

〔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 (認証番号：24地福第3－3号)
訪問調査 実施日：平成24年12月7日(金)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人幡豆福祉会 (施設名)友国作業所	種別：(施設種別)生活介護、就労継続支援B型、就労移行支援 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(所長)小嶋 正義	定員(利用人数)：49名
所在地：〒444－0504 愛知県西尾市吉良町友国新田4番地2	TEL：0563－35－1891

③総評

◇特に評価の高い点

◆職員間のコミュニケーション

事業所内の風通しがよく、管理者から正規職員、非正規職員に至るまでの良好なコミュニケーションが構築されている。法人の理事会、施設長会における決定事項や検討された内容は、管理者が事業所に持ち帰って職員会議で周知を図っている。さらに、情報を共有することによる事業所運営の円滑化を目的として、非正規職員にも会議への出席を促している。これらが、誤薬事故をはじめとする事故の少なさや、職員の安定雇用の要因の一つとも考えられる。

◆マニュアル等の文書整備

昨年度、「第三者評価調査者養成研修」の実習先として場所を提供し、さらに今年度の第三者評価受審を契機に、文書の整備が急ピッチで進んでいる。利用者に対して均一的な、しかも質の高いサービスを提供するためには、標準的な「マニュアル」が必要であることを職員は十分に理解している。細部には見直しや精査を要する部分も残ってはいるが、改定作業を繰り返しながら、より良いものへと進化させてほしい。

◆食事に見る利用者本位の思考

作業現場での直接的な支援とは別に、生活支援の場でも利用者本位の姿勢を見ることができた。食事は利用者の嗜好を最大限に取り入れようとの試みがある。嗜好調査は、包括的な「満足度調査」と、実際に喫食した食事についての具体的な「感想・意見、満足度」の2つのパターンを用意し、それぞれを隔年調査している。利用者の希望を聞いている「リクエストメニュー」の実施もある。食堂の狭さを、現場での作業時間を調整することによる「時間差喫食」で補っており、利用者はゆったりと昼食を摂っていた。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の必要性

法人自体が明文化した中・長期計画を持たないことから、事業所レベルでの中・長期計画が策定されていなかった。今回の第三者評価受審を機に、3年先、5年先、10年先を見据えた中・長期計画策定の動きが始まった。策定においては、新規事業展開、施設整備、利用者定員、職員の採用計画や育成方針、地域との交流や連携等々、目先にとらわれない鳥瞰的な計画の策定が望まれる。単年度の事業計画に枠組みを示す目的からも、早期に中・長期計画が策定されることを期待したい。

◆地域との交流・連携

「運営方針(支援方針)」の一節に、「…地域への奉仕をすることも重要なこと…」なる言葉があるが、地域との交流はさして活発ではない。地域イベント等への参加はあるが、「平成24年度事業計画」の中には、地域交流や地域との連携に関する計画は挙がっていない。ノーマライゼーションの考えやエンパワメントの理念を押し進めていけば、当然のごとくその受け皿は地域社会である。理念に謳う「人としての生命への限りない畏敬と尊崇の念」の実現のためにも、「地域交流」は、ぜひとも事業計画に取り上げたい項目である。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

職員は長年同一職場内で仕事を進めていると、ともすると自分の仕事が常態化、変化していないことにも気を留めなくなってしまう。その意味で、今回第三者評価を受けて、私を始め職員が改めて多くの項目の評価において再確認ができ、これからやらなければならないことが確認できたことは本当によかったと思っている。評価の高い点はこれに甘んじることなく、改善を求められる点については、しっかりと対処していきサービスの質の向上を目指したい。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	a ・ ㉖ ・ c

評価機関のコメント

「人としての生命への限らない畏敬と尊崇の念」なる法人の基本理念を掲げ、その理念を受けて、「施設方針」、「支援方針」へと展開し、さらに「サービス提供方針」を定めて具体的な支援の方向性を示している。
事業所の主要な場所に掲示したり、折に触れて話し合う等、職員への周知は十分と言える。しかし、保護者の高齢化による保護者会出席率の低下を理由に、前年度より保護者会が廃止された。有効な代替案の無いまま、事業所からの方針が伝わりにくい状態であり、保護者会の復活も選択肢に入れた検討が望まれる。

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	a ・ ㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	㉖ ・ 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	a ・ ㉖ ・ c

評価機関のコメント

法人としての明確な中・長期計画が存在しないことから、これまでは事業所においても中・長期計画の策定は行われてこなかった。しかし、第三者評価受審を契機に見直しの機運が高まり、現在3年、5年、10年先を見越した計画づくりを始めている。
毎年度、「事業報告書」が作成されており、事業計画の作成は過去数年間の「事業報告書」の内容を精査して、職員参画の下で行われている。職員が計画作成に係わることから職員への周知は十分であるが、利用者等への周知に関しては、前項(理念・方針の周知)と同様、何らかの工夫が求められる。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者の役割や責任は、運営規定に定められているほか、「平成24年度事業計画」の中でも、「職員の主な事務業務」、「業務分担表」等を掲載して明確にしている。さらに机上には常に、「施設長としての心得9か条」を置いて、自らの戒めとしている。

昨年度は、「第三者評価調査者養成研修」の実習場所として事業所を提供したため、第三者評価受審が1年延期となったが、早い時期から第三者評価の必要性を論じており、サービスの質の向上を目指す意識は高い。事業所内の各種会議体（職員会議、支援会議、労務担当者会議等）を有効に機能させて、業務の効率化を図っている。

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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人の理事会、施設長会において、事業環境や収益状況について討議した内容は、事業所に持ち帰って職員会議で周知を図っている。さらに、情報を共有することによる事業所運営の円滑化を目的として、非正規職員にも会議への出席を促している。

税理士事務所による監査を受け、さらに第三者評価の受審と相まって、「財務・会計」及び「サービス」両面での事業経営の透明性が確保されることとなった。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

中・長期計画が策定されていないこともあり、将来に亘っての必要人材に関するプランは明示されていない。「人事評価制度運用ガイド」に従って、年間2回の人事考課を行っている。ガイドでは、人事考課の目的を、「職員の成果の明確化」、「処遇への反映」、「職員の能力開発」としており、実施した結果を賞与査定や昇格・昇進等の処遇に活かしている。

教育・研修に関しては、事業計画の「生活介護事業」の中に簡単な記述があり、「就労移行支援事業」の中に年間の研修計画を載せているが、いずれも事業所の基本姿勢を明示するものとはなっていなかった。

実習生の受け入れは年に数名ではあるが、体制を整備して有効な実習を行っている。

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 ・ ㉡ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者に安全・安心な活動場所を提供するため、各種のマニュアル類が整備されている。しかし、急造の感があり、実効あるマニュアルとするためには、さらに細部を詰める必要がある。年に2回の防災訓練を実施しているが、スプリンクラーの設置が無いため、火災を想定した避難訓練には特に力を入れている。

事故の対応として、「事故報告書」と「リスク報告書」を使い分け、事故の再発防止や未然防止に役立てている。

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	a	・ ㉡ ・ 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	・ ㉡ ・ 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	・ ㉡ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ c

評価機関のコメント

「運営方針(支援方針)」の一節に、「…地域への奉仕をすることも重要なこと…」なる言葉があるが、地域との交流はさして活発ではない。事業計画の中にも、地域交流に関する計画は挙がっていない。ノーマライゼーションの考えやエンパワメントの理念を推進しようとするれば、当然のごとく地域との良好な関係構築が基盤となる。今後、様々な事業展開を図る中で、地域との連携が重要な意味合いを持ってくる。「地域交流」は、ぜひ、事業計画に取り上げたい項目である。

市の障害者自立支援協議会の打合せや特別支援学校との意見交換の中で、地域の顕在・潜在的福祉ニーズをつかんでいる。しかし、様々な事情から、「相談支援事業」、「グループホーム事業」等が実施直前で足踏み状態となっている。

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 ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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

「利用者尊重」のための特段の取り組み事例はなかった。利用者と職員の間には強い信頼関係があり、意見が述べやすい環境ができています。利用者からの意見・要望には可能な限り速やかに対応する姿勢が見られ、早期の問題解決に力を入れている。課題としては「満足度調査の実施」が挙げられる。ただ調査を行えばよいのではなく、「サービスの質の向上」を意識した取り組みが求められることから、組織としてどのような調査方法が有効なのかを検討することが今後の課題である。

苦情解決の仕組みについては体制が十分整っており、文書も適切に処理されている。しかし、苦情には至らない「要望・希望」についても、苦情処理同様、記録を残し、再発防止や周知徹底する仕組みづくりが必要であろう。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

標準的なサービス提供については、「マニュアル」が万全ではないものの、サービスの基本となる事項は最低限押さえておく必要がある。今あるサービスを見つめ直し、どのマニュアルが必要なのか、見やすいか、整理されてファイリングされているか、定期的に見直しがされているかなど、様々なハードルをクリアしてより良いものを作っていくことが望まれる。

サービスの実施記録は適切に管理されており、鍵の掛かる保管庫にて管理している。情報共有のために、伝達用の「朝礼ノート」を使い、必要な情報が行き渡る仕組みができています。課題として、「個人ファイルの見やすさの改善」が挙げられる。ファイルに目次を付けたり、タグを付けたりすることで、必要な情報を即座に引き出すことも可能となる。

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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

「サービスの選択」の基本は、利用者、保護者による「見学」と考えており、パンフレットを基に見学を受け入れ、必要な情報を提供している。施設と利用者との双方が納得するために、利用契約の前に体験利用も行っている。

施設退所に伴うバックアップについては、就労する利用者、高齢のため介護保険下の施設サービスへと切り替わる利用者等がいるが、担当職員が責任をもってサポートしており、必要に応じて職業支援員（ジョブコーチ）やその他の職員も関与しながら、組織として体制を整えている。

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

アセスメントは定められた手順に従って実施されていたが、一部の事業については見直しが不十分であり課題が残っている。
 サービスの計画から見直し、評価など適切な時期に適切な内容で行われている。特に個別支援計画にあがってこないものの、個々の情報等引き継ぎたい事項をまとめた「支援実施書」を整備しているのが特徴的である。
 地域移行へのアフターフォローとして、法人独自の取り組みである「懇親会」がある。施設を退所し、一般就労している利用者で組織する懇親会は3ヶ月に1回行われ、退所しても安心して働き続けられる取り組みとして重要な役割を果たしている。

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	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	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	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	㉠ ・ 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行われている。	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	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	a ・ ㉡ ・ 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	a ・ ㉡ ・ 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

食事に関する嗜好調査は2種類の調査用紙を用意し、交互に活用することで効率よく情報を収集する仕組みができている。「リクエストメニュー」と呼ばれる献立を用意している。利用者に「何が食べたいのか？」を聞く取り組みであり、毎月実施し、可能な限り反映させている。午睡が常習となっている利用者のために、就寝場所を確保する配慮がある。薬の管理は職員の高い意識の下で行われており、誤薬事故の報告はない。

自治会はないが、それに変わるものを整備し、利用者が様々な意見を言え、主体的な活動につなげていける体制を作り上げていくことが課題であろう。