

〔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: 福祉経営総研 (認証番号: 20地福第941号)
訪問調査 実施日: 平成23年2月15日(火)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人ゆたか福祉会 (施設名) なるみ作業所	種別:(施設種別)生活介護・就労継続支援B型 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)佐藤三紀	定員(利用人数): 32名
所在地:〒458-0818 愛知県名古屋市緑区鳴海町大清水69-1404	TEL 052-878-6921

③総評

◇特に評価の高い点

法人全体として「2010年度からの5ヶ年計画」が策定され、現在も進行中である。事業所もそれをもとに、年度ごとに事業所のソフト面、ハード面を考慮した、事業計画を策定している。事業所のビジョンも明確にされ、それを反映させた計画が策定されている。組織全体で、ビジョンの実現に向けて取り組む方向性を示している。事業所の管理者として、所長は各職位の責任を職員へ表明し、管理者主導のもと、事業活動の根拠となる条文や、法令等に関する説明がされ、職員理解へ積極的に取り組まれている。職員の質の向上に意欲的に取り組まれ、個々の職員の様子を鑑みながら、対応をし、管理者としての責任感の強さが感じられる。

利用者満足の向上に向けて、支援計画の見直しと利用者の意向の確認等が定期的実施されており、事業所全体で向上に努められている。利用者の意向の確認も、相談しやすい環境づくりに努められている。利用者ごとに連絡帳が用意され、それを通じ、日々の様子の情報提供や、利用者家族からの相談への対応等、利用者等が意見を述べやすいよう、工夫がされている。また、利用者家族から相談、意見等に対しても、迅速に職員間での話し合いを設け、改善策を利用者へフィードバックしており、適切な対応がされている。

事業所のサービス開始時においては、法人内の他の事業所の紹介と、それらのサービス内容の説明をし、利用者にとって最適なサービスになるよう、個々の利用者に合わせたサービスの提案がされ、利用者に配慮された仕組みが整備されている。移行時には、関連機関も参加したケア会議が実施され、引き継ぎ事項等を検討し、その情報は移行先へ提供がされている。移行後も、移行先との情報交換を図り、継続したサービスの提供に努められている。個々の利用者に配慮された丁寧な働きかけがされ、利用者を尊重した支援に取り組む事業所の姿勢が伺える。

日々の支援においても、利用者の障害に合わせた支援に向け、より良いものへと改善に努められている。“無理に、強引に”ではない「自ら意思表示をしていただくこと」が大切であると支援への姿勢も明確にされ、それに基づき、職員全員で積極的に取り組まれている。コミュニケーション確保のため、今後ノンバーバルコミュニケーションが図れる工夫をしていきたいと、日々熱心な取り組みが続けられている。

◇改善を求められる点

法人、事業所の事業計画の中に、職員の人材育成に関する方針が示され、基本姿勢が明示されている。今後は、事業所として「必要な人材」「求められる人材」等、具体的な事業所の人材に関する考えを明確にし、職員個々の能力に合わせた育成プランと、研修計画の立案を検討していただきたい。事業所の特徴を踏まえた人材育成の基本的な姿勢を確立することは、事業所の理念の実現に向けて重要な観点であり、長期的な人材育成を図る上でも重要になるため、今後の検討を期待したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者(家族)のニーズを把握し、それを実現するための、毎日の取り組みが評価につながったことを、うれしく思います。しかしながら、今回ご指摘をいただいた中で、特に、人材育成の課題が鮮明になりました。今後、個々の職員のスキルアップのための計画を立て、実行し、利用者ニーズに応え得る職員になるよう、管理者をはじめとし、全職員で努力していきたいと思ひます。また、事業所として、地域に、どう貢献していくかについても、議論を深めていきたいと思ひます。

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。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人として明確な理念が提示されており、それに基づいた事業所としての理念・基本方針が確立されている。法人との整合性を図り、なお且つ事業所としての想いが込められており、組織的に理念・基本方針の実現に取り組まれている。理念・基本方針は書面化され、年度初めに職員、利用者家族への周知もされている。職員への周知にあたっては、雇用形態に関わらず、全職員へ書面を配布し、積極的に周知に取り組まれている。現状の取り組みのみでは、職員の中には周知されていない者もあり、今後は定期的に職員会議で取り上げる等、周知の方法の工夫を検討していただきたい。

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	Ⓐ ・ 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

法人全体として「2010年度からの5ヶ年計画」が策定され、現在も進行中である。事業所もそれをもとに、年度ごとに事業所のソフト面、ハード面を考慮し、事業計画を策定している。事業所のビジョンが明確にされ、それを反映させた計画が策定され、組織として取り組む方向性が示されている。事業計画の策定は、法人との連携、事業所職員の意向の把握がされ、事業所として組織的な体制のもとで策定がされている。さらに、利用者家族からも意見を聞く機会も設けられており、体制として適切な整備がされている。事業計画の周知にあたっては、職員へは定期的な会議で表明し、利用者へも保護者の会で説明をしており、周知の取り組みも徹底されている。

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	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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

年度の初めに、事業所の管理者として、各職位の責任を職員へ表明し、具体的な役割についても説明を行っている。管理者主導のもと、事業活動の根拠となる条文や、法令等に関する説明をし、理解を深めるための取り組みが行われている。組織の社会的役割を果たす上で、法令遵守は重要な義務であり、その遂行は管理者としての責務である。今後は、これまで以上にコンプライアンスに対する意識を高め、遵守するための具体的な取り組みを検討し、職員への周知・理解に努めていただきたい。

職員の質の向上に意欲的に取り組まれ、個々の職員の様子を鑑みながら対応をしており、所長の管理者としての責任感の強さを感じる。今後は、管理者の指導のもと、これらの取り組みを組織全体の取り組みとなるよう進めていただきたい。

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

評価機関のコメント

法人の財政状況の報告、関連法案に関する情報や関係機関からの情報等、多岐にわたり積極的に情報を把握し、情報提供が行われている。現在は情報提供が管理職にとどまっており、今後は収集した情報の提供に関して、職員会議等を通じ、組織的に行き渡るよう取り組みを進めていただきたい。経営状況に関しても、積極的に情報収集が図られている。現状では経営状況の把握に終始されており、それに対する分析や改善への働きかけ、取り組みが不十分な点がみられる。今後は、経営状況の分析や改善すべき課題への取り組みを含めた体制の整備を検討していただきたい。

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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ b ・ ③
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 ・ ③
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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人の配置基準に基づき、人材育成等の計画が作成されている。今後は、事業所として「必要な人材」「求められる人材」等、具体的な事業所の人材に関する考えを明確にしていくことも、長期的な事業所の理念の実現に向けては重要になる。

職員の就業状況に関して、毎日記録が取られ、適切に把握できる仕組みが整えられている。また、職員の意向も、定期的に調査が実施され、見直しも図られており、勤務環境への改善の取組みも行われている。

法人、事業所の事業計画の中に、人材育成に関する方針が示され、基本姿勢が明示されている。現状として、研修の計画への取組みにおいて、不十分な点がある。今後は、まず職員個々の能力の把握から取組み、それを踏まえ、個々の職員の能力向上にむけた計画の策定をしていく必要がある。また、継続的な質の向上を図るためにも、職員の教育に対する組織的な体制の構築を目指していただきたい。

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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

利用者の安全の確保は、基本的なサービスの提供であり、利用者及びその家族が強く望まれていることでもある。サービスの質の向上を目指す点からも、事故防止に向け積極的な取組みが必要である。

今後は、緊急時の対応、安全確保への対策等においては、全職員が同様の対応がとれるよう、具体的な内容を示した対応マニュアルの作成、定期点検の実施、事故防止に向けた現状把握と定期的な見直し等、これらを踏まえた組織的な安全確保の体制を確立していただきたい。

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	利用者と地域とのかわりを大切にしている。	障 28	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

これまで、地域への関わりの実績は少なく、現在は取り組みを模索している状況であり、施設開放(お祭りの実施)、施設の提供等を検討されている。今後はこれらの交流を通じ、積極的に地域との関わりを機会を設けていただきたい。また、今後の地域との交流にあたり、地域全体の中での事業所の役割についても探求していただき、地域での役割を含めたニーズの把握に取り組みられることを検討していただきたい。

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	㉠ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者の主体性の尊重、QOLの向上を目指し、現場会議や職員会議を通じ、職員間の共通理解の促進に向け、定期的な取り組みが行われている。更なる利用者尊重、基本的人権へ配慮されたサービスへの向上に向け、今後はより事業所の実状を考慮し、それらを踏まえたプライバシー保護に関するマニュアルの見直し等の再検討をしていただきたい。

利用者満足の向上に向けて、支援計画の見直しと利用者の意向の確認等が定期的に実施されており、事業所全体で向上に努められている。利用者の意向の確認も、相談しやすい環境づくりに努められている。利用者ごとに連絡帳が用意され、それを通じ、日々の様子の情報提供や、利用者家族からの相談への対応等、利用者が意見を述べやすい工夫がされている。また、利用者家族から相談、意見等に対しても、迅速に職員間での話し合いを設け、改善策を利用者へのフィードバックしており、適切な対応がされている。

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な評価を行う体制を整備している。	障 41	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ b ・ Ⓒ
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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業所では、支援計画に基づき支援が行われており、利用者の意向も含め月に1度振り返り、また半年に1度モニタリングも実施され、定期的な見直しが組織的な体制として、整備がされている。現在定期的な検討は実施されているが、検討後の改善策や、その実施においては、体制として見直しが必要である。今後は、見直しにより明確となった課題に対し、改善策とその実施計画を遂行する体制に向けた取り組みを進めていただきたい。

利用者個々の状況に応じたサービスの提供を目指す際には、どの職員でも同様の対応がとれるようサービスの均一化を図ることも、事業所としては大切なサービスの質の向上に向けた取り組みである。今後は、まず基本的な業務から標準的な実施方法を定め、文書化していくことから始め、事業所として統一された実施方法の確立をすすめていただきたい。利用者に関する記録の管理においては、現在規程が設けられていない。早急に保管方法や扱い、保管場所等を検討し、記録の管理体制を確立させていただきたい。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業所のサービス開始時においては、法人内の他の事業所の紹介と、それらのサービス内容の説明をし、利用者にとって最適なサービスになるよう、個々の利用者に合わせてサービスの提案がされ、利用者に配慮された仕組みが整備されている。

移行時には、関連機関も参加したケア会議が実施され、引き継ぎ事項等を検討し、その情報は移行先へ提供がされている。移行後も、移行先との情報交換を図り、継続したサービスの提供に努められている。

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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

支援計画策定にあたってのアセスメントが適切に行われ、支援計画の重要な情報となっている。今後は、より利用者の状況を正確に把握するために、事業所内でのアセスメントに関する手順、定期的な見直し等を検討し、組織として統一されたアセスメントの実施体制を確立していただきたい。

利用者の移行支援においては、個々の利用者のニーズに合わせ、施設の紹介、体験利用、付き添い介助等、積極的な取り組みが行われている。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	非該当
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	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

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	非該当
	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	非該当
	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	非該当
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	非該当
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	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	非該当
	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	非該当
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

利用者の障害に合わせた支援に向け、日々より良いものへと改善し、努められている。“無理に、強引に”ではない「自ら意思表示をしていただくこと」が大切であると支援への姿勢も明確にされ、それに基づき、職員全員で積極的に取り組まれている。コミュニケーション確保のため、今後ノンバーバルコミュニケーションが図れる工夫をしていきたいと、日々熱心な取り組みが続けられている。

食事の支援や環境整備においても、個々に合わせた支援が工夫されている。献立は、健康面に配慮して栄養士と密に連携を図り、内容も利用者から希望を聞く機会を設ける等、嗜好を把握し、楽しく健康に食べられよう支援がされている。

レクリエーションは、利用者も楽しみにしており、関心も高く、様々な希望がだされている。必ずしも全て希望に沿った取り組みを実施できず苦慮されているようであるが、事業所として可能な限り対応しており、今後も利用者の希望を確認し、ニーズに対応できる企画を計画していきたいと、前向きに取り組まれている。