

[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	生活介護事業所 らくらく	施設種別	障害者総合支援法による事業所 (生活介護)
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成27年3月9日

総 評	<p>1961年に創立された社会福祉法人京都ライトハウスが経営する生活介護事業所らくらくは、京都市北区に位置する視覚障害児・者の総合福祉施設 京都ライトハウス内にある障害者デイサービスセンターです。</p> <p>2004年に改築され、障害者地域生活支援センターや身体障害者就労支援事業所等が併設されています。また、視覚障害者図書館、ロービジョン相談室や地域に開放された喫茶(ふれあいカフェきらきら)が館内に設置され、障害者の総合施設として地域に根差しています。</p> <p>生活介護事業所らくらくは、「笑顔でサポート」をキャッチフレーズに、年齢、心身状況等幅広い利用者を受け入れ、利用者一人一人のニーズに柔軟に対応したデイサービス提供を実践しています。</p> <p>しかしながら、文書の管理や実習、ボランティアの受け入れ等について、仕組みが明確でないところがありました。今後、規程や手順等の管理手順を整備されていることを期待します。また、中長期計画の周知方法の確立や、標準的な支援手順の文書化も必要と考えます。これらの改善により、更に良質なサービスの提供、維持が期待できます。</p>
特に良かった点(※)	<p>○日常生活支援 障害者の総合施設として、相談支援窓口、視覚障害者図書館、福祉用具相談コーナー、喫茶店等を併設し、利用者が必要に応じ日常的に利用することができます。</p> <p>○計画管理 計画管理にオリジナルの「PDCAシート」使用し、評価、進捗状況を管理するシステムを構築し、全体で計画の達成状況等を共有しています。</p> <p>○メンタルヘルス対策 職員のメンタルヘルス対策として、独自の「メンタルヘルス対策職場復帰支援プログラム」を策定し、運用しています。メンタルヘルス推進担当者(相談窓口)を置き、相談体制を整えています。</p> <p>○地域への啓発、機能の還元 年1回、福祉関係者向け研修会、医療関係者向け研修会を開催し、障害特性の理解促進に努めています。また、ボランティア講習会(点訳・音訳)を主催し、専門機能を地域に還元しています。</p> <p>○個別ケア 利用者毎に個別のケアマニュアルが作成し、これに基づき、一人ひとりに合った丁寧なケアの実践に努めています。</p>

<p style="text-align: center;">特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○文書管理 法人の規程等文書類の定期的な見直しの仕組みが明確ではありません。法人単位と事業所単位の管理等、文書管理に係るルールの整理が必要と考えます。</p> <p>○中長期計画 中長期計画を2011年6月に作成以降見直し、改定の履歴はなく、この間、必要はなかったとのことでした。また、新採研修や入職時オリエンテーション等で説明の機会が設けられておらず、職員へ周知する明確な機会の設定が必要と考えます。</p> <p>○標準的な支援 個別ケアマニュアルを作成していますが、現場の標準的な支援(ケア・業務)マニュアルが作成、維持されていません。プライバシーに関する記載を含め、整備が必要と考えます。</p> <p>○実習受け入れ 社会福祉士実習等の受け入れにおいて、実習計画(予定表)は作成していますが、事業所として、各実習の標準項目を考慮した基本プログラムの策定を行っていません。実習指導者講習修了者を中心に当該プログラムの整備を期待します。</p> <p>○ボランティア受け入れ ボランティア受け入れ時、個人情報の管理や事故等リスクについて担当者より口頭で説明しているとのことですが、根拠となる文書(受け入れ規定、受け入れマニュアル等)が策定されておらず、受け入れの手順や仕組みが明確となっていません。法人等での策定が必要と考えます。</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	生活介護事業所らくらく
施設種別	障害者総合支援法による事業所（生活介護）
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成26年11月20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。	B	B
		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	C
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	B
		③ 事業計画が職員に周知されている。	C	C
		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。	C	C
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。	C	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	B
	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	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	法人ホームページや『京都ライトハウス運営方針』(書類名)に理念を記載しており、法人の使命や目指す方向を読み取ることができます。また、ホームページの読み上げや白黒反転等の視覚障害者への配慮もあります。
I-1-(1)②	「重要事項説明書」に具体的な行動指針となる施設の運営方針を記載しています。
I-1-(2)①	理念はデイルームに掲示するとともに、『京都ライトハウス運営方針』にも記載しています。また、スローガンを名札の裏面に掲載し、職員が常に意識できるよう工夫しています。
I-1-(2)②	理念はパンフレットや「重要事項説明書」には記載していません。また、利用者や家族会等に継続的に周知・説明する機会は設定していません。
I-2-(1)①	法人として、中・長期計画を策定しています。定期的に見直しを実施するとしていますが、策定時から変更はありません。
I-2-(1)②	事業計画<はじめに>において、障害サービスを取り巻く情勢や課題について触れています。稼働率等の具体的な数値目標を設定しています。所長、主任がまとめる「PDCAシート」により目標管理をし、半期毎に評価、進捗状況を全員参加の職員会議にて確認しています。しかし、議事録等において、実施の記録は確認できませんでした。
I-2-(1)③	「2013事業報告等」(冊子)を7月頃には職員に回覧しています。会議や研修等で明確な形での周知・説明は実施していません。
I-2-(1)④	利用者に対する説明は行っていません。家族会は組織されていません。
I-3-(1)①	法人「事務分掌、専決及び文書・公印の管理に関する規程」に職務基準を明記しています。定期及び新採研修にて自らの役割を表明しています。
I-3-(1)②	管理者は、全社協福祉施設長専門講座を現在受講中です。関係法令等は「障害保健福祉のしおり」にまとめ、職員の閲覧に供しています。必要に応じ、資料を回覧し、職員会議、ミーティングで周知を図っています。
I-3-(2)①	利用者アンケート(満足度調査)実施の経験がありますが、定期的には実施していません。今後、定期的に実施する計画と確認しました。職員からは朝礼・夕礼や、年1回の法人職員ヒアリングにて意見を聴取しています。最近では、把握された課題から、浴室の手すり設置や外出、午後の入浴ニーズに応えるための具体的な体制を構築しました。
I-3-(3)②	法人事務所より月次の経理報告により、経営分析を実施しています。2013年度より、デイサービス利用定員を増やし、正規職員1名を増員して効率的なサービス提供の為の環境を整えました。また、職員会議や朝礼・夕礼にて、理念等の実現に向けた意識形成を図っています。経営、労務については事業運営会議、業務の効率化等は職員会議にて話し合っています。

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。	B	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。	B	B
		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
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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
		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。	C	C
	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	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	B	
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。	A	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。	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。	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。	C	C
	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。	B	A

【自由記述欄】

II-1-(1)①	WAMネット、福祉新聞(回覧・設置)にて福祉事業全体の動向を把握しています。また、全国社会就労センター協議会からの情報をチェックしたり、全国社会福祉法人経営者協議会に加入して情報を収集しています。地域の情報は、京都市北部自立支援協議会にて収集、共有しています。
II-1-(1)②	法人事務所より、コストや稼働率の月次報告があり、分析を行っています。税理士とコンサルタント契約を結び、経営分析結果を受け、事業運営会議にて検討し、改善や管理職研修を実施しています。管理者が職員会議に毎回参加することにより、職員との課題共有を図っています。
II-2-(1)①	「職員採用計画」は事務所長と管理者で共同策定しています。職員ヒアリング時、職員に「職員ヒアリング調書」(「キャリア向上について」欄)にキャリアコース等に係る希望を記載してもらうこと等で、意向の確認をしています。求められる役割や責任については、「事務分掌、専決及び文書・公印の管理に関する規程」に明記しており、法人内ネットワークにて閲覧できます。人事管理に関する方針や基本的考え方を明確にした文書は確認できませんでした。
II-2-(2)①	有給消化率は、個人の給与明細表にて確認できます。管理者は、法人内ネットワークの「職員勤怠表」にて時間外労働データを確認することができ、日常的にチェックしています。分析した課題は職員会議や事業運営会議にて改善策を検討しています。年1回の管理者とのヒアリング時に就業に関する意向を把握しています。

II-2-(2)②	3団体連携により運営する厚生会に任意加入でき、法人から補助をしています。勤続20年時、年3日のリフレッシュ休暇が付与されます。休憩室は男女別に設置し、水分補給の為、ウォーターサーバーを法人事務所に設置しています。月1回、安全衛生委員会を開催し、労働環境について検討します。また、「メンタルヘルス対策職場復帰支援プログラム」を独自に策定し、運用しています。メンタルヘルス推進担当者(相談窓口)を設置し、法人内ネットワークにて周知を図っています。外部専門相談窓口は、「事業場外資源リスト」にて紹介しています。
II-2-(3)①	資格取得支援として、介護福祉士についてはテキスト代を支弁する仕組みがあります。介護支援専門員実務研修受講試験については勤務調整を実施する等の配慮をしています。基本方針や中・長期計画等に求める基本姿勢や専門技術・資格について明示していません。
II-2-(3)②	新しい技術の導入について、ノーリフトに関する介護技術等の研修を実施しています。しかし、内部研修等実施の報告等文書を確認することはできませんでした。職員一人ひとりの研修計画は策定していません。
II-2-(3)③	研修受講後は、報告書を提出し、職員会議にて伝達研修を実施しています。研修成果を評価・分析する仕組みはありません。
II-2-(4)①	介護福祉士、社会福祉士の実習を受け入れています。実習指導者は、社会福祉士実習指導者講習会等に参加しています。実習受け入れに関する基本姿勢の明文化等、文書は策定していません。「実習計画(予定表)」はありますが、標準的なプログラムは作成していません。
II-3-(1)①	法人として、「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報管理規程」を策定し、情報管理をしています。しかし、開示請求について、手順等の対応方法に関わる記載が見当たりません。職員には新採研修にて周知しています。利用者には「個人情報の使用に係る同意書」に利用目的を明示して、利用について了解を得ています。
II-4-(1)①	月1回、事故防止委員会を開催し、管理者(所長)が参加しています。年3、4回開催の感染症対策委員会を法人として組織しています。事業所として、「感染症予防対策マニュアル」、「緊急時対応マニュアル」(利用者別)を整備しています。マニュアルは職員会議にて周知しています。しかし、利用者には周知できていません。緊急時に引き継ぐ場合は、「医療面引き継ぎ事項」にて状態を伝達します。
II-4-(1)②	防災設備は、避難訓練時に点検・チェックしています。京都市より、福祉避難所の指定を受けています。施設の避難訓練に近隣住民が参加する等、協力体制を構築しています。
II-4-(1)③	事故防止については、発生した事例について「事故報告書」を作成し、原因分析の上、再発防止策を立案します。再発防止策は臨時ミーティング等にて検討し、朝礼・夕礼で周知を図り、実施します。その後、職員会議で有効性を評価しています。2014年2月には、安全関連の研修として、北消防署から講師を招き、AED研修を実施しました。
II-5-(1)①	さまざま生活相談に随時対応する体制があります。地域一般に向けて、施設内に喫茶店を設置しています。また、子ども達の安全な通学の為、駐車場内(ライト・パーク)を通学路として指定しています。また、必要に応じ、近隣の事業所の利用を紹介しています。
II-5-(1)②	地域団体に組織している認知症カフェの運営に協力しています。京都市北区地域生活支援センターほくほく(委託事業)及び相談支援室を設置し、相談窓口を置いています。福祉関係者向け研修会、医療関係者向け研修会を定期的に開催する等、障害特性についての理解促進に努めています。
II-5-(1)③	定例的にボランティア講習会(点訳・音訳)を主催しています。ボランティア受け入れ規定やマニュアルは整備していません。
II-5-(2)①	利用者については、サービス提供表、アセスメント等で他機関の利用状況を確認しています。社会資源については、併設のほくほくで情報を得ることもできます。最近では、地区自立支援協議会にて問題となっていた障害を持つ子ども達が帰宅する時のガイドヘルパーについて、ボランティアを募って、解決を図る取り組みを実施しました。
II-5-(2)②	利用者家族とは、「連絡帳」利用し、情報提供や連携しています。

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) 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。	B	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。	A	B
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-(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 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。	C	C
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	B		
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	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。	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。	C	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。	C	C
	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。	C	C
		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。	C	C

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)① 法人ホームページを開設し、パンフレット等の情報媒体は施設の受付に置いています。利用に際しては、事前に体験利用してもらうようにしています。ライトハウスとして、特に視覚障害者に配慮した点字版パンフレット等を整備しています。

Ⅲ-1-(1)② サービスの提供開始に当たっては、点字版の使用等、障害特性に配慮した対応を行っています。

Ⅲ-1-(2)①	移行等に関して事業所として定められた引き継ぎ文書はありません。実際には、引き継ぎは家族が中心となっています。
Ⅲ-2-(1)①	個別支援計画の策定は、アセスメントからプランニング、モニタリング、見直しに係る過程を手順化し、実施しています。個別支援計画作成担当者は担当制をとり、主任(サービス管理責任者)が管理、統括をしています。
Ⅲ-2-(2)①	
Ⅲ-2-(3)①	モニタリングは実施していますが、頻度が明確となっていません。
Ⅲ-2-(4)①	個別にケース記録を整備し、電子記録も活用しています。記録要領の策定等による「差異が生じない書き方」に関する工夫や取り組みは特に確認できません。
Ⅲ-2-(4)②	記録の管理に関しては、必要な改廃等に関する規程の整備、個人情報の開示の手続きについての手順及び職員へ研修について確認できませんでした。
Ⅲ-2-(4)③	情報の共有については、職員会議やミーティング、日誌等にて図られています。現在も課題となっています。パソコンネットワークにより、本人内の情報共有システムを導入しています。
Ⅲ-3-(1)①	基本方針に障害のある本人のニーズ充足への姿勢を明示しています。利用者(家族等)とは、支援計画の策定過程において定期的にニーズの聞き取りを実施しています。情報収集等の為、3か月に1回開催される京都府視覚障害者協会に出席し、事業所における事業運営会議にて共有しています。
Ⅲ-3-(1)②	直近では、2012年11月に利用者アンケートを実施し、事業運営会議にて分析・検討しています。また、法人役員や施設長には、当事者(視覚障害者)を採用しています。結果からの具体的取り組みとして、掲示物について見つらいとの意見があり、改善しました。
Ⅲ-3-(2)①	相談窓口は複数設置していますが、明確に文書による提示や掲示による周知等は行われていません。相談しやすい環境整備として、デイホールとは別に眼科相談室、廊下のベンチスペース等を活用することができます。正面玄関には意見箱を設置しています。
Ⅲ-3-(2)②	苦情に関しては、「苦情解決実施要綱」にて運用し、「相談・苦情内容記録票」にて報告する仕組みがあります。必要な結果公表に関しては、視覚障害の特性から当事者との会議にて公表するという手法をとっています。
Ⅲ-3-(2)③	利用者等からの意見等に対し、対応する仕組みがありますが、規程やマニュアル等を定期的に見直す仕組みはありません。
Ⅲ-4-(1)①	業務手順として、「らくらくの一日の流れ」があります。また、個別に策定したケアマニュアルがあります。常に主任、所長が手順書通りの実施について履行できているかを直接確認しています。個別のサービス実施方法については、個別ケアマニュアルを利用者全員作成し、対応しています。
Ⅲ-4-(1)②	規程や手順書類に関して、周知や見直しに係る明確な仕組みがありません。
Ⅲ-4-(2)①②	目標管理として、「PDCAシート」を年度毎に作成し、6か月に一度見直しをしていますが、利用者等による定期的なサービス評価の仕組みはありません。

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) 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。	B	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	C	C
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。	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	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-(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	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。	A	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。	A	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	「虐待防止マニュアル」に本人の尊重について明記しています。プライバシー保護に関する規程等を別途には整備していません。虐待防止の研修等は定期的を実施していますが、その記録は確認できませんでした。施設内併設の「喫茶きらきら」や廊下のベンチスペース、眼科相談室等、利用者が自由に過ごせる環境を確保しています。
IV-1-(1)②	職員教育において、言語コミュニケーションが難しい利用者のサインを見逃さず理解しようと努める姿勢が確認できました。また、視覚障害を持つ利用者の希望を汲み取り、点訳等について積極的に配慮しています。
IV-1-(2)③	自治会や家族会等はありません。今後、利用者の交流会等を検討しているとのこと。
IV-2-(1)①	業務全体として入浴支援を含む、マニュアルを整備していますが、プライバシーへの配慮等を含む、入浴に関するマニュアルは整備していません。
IV-2-(1)②③	利用者の希望を尊重し、適宜相談に応じ、家族や関係事業所との連携を図っています。
IV-2-(2)①	デイサービスセンター内には2つのベッドが設置されており、希望に沿って利用しています。
IV-2-(2)②	業務全体として排泄支援を含む、マニュアルを整備していますが、プライバシーへの配慮等を含む、排泄に関するマニュアルは整備していません。
IV-2-(2)③	日々の健康については、看護師を中心に把握に努め、月1回の嘱託医の支援、アドバイスを行う仕組みがあります。
IV-2-(3)①	様々な世代のご利用者が利用されており、個別の対応が困難な状況ですが、糖尿病等を患われている方への療養食や発達障害のあるご利用者への配慮等を行っています。
IV-2-(4)①	可能な限り、利用者の意思を尊重した日中の過ごし方への支援を実施していますが、事業所スペースや時間の制約等があります。
IV-2-(5)①	金銭管理等の学習プログラムは行っていません。
IV-2-(5)②	同一施設内の「喫茶きらきら」や月1回の近隣コンビニエンスストア等への買物等、事業所外活動の取り組みがあります。

IV-2-(6)① レクリエーションの希望を個別支援計画に取り込み、ご利用者個々のニーズに合わせた対応をしています。