

〔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26年12月8日(月)               |

②事業者情報

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 名称:(法人名)社会福祉法人豊橋市福祉事業会<br>(施設名)あいあいホーム | 種別:(施設種別)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)杉浦 伸枝                       | 定員(利用人数):14名                      |
| 所在地:〒440-0845<br>愛知県豊橋市高師町字北原1番地107    | TEL: 0532-61-3530                 |

③総評

|   |
|---|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆管理者の改善・改革意識<br/>管理者として着任して3年目を迎えた。着任初年度から改善・改革に着手しているが、ここにきて改善効果や取り組みの成果が明確になってきている。スクラップ&amp;ビルドの考えから記録や文書の整理が実施され、効果的で過不足の無い管理体制が構築されてきた。さらに、「利用者のできることに手を出さない」との方針で、見守り主体の支援体制も職員間に浸透してきている。職員の意識改革も軌道に乗り出した。</p> <p>◆職員意見の吸い上げ<br/>職員の勤務体制が変則なため、一堂に会して意見交換や情報共有の場とする機会は少ない。その対策としての「業務改善アンケート」や「不適切対応チェックリスト」が有効に機能している。「業務改善アンケート」は自由な発想で職員から意見や要望を表出させ、事業計画策定時の貴重な情報の一つとなっている。「不適切対応チェックリスト」を全職員に定期的に配布して検証を行っている。この分析の結果、不適切対応の傾向が明らかになり改善の効果が現れている。</p> <p>◆利用者の自主性尊重<br/>利用者の自主性を重んじ、自治会が組織されて機能している。グループ旅行の行き先を、利用者の希望を集約する自治会で決めている。また、自治会長が名ばかりではなく、実際にみんなの前でスピーチをするなど活躍の場がある。一人ひとりが大切にされており、それぞれの役割が与えられていることが生きる力につながっている。グループホームでの暮らしをゴールと考えず、あくまで独り暮らしを目指すという考えは、利用者や職員の成長を促す原動力になっている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆苦情・クレームを成長の糧に<br/>地域住民からのクレームを「苦情処理」した記録に次のような事例があった。利用者が職員同行の下に散歩中の出来事である。障害特性からであろうか、利用者が大きな奇声を発した。この利用者の声には、地域住民は理解を示して何らのクレームも呈していない。「奇声を発した利用者を叱る職員の声が耳障りに感じた」とのクレームである。地域が確実に成長している証しでもあるが、この一例を範に、「ノーマライゼーション」や「エンパワメントの理念」を今一度学ぶ機会としてほしい。</p> <p>◆実習生受け入れの意義と仕組みづくり<br/>実習生の受け入れは母体施設を通じての見学程度であり、本格的な実習生としての受け入れはない。今後、夜間の支援の主流は「大型入所施設」から「グループホーム」に移ってくることが想定される。当然そこでの就労機会も増える。職員となったその時点でグループホームを学ぶのではなく、学生の時代に学んでおく必要性を感じる。宿泊を伴う実習も考慮し、新たな枠組みでの実習生受け入れのカリキュラム化が望まれる。</p> |
|---|

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

|   |
|---|
| <p>過大な評価をいただき恐縮している次第です。<br/>改善を求められる点に指摘されていますが、より一層、利用者の権利擁護がはかられるよう、職員の支援に対する意識を研修等を通じて高めていきたいと思っております。また、実習生の受け入れについては、法人内の施設訪問研修や見学研修の枠にとどまらない実習生の受け入れを検討してきます。<br/>来年度、ホームページを開設します。その中に「ふつうに 自分らしく みんなと暮らす」をグループホームの見出しに掲げました。利用者が地域でふつうに暮らすために、より良いサービスを追求していきたいと思っております。</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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

#### 評価機関のコメント

「地域の中でいきいきと生活するために」との法人理念を受け、事業所独自の理念と基本方針を掲げて各ホームの目に付く場所に掲示している。  
職員の変則勤務による情報伝達のむずかしさはあるが、ことあるごとに管理者が文書を配布して説明するなどして職員周知に向けた取り組みを実践中である。利用者に対しては、管理者が年度の初めに自治会全体会で説明し、その後それぞれのホームにて文書を配布している。

### 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ 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 | Ⓐ ・ b ・ c |

#### 評価機関のコメント

中・長期計画は毎年見直され、現時点では「平成26～30年度5ヶ年中期計画書」が執行されていた。「防災関係」に配慮した見直しを加えられており、東日本大震災から得た教訓が生かされている。  
職員の勤務体制が変則的であるため、全職員が一堂に会しての会議開催は難しい。そのため、「業務改善アンケート」を実施して広く職員意見を収集し、事業計画策定時の貴重な情報の一つとしている。  
利用者へは、自治会を通じての説明とホームへの掲示で周知を図っている。利用者それぞれの障害特性や理解度の違い等はあるが、相応の効果は上がっている。

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

#### 評価機関のコメント

管理者として現職に着任して3年目を迎えた。強いリーダーシップを発揮して初年度から改善・改革に積極的に取り組んできたが、ここに来て改善の効果や施策の成果が明確になってきた。スクラップ＆ビルドの考えから記録や文書の整理が実施され、効果的で過不足の無い管理体制が構築されようとしている。さらに、「利用者のできることには手を出さない」との方針で、見守り主体の支援体制も職員間に浸透してきている。

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

#### 評価機関のコメント

対外的には、同業者である知的障害者福祉協会の施設長会や市の自立支援協議会、グループホーム事業所連絡会に参加して情報を集め、毎月実施される法人の施設長会に報告・討議している。  
課題として挙げられているものは、利用者にとっては「生きるよろこびの創出」、「夢の実現」であり、法人にとっては「職員の育成」と「書類の簡素化」等である。  
税理士事務所による外部監査が実施されており、第三者評価も2回目の受審である。

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

#### 評価機関のコメント

|   |  |
|---|--|
| <p>中・長期計画にも必要人材に関する記述があり、慢性的な職員不足の解消やサービス管理責任者の育成が急務となっている。資格取得に対する支援体制もできており、3年以上勤務した者であれば、「資格取得奨励制度」によって10日間の有給休暇が付与される。</p> <p>職員個々に研修計画が立てられ、実施後には発表の機会があり、職員間の情報共有になっている。さらに、研修終了10ヶ月後には研修効果が検証されている。</p> <p>実習生の受け入れは母体施設を通じての見学程度であり、今後は実習生として受け入れるべくカリキュラム化が望まれる。</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>利用者の安心・安全を保障すべきマニュアル類は整備されており、必要な見直し・改定も行われている。</p> <p>毎月防災訓練を実施しており、利用者、職員共に習熟度を高め緊急時の対応力が備わっている。</p> <p>「アクシデント・インシデントレポート」が効果的に機能しており、事故の未然防止に役立っている。ここ数年、大きな事故は起きていない。</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 | a ・ ① ・ 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 ・ 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 | ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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 | ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c |

### 評価機関のコメント

町内会に加入し、地域の防災訓練に利用者と職員が参加する等、可能な限り地域との交流を試みている。グループホームの持つ機能自体が地域に還元できるほどのものではないとの思いもあり、積極的な地域還元策は講じられていない。ボランティアの受け入れもほとんど実績が挙がっておらず、手薄な職員の手助けとなるようなボランティアの育成が望まれる。グループホームは地域移行の最終段階ではないとの思いがあり、自立支援の本来目的に向かっての施策も実施されている。地域の福祉ニーズを的確にとらえ、今後も地域に信頼され必要とされるホーム建設を推進してほしい。

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

### 評価機関のコメント

毎月、ホームスタッフ全員が参加する会議において情報が共有されている。全体の会議の他にホームごとの会議も開催されており、細やかさが行き届いている。さらに、全スタッフに対して「不適切対応チェックリスト」を定期的に配布して検証を行っている。この結果、不適切対応の傾向が明らかになり改善の効果が現れている。家族に対してもアンケート調査を実施して集計し、分析してサービス向上につなげている。利用者に対する聞き取り調査においては「他ホームのサービス管理責任者」がインタビューを行うなど、「本当の声」を聴こうとする工夫が見られる。苦情については全職員が共有しており、事業所内の周知にとどまらず外に向けても周知されるとさらに機能すると思われる。

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

#### 評価機関のコメント

3年に一度第三者評価を受審し、受審しない年も法人内他事業所が受審しており、それに伴って自己評価も十分に行われている。自己評価を単なる評価に終わらせることなく、サービス管理責任者が検証して改善につなげている。改善に向けては、勤務時間の異なるスタッフもできる限り直接顔を合わせて話し合いを行うように努めている。

情報共有については「サイボウズLive」というソフトを導入して活用している。ともすれば「導入はしたが活用はされていない」という状態に陥りがちだが、きちんと活用されていることが確認できた。サイボウズにログイン権を持たない非常勤職員に対しても、必要情報は紙ベースで配布することで情報共有が図られている。

サービスについてのマニュアルは定期的に見直しが行われ、更新日の記載もある。管理者とサービス管理責任者の連携、さらには法人内他事業所との連携も十分に果たされており、「誰か一人が過負担になっている」ということはない。

### 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 | ① ・ 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 | 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 | ① ・ b ・ c |

#### 評価機関のコメント

実際には利用はあまりないということだが、利用を希望する人には宿泊体験ができるような環境が整えられている。定期的に発行される法人の会報にグループホームのコーナーがある。これを事業所説明時等に活用すれば、利用希望者にとっては大きな安心材料になる可能性がある。ぜひ活用してもらいたい。

重要事項説明書や契約書を知的障害のある利用者に分かりやすくする工夫は容易ではないが、これもサービス向上の一環と捉えて取り組んでもらいたい。

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

#### 評価機関のコメント

定められた手順に従って、きめ細かなアセスメントが行われている。アセスメントは単なる情報収集にとどまらず、「本人中心の個別支援計画」作成のプロセスの一つで、「見立て」まで含まれる。その意義を十分理解した上でアセスメントが取られている。さらに、個別支援計画と日々のケース記録がそれぞれ独立しているのではなく、互いに連動していることも確認できた。計画と実際の支援とがかみ合っている。

独り暮らしを見据えた個別支援は、あいあいホームのストレングスとして特筆に値する。日々のケース記録を月ごとにまとめ、さらに半年ごとにまとめてモニタリングとして次期の計画に反映させている。

ただ、イレギュラーなことがレギュラーに起こる「地域生活支援」の中で、職員のデスクワークが過負担になっていないか危惧される。記録が必要なことは当然として、整理できるモノや手順はないかを検討してみる価値はありそうだ。

### 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    | ① ・ 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    | ① ・ 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    | ① ・ 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    | a ・ ② ・ 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    | ① ・ 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    | ① ・ 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    | ① ・ 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    | ① ・ 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    | ① ・ b ・ c |
| Ⅲ-5-(3)-③                | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                              | 障 64    | ① ・ 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 | ㉠ ・ b ・ 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

利用者の自治会が機能していることは大きな特長である。社会見学の行き先を、利用者の希望を集約する自治会で決めている。また、自治会長が名ばかりではなく、実際にみんなの前でスピーチをするなど活躍の場がある。一人ひとりが大切にされており、それぞれの役割が与えられていることが生きる力につながっている。グループホームでの暮らしをゴールとせず、あくまで独り暮らしを目指すという考えは、利用者や職員の成長を促す原動力になっている。

あいあいホームは男性ホーム、女性ホーム共に7人が共同生活を送っている。7人の利用者と職員で「家庭的な雰囲気」を表現するには、少し人数が多すぎるくらいはある。しかし、あいあいホームではグループホームを独り暮らしのためのスキルアップの場とも考えており、この人数の方が「人と関わるスキル」が磨かれる可能性がある。ただ、スキルアップをした上で、ひとり暮らしに結びつかない利用者も出てくると思われるが、今後も、「家庭的な雰囲気」をあいあいホームの良さとして大切にしてもらいたい。

職員の意識(利用者への配慮の足りなさ)が、地域住民のクレームにつながった事例が「苦情処理」されていた。ノーマライゼーションやエンパワメントの理念をもう一度振り返るための教訓としてほしい。