

[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	花の木医療福祉センター	施設種別	医療型障害児入所施設・療養介護事業 (旧体系：重症心身障害児・者施設)
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

2012年12月13日

総 評	<p>昭和43(1968)年花明学園開園から始まった「花の木医療福祉センター」は、現在に至るまで、入所・心身の重度及び重複の障害や長期の療育が必要な重症心身障害児・者のための施設として、重い障害のある人も人間として豊かな成長・発達をとげ、快適で生きがいのある日々を過ごしていただけるよう、医療をはじめとした専門的な支援を提供されています。その専門的実践は入所をされている方々だけでなく、基幹医療施設として地域にも還元されています。</p> <p>花ノ木医療福祉センターは、病院であるとともに、児童福祉法、障害者自立支援法に基づく福祉サービス事業所ですが、医療機関ならではの健康に対するきめ細やかな支援は特筆すべき面があります。</p> <p>個別支援プログラムや生活上の支援マニュアル等は高いレベルで整備されていました。また、誤薬等の人的ミスをなくす努力や工夫についても、同様に質の高いものでした。</p> <p>反面、利用されている方々のプライバシーへの配慮、余暇活動や日中活動、食事での環境配慮等には、ジレンマを抱えられているようにお聞きしました。重い障害のある方々の生活と暮らしという側面からみた場合に、専門医療機関であるが故のジレンマが内包されているともいえます。所長は機関誌上での就任挨拶で「花ノ木が誕生してから四十年が過ぎました。この間、入所者の幸福を考えるあまり、内向きになっていなかったか、花ノ木を世間に知っていただく努力を怠っていなかったか、長年培ってきた技術、サービスを地域に還元してきたか、反省すべき点はいくつもあります。次の十年を考えると、社会から孤立した施設は残ることができないと思います。おそらく消滅するでしょう。今の状況は長い歴史を持つ施設にしては問題ありと感じています。」と話されています。入所されている方々が最重度の障害のであるが故の生活支援の取り組みの難しさは想像に値します。その改善を得るヒントは、「社会から孤立しているのではないか」と危惧されている所長の感覚にあるのかもしれない。</p> <p>今回の調査において、理念、基本方針の再構築と中長期計画の作成については重点課題として早急に取り組まれるとお聞きしました。今後の「花の木医療福祉センター」のありようについて、基本的な指針となるものと期待しております。</p>
特に良かった点(※)	<p>I-2-(1) 事業計画の策定について</p> <p>② 部署毎に会議を行ない、意見を吸い上げ、係長以上の役職が主となった運営会議内で事業計画が策定されている。適切にボトムアップがなされていることが会議録で確認できた。</p> <p>③ 年度初めの職員会議において、70名以上の参加者に対して事業計画の説明を行ない、質疑応答も設けている。また、各部署・各課に文書でも配布し、所内報でも周知を行なっている。</p>

	<p>Ⅱ－２－（２）職員の就業状況に配慮がなされている。</p> <p>①有給取得率や時間外労働時間の集計等は事務担当者が把握、管理している。また、各病棟課長が時間外業務内容を精査し適切な指示や分担を実施している。全職員年に1回、ヒアリングを行い意見聴取も行っている。その他、必要があればその都度課長を中心に面談を行っている。</p> <p>②センター内勤務の精神科医師がおり、必要に応じて受診ができる体制が整っている。また、外部医療機関を紹介する体制が整っている。また、共済会等の資料を使用し、外部相談機関の紹介もしている。</p> <p>Ⅲ－１－（１）サービス提供の開始が適切に行われている。</p> <p>①特に医療面でのアプローチが特筆されるアセスメントを実施している。在宅生活では実施できなかった経口摂取が入所後に可能となったケースや、褥瘡対策、胃瘻対応など、自宅では充分に実施できなかった支援ができています。</p> <p>Ⅳ－２－（２）健康</p> <p>①排泄パターンを確認し、無理にトイレ誘導を行なうのではなくパット交換にすることや、吸収量の多いパットを使用するなど、安眠に関する取り組み内容が確認できた。</p> <p>②詳細に記載されたマニュアルに沿い、障害特性に合わせた支援を行なっている。</p> <p>③健康管理に関する取り組みは、医療的配慮を必要とする利用者を含め、具体的に実施されている。口腔ケアも特性に応じた器具を使用した方法で実施されている。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>Ⅰ－２－（１）事業計画の策定について</p> <p>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）計画については、報酬改訂に伴う増築計画や、重度化に対応する為の個室化など、様々なプランがあり会議もなされているが、中長期の事業計画としては明文化されていない。</p> <p>Ⅱ－１－（１）経営環境の変化等に適切に対応している</p> <p>①外来診療活動や特別支援学校卒業者との関わりで近隣における潜在的データの把握はできているが、広域(京都府下)にわたるデータ収集はできていない。（中長期計画が策定されていない。）</p> <p>Ⅲ－２－（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。</p> <p>①利用者・家族の希望を記載・反映した個別支援シートを作成し、利用者・家族の同意を得ている。3ヶ月毎に見直しを行なっているが、その内容を関係職員に周知する仕組みが不十分である。</p> <p>Ⅳ－２－（４）日中活動・はたらくことの支援</p> <p>①日中活動を検討・実施する療育指導係を5名配置し、毎週1時間の会議を実施しているが、障害特性の問題で取り組める内容が限られ、具体的な取り組みには至っていない。</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	花の木医療福祉センター
施設種別	医療型障害児入所施設 療養介護事業
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	平成24年10月30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。	B	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。	B	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。	C	B
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。	C	C
		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。	B	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	A
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。	B	B
		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。	B	B
		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	B

[自由記述欄]				
I-1-(1)	①ホームページに理念が掲載されている。また理念を集約した文言をパンフレット第1面に記載し、周知している。			
	②「基本方針」として明文化されていないが、理念に掲げられた5項目が実質上の基本方針となっており、その方針に基づいた法人事業計画、部署別事業計画が策定されている。			
I-1-(2)	①採用オリエンテーション時に、全員に対して文書を使用して説明を行っている。また、事業計画・方針については、所長から職員に対して年度初めに1時間程度時間を設け説明している。勤務の都合上全員参加は不可能であるが、各部門課長が主となり部署毎に会議で周知している。理念等のみをテーマにした会議は行っていないが職員会議や部署会議で検討がなされている。			
	②利用者・家族にはパンフレットや所内報を配布しているが、利用者が理解できるような工夫はなされていない。			
I-2-(1)	①報酬改訂に伴う増築計画や、重度化に対応する為の個室化などのプランがあるが、中長期の事業計画としては明文化されていない。			
	②部署毎に会議を行ない、意見を吸い上げ、係長以上の役職が主となった運営会議内で策定されている。			
	③年度初めの職員会議内において70名以上の参加者に対して説明を行ない、質疑応答も設けている。また、各部署・各課に文書で配布し所内報でも周知を行なっている。			
	④病棟方針を決めた後、年度初めと中間での2回開催される懇親会において具体的な計画を書面にして利用者・家族へ配布している。また、懇談会ではパワーポイントを使用することや質疑応答時間を設けることで、意見交換をはかっている。年度初めの懇談会では前年度の振り返りを含めた内容になっており、継続的な取り組みといえる。			
I-3-(1)	①職務文書において、各職員の職責が明確にされているが、管理者の決裁権責任が不明確化である。			
	②事務所内に医療面、福祉面、労務面など必要な関連法規をまとめており、自由に閲覧できる。			
I-3-(2)	①医療面だけではなく、福祉の動向についても研修や講演会に参加し研鑽を重ねている。また、各課長に裁量権を与え、自らは年度途中、年度末に報告書を提出させ確認を行なっている。但し、具体的な改善点等の提案に対するシステムが構築されていない。			
	②診療報酬改訂に伴う減収を見越し、総務係長へ医療物品購入の見直しを行なうこと等、具体的な計画を事業計画にも明記しているが、経営や業務の効率化の目標設定がなされていない。			

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(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。	B	B
		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(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。	B	A
		II-2-1(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
	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	A
	II-2-1(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。	B	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	A
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。		B	A	
II-2-1(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	B	
II-3 個人情報の保護	II-3-1(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。	A	A
II-4 安全管理	II-4-1(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	A
		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。	A	A
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-1(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。	B	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。	A	A
		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。	B	A
	II-5-1(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)	①外来診療活動や特別支援学校卒業者との関わりで近隣における潜在的データの把握はできているが、広域にわたる京都府下のデータ収集はできていない。中長期計画が策定されていない。 ②各部門の意見を集約したうえで検討し、文書化し職員研修で周知しているが、中長期計画が策定されていない。
II-2-1(1)	平成24年度花の木医療福祉センター事業方針、部署別事業方針に人事管理に関する詳細な記載がある。また、管理的職員の行動的規範は理念に示されている。
II-2-2(2)	①有給取得率や時間外労働時間の集計等は適切に管理把握されている。また、各病棟課長が時間外業務について適切な指示や分担を行っている。全職員年に1回、ヒアリングを実施し、必要があればその都度上司との面談を行っている。 ②センター内の精神科にて受診ができ、必要に応じて外部医療機関を紹介する体制が整っている。また、共済会等の資料を使用し外部相談機関を紹介している。
II-2-2(3)	①研修担当委員会が毎年研修計画を2か月毎に書面化し配布している。看護師の資格取得支援奨学金制度を独自に設けている。しかし研修関係の中長期計画が策定されていない。 ②人事考課シートと目標管理シートを作成し、それを基にヒアリングを実施している。ヒアリングにおいて職員に求めるスキル等を伝え、また、職員の希望を聞き取り次年度以降にも活用している。 ③研修後にレポートを作成し、年一回のヒアリングで個々の希望を確認している。平成24年度の教育体系骨子の中身は平成23年度の分析のもとに作成されている。
II-2-2(4)	①医師、看護師、社会福祉士、教員など、その職種に応じた担当者が指導に当たっている。しかし、実習生の受け入れに関する基本姿勢の明文化が不十分である。
II-3-1(1)	①個人情報保護については文書を使用し全職員に指導をしている。また、契約書と重要事項説明書にも明記され利用者・家族に説明を行なっている。
II-4-1(1)	①地域と協働した防災訓練や消防団立ち会いの訓練も実施している。医療面での緊急対応マニュアルも整備されている。利用者の外出・外泊時の非常時における連絡方法について、周知が不十分である。 ②センター全体の避難訓練を実施している。部署毎で障害特性を盛り込んだ防災計画を策定している。実際に風水害警報が出た際には1階利用者を2階へ誘導。総合防災訓練時には利用者が20名参加し訓練を実施した。亀岡市との福祉避難所協定が結ばれている。 ③病棟毎の担当者が出席する医療介護安全管理委員会で、一ヶ月間のひやりはっと事例を集計し、報告を行い、問題点や課題分析を行い、日々の支援に活かしている。

II-5-(1)	<p>①近隣特別支援校との交流や花の木祭りで、住民との交流を行なっている。また、利用者と施設外へ散歩や喫茶店に行き、地域との関わりを持っている。施設の存在等を地域に向けて積極的に広報する方法は検討中である。</p> <p>②障害者を守る会やリハビリ職種の会議などで、施設の会議室を貸し出ししている。また、研修会・講習会を開催し、施設の有する機能を地域に還元している。</p> <p>③ボランティア受け入れに関しては、フローチャートを使用した文書が策定されている。現場での受け入れ体制に課題があると考えているが、後援会事務局と連絡を取り合い、各病棟に担当者を配置している。</p>
II-5-(2)	<p>①平成10年以降に2件在宅生活へ移行した事例がある。しかし、医療面のリスクから積極的にアプローチが行なえていない。</p> <p>②「家族連絡ノート」を作成し保護者とのコミュニケーションが円滑に行えるようにしている。定期懇談会や病棟毎に行なう保護者懇談会を年3回開催している。</p>

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) 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。	B	B
		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。	A	A
	Ⅲ-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	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(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。	B	A
		Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	B
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。	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。	B	B
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	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。	B	A
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(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	A
		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	B
	Ⅲ-3-(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	A
		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。	B	B
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(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-(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	A
		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 事業所の情報はホームページやパンフレット、ビデオなどで紹介されているが、その資料が公共施設等におかれていない。
	② サービス提供の開始に際しての必要な資料や書類は整備されている。
Ⅲ-1-(2)	① 殆どの症例は施設内で完結できる医療体制が整っている。他医療機関へ入院する場合は必ず病棟看護師が付添い、申し送りを行なっている。また、診療情報提供書や看護サマリーを使用し、入所中の生活状況を詳細に報告している。
Ⅲ-2-(1)	① 在宅生活では実施できなかった経口摂取が入所後に可能となったケースや、褥瘡対策や胃瘻対応など、自宅では充分に実施できなかった支援ができています。
Ⅲ-2-(2)	① 利用者・家族の希望を記載・反映した個別支援シートを作成し、利用者・家族の同意を得ている。3ヶ月毎に見直しを行なっているが、その内容を関係職員に周知する仕組みが不十分である。
Ⅲ-2-(3)	① 利用者の状態変化があれば、個別支援シート見直しを待たずに医師やリハビリ職員の指示で支援内容を変更している。臨機応変に利用者支援を行なうという強みがある一方、修正した個別支援シートの周知が不十分である。
Ⅲ-2-(4)	① 各職種が行なった支援の記録をカルテに記載されているが、個別支援シートとの関連が不十分である。記録方法について施設全体で検討中。
	② カルテは利用者が他界してから5年間保管する等、医療・福祉関連法規に則った対応をしている。管理場所や鍵の保管者など周知されているが、記録管理の責任者が設置されていない。
	③ 業務連絡ノートや各病棟に設置されたホワイトボードで必要な情報共有を行えている。口答での申し送りや文書での申し送り、情報共有の徹底をはかっている。また、必要時には他職種が参加するカンファレンスを行ない、情報共有や協議が行なわれている。
Ⅲ-3-(1)	① ホームページに記載されている理念の中に障害理解に関する項目が明記されている。また、その理念に添った事業計画、部署計画が策定されている。
	② 面会時等に直接担当者が要望等を聞いているが、具体的な仕組みとしては確立していない。
Ⅲ-3-(2)	① 苦情解決制度について掲示板等に書面を掲示し、重要事項説明書にも明記されている。会議室や所長室など適宜空き部屋を使用して相談対応を行なっているが、より意見が述べやすいような取り組みについて現在検討中である。
	② 苦情解決制度は掲示板や重要事項説明書で周知し、対応結果は年間結果として花の木広報誌に掲載し配布している。
	③ 「意見要望等の聞き取り報告書」を作成し課長へ報告をしている。全職員が確認し、実践できるような手順などの文書化がなされていない。

Ⅲ-4-(1)	<p>①生活支援マニュアルなど、各種詳細なマニュアルが整備されているが、マニュアルの有効性や変更点の確認などがなされていない。</p> <p>②制度変更等に合わせ、4~5年単位でマニュアルや手順書を更新しているが、見直しに関する時期やその方法が定められていない。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>①自己評価が年に一回以上行われており、第三者評価も今回2度目の受診となる。評価結果は企画会議にて分析、検討が行われている。</p> <p>②評価結果を見直し、課題改善に向けた検討を行なっているが、課題分析までは実施できていない。</p>

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) 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)	B	B
		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。	B	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-(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。	B	B
		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-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	B	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	A
		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-(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。	B	B
	IV-2-(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-(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	A
		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-(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	B

【自由記述欄】				
IV-1-(1)	① プライバシー保護や人権尊重は研修も充実しており徹底されているが、同性介助対応ができていない。			
	② 個々の利用者のコミュニケーション手段確保のために、五十音表や、それを指すための器具の作成などの工夫がされている。			
	③ 懇談会、家族会等が定期的に関催、活動されている。			
IV-2-(1)	① 個々の障害に合わせた入浴と機会が確保されているが、浴室や脱衣所のプライバシーの確保が不十分である。			
	② 衣類は本人・家族の希望が反映されている。基本的に1日2回以上の更衣が実施されている。			
	③ 定期的に理容師が来訪し、理髪を行っている。			
IV-2-(2)	① 排泄パターンを確認し安眠を優先することの個別対応にて、安眠に関する取り組みがなされている。			
	② 詳細に記載されたマニュアルに沿い、障害特性に合わせた支援を行なっている。			
	③ 健康管理に関する取り組みは具体的に実施されている。口腔ケアも特性に応じた器具を使用した方法で実施されている。			
IV-2-(3)	① 喫食委員会が組織され、給食に関するアンケートを職員が利用者の立場・気持ちとなって意見を出し、改善している。ただし、障害の重度化に伴い注入食利用者などが増え、食事スペースの雰囲気課題がみられる。			
IV-2-(4)	① 日中活動を検討・実施する係をもうけているが、障害の特性から具体的な取り組みには至っていない。			
IV-2-(5)	① 預かり金システムを整備し、入所者・家族に説明し、希望者にはお金を預り、希望時に手渡し、コーヒー等の飲み物を購入している。外出時にも支援を行なっている。			
	② 遊園地に行きたいという利用者に対して、情報提供等の支援を行っている。			
IV-2-(6)	① 利用者・家族の希望に添うべく行事などを考え、実施しているが、利用者の障害特性から意見の聴取が難しい。			