

総合評価

受診施設名	京都市桂川障害者 デイサービスセンター	施設 種別	障害者支援施設（生活介護）
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2月28日

総 評	<p>総合施設京都桂川園は「利用者の人権を尊重し主体性と自主性を守る」という基本理念のもと、平成11年に開設されました。全国でも数少ない高齢者と障害者の複合型施設として、障害者支援施設（療護園）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、障害者デイサービス、高齢者デイサービスなどの事業を展開されています。そのうち、デイサービスは一つのフロアで間仕切りを設けず、日常的に幅広い世代が交流しながら事業が実施されていました。</p> <p>その事業運営の基本となる事業計画は、中長期計画とその実現に向けた単年度方針として、一定の水準を確保するために具体的にわかりやすい文章で示されていました。また、その水準を維持するため、半期ごとに事業の進捗状況やマニュアルの評価・見直しを全職員で行うなど、評価事業所にとって必要な課題を常に認識する体制がありました。</p> <p>組織の目指す目標を明示して、その目標に向けて職員が共通の意思を持ち、さらに評価と見直しの体制が整っていることは、成熟した組織体の姿であり高く評価される事項と感じました。</p> <p>個別支援計画においては、「ひとつでも良いので具体的な目標を設定する」「利用者の“やる気”を感じる目標設定する」というコンセプトのもと、担当者が利用者の目標を設定していました。そして、その実践により目標が達成された時には、利用者の達成感や充実感がそのまま職員の喜びにも繋がっていました。利用者本位の視点を大切にした取り組みと感じます。</p> <p>日常の取り組みにおいては、利用者や職員の“気づき”や“思い”を大切にし、そこから生まれた発想が企画として提案されていました。例えば、夏休みを中心に地域の小学生による「キッズボランティア」や「ちっちゃな夢」を叶える利用者個別支援など、実践へと発展している事例が多くありました。</p> <p>以上のように、利用者の主体性を尊重した取り組みが当たり前の実践として日々提供されていることは、今回の評価項目の聞き取りにおいて、職員がそれぞれの取り組みを懸命に伝えようとされる姿勢からも読み取れました。</p> <p>施設長を中心として、利用者・職員がともに大切にされ、必要なトップダウンとボトムアップの仕組みが備わった組織環境が整っていると感じました。</p> <p>その一方、事業計画をはじめとする書類の周知や利用者用パンフレットの作成では、課題があると感じました。情報の理解が困難な利用者に対しては、現在、事業所内の自閉傾向の強い利用者への支援で使用されているイラストカードや写真等を活用するなど、障害の特性に配慮した文書等を作成されることが望まれます。</p> <p>今後も地域の障害者支援の中核的な施設として、先駆的な活躍をされることを期待しております。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制の確立 各職員の年間研修計画を策定し、体系的に研修に参加する仕組みがありました。また、研修受講に際しては「研修事前レポート」と「研修目標」を作成することで、職員が目標（ビジョン）を持って研修に参加しており、受講後は“研修報告書”の作成により部署内の研修会やグループ会議において報告が行われ、職員間での情報共有が図られていました。</p> <p>Ⅲ－４ サービスの一定水準の確保、質の向上に向けた取り組み 施設として目指すべき一定の水準は、事業計画に重要目標として明記されておりました。その事業計画は、半期ごとに評価・見直しを実施されており、利用者等からの満足度調査で得た意見や提案が反映されておりました。さらには、毎年１回、マニュアルを全職員が自己点検し、必要に応じて改善も迅速に実施されるなど、一定の水準を確保する仕組みが構築されておりました。</p> <p>Ⅳ－１－（１） 障害のある本人を尊重する取り組み 接遇と職業倫理から「サービスの質や対人援助を考え直す」というテーマで研修会を実施するなど、障害のある利用者を尊重する取り組みが実施されておりました。また、意志伝達が困難な利用者には、写真やイラスト、ジェスチャーカードを利用するなど、障害の特性に応じた配慮がされています。家族交流会やデイサービス参観日を設定して、家族と意見を交換する機会を定期的に設けるなど、障害のある利用者を尊重したサービス提供が組織的に実施されておりました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>Ⅰ－１－（２） 理念、基本方針が周知されている 年度始めの職員会議で施設長より基本理念、方針が説明されておりました。また、基本理念や方針は、職員や利用者が見やすい廊下に掲示するとともに、事業計画や名札、送迎表等に記載し、周知されておりました。しかしながら、障害がある利用者に対して、その人に合った方法での周知は確認できませんでした。同様に、利用者の家族や特別支援学校に向けたパンフレット等はありませんでしたが、サービスを利用する本人が理解しやすい内容のパンフレット等は確認できませんでした。意志伝達が困難な利用者への支援で利用しているジェスチャーカードなどを参考に、今後整備していかれてはいかがでしょうか。</p> <p>Ⅲ－２－（４） サービス実施の記録が適切に行なわれている 個別支援計画に基づいてサービス実施の記録がされており、その記録がモニタリング等に反映されておりました。また、パソコンソフトを有効に活用して、利用者の記録や申し送りの記録を職員が共有できる仕組みがありました。その記録は、サービス管理責任者を記録管理の責任者として配置しており、サービス実施記録は５年間保存するなど管理が徹底されておりました。しかしながら、記録開示についての規程は確認できませんでした。早急な整備が望まれます。</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	社会福祉法人京都社会事業財団 京都市桂川障害者デイサービスセンター
施設種別	障害者支援施設（生活介護）
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1月27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(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-1-1(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	B
I-2 計画の策定	I-2-1(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。	A	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	B
		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(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。	A	A
	I-3-1(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。	A	A

[自由記述欄]

I-1-1(1)	・法人の基本理念が示され、その理念に基づき施設の基本理念、方針が明文化されていた。
I-1-1(2)	・年度始めの職員会議で、施設長より基本理念・方針が説明されていた。 ・基本理念と方針は、職員や利用者が見やすい廊下に掲示するとともに、事業計画や名札、送迎表等に記載し周知されていた。 ・障害がある利用者に対して、その人に合った方法での周知は確認できなかった。
I-2-1(1)	・施設全体の中長期計画が策定され、その計画に基づき各事業所の中長期計画と事業計画が策定されていた。 ・事業計画は、公設民営施設としての公益性をはじめ、施設の方針がきめ細かく記載され、施設全体が一定の水準を維持する内容となっていた。 ・利用者や家族への周知については、家族会等の場でされていたが、障害のある利用者に対する工夫等は確認できなかった。
I-3-1(1)	・管理者の役割と責任については、管理規程を整備して明文化されていた。 ・施設として遵守すべき法令等は、「福祉新聞」などをコピーして回覧するとともに、勉強会を開催して障害福祉の方向性について情報提供をしていた。
I-3-1(2)	・毎月開催する「人事経営会議」により、施設全体の課題整理を行い、その協議内容を踏まえて部長会議を実施している。また、監督職によるデイリーダー会議や職員全体会議など、体系化された会議を通じて施設の経営や業務の効率化等に対応していた。 ・毎年、管理者による職員のヒアリングが実施され、「年度の目標と自己学習計画書」を作成するとともに、職員の思いの共有や課題提起を行っていた。

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。	A	A
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
		② 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。	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。	A	A
		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
		③ 定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	A	A
	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	A
		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	A
		③ 定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	A	A
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。	A	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。	A	A
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。	A	A
		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。	A	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) 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	A
		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。	A	A
	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。	A	A
		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)	<ul style="list-style-type: none"> 施設長は、京都市生活介護等事業所協議会や自立支援協議会に出席し、西京区全域の情報を把握するとともに、そのニーズに応えるための協議を法人内の部長会議で行っている。 毎月の経営状況は、施設全体の人事経営会議や部長会議で報告されおり、数値状況等は共有できるようになっていた。 実績が数値で示される事により、職員間に実績管理の意識が高まり、利用者のニーズに応える形で臨時利用等に繋がっていた。
II-2-(1)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画等で必要な人材や人員体制について、分かりやすく記載されていた。 「職員と管理者でつくる今年度達成内容・次年度の達成課題」をテーマに管理者によるヒアリングを実施して、職員一人ひとりの希望や目標を把握し、その希望に基づき研修計画が策定されている。
II-2-(2)	<ul style="list-style-type: none"> 勤務出勤簿に有給休暇の取得率を記載するなど、就業状況がデータ化され、部長補佐を担当として管理されている。 産業医を配置するとともに、健康診断や特殊検診を実施して職員の健康維持に努めている。また、職員共済会を利用して、外部カウンセラーの紹介を行っていた。
II-2-(3)	<ul style="list-style-type: none"> 各職員の年間研修計画を策定し、体系的に研修に参加する仕組みがあった。 研修の受講に際しては、「研修事前レポート」と「研修目標」を作成し、職員が目標(ビジョン)を持って参加できるよう図られている。 研修受講後は、研修報告書を作成するとともに、部署内の研修会やグループ会議において報告を行い、職員間での情報共有が図られていた。
II-2-(4)	<ul style="list-style-type: none"> 実習の種類ごとに実習指導者マニュアルを作成し、リスク管理をはじめ実習に臨むポイントを詳しく示している。 実習指導者研修に参加していた。
II-3-(1)	<ul style="list-style-type: none"> 個人情報管理規程を整備して、個人情報保護に関する基本方針や利用目的等を規定している。
II-4-(1)	<ul style="list-style-type: none"> 急変、緊急時対応手順マニュアルなど、各種マニュアルを整備して全体での安全確保を図るとともに、発作リスクのある利用者などは、個人ごとにマニュアルを整備して対応していた。 安全衛生委員会を設置し、風水害対策・地震対策・消防に関するマニュアルを作成していた。また、地域の消防署と連携した避難訓練も実施されている。 「大切な気づきを提案しよう」というテーマのもと、リスクマネジメント委員会を中心に、「ひやりはっと」等の事例を検証し、職員会議や研修で報告されていた。

<p>Ⅱ-5-(1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「ボランティアの受け入れのための指針」を整備するとともに、法人内の地域交流委員会やボランティアコーディネーターを設置して、地域から多くのボランティアを受け入れていた。 ・夏休み期間を中心に地元小学生による「キッズボランティア」の取り組みや、地域の「ふれあい祭り」において“こども介護士体験”を企画するなど、次世代を担う子どもたちが日常的に利用者と交流する機会が設けられていた。
<p>Ⅱ-5-(2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「家族の話を聞きたい」「施設を身近に感じて欲しい」とのコンセプトで家族交流会や家族参観日を企画し、職員と家族、家族同士が交流できる機会を設けていた。 ・自立支援協議会等を通じて意見交換や情報収集を行うとともに、各区の福祉事務所ケアワーカーや、支援センター相談員と連携したケアカンファレンスが実施されている。

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	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	B
	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。	A	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。	A
	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。	A	A
	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。	A	A
		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。	A	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) 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。	A	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	A
	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。	A	A
		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。	A	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。	A
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。			A	A
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。	A	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。	A	A

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者や家族の視点で情報が整理されたホームページや、イラストや写真を多く使用したパンフレットや会報誌が作成されている。 見学を希望した場合、施設全体の流れが把握しやすい時間を設定するよう配慮がされていた。 サービスの利用に際しては、重要事項説明書や契約書により説明が行われていたが、障害のある利用者が理解しやすいよう配慮した説明用の資料は確認できなかった。
Ⅲ-1-(2)	<ul style="list-style-type: none"> 地域生活へ移行する場合は、福祉事務所や地域包括支援センターと連携して対応していた。 障害がある利用者やその家族が相談しやすいように、担当者を設置している。
Ⅲ-2-(1)(2)	<ul style="list-style-type: none"> パソコンソフトを利用して、フェイスシートやアセスメントが作成され、その意向等が個別支援計画に反映されていた。 「個別支援計画の策定に当たっては、「ひとつでも良いので具体的な目標を設定する」「利用者の“やる気”を感じさせる目標を設定する」という統一したコンセプトにより策定されている。 個別支援計画の目標は、障害のある利用者本人が理解しやすいよう分かりやすく表現されていた。
Ⅲ-2-(3)	<ul style="list-style-type: none"> 3ヶ月ごとにモニタリングを実施するとともに、カンファレンス(グループ会議)において評価と必要な見直しが実施されている。 カンファレンスにより見直しが必要な場合は、利用者や家族と面談を行い、再アセスメントを実施していた。
Ⅲ-2-(4)	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画に基づき、利用者の記録がされている。そして、その記録がモニタリング等に反映されている。 パソコンソフトを利用して、利用者の支援経過や申し送りの内容を共有する仕組みがあった。 サービス管理責任者を記録管理の責任者として配置しており、サービス実施記録の保存等の管理がされている。しかし、記録開示についての規程は確認できなかった。 施設内研修や外部研修を通じて個人情報保護等の教育が実施されていた。
Ⅲ-3-(1)	<ul style="list-style-type: none"> 基本理念や事業計画において、利用者本位の姿勢を明文化し、障害のある本人のニーズを大切にサービスが提供されている。 毎年、副主任が中心になって職員間で項目を検討した上で「利用者満足度調査アンケート」を実施している。また、家族交流会や家族参観日を通じて、利用者や家族のニーズを把握していた。 利用者や家族からの意向等は、その内容により適切に対応されている。
Ⅲ-3-(2)	<ul style="list-style-type: none"> 「苦情への対応に関する実施要綱」を整備して、利用者や家族からの意見や要望に対応していた。 利用者等から相談や苦情があった場合は、実施要綱に基づきその対応が検討がされ、その結果が利用者や家族に伝えられる。 苦情の内容に関しては、プライバシーや障害特性への配慮から結果を公表するには至っていない、とのことであった。
Ⅲ-4-(1)(2)	<ul style="list-style-type: none"> 施設として目指すべき一定の水準は、事業計画に重要目標として明記されている。 事業計画は、半期ごとに評価・見直しを実施されており、利用者等からの満足度調査で得た意見や提案が反映されていた。 毎年1回、マニュアルを全職員が自己点検しており、改善の必要がある場合は、その改善が迅速に実施されるなど、一定の水準を確保する仕組みが構築されている。

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)	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。	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。	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-(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。	A	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	A
	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。	A	A
	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。	A	A	

【自由記述欄】

IV-1-(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・接遇と職業倫理から「サービスの質や対人援助を考え直す」というテーマで研修会を実施するなど、障害のある利用者を尊重する取り組みを確認した。 ・意志伝達が困難な利用者には、写真やイラスト、ジェスチャーカードを利用するなど、障害の特性に応じた配慮がされていた。 ・家族交流会やデイサービス参観日を設定し、家族と意見を交換する機会を定期的に設けている。
IV-2-(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・【入浴】は、支援マニュアルを作成してサービス提供を行うとともに、利用者の希望に応じて入浴回数を設定するなど、利用者のニーズにきめ細かく対応していた。 ・【衣服】【理美容】など清潔や身だしなみについて、日常的に利用者の状況を気かけるとともに、関係機関と連携した支援を行っている状況を確認した。
IV-2-(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・【睡眠】の配慮が必要な利用者は、家族と連携を図り1日の睡眠状況の把握に努めている。 ・排泄支援マニュアルを作成して、【排泄】の配慮が必要な利用者に対応していた。 ・看護師が常駐して、日常のバイタルチェックを実施するとともに、吸引等医療的な処置が必要な利用者に対応している。
IV-2-(3)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの希望を献立に取り入れるなど、利用者が楽しく食事ができるよう努めていた。 ・給食委員会を開催して、食事に関して検討をしている状況を確認した。
IV-2-(4)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の主体性の尊重、社会発信、地域交流をテーマに、スポーツや園芸活動など、利用者のニーズに合わせて日中活動に取り組んでいる。 ・個別にプログラムが必要な利用者や意思伝達の配慮が必要な利用者には、家族等と連携して個別に対応していた。
IV-2-(5)	<ul style="list-style-type: none"> ・障害の特性により特別な配慮が必要な場合は、関係機関等と連携しながら個々に取り組むなど、利用者個々に応じた日常生活支援が実施されている。
IV-2-(6)	<ul style="list-style-type: none"> ・意志伝達に配慮の必要な利用者をはじめ、重度といわれる利用者に対しては、「その利用者への対応で悩み計画を立てる」というテーマを持ち、すべての利用者のニーズに取り組む姿勢があった。