

〔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2月22日(土)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人愛光園 (施設名)まどか	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)渡部 等	定員(利用人数)：40名
所在地：〒470-2102 愛知県知多郡東浦町大字緒川字東米田23番地	TEL：0562-83-5344

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆理念(クレド・カード)を活用した職員の育成 事業所開設から30年が経過し、全職員が創業の精神を心に刻めるように「クレド・カード」が作成された。毎週1回、会議等の機会を利用して、職員が「クレド・カード」に沿って自らの意見や考えを表出する取り組みも始まっている。法人の理念に謳う「誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会」の実現を目指し、全職員が方向性を定めて支援にあたっている。</p> <p>◆利用者主体の支援 利用者の人格と尊厳を重んじ、主体性を尊重した支援が実践されている。職員は利用者の表情を読み取る力を備え、言葉はなくてもカード等の活用で意思の疎通を図っている。出来そうなことにはあえて手を出さず、見守りの支援に徹しており、実習生の反省文にも、「手を出さない支援」の学びが記されていた。「エンパワメントの理念に基づくプログラム」を、「本人が気持ちよく感じるプログラム」と約し、利用者の意向を汲んだ外出支援、集団での食事が苦手な利用者の部屋食、これまでの習慣である夕方や夜の入浴、自身での洗濯、馴染みの美容院の利用等々、利用者それぞれの力量に合わせたプログラムの用意がある。本部と施設長間を結ぶ「杉田宅急便」は、郵便配達員にあこがれる利用者の自己実現の取り組みである。</p> <p>◆満足度の高い多彩な外出支援 様々な場面で利用者の意向を汲んだ外出支援が行われている。自立度の高い利用者は、余暇を利用して自由に買い物に出かけている。誕生日には、利用者の希望する所へ職員(もしくはボランティア、ヘルパー)と1対1のお楽しみ外出がある。通常の支援(生活介護)の中でも、「わくわく外出」なる楽しい外出支援があり、休日を利用した「いきいき外出」と共に利用者からは好評を博している。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆PDCAを意識した体制の構築 支援の現場の充実度に比較し、管理的な部分にシステム(PDCA)の欠落が散見された。評価基準によって「体制の整備」や「体制の確立」が要求される項目だけに絞っても、「評価・検証(C)」や「改善(A)」の仕組みが動いていない項目が目についた。研修実施後の教育効果の検証、実習生受け入れ終了時の反省、ボランティア受け入れに対する総括等々である。それぞれのマニュアルや手順書に本来的な意義や目的を明記し、しかるべきタイミングで評価・検証が実施されることを期待したい。</p> <p>◆誤薬事故の撲滅 ヒヤリハットの取り組みを行っており、多くの事例収集がある。それらを分析して未然防止策を講じているが、収集事例の多くを占める「誤薬」が一向に減少していない。「誤薬」は、一つ間違えば利用者の生命にも係わる危険性をはらんでいる。大きな事故につながる前に、抜本的な取り組み(キャンペーン等)や改善策の検討を望みたい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

全体として高い評価を頂き、事業所のモチベーションは高まりました。
理念を活用した職員育成や利用者主体の支援等では、その継続を目指します。
反対に、マニュアルの整備と活用には事業計画の重点課題にして鋭意取り組んでいます。
今回のサービス評価でもたくさんの気づきがありました。この気づきを事業計画や職員研修等に活かしていきたいと考えています。

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

事業所開設から30年が経過し、全職員が創業の精神を心に刻めるように「クレド・カード」が作成された。会議等の機会に、職員が「クレド・カード」に沿って自らの意見や考えを表出する取り組みも始まっている。
利用者を対象としたミーティングで法人の理念や事業所の方針を説明しており、言葉によるコミュニケーションが苦手な利用者に対しては、映像を駆使して周知を図っている。

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 ・ Ⓑ ・ 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

事業所独自の中・長期計画はないが、法人のマスタープランに沿った事業計画の策定があり、前年度の反省(事業報告書)に立って、新たな計画が作成されている。
職員が実施した自己評価の気づきや意見を事業計画に盛り込んでおり、事業計画の作成に関して第三者評価制度の有効な活用が見られる。利用者個々へはその障害特性によって理解力や判断能力に差があって、一律に周知されることは困難であるが、保護者アンケートにおいては非常に高い数値を記録した。

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、同業者で構成する県の協会の要職を務め、事業所内外での指導的立場にある。対外業務によって事業所を不在とすることも多く、後継者の育成が急務となっている。法令順守の重要性に関し、「権利擁護委員会」を組織化して毎月会議を設け、支援の振り返りを行っている。当面の課題を、「指示的言動の排除」ととらえ、事業所内での改善活動を指揮している。

第三者評価の受審をサービスの質の向上のための有効な手段ととらえており、定期的な受審がある。地域移行にも積極的に取り組み、これまで、30名近い利用者をグループホーム、ケアホームに移行した。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者が業界団体の役員を務め、会議やメンバー間の情報交換で様々な情報を得ている。厚労省が公開した資料やインターネットからも重要情報を得ており、事業運営に関する環境把握は十分である。これまで、30名近い利用者をグループホーム、ケアホームに移行して自立支援を行ってきたが、高齢化した利用者や行動援護を必要とする利用者の滞留が今後の検討課題として挙げてきている。その他の課題として、施設の老朽化や人材育成を挙げている。

早い時期から公認会計士を入れて財務・会計面での透明化を図っており、第三者評価を継続して受審することによって、管理・運営面やサービス面での事業の透明性をも担保している。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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

法人の体系的な人事考課制度があり、結果を処遇につなげたり、職員個々の教育ニーズの把握に役立てている。「自己評価票」に基づいてフィードバック面接を実施し、職員それぞれが「目標取組申告書」を作成している。法人内の研修体系が構築されており、職員個々の研修計画への落とし込みもされている。研修受講後には報告書を提出させているが、研修効果の検証は実施されていない。
 社会福祉士、保育士を志望する実習生を年間30名ほど受け入れており、積極的な取り組みは評価に値するが、実習終了後に本来目的に沿った効果の検証が行われていなかった。

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	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

利用者の安全・安心な生活を護るためのマニュアルについて、一元的な管理が実施されておらず、体系的なマニュアル作りが検討されている。同一地域にある法人の他事業所との合同防災訓練を年間2回実施しており、夜間想定避難訓練の実施もある。
 ヒヤリハットの取り組みを行っており、多くの事例収集がある。それらを分析して未然防止策を講じているが、収集事例の多くを占める「誤薬」が一向に減少していない。大きな事故につながる前に、抜本的な取り組み(キャンペーン等)の必要性が感じられる。

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

法人の幾つかの事業所が点在する中に一般の民家も混在しており、事業所と地域との一体化が図れている。以前より、利用者と職員とで地域の廃品回収を行っており、毎年8回程度が計画されている。地域をも対象に「ひかりのさとバザー」が開催され、約1,000名の来場者がある。地域のイベント(於大まつり、産業まつり)では、利用者が自主製品を販売する。地域住民対象に講演会を開催したり、災害対策として非常電源を備えた自家水道(井戸)を設置した。ボランティアの受け入れ(年間500名超)は積極的であるが、受け入れのマニュアルが未整備であり、評価・検証の仕組みも構築されていない。

法人の相談支援事業や就労移行事業と連携し、地域のニーズを把握して要請に応えようとしている。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

重度な障がい者(自閉症等)や高齢化する障がい者が利用しており、その意見や要望をくみ取るために、様々な工夫が重ねられている。利用者や保護者からの意見の聞き取りだけでなく、第三者委員によるサービスの評価を定期的実施し、それらを基に支援の振り返りに活かす仕組みが確立している。利用者満足についての具体的な工夫の一つとして、利用者満足の結果や取り組みなどの説明に、様々な写真が活用されていた。ホームページでも多くの日常生活についての写真を掲載しており、支援の一端を見ることができる。高齢化する利用者への介助や、重度障がい者への支援が多い職場にあって、職員がサービスの質を下げることなく、そのような写真を現場で撮ったり、第三者が見やすく編集することについては、職員の「頑張り」を高く評価したい。

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	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

行動援護対象者の記録には、本人の特性や関係職員の会議録、改善結果などが示されていた。昭和60年4月開設ということで、施設の老朽化は否めないが、居室の扉や内装などに利用者の特性を踏まえた様々な工夫の跡があり、職員個々のサービス向上への意識の高さがうかがえた。

法人全体でQC活動に積極的に取り組んでおり、当事業所においても中堅職員、新人職員を含む4人がチームとなって取り組んでいる。具体的な例として、脱衣場での職員の動線についての改善が進んでいた。効果として、衣類を運ぶ際の職員の負担軽減が図れた。年1回法人全体の発表会が開催され、職員の努力が利用者へ還元できることが前提となっている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページや機関誌などにより、事業所の情報が公開されている。法人機関誌「愛光園だより」は、事業所内のサービス提供状況を伝えるだけでなく、法人全体の経営方針なども掲載され、中身の濃い機関誌となっている。

契約については、継続利用する利用者についても、年1回の契約(更新)説明会を設け、施設概要や利用契約書、個別支援計画書、重要事項説明書などについて、写真などを用いてわかりやすい説明している。同一法人内には、障害者生活支援センターや認知症高齢者グループホーム、介護老人保健センター等も展開され、高齢化してきた利用者の今後の生活について相談できる体制が整っている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

アセスメントの実施、サービス実施計画の策定、モニタリングの実施等、書類の整備と実施が適切に行われ、本人希望も個別支援計画に明記されていた。計画と実施においても、適切に管理されていた。
 地域移行については、平成4年からの実績が27名となっており、定員の見直しも実施されている。障54において、自己評価はbとなっているが、評価基準に照らし、a評価としたい。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者の人格や主体性を尊重した支援が徹底されている。職員は利用者の表情を読み取る力を備え、言葉はなくてもカード等の活用で意思の疎通が図られている。利用者の出来そうなことにはあえて手を出さず、見守りの支援に徹している。実習生の反省文にも、「手を出さない支援」の学びが記載されていた。「エンパワメントの理念に基づくプログラム」を、「本人が気持ちよく感じるプログラム」と約し、誕生日の1対1外出、支援の枠内での「わくわく外出」や休日の「いきいき外出」、本部と施設長間の文書を運ぶ「杉田宅急便」、集団での食事が苦手な利用者のための「部屋食」制度、これまでの生活習慣である夕方や夜の入浴、自身での洗濯、馴染みの美容院の利用等々、利用者それぞれが力量に合わせて生活している。

課題は誤薬事故の撲滅。大きな事故とならない前に、抜本的な改善策の検討を望みたい。