

〔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:24地福第3-3号) |
| 訪問調査<br>実施日: 平成25年2月5日(火)                |

②事業者情報

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 名称:(法人名)社会福祉法人樫の木福祉会<br>(施設名)GHCはぎわら  | 種別:(施設種別)共同生活介護・共同生活援助<br>(基準の種類)障害福祉施設版 |
| 代表者氏名:(施設長) 只井 秀明                     | 定員(利用人数):13名                             |
| 所在地:〒491-0376<br>愛知県一宮市萩原町串作女郎花1616-3 | TEL: 0586-67-1787                        |

③総評

|  |
|--|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆福祉ニーズに応える事業展開<br/>法人内の会員からの要請や、同法人の運営する相談支援事業所からの情報提供により、ケアホームのニーズが高まっていることを掴んでいる。「樫の木福祉会 中・長期計画」(平成24年度～27年度)の中には、毎年2ヶ所程度のホーム開設が計画されている。既に重症障害者用ホームの開設を済ませており、今後も、機能別・目的別ホームの建設が期待される。</p> <p>◆地域との交流・連携<br/>地域との連携重視は法人の大きな方針の一つである。それぞれのホームが町内会に加入し、総会には管理者が出席することもある。神社や公民館の掃除にも積極的に参加し、利用者が積極的に地域と係わりを持っている。ホームの近くで告別式があり、法人のバスを送迎用に提供した。地域の農家からは、採れたての野菜の差し入れがあったりもする。</p> <p>◆会員外へのサービス提供<br/>ケアホームの利用を法人内の会員のみ限定することなく、広く一般から入居者を募集している。福祉事業を“公益”と考えての心の広さを感じられる。本部主導で開催される外部講師を招聘しての講演会でも、法人の職員から参加を募るだけでなく、行政機関の担当者や地域の福祉事業者、介護事業者にも参加を呼び掛けている。こうした地道な取り組みが、障害者への理解を生み、障害者福祉のすそ野を広げていくことになる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆管理体制の再構築<br/>現場を実質的に管理・監督するサービス管理責任者への業務集中が激しく、時間的な制約を主原因として、様々な弊害が起きている。本来の管理者との意思の疎通を図る時間が持てない。世話人を集めて研修する時間がない。前年の第三者評価受審から得られた改善項目に対し、改善計画の立案及び実施ができない。防災訓練ができない。等々であるが、ホームの支援そのものの充実に対し、管理面でのレベルの退行が気になる。抜本的な管理体制の見直しと改善が必要となっている。</p> <p>◆慢性的な人手不足<br/>当該事業所に関しては、慢性的な人手(世話人)不足が続いており、補充のための活動に貴重な時間が費やされている。人材育成面に関して、中・長期を見据えた人事プランの構築はおろか、単年度の計画にさえも“研修”を加えることが困難になってきている。これからもホームの建設計画は続く。「人手不足の解消」を事業所レベルの問題とせず、本部事案としての取り組みを期待したい。</p> |
|--|

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

職員の慢性的な人手不足は指摘のとおりである。せつかくの人材育成プランも対象者がいないのでは本末転倒である。法人全体の配置職員見直しと管理体制の構築をすすめる必要がある。

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

法人の理念を受け、「平成24年度年間事業計画」の中に基本方針(事業目的)を示している。法人の理念は、パンフレットやホームページを使って周知を図っている。  
 「GHCはぎわら」の管轄するホームは4ヶ所であり、そこで利用者の主として係わる世話人については、それぞれの就労条件やこれまでの経験、年齢、知識、価値観等、個人差が大きい。時間的な制約もあって、理念等の周知のために集合して研修や勉強会を実施することは難しい状況である。利用者に関しても、理解力や判断能力に個人差が大きく、理解を得るには至っていない。

### 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 | Ⓐ ・ 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 | 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

法人の中・長期計画検討委員会が策定した「榎の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)を基にして、事業所の事業計画を作成している。  
 事業計画の作成は、主としてサービス管理責任者に任されており、時間的な制約が大きく、職員や世話人の意見や要望を聞く機会がない。世話人に対する事業計画の周知に関しても、時間的な余裕のなさから、十分な説明が行えていない。利用者本人への周知も「理念」同様の理由から、十分な周知が図られていない。

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

#### 評価機関のコメント

※当該事業所における制度上の「管理者」は、バックアップ施設の管理者が兼務しているが、当該事業所の管理業務全般がサービス管理責任者に委ねられていることから、I-3項に限り「管理者」を「サービス管理責任者」と読み替える。  
 管理者への業務集中が激しく、全世話人を集めた会議の開催を開けない状態が続いている。ホームごとの連絡会は開かれており、その場で指導や連絡事項の伝達が行われている。  
 質の向上を目指す意識はあるが、必要な時にバックアップ施設との相談や検討の機会が持てず、対応が後手に回ることもある。

### 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 | ㉑ ・ 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 | a ・ ㉑ ・ c |
| II-1-(1)-③                   | 外部監査が実施されている。                  | 障 16 | a ・ ㉑ ・ c |

#### 評価機関のコメント

管理者自らが地域圏域のアドバイザーを務めていることもあり、外部からの情報の取得は十分である。ただし、管理者の多忙に加え、現場を任されたサービス管理責任者の多忙もあり、意思の疎通に欠ける部分がある。管理者が得た有益な情報が現場に届かないという懸念も払拭できない。  
 世話人に関して、これまでの勤務経験や年齢的にも大きな差があることから、職務に対する意識や知識等にも差が出てきており、世話人への研修体制の構築が今後の大きな課題として認識している。  
 第三者評価は昨年度に続いての受審であるが、外部評価は実施されていない。

#### 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ (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 | a ・ (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 | a ・ (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 | a ・ 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 ・ 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 | a ・ (b) ・ c |

### 評価機関のコメント

今年度も、ホーム増設に伴う世話人の確保に追われており、将来に向けての具体的な人事プランを構築するには至っていない。懸案であった「人事考課制度」が動き出したが、まだ本格的な運用とはなっていない。「平成24年度年間事業計画」の中に「人材確保と人材育成」を取り上げてはいるが、その方向性を示すには至っていない。必要性が叫ばれている世話人対象の集合研修も計画できない状況である。実習生の受け入れは、バックアップ施設で実習する学生の見学がある程度である。

## 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) ・ 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 | a ・ 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 | a ・ (b) ・ c |

### 評価機関のコメント

「業務マニュアル」の中に、ホームに必要なマニュアル類が綴じこんであり、緊急時の対応マニュアルも入っている。サンプリングしたホームに関しては、スプリンクラーの設置はなく防災訓練も実施されていなかった。マニュアルの適切性を確認する意味からも、定期的なテスト(訓練)の実施が望まれる。かつて、ホームでの食事中に、利用者が喉に食物を詰まらせるという誤嚥事故があったが、すぐにマニュアルを改訂して対処した。

## 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) ・ 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 | a ・ (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 | a ・ 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 | a ・ ① ・ 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 | ① ・ 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 | ① ・ b ・ c |

#### 評価機関のコメント

地域との連携重視は法人の大きな方針の一つであり、町内会に加入し、総会には管理者が出席することもある。神社や公民館の掃除にも積極的に参加し、利用者が積極的に地域と係わりを持っている。ホームの近くで告別式があり、法人のバスを送迎用に提供した。地域の農家から、採れたての野菜の差し入れがあったりもする。ボランティアの受け入れについては非現実的との考えから、積極的な受け入れ態勢をとっていない。  
法人の会員以外にも入居を認めており、空き部屋を利用して体験入所もできる。中・長期計画でもホームの増設が計画されており、地域に大きく貢献することとなる。

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

#### 評価機関のコメント

業務マニュアルに基づいて支援を行い、概ね3ヶ月ごとの連絡会議で、利用者を理解することや援助方針、方法について確認している。利用者の意見を聞くことは日常的に行われている。しかし、職員が集まって話し合ったり会議したりすることは時間の制限があって困難となっており、早急な改善が求められる。  
苦情について、別のホームでおこった苦情と対応の様子を、当該ホームの世話人連絡会で紹介するなど、情報共有と啓蒙活動を行っている。

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

#### 評価機関のコメント

第三者評価は連続で受審している。昨年の結果から改善課題を導き出してはいるが、改善計画につなげる活動には着手していない。個別の支援方法については文書化されている。提供するサービスについて、一定水準を保つための手順が必要なものについては整備をお願いしたい。

日々の記録について、世話人によってばらつきがある。力量を一定水準に持っていくことは必要だが、それだけにとらわれず、記録のつけ方を工夫したり改善することによってもバラつきは減らせる。記録の管理は適切に行われている。

### 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    | ㉔ ・ 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    | ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c |

#### 評価機関のコメント

面談を通して情報提供し、体験利用などにも応えている。生活の場所のため、人間関係などに十分注意している。サービスの開始にあたり契約は適切に行われている。成年後見などの案内もしたことがあり、利用者に役立つようにしている。

今後ますますホームの新規開設が増えてくる。各法人で、目的別、機能別のホームのラインナップが構築されることは必至であり、その場合には施設間移行が頻繁に行われることとなる。その時のためにも、「引き継ぎ書」等の書式統一を図り、万全の態勢で臨むことを期待したい。

### 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    | a ・ ㉑ ・ 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

アセスメント票に基づき状態の把握を行っている。そのアセスメントに従ってサービス実施計画が作成され、計画の評価・見直しについても実施されている。  
 本人・家族の計画への同意や管理者決裁も滞りないように改善されていたが、計画作成の手順を明らかにし、手順通りに実施できているか否かの評価も必要である。  
 昨年度、1名の利用者が単身生活への移行を果たしており、移行後も関係を継続して支援している。

### 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    | ㉑ ・ 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    | 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    | ㉑ ・ 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    | ㉑ ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(3)-③                | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                              | 障 64    | ㉑ ・ 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 | a ・ ㉑ ・ c |
|                                  | Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。                                       | 障 66 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 | a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ 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 | ㉑ ・ b ・ c |

## 評価機関のコメント

食事や排泄、入浴に支援が必要な利用者はいないが、そのようなケースがあった場合の個別支援計画に基づくサービス提供のための手順に関しては、必要に応じた整備が期待される。

食事に対して希望ある時は個別に外食支援などしている。

平素の健康管理と、病気・事故の発生時の対応、予防活動については、マニュアル整備とそれに基づく役割分担が必要であり、この部分の早急な整備も期待したい。