

〔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25年10月18日(金)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 成春館 (施設名)障害者支援施設 蔵王の杜	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)鈴木 幾雄	定員(利用人数):50名
所在地:〒441-3421 愛知県田原市田原町石取1-9	TEL: 0531-23-7511

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆管理者の改善意識 着任から2年目を迎えた管理者は、前回の第三者評価受審での気づきを含め、様々な改善や改革を推進している。これまでは明文化されていなかった中・長期計画が、「蔵王の杜中期計画(平成24~26年度)」として策定された。単に事業所の方向性を記述するだけでなく、単年度の事業計画作成に枠組みを与える意味からも大きな存在価値となっている。職員に「危機感の醸成」を求めており、サービスの質の向上に対する管理者の強い意志が感じられる。</p> <p>◆地域との交流・連携 事業所が山の中腹に立地することから、地域との交流面では大きなハンデとなっている。しかし、その弱点(高台)を活かして、市と大規模災害時の「福祉避難所」として契約を結び、地域住民に安心感を与えている。市主催の福祉の集いやバーベキュー大会等の地域イベントに、利用者と共に積極的に参加している。法人主催の夏祭りや文化祭等には、地域住民に声掛けしたり、福祉関係者を招待する等、双方向の交流となっている。</p> <p>◆「食」に対する配慮 食事は、利用者にとっての大きな関心事である。その満足度を向上させるために、嗜好調査に写真を提示して好き嫌いを判定したり、その結果を踏まえてメニューに加えたりしている。毎月の誕生会の食事をオードブルにしたり、外部のクレープ屋さんを呼んだりもしている。選択メニューの取り組みもあり、「食」に対する配慮は大きい。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆P・D・C・Aを意識した取り組み 本評価システムの評価基準の中に、「体制の確立」や「体制の構築」等を要求する評価項目(実習生の受入れ等)が10以上ある。「体制の確立」や「体制の構築」とは、まさにP・D・C・Aによる仕組みづくりである。様々な取り組みを評価する中で、C(チェック)やA(アクション)が確認できない項目が散見された。スパイラルアップしていく組織を作り上げるためにも、P・D・C・Aを意識した事業所運営を望みたい。</p> <p>◆職員都合にならない支援 世間一般的に、多様な障害特性、高齢・重度化、職員配置の不足感等々、これらの課題を抱えた障害者施設では、あらゆるサービス提供が事業所主体となりがちである。当事業所においても、「看護師がいないから入浴できない」、「職員が少ない土・日は入れない」等の理由で、入浴頻度が落ちている。休日の外出も、2ヶ月に1度と、決して多いとは言えない。お酒を提供することが月に1度程度はあるが、積極的な希望の聞き取りはせず、職員が事前に購入してきたものを提供している。支援の質の低下を事業所や職員都合にせず、「利用者主体」の事業所を目指していただきたい。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

社会も施設も利用者も状況はどんどん変化しており、常に新しい対応が求められます。利用者にとっても職員にとっても居心地のよい働きやすい環境を用意していかなくてはなりません。第三者評価でいろいろな角度からご指摘をいただくことで気付かされることも多くあります。すぐには解決できない事もありますが出来る事から改善していきたいと思えます。

#### 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	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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ① ・ c

### 評価機関のコメント

法人の理念“あなたに寄り添います 愛と心と手のひらで”の実践として、今年度も3点の基本方針を定めて支援にあたっている。昨年度からの継続した取り組みとしての「感染症予防による安心・安全な生活環境」、利用者の安全と迅速な対応を狙った「夜間の支援員の増員体制」、法人の理念の実現に欠かせない「人材育成につながる研修報告会の実施」である。保護者が集まる「育成会」の総会で理念や方針を説明しているが、理解力や判断能力に個人差のある利用者には周知させるための特段の取り組みはない。

### 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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ ① ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	① ・ 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 ・ ① ・ c

### 評価機関のコメント

「蔵王の杜中期計画(平成24～26年度)」が策定され、利用者の状況に合わせてサービスの種類を選択できる“ワンストップサービス”への移行や、“児童の日中一時事業”への事業進出等、新たな方向性も見えてきた。この方針に則って事業計画が編纂され、代表者会議等で詳しく説明している。また、事業計画を各フロアにて閲覧に供しており、情報開示としても十分な取り組みである。

事業計画の「重点目標」には、成果が判定できるように具体的な“目標数値”を設定しており、事業報告で検証を行っている。ただ、次年度の目標設定において、前年度の事業報告での評価が反映されていない部分が散見され、今後課題を残している。

### 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	㉠ ・ 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

管理者は、参加可能な研修には積極的に参加しており、学んだことや新たな情報は、様々な機会をとらえて職員に伝えている。「障害者虐待防止法」の施行から1年が経過し、職員間にも法令順守の機運が高まっている。  
 管理者として2年目を迎え、施設運営面に新たな方針を打ち出している。職員に「危機感の醸成」を求め、生ぬるい環境での支援を善しとしていない。「夜間の支援員増員策」や「研修報告会の実施」等、管理者の手腕によって成果が表れることを期待したい。

### 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者は、外部研修に積極的に参加して情報を収集し、市との連携、障害者自立支援協議会や関連する特別支援学校との交流を通して、事業所運営に必要な情報を集めている。法人の事業である相談支援事業所からも、有益な情報を得ている。「利用者の高齢化」、「夜間の支援体制の強化」、「人事考課制度の導入」、「人材育成」等々、課題が上がっている。  
 税理士や公認会計士による財務・会計面での外部監査は実施されていないが、第三者評価を継続して受審しており、サービス面の透明性は担保されている。

#### 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 ・ b ・ ㉠

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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

「蔵王の杜中期計画(平成24～26年度)」に、将来的な職員育成の方向性が示されている。法人全体の命題でもある「人事考課制度の導入」は、まだ具体的な方向性が見えてこない。管理者が、職員と定期的な面談の機会をもって、就労上の意向や意見の聞き取りを行っている。ただし、職員配置や有給休暇の取得等、進展が見られない課題もある。

「平成25年度事業計画」の中に研修計画はあるが、職員個々へ展開されていない。研修実施後には「研修報告会」を開いているが、教育効果の検証や個々の研修の必要性に迫る評価の取り組みはない。

実習生の受け入れに関しても、実施後の評価(反省会等)の記録が作成されていなかった。

## 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

必要と思われるマニュアル・手順書は整備されており、利用者の安全で安心した生活を支援していくための支えとしている。災害や緊急事態に対する訓練も綿密に行われており、非常時用食糧の備蓄、ガス発電機等の備えもできている。

ヒヤリハット委員会を設置し、ヒヤリハット報告書を集計・分析して各部署に回覧している。分析の結果を基に、危険が潜む場所に監視のビデオカメラを設置して事故の発生を減少させている。

## 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

市主催の福祉の集いやバーベキュー大会等の地域イベントに、利用者と共に積極的に参加している。また、法人主催の夏祭りや文化祭等には、地域住民に声掛けしたり、福祉関係者を招待する等、双方向の交流となっている。また、施設が山の中腹に立地することから、市と契約して大規模災害時の「福祉避難所」となっており、地域住民に対して安心感を与えている。様々な形でボランティアが施設を訪れているが、その活動を振り返って評価する仕組みが構築されていない。相談支援事業所が併設されており、そこからの情報によって地域の福祉ニーズを把握し、可能なものから順次活動を展開している。児童デイサービス、重度障害者の生活介護等、新たな事業展開を模索している。

### 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

代表者会議やフロア会議等、それぞれの目的を持った会議体が機能しており、利用者の生活の向上を意識した話し合いが行われている。会議以外でも、朝礼・終礼での伝達、文書による回覧や掲示等、複数の手段を用いて共通理解を深める取り組みがある。課題は運用の仕組みづくり。プライバシーに関するマニュアルはあるが基準が曖昧であり、利用者本人からの意見、要望、苦情等の汲み取りは困難との判断によって、自治会活動や満足度調査の取り組みが企画されていない。相談を受けた場合も、その場での対応で完結させて記録を残していない、等々である。

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

利用者に関するサービス提供記録は十分に整備されており、適切に記録されている。「夜間」、「日中」、「作業」等、細かく分けて記録し、漏れのない記録となっている。前回の第三者評価受審での気づきから、これまでの「手書き記録」から「パソコン入力」へと変更の動きがある。これによって、利用者の記録を蓄えるだけでなく、効果的に活用されることを期待したい。全体的にマニュアルの整備が弱く、見直しの手順等も再検討の余地がある。マニュアルが全てではないが、その必要性については、すべての職員に対して共通理解を得るような取り組みにも期待したい。

### 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

「サービスの選択」に資する取り組みとして、「施設見学の受け入れ」と「パンフレット」を活用している。特に「施設見学」は、担当者が施設内を丁寧に案内し、利用希望者等の関係者に十分な情報を提供している。サービスの継続性に関しての仕組みづくりに一考を要する部分がある。事例は少ないが、隣接する通所事業所(生活介護)からの転入や、グループホーム・ケアホーム(共同生活介護)への転出がある。将来的には、他法人事業所への移行や家庭への復帰も考慮する必要があるだろうが、それらの場合の「引き継ぎ様式」の制定が無く、明確な手順やマニュアルが整備されていない。

### 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

アセスメントの内容については十分であったが、「見直し・更新」が定められた手順で行われているとは言い難く、数年前の利用開始時に行っただけの利用者もいた。アセスメントの重要性を理解したうえで、システム構築を待ちたい。毎年ほぼ同様のサービス実施計画が続いており、アセスメント等の情報から利用者個々のニーズを絞り込む手順が明らかになっていない。「定期的な計画の見直し」、「状態変化時の見直し」、「本人の意向の変化に着目した見直し」等、見直しの機会は多い。見直し時には、利用者の意向をも汲み取った「利用者の最善の利益」を考慮した計画の立案を望みたい。地域生活への移行に関しては、グループホームへの移行が主となっている。

### 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉑ ・ 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	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	a ・ ㉠ ・ 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	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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

## 評価機関のコメント

嗜好調査に写真を提示したり、結果を踏まえてメニューに加える等、利用者本位の考え方が浸透している。さらに、毎月の誕生会の食事をオードブルにしたり、外部のクレープ屋さんを呼んだりもしている。健康管理面も問題が無く、特に投薬関係は管理が十分であった。1年間に、誤薬事故が1件報告されていたが、「事故報告書」によって事故の事実関係やその後の改善処置までを確認することができた。

一方、「入浴支援」、「余暇の有効利用」、「外出支援」、「嗜好品の支援」等は、事業所や職員の都合が優先され、利用者の思いや意向が十分に反映される取り組みとはなっていなかった。