

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

NPO あいち障害者センター
----------------

### ②施設・事業所情報

名称：ぬくもりホーム	種別：共同生活援助、短期入所	
代表者氏名：田中 由美子	定員（利用人数）：18名（短期入所1名）	
所在地：愛知県一宮市北方町北方字勅使182番地		
TEL：0586（87）5871		
ホームページ：法人HP <a href="http://www.kisogawa-fukushikai.or.jp">http://www.kisogawa-fukushikai.or.jp</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成25（2013）年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人きそがわ福祉会		
職員数	常勤職員：9名	非常勤職員 13名
専門職員	サービス管理責任者 2名	
	生活支援員 10名	
施設・設備の概要	（居室数） 18室	（設備等）
		厨房

### ③理念・基本方針

1992年にきそがわ福祉会の基本理念を定め、その後、今日的な社会福祉を取り巻く状況等を踏まえ、法人基本理念を以下のように見直した。

- [1] わたしたちは、一人一人の利用者の人生が充実し、日々を生き生きと暮らしていけるような事業を営んでいきます。
- [2] わたしたちは、利用者・関係者・地域の人々が、この地域で安心して暮らし続けていけるための社会、まちづくりに貢献します。
- [3] わたしたちは、上記を実現していくためにも、実践・運動・経営に関して様々な事例を学びつつ、社会福祉の諸制度等が前進していくための活動を大切にします。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

社会福祉法人きそがわ福祉会の入居部門で、グループホームの事業を展開している。平成16年3月にぬくもりホームを開所。その後北宿ホーム、第一北方ホーム、平成28年7月には勅使ホームを開所するなど利用者・家族の「地域で安心してくらしたい」の声を積極的に受け止め、法人理念の具体化と実践をすすめている。利用定員18名（短期入所1名）で、5住居のうち4住居は365日開所・職員を配置している。残り1住居の利用者は土日・祝日は帰省して親元で過ごしている。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年9月5日（契約日）～ 平成29年3月29日（評価決定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回 （平成 年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・利用者・家族の「安心してらせる場」の要望を積極的に受け止め、1住居を除く4住居は365日開所し職員体制を整備してグループホームでの生活を支えている。
- ・利用者を権利主体と位置付け、主体性と自主性の尊重を基本に表情、見守りと支援、傾聴と会話、働きかけを重ねながら利用者の想いを汲み取っている。
- ・身の回りの掃除・洗濯・浴槽洗いなど利用者の生活力の向上を促している。
- ・余暇活動、ホーム行事は利用者の要求を最大限取り入れ企画、実施している。
- ・障害特性の理解、虐待防止法、安全運転研修など権利擁護や法令順守などの学習会・研修を行うなど「安心して利用できる・託せる」事業所運営に努めている。
- ・提供する福祉サービスの標準的な実施方法が文書化され、必要に応じた見直しが予定されている。
- ・金銭管理規定に従って利用者家族に金銭依頼書、受領書の発行などにより利用者の金銭管理がされている。また、後見人に金銭出納の照会を行い適正に処理している。

### ◇改善を求められる点

- ・職員確保が難しい状況ではあるが、1ホームのみ夜間の職員配置が遅れている。早期の実現が望まれる。
- ・脱衣所のスペース問題など老朽化施設の対策が検討・具体化されているが、より安全で快適な暮らしの場として環境整備が必要である。
- ・支援の質の向上と利用者満足は両輪の関係である。集団としての職員のスキルアップを図っていくうえで非常勤職員が参加しやすい会議や研修のあり方、体制保障について検討が必要である。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この間グループホームの増加に伴い、編成を繰り返してきました。現在の「ぬくもりホーム」の指定編成において初めての第三者評価を受審することとなり、その間も職員体制の見直し等を行ってきました。夜間の職員配置の出来ていなかったホームにおいても3月より職員配置を置くようにし、利用者の体調等の変化にも素早く対応できる体制にしました。また老朽化した施設においても消防法との絡みもあり、早めに対応したいと考えています。職員のスキルアップの向上においては、早急に参加しやすい職員会議及び研修の時間を検討し、ホームに関わる職員集団で、より良い実践を積み重ねるように努めていきたいと考えます。このような評価の結果を受け、今後のホーム運営に生かしていきます。ありがとうございます。

## ⑧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。

# きそがわ福祉会 「ぬくもりホーム」・評価項目（細目）の評価結果

（ぬくもりホーム、北宿ホーム、第一北方ホーム、勅使ホーム）

## 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・周知されている。		
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	共1	① ・ b ・ c
<コメント> 理念、基本方針が明文化され年度当初の新入職員オリエンテーションなどで説明、周知されている。利用者家族には保護者会で文書配布をしている。		

### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	共2	① ・ b ・ c
<コメント> 毎月の法人管理職会議で社会福祉事業の全体動向や一宮市の福祉施策について情報共有をし、事業所の経営状況の把握・分析が行われている。		
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	共3	① ・ b ・ c
<コメント> 法人の管理職会議の内容は職員会議で報告、共有化に努めている。ホーム全体の収支バランスを把握し事業の効率化提案、ホーム老朽化にともなう対応が検討されている。		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	共4	① ・ b ・ c
<コメント> 特別支援学校の卒業生の動向も把握しながら法人で中・長期計画が策定されている。		
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	共5	① ・ b ・ c
<コメント> 単年度計画が策定され、新たな拠点づくりに着手している。。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	共6	a ・ ① ・ c
<コメント> 職員の意見集約を基本に事業計画を策定し文書で配布。実施状況の評価・意見集約を行っている。職員全体の理解を深めるための継続した討議と合意形成が課題である。		
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	共7	① ・ b ・ c
<コメント> 保護者会で事業計画書を配布している。また毎月、家族（利用者）が参加する法人のホーム運営委員会で報告、交流している。計画の進捗状況は「福祉会だより」に掲載され通所事業所で利用者等に渡している。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	共8	a . b . c	
<コメント> 法人研修計画、個人の研修計画を立て実施している。モニタリングやケース検討など支援の評価・見直しを行なっている。虐待防止の学習会などを実施し当事者主体の支援の質の向上に努めている。第三者評価を継続受審している。			
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	共9	a . b . c	
<コメント> 法人全体で実施している職員の「ふり返しチェックシート」で課題を整理し改善の取り組みをしている。第三者評価結果を踏まえた改善策の目標や段階的な改善計画の一層の取り組みに期待したい。			

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	共10	a . b . c	
<コメント> 運営規定に明記されている。意識的に現場に向いて職員との意思疎通を図り、事業所の方針等について理解を得る努力はしている。			
Ⅱ-1-(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。	共11	a . b . c	
<コメント> 法人実施の研修や外部研修に参加し関係法令の理解に努めている。法改正などの必要な情報は伝え法令順守の理解を促している。			

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	共12	a . b . c	
<コメント> 福祉サービスの向上に意欲を持ち、業務の振り返りシート、研修などを実施している。「いつも相談に乗ってもらっている。対応も速い」など、職員からの信頼も厚い。			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	共13	a . b . c	
<コメント> 職員等の声を汲み上げることを基本に、相談・課題に対して素早く対応している。			

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	共14	a . b . c	
<コメント> 法人の管理職会議で検討され、職員募集を情報誌に掲載しているが、社会状況との関係もあり計画通りに進んでいない。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	共15	a . b . c	
<コメント> 人事管理は適切に行われている。引き続き職員の個性や持ち味が発揮できるよう、職員との対話や職員集団のスキルアップに努めていただきたい。			

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	共16	㉓ ・ b ・ c
＜コメント＞職員の就業に関しては法人が「意向アンケート」と面談を実施し、長く働くことができるよう努めている。		
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	共17	a ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞法人独自に研修計画を立て実施している。年度の振り返りで目標と課題設定、研修計画をもとに具体化されている。中間段階での面接や取り組み状況の確認など組織的、計画的な取り組みが課題である。		
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	共18	㉓ ・ b ・ c
＜コメント＞法人実施の研修内容は基本的に管理職会議で検討・実施されている。今年度は入職1年未満、3年未満、3年以上、全職員向けの研修が行われた。事業所では安全運転の研修が実施された。		
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	共19	a ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞全職員に法人内研修、外部研修の案内と参加が呼び掛けられている。また個人の研修計画に沿った業務内研修が実施されている。非常勤職員への時間外保障を実施しているが、時間帯や方法など改善が必要。		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	共20	a ・ ㉔ ・ c
＜コメント＞法人の研修プログラムに基づき実習生の積極的な受け入れを行っている。実習担当が受ける指導研修については、まだその内容に改善の余地がみられる。		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	共21	㉓ ・ b ・ c
＜コメント＞ホームページ等を活用して施設・事業所情報、事業報告などを適切に公開している。また法人広報誌「福祉会だより」は保護者・関係者に印刷・配布されている。		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	共22	㉓ ・ b ・ c
＜コメント＞事業所の事務、経理、取引などに関する担当者と権限・責任が明確にされている。		

### II-4 地域との交流、地域貢献

		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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	共23	㉓ ・ b ・ c
＜コメント＞町内会に加入し清掃活動への参加など町内・近所住民との関わりを大切にしている。法人全体で取り組む「ほのぼの祭り」が地域との最大の交流の場となっている。		

II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	共24	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞法人として基本姿勢を明確にし、ホームページに募集案内のコーナーを設けている。希望する人は受け入れているが担当する職員の研修などの改善が必要。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	共25	④ ・ b ・ c
＜コメント＞毎月、一宮市障害者自立支援協議会に参加し交流を深めている。その他に相談支援事業所、通所やヘルパー事業所、医療機関などと連携を図っている。		
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	共26	④ ・ b ・ c
＜コメント＞一宮市障害者自立支援協議会の生活支援部会、ホーム連絡会に参加し、地域の課題解決の取り組みをすすめている。災害時の受け入れ拠点に指定されている（勅使ホーム）。		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	共27	④ ・ b ・ c
＜コメント＞地域ニーズにもとづき「2016年7月、勅使ホームを開設。ホーム利用実習者や新規利用者の受け入れを積極的にすすめている。		

### 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 利用者を尊重した福祉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。	共28	④ ・ b ・ c
＜コメント＞法人基本理念及び職員行動指針（案）に利用者主体の姿勢を明示している。業務の振り返りチェックシートの取り組みや内外の研修会への参加などを通して共通理解を図っている。		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	共29	a ・ ⑥ ・ c
＜コメント＞法人の虐待防止委員会は施設管理者、サービス管理責任者を虐待防止マネージャーに位置づけ、ヒヤリハットや気になることの交流を行っている。脱衣所のスペース確保が必要な古いホームがあり、対応について検討がされている。権利擁護の視点で成年後見制度の活用を促している。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	共30	④ ・ b ・ c
＜コメント＞利用者家族の意向を十分に尊重し、必要な情報を提供している。		
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	共31	④ ・ b ・ c
＜コメント＞福祉サービスの開始・変更にあたっては利用者家族の意向を十分に尊重し、職員の意見も参考にできるだけ分かりやすい説明と同意を得られるようにしている。		
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	共32	④ ・ b ・ c
＜コメント＞利用者家族の意向を十分に尊重し、社協、ハローワーク、相談支援事業所と連携してサービスの確保に留意している。		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	共33	① ・ b ・ c
＜コメント＞ホーム運営委員会、保護者会の開催、ケース検討など利用者満足の上昇に努めている。ホームの行事や余暇活動は毎回利用者の声を反映した企画を実施している。		
Ⅲ-1-(4) 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-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	共34	① ・ b ・ c
＜コメント＞苦情解決の窓口や担当者について重要事項で説明している。日常的に仲間の意見、要望を汲み取り支援に反映されている。また仲間・家族からの苦情、要望は検討・改善が行われている。		
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	共35	① ・ b ・ c
＜コメント＞日常的に利用者が相談・意見を言える環境づくりに努め、信頼関係を大切に取り組んでいる。利用者の聴き取り調査でも「なんでも話ができる」、「聞くと丁寧に教えてくれる」などの声が多数寄せられた。		
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	共36	① ・ b ・ c
＜コメント＞丁寧かつ迅速な対応がされている。相談等の内容によっては相談機関と連携してすすめている。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	共37	a ・ ① ・ c
＜コメント＞今年度から法人内に安全運転委員会が設けられ、ホームの全職員対象に研修を実施して安全運転への意識向上に努めている。ヒヤリハット事例を報告しあい注意喚起をしているが情緒面、行動面で不安定な利用者の対応について引き続き要因分析と対策が必要である。		
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	共38	① ・ b ・ c
＜コメント＞法人作成の「感染症予防対策」を運用している。希望する利用者には通所事業所でインフルエンザの予防接種を行い、今年度は職員の予防接種に費用の一部補助を実施した。必要な情報を収集し職員に発信している。		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	共39	① ・ b ・ c
＜コメント＞勅使ホームは災害時の受け入れ施設としての機能を有している。定期的に避難訓練が実施されている。		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	共40	① ・ b ・ c
＜コメント＞標準的な実施方法が文書化され、福祉サービスが提供されている。		
Ⅲ-2-(1)-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。	共41	a ・ ① ・ c
＜コメント＞標準的な実施方法についての見直しは、必要に応じて職員会議で見直しがされる。		

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	共42	① ・ b ・ c
〈コメント〉アセスメントに基づき個別支援計画を策定し、利用者・家族との懇談で説明、確認を行っている。		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	共43	① ・ b ・ c
〈コメント〉仲間の変化に応じて、または決められた6か月毎に定期的に評価・見直しが行われている。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化させている。	共44	① ・ b ・ c
〈コメント〉サービス提供記録や申し送りで仲間の状況、支援の留意点などを記録し情報の共有化を行っている。		
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。	共45	① ・ b ・ c
〈コメント〉決められた書庫に保管し、施設長が管理している。運営規程及び法人規定に定められている。		
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。		
Ⅲ-2-(4)-① 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46	① ・ b ・ c
〈コメント〉相談機関と連携を取り合い、必要な支援を行っている。		

### Ⅲ-3 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。		
Ⅲ-3-(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 47	① ・ b ・ c
〈コメント〉支援計画等に明示され、意思疎通の支援がされている。利用者の特性に応じて絵や写真などで視覚的に捉えられるようにし、理解やコミュニケーションがとれるように工夫をしている。また日常的に表情やサインから仲間の意思を汲み取っている。		
Ⅲ-3-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
〈コメント〉主体的な活動を尊重している。情緒面、行動面で不安定な利用者への対応では、事故等が懸念される場合は静止することがある。		
Ⅲ-3-(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 49	① ・ b ・ c
〈コメント〉職員は利用者の力量に着目して、見守りと支援を行っている。ホームでは利用者が洗濯や掃除、お風呂洗い、配膳の手伝いなどやれることを行っている。		
Ⅲ-3-(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 50	① ・ b ・ c
〈コメント〉利用者がゆったりと穏やかにホームで過ごすことを基本に支援に取り組んでいる。個別支援計画に盛り込まれている。		
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 51	① ・ b ・ c
〈コメント〉個別支援計画に基づき苦手な物、熱いものが好みの人、刻み食など個別に配慮した食の提供を行っている。		



Ⅲ-3-(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 52	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;ホーム運営委員会で食材の取り寄せ先やおやつの充実などを検討、改善がされている。苦手な食べ物は他の物に変更し、食器の色も好みに配慮している。食堂での食事が苦手な人には落ち着く場所で食事を摂ってもらっている。利用者の多くが「ホームのご飯はおいしい」と回答。</p>			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;温かいうちに食べられるように食事の提供をしている。ゆっくりたのしく食べてもらうよう配慮している。自閉的傾向の人には無理強いをせずに自分のペースで食べられるよう見守り支援を行っている。</p>			
Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-①	入浴は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 54	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;個別に配慮し、清潔が保持されるように入浴支援を行っている。</p>			
Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;毎日入浴。入浴の順番は最大限希望を取り入れ、介助の必要な利用者は食前に、ゆっくり入浴したい時は食後の時間帯を取り入れている。</p>			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;賃貸の「北宿ホーム」だけが十分な脱衣スペースがなく、廊下にカーテンを設置してスペースを確保している。他のホームは適切な環境である。</p>			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;利用者の訴えに迅速に対応している。</p>			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;利用者職員によりトイレは清潔に保たれている。</p>			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 59	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;利用者の好みや個性を尊重しながら、気候に応じた衣服の選択ができるよう支援している。</p>			
Ⅲ-3-(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 60	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;洗濯の支援や汚れ対応は適切である。</p>			
Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 61	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;、当人の希望を尊重しつつアドバイスを行っている。</p>			
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;清潔や風貌にも配慮してアドバイスや支援が行われている。</p>			

Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 63	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉平日は時間を決めてベッドに入るよう支援している。また夜間は静かに過ごすよう共同生活のルールを伝えている。適度なエアコン調整を行い安眠と健康管理に留意している。		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 64	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉日常的に通所事業所の職員等と利用者の様子について情報交換を行っている。ホームでは食欲の有無や体調を観察して健康管理に留意している。		
Ⅲ-3-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉利用者のかかりつけ病院・薬局、ホームの協力医療機関との連携で必要時には、迅速かつ適切な医療が受けられるよう連絡体制が整えられている。通院等はホームの世話人が対応している。		
Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉服薬等の情報把握、飲みこぼしや飲み忘れがないよう支援が行われている。		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 67	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉利用者の希望等を元に余暇活動を計画・実施している。		
Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉利用者の希望を受け止めガイドヘルパーなどを活用して実施されている。個々の外出の場合は安全が確認できれば外出許可をしている。		
Ⅲ-3-(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 69	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉帰省(外泊)は利用者、家族等の希望を考慮し特別な事情が生じない限り希望に応じている。		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 70	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉ホームの金銭管理規定に従って管理されている。毎月、本人または家族の確認を得ている。		
Ⅲ-3-(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 71	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉テレビは利用者の希望で居室に持ち込みができる。新聞も希望者が購読料を支払えば可。		
Ⅲ-3-(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 72	㉔ ・ b ・ c
〈コメント〉利用者の意向を尊重しながら健康面のアドバイスや支援を行っている。定められた場所で喫煙をしている。		