

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	社会福祉法人乙訓福祉会 障害者地域活動センター 乙訓の里	施設 種別	生活介護 (旧体系 :)
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会		

平成24年6月21日

総 評	<p>社会福祉法人乙訓福祉会は「乙訓障害児者父母の会」の一部のグループの方々を中心となり、1990年10月に創設されました。ノーマライゼーションの理念に基づき「共に働き、共に暮らす」地域福祉の実現を目指し、役職員が結束して取り組むと同時に、利用者・家族・地域があつての事業所であるという意識をしっかりと持っているということが確認できました。また、事業紹介パンフレット等に記載されている「～地域のまんなかで、障害のある方々と共に～」は「利用者が地域で当たり前前に暮らしていけるように」との意が込められており、それをまさに実践されていることを感じました。</p> <p>法人事業の運営においては、法人設立二十周年を機に平成23年度から立ち上げた乙訓福祉会「将来構想プロジェクトチーム」が、利用者・家族・役職員等の意見を取り入れながら「将来構想計画」（平成23年～33年）の作成を行っていました。その計画は、地域の福祉及び法人の現状、将来の法人のあり方、施設整備事業などの項目が幅広く網羅されており、今後の地域、法人の将来像が見えてくるものとなっています。</p> <p>利用者ヒアリングや利用者が生き生きとした姿で活動している様子から、利用者本位のサービスが提供されていること実感することができました。また、利用者の身体状況による利用者トイレ便器の選定など、細かい配慮をされていることも確認できました。</p>
特に良かった点(※)	<p>○計画の策定</p> <p>事業計画策定においては「平成24年度の提案」と題した資料を職員室で回覧し、スタッフ会議において広く職員から意見を聴取しています。そして、これらの意見を取り入れながら計画の策定・実践を行っていく体制がありました。これは、「将来構想計画」の策定場面においても実践されており、今後とも継続されることを望みます。</p> <p>○家族や地域との連携</p> <p>年度初めに家族に配布される資料には、法人理念及び法人運営の重点が明示され、さらには法人組織図、事業計画（基本方針・活動内容・行事予定等）が分かり易く掲載されています。また、毎月1回の家族会の開催、個別支援計画策定、見直し時期等における利用者、家族との三者懇談など、利用者支援に向けての家族との連携に努めています。</p>

	<p>○個別支援計画の作成とサービス提供</p> <p>個別支援計画書作成においては「乙訓の里個別支援計画実施年間日程」手順書に「支援計画の同意」、「中間面接」「面談」、「終了時評価」、「回議決済書作成」と定められ、さらに回議決済書においては責任の所在も明確にしています。また随時に支援計画の見直し、支援会議、相談支援、個人懇談が行われています。そこで、利用者、家族等の意見や思いを取り入れることで、一層の利用者本位の視点に立った支援を行うように努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の利用者への伝達</p> <p>家族には総会等において資料を配布していますが、利用者には毎年度の事業計画は口頭での説明を行っているだけで、資料の配布はありません。事業所の年度の方向性を示す指標でもあり、利用者に係る活動ですので、利用者にも資料配布し、丁寧に説明されることをお勧めします。</p> <p>○ボランティアの受入れマニュアル</p> <p>長年に渡り、継続的にボランティアの受入れが行われ、事業所として意欲的に取り組まれています。受入れに関する基本姿勢が明文化されておらず、マニュアルも整備されていません。事業所としての基本姿勢を明確にし、マニュアルの整備、ボランティア研修等を開催することで、リスクの回避、ボランティアの養成等に繋がることと思います。</p> <p>○意見を述べやすい体制の確保</p> <p>毎週1回のホームルームや、月1回の家族会、個別面談の実施相談担当者の担当制など、広く利用者、家族等の意見を取り入れた迅速な対応等が行われています。また、本人等の承諾を得ながら、苦情の公表に結びつける姿勢があり、実際に改善等に努めています。ただ、第三者委員の氏名は掲示されていますが、連絡先の記載がありませんでした。第三者委員の方の連絡先の記載は個人情報に係る了解のもとで記載されると意見・要望等を直接に第三者委員に言い易い環境が整備されることと思いますので一度ご検討ください。また、利用者や家族・地域の方々から幅広く意見等を聴取することでさらに利用者サービスの向上に繋がるものと思いますので意見箱等の設置などご検討されることをお勧めします。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	社会福祉法人乙訓福祉会 障害者地域活動センター乙訓の里
施設種別	生活介護
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成24年2月22日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
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。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	A	A
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	A
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	B	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	B
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。	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。	A	A
		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	A
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A

【自由記述欄】

I-1-(1)① 法人理念は乙訓福祉会だより、パンフレット等に記載しています。利用者尊重を第一義とした姿勢が見られます。

I-1-(1)② 基本方針は法人理念に基づき、職員の行動規範となるよう定められています。

I-1-(2)① 理念・基本方針は新規採用職員には年度初めの法人研修で周知し、スタッフ会議においても継続的な取り組みが行われています。

I-1-(2)② 利用者・家族等への理念・基本方針の周知は、4月の家族会総会やサービスガイドにて説明しています。サービスガイドは利用者に見やすく、理解しやすいようにルビを打つなど工夫がなされています。

I-2-(1)① 中長期計画は訪問調査時点では策定されていませんでしたが、2005年より本部移転計画対策検討委員会が設置され、2011年より中長期計画策定(平成23～33年度)のための「将来構想プロジェクトチーム」を立ち上げ、乙訓圏域の福祉の現状、法人概要(利用者状況・職員体制等)、今後の法人のあり方、将来構想整備計画などが盛り込まれた計画を利用者、家族、職員の意見を求めながら進められています。

I-2-(1)② 事業計画作成は昨年度事業を踏まえて、手順に基づいて「平成24年度へ向けての提案」という形で職員の意見を聞き、ボトムアップで作成されています。

I-2-(1)③ 事業計画書は職員に配布し、職員会議等において周知しています。

I-2-(1)④ 事業計画等は家族には4月の家族会総会において総会資料として配布し、説明をしています。しかし、利用者には自治会で説明していますが継続的な取り組みとしてはできていません。

I-3-(1)① 管理者の役割、責任は法人諸規則において明文化するとともに、各種会議においても説明をしています。又、広報誌等にも記載されています。

I-3-(1)② 管理者は法令遵守ための研修会に積極的に参加し、全体会議においても情報の提供を行っています。さらには法令等遵守のために、事務所等に参考文献などを揃え、いつでも職員が閲覧できるようにしています。

I-3-(2)① 月2回の事務局会議においてサービスの質の現状分析と評価が行われていると同時に、毎週開催される職員会議において職員の意見を汲み取っています。又、管理者も積極的に会議に参加することで、課題の把握と改善に取り組んでいます。

I-3-(2)② 管理者は事業所運営にかかる分析はもとより、職員の労働環境改善に向けてトイレ介助用リフトの設置など具体的な取り組みを行っています。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
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。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	A	A
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	B	B
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。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	A	A
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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	B
		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。	B	B
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	A	B
		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。	B	B
③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。		A	B	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための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、積極的な取り組みをしている。	B	A	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	B	B
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	B	B
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	B	B
		③ 障害のある本人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。	B	B
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	A	B
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	B	A
		③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	B	B
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	B	B
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

【自由記述欄】

II-1-(1)① 支援学校や地域の関係機関と連携しながら、地域のニーズを把握するとともに将来構想計画に反映しています。
II-1-(1)② 経営状況の分析は事務局会議等においてなされ、職員会議において情報は共有されています。公認会計士等専門家による指導等は受けていません。
II-2-(1)① 1.7:1の職員配置、医療的ケアの充実を目指し、看護職員の配置など人員体制等に配慮しています。又、役職員等役割と責任の理解のための取り組みとして、それぞれの職員に応じた業務分担表を作成し、職員に周知しています。
II-2-(2)① 毎月末に担当者が就業チェック・分析・検討をしていますが、改善策が検討されていません。ただし、人事異動等の意向調査を含め、年1回は職員と個別面談する機会があり、職員が相談しやすい体制構築に向けての工夫がされています。
II-2-(2)② 退職共済への加入や親睦会への補助など、職員への福利厚生面における充実に向けての取り組みがあります。職員の相談を聞く姿勢はありますが、外部へのカウンセラーへの紹介は行われておりません。
II-2-(3)① 組織として職員に求める基本姿勢等は家族会の総会資料に記載していますが、事業計画等には明示されていません。しかし、資格取得等においては勤務配慮がなされています。
II-2-(3)② 外部、内部研修の機会を設け、職員のレベルアップ、スキルアップに取り組んでいますが、職員一人ひとりの教育、研修計画が策定されていません。
II-2-(3)③ 研修報告書の提出や研修報告は実施していますが、研修成果の評価・分析や今後の研修計画への反映、カリキュラム等の見直しがありません。
II-2-(4)① 実習生受入れの基本姿勢は明文化し、プログラムと実習生受け入れマニュアルを整備しています。
II-3-(1)① 個人情報に関することは運営規定に記載し、広報誌等の写真掲載には本人の承諾を得るなど、慎重に配慮をしています。ボランティアには個人情報に関する法令遵守を求めるまでには至っていません。
II-4-(1)① 安全確保に関しては、年3回の防火委員会において検討しています。又、利用者の健康管理等においては「在宅療養手帳」において把握しています。職員には救急救命研修を実施していますが、管理体制等を含めたマニュアルは整備されていません。
II-4-(1)② 緊急連絡網を活用した利用者の安否確認等連絡体制を確立しています。長岡京市とは避難指定所としての協定を結んでいますが、建物等ハード面の災害対策においては今後の課題となっています。
II-4-(1)③ 朝礼、終礼、部署会議等においてリスクの把握、対応に取り組んでいますが、安全確保・事故防止に関する研修会の開催と定期的な評価・見直しはありません。
II-5-(1)① 事業所の立地条件の中で地域との関係の構築に向けて、取り組む姿勢はありますが、地域の方々が事業所を訪れる機会はほとんどありません。しかし家族との交流は毎月1回開催の家族会や個別面談等、多くの機会があります。

Ⅱ-5-(1)② 法人内事業所と協働で、重度訪問介護従事者養成研修やヘルパー研修に積極的に取り組むことにより、事業所の機能を地域に還元していません。

Ⅱ-5-(1)③ 長年に渡って継続的に食事介助等のボランティアを受入れています。ボランティアに対する研修、受入れマニュアルは整備されていません。

Ⅱ-5-(2)① 移送サービスやガイドヘルパー等、提供事業所と連携など社会資源を活用することで利用者の生活支援を実践していますが関係機関等のリスト化ができていません。

Ⅱ-5-(2)② 家族とは月1回の家族会、個別支援計画作成時における当初・中間・見直し時期など、多くの交流機会があり、情報の提供と共有化がなされています。又、原則担当制で家族が相談できる体制が役割分担表で明示されています。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-1(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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	A
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	B	A
	Ⅲ-1-1(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	B	B
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-1(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	A
		① 個別支援計画を適正に作成している。	A	A
	Ⅲ-2-1(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	A	A
	Ⅲ-2-1(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	B	B
		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	B	B
		③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
	Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-1(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	B
② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。			B	A
Ⅲ-3-1(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。		① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		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。	B	B
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	C	A
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-1(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	B	B
		② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	B	B
	Ⅲ-4-1(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	B	B
		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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	B	B

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1(1)① ホームページで自由に閲覧できると共に、年に4回機関誌を発行しています。利用希望者には、パンフレットなどの資料を用意し、最寄のJR駅近くのサポートセンターにも配布しています。通所利用体験も可能です。

Ⅲ-1-1(1)② サービス内容を確認しやすいようにサービスガイドがあります。漢字にはルビを振り、写真を取り入れる等、利用者・家族にも分かりやすいような工夫をしています。説明は利用者の障害に合わせて丁寧に行われます。

Ⅲ-1-2(1)① 利用者及び家族からの相談には、ケース担当者を中心に意向を聞きとる体制が整っています。他の事業所へ移る場合の引継ぎ文書の策定が課題です。

Ⅲ-2-1(1)① 年間計画において、事前に利用者、家族と面談(アセスメント)が行われ、年に2回の評価が会議において実施されています。毎週必要に応じてケース会議も行われています。

Ⅲ-2-2(1)① 年度末に、利用者や家族との面談が行われ、次年度の支援計画をケース担当者が作成しています。また、作成された計画はその後の会議で検討されています。

Ⅲ-2-3(1)① 個別支援計画は、変更の必要がある場合は随時変更を行い、会議などで職員に周知確認しています。中間時評価・終了時評価の見直しなどは手順書に基づき実施し、関係職員によって周知をしています。

Ⅲ-2-4(1)① サービス実施状況は関係職員間で共有しています。利用者に変化が生じた場合の確認は常時行っていますが、サービス実施状況の記録がチェックのみになっており、時系列で整えられた記録にはなっていません。

Ⅲ-2-4(2)② 記録の保管、保存に関する規程がありますが、廃棄に関する規程がありません。個人情報保護と情報開示については口頭伝達に留まっており、研修を実施することが今後の課題です。

Ⅲ-2-4(3)③ 日々の職員の朝礼、終礼、毎週火曜日のスタッフ会議、毎月一回の土曜日の職員会議において情報の共有がなされています。毎日出勤ではない非常勤職員に対しては、連絡ノートによる情報の共有が行われています。

Ⅲ-3-1(1)① 担当者を中心に個別面談が行われ、利用者の自治会活動として位置付けられている毎週木曜日のホームルームに職員が参画しています。毎月一回開催の家族会には事務長、センター長がそれぞれ出席することで利用者、家族のニーズの把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)② 毎週のホームルームを開催しています。また、月一回の給食委員会では、利用者参画のもとで、給食の献立の検討がなされるなど、利用者ニーズの充足と改善に向けた取り組みがあります。

Ⅲ-3-(2)① 月1回の家族会、個別面談を通して相談や意見を収集しています。相談場所もそのときに応じて臨機応変に理事長室、会議室、職員室などを設定していますが、苦情記入カードの配布がありません。また苦情箱も設置されていません。

Ⅲ-3-(2)② 苦情解決の体制は整備されています。苦情受付窓口や解決責任者・第三者委員などもホームページに掲載しています。ただし、第三者委員の連絡先が記入されていないことや、苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した掲示物等はありません。

Ⅲ-3-(2)③ 苦情・意見など終礼時や、スタッフ会議などで職員間で共有し、改善に努めています。又、苦情対応マニュアルも整備しています。

Ⅲ-4-(1)① 障害状況に応じた個別サービスを実施するために、個別訓練マニュアルの作成中です。

Ⅲ-4-(1)② 個別支援計画書の作成を行い、ケース会議として半年毎に職員全体で見直しが実施されています。要望に合わせた対応はできていますが、組織で定めている訳ではありません。

Ⅲ-4-(2)① 最寄の社会福祉協議会の職員の意見も取り入れ、サービス内容を定期的に評価していますが、評価結果の分析・検討の場が組織として定められていません。

Ⅲ-4-(2)② 職員の参画による評価結果の分析が行なわれていますが、文書化にまでは至っていません。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-1(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人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。(プライバシーへの配慮)	A	A
		② 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。	A	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	A	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-1(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	A	A
	IV-2-1(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	A	A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	B	B
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	A
	IV-2-1(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	A	A
	IV-2-1(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	B
	IV-2-1(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	B
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	B	A
	IV-2-1(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	B	A

【自由記述欄】

IV-1-1(1)① 理念・基本方針には人権尊重を主眼においた取り組みが明文化されています。さらに、利用者への身体介護等においては同性介助を基本とする姿勢があります。

IV-1-1(1)② 文字盤、「伝の心(重度障害者用の意思伝達装置)」等を活用するなど、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーション手段を用いて意思の疎通を図り、利用者の希望や意思を汲み取っています。

IV-1-1(1)③ 週1回のホームルームや月に一度の定例会を開催し、そこに管理者、職員が出席することで広く利用者との意見交換をする機会を確保するとともに、定期的な家族会開催や近隣事業所との交流会などを行っています。

IV-2-1(1)① 利用者、家族の要望を聞くことで入浴状況を把握し、ヘルパー入浴等在宅サービス利用につなぐなど、課題解決に向けた具体的な取り組みがあります。

IV-2-1(1)② 衣服が汚れた場合などは速やかに着替えを行う等の配慮があります。家族とは常に連絡を取り合い、利用者の希望を尊重しながら清潔の保持に努めています。

IV-2-1(1)③ 利用者、家族の要望があれば個別的に理美容に関する支援を行う等、利用者本人の意向を尊重した取り組みを行っています。

IV-2-1(2)① 利用者の睡眠状況は送迎時、在宅療養手帳、連絡ノート等で確認し、睡眠不足の利用者には昼寝を進めるなどの配慮をしています。

IV-2-1(2)② 利用者の身体状況に応じた便器やトイレ助用のリフトの設置、転倒防止の配慮など行っていますが、排泄介助等のマニュアルはありません。

IV-2-1(2)③ サービス利用開始時にバイタルチェックを行ったり、連絡ノート、在宅療養手帳の活用等で利用者の日々の健康状況を把握しています。随時、家族からの健康相談を受ける姿勢もあります。

IV-2-1(3)① 食事時間はゆとりがあり、利用者参加の給食委員会を毎月1回開催し、献立の検討を行っています。さらにホームルームでも意見を聞くなど利用者の意向を積極的に取り入れることで、美味しく、楽しく食べる食事として工夫がされています。

IV-2-1(4)① 労働日数等を加味した給与体系、時間外手当、収益に応じた一時金支給制度などのシステムが整備されていますが、一人ひとりのライフステージ・年齢差等による活動ができていません。

IV-2-1(5)① 金銭管理及び経済的な対応能力を高めるプログラムがありませんでしたが、日常生活の中で体験、実践をすることで対応力を身につけられるようにしています。

IV-2-1(5)② 行事は利用者と共に企画・立案することで利用者の思いを尊重し、反映しています。又、旅行の場合は事前に下見を行う等、利用者の安心・安全を図っています。外出時には在宅療養手帳の携帯を奨励しています。

IV-2-1(6)① 利用者・家族等と連携し、さらに事業所行事においては利用者が参加する行事委員会で、利用者の意見を聞きながら企画・実施をしています。