

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

1 第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第 2 号
所在地	盛岡市三本柳 8-1-3	評価実施期間	平成 24 年 5 月 31 日～平成 24 年 7 月 31 日

2 事業者情報

事業者名称（施設名）： となんカナン	種別：多機能型事業所
代表者氏名：及 川 忠 人 （管理者） 菅 生 周 一	開設年月日 平成 22 年 4 月 1 日
設置主体：社会福祉法人 カナンの園 経営主体：社会福祉法人 カナンの園	定員（利用人員）就労継続 A 型事業 10 名・就 労継続 B 型事業 20 名・就労移行支援事業 10 名
法人所在地：二戸郡一戸町中山字大塚 4-7	TEL：0195-36-1026
事 業 所：盛岡市津志田西二丁目 1 6 番 9 1 号	TEL：019-681-3004

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○ 地域との積極的なかかわり

開所当初から事業所を地域資源と位置づけ、住民の活動拠点の場にするという姿勢で、集会室、相談室及びカフェのコーナーを開放して、町内会やこども会及び地域福祉活動に活用している。特に毎月 8 回ほど定期的に行われている子育て支援サークルは、多彩な行事を用意し、事業所の利用者がこれらの行事の際に会場の準備や後片付けの協力を行うことにより、確実に地域住民の利用が増加している。

また、隣接の老人センターとは、事業所の利用者による草取りや清掃及びカフェの出前などにより世代交流が行われている。このように地域と利用者との交流と事業所に対する住民の理解が高まる取り組み、利用者の作品、カフェの販売促進が図られるなど、特色ある取り組みがされている。

◇ 改善が求められる点

○ 個々のサービスの標準的な実施方法の確立

標準的な実施方法としては、カフェでの作業マニュアルが整備されている。ワッフル等の製造工程では、職員の技量に依るところが多く、マニュアルは作成せずに当該職員が休みの際は、作業工程そのものを運休としている。

日々の就労支援においても標準的な実施方法は、文章化されていない。今後、日々の日課を通した就労支援において、作業工程を含めて、業務手順の作成が求められる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・事業所の抱える課題が表出されたことにより、個々の課題への取り組みに向かう筋道が明らかになった。
- ・自己評価の一本化作業での全職員による協議が大変に有効であった。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 （別紙）

施設名 となんカナン

共通基準

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

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。	a
法人の基本理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 法人の基本理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 先人の方々が「乳と蜜の流れる里」の理想郷を目指した地に、S47年に聖書から引用された「カナンの園」が法人名とされた。また法人の進むべき方向である理念は、「カナンの園のねがい」のなかに明文化されている。H24年の法人設立40周年に当たり、理念の示す「すべての人がお互いに尊重しつつ助け合っていく社会の実現」を推進するために、障害を持った方々を中心にしていくことを当法人の運営、活動の原点とすることを確認されている。理念は、法人のパンフレットや事業計画書及び施設内に掲示しホームページにも掲載して内外への周知に努められている。	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b
理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 基本方針としての文言ではないが、利用者に対する姿勢や地域との関わりなど基本方針ともいえる「カナンの園の3本の柱」として明文化されており、その内容は理念と整合性が保たれ、かつ理念と一体で内外に周知が図られている。ただ基本方針は理念を具現化するための基本的考え方なので、さらに経営や人材養成などについても検討が望まれる。	

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。	b
理念や基本方針を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 理念や基本方針を職員に配布するとともに、理解を促すための取組が十分ではない。 理念や基本方針を事業計画書に掲載されたものを職員に配布されている。法人の理念や基本方針は聖書をもとに作られたので、聖書をテキストに職員に対して管理者が月に3回、チャプレンが月1回周知と理解に努められている。また職員で「事業所として大切にしたいこと」をテーマに理念について話し合いが行われている。年度末の職員研修では「カナンの園の理念について」講演が行われるなど、周知と理解を促すために積極的、継続的な取り組みがされている。	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組が十分ではない。 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組が十分ではない。 利用者に対する理念や基本方針の説明用として、文字を大きく、若干工夫をしてわかり易く明文化されている。、利用者開始の際に説明をされているが十分理解を促すまでには至っていない。利用者への説明は、理念や基本方針の意図するところを理解し易い表現にするなど、職員と違った周知の方法を工夫して継続的な取り組みが望まれる。	

I-2 計画の策定

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。	c
経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。 法人の中・長期計画としての第5次将来像が策定されていたが、その計画期間終了後に間があったが、法人設立40周年を契機に現在第6次将来像を鋭意策定中であり、早期完成が期待される。	

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。	C
各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。 年度ごとの事業計画が策定されているが、中・長期計画が策定されていないのでその内容が反映できない状況にある。中・長期計画が策定され場合はその計画を達成するために、年度ごとの事業計画に反映することが大切であるが、その場合に計画の達成状況や評価、見直しを容易にするために、計画は出来るだけ数値目標を多く設定した内容とすることが有効と思われる。	

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。	C
各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。 重要な中・長期計画が策定されていないために、現在のところは組織的に行われているとは言い難い。しかし年度ごとの事業計画の策定の仕組みとしては、例年9月に上半期の進捗状況などの振り返りと課題分析がおこなわれ、2月には下半期の活動状況の分析評価と次年度の取り組みについて、職員会議で協議されている。管理者が職員会議の内容を調整して予算や人員配置の方針がきめられている。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	C
各計画を職員や利用者等に配布していない。 各計画を職員や利用者等に配布していない。 中・長期計画が策定されていないために、職員や利用者等に配布、周知がされていない。しかし年度ごとの事業計画は、年度初めの職員会議で配布、説明がされている。また利用者については、工賃に関連した大雑把な計画書の配布や事業計画の一部を勤務表や行事予定表に入れて周知されている。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

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。	b
管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 管理者の役割として、理念や基本方針の理解や周知をはじめ、取り組むべき事業方針や概要は管理者が策定し、事業計画に反映し職員会議で説明と協力をもとめている。また方針や概要の取り組みの状況や成果が検証されて実績報告書のなかに報告されているが十分とはいえない。管理者が何を考え、何を行おうとしているのかを文書化して職員に説明することが望まれる。。またこのことは外部に対しても広報誌等を通じて表明されることを期待する。	
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。	b
管理者自ら、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が、十分ではない。 管理者自ら、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が、十分ではない。 管理者は、障害者自立支援法の改正や食品衛生法に関する研修会に参加されているほか、上部団体からの情報や関係誌及びインターネットからの情報把握に努められている。また多機能施設のために関係する法令は、社会福祉法はじめ労働法、消費者契約法、景品表示法など多岐にわたるが、その一部は備えられているが、その他は必要に応じてインターネットで把握されている。そのうち必要と思われる情報は、朝礼や夕礼で職員に周知されている。ただ法令遵守の具体的な取り組みの検討が望まれる。	

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取り組みに指導力を発揮している。	b
管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 利用者一人ひとりの願いに応え、良質なサービスを提供するために、事業報告の概要に示されているとおり管理者自ら分析と課題に取り組まれ、朝礼、夕礼の際には職員から意見等を聴き課題把握に努められている。課題にはその都度製造部門、販売部門及び支援部門それぞれの担当と管理者との協議で対応され、職員が少人数のため小回りが利いている面もあるが、組織全体としての体制や仕組みの構築のための指導力が望まれる。	

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。	b
管理者は、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が、十分ではない。 管理者は、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が、十分ではない。 利用者ニーズに応えるために、就労継続支援A型、B型及び就労移行支援ごとにそれぞれ多様な業種と、高い工賃の確保という難題に対処するため、職員の体制や予算執行の分析を行い、人員配置や職場環境に動められている。また職員会議で売り上げの推移、予算、光熱水費の前年対比等資料に基づき説明をし、職員の経営や業務改善意識を高める取り組みがされている。経営や業務の効率化のために、管理者と正規職員による運営委員会を設置して年2回開催されているが、人事や労務の面からの分析や業種ごとの経営と業務の効率化のために、運営委員会の機能強化に対する指導力が望まれる。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

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を的確に把握されている。	b
事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。 全体的福祉事業の動向については、関係上部団体からの情報と管理者独自の情報ルートによる情報把握のほかに、インターネット、関係誌からの把握に努められている。地域の福祉のニーズや潜在的利用者などについては、広域圏障害者自立支援協議会や障害者就業、生活支援センター及び行政機関等からの情報を把握されている。しかし事業所運営には、内部及び外部の動向に的確に対応することが肝要と思われるので、把握された情報やニーズが中、長期計画に反映されることが望まれる。	
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。	a
経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。 サービスのコストについては、月次報告や収支決算で詳しく分析され課題の把握に努められており、この分析結果の内容は職員会議で配布し説明されている。また改善すべき課題は年度の事業計画の重点課題に反映されている。利用者の経済的自立支援と利用者の多様なニーズに応えるために、それぞれの多様な業種の収支バランスの確保という福祉と経済の両面を併せ持つ困難な運営を抱えながら、利用者への工賃が県平均をはるかに超える実績は特筆される。	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当

Ⅱ-2 人材の確保・養成

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。	c
組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。 必要な人材や人員に関する具体的な計画が策定されていない。事業所が基本方針や各計画を達成するために、また良質なサービスを提供するために必要な「人材や人員体制に関する基本的な考え方」を明文化されていることが必要と思われる。さらに職員が取得されたい具体的な有資格名及び専門技術名及び知識ごとそれぞれの人数及び職員数の計画が策定され、これに基づいた人事管理を行なうことが今後の課題と思われる。	
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。	c
定期的な人事考課を実施していない。 定期的な人事考課を実施していない。 人事考課は実施されていない。人事考課を賃金や処遇に格差をつける手段として捉えるのではなく、職員個々の能力開発や実践力の醸成などの人材養成を図ることを目的として、それに合った人事考課基準を検討されることが有効と思われる。	

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。	b
職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働の状況は把握されており、それらのチェックは労務管理担当者が行っている。改善の取り組みとしては、管理者と労務管理担当である副管理者及び部門の担当者で、業務の効率化や他部門との業務の調整及びサポートの方法が協議されている。事業所は「ワークとライフのバランス」を課題に掲げているが、その実現のためには職員の意向、意見を的確に把握し、すでにある運営委員会の活発な機能の発揮がのぞまれる。また年1回行われる人事調書に基づく面接や法人の担当理事による相談窓口だけでなく、事業所として定期的に個別面接や聴取ができる体制を明確にし、かつ相談しやすい工夫が望まれる。	
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	C
福利厚生事業を実施していない。 福利厚生事業を実施していない 福利厚生事業としては、当法人を設立された初代理事長兄弟からの寄付金を原始として設けられた基金を、職員の子弟の修学資金貸付制度及び職員の海外研修制度に活用されているが、これ以外にも法定外福利厚生事業の検討が望まれる。	

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。	C
組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。 組織がこれからのサービス展開やサービスの質の向上を図るために、どのような人材を必要とするのか、その目的にあった職員の教育、研修が必要と思われるので、まず職員の教育、研修に関する組織としての基本姿勢を明確にすることが必要と思われる。さらに組織として職員に取得して欲しい専門資格、専門技術及び知識を明らかにし、そのことを中・長期計画等に明示することが望まれる。	
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。	C
職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。 業務の遂行に必要と思われる職員研修については、内部研修及び外部研修が行われており今後も取り組まれることを期待するが、人材養成を計画的かつ効果的に行うために、職員の教育、研修に関する基本姿勢に基づき職員個別ごとに教育、研修計画を立て、それに沿った教育、研修を行うこと有効かと思われるので、職員個別ごとの教育、研修計画の策定に当たっては、職員個別の技術水準、知識、専門資格及び将来の希望などを個別に協議しながら、内部研修、外部研修及び自己研修を含めた長期的計画を立て、さらにこれらの教育、研修を受講しやすくするために組織としての配慮望まれる。	
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。	C
研修成果の評価が定期的に行われていない。 研修成果の評価が定期的に行われていない。 職員が外部研修を受講したときには、復命書を作成して報告されているが、この評価基準では、職員個別の教育、研修計画に基づいて受講された場合に「復命書を作成して、研修内容を職員会議等で発表する機会を設け」、さらに復命書、発表及び研修後の業務等の取り組み状況から「上司による教育、研修の成果を評価、分析して、課題を次の計画に反映させる。」という手順を繰り返しながら実効ある人材養成が求められている。	

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。	C
実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。 実習受け入れ担当者を配置して、特別支援学校からの体験実習やヘルパー資格取得者の就職活動につなぐための現場実習の受け入れを行っているが、この評価基準では社会福祉に関する資格取得のために受け入れる実習生を想定しているので、社会福祉法人として、福祉の後継者を養成することも使命として、今後の受け入れに期待をしたい。受け入れる場合には実習生受け入れに関する基本姿勢について明文化すること、また受け入れの連絡窓口、事前説明書、オリエンテーションの方法などのマニュアル及び実習に係る事故等の責任体制の明確化の整備が必要と思われる。	

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。	C
実習生を受入れている。 実習生を受入れている。 資格取得のための実習生を受け入れていないため、実習内容を計画的、効果的に学べるプログラム等の整備や養成校等との連携はない。	

Ⅱ-3 安全管理

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、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b
利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。 防災計画を策定し火災があった場合の対応は、消防署への通報及び職員への連絡網が整備されており、直ちに自衛消防隊を編成し担当班ごとに責任者の指示に従い、予め定められている行動内容で行動する体制ができている。事故や感染症が発生した場合の対応については、事業所の運営規定で対応の仕方が定められている他に、感染症、食中毒及び誤飲の対応マニュアルが一部作成されているが、緊急時に迅速かつ的確に対応するためには、インフルエンザ、ノロウイルス、あるいは所在不明者の捜索、突発的な発作及び業務上の事故など、発生頻度の高いと思われる個別ごとの感染症や事故について、責任者や役割を明確にしたマニュアル(手順書)の整備が急がれます。これらのマニュアルは職員に周知を図り共有されることが望まれる。	
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。	C
利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。 事故報告やヒヤリハット報告は、一定の様式に基づき収集されており、管理者は事故の発生を受けた担当者から説明を受けて、原因等を分析して改善策を立て、直ちにタフのミーティングの際に関係部門に指示をするとともに職員への周知が図られているが、怪我、感染症、所在不明、発作、暴力などの事故を脅かす(ヒヤリハット)事例の報告が少ないので、事故を予見するためには多くの事例の収集が望まれる。また事故及びヒヤリハット事例の分析、改善策を検討するための体制やマニュアルの整備が望まれる、そして職員の事故に対する気づきを促すためにも多くの職員参加による組織体制が有効かと思われる。	

Ⅱ-4 地域との交流と連携

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-① 利用者との関わりを大切にしている。	a
利用者と地域の交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 利用者と地域の交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 地域の社会資源の情報を収集して玄関、更衣室、及びカフェに掲示して利用者に周知され、近隣のお祭りやイベントに職員の同行により参加されている。開所当初から事業所を地域資源と位置づけ、住民の活動拠点とする場にするという姿勢で、集会施設、相談室及びカフェのコーナーを開放して、町内会や子ども会及び地域福祉活動に活用されており、特に毎月8回ほど定期的に開催されている子育て支援サークルは、多彩な行事が行われており、事業所の利用者がこれらの行事の際に会場の準備や後片付けの協力もあって、確実に利用回数が増加している。また隣接する老人センターとは、事業所の利用者により草取り、清掃及びカフェの出前出張などにより世代間交流が行われている。このように地域と利用者との交流と事業所に対する住民の理解が高まる取り組み、さらに利用者の製作品やカフェの販売促進が図られるなど、特色ある取り組みがされている。	
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b
事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 事業所の集会施設や相談室及びカフェのコーナーを積極的に開放し、定期的に開催されるベビーサイン、おやこヨガあそびなど多様な子育て支援サークルに活用されているほか、町内会、子ども会及び地域の福祉推進協議会の会議に活用がされている。また機関紙などの情報資料は、玄関やカフェに備えて、来客者が自由にお持ち帰りいただける状況にある。施設の開放と同時に、事業所の有する専門的技術や情報を地域に提供することが大切ですので、福祉や障害に関する相談会及び講習会などの事業の取り組みに期待をする。	
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。	C
ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。 ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。 ボランティアの受け入れはされていないが、社会福祉法人のボランティア育成の使命と利用者との交流などから、ボランティアの受け入れを期待する。	

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。	c
事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示していない。 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示していない。 必要な社会資源を明確にしていないが、事業所として連携が必要な関係機関、団体ごと個別の名称、機能などの内容、連絡方法、関係書類の保管場所などが記載されて、使いやすく分類された資料の整備が望まれる。またその資料は職員の共有化が必要です。	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
関係機関・団体との定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。 関係機関・団体との定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。 ネットワークの組織としては、利用者個々の具体的な課題を解決するために「就業支援・地域ケア会議」や利用者の就労支援のための情報収集、就労斡旋及び定着支援などは「障害者就労・生活支援センター連絡協議会」との連携、さらに情報交換、地域ニーズの把握及び協働事業のため「圏域障害者自立支援協議会」などと定期的な会議が行われている。また行政担当部署、ハローワーク及び病院とは密接な連携がとられるなど、利用者へのサービスの提供と事業所運営のために関係機関、団体との連携とネットワーク化が図られている。	

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
地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。 行政機関の資料によるニーズの把握や圏域障害者自立支援協議会、特別支援学校及び病院との定期的連携によるニーズの把握がされている。具体的ニーズとして、精神病院から地域移行するためには、経済的自立が必須の条件であることや、就労継続支援A型の要望が高まっていることが把握されている。	
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。	a
把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。 盛岡広域の在宅障害者や支援学校卒業生の働く場が求められていることから、H22年4月から就労継続支援B型及び就労移行の多機能施設を開設されている。その後地域ニーズに応えるために、就労継続A型を事業計画や予算措置を行い、H 23年8月から事業開始がされている。	

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

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。	b
利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されているが、組織内での共通理解を持つための取組は行っていない。 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されているが、組織内での共通理解を持つための取組は行っていない。利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は、2012事業計画の《カナンの園の三本の柱》、カナンの園今日の使命2012に明示されていることが確認できる。組織内での共通理解を持つための取組は、法人の年度末研修や事業所内の理解の仕方について話し合いがなされている。身体拘束や虐待防止にかかる勉強会・研修会は、随時的な研修に留まり、全体の周知の取り組みを確認することは出来なかった。評価の着眼点の一つであるサービス場面ごとの標準的な実施方法が策定されておらず、今後の課題と言える。また、事業所の特性や地域性や特色に沿った基本方針を掲げることも検討される。	
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。	c
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ない。 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ない。利用者のプライバシー保護に関する取り組みは、プライバシー保護の観点での静養室の利用、2Fトイレの使用、施錠の出来る利用者のロッカー使用、人前での注意の仕方等について説明を受け、確認することができる。プライバシー保護に関する規定やマニュアルは整備されていないが、通勤の仕方、喫煙、TV使用等の日常における細かなルール・配慮は、利用者の茶話会や全体朝礼において利用者同士で話し合いを行っていることが説明された。今後、事業所における包括的な規定・マニュアルを作成することが望まれる。	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	C
利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。	
利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。確認書面において、2010年度の利用者の面談表予定表や家族の方との懇談会の案内、家族説明会の資料が載せられていたが、利用者満足の把握を目的とする内容とはなっていない。意見箱の設置、茶話会や全体朝礼で利用者の様々な意見や声を引き出し受止めている現況にあるが、事業所の基本方針や事業計画に利用者の満足を把握する文言を掲げ、利用者の満足の上昇を目指す委員会などを設け、具体的な取り組みとなることが望まれる。	
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	C
把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。	
把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。上記の評価細目に引き続いた評価項目であり、同様の取り組みが望まれる。	

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。	C
利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できない。	
利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できない。訪問調査について、確認書面と同様に静養室・相談室が設備されていることが確認できたが、利用者に相談方法や相談相手を説明した文書などを確認することは出来なかった。利用者の相談や意見は、人間関係から仕事の内容まで多岐にわたり、サービス管理責任者が主に受付し対応していることが説明された。今後は、複数の相談方法や相談相手を準備した相談窓口を整備し、利用者や家族に文書などで知らせる取り組みが求められる。また、相談内容は、相談受付簿や個別ケースに記録として記載されることが求められる。	
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。	C
苦情解決の仕組みが確立していない。	
苦情解決の仕組みが確立していない。苦情解決の仕組みは、「カナンの園苦情解決事業実施要領」で示されている。とんかんカナン事業所として、重要事項説明書に苦情の受付は記載されているが、解決責任者をはじめ、受付担当者、第三者委員などの苦情の受付の仕組みや体制を利用者に示されていない。茶話会や要望箱を通して、利用者からの様々な意見や要望が出されているが、意見、要望、苦情の取り扱いの判断が不透明である。利用者から出された意見や要望は、第三者委員を交えて内容を確認し討議することが求められる。事業所において、苦情が出されていないということは、苦情解決の仕組みが機能していないと解することになる。法人の苦情解決実施要領に沿って、事業所での仕組みと体制を整備し、利用者に周知することが求められる。	
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。	C
利用者からの意見等に対するマニュアルを整備していない。	
利用者からの意見等に対するマニュアルを整備していない。訪問調査において、利用者からの意見は、サービス管理責任者が対応していることが説明された。「対応マニュアル」の作成の必要性は認識され、今後整備することも説明された。利用者から様々な意見や要望が提案されていることから、その内容を整理することで事業所の運営に反映されることが望まれる。	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

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。	C
サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。	
サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。第三者評価の受審・自己評価ともに、今年度が初年度であり、定期的な受審に至っていない。今回の自己評価は、職員個々人が行った自己評価を持ち合い、事業所全体で評価の考え方やポイントを話し合っ事業所の評価としたことが説明された。今後、評価に関する担当者・担当部署が明確化され、継続的な受審が行われることが期待される。	
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。	C
実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。第三者評価の受審・自己評価ともに、今年度が初年度であり、定期的な受審に至っていない。今後、評価に関する担当者・担当部署が明確化され、継続的な受審が行われるとともに、職員が参画して評価結果の分析を行い、分析結果やそれに基づく課題が文書化され、職員間で共有化されることが望まれる。	

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。	C
評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。第三者評価の受審・自己評価ともに、今年度が初年度であり、定期的な受審に至っていない。今後は、今年度の評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みを作っていくことが期待される。その仕組みづくりに際しては、法人として取り組むべきもの、施設単位で取り組むべきものを仕訳したうえで、現在行われている日常の利用者の支援業務を圧迫しない効率的な改善計画を策定するとともに、取り組みの優先順位を明らかにしていくことが望ましい。	

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。	C
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ていない。 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ていない。標準的な実施方法としては、カフェでの作業マニュアルが整備されていることが説明された。確認書面の「私の希望する暮らし」の個別支援計画の作成では、作成手順を見ることが出来る。ワッフル等の製造工程では、職員の技量に依るところが多く、マニュアルは作成せずに当該職員が休みの際は、作業工程そのものを運休することや、日々の就労支援においても標準的な実施方法は、文章化されていないことが説明された。今後、日々の日課を通した就労支援において、作業工程を含めてプライバシーに配慮した業務手順の作成が求められる。	
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。	C
標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。 標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。上記の評価細目に引き続いた評価項目であり、同様の取り組みが望まれる。	

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。	C
利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。日々の利用者に関するサービス実施の記録は、業務日誌、作業毎に日誌に記載されていることが説明された。業務日誌には、利用者の動向を記載する欄が設けられているが、個々のサービス実施計画に沿った内容ではない。利用者の個別支援計画に沿って、日々どのようにサービス・支援が実施されたのか確認する記録が整備されていない。個別支援計画「私の暮らし応援プラン」の書式に沿ったサービス・支援の実施状況の記録を整備することが検討される。併せて、組織として統一した記録の書式や規定、記録書式の一覧を整備することが望まれる。	
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。	C
利用者に関する記録管理について規程が定められていない。 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。記録管理についての規定は、法人の処務規定の中の文書取り扱いに明示されていることが確認出来る。職務文書及び担当表に、利用者の記録の整理保管に関する担当職員と氏名が示されている。就労継続支援B型事業の管理規定には、50条に記録の整備が明示されているが、他の事業とも併せて、利用者の記録として備えるべき書式や様式など別途規定として整備することが検討される。また、利用者の情報開示に関しては契約書の8条5で確認することが出来るが、契約書とは別途に個人情報保護・開示の規定を整備することが検討される。	
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。	b
利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。利用者に関する情報の共有と組織における情報の流れは、業務日誌・朝礼・夕礼などで行っていることが確認できた。利用者の支援計画の内容は、パソコンで管理され職員で共有していること、利用者のケース検討会は、今年度に入って実施されたことが説明された。面接者から、今後は定期的なケース検討会の実施と、作業内容と利用者の状況の話し合いは別枠で行う必要があることが説明された。	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

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。	a
利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。法人のホームページとパンフレット事業所の紹介がされている。また、事業所独自でパンフレットを作成し、施設紹介が写真を通してわかりやすく知ることができる。特別支援学校や精神科病院からの飛び込みを含めた相談や見学が多数あり、事業所の存在が広く行き渡っていることが窺える。また、見学・相談記録を整備し、事業所利用の積極的な情報提供を行っている。	

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。	b
サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。事業所のサービス開始にあたり、重要事項説明書が整備されている。また、利用規約が必要なことから、事業毎に利用契約書が整備されている。重要事項証明書と利用契約書には、漢字にふりがなが付されているが、利用者にわかりやすい説明としての工夫とは確認できない。利用者や家族の判断能力に応じて、箇条書きで表記したり写真などの映像を取り入れることも望まれる。	

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。	c
サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。 サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。訪問調査において、これまでに当事業所から一般就労を含めて、他に事業所に移行された利用者は存在することが説明された。その際には、関係機関の担当者間での会議が実施されていることを提出書面で確認することができた。しかし、他事業所への移行に際しての手順や引継ぎ文書は整備されていない。今後は、サービスの継続性に配慮した仕組みを整備することが求められる。	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

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。	b
利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っているが、十分ではない。 利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っているが、十分ではない。利用者のアセスメントは、「私の希望する暮らし」の個別支援計画作業の流れで確認することができる。「私の希望する暮らし」のBシートで統一したアセスメントを行い。この個別支援計画は、従来の課題解決やスキルアップを想定した内容ではなく、利用者本人の希望や願いに立脚した支援計画との内容で、今年度から取り入れていることが説明された。当事業所の利用者の現状に沿ったアセスメントの内容であることから継続した取り組みが必要とされる。	
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。	b
利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示しているが、十分ではない。 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示しているが、十分ではない。アセスメントに基づいたニーズや課題は、「私の希望する暮らし」の個別支援計画のCシートとEシートに明示されている。利用者のニーズや課題は、利用者本人が、願いをかなえるために取り組み内容となっている。当事業所の利用者の現状に沿った支援計画の内容であることから継続した取り組みが必要とされる。	

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。	b
利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。サービス実施計画策定の管理者は、職務分掌及び担当表で担当職を氏名を確認することが出来る。支援計画の作成担当者は、書面の支援計画・モニタリングの作成担当一覧表で確認することができる。個別支援計画は、「私の希望する暮らし」のCシートとEシートへの記載となっているが、ケース検討会などを通した作成の経過を記録として確認することができない。「私の希望する暮らし」の個別支援計画の作成の流れに、ケース検討会などの複数職員で協議検討する仕組みを整備し、策定することが求められる。	
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。	b
サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。実施状況の評価と見直しは、「私の希望する暮らし」のEシートを通して「ふりかえり」として実施されている。前述と同様に、「私の希望する暮らし」の個別支援計画の作成の流れに、ケース検討会などの複数職員で協議検討する仕組みを整備し、策定することが求められる。	

内容評価基準

A-1 利用者の尊重

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。	b
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十分でない。 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十分でない。 ・ 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じてその人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛け、サイドボードに文字で表示したり、あるいは顔の前でゆっくり口を大きく動かす等工夫して支援されているが、サービス実施計画や支援計画にコミュニケーション手段を確保するための支援策がなく、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十分といえない。また、職員間の共通理解と担当職員、ソーシャルワーカー、臨床心理士等専門の方々との連携により、利用者の意思や希望を出来るだけ正しく理解する工夫をさらに期待するものです。	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b
利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。 ・ 利用者の活動については担当者が利用者の意向を聞きその意向を尊重しながら、活動を側面から支援している。また、利用者が施設外の方々と自由に交流できるよう、イベントや県立大との楽足会等のチラシを休憩室や廊下へ掲示している。 ・ 利用者による自治会組織は設立を働きかけても利用者の賛同を得るまでには至らず未結成であり、施設側との話し合い部分では利用者の主体性の尊重、主体的な活動の尊重が十分といえない。	
A-1-(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。	b
見守りと支援の体制が整備が十分ではない。 見守りと支援の体制が整備が十分ではない。 ・ 利用者が自力で行う日常生活上の行為として、肥満に関わる食事シート、歯磨きシート、駅からの通勤同行支援等の見守りの姿勢を保つ方針を個別支援会議やケースカンファレンス等で確認しているが、介助等必要な時の迅速な支援や職員の対応、施設の整備について常に検討が必要であるがそれらの記録がなく、支援の体制整備は十分といえない。	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	c
利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがない。 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがない。 ・ 社会資源の情報提供、通勤支援、社会人のためのマナーアップ開催はなされたが社会生活力を高めるために障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用についての学習・訓練プログラムが作成されていない。 今後は利用者のエンパワメントを高めるためのプログラム作成が期待される。	

A-2 日常生活支援

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。	非該当
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。	非該当
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	非該当

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。	非該当

A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
環境は適切である。 環境は適切である。 ・ 利用者は通所で日常生活は自立の方々がほとんどで、入浴で使用することはないが作業等で汚れた場合の使用に浴室が完備されている。 ・ 脱衣場には洗濯機も完備され、プライバシー保護も出来、冷房はないが暖房設備も完備され環境は適切である。	

2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	非該当
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
清潔で快適である。 清潔で快適である。 ・ 身体状況に応じたトイレ設備や補助具の配備、車イス利用のトイレスペースも十分であり、また、子育てサークル等利用される方々のため、赤ちゃん用オムツ交換台も配備されており、採光・照明等も適切である。 ・ 冷暖房設備は暖房のみであるがプライバシーに配慮された設備であり、掃除はハウスキーパーにより毎日実施され清潔で快適である。	

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。	非該当
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。	b
衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、不十分である。 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、不十分である。 就労継続移行支援、就労A型事業で三障害でも自立度の高い利用者となっており特に着替え等の支援は不要であり、業務手順書はないが、着替えやおむつパンツ等の準備はしている。また、作業に入る前の身だしなみのチェック等は朝会において毎日行っている。	

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。	非該当
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	非該当

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
適切である。 適切である。 ・ 利用者は年2回の健康診断の実施、毎月の体重測定、嘱託医による月1回の巡回と相談が実施されている。利用者個々の健康診断結果票、日常の健康状態は業務日誌へ記録され、また、連絡ノートへ記録され職員が確認できたり、必要があれば家庭へ連絡する事もある。 日常の健康管理は概ね適切といえるが今後は、個々の利用者の健康マニュアルの作成や日常生活の中に健康維持・増進のための活動や口腔衛生についての指導等の検討が望まれます。	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されているが、取組が十分ではない。 ・ 利用者の健康面に変調があった場合、協力的な医療機関として嘱託医の病院と日常的な連携を取っており迅速かつ適切な医療が受けられる状況にある。また、施設から5分程の場所にも病院があり迅速かつ適切な医療が受けられる体制整備はされている。しかし対応手順等のマニュアルがなく、取組みが十分とはいえない。対応手順のマニュアル作成を早急に望むものです。	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	c
確実に行われていない。 確実に行われていない。 ・ 利用者並びに担当職員は薬の目的、効果について情報を得ているが、薬の管理・服用は利用者個々で行い職員は見守りとアドバイスをしているが、利用者一人ひとりの薬物管理は服用・使用確認に至る状況を所定の様式に記録することが望まれます。また、これら薬物の取り違い・服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りが合った場合の対応手順の作成も望むものです。	

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。	C
余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。 余暇レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。 ・ 余暇活動として「身だしなみ講座」のお知らせはあったが情報提供はあまりない。施設のレクリエーションとして職員が企画した研修旅行が実施されているが利用者の意見や希望が反映されているとはいえない。 ・ レクリエーション活動は個々の利用者の希望に沿って実施することが重要であることから、企画実施にあたっては利用者の希望把握、企画への参加、地域資源の活用等、取り組みはさらに利用者を中心に据えた工夫が求められます。	

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。	非該当
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	非該当

2-(10) 所持金・預り金の管理等

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。	非該当

A-2-(10)-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。	a
利用者の意志や希望が尊重されている。 利用者の意志や希望が尊重されている。 ・ 通所施設でもあり雑誌、新聞等は個別に読みたいものを持ち込み、休憩時間に見ることができる。 ・ テレビは休憩室に設置されており昼食時間に自由に視聴できており、利用者の意志や希望が概ね尊重されているといえる。ただし、見たい番組が重なった場合、利用者間の話し合いや調整への配慮に工夫が望まれます。	
A-2-(10)-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。	c
利用者の意志や希望に十分応じていない。 利用者の意志や希望が尊重されている。 ・ 休憩時間には指定された場所での喫煙を可能にしているなど、本人の意向に沿う形で実施されている。しかし、酒やタバコの害について、正しい認識が持てるような情報提供は行われていない。 ・ 嗜好品(酒、たばこ等)については健康上の影響について、利用者が正しい認識が持てるように勉強会や研修会開催が望まれます。	