

〔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5日(水)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人ひまわり福祉会 (施設名)障害者支援施設 杜の家	種別：(施設種別)施設入所支援・生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(施設長)林 照美	定員(利用人数)：60名
所在地：〒465-0065 愛知県名古屋市名東区梅森坂3-4101	TEL：052-709-3813

③総評

◇特に評価の高い点

◆管理者のリーダーシップ

管理者は、事業所内への強いリーダーシップを発揮しており、「平成23年度杜の家事業報告・総論」においても、数々の改善効果が報告されている。さらに、次年度への課題や取り組むべき方向性を示している。今回の第三者評価受審に際しても、その目的を、「サービス向上につなげる取り組み」としてとらえ、取り組みの最先端に立っている。今回の取り組みに際し、既にいくつかの改善の気づきを得ており、次年度計画への展開が期待される。

◆利用者の満足度の高さ

定期的に「利用者満足度アンケート」を実施しており、利用者の意向を把握して、常に適切なサービスを提供しようとの思いを持っている。それを利用者は素直に評価している。今回の受審に際して評価機関が実施した「利用者ヒアリング」においても、利用者の回答からは、非常に高い満足感が見て取れる。「友達ができた」、「一人ぼっちでなくなった」、「話ができる」、「人生が変わった」等の他に、「死ぬまでここで暮らしたい」との言葉もあった。

◆利用者の主体性を促す取り組み

事業所の支援が行き届いているせいか、あるいは「入所できた」ことによる目標達成感からか、利用者・家族の意識に、「利用者の自主・自立」を目指して支援している事業所との間にギャップがある。そのことが利用者の主体性の欠如となって表れており、活動にも受動的に参加することになっている。その解決策として、利用者自らの意思や要望を表出してもらうことを目的としてアンケートを実施している。余暇の過ごし方、希望する外出先、入浴の希望等々である。食事の選択メニューや衣服選びに関しても、利用者の主体性を促す取り組みの一環である。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の策定

中・長期を見据えた事業計画が、現在進行形で作成途中である。地域ニーズに応えるための諸施策、利用者の医療依存度の高まり、職員の育成等々、ある程度の期間を念頭に置いて検討せざるを得ない課題は多い。それらを盛り込んだ中・長期計画を策定し、それと連動させた事業計画の作成が望まれる。

◆マニュアルの整備

旧法上では身体障害者施設であるが、一部知的障害を併せ持つ利用者がいる等、利用者個々の障害特性の違いが大きく、支援の方法も個別性が高い。したがって、「個別支援計画」に取り入れて支援したり、職員が利用者個々の方法を熟知して支援することで日々の支援が可能となっている。それが主たる要因かどうか、職員に「標準的な実施方法(マニュアル・手順等)」の必要性の認識が薄いことは否めない。そのマニュアル軽視の風潮が、支援の現場だけにとどまらず、運営・管理面にまで及んでいるとしたら問題は大きい。事業所運営上で必要と思われるマニュアル類については、早急に整備を進めることを期待したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者に対する処遇に関しては、個別支援計画を活用し、個々への対応が出来、今現在の満足度が得られている事がわかった。しかし、それを支えているのは、個々の力によるものが大きい。
それぞれの力を集めて、利用者の今後へつなげる支援をする為には、中長期計画及びマニュアルを整備する事が必要であると明確になった。
極力、早期に整備をすすめ、一步一步楔を打ち前進出来る様に努力してゆきたい。
明るく元気のある施設、地域の皆様に愛される施設作りをしていきたい。

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

法人の基本理念は3本の柱から成り立っており、事業所の指針である「人間中心」、「生き方の発見」、「地球・環境・市民」へとつなげている。
 家族に対しては、年間3回開催される「家族会」の中で機会あるごとに説明しているが、利用者本人への周知に関しては特段の取り組みはない。旧法での身体障害者施設であるが、知的障害をも併せ持つ重複障害者もあり、その障害特性の多様さから、周知への取り組みにも一工夫が必要と思われる。

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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

中・長期の構想が法人の会議(施設長会)の中では討議されているが、事業所としての明文化された中・長期計画はなく、現在策定中であった。事業計画の作成に関しては、前年度の反省(事業報告)を踏まえ、各部署での班会議～班長会議～主任による検討へと、定まった流れができている。しかし、明確な中・長期計画が示されていないだけに、事業計画が単視眼的な視野(過去と現在)の上に作成されていることは否めない。
 職員が事業計画の作成に関与することから、職員への周知は十分である。利用者本人へは行事計画中心の周知にとどまっており、理念や基本方針の周知同様、さらなる取り組みが期待される。

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

「杜の家 組織図」に、統括管理者、施設長の役割が明記しており、統括管理者を中心とした組織の仕組みが明確になっている。関連法令に関する研修には自らも極力参加し、職員の外部研修参加を積極的に推進している。
産業医の助言を取り入れ、衛生管理委員会が機能するようになったことによって、職員の就労環境が改善された。東日本大震災に関連して節電対策に臨み、15%の削減効果をもたらした。これらの成果を、さらに横へと展開して、事業所運営の効率化を目指している。

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

所属する団体の会議での情報交換や、各種の研修参加によって必要な情報を収集している。さらに、外部で得た情報を事業所内の会議体(職員全体会、班長会議等)を使って職員にも伝え、現状の課題や問題点を共有して共に考え、多くの職員の意見を事業所の運営に反映させようとしている。
めまぐるしく変化する福祉行政への適応、利用者及び家族の高齢化、利用者の医療依存度の高まり、職員の育成(質・量の充実)等々、多くの課題を抽出している。
税理士事務所と契約して監査を受け、会計・財務面の適正化、透明化を担保している。

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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

中・長期計画が明確になっていないために、計画的な人材確保・育成の仕組みが確立しておらず、将来を見据えた人事プランも示されていない。人事考課制度はあるが、そこからのアウトプットが有効に活用されていない。例えば、人事考課データを分析して職員個々の不足力量を把握し、必要な教育ニーズを明確にする等に、手が付けられていなかった。メンタルヘルスに関し、産業医(精神科医)の助言を得て衛生管理委員会が機能し、職員の就労環境が改善されている。教育・研修について、職員個々への計画段階での落とし込みはないが、実施後の報告書にて効果の評価を実施している。実習生の受け入れは、年間スケジュールに沿って実施されており、採用につながるケースも多い。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

利用者の事故等の予防・対応マニュアルが整備されており、緊急時の対応が明確になっている。利用者が身体に障害を持っていることから、災害時の避難については神経を使っており、年間2回の避難訓練は実情に即したものとなっている。救急救命研修にも力を注ぎ、AED研修は年2回の実施がある。事故発生後には「事故報告書」を作成して再発防止の対策を講じている。しかし、「誤薬事故」に関しては、改善効果が見られずに再発が多い。大きな事故になる前に、抜本的な改善活動を望みたい。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

法人の理念にも「地域貢献」を掲げ、利用者の豊かな暮らしの根本的なフィールドを「地域」に求めている。毎年秋に開催される「杜の家まつり」は、地域住民400名を巻き込んだの一大イベントであるが、事前に広報誌やチラシを使って広報したり、地域や関係機関に挨拶に回ったり、他法人の事業所に出店の協力を要請するなどの取り組みがある。ボランティア担当者を置き、リストの作成もされていたが、ボランティア受け入れの意義や目的を明確にした文書が存在がなかった。法人内に相談支援事業を持っており、そこからの情報でニーズを把握している。しかし、対象エリア内の200名ともいわれる「待機者」の福祉ニーズに応えるためには、事業所の努力には限界がある。

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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

班会議や朝のミーティング等を利用し、サービス内容や利用者の情報を共有して支援している。利用者のプライバシーに配慮しなければならない取り組みは、事業所内には数多く存在する。利用者の個人情報、生活の記録、肖像権（顔写真）、居室内の生活全般、排泄や入浴の介助等々である。それらをリストアップして精査し、体系的なマニュアル整備が望まれる。定期的に利用者アンケートを取り、顧客満足度の進捗を把握している。今回調査時の利用者ヒアリングでも、満足度の高い結果が得られた。相談・苦情の解決システムは構築されている。対応や解決のための取り組みは迅速を期しているが、複数の部署に亘っての案件には適時性を欠くものも見られる。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

今回が初めての第三者評価受審であり、サービス全般をとらえての評価としては、「事業報告・総論」がある。この中では、次年度に向けての課題や取り組むべき方向性が示されている。

標準的な実施方法の文書化は整備途上であり、見直しのためのルールも明確になっていない。利用者個々の支援を充実するためにも、一定以上の水準を担保する標準的な実施方法の文書化と、その見直しのルール化が望まれる。

「個別支援計画書」は細微に亘って作成されていたが、その記録が欠落しているものが散見された。職員間の情報の共有化を図るためにも、定められた記録の作成を望みたい。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

法人のパンフレットは、学生向けのリクルート・ツールを思わせる斬新な創りで目を引く。ホームページも開設されており、利用希望者への情報を提供している。利用契約時には、原則として利用者と保護者（家族）帯同で説明を聞いてもらっている。

利用者の入れ替わりは少なく、施設変更、家庭・地域への移行に関する手続き（手順）の文書化や必要書式の制定も遅れている。利用者の高齢化に伴い、今後は高齢者施設への移行が増加することが想定される。早期のルール作りに期待したい。

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 ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

職員間に知識や意識の個人差があり、アセスメントの精度が均一なものとなっていなかった。アセスメントの意義や目的を理解することを含んだ研修等を実施し、「個別支援計画」の基となるアセスメントの精度を上げてほしい。
「個別支援計画」の作成は適切であり、年間2回の定期的な見直しが実施されていた。しかし、期中での、利用者の状態変化による見直しや意向の変化に着目した見直しはほとんど実施されていなかった。
事業所の使命として、利用者の社会参加や地域での自立した生活への移行を推進しようとの思いはあるが、利用者・家族からはそれに応える声が乏しい。

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	㉔ ・ 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 ・ 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	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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者の自主・自立を目指す支援を行ってはいるが、職員と利用者・家族との間に意識の差がみられる。利用者の主体性に欠ける部分を補うために、アンケート(余暇、外出、入浴等)を行って要望を聞いたり、選択させること(選択メニュー、衣服)で意思の表出を促したりと、職員の工夫がみられる。

入浴や排泄支援の現場では、プライバシーへの配慮に欠ける支援とともとれる事例が報告されている。忙しさや職員配置上の制約はあろうが、標準的な実施方法と利用者の障害特性による個別の支援方法とを十分に把握しての支援を望みたい。誤薬事故の再発防止は、優先順位を高くして取り組んでほしい改善項目である。