

〔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10月24日(金)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 名古屋ライトハウス (施設名)戸田川グリーンヴィレッジ	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)上田 千春	定員(利用人数):40名
所在地:〒454-0964 愛知県名古屋市中川区富永一丁目16番地の1	TEL: 052-303-4114

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆事業計画と現場支援との一体化 事業計画を各部門にブレイクダウンして「行動計画書」に落とし込んでいる。この「行動計画書」には、行動計画の詳細な内容、担当者(責任者)、スケジュール(期限)の他に、達成すべき数値目標が設定されている。さらに、行動計画と現場での支援とが乖離しないよう、「行動計画進捗表」によってマンスリーの評価・検証が実施されている。職員が目指す方向を一つにして支援に邁進できる仕組みが構築されている。</p> <p>◆「お兄さん、お姉さん制度」の効用 新入職員にとって、入職当初(1~3ヶ月)の精神状態や体調は不安定にならざるを得ない。新入職員がその難しい時期を乗り切るために、「お兄さん、お姉さん制度」があり、先輩職員が公私に亘って面倒を見ている。理念に謳う「全ての人が生き活き」とは、ひとり利用者を対象とした言葉ではない。先輩職員が親身になって指導したり、相談に乗ったりしており、その経過が毎月の「振り返りシート」に記録されている。人材育成や福利厚生面での施策であるとともに、早期離職の有効な防止策ともなっている。</p> <p>◆「防災訓練」に見る改善意識の高さ 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の終了後には、利用者のアンケート調査が実施されている。そのアンケートで「避難経路」の不備が指摘され、防災委員会で検討の結果、次回の防災訓練では見直し・変更された「避難経路」を使って訓練が実施された。訓練といえどもマンネリや硬直化を許さず、常にサービスの向上や改善意識を持って支援が行われている現状を垣間見ることができた。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆評価プロセスの欠如 当該事業所では取り組みが無かったが、法人が認証を受けていたISO9001(品質マネジメントシステム)の影響からか、P・D・C・Aを意識した仕組みや取り組みがある。しかし、部分的ではあるがその仕組みが構築されていないか、あるいは、仕組みがあっても有効に活用されていない事例が散見された。研修終了後の教育効果の測定・検証や、実習生受入れ後の評価・検証等である。教育効果の検証は、次年度計画の必要性評価へつながる重要なプロセスである。また、実習生の受入れに関しては、マニュアルに受入れの意義や目的を記載し、その目的に沿った評価・検証の実施を望みたい。</p> <p>◆「楽しい」と感じられる入浴環境の整備 広い浴室には機械浴槽やいくつかの個浴の浴槽が配されている。ともすれば機械的で、殺風景な雰囲気に流されてしまいそうである。その対策として、音楽を流したり、利用者が不安な気持ちを抱かないような配慮もある。しかし、そんな職員の努力・配慮にもかかわらず、利用者からは「入浴が楽しい」との声は上がってこない。職員の手を借りざるを得ない利用者に対して、余計な精神的負担を感じさせずに、「楽しい」と感じてもらえる入浴支援の環境整備を期待したい。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設開所より3年という節目を迎え、ここまでの当施設の取組みに対しての客観的な視点での評価をということで、毎年利用者を実施してきた満足度調査に代えて、今回第三者評価を受審させていただきました。
この度頂いた評価は、これまでの取組みの足場固めとなると同時に、利用者本位のサービス提供に向けて更なる改善の指針として活用できるものと考えています。
次の3年に向けて、当施設では利用者一人ひとりの尊厳を守りながら、人材を大切にし育む組織運営を行うことを目指し、引き続き努力していきます。

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

「あなたらしく」、「地域と共に」、「全ての人々が生き活きと」を事業所の理念として掲げている。当該事業所は枠組みに入っていなかったが、法人がISO(品質マネジメントシステム)の認証を取得していた時期があり、法人全体に理念を支援の現場に連動させる仕組みができています。理念－基本方針－中・長期計画－単年度事業計画－部門別行動計画、と連なる仕組みを構築し、職員と利用者が一体となって理念の実現を目指している。

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	㉠ ・ 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

平成24～26年度の中期計画が作成されており、単年度の事業計画(行動計画)に枠組みを示している。さらに、部門ごとに詳細な行動計画が作られており、可能なものには数値目標が設定されている。事業計画を「絵に描いた餅」としないために、「行動計画進捗表」を使って毎月評価・検証を行っている。

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

開設当初から現管理者が施設運営の先頭に立ち、「職務分掌表」によって管理者の責任と権限が明確になっている。管理者自らが外部研修に参加して見識を広めるだけでなく、職員に対しても内部研修や外部研修への参加を奨励している。

サービスの質を向上させるために顧客満足度調査を実施し、結果を事業所運営に反映させる仕組みを構築している。事業改革・改善にも積極的に取り組んでおり、併設の通所事業やショートステイ事業が軌道に乗っている。

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

管理者が「身体障害者施設協議会」や「自立支援協議会」の会議や研修、セミナーに参加し、幅広い情報を集めている。収集したデータや情報を分析し、「利用者の変化に対応した育成プログラムの必要性」、「情報処理の迅速化」、「利用者の重度化に対応した職員配置の安定」、「災害時の安全確保」等々の課題を洗い出している。

これまでは外部監査の実施はなかったが、今年度より税理士事務所と契約を結んで財務・会計面の透明性を担保することとし、併せて第三者評価の受審によってサービス面においても透明性が確保されることとなった。

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	Ⓐ ・ 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	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

<p>中期3ヶ年計画に年度ごとの必要人員数を記載し、安定的な職員配置を図るための指標としている。年3回の人事考課を人材育成の主要なツールとしてとらえ、個人目標の設定やその評価・検証を通して職員の能力開発を図っている。</p> <p>新入職員にとっての入職当初(1～3ヶ月)の不安定な時期を乗り切るために、「お兄さん、お姉さん制度」があり、先輩職員が公私に亘って面倒を見ている。指導したり、相談に乗ったりと、新入職員に対する配慮は深い。</p> <p>行動計画書に教育・研修の方向性が示され、その方針に従って研修が組まれているが、職員個々への落とし込みが弱い。研修実施後の教育効果の検証、実習生受け入れ後の成果の検証等の仕組みが構築されていなかった。</p>
--

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

<p>緊急時に対応するために必要と思われるマニュアル類は整備されている。計画立てた防災訓練が実施されており、実施後には報告書が作成され、利用者にはアンケート調査を行っている。そのアンケートで「避難経路」の不備が指摘され、防災委員会で検討の結果、次回の防災訓練では見直し・変更された「避難経路」を使って訓練が実施された。</p> <p>事故が起こった場合には速やかに事故報告書が提出され、ヒヤリハットの取り組みもある。しかし、一部の事故報告書では事故原因の追求が不十分で、有効な再発の防止策となっていないものがあった。事故の真の原因を特定し、その原因を除去することで事故の再発を撲滅されたい。</p>

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	a ・ Ⓑ ・ 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

理念に「地域と共に」との一節を盛り込み、それを象徴するかのごとく、年間延べ337名のボランティアが事業所を訪れて利用者の支援に就いている。それに感謝する「ボランティア感謝の集い」も盛大に行われている。今後期待されるのは、地域に役立つ知識や技術の還元であろう。

関係機関との連携は適切に行われており、問題や支障は出ていないが、今後、関係機関の情報の一元的な管理やファイリングの方法等を工夫することによって、さらに事業所運営が円滑になることを期待したい。

地域ニーズの把握から通所事業が開始され、ショートステイ事業や相談支援事業も軌道に乗っている。

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	a ・ ㉠ ・ 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

満足度調査はアンケートの送付程度ではなく、利用者家族も参加しての面談形式をとっている。また直接処遇には関わらない職員が行う仕組みになっており、より率直で具体的な意見が聞けている。

苦情の数は多くないが、苦情と要望とを分ける基準が明確になっていない。内容については、提供したサービスの誤りを指摘するというより、提供者に対する感情や施設内の人間関係に起因して「解決が困難」と判断されているものがあった。第三者機関に申し立てられることもあるので、正しく理解を得るよう常日頃から施設の姿勢、利用者家族の心理など、積極的に啓蒙するなどの手を打つなども検討されたい。発生から解決までの一連の書式は明確にする必要がある。

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

評価機関のコメント

満足度調査を利用者と職員との両方で実施し、両者の評価の相違も確認している。衛生環境の充実、外出の実現、人権問題を考える機会増加など、昨年度の結果から今年度の事業計画に展開されたものがあり、業務改善につながっている。ほとんどの記録がパソコンで管理されている。記録の中の重要な申し送り等については、日誌への転載で見やすいようにして紙での閲覧確認も行われている。記録を入力した後に記録者の名前を入力することになっているが、まれに忘れることもあるとのことであった。個人情報の範囲についての周知は十分であるが、情報記載物の取り扱いについてもより具体的な形を構築して管理されることを望みたい。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

利用希望があった場合、名古屋市が相談を受け、その上で利用者と事業所が契約を結ぶという形になっている。スムーズな利用ができるように、最初は短期入所から利用してもらうなどの案内もある。サービス開始のための説明の場を、コミュニケーション方法、理解度などを把握するのにも役立つアセスメントの機会として重視している。これまで入院以外で施設の変更を必要とする例が無く、施設変更や地域移行に対応する手続き書類やマニュアルの整備が遅れている。ハンデキャップのある利用者にとって、環境の変化はストレスとなる。その時に円滑かつ適切な対応を取るためにも、手順や文書の整備の推進が望まれる。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

<p>ケアプランの作成、実施、記録、モニタリング、再作成という流れは多職種が関係して適切な時期に行われている。自宅に帰るとか、施設でなく地域で暮らすといったことに関して、様々な選択肢を用意して情報提供している。しかし、保護者が高齢化する現状の下では、利用者にとっては施設に入所したこと自体が「独立した、自立した」との考えもあり、地域移行に対する支援の難しさを内包している。暮らしの場所をどこにするかの最終的な判断は利用者に委ねられるべきではあるが、「自立支援」や「利用者の最善の利益」を考慮した上での地域への移行支援に期待したい。</p>

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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

昼食時、食堂はフレンドリーな雰囲気、ほとんどの職員が座って同じ目の高さで介助していた。途中で席を立ち別の職員が立ったままの状態でも一口提供するような場面もあったが、介助の状況、自助具の使い勝手、嚥下の様子などからやむを得ないところもある。上から視線と取られないよう、食事介助の方法の適否の検討を願いたい。

浴室は広くて特殊浴槽が設置されているため、機械的でややもすれば殺風景になりがちである。脱衣所も浴室も、癒しやリラックス効果をさらに感じてもらえる環境作りの検討を期待したい。健康管理は適切に行われているが、インフルエンザ等感染症は外から持ち込まれることが多いので、担当委員会が主導して感染予防対策の充実を期待したい。