

〔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27日(木)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人樫の木福祉会 (施設名)GHCびさい	種別:(施設種別)共同生活介護・共同生活援助 (基準の種類)障害福祉施設版
-------------------------------------	--

代表者氏名:(施設長)只井 秀明	定員(利用人数): 17名
------------------	---------------

所 在 地:〒494-0017 愛知県一宮市祐久字九百坪97番地	TEL: 0586-68-6505
-------------------------------------	-------------------

③総評

◇特に評価の高い点

◆地域との交流支援

重度の障害を持っていたり、医療ケアを必要とする利用者が地域との係わりを持つことはたやすいことではないが、積極的に外へ出て行く支援を行っている。休日に職員がボランティアとして外出を支援したり、法人の居宅介護事業所(移動支援)を使って、映画館や喫茶店、買い物に出掛けたりしている。利用者が回覧板を職員と共に隣の家まで届けたり、公園の盆踊りに参加したりと、地域住民との触れ合いの機会もある。一方、近隣農家から野菜のおすそわけがあったり、ホームイベントにご近所から参加があったりと、双方向の流れが出てきた。

◆手厚い職員配置

利用者の中には、医療依存度が高く、常に看護師の目が必要な利用者もいる。障害特性から、常時見守りが必要な利用者もいる。あるユニットでは、ほとんどの利用者が2名の職員の介助で入浴の支援を受けている。食事に関しても自立している利用者は少なく、職員と1対1の体制である。特に、夕食、入浴の支援が重なる夕方が忙しい。このような状況下で安全な支援を続けるためには、手厚い職員配置が必要とっており、繁忙時にはボランティアを含めると利用者と同数程度の職員が支援している。

◆多彩なコミュニケーション手段

コミュニケーションを確保するために、利用者個々の力量や能力に合わせた対応がある。作業や行動の区別を明確にするための「時間表」があり、「絵カード」で自身の行動先を理解する利用者もいる。決まった「もの(バッグや帽子等)」を渡されることによって、行動を起こせる利用者もいる。利用者ヒアリングでは、評価員の質問に答えず、目で職員に助けを求める利用者がいた。アイコンタクトも機能している。

◇改善を求められる点

◆組織的な改善活動を

3年連続して第三者評価を受審しており、一つひとつ課題が解決され、問題点が改善されている。しかし、改善計画が作成されていないことから、全職員への周知が充分でなく、改善効果が希薄になってしまっている。勤務時間が変則的であり、職員全員の意識の統一を図ることが難しい職場だけに、それぞれの改善項目について、その内容や目標、期限(スケジュール)、責任者等を明確にした計画を作成し、記録として残すことを望みたい。

◆夜間を想定した防災訓練

防災訓練に関しては、計画通りの実施がなかった。かつて、避難訓練で利用者が不穏になって、当日の夜間の睡眠や翌日の通所・通勤に支障が出たことがあり、その解決策が見いだせないままになっている。防災訓練は、実地に行うに越したことはないが、座学による机上の訓練、通報訓練、VTR学習等、利用者の障害特性に配慮した訓練を工夫する事も可能であろう。年間の防災計画を見直し、実情に合った計画の作成と実施に期待したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

重度の障害を持つ利用者を受け入れており、医療的なケアの必要な利用者も在籍している。このような中で、様々な研修の必要性明らかになってきており、どのような障害やハンデを持った利用者であっても手厚い支援ができるように人材を育成していく必要がある。同時に、医療との連携についてもきめ細かに対応していきたい。

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。

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	㉖ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人の理念や基本方針を世話人室に貼りだし、非正規職員である世話人にも十分な理解を求めようとしている。理念や基本方針に限らず、職員の意識付けを狙った貼り紙が随所に掲示されている。
重症心身障害者である利用者の受け入れを行っており、保護者に対しては十分な説明が行われている。

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	㉖ ・ 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	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

法人が、中・長期計画策定会議で策定した計画が進んでいる。平成26年～35年を対象とした「居住支援部会」作成の長期計画には、ラフではあるが費用計画も入っており、グループホーム・ケアホームの増設計画や職員の配置計画をも含んでいる。「平成25年度年間事業計画」は、前年度の事業報告で課題として残った事項を反映させる形で作成され、県内でも稀な重度障害者のケアホームとして、先進的な施策(医療的ケアの提供等)も盛り込まれている。
重度の障害を持つ利用者への周知は不十分ではあるが、保護者への説明・周知は十分であり、大きな信頼と協力が得られている。

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

※当該事業所における制度上の「管理者」は、バックアップ施設の管理者が兼務しているが、当該事業所の管理業務全般がサービス管理責任者に委ねられていることから、I-3項に限り「管理者」を「サービス管理責任者」と読み替える。
 職員が定着し、安定的な支援が可能となっている。正規職員、看護師資格を持つ職員、非正規職員である世話人やボランティア等々、多くの職種の職員がチームを組んで支援にあたっており、サービス管理責任者はじめ各々が役割や責任を理解している。時間的な制約があっても体系的な教育・研修が組めず、コンプライアンス面での職員間のばらつきがある。今年度より、試験的に他法人の事業所への訪問研修が始まった。

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	a ・ ㉡ ・ 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

重度障害者や医療ケアを必要とする利用者を受け入れて3年目を迎えた。近い将来、県の方針として同地域に大型の重度障害者入所施設が建設されることが確定しており、今後の事業所運営に影響が出ることが予測される。法人の重度障害者施設との連携も含め、今後の展開は予断を許さない状況であるが、現行制度の中で可能な限りの支援を行っている。
 看護職の職員配置の課題があり、保護者等の思い描く理想の形は完成していない。特に、医療依存度の高い利用者の夜間の対応に苦慮している。
 第三者評価の受審は3年連続しての取り組みとなったが、外部監査は実施されていない。

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	㉖ ・ 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 ・ ㉗ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉗ ・ 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 ・ ㉗ ・ 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 ・ ㉗ ・ c

評価機関のコメント

職員雇用が安定してきたが、効率的な管理と充実した支援を実践するに十分な人材の育成が難しく、「サービス管理責任者の養成」が重点課題となっている。法人の研修委員会が体系的な研修計画を作成しているが、世話人の力量アップや標準化に向けた取り組みはない。研修実施後には、「研修報告書」を提出させているが、原本は本部に回付・保管されており、事業所での指導には使われていない。

法人主導の人事考課制度が停滞しており、事業所独自に面談を実施して意見集約を図っている。

実習生の受入れに関しては、バックアップ施設で実習する学生が見学に訪れる程度である。

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	㉖ ・ 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	a ・ ㉗ ・ 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 ・ ㉗ ・ c

評価機関のコメント

必要な改定が繰り返され、マニュアル類が整備されている。看護師配置の課題が解決できず、夜間自宅に帰る利用者もいるが、身体的な介助を必要としたり、医療ケアを必要とする利用者の安全に配慮し、ホームへの帰宅～入浴～夕食の時間帯に職員を厚く配置している。訪問調査日の午後7時～8時頃には、利用者と同数程度の職員(ボランティアを含む)がホーム内で支援にあたっていた。

防災訓練に関しては、計画通りの実施がなかった。かつて、夜間の訓練で利用者が不穏になってしまい、当日の夜間の睡眠や翌日の通所・通勤に支障が出たことがあり、その解決策が見いだせないままになっている。

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	㉖ ・ 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	a ・ ㉗ ・ 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 ・ ㉗ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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

重度の障害を持っていたり、医療ケアを必要とする利用者が地域との係わりを持つことはたやすいことではないが、積極的に外へ出て行く支援を行っている。居宅介護事業所(移動支援)を使って、映画館や喫茶店、買い物に出掛けている。回覧板を職員と共に届けたり、公園の盆踊りに参加したりと、地域住民との触れ合いの機会もある。一方、近隣農家から野菜のおすそわけがあったり、ホームイベントにご近所から参加があったりと、双方向の流れが出てきた。
保護者の強い希望と協力があって実現したホームであり、空き部屋を利用して体験入所もできる。法人としては、ホームの増設を計画しており、地域の期待は大きい。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者を尊重した支援の実践のため、世話人ごとのプレを無くそうと、支援にあたっての姿勢や方法が世話人室の壁面いっぱい貼り出している。職員配布用に作成された「基本的な姿勢」には、利用者の尊重やプライバシー保護に関する内容が盛り込まれている。利用者・保護者の希望で建ったホームであり、利用者個々に合わせて居室改修が行われており、住みやすく支援しやすい工夫がある。利用者や保護者の意見を聴くことに気を配り、誕生日には希望のメニューを用意したり、居宅介護事業所と連携を図って外出希望を叶えたこともある。
意見を言いやすい環境作りや迅速な対応はあるが、苦情処理についての「公表」の仕組みが構築されていない。

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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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

第三者評価を継続受審しており、一つひとつ課題が解決され、問題点が改善されている。しかし、改善計画が作成されていないことから、全職員への周知が充分でなく、改善効果が希薄になってしまっている。それぞれの改善項目について、その内容や目標、期限(スケジュール)、責任者等を明確にした計画を作成し、記録として残すことを望みたい。
「支援マニュアル」が整備されており、定期的に見直しをして改定している。利用者の状態の変化に応じて保護者や居宅介護事業所と話し合いを行い、その都度適切な記録を残している。職員間の情報は「職員連絡ノート」を使い、保護者とは「連絡ノート」を使って、情報の漏れを防いでいる。

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	㉠ ・ 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

ホームページやパンフレットにより情報提供しており、重度の障害者や医療的ケアが必要な利用者の受入れがあることから、問い合わせや見学の希望が多い。見学者には、サービス管理責任者が対応しており、必要な情報は漏らさず伝えるようにしている。
一般就労や家庭への移行がまれにあるが、相談支援事業所との連携の下、退居後も担当者が連絡を取り合う等、サービスの継続性が担保されるように配慮している。

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 ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

写真付きの「サポートブック」と「利用者調査票」を活用し、アセスメントが行われている。半年ごとにモニタリング、1年ごとに再アセスメントを実施するとのことであるが、その手順が文書化されておらず、定期的なアセスメントが十分には実施されていない。

サービス実施計画の策定や変更の際には、思いや意向を表出することが困難な利用者の代弁者である保護者との話し合いにより、ニーズ調査表が作成され、見直しが行われている。その際、昼間の支援(生活介護、就労継続支援B型事業等)を担当する事業所と調整して同一日に設定する等、利用者側の負担軽減にも配慮している。

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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉞ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠
	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

コミュニケーションを確保するために、利用者個々の力量や能力に合わせた対応がある。作業や行動の区別を明確にするための「時間表」があり、「絵カード」で自身の行動先を理解する利用者もいる。決まった「もの(バッグや帽子等)」を渡されることによって、行動を起こせる利用者もいる。自由意思や思いを叶える取り組みがあり、利用者の好きなものが食事の材料として使用され、誕生日には希望のメニューが用意される。自力で食べられる人には、極力手を貸さない。服装に関しても、保護者に情報をもらって、利用者の好む服を着てもらっている。職員が休日にボランティアとして帯同したり、居宅介護事業所の移動支援を使ったりして、馴染みの理・美容院へ通う利用者もいる。

浴室は、発作の心配がある利用者のために大改造が行われた。ただし、利用者個々の障害特性に合わせて適切な入浴支援をするために職員の配置が最優先されており、利用者の意向や都合に配慮することは不可能である。