコメント

見学等には応えているが、いつ誰が来てどんな相談だったかという記録は特に残していない。利用者への説明同意等については、バックアップ施設と同じように契約書、重要事項説明書等を使用して説明している。

施設間移動や家庭への移行について、実施例はあったが規定の様式類が整備されておらず、今後の課題となっている。

### 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    | 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    | ㉑ ・ 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

バックアップ施設に準じて手順は定まっており、手順に副ってアセスメントや計画作成が行われている。  
 サービス管理責任者、世話人ともに、現在使用しているサービス実施計画のシートを、よりケアホームの利用者の特性に合わせたものに変更していく必要性を感じているため、項目の見直しを進めている。  
 利用者が現状のケアホームでの生活に慣れてきた状態であり、まだ独り暮らしへの移行は難しい状況である。

### 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 ・ ㉑ ・ c |
| Ⅲ-5-(1)-②                | 利用者の主体的な活動を尊重している。                             | 障 56    | ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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    | ㉑ ・ 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    | ㉑ ・ 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    | ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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    | ㉑ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(3)-③                | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                              | 障 64    | a ・ ㉑ ・ 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 | a ・ Ⓑ ・ 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 | a ・ Ⓑ ・ 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 | a ・ Ⓑ ・ 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

ケアホームでの生活の多くの場面で、利用者の自由意思や要望が尊重されている。食事では、「普通」、「こってり系」、「さっぱり系」の中から、メニューを選択して希望することができる。入浴支援では、利用者がくじ引きをして入浴順序を決めている。利用者の希望する新聞を共同で購読し、新聞代は共益費から支払っている。飲酒、喫煙も一定のルールを設けて認めている。サービス管理責任者が予約をとって地域の理美容に出かけ、利用者は思い思いの髪形を楽しんでいる。住宅を改造してトイレを増やしたため、結果的に脱衣場所がなくなってしまったケアホームがあった。必要な時に、迅速な医療を受けるための「急変時対応マニュアル」を明確にしておくことが望ましい。