

〔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26年3月19日(水)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人榎の木福祉会 (施設名)かしの木の里	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)石田 和夫	定員(利用人数)：40名
所在地：〒494-0018 愛知県一宮市富田字砂原2147番地	TEL：0586-63-3270

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆理念の「見える化」 「ひとりひとりひかる 地域の中で豊かな暮らしをめざして」との法人の理念は職員に深く浸透しており、利用者や保護者への周知がこれまでの課題であった。「障害のある利用者を街に出す」ことを通して、利用者にも理念の一端を理解してもらおうとの取り組みがある。障害特性から、突然大声が出てしまう利用者であっても、街中への外出支援が分け隔てなく行われている。新装なった隣接の重度障害者施設の中では喫茶店が営業を開始している。そこでは、当該事業所の利用者がやりがいを持って働いており、保護者が顧客としてやってくる。理念の「見える化」が実現している。</p> <p>◆地域の福祉ニーズに応えた支援 市の自立支援協議会や法人の相談支援事業所、短期入所事業等から情報を得て、可能な限りニーズに応える事業展開をしている。特別支援学校の「親の会」からも、将来的なニーズを含んだ情報が得られている。その特別支援学校の春休み、夏休みには、「キッズステイ」と称して空きスペース利用の日中一時の受け入れを行っている。短期入所を使って、虐待ケースの受け入れ等もある。</p> <p>◆的を射た「防災訓練」 利用者の安全確保のため、防災計画を策定してそれに沿った訓練を行っている。災害発生時を想定した避難訓練では、「生活介護(昼間)」と「施設入所支援(夜間)」とに分けて、別々に実施している。事業種別によって、昼と夜の職員配置ががらりと変わることから、職員全員の防災意識を維持するための措置である。さらに、実施後には「避難訓練・避難状況表」を基に評価を加え、課題の抽出や改善策を検討している。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆職員間の格差是正 職員の「経験値」や「学習意欲」の差が、職員としての「力量差」として現出してきている。コンプライアンスに関しても、管理者や幹部職員の理解度とは大きく差異の出ている職員群がある。この問題点の解決策として、これまでの研修体系を見直して、「自主的」な研修と、「義務的」な研修とを組み合わせることが検討されている。具体的な試行や効果の測定は次年度以降になる。</p> <p>◆誤薬事故の撲滅を 事故報告書、ヒヤリハット報告書を点検する中で、「誤薬事故」が6件報告されていた。確実な服薬支援のために、複数回のチェックを行っている。にもかかわらず、誤薬が後を絶たないという現実があり、大きな事故につながる前に抜本的な対策が求められる。そのほとんどがヒューマンエラーによるものであるが、「職員の資質」にその原因を求めず、ヒヤリハットの検証などにより、エラーの起こらない仕組みの構築が望まれる。責任の所在についても、看護師と支援職員との役割分担がしっかり取り決められてはいるものの、今一度見直しを図る必要がある。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

障害者本人の意思決定や地域生活支援の点では、入所施設ではきつい課題になっていることを改めて気づきました。

権利擁護委員会を設けていますが、食事や入浴、余暇などの日常生活上の環境整備や支援に一層の考察があることが分かりました。例えば、入所施設でも利用者が移動支援などを受給できるといいと思います。

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	Ⓐ ・ 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

法人理念である「ひとりひとりひかる 地域の中で豊かな暮らしをめざして」が、職員に深く浸透しており、利用者や保護者への周知がこれまでの課題であった。「障害のある利用者を街に出す」ことを通して、利用者にも理念の一端を理解してもらおうとの取り組みがある。障害特性から、突然大声が出てしまう利用者であっても、街中への外出支援が分け隔てなく行われている。新装なった隣接の重度障害者施設の中では喫茶店が営業を開始している。そこでは、当該事業所の利用者がやりがいを持って働いており、保護者が顧客としてやってくる。

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

「桜の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)を基にして、事業所の事業計画を作成している。「事業計画書」には、前年度の事業計画の評価を記入する欄を設け、事業の継続性にも配慮がある。全職員が事業計画の作成に関与しており、法人によって承認された「事業計画書」が職員全員に配布されている。この「事業計画書」は保護者にも配布されており、利用者には行事計画を中心に、興味があったり、直接関係する部分を抜粋して伝えている。

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

管理者は、重たい課題として、職員の「経験値」や「学習意欲」の差が、職員としての「力量差」として現出してきたことを挙げた。コンプライアンスに関しても、管理者や幹部職員の理解度とは大きく差異の出ている職員群がある。この問題点の解決策として、これまでの研修体系を見直して、「自主的」な研修と、「義務的」な研修とを組み合わせることが検討されている。具体的な試行や効果の測定は次年度以降になる。

法人としての業務改善の大きな柱である「人事考課制度」が、また中断してしまっている。「法人都合の制度」ではなく、「職員のための制度」であることを、職員に理解してもらう取り組みが待たれる。

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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

管理者の自己研鑽にける意欲は旺盛であり、各種のセミナーに参加して法人(事業所)運営に必要な法制度や管理手法を学んでいる。さらに、福祉分野の全国レベルでの先進事業所を見学して回っており、今年度は「権利擁護」に関して先進的な取り組みをしている事業所を訪問した。外部講師を招聘しての研修も実施しており、これらの知識や情報から、事業所を取り巻く環境が正しく把握できている。

過去数年間、第三者評価を継続受審して事業運営の透明化とサービスの質の向上を図っているが、財務・会計面での外部監査の実施はない。

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	Ⓐ ・ 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	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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人の研修委員会が研修計画を策定しており、その計画に沿った研修の実施がある。しかし、個々の職員についての計画には落とし込まれておらず、実施後の「研修報告書」が研修委員会の保管であることから、研修と現場(事業所)指導とが連動しにくい仕組みになっている。実習生の受け入れには積極的な取り組みが見られ、今年度は社会福祉士8名、保育士50名の実習生受け入れ実績がある。課題はマニュアルの整備と、評価のシステムを構築することである。人事考課制度、福利厚生面のメンタルヘルス対応、ともに事態の進展がない。

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 ・ Ⓑ ・ 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

重要なマニュアルの一つである「感染症対応」のマニュアルが欠落していた。早急な整備が求められる。災害発生時を想定した避難訓練は、「生活介護(昼間)」と「施設入所支援(夜間)」とに分けて、別々に実施している。さらに、実施後には「避難訓練・避難状況表」を基に評価を加え、課題の抽出や改善策を検討している。収集事例の数は少ないが、ヒヤリハットの取り組みを展開しており、法人の組織とは別に事業所内の「安全衛生委員会」を立ち上げる構想がある。誤薬事故(6件)が目立っており、「安全衛生委員会」活動による事故の撲滅が期待される。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

地域住民を含めて2000名が参加する「樫の木フェスティバル」に代表されるように、地域との交流・連携は十分にできている。地域の福祉関係を網羅したネットワーク作りが始まり、他法人の後発事業所の底上げも期待されている。難を言えば、フェスティバル等に関与するボランティアが多数いるが、その管理が記録からは読み取れない。反省会も行われており、次回へつなげる課題も話し合われていると思うが、それらを記した「評価」の記録が見つからなかった。市の自立支援協議会や法人の相談支援事業所、短期入所事業等から情報を得て、可能な限りニーズに応える事業展開をしている。春休み、夏休みの「キッズステイ」や、虐待ケースの受け入れ等もある。

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	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

権利擁護委員会を月1回実施し、委員会からの発信で虐待防止に関するアンケートを実施したり、セルフチェックシートを配布するなど権利擁護意識は高い。見学など外部の人を施設内に入れ、風通しを良くして虐待予防につなげている。苦情解決についても委員会を定期的開催する等、積極的な取り組みがあるが、苦情の内容は外部に公表されていない。苦情に関しては迅速な対応がなされているが、意見や要望に対しては処理のスピードが遅く、今後の課題である。組織が大きいためのスケールデメリットとも言えるが、意見や要望への迅速な対応は権利擁護の一環でもあり、職員の意識を高揚させる取り組みに期待したい。

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	Ⓐ ・ 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	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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

第三者評価の取り組みをサービスの質の向上につなげている。前回の評価結果を踏まえ、マニュアルには更新日時が記載され、存在するだけでなく本来の目的通りに活用されていた。第三者評価を継続的に受審することで、職員には傾聴の姿勢が顕著に見られるようになり、サービスの向上につながっている。しかし、実際にサービスが向上しているか否か、利用者満足度はどうかという細部にわたる検証の仕組みは構築されていない。検証によってPDCAサイクルが機能し、サービスについての客観的な評価と改善が期待できる。ぜひ検証の仕組みを構築してほしい。ケース記録については、個別支援計画とリンクしている部分がほとんど見られず、「日々の記録」にとどまっていた。個別支援計画を意識したケース記録の作成を期待したい。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

法人のホームページは充実していて分かりやすい。契約についても面接で十分な説明がなされている。ただ、契約書において、更新されないまま、その期間が過ぎているものがあつた。受給者証の「支給有効期間の更新とともに契約期間も更新される」旨の文言の追記が望まれる。

グループホームへの移行に関し、利用者に対しては入所のスタッフが安定するまでバックアップするという体制がとれている。さらに相談支援事業所「ゆんたく」とは密接に連携がとれており、点でなく面で本人を支えるという仕組みが機能している。

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 ・ 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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

マニュアルに沿って個別支援計画が作成されており、モニタリングについても半年に一度実施されている。利用開始時のアセスメントや再アセスメントも実施されているが、更新が不十分でかなり以前のものがファイルされていた。毎年一度は変更点の確認や見直しを実施し、更新する必要がある。現行のアセスメントの様式は十分な活用が無く、実用的な様式にモデルチェンジを検討している。新様式への変更に関しても、実際にそれを使う支援職員が参画して、よりよいものの完成が望まれる。

地域移行については積極的な取り組みがある。面談において利用者本人、保護者のニーズ(地域移行も含め)を聞き出し、それを個別支援計画に反映させるという「利用者本位」の姿勢がうかがえる。

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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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	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されている。	障 74	a ・ Ⓑ ・ 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

「利用者主体」、「権利擁護」を重んじる姿勢が見られ、個を尊重している。特に排泄支援においては、同性介助を100パーセント実現しており、規模の大きな事業所において当然のこととはいえ評価に値する。自閉症の利用者へのTEACC Hプログラムや「待つ姿勢」の重視はエンパワーメントの観点からも大切であり、さらに取り組みを深めてもらいたい。

食事については、アンケートを実施して利用者の満足度を向上させようとしており、広い食堂で利用者はゆったり食べていた。服薬について、確実にされるように複数回のチェックを行っている。にもかかわらず、誤薬が後を絶たないという現実があり、大きな事故につながる前に抜本的な対策が求められる。そのほとんどがヒューマンエラーによるものであるが、「職員の資質」にその原因を求めず、ヒヤリハットの検証などにより、エラーの起こらない仕組みを構築されたい。責任の所在についても、看護師と支援職員との役割分担がしっかり取り決められてはいるものの、今一度見直しを図る必要があろう。

入浴については、利用者の要望に応えきることが困難であることは容易に想像できる。その中で、時間・順番等、少しでも利用者の要望に応えようという姿勢がうかがえる。