

〔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25年12月11日(水)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人くるみ会 (施設名)共同生活事業所くるみ	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：(統轄責任者)山口 礼	定員(利用人数)：11名
所在地：〒445-0031 愛知県西尾市家武町深篠96番地	TEL：0563-52-2565

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆創業者の姿勢 法人の本部事務所でのヒアリング、書類調査を終えて、夕方の6時過ぎにホームでの現場調査に赴いた。現場調査の主たる目的は、現場における文書・記録の管理状態、食事支援や入浴支援の実地確認であるが、世話人として待ち受けていたのは創業者(現理事長)その人であった。「ノーマライゼーション」、「互いに助け合えるシステム」の実践として、自らが利用者に寄り添って生活している。強い勤めもあって、鍋を囲んでの利用者ヒアリングとなったが、現場での確かな支援を裏付ける創業者の強い思いが感じられた。</p> <p>◆新たな取り組み「マインドマップ」 法人理念を基に、ホームの基本方針、モットーを定め、それを「マインドマップ」として図式化した。様々な支援の内容や約束事を、文字だけでなく絵も使って記載し、職員だけでなく利用者にも視覚的に分かりやすく作成されている。「マインドマップ」は全てのホームに掲示してあり、いつでも支援の方向性を確認することができる。</p> <p>◆利用者の自主・自立 法人が管理する全14ホームの利用者で組織する「ひまわりの会」の活動が自主的に運営されている。担当職員2名が決められているが、会の活動自体は利用者が中心となって運営されており、毎月集まりを持ち、一泊旅行の行き先の選考等、様々な活動の企画を行っている。ここで育った自主・自立の機運が、法人の目指す「ノーマライゼーション」や「自立支援」へとつながって行くことを期待したい。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆職員の安定雇用 様々な理由や原因があつてのことであろうが、職員の離職が続いて派遣スタッフの手を借りることとなっている。派遣スタッフの活用自体の是非を問うことはないが、利用者の障害特性等を考慮すれば、安定的な職員雇用は事業所運営上での重要なファクターであろう。その理解から就労条件の見直しに着手しており、年間勤務日数の調整、希望休を制度化、有給休暇の取得奨励等の施策によって、職種や職員ごとに偏りがあつた就業状況が均一化されつつある。これによって、安定的な雇用が確保されることを期待したい。</p> <p>◆「フェイスシート」の更新 利用者個々の嗜好が聞き取られ、「フェイスシート」に記載されている。それが献立に反映されるだけでなく、繰り返し同じメニューになったり、栄養的に偏ったりしないような仕組みもある。課題は、「フェイスシート」の更新がされていないこと。時間的な経過によって、利用者の嗜好に変化が生じている可能性もある。単に好き嫌いを調査するだけでなく、食事に関する満足度も調べれば、エンパワメントの理念にも適った取り組みとなろう。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

25年度評価では丁寧なご指導を頂き、ありがとうございました。この受審により事業所の問題点(不十分な部分)と良い点(さらに充実させていきたい部分)が明らかになりましたが、関係した職員全員が「よし、この結果を次につなげて行こう!」という前向きな気持ちになっていることに驚いております。今一度結果を振り返り、今後活かして行きたいと思えます。改善点として挙げられた職員の安定雇用については、利用者支援の基本部分でもある為、特に重視して行きます。

全体的に至らぬ点が多々ありご迷惑をおかけしましたが、26年度受審に向けてすでに活動を開始しております。今後とも、どうぞよろしくお願い致します。

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

今年度から、法人の理念の延長線上に「ホームのモットー」、「ホーム基本方針」を定めた。これを「マインドマップ」として図式化し、各ホームに掲示している。
利用者に分かりづらかった理念や基本方針が、職員から「マインドマップ」を介して利用者へ浸透し始めた。

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	a ・ ㉠ ・ 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

グループホーム・ケアホーム事業の一本化に向けた計画があったが、白紙に戻ってしまったいきさつもあり、事業所単位の中・長期計画の策定にも大きな影響が出た。「利用者の高齢化対策」等の主要項目については、数年先までの計画や目標を持っているが、中・長期計画としてまとめきれていない。

職員数11名の小さな集団の特徴を活かし、事業計画には十分な職員意見の反映が見られ、会議等を通じて周知・理解も進んでいる。利用者等への説明も十分であり、利用者や保護者だけでなく成年後見人に対しても詳細に説明し、理解を得ている。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人の機構改革があり、年度の途中で管理者が交代する事態となったが、事業所独自に組織図を作成したり、「マインドマップ」を作成する等、新管理者としての意気込みが感じられる。早い時期から法人の課題として、「利用者の高齢化対策」を挙げていたが、「障害者総合支援法」と「介護保険法」への対処に関し、完全理解には至っていない。
 管理者は、業務の効率化を推し進めることが、サービスの質の低下を招く危険性をはらんでいることを危惧しており、そのためにも「マインドマップ」の理解を職員に呼び掛けている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

制度改革を伴った法的整備が進む中、事業経営を取り巻く環境は大きく変わろうとしている。県や市からの連絡文書の他、所属団体からも有効な情報を得て、円滑な事業所運営を目指している。法人レベルでは「利用者の高齢化対策」、事業所レベルでは「体験型ホームの建設」が大きな課題となっているが、「職員の離職とその補充」が最優先される課題となっており、本来の改善課題への取り組みが阻害される状態となっている。
 今年度から税理士事務所と契約して外部監査を実施している。第三者評価を今後も継続して受審することによって改善点を抽出し、事業運営の透明性を担保しようとしている。

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	Ⓐ ・ 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 ・ b ・ Ⓒ

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

職員の離職が続いたこともあり、働きやすい職場づくりを目指して、就労条件の見直しの動きが出てきた。年間勤務日数の調整を図り、希望休を制度化し、有給休暇の取得を奨励する等、職種や職員ごとに偏りがあった就業状況が均一化されつつある。

「平成25年度共同生活事業所西尾・事業計画」には明示がないが、マインドマップには職員意識の改革を狙った教育の方向性が示されている。「係活動」を中心とした職員の個人レベルでの研修計画もある。研修実施後に研修レポートの提出を求めているが、教育効果を検証するための評価の仕組みはない。実習生の受け入れについて、システムの構築はあるが実際の受入れ実績が伴っていない。

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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

利用者の安心・安全な生活を支えるためのマニュアルや、緊急時の連絡先、職員連絡網の整備は住んでいる。年間計画に従って、毎月防災訓練を実施しており、開催ごとに条件設定を変えて対応力を養っている。地域の合同防災訓練にも必ず参加する等、事業所の防災意識は強い。

利用者の高齢化、身体能力の低下や障害特性に配慮し、世話人がホームに宿泊することとなった。一部のホームでは、事故防止を目的として、階段や浴槽の周りに滑り止めを付けた。他のホームへと横展開が図られることを期待したい。

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	① ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

法人の理念や今年度作成されたマインドマップ等には、地域との交流・連携の重要性が示されている。しかし、夜間の支援が主体となるグループホームにおいてはその具現が難しい。地域行事に積極的に参加し、回覧板やボランティアの受け入れ等、様々な方法で地域との交流を図っている。

相談支援事業所、特別支援学校、法人が運営する入所・通所施設の利用者・保護者等から近未来的な福祉ニーズを収集している。その結果、「体験型ホーム」、「高齢者ホーム」、「短期入所」等のニーズが浮かびあがってきているが、中・長期の計画に盛り込んで取り組むには至っていない。

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	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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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

ホームに従事する全職員に対して虐待のアンケートを実施し、全事業所が集まる全体会議においては定期的に虐待防止に関する資料を配付して周知を行うなど、人権に対する意識の啓発が適切に行われている。弁護士を講師に招いて虐待事案等について研修する機会を設ける等、積極的な取り組みが見られる。

利用者の満足度を高める取り組みとして、ホーム14施設の利用者が組織する「ひまわりの会」が発足しており、毎月1回集まって利用者自身が外出先の企画等を行っている。ただ、普段のサービスの質を把握するための満足度調査はなく、個々のサービス場面で出された要望を把握し、対応する程度にとどまっている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

昨年度の他事業所の第三者評価の結果を踏まえて、新たな形の年間計画を作成し、課題や改善すべき部分を明確にしている。新たに中長期計画を作成する等、サービスの質的向上を意識した取り組みが行われている。
 マニュアルの見直しは随時行っているが、定期的なチェックが弱い為、今後の課題としたい。マニュアルの作成日・改訂日が不明確であった。記載することで最新版管理が徹底され、見直しをする際にも役立つことから、改善と工夫を期待したい。情報共有に関する仕組みについては、毎月1回行われるホーム支援会議をはじめ、会議の後に行われるミニ会議等、目的に応じた会議を行うことで、行事の確認や水平展開すべき項目の確認、利用者の状況報告等、必要な情報共有が出来ている。

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	Ⓐ ・ 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

ホームの体験利用はできていないものの、独自に作成したホーム紹介のDVDを過去に4回ほど活用するなど、写真や言葉だけではなかなか分からない部分を映像にて説明する工夫は良い効果を与えている。実際に見た人から、「わかりやすい」との声も聞かれている。見学会も随時実施しているが、そのニーズはかなり高い。空きがないため、見学しても入居できるわけではなく、多くの利用希望者が入居待ちとなっているが、情報提供という点においては十分行われている。
 施設間の移動や家庭への移行例はないが、円滑に対応するための仕組みはできている。

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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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

定められた時期(3~4月、9~10月)に計画の見直しを行い、サビ管や世話人等が情報共有しながら実施している。変更があればその都度手書きで記載し、見直し時期に入力し直す仕組みがある。アセスメントについては作成した日付は記載されていたが、それが見直しされているか、否かが書面では確認できなかった。

個別支援計画については、A3サイズの大きなファイルにて管理している。書類が大きい分持ち運びには不便であるが、見やすさについては利用者・職員共に良好であり、法人独自の工夫が感じられる。新たな取り組みとして、日々の記録に「支援計画に関する支援」という項目を設け、個別支援計画を意識したサービス提供を心がけている。

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	㉞ ・ 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 ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	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	Ⓐ ・ 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

新たに「マインドマップ」を作成し、利用者の強み・要望等を文字だけでなく絵なども活用して把握するように取り組んでいる。食事については、個々の嗜好をフェイスシートに記載し、献立に反映させている。また、何が食べたいのかを利用者に聞きながらも、同じメニューや偏りのあるメニューにならないよう、いつ何を作ったのかが分かるようになっている。課題としては、嗜好が「フェイスシート」のみの把握であり、その後継続して嗜好調査を行っていないことが挙げられる。好き嫌いだけでなく、提供された食事についての満足度を把握する仕組みがあれば、食事に対するサービスの質的向上が図られる。週末の外出は全て利用者の希望を聞いて実施しており、ホームごとに車が1台ずつ用意してあることで、外出しやすい環境が整っている。