

〔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5日(水)

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)ステップ	種別：(施設種別)就労移行支援、就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(管理者)伊藤 豪	定員(利用人数)：40名
所在地：〒494－0012 愛知県一宮市明地字上平35－1	TEL：0586－68－1207

③総評

◇特に評価の高い点

◆数値目標を掲げた事業計画

前年度の事業計画についての評価・検証を「事業実施報告書」にまとめており、特に重点項目として取り上げた事項に関しては数値を挙げて報告している。その反省の中で課題を明確にしておき、「平成25年度ステップ事業計画」につないで事業の継続性を担保している。事業計画では、事業部門ごとに数値目標を定めており、事業年度の終了時に取り組みの成果(達成の可否、到達の度合い)が判定可能となっている。目標数値を定めての支援は、職員及び利用者のモラルアップやモチベーションの維持にもつながっている。

◆地域交流と地域移行を意識した支援

就労移行支援及び就労継続支援B型を実施する事業所であるが、ほとんどの活動が地域と係わりを持っている。パン工房や喫茶店の運営、花苗の生産と販売、弁当の一般向け販売、就労移行につなげるための施設外就労等々である。事業所内の指導についても就労移行を意識しており、面接指導や履歴書の書き方、身だしなみや接遇教育も実施されている。「樫の木フェスティバル」には、地域住民を含んだ2,000名の来場者がある。職員対象の外部講師を招聘しての講演会には、法人内から参加者を募るだけでなく、他法人にも参加を呼び掛けている。

◆就労条件の改善から意識の改革へ

有給休暇を取りやすくしたり、時間外労働時間の短縮化に取り組んでいる。タレでの申し送り時間を短縮することによって時間外労働時間が短縮されるという効果も確認された。職員に「時間的なゆとり」が生まれたことにより、「職員都合」による支援から「利用者本位」の支援へと意識の変革も生まれ、法人理念の実践ともなっている。

◇改善を求められる点

◆将来を見据えた職員育成を

法人全体としての人事プランとは言えば、将来的な必要人材のプラン策定よりも、職員の欠員補充に重点が置かれている感が強い。絶対的な数の不足を生じている「社会福祉士」の養成にも有効な施策が打たれず、さらに当該事業所では「社会福祉士実習指導者研修」の履修者もないことから、ここ数年来実習生の受け入れが行われていない。実習生の受け入れは、担当者の業務の見直しやスキルの向上等、受け入れ側にも大きなメリットがある。将来的な人事プランの策定が待たれる。

◆意見や要望、苦情等の取扱い

利用者等が意見や要望、あるいは苦情を訴える窓口は明確にされており、迅速な対応も見られる。課題としては、定期的な面談制度や対応した記録様式の未整備である。記録様式を定めることは、職員個々の対応力量差を縮めることにもつながる。さらにもう一つの課題は、公表システムの欠如である。社会福祉法の精神でもある「施設選択に資するための情報公表」(75条)は、事業所の長所ばかりの公表を求めるものではない。「苦情」、「クレーム」の公表を事業所側の不利益情報ととらえず、一つひとつの苦情にいかに対処したか、いかに解決したかを明確にすることが、サービスの質の向上につながることを理解してほしい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回で3度目の受審となりました。昨年までとは違う評価機関にて受審したことで、新たな発見をすることができました。

職員の異動が生じてもサービスの質が確保できるようマニュアルの整備が必要であり、職員のモチベーションを維持・向上していくためにも、管理者の責任とリーダーシップが肝要であると実感しました。

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

数年前、それまでにあった「ひとり ひとり ひかる」とのスローガンに詳細な説明が付け加えられ、法人の基本理念、基本方針が確立した。

正規職員と非正規職員(パート職員)との就業時間上のずれがあって、理念や基本方針の理解を始め様々な意識のギャップがあったが、管理者(サービス管理責任者兼務)が非正規職員と話をする機会を増やし、意識のギャップの減少を図っている。保護者への周知に関しては、利用開始時や年に数回開催される保護者会にて説明の機会があるが、利用者への説明機会が少なく、障害特性に差異の大きい利用者への周知・理解を進めるための手段や方法が確立していない。

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	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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

平成24～27年度を対象とした法人共通の中・長期計画が策定されており、当該事業所に関しても大まかな(ハード部分の)方向性は確認できる。また、法人内の3部会の一つである「日中生活支援部会」が中・長期計画を策定しており、支援の方向性も明確になっている。課題として、「職員育成」や「地域との関係」、「安全対策」等、利用者支援上の重要ファクターについての中・長期的なプランの策定を挙げておきたい。

事業計画に関しては、前年度の事業報告での反省を踏まえて作成されており、重点課題には目標値を設定して取り組んでいる。

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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

「組織体系図」、「部門担当・係分掌とその業務内容」が示されており、職務権限や責任の所在が明確になっている。管理者自身の法的知識は十分なものがあるが、職員に対しての周知活動が十分には行われていない。法人研修や事業所研修だけに頼ることなく、支援の現場においても管理者自らが積極的に伝えていく姿勢が求められる。

発達障害や自閉症の利用者に対し、支援する職員の都合を排して療育面の充実を図っている。夕礼での申し送り時間を短縮して残業時間を少なくする等、業務の効率化も見えてきた。

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	㉠ ・ 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

外からの情報としては、各種の研修会参加や所属団体(知的障害者福祉協会、自立支援協議会等)の会議を通して得られており、法人内部の「運営会議」や「経営会議」、「部会代表者会議」での情報と併せ、的確な環境把握ができています。それらの理解の上で、「就労移行事業の存続の可能性」や「就労継続支援B型事業の分割」等の大きな課題を抽出している。

第三者評価を継続受審してサービス面での透明性は確保しているが、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	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	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	㉠ ・ b ・ 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

法人全体の傾向として、将来的な必要人材のプランよりも現場での職員の欠員補充に重点が置かれ、絶対的な数の不足を生じている「社会福祉士」の養成に光明が見えてこない。人事考課制度も暗礁に乗り上げて試行錯誤を繰り返している。面談の定期的な実施や残業時間の短縮化等、一部就労関係の処遇改善は図られたが、職員のメンタルヘルスへの取り組みは遅れを取っている。法人の研修委員会が体系的な研修計画を作っており、階層別の研修実施がある。研修終了後に「研修報告書」が作成されているが、教育効果を検証する取り組みはない。実習生の受け入れに関しては、「社会福祉士実習指導者研修」を受講した職員がおらず、実習生を受け入れ出来ない状態が続いている。

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

法人の制度に沿って安全衛生委員を選任しており、緊急時の事業所内での役割分担も決まっているが、全職員への周知では課題を残している。利用者の就業場所が複数に分かれていたり、通勤手段や送迎方法や送迎時間にも差異があったりと、緊急事態や災害発生時の対応の難しさがある。それぞれの職員が定められた役割を果たすことは当然であるが、様々な状況に対応可能な支援体制(訓練)の構築が望まれる。
2ヶ月に1度の防災訓練実施後には「防災避難訓練記録」を残し、課題を抽出して次回の実施に反映させている。

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	㊦ ・ 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	㊦ ・ b ・ 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

事業展開(就労移行事業、就労継続支援B型事業)と地域とを連動させる仕組みを構築しており、パン工房や喫茶店の運営、花苗の生産と販売、弁当の一般向け販売、就労移行につなげるための施設外就労等々、地域との「フェイスtoフェイス」の関係ができています。地域住民を含めて2,000名が参加するという「かしの木フェスティバル」、他事業所へも呼びかけを行う「法人研修会」の実施、福祉避難所登録等、地域への貢献度は大きい。ボランティア委員が選任されていて受け入れ数も多い。ボランティア委員会が評価や検証を行っており、次年度へつなげる仕組みがある。特別支援学校の「親の会」の意向を把握しており、中・長期を見据えた事業所運営を行っている。

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	㉠ ・ 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	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	a ・ ㉠ ・ 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

サービス提供についての共通理解を持つための勉強会を、グループ毎にテーマを決めて実施しており、事業所としての取り組むべき姿勢の強さが感じられる。利用者満足に関しては、定期的な個人面談が実施されており、利用者のニーズにはある程度応えているが、面談が定期的でないことや面談の記録様式が制定されていないこと等の課題もある。職員の力量によって対応に大きな差が生じることのないよう、研修や指導も含めた仕組みの構築が望まれる。苦情解決の取り組みとしては、公表の仕組みづくりを期待したい。

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

評価機関のコメント

第三者評価を継続して受審する機会をサービス向上のための手段としてとらえ、会議、研修等を通して職員に周知されている。課題の抽出は十分であるが、職員間の共有化や改善実施計画が立案されていない点で課題も残る。

標準的な実施方法が定められているが、職員間での適宜の見直しの実施にとどまり、時期を定めて定期的に見直す等のルール化が図れていない。サービスの実施状況としては標準レベル以上であったが、利用者・職員それぞれが高い目標を持って取り組む意欲を、今後どのような形で記録に残していくか、職員の情報共有の仕組みづくりと共に次回調査での改善の確認を楽しみにしたい。

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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業内容を一覧表にした資料を用意し、利用希望者に分かりやすく説明している。利用開始前の見学や体験では、自施設にこだわることなく、他のサービスがふさわしいと思われる場合には、他事業所へ同行して一緒に説明を受けている。

職員は「利用者本位」を意識した支援を行っており、利用者の意向や状態の変化に伴って、他の事業所の紹介も行っている。相談支援事業所と連携し、サービスが終了した利用者に対しても連絡を取り合う等、目先のことにこだわらず、「利用者の最善の利益」を優先した対応ができていた。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

利用開始時に利用者と保護者を交えてアセスメントを実施し、その後は「就労移行支援事業」は3ヶ月毎、「就業継続支援B型事業」は6ヶ月ごとにモニタリング、再アセスメントを実施している。
サービス実施計画においては、職員一人ひとりが高い意識を持って取り組んでいる。自己評価は低いものであったが、支援の現場では確実に実施していることが確認できた。「就労移行支援事業」に関しては目標人数を決めて取り組んでおり、就労移行の推進に加え、2年間の事業期間満了に伴う利用者減が課題として挙がってきた。

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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	非該当
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	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	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	㉠ ・ 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

事業所は、通所施設として建設されたところではないだけに、不十分な部分は多々みられるが、その部分を感じさせない適材適所で部屋を活用し、作業ごとに利用者に合わせたレイアウトを行っている。集中力散漫、情緒の不安定な時も考えた和室の活用等、細部まで意識して取り組んでいる。

食事は、弁当ではあったが、同法人内で調理されたものであり、利用者の声をうまく反映させていて、食事中は利用者の笑顔が見られた。身だしなみは、サービスの終了時(就労)を意識した配慮を行っており、事業所全体に「利用者がどこに向かって行くのか」のメッセージが明確に伝わるような姿勢が感じられる。