

[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	障害者支援施設 光	施設種別	生活介護・施設入所支援 (旧体系：)
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」		

平成 28 年 5 月 9 日

総 評	<p>京都市醍醐和光寮は、京都市保健福祉局による再整備計画に基づき、平成 21 年 8 月に、新施設の居住施設等整備工事に着手され、平成 22 年 4 月に社会福祉法人南山城学園に運営主体が移管されました。平成 22 年度末時点において新施設は全て完成し、利用者の移行や職員の配置など、23 年 4 月に全ての事業が完了し現在に至っています。</p> <p>整備された施設の中で、障害者支援施設「光」は、特に知的な障害が重度な方や自閉症、行動障害支援を担う利用者を多く受け入れる事業所として、京都市醍醐和光寮から約 20 名の利用者が施設移行、地域から約 20 名の新規利用者の入所受け入れを行いました。</p> <p>「光」の建物のレイアウトはユニット形式での個室化を行い、1 ユニットごとに家庭的な小集団環境の中での個別支援の充実を図っています。また、利用者支援の場面では、個別対応マニュアルをはじめとした支援に関するマニュアルを整備し、個々の利用者の障害特性を反映した支援が行われていました。</p> <p>施設内は整理整頓が徹底されており、清潔感のある環境でした。また、職員の平均年齢が若いこともあり、生き生きとした印象を受けました。</p> <p>法人のスケールメリットを生かし、規程類などの書類の整備がなされていました。また、年休の取得をはじめとした職員管理や福利厚生も、法人本部で一括管理されており、職員処遇に対する十分な配慮がうかがえました。</p> <p>自閉症に特化した支援の充実を目指されており、PECS をコミュニケーションツールとして生活全般に応用されている点は特筆すべき点です。また、視覚支援を中心とした業務アイテムが生活の質を高めるものであることの気づきを支援の実践から学ばれていった点もレベルの高い専門的な支援を継続的に行われている証といえます。</p> <p>反面、障害の重い利用者の自治会などの取り組みについて苦慮されている点がうかがえました。一般的な自治会ではなく、障害特性に合わせた自治会のあり方について、その必要性とともに再考されることをお勧めします。</p> <p>今後については、利用者の方々の将来を見据えて、「今後はどこを目指して仕事をしていくのか」を模索されていくような、より高度な専門的支援を期待しております。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-1-(2) ①理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。 「七つの誓い」と定期的なマニュアル読み合わせを朝礼時に行い、それによって理念の理解を促している。職員育成研修時にも理念に対する理解を促している。</p> <p>II-5-(1) 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。 和光全体で一町内会として自治会に加入し、運動会、夏祭り、避難訓練にも参加している。地域住民に向けた研修等の実施については、法人本部、及び醍醐和光が企画、実施している。</p> <p>III-4-(2) 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。 年2回の全職員アンケートから課題の抽出を行い、対応を具体的に協議実行している。個別支援に関するコンサルテーションを毎月受けている。</p> <p>IV-1-(1) 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。 コミュニケーションをとることが難しい利用者の方に、日常的にP E C S（絵カード交換式コミュニケーションシステム）を取り入れ、利用者とのコミュニケーションを確保し、意見を表出してもらえるように努めている。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>III-1-(2) 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。 地域生活への移行にあたっては、開設時から1名のみであり、その際には支援に必要な配慮事項等について基本情報をメール文書にて情報を伝えた。新しい生活へスムーズに移行できるようにしているが、引き継ぎの手順が定められていない。</p> <p>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。①② 苦情解決の体制・仕組みが整備され重要事項説明書に明記されているとともに、1Fロビー掲示している。苦情や要望については電話やメールにて受け付けているが、満足度調査等のアンケートが実施されていない。 苦情解決の結果等の公表は行っていない。</p> <p>IV-1-(1) 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） 七つの誓い、行動規範、倫理綱領が策定され、プライバシー保護に関するマニュアルが整備されている。行動規範にはプライバシーに関する項目があるが、利用者本人に対しての周知がされていない。</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	障害者支援施設 光
施設種別	障害者支援施設（生活介護・施設入所支援）
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	2016年3月18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。	A	A
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	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(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	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。	B	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)	①法人の理念は明文化されており、広報誌、パンフレット、ホームページ等に記載されている。 ②法人の基本方針が明文化されており、この基本方針をもとに法人内各事業所の基本計画(重点項目)を立てている。法人職員の目指すべき職員像を明確にした「七つの誓い」(職員規範)を掲げ、職員の名札にも入れている。			
I-1-1(2)	①「七つの誓い」と定期的なマニュアル読み合わせを朝礼時に行い、それによって理念の理解を促している。職員育成研修時にも理念に対する理解を促している。 ②「七つの誓い」を事業所内に掲示し、家族面会時に説明している。広報誌「ひかり通信」では、利用者に理解しやすいようにイラスト等の工夫をしている。			
I-2-1(1)	①2014年に地域住民、職員等のヒヤリングを実施し、それを元に長期計画として「ネクストビジョン2025」を作成している。法人の中期経営計画を作成し、それをもとに各事業所の単年度計画を作成している。 ②事業計画は前年度の計画の進捗状況等を確認した上で、事業所内各グループでまとめられた意見を集約し、策定されている。また、策定された計画は半期ごとに事業所スタッフ参画のもとで進捗状況を確認し、必要に応じて内容の見直しを行っている。 ③事業計画は新年度ごとに策定され、年度初めの職員会議にて職員に周知している。パソコン内で業務管理を行い、職員間での周知を行っている。 ④毎月の保護者会にてパワーポイントと配布資料を用い説明している。「ひかり通信」にて周知を行っている。利用者本人への理解への取り組みを継続して行っている。			
I-3-1(1)	①役割分担表に施設長の責任、業務内容について明記されている。また、事業所の広報誌に「施設長より新年度の挨拶」として管理者の責任性を表明している。 ②京都府や関係機関の開催する会議、研修に参加し、法令の改正等について把握している。職員研修では施設長が講師になり、法令遵守について学習を行っている。			
I-3-1(2)	①職員のセルフチェックシートを元に半年に一度面接を実施し、職員の質の向上に努めている。半年に一度、全職員に支援に対するアンケートを実施している。 ②人事、労務、財務等については法人本部で分析等が行われている。利用稼働率等について月次報告が行われている。毎日の職員配置については、予定表にて把握を行うことや、パソコンを有効活用し、業務の効率化を図っている。			

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。	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-(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。	B	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。	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) 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。	A	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	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。	B	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)	①隣接している相談支援事業所と連携し、地域の状況把握をしている。地域の自治会では和光をひとつの町内会として認知されている。			
	②経営面については法人本部で管理されており、分析された経営状況は各事業所職員に周知が図られている。また、機関誌やホームページにも決算報告が掲載されている。			
II-2-(1)	①法人が求める人物像は、ホームページ等で明示している。キャリアアップシートにより、職員の成長ステージ別行動基準を定めている。個々の研修計画を作成している。			

II-2-(2)	<p>①有給休暇、超過勤務等の人事・労務管理は毎月法人本部で把握され、分析、検討がなされている。育児、介護規定を設けて運用している。</p> <p>②京都市府民間社会福祉施設職員共済会に加入しているとともに、法人に南山城学園職員互助会が組織されている。メンタルヘルスについては研修会を実施している。ソウェルクラブの電話健康相談を紹介している。</p>
II-2-(3)	<p>①法人職員の目指すべき職員像を明確にした「七つの誓い」をもとに、各職員のキャリアに応じた行動基準が定められている。この体系をもとに研修が実施されている。</p> <p>②職員の各キャリアに応じた職層別の法人内研修が計画・実施されており、受講者名簿が年度初めに作成されている。</p> <p>③研修に参加した職員は一週間以内にレポートを提出し、必要に応じて伝達研修を行っている。レポートをもとに職員の研修に対して修正を行っている。</p>
II-2-(4)	<p>①実習の受け入れに関する基本姿勢等については、施設実習オリエンテーション資料に明記されている。インターンシップの受け入れも積極的に行っている。</p>
II-3-(1)	<p>①『個人情報保護規定』、『情報公開・開示規定』、『個人情報管理規定』が策定されている。個人情報の開示については重要事項説明書にも明記されており、利用者に説明がなされている。</p>
II-4-(1)	<p>①法人と事業所でリスクマネジメント委員会が組織され、定期的に委員会が開催されている。各リスクに対するマニュアルが整備されている。パソコンのグループウェアにて事業所内での事故等の情報共有と対応策の検討が行われている。サービス調整会議にて再度周知を行っている。</p> <p>②防災訓練が年3回行われている。地域の自主防災訓練に参加している。また、大規模災害時の対応訓練を実施する等を行っている。利用者帰省中の対応については、伝言ダイヤル等の使用を促している。福祉避難所の締結を行っている。</p> <p>③ヒヤリハットの事例は、ケース記録のソフト内で書き込みを行い、リスクマネジメント委員会において要因の分析と防止策の検討がなされ、業務手順の見直しなどにつなげている。検討された内容は法人全体のリスクマネジメント委員会に報告している。</p>
II-5-(1)	<p>①和光全体で一町内会として自治会に加入し、運動会、夏祭り、避難訓練にも参加している。地域住民に向けた研修等の実施については、法人本部、及び醍醐和光が企画、実施している。</p> <p>②地域に向け、発達障害等に関する講演会を企画、実施している。和光祭の企画・運営に地域住民を巻き込んで実施しており、地元の祭りの一つとして地域に認知されている。</p> <p>③ボランティアの受け入れは、アロマセラピーをはじめ、実習終了後の実習生を受け入れている実績がある。『ボランティア受け入れの手引き』が作成され、それに基づいてボランティアへの事前教育がなされている。</p>
II-5-(2)	<p>①京都市の福祉サービス事業所一覧を整備している。医療機関、相談支援事業所、福祉事務所等との連携をもとに、利用者ごとに異なるニーズに合わせた支援がなされている。</p> <p>②毎月第三日曜日に保護者会が開催され、その後に職員との懇談会を行っている。職員と保護者の懇親会を毎年開催し、意見交換の場として活用されている。</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(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。	A	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	
		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なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	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-2-1(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		A		
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	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。	A	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。		C	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。		B	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。	A	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-4-1(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。	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(1)	①事業所の情報はホームページやパンフレットを作成し、紹介している。見学は希望に応じて随時受け入れている。				
	②利用契約書、重要事項説明書を整備し、利用契約時に取り交わしを行っている。事業所のサービス内容等については、わかりやすく、ルビうちがされている。				
Ⅲ-1-1(2)	①施設移行にあたっては、開設時から一名のみ。その際には基本情報をメール文書にて情報を伝えた。新しい生活へスムーズに移行できるようにしているが、引き継ぎの手順が定められていない。				
Ⅲ-2-1(1)	①定められた様式に則って定期的にあセスメントを実施し、ニーズの聴き取りも行っている。自閉症・発達障害児 教育診断検査「PEP-3」を実施し、自閉症の特性についてのあセスメントを行っている。サービス調整会議でサービス管理責任者、ケース担当者、栄養士、看護師等、複数の職員の意見が反映されるよう、メール等で意見交換を行っている。				

Ⅲ-2-(2)	①年度初めに個々の利用者のニーズ整理票に基づき個別支援計画の作成を行っている。進捗状況は毎月開催されるサービス調整会議にて確認されている。
Ⅲ-2-(3)	①個別支援計画の実施状況の確認を毎月行っている。所定の様式を用いて中間期と年度末にモニタリングを行い、全職員の縦覧を通じて意見を収集し反映させている。
Ⅲ-2-(4)	①日々の記録はパソコンソフトで入力している。 記録の内容や書き方に差異が出ないよう、ケース記録の書き方・考え方のプリントを元に説明を行い、記録の書き方については朝礼等において、日常的に管理者から指導がなされている。
	②記録の管理については責任者や情報開示の手続き等について「文書管理規定」「情報公開・開示規定」で定められている。記録の管理について、職員に対して教育がなされている。
	③日々の記録はパソコンのネットワークを通じて、事業所内で共有できるようになっている。毎月各種会議が開催され、各部門の担当者間で情報が共有されるようになっている。
Ⅲ-3-(1)	①職員の行動規範の中に利用者のニーズ充足を目指す姿勢が明示されている。 個別に対応してP E C S（絵カード交換式コミュニケーションシステム）を取り入れ、ニーズの把握に努めている。
	②面談時に利用者の個別ニーズを聴き取り、日中活動のメニューを増やすなどの対応を行っている。家族からの要望に対して、口頭やメールでも受け付けている。
Ⅲ-3-(2)	①相談の窓口については1フロビーにルビを振った文章で掲示している。保護者会を通じて要望を挙げてもらっている。利用者アンケートが実施されていない。
	②苦情解決の体制・仕組みが整備され重要事項説明書に明記されている。1階に掲示している。公表は行っていない。
	③日常的にP E C Sを取り入れ、利用者とのコミュニケーションを確保し、意見を表出してもらえようとしている。
Ⅲ-4-(1)	①勤務体系に応じた業務の流れと注意事項が書かれた業務手順書が整備されている。個別対応と連動して随時内容の見直しが行われている。
	②個別支援に関して試行期間を設け、P D C Aサイクルに準拠して評価と見直しを必ず行うように設定している。サービス調整会議では形骸化されたルールや実態にそぐわない支援方法が残っていないかをチェックしている。
Ⅲ-4-(2)	①年2回の全職員アンケートから課題の抽出を行い、対応を具体的に協議実行している。個別支援に関するコンサルテーションを毎月受けている。
	②明確化された課題については、改善策を管理職や主任、リーダーが中心となって解決案を職員に提示し、実施している。

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)	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	B
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。	B	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	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-(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)	①七つの誓い、行動規範、倫理綱領が策定されている。プライバシー保護に関するマニュアルが整備されている。行動規範にはプライバシーに関する項目があるが、本人に対して周知していない。			
	②コミュニケーションをとることが難しい利用者の方に、PECS(絵カード交換式コミュニケーションシステム)を使うなどの工夫を取り入れてコミュニケーションをとれるように努めている。			
	③障害特性に応じた個別対応は行っているが、自治会が組織化されていない。			
IV-2-(1)	①毎日、なるべく夕食後に入浴が実施されている。浴室は間仕切りやカーテンを利用し、プライバシーに配慮している。シャンプーや洗体用具を好みのものにしていく。			
	②着替えカードを利用して、本人の希望を聞いている。職員による服装チェックを定期的に行っている。衣服状況のチェックを定期的に行っている。			
	③毎月、訪問理容にて施設での散髪を行っている。近隣理髪店・美容室での散髪が選択できるようになっている。			
IV-2-(2)	①全室個室となっており、安眠できる環境が整備されている。睡眠時間について記録をとっているケースがある。			
	②排泄チェック表を作成し、排泄の状況を把握している。排泄の支援が必要な利用者には個別のニーズに合わせた支援が行われている。			
	③法人内の診療所にて、各科の受診が可能となっており、総合的な健康管理を行っている。てんかん、投薬関係の個別マニュアルを整備している。入院治療後の個別マニュアルも個別に作成している。			
IV-2-(3)	①月に一度、栄養士と委託業者の調理師、事業所職員で給食委員会を開催している。また、嗜好調査を実施し、ニーズに対応している。			
IV-2-(4)	①障害特性に沿った5つの作業場を設けており、日中活動の充実を図っている。			
IV-2-(5)	①障害特性に合わせた対応を行っている。金銭の自己管理等、現実的な対応ができない。			
	②単独の外出が困難な利用者がほとんどであり、交通ルール等の危険予測が困難である。外出には必ず職員が付き添っている。交通ルール学習に対応したケースはある。			
IV-2-(6)	①平日、休日の余暇活動については、個別ケースに対応し、実施している。日帰り旅行は複数候補から選んでもらっている。			