

# 福祉サービス第三者評価結果

## ①第三者評価機関名

名 称	社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会
調査実施日	平成22年12月13日(月)、15日(水)

## ②事業者情報

名 称	障害者支援施設 希望の郷	種 別	障害者支援施設
代表者氏名	施設長 筒井 節子	定員(利用人数)	149名
所 在 地	徳島市西新浜町2丁目3番78号		

## ③総評

### ◇特に評価の高い点

- 第三者評価受審プロジェクトやサービス管理責任者が機能しており、課題や問題点を取り上げ組織的に取り組む改善活動が定着している。
- 組織の運営管理に必要とされる組織図や委員会等の、組織規程等を適正に整備し、理念や基本方針が、中・長期計画や年次事業計画、収支予算書等に反映されたものとなっている。
- 個別支援計画や記録等のシステム化、引継ぎノート等の整備、引継ぎ時間に工夫を行うなど、利用者を尊重したサービス提供を行うための多彩な工夫を行っている。
- 組織的にアセスメント表を整備し、定期的な評価や見直しを行う仕組みを構築しており、適切なサービスの提供に繋げている。
- 事業所内LANを活用したシステムを導入しており、情報の連携・活用・周知を図っている。

### ◇改善を求められる点

- 利用者や家族、地域、職員等への周知については、広報誌やホームページ等の活用も含めて、サービス管理責任者会や広報委員会等で、事業所内・外の双方向的な視点から検討されたい。
- 障害者支援施設としての役割や機能等への社会的期待は大きく、事業所の設備や豊富な人材を広く地域に開放・支援・還元するなどして、相談支援事業の確保や事業所独自のネットワークづくり、他機関との連携体制の整備に努められたい。
- 利用開始時や自治会等の開催時に、利用者が意見等を述べやすいように説明を行っているが、日常的な言葉かけや利用者や家族への一層の周知を行ったり、職員以外の第三者の相談者による相談日の設定等が望まれる。
- 多くのコンピューターがインターネットで外部と接続されており、セキュリティ対策を行っているが、個人情報保護の強化の観点からも取り扱い等について検討されたい。
- 運営上、情報の共有に向けたシステムの構築や体制整備は図られているが、利用者一人ひとりの希望や要望等に応じたサービスを充実するため、運用に一層取り組まれたい。
- 利用者の思いや個性の発揮を支援するためにも、馴染みの品物を設置するなど、利用者一人ひとりが自分らしく生活しやすい居室の工夫が望まれる。

## ④福祉サービス第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設運営の全般に渡る的確な評価を通して、今後取り組むべき課題を見事に抽出していただいた、という思いです。ありがとうございました。開所3年を経た今、そしてこれから、法人の基本理念“笑顔あふれる施設づくり”の旗のもと、これらの課題に真摯に向かい合い解決していきたいと思っております。

## ⑤評価細目の福祉サービス第三者評価結果(別添)

# 福祉サービス第三者評価結果

○評価分野別評価結果（分野別の特記事項）

## I 福祉サービスの基本方針と組織

a	10	b	2	c	0
---	----	---	---	---	---

### 1 理念・基本方針

理念や基本方針を明文化し、事業所内での掲示やパンフレット、ホームページ等に適切に記載している。また、職員会議や研修会、事業所内LAN等で説明や周知を行っているが、利用者や家族等への周知方法についてさらなる工夫や配慮が望まれる。

### 2 計画の策定

中・長期計画としての経営改善計画を策定し、課題解決に向けた具体的な取り組みが行われている。法人内に「課題解決プロジェクトチーム」を発足させ、課題解決に積極的に取り組んでいる。今後、利用者や家族への説明・周知についても一層の工夫や配慮が望まれる。

### 3 管理者の責任とリーダーシップ

管理者は、自らの役割と責任を明確にし、中・長期計画の策定や福祉サービスの質の向上、効率的な組織運営、業務改善等にリーダーシップを発揮しており、職員の意欲や資質の向上に積極的に関わっている。

#### ○理念・基本方針

法人の理念を明文化している。理念には、事業所の使命や果たすべき役割、目指すべき方向や考え方を反映している。	a
基本方針を明確に策定している。基本方針を事業計画に明記しており、事業所内の掲示やパンフレット、ホームページ、配布文書に記載している。理念との整合性を確保している。	a
理念・基本方針は、新人研修の際に周知している。また、会議や研修会等の際に説明を行ったり、事業所内LANの活用による周知徹底を図っている。年度当初には、施設長から改めて伝達するなど、継続的な取り組みを行っている。	a
利用者による自治会や家族会等において口頭説明を行っているが、提供されている福祉サービスに対する利用者や家族の安心感や信頼を高めるための継続的な取り組みは十分とはいえない。	b

#### ○計画の策定

法人全体で、理念や基本方針の実現に向けた経営改善計画（平成22～24年）を策定しており、課題や問題解決に向けて具体的な取り組みを行っている。また、法人内に「課題解決プロジェクトチーム」を発足させるなど、運営上の課題解決に向けた取り組みを実施している。	a
中・長期計画を反映した具体的な年次事業計画を策定している。	a
年度末にまとめられた活動報告を反映して計画を策定するなど、評価や見直しを計画的・組織的に実施している。	a
全職員を対象とした会議や各種委員会、研修会、文書等で説明しているが、利用者や家族への十分な説明・周知は十分に行われていない。	b

#### ○管理者の責任とリーダーシップ

管理者は、自らの役割と責任を明確にしておき、職員会議や委員会、研修会等で表明している。	a
管理者は、遵守すべき法令（雇用・労働・防災・環境・消費者関連法令等）に関する資料を施設長室に整備しており、事業所内LANにおいても閲覧できる環境を整えている。また、会議や研修会等、機会あるごとに周知徹底を図っている。	a
管理者は、中・長期計画の策定や福祉サービスの質の向上、効率的な組織運営、業務改善等にリーダーシップを発揮し、職員の意欲や資質向上に積極的に関わっている。	a
第三者評価受診プロジェクトやサービス管理責任者会議において話し合われた業務の効率化や改善等の取り組みに参画し、全職員で課題解決を目指す体制を構築・実施している。	a

## II 組織の運営管理

a	15	b	6	c	0
---	----	---	---	---	---

### 1 経営状況の把握

福祉サービス等に関するニーズを把握して課題や問題点を抽出し、中・長期計画や年次事業計画に反映しており、改善計画に向けた組織的な取り組みが行われている。外部監査において、公認会計士の指導や助言を受ける体制が整備されている。

### 2 人材の確保・養成

職員の就業管理や福利厚生事業等の人事管理体制が適切に整備されている。人事考課については人材育成の観点から育成型の人事考課制度の導入も考慮されたい。また、職員の教育・研修計画に関する年間計画を策定しているが、今後、職員個々の教育・研修計画にも反映させるなどして、より一層の技術や知識等の向上に努められたい。実習生の受け入れや育成に積極的に取り組んでいる。また、本年度の職員採用に至るまで長期にわたり正規職員の採用が無かったようであるが、福祉サービスの質を充実させるためには、組織として、中・長期に年齢層や経験年数、業務への習熟度等のバランスに考慮した職員体制を保つことが求められる。今後、より効果的な組織運営を行うためにも、正規職員の計画的な採用や登用等、人材整備に向けた取り組みに期待する。

### 3 安全管理

運営・安全管理委員会を設置し、定期的開催している。緊急時の対応に関する各種マニュアルを整備している。また、リスクマネジメント委員会が適切に機能しており、事例収集に関する報告制度も整備している。事業所の耐震化や災害時の備蓄を行っている。

### 4 地域との交流と連携

利用者や地域との関わり方を明文化しており、利用者が地域の行事や活動等に参加する際の支援体制が整えられている。障害者支援施設としての役割や機能等への社会的期待は大きく、事業所の設備や豊富な人材を広く地域に開放・支援・還元するなどして、地域や関係機関との連携強化に向けて、より一層リーダーシップを発揮されるように期待する。また、ボランティアの受け入れや養成にも期待する。地域福祉の向上のための取り組みの一つとして、民生委員児童委員等との連携や地域での相談事業の実施が望まれる。

#### ○経営状況の把握

事業所を取り巻く社会福祉の動向や環境の変化を踏まえた上で、地域の福祉サービスへの需要や利用者像の変化等に関する情報を把握しており、計画策定に反映している。	a
課題や問題点を、中・長期計画や年次事業計画に反映しており、改善計画に向けた組織的な取り組みを実施している。	a
法人において公認会計士による監査が行われており、経営改善に活かしている。	a

#### ○人材の確保・育成

人事管理に関する方針や体制、具体的なプランを確立している。年次事業計画において「職員の資質の向上」を掲げて計画的に実施している。	a
「職員の勤務観察（定期観察）および自己申告の実施」を行っている。考課基準や結果については職員に知らせていない。	b
定期的に、有給休暇の消化率や時間外労働の管理を行っている。また、サービス管理責任者会議において、職員の意向や意見、就労状況の分析・検討を行うなど、組織的に取り組んでいる。	a
ソウエルクラブへの加入や定期健康診断、夏期休暇制度等を導入しており、総合的な福利厚生事業を実施している。	a
職員に求められる職業倫理や行動規範を明示している。	a
職員の年間教育・研修計画を策定しているが、職員一人ひとりに応じた個別計画には反映されていない。	b
研修受講後に報告書を作成している。研修内容を発表する機会の設定や教育・研修後の定期的な評価や効果測定、見直しはできていない。	b

<p>実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化している。実習生受け入れに必要な項目をマニュアル化しており、責任体制の明確化や実習指導者を対象とした研修を実施している。</p>	a
<p>実習生の育成については積極的に受け入れる取り組みが行われている。しかし、種別に応じたプログラムは用意されていない。</p>	b
<p>○安全管理</p>	
<p>事故や感染症、災害発生時、衛生管理等に関する対応マニュアルを策定している。運営・安全管理委員会を設置し、安全確保のための体制を確立しており、定期的な検討・評価・見直しを行っている。</p>	a
<p>リスクマネジメント委員会を設置し機能している。また、事例を収集する報告制度を整備しており、分析・評価・見直しなども行っている。事業所の耐震化や食糧・飲料水・医薬品等も備蓄している。</p>	a
<p>○地域との交流と連携</p>	
<p>地域との関わり方について、基本的な考え方を文書で明確にしている。利用者には、地域の社会資源や情報を提供しており、地域の行事や活動に参加できる体制を整えている。</p>	a
<p>事業所は、災害時の活動拠点としての役割を担っている。しかし、事業所が保有する専門的な技術や情報を提供したり、在宅の障がい者や家族等に対する多種多様な相談支援事業や活動の展開は十分ではない。</p>	b
<p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明文化している。マニュアルを整備し、受け入れ体制を確立している。延べ252名の受け入れ実績がある。</p>	a
<p>当該地域での連携に必要な関係機関や団体等の社会資源のリストや資料を整備している。資料は部署ごとに配付したり、事業所内LAN等で共有化を図っている。</p>	a
<p>徳島県知的障害者福祉協会等の団体に加入し、研修会や連絡会への参加やネットワーク化に取り組んでいる。</p>	a
<p>徳島県知的障害者福祉協会等との連携のもと、具体的な福祉ニーズの把握に努めているが、民生委員児童委員等との連携や地域住民への相談事業の実施はできていない。</p>	b
<p>把握した福祉ニーズに基づき、グループホームやケアホーム、ショートステイなどの事業を実施している。</p>	a

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

a	19	b	3	c	0
---	----	---	---	---	---

1 利用者本位の福祉サービス

福祉サービスの提供にあたっては利用者尊重の基本姿勢を示している。利用者満足度の向上に向けた委員会や自治会等を組織して支援計画に反映したり、利用者や家族の要望に応じて改善を行っている。苦情解決の仕組みを整備しており、事業所内で相談相手を選んだり自由に意見を言える環境がある。しかし、専門的な第三者の相談者の配置はできていない。

2 サービスの質の確保

サービスの質をチェックするためのアセスメント表や、改善計画書等を見直す仕組みを組織的に整備し、適切に実施されている。標準的なサービスの実施方法を職員に明確に周知しており、適切なサービスの提供に繋がっている。書類をデータ化して共有化を図っているが、多くのコンピューターがインターネットで外部と接続されているため、個人情報保護の観点から検討・改善が望まれる。

3 サービスの開始・継続

法人のホームページ開設や公共施設へのパンフレットの設置、パワーポイントを利用したわかりやすい事業所の紹介等を行っている。今後は、事業所独自のホームページの開設やより詳細な情報を含む資料提供の検討が望まれる。利用開始の手続きは、書類を適切に準備した上で行われている。今後は、サービス終了後の書類整備や継続的な支援、情報提供等の充実が望まれる。

4 サービス実施計画の策定

組織が定めた方法により、利用者の状況の把握や記録等が適切に行われている。計画策定責任者を設置し、利用者や家族の意向を把握し同意を得たうえで、関係職員間での協議・合意形成を図るなど、計画の策定や見直しが適切に実施されている。

○利用者本位の福祉サービス

利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する基本姿勢を明示し、個別実施計画等に反映している。また、行動規範を全職員に配付し常に携帯するなど、組織内で基本姿勢に関する共通理解を深めるための具体的な取り組みを行っている。

利用者のプライバシー保護に関する規程やマニュアル等を整備している。年度当初には、あらためて職員への周知を行っている。また、職員を対象としたプライバシーに関する研修を計画的に実施している。プライバシー保護に関する規程等を利用者にも周知している。

利用者満足度の向上を目指す姿勢を明示している。利用者満足度を把握するためのサービス管理責任者会議や委員会、調査の仕組みを構築している。また、定期的に自治会や家族との懇談会の機会も設けている。

利用者満足度の向上を目指す仕組みを構築しており、担当部署や調査担当者、サービス管理責任者等を設置している。また、利用者参画のもとで把握した結果を、分析・検討する委員会や会議を設置している。分析結果に基づき、食事の選択メニューや自販機設置など、具体的な改善に活かしている。

相談窓口や相談方法、苦情解決の仕組み等に関する文書があり、サービス開始時に説明を行っている。また、事業所内では、利用者が相談相手を選んだり、自由に意見を述べる環境は整っているが、職員以外の専門的な相談者の配置はできていない。

苦情解決の体制（苦情解決責任者、苦情受付責任者、第三者委員の設置）を整備している。資料に基づいて利用者等に説明している。事業所内に、外部の苦情解決窓口のポスター等を掲示している。また、結果をフィードバックする仕組みを構築している。

利用者から出された意見や提案の記録の方法や報告手順、対応マニュアルを整備している。出された意見や提案は、マニュアル等にそってサービスの改善に活かしている。

○サービスの質の確保

計画・実行・確認・行動の一連の流れ及び実施体制を整備している。アセスメント表や改善計画表等を整備し、定期的及び随時の評価を行うための体制を構築している。評価担当者と第三者評価受審プロジェクト委員会を設置し、自己評価や第三者評価に組織的に取り組んでいる。

職員の参画による評価結果の分析を行っている。分析結果や課題を文書化している。職員間の課題の共有化を図っている。

職員参画のもと、改善策や改善計画を策定する仕組みがあり、必要に応じて見直しを行っている。業務改善に向けて業務改善提案書を職員から募集している。

標準的なサービスの実施方法や業務手順等を文書化し、個別支援計画に反映している。業務手順書等に基づくサービス提供の有無を確認する仕組みを構築している。

標準的なサービスの実施方法を定期的に検証している。組織としての検証方法を定め実施しており、利用者や職員等の意見・提案を反映している。

利用者一人ひとりの記録等を書類で整理しており、サービス提供計画に基づくサービスを実施している。日誌は、若干、主観的な表現での記録が見受けられるが、他の実施計画書では、記録内容にばらつきが生じないような工夫を行っている。

記録管理責任者の設置や記録の保管及び破棄に関する規程、情報開示の規程等を定めている。個人情報保護や守秘義務の遵守等に関する周知や研修を実施している。記録はPCで作成・管理しているが、ほぼ全てのコンピューターがインターネットに繋がっており、セキュリティ対策の面からの検討が必要である。

事業所内LANで繋がった支援システムを導入し活用している。朝礼時やグループ毎の連絡ノート、引継ぎ時間の確保など、情報の共有化に向けた取り組みを行っている。

○サービスの開始・継続	
事業所のホームページを作成して公開している。また、来訪者に対し、パワーポイントを活用して事業所の紹介を行ったり、各種広報誌等を公共施設に設置している。随時、事業所見学や体験入所等にも対応している。	a
利用契約書や重要事項説明書等を準備し、十分な理解を得ることが困難な方にも配慮した説明を行っている。他サービス事業所の利用が望ましいと考えられた際には、利用者や家族と話し合い、同意を得た上で必要な手続きや引き継ぎの支援を行っている。	a
他事業所や家庭への移行に際し、サービスを継続して実施されるように配慮して引継ぎを行っている。また、サービス終了後も、相談担当者窓口等を伝えているが、書類の準備や退所後の情報提供等の支援が十分ではない。	b
○サービス実施計画の策定	
組織の定めたアセスメント票に、利用者の状況を記録・把握している。定期的な見直しの時期や手順を定めて実施している。	a
利用者一人ひとりの要望や課題を明確にするための手続きを定めており、個別支援計画に具体的な明示を行っている。	a
サービス実施計画の策定責任者を設置している。また、計画策定に際し、関係職員の合意形成を図っている。利用者や家族の意向を把握して計画に反映し、同意を得ている。これら一連の手順を定めて実施しており、的確に機能している。	a
サービス実施計画の見直しは、利用者本位の視点に立って実施している。見直しの実施時期や検討会に参加する職員等を定めている。サービス変更の内容を周知したり、緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	a

A 個別サービスについて

a	23	b	3	c	0
---	----	---	---	---	---

1 利用者の尊重

利用者の半数以上が重度の障がい者であり、聴覚に障がいのある利用者も複数いる状況の中、コミュニケーションを確保するための特別な支援が必要となっている。利用者一人ひとりの支援に必要な情報把握は、日ごろの支援を通して行っており、職員間で伝達や共有化が図られている。特別な支援が必要な利用者については、随時、委員会等で個別に検討を行っている。利用者本人の判断に基づく行動をより実現させるため、利用者一人ひとりのその人らしさが発揮できる取り組みに工夫が望まれる。

2 日常生活支援

季節の食材を取り入れ、身体状況や嗜好、温度等に考慮した食事の提供を行っている。起床後に、利用者の健康状態を確認しており、看護職を含む全職員で健康維持のためのきめ細かな支援を行っている。茶道や音楽活動、レクリエーションダンス、アートフラワー、大正琴、希望の郷祭り、家族会、クリスマス会等の多彩な行事を行っており、利用者の障害特性に応じた個別の活動を支援している。今後、事業所の強みである“職員力”を十分に発揮し、利用者の多様なニーズに応じた居心地のよい住環境の整備や地域の人たちとともに過ごす機会を増やすなど、様々な社会体験ができる支援の工夫が望まれる。

○利用者の尊重

- 支援計画において、利用者一人ひとりの具体的な支援内容や方法を明示しており、日ごろから職員間での共有化を図っている。コミュニケーションの困難な利用者には、日ごろの関わりを通して固有のサインの発見等に努めている。補聴器や眼鏡の使用、手話、筆談の支援も行っている。 a
- 利用者同士の意見交換の場として自治会を設置し、担当職員を配置している。日中活動グループごとに、利用者の意向を尊重した活動を展開しており、利用者の主体的な活動の場となっている。年1回、利用者全員の参加のもとで総会を開催したり、2か月に1回、協議を行っている。 a
- 利用者の主体性を尊重したうえで、個々の障害特性に応じた支援を行っている。見守りの姿勢を基本とし、必要に応じた個別対応の仕組みを職員間で確認している。 a
- 社会生活力を高めるために、利用者本人による洗濯や買い物等の支援を行っている。また、書道や茶道、アートフラワー、ダンス等の体験の機会を設けている。しかし、エンパワメントの発揮につながるようなプログラム設定は十分できていない。 b

○日常生活支援

- 利用者一人ひとりの状態に応じた食事量や形態、食事介助の方法を定め実施している。また、食事提供に関する個別のマニュアルを作成しており、それに基づく食事を提供している。 a
- 年2回程度、利用者に嗜好調査を実施しており、意向や要望をメニューに反映している。食堂には、複数の調味料や香辛料を用意している。また、食事保温庫を導入し、適温の食事提供に努めている。なお、あらかじめ献立を周知しているが、利用者が理解を得るための工夫は十分ではない。 b
- 摂食や嚥下の困難な利用者には個別介助を行っている。また、自閉症傾向等の理由により、集団の場での食事が情緒不安定を招く可能性のある利用者には、個室や自室での食事の場を設けるなど、個別の支援を行っている。 a
- 利用者の障害程度等に応じた入浴介助や支援・助言を、プライバシーに配慮しながら行っている。利用者一人ひとりに応じた入浴時のマニュアルを整備している。介護や支援、助言内容等を、事業所内LANで繋がった支援システムに記録しており、全職員が情報を共有している。 a
- なるべく利用者の希望を尊重し、要望や状況に応じた入浴が可能となっている。 a
- 浴室や脱衣場を整備し、プライバシーの保護や快適性の確保に十分な配慮を行っている。 a
- 排泄介助時のマニュアルを整備している。利用者の健康状況に配慮しながら支援している。 a
- 防臭対策を行っており、清掃も行き届いている。適切な採光や照明に配慮している。プライバシーに配慮した構造となっている。快適性の確保等について委員会で検討する体制を構築している。 a
- 利用者の主体性を尊重し、衣類の選択や着用、購入は個人の好みを大切に支援している。 a
- 入浴時に、本人の意思を尊重した着替えの支援を行っている。汚れや破損が生じた場合の対処について、手順を準備している。 a
- 整髪や髭剃り、化粧、身だしなみ等については、個人の好みを尊重して支援している。 a
- 地域の理髪店や美容院の利用は、必要に応じて職員が連絡調整を行い、送迎や同行等の支援を行っている。 a
- 夜間、就寝中の対応マニュアルを整備している。利用者が安眠できるように、寝具や部屋割りに十分な配慮を行っている。睡眠リズムの乱れや不眠者への対応は、一時的に個室を利用するなどの対策を講じている。 a
- 利用者の健康管理票を作成し、マニュアルを整備している。毎朝・夕に、支援員と看護職員間で詳細な引継ぎを行い、情報の共有化を図っている。定期健康診断や日ごろのバイタルチェック、感染症予防対策など、適切な健康管理を実施している。 a
- 日ごろから、利用者一人ひとりの希望するかかりつけ医や関係医療機関と連携を図っている。適切な医療を迅速に受診できるようにマニュアルを整備し、全職員に周知している。 a

薬物管理マニュアルに基づき、薬物は医務室で保管している。服薬介助マニュアルも整備している。服薬支援時には、複数の職員で3段階の確認を行うなど、適切な支援を行っている。服薬状況を所定の様式に記録し、全職員の共通認識を図っている。	a
ボランティア等の社会資源を活用している。利用者の意向を把握した余暇活動に努めているが、立案段階からの利用者の参画はできていない。	b
概ね利用者の希望に応じた外出支援はできている。利用者の障害程度に応じた外出のルールや支援体制を整備している。	a
利用者や家族と話し合い、希望に応じた支援を行っている。	a
金銭管理規程や出納簿の定期的な確認・管理体制を構築している自己管理の可能な利用者には少額の金銭を所持してもらっている。また、事業所で預かっている金銭は、スタッフルームで個別管理を行うなど、個々の能力に応じた支援を行っている。	a
テレビや筆筒等を持ち込んでいる利用者も多い。また、雑誌などは、外出時に購入できるように希望に応じた支援をしている。	a
喫煙室を完備し、分煙環境の整備に努めている。利用者で話し合い、意見や希望を尊重したうえで、健康に配慮した取り組みに努めている。飲酒は、グループでの外出時に利用者の希望に応じて支援している。	a

## 福祉サービス第三者評価結果（共通評価項目）

### I. 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1. 理念・基本方針

		評価結果			判断の理由
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。	①	b	c	法人の理念を明文化している。理念には、事業所の使命や果たすべき役割、目指すべき方向や考え方を反映している。
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	①	b	c	基本方針を明確に策定している。基本方針を事業計画に明記しており、事業所内の掲示やパンフレット、ホームページ、配布文書に記載している。理念との整合性を確保している。
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。	①	b	c	理念・基本方針は、新人研修の際に周知している。また、会議や研修会等の際に説明を行ったり、事業所内LANの活用による周知徹底を図っている。年度当初には、施設長から改めて伝達するなど、継続的な取り組みを行っている。
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	②	c	利用者による自治会や家族会等において口頭説明を行っているが、提供されている福祉サービスに対する利用者や家族の安心感や信頼を高めるための継続的な取り組みは十分とはいえない。

#### I-2. 計画の策定

		評価結果			判断の理由
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。	①	-	c	法人全体で、理念や基本方針の実現に向けた経営改善計画（平成22～24年）を策定しており、課題や問題解決に向けて具体的な取り組みを行っている。また、法人内に「課題解決プロジェクトチーム」を発足させるなど、運営上の課題解決に向けた取り組みを実施している。
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。	①	-	c	中・長期計画を反映した具体的な年次事業計画を策定している。
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。					
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	①	b	c	年度末にまとめられた活動報告を反映して計画を策定するなど、評価や見直しを計画的・組織的に実施している。
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	a	②	c	全職員を対象とした会議や各種委員会、研修会、文書等で説明しているが、利用者や家族への十分な説明・周知は十分に行われていない。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	管理者は、自らの役割と責任を明確にしており、職員会議や委員会、研修会等で表明している。	
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	④	b	c	管理者は、遵守すべき法令（雇用・労働・防災・環境・消費者関連法令等）に関する資料を施設長室に整備しており、事業所内LANにおいても閲覧できる環境を整えている。また、会議や研修会等、機会あるごとに周知徹底を図っている。	
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指導力を発揮している。	④	b	c	管理者は、中・長期計画の策定や福祉サービスの質の向上、効率的な組織運営、業務改善等にリーダーシップを発揮し、職員の意欲や資質向上に積極的に関わっている。	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	④	b	c	第三者評価受診プロジェクトやサービス管理責任者会議において話し合われた業務の効率化や改善等の取り組みに参画し、全職員で課題解決を目指す体制を構築・実施している。	

## II. 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

		評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	事業所を取り巻く社会福祉の動向や環境の変化を踏まえた上で、地域の福祉サービスへの需要や利用者像の変化等に関する情報を把握しており、計画策定に反映している。	
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り組みを行っている。	④	b	c	課題や問題点を、中・長期計画や年次事業計画に反映しており、改善計画に向けた組織的な取り組みを実施している。	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	④	b	c	法人において公認会計士による監査が行われており、経営改善に活かしている。	

II-2 人材の確保・養成

		評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	人事管理に関する方針や体制、具体的なプランを確立している。年次事業計画において「職員の資質の向上」を掲げて計画的に実施している。	
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。	a	④	c	「職員の勤務観察（定期観察）および自己申告の実施」を行っている。考課基準や結果については職員に知らせていない。	
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。	④	b	c	定期的に、有給休暇の消化率や時間外労働の管理を行っている。また、サービス管理責任者会議において、職員の意向や意見、就業状況の分析・検討を行うなど、組織的に取り組んでいる。	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	④	b	c	ソウエルクラブへの加入や定期健康診断、夏期休暇制度等を導入しており、総合的な福利厚生事業を実施している。	
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。	④	b	c	職員に求められる職業倫理や行動規範を明示している。	
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り組みが行われている。	a	④	c	職員の年間教育・研修計画を策定しているが、職員一人ひとりに応じた個別計画には反映されていない。	
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。	a	④	c	研修受講後に報告書を作成している。研修内容を発表する機会の設定や教育・研修後の定期的な評価や効果測定、見直しはできていない。	
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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	④	b	c	実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化している。実習生受け入れに必要な項目をマニュアル化しており、責任体制の明確化や実習指導者を対象とした研修を実施している。	
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	④	c	実習生の育成については積極的に受け入れる取り組みが行われている。しかし、種別に応じたプログラムは用意されていない。	

## II-3 安全管理

		評価結果		判断の理由
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。				
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症、災害の発生時など）の対応など利用者の安全確保の体制が整備されている。	④	b	c	事故や感染症、災害発生時、衛生管理等に関する対応マニュアルを策定している。運営・安全管理委員会を設置し、安全確保のための体制を確立しており、定期的な検討・評価・見直しを行っている。
II-3-(1)-② 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。	④	b	c	リスクマネジメント委員会を設置し機能している。また、事例を収集する報告制度を整備しており、分析・評価・見直しなども行っている。事業所の耐震化や食糧・飲料水・医薬品等も備蓄している。

## II-4 地域との交流と連携

		評価結果		判断の理由
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。				
II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	④	b	c	地域との関わり方について、基本的な考え方を文書で明確にしている。利用者には、地域の社会資源や情報を提供しており、地域の行事や活動に参加できる体制を整えている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	④	c	事業所は、災害時の活動拠点としての役割を担っている。しかし、事業所が保有する専門的な技術や情報を提供したり、在宅の障がい者や家族等に対する多種多様な相談支援事業や活動の展開は十分ではない。
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。	④	b	c	ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明文化している。マニュアルを整備し、受け入れ体制を確立している。延べ252名の受け入れ実績がある。
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。	④	b	c	当該地域での連携に必要な関係機関や団体等の社会資源のリストや資料を整備している。資料は部署ごとに配付したり、事業所内LAN等で共有化を図っている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	④	b	c	徳島県知的障害者福祉協会等の団体に加入し、研修会や連絡会への参加やネットワーク化に取り組んでいる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。				
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	④	c	徳島県知的障害者福祉協会等との連携のもと、具体的な福祉ニーズの把握に努めているが、民生委員児童委員等との連携や地域住民への相談事業の実施はできていない。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づき事業・活動が行われている。	④	b	c	把握した福祉ニーズに基づき、グループホームやケアホーム、ショートステイなどの事業を実施している。

### 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

	評価結果			判断の理由
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り組みを行っている。	④	b	c	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する基本姿勢を明示し、個別実施計画等に反映している。また、行動規範を全職員に配付し常に携帯するなど、組織内で基本姿勢に関する共通理解を深めるための具体的な取り組みを行っている。
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。	④	b	c	利用者のプライバシー保護に関する規程やマニュアル等を整備している。年度当初には、あらためて職員への周知を行っている。また、職員を対象としたプライバシーに関する研修を計画的に実施している。プライバシー保護に関する規程等を利用者にも周知している。
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ている。	④	b	c	利用者満足度の向上を目指す姿勢を明示している。利用者満足度を把握するためのサービス管理責任者会議や委員会、調査の仕組みを構築している。また、定期的に自治会や家族との懇談会の機会も設けている。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	④	b	c	利用者満足度の向上を目指す仕組みを構築しており、担当部署や調査担当者、サービス管理責任者等を設置している。また、利用者参画のもとで把握した結果を、分析・検討する委員会や会議を設置している。分析結果に基づき、食事の選択メニューや自販機設置など、具体的な改善に活かしている。
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。	a	④	c	相談窓口や相談方法、苦情解決の仕組み等に関する文書があり、サービス開始時に説明を行っている。また、事業所内では、利用者が相談相手を選んだり、自由に意見を述べる環境は整っているが、職員以外の専門的な相談者の配置はできていない。
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。	④	b	c	苦情解決の体制（苦情解決責任者、苦情受付責任者、第三者委員の設置）を整備している。資料に基づいて利用者等に説明している。事業所内に、外部の苦情解決窓口のポスター等を掲示している。また、結果をフィードバックする仕組みを構築している。
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。	④	b	c	利用者から出された意見や提案の記録の方法や報告手順、対応マニュアルを整備している。出された意見や提案は、マニュアル等にそってサービスの改善に活かしている。

Ⅲ－２ サービスの質の確保

	評価結果		判断の理由
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取り組み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。	④	b c	計画・実行・確認・行動の一連の流れ及び実施体制を整備している。アセスメント表や改善計画表等を整備し、定期的及び随時の評価を行うための体制を構築している。評価担当者と第三者評価受審プロジェクト委員会を設置し、自己評価や第三者評価に組織的に取り組んでいる。
Ⅲ－２－（１）－② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	④	b c	職員の参画による評価結果の分析を行っている。分析結果や課題を文書化している。職員間の課題の共有化を図っている。
Ⅲ－２－（１）－③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	④	b c	職員参画のもと、改善策や改善計画を策定する仕組みがあり、必要に応じて見直しを行っている。業務改善に向けて業務改善提案書を職員から募集している。
Ⅲ－２－（２） 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ－２－（２）－① 個々の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。	④	b c	標準的なサービスの実施方法や業務手順等を文書化し、個別支援計画に反映している。業務手順書等に基づくサービス提供の有無を確認する仕組みを構築している。
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。	④	b c	標準的なサービスの実施方法を定期的に検証している。組織としての検証方法を定め実施しており、利用者や職員等の意見・提案を反映している。
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。	④	b c	利用者一人ひとりの記録等を書類で整理しており、サービス提供計画に基づくサービスを実施している。日誌は、若干、主観的な表現での記録が見受けられるが、他の実施計画書では、記録内容にばらつきが生じないような工夫を行っている。
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。	a	⑤ c	記録管理責任者の設置や記録の保管及び破棄に関する規程、情報開示の規程等を定めている。個人情報保護や守秘義務の遵守等に関する周知や研修を実施している。記録はPCで作成・管理しているが、ほぼ全てのコンピューターがインターネットに繋がっており、セキュリティ対策の面からの検討が必要である。
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。	④	b c	事業所内LANで繋がった支援システムを導入し活用している。朝礼時やグループ毎の連絡ノート、引継ぎ時間の確保など、情報の共有化に向けた取り組みを行っている。

### Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		評価結果		判断の理由
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。	④	b	c	事業所のホームページを作成して公開している。また、来訪者に対し、パワーポイントを活用して事業所の紹介を行ったり、各種広報誌等を公共施設に設置している。随時、事業所見学や体験入所等にも対応している。
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。	④	b	c	利用契約書や重要事項説明書等を準備し、十分な理解を得ることが困難な方にも配慮した説明を行っている。他サービス事業所の利用が望ましいと考えられた際には、利用者や家族と話し合い、同意を得た上で必要な手続きや引き継ぎの支援を行っている。
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 事業所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。	a	④	c	他事業所や家庭への移行に際し、サービスを継続して実施されるように配慮して引継ぎを行っている。また、サービス終了後も、相談担当者窓口等を伝えているが、書類の準備や退所後の情報提供等の支援が十分ではない。

### Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

		評価結果		判断の理由
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。	④	b	c	組織の定めたアセスメント票に、利用者の状況を記録・把握している。定期的な見直しの時期や手順を定めて実施している。
Ⅲ－４－（１）－② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	④	b	c	利用者一人ひとりの要望や課題を明確にするための手続きを定めており、個別支援計画に具体的な明示を行っている。
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。	④	b	c	サービス実施計画の策定責任者を設置している。また、計画策定に際し、関係職員の合意形成を図っている。利用者や家族の意向を把握して計画に反映し、同意を得ている。これら一連の手順を定めて実施しており、的確に機能している。
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。	④	b	c	サービス実施計画の見直しは、利用者本位の視点に立って実施している。見直しの実施時期や検討会に参加する職員等を定めている。サービス変更の内容を周知したり、緊急に変更する場合の仕組みを整備している。

## 福祉サービス第三者評価結果（障害者・児施設版）

### A-1. 利用者の尊重

		評価結果			判断の理由
A-1-(1) 利用者の尊重					
A-1-(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。	①	b	c		支援計画において、利用者一人ひとりの具体的な支援内容や方法を明示しており、日ごろから職員間での共有化を図っている。コミュニケーションの困難な利用者には、日ごろの関わりを通して固有のサインの発見等に努めている。補聴器や眼鏡の使用、手話、筆談の支援も行っている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	①	b	c		利用者同士の意見交換の場として自治会を設置し、担当職員を配置している。日中活動グループごとに、利用者の意向を尊重した活動を展開しており、利用者の主体的な活動の場となっている。年1回、利用者全員に参加のもとで総会を開催したり、2か月に1回、協議を行っている。
A-1-(1)-③ 利用者が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。	①	b	c		利用者の主体性を尊重したうえで、個々の障害特性に応じた支援を行っている。見守りの姿勢を基本とし、必要に応じた個別対応の仕組みを職員間で確認している。
A-1-(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。	a	②	c		社会生活力を高めるために、利用者本人による洗濯や買い物等の支援を行っている。また、書道や茶道、アートフラワー、ダンス等の体験の機会を設けている。しかし、エンパワメントの発揮につながるようなプログラム設定は十分できていない。

### A-2 日常生活支援

		評価結果			判断の理由
A-2-(1) 食事					
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	①	b	c		利用者一人ひとりの状態に応じた食事量や形態、食事介助の方法を定め実施している。また、食事提供に関する個別のマニュアルを作成しており、それに基づく食事を提供している。
A-2-(1)-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。	a	②	c		年2回程度、利用者には嗜好調査を実施しており、意向や要望をメニューに反映している。食堂には、複数の調味料や香辛料を用意している。また、食事保温庫を導入し、適温の食事提供に努めている。なお、あらかじめ献立を周知しているが、利用者が理解を得るための工夫は十分ではない。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	①	b	c		摂食や嚥下の困難な利用者には個別介助を行っている。また、自閉症傾向等の理由により、集団の場での食事が情緒不安定を招く可能性のある利用者には、個室や自室での食事の場を設けるなど、個別の支援を行っている。

A-2-(2) 入浴				
A-2-(2)-① 入浴は、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。	①	b	c	利用者の障害程度等に応じた入浴介助や支援・助言を、プライバシーに配慮しながら行っている。利用者一人ひとりに応じた入浴時のマニュアルを整備している。介護や支援、助言内容等を、事業所内LANで繋がった支援システムに記録しており、全職員が情報を共有している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	①	b	c	なるべく利用者の希望を尊重し、要望や状況に応じた入浴が可能となっている。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	①	-	c	浴室や脱衣場を整備し、プライバシーの保護や快適性の確保に十分な配慮を行っている。
A-2-(3) 排泄				
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	①	-	c	排泄介助時のマニュアルを整備している。利用者の健康状況に配慮しながら支援している。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	①	-	c	防臭対策を行っており、清掃も行き届いている。適切な採光や照明に配慮している。プライバシーに配慮した構造となっている。快適性の確保等について委員会で検討する体制を構築している。
A-2-(4) 衣服				
A-2-(4)-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。	①	b	c	利用者の主体性を尊重し、衣類の選択や着用、購入は個人の好みを大切にして支援している。
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	①	b	c	入浴時に、本人の意思を尊重した着替えの支援を行っている。汚れや破損が生じた場合の対処について、手順を準備している。
A-2-(5) 理容・美容				
A-2-(5)-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。	①	b	c	整髪や髭剃り、化粧、身だしなみ等については、個人の好みを尊重して支援している。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	①	-	c	地域の理髪店や美容院の利用は、必要に応じて職員が連絡調整を行い、送迎や同行等の支援を行っている。
A-2-(6) 睡眠				
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	①	-	c	夜間、就寝中の対応マニュアルを整備している。利用者が安眠できるように、寝具や部屋割りに十分な配慮を行っている。睡眠リズムの乱れや不眠者への対応は、一時的に個室を利用するなどの対策を講じている。

A-2-(7) 健康管理				
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	①	-	c	利用者の健康管理票を作成し、マニュアルを整備している。毎朝・夕に、支援員と看護職員間で詳細な引継ぎを行い、情報の共有化を図っている。定期健康診断や日ごろのバイタルチェック、感染症予防対策など、適切な健康管理を実施している。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	①	b	c	日ごろから、利用者一人ひとりの希望するかかりつけ医や関係医療機関と連携を図っている。適切な医療を迅速に受診できるようにマニュアルを整備し、全職員に周知している。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	①	-	c	薬物管理マニュアルに基づき、薬物は医務室で保管している。服薬介助マニュアルも整備している。服薬支援時には、複数の職員で3段階の確認を行うなど、適切な支援を行っている。服薬状況を所定の様式に記録し、全職員の共通認識を図っている。
A-2-(8) 余暇・レクリエーション				
A-2-(8)-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。	a	②	c	ボランティア等の社会資源を活用している。利用者の意向を把握した余暇活動に努めているが、立案段階からの利用者の参画はできていない。
A-2-(9) 外出・外泊				
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	①	b	c	概ね利用者の希望に応じた外出支援はできている。利用者の障害程度に応じた外出のルールや支援体制を整備している。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に依るよう配慮されている。	①	b	c	利用者や家族と話し合い、希望に応じた支援を行っている。
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等				
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	①	b	c	金銭管理規程や出納簿の定期的な確認・管理体制を構築している。自己管理の可能な利用者には少額の金銭を所持してもらっている。また、事業所で預かっている金銭は、スタッフルームで個別管理を行うなど、個々の能力に応じた支援を行っている。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	①	-	c	テレビや筆筒等を持ち込んでいる利用者も多い。また、雑誌などは、外出時に購入できるように希望に応じた支援をしている。
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、タバコ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	①	-	c	喫煙室を完備し、分煙環境の整備に努めている。利用者と一緒に話し合い、意見や希望を尊重したうえで、健康に配慮した取り組みに努めている。飲酒は、グループでの外出時に利用者の希望に応じて支援している。