

[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	障害福祉センターあらぐさ	施設種別	生活介護・就労継続支援事業B型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成30年5月28日

総 評	<p>社会福祉法人あらぐさ福祉会は、障害者の共同作業所からスタートし、現在は「社会福祉法人あらぐさ福祉会」として、様々な障害者のサービス事業所を運営しています。デイセンターあらぐさでは、利用者の心身の状況に応じて、自立した日常生活、社会生活を営むことが出来ることを目的として支援されています。ワークセンターあらぐさでは、利用者が就労に意欲を持つことが出来るような取り組みを通じて、就労に必要な知識や能力を身に付けられるように支援をされています。さをり織りや草木染、クッキーなどの自主製品を製作して、施設や地域のイベントへの出店や、利用者が中心となり作成したカタログでの販売も行っておられます。「あらぐさひろば」作品展「創～えがおの手しごと展」等のイベントは地域の住民にもなじみとなっており、道路沿いの花壇の手入れを行う活動も続けておられます。「障害者が豊かに、安心して暮らしができる地域社会をめざす」という法人の理念に基づき、継続的な活動を行い、地域に広く知られる施設となっている様子が伺えました。今後もさらなるサービスの向上をめざしていただきたいと思います。</p>
特に良かった点(※)	<p><b>○個別支援計画の策定</b> 独自のアセスメントシートも用いて、利用者一人ひとりの状況をまとめ、利用者や家族の意向を聞き取り、個別支援計画を策定しています。半年ごとに中間評価を行い、到達目標を確認しています。年度末に終了時評価を行い、利用者の意向を踏まえて次年度の目標を設定しています。個別支援計画はグループ会議での意見を踏まえて、担当職員が策定しています。</p> <p><b>○研修計画</b> センター長、主任と職員がやりとりし、個人研修計画を作成しています。本人の希望、上司の要望から目標を設定して振り返りを行っています。研修委員会が作成した年度指定研修一覧に基づいて研修を受ける仕組みとなっています。</p> <p><b>○地域とのかかわり</b> 作品展「創～えがおの手しごと展」、施設のイベント「あらぐさひろば」に地域の方の参加を呼びかけており、事業所の自主製品購入のために地域住民が事業所を訪れることもあります。 また、「あらぐさ☆はなさか隊」という活動グループで、道路沿いに花を植え、ゴミ拾いをする活動をしています。地域の催しやイベントに作品、自主製品を出展しています</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○マニュアルの作成 業務内容についてのマニュアルは作成していないとの事でした。日々の業務をマニュアル化し共有することで、一定水準のサービス提供を行う事が出来ます。業務マニュアルを策定した上で、利用者一人ひとり介護方法のマニュアルを策定すると、更に充実したものになるのではないのでしょうか。また、サービスの内容を文書化する事で新たに見えてくるものがあると考えます</p> <p>○実習生、ボランティアの受け入れに関する基本姿勢 日常的に様々な場面でボランティアを受け入れ、また年間を通じて実習生も受け入れておられます。実習生やボランティアの受け入れは、事業所としての責務や目的を明確にすることが大切だと考えます。受け入れマニュアル等を整備して、受け入れ手順や基本姿勢を文書化して、体制を整え、職員に周知してください。</p> <p>○サービス内容の定期的な評価 第三者評価を3年に一度受診していますが、定期的にサービス内容を自己評価はする体制はありません。質の向上を目的として、一定の評価基準を設けて評価を行い、課題の抽出、課題解決のための計画策定、評価、見直しとPDCAサイクルに基づいて、質の向上に生かす仕組みを検討されてはいかがでしょうか。</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	障害福祉センターあらぐさ
施設種別	生活介護・就労継続支援B
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30年2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) 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。	A	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。	C	C
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	B
		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。	A	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	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	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。	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法人理念をホームページ、パンフレットに掲載し、事業計画書にも記載し、法人の考え方や特性を踏まえた内容になっています。

I-1-(1)②基本方針をホームページ、パンフレットに掲載し、事業所内にも掲示しています。職員の行動規範となるような内容になっています。

I-1-(2)①年度ごとの事業計画書に理念、基本方針を記載し、年度初めの職員会議で説明しています。基本方針に基づいた実践をおこない、グループ会議や主任センター長会議で確認をしています。

I-1-(2)②年度初めの家族会(あらぐさ会)に職員が参加し、事業計画を配布して説明しています。また、グループごとの懇談会でも理解を促しています。利用者には取り組みを通して理解できるようにしており、継続的に周知を行っています。

I-2-(1)①H27年度までの中長期事業計画は終了し、H28年度はその総括を行っています。中長期計画の策定は、来年度になる見込みとの事です。

I-2-(1)②年度ごとの事業計画は、管理職、センター長、主任を中心に策定しています。グループ会議、主任会議、センター長会議で年度末の総括、振り返りを行っていますが、年度途中での評価は実施していません。

I-2-(1)③年度初めの全体職員会議で「事業計画書」を配布して説明しています。事業計画書は、今年度の重点、事業ごとの方針を掲載して、わかりやすく記載しています。

I-2-(1)④家族の会「あらぐさ会」、グループ事業説明会、ワーク事業説明会で事業計画について説明しています。利用者には、朝の会や自治会で職員が活動についての説明をしています。

I-3-(1)①管理者は、年度初めの広報誌「あらぐさ通信」に自らの役割と責任について掲載しています。また全体職員会議で、職員に周知しています。

I-3-(1)②社会福祉法改正に伴い、センター長が「民間社会福祉施設長研修会」に参加し職員会議で報告しています。関係法令集などはありますが、遵守すべき法令等を把握するための取り組みは不十分です。

I-3-(2)①本部で月1回管理職会議を開催し、活動実践やサービスの現状について分析・評価を行っています。その上で、リーダーシップをとって改善に取り組んでいます。

I-3-(2)②管理職を中心に人事、労務、財務等の面から分析を行っています。経営分析、業務の効率化について検証し、改善の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	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	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。	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
	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 定期的に個別の教育・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	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。	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	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。	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	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。	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)①きょうさんや乙訓地域障がい者事業所団体連絡会等に参加し、社会的ニーズ、利用者の状況について情報収集しています。その情報を事業計画に反映しています。

Ⅱ-1-(1)②「経営に関する検討部会」を立ち上げ、法人役員と事務で経営に関して課題分析と改善を行っています。月1回税理士から評価とアドバイスを受けています。全体職員会議で職員に報告しています。

Ⅱ-2-(1)①年1回、人事意向調査を実施し、職員と面談を行い、職員の資格取得や仕事の希望を把握しています。国の基準より手厚い人員を配置しています。職種・役割に求められる責任を明確にした指標はありません。

Ⅱ-2-(2)①「職員研修計画」のシートを使用して、職員一人ひとりの希望を確認しています。個人ごとに有給消化率を割り出し、計画的に有給休暇を取るよう勧めています。

Ⅱ-2-(2)②メンタルヘルス研修を行い、職員からの希望があれば外部のカウンセラーに相談できるように紹介しています。共済会に加入し、看護師を衛生管理者として、職員の健康維持に努めています。

Ⅱ-2-(3)①職員全員に配布している「あらぐさオリエンテーション」に、勤務年数別課題や必要とされる研修について明記しています。事業計画に、職員に求める基本姿勢を明示し、職員に周知しています。

Ⅱ-2-(3)②法人の研修委員会で外部研修、内部研修のスケジュールを管理しています。主任が職員と相談しながら個別に研修計画「職員研修計画」を作成しています。実践発表を行う場として「レポート検討会」を年1回実施し、職員全員が記載した感想用紙を「感想集」にまとめています。

Ⅱ-2-(3)③研修の復命書を作成し、全体職員会議で報告しています。委員会で研修内容の見直しを行っています。年度末に評価を行い、次年度の研修計画に反映しています。

Ⅱ-2-(4)①毎年大学4校市職員の実習生を受け入れています。実習担当職員がスケジュールを立てており、オリエンテーションで注意事項や心構えについて説明していますが、実習生受け入れの基本姿勢を明文化した文書は確認できませんでした。また、資格ごとのプログラムは作成していません。

Ⅱ-3-(1)①「個人情報保護・管理規程」を策定し、重要事項説明書を用いて本人及び家族に説明しています。個人情報の利用に関しては、毎年、利用者、家族の了承を得ています。

Ⅱ-4-(1)①「危機管理ガイドライン」や「感染症・医療ケアマニュアル」を策定し、職員会議で周知しています。避難訓練を年2回行い、利用者個人ごとの避難方法について検討しています。施設利用中に外出する際には、行方不明になる恐れがある利用者にGPSを持たせるようにしています。

Ⅱ-4-(1)②「危機管理ガイドライン」を作成し、職員連絡網の作成や災害時の備蓄をしていますが、利用者が在宅中の災害時の安否確認の方法は定めていません。

Ⅱ-4-(1)③各グループにタブレット端末を配備し、ヒヤリハットや事故報告書はタブレットを使用して作成しています。安全委員会で集約を行い、職員会議で報告しています。主任、センター長会議やグループ会議で対策を検討していますが、安全確保や事故防止に関する研修は行っていません。

Ⅱ-5-(1)①地域で行っているイベントに参加し、クッキーやさをり織の販売をしています。作品展や「あらぐさひろば」の催しを開催し、地域住民に参加を呼び掛けています。「あらぐさ☆はなさか隊」というグループで、道路沿いの花壇の手入れをしています。しかし、利用者が企画の段階から行事に参加するまでは実施出来ていません。地域の自治会にも加入していません。

Ⅱ-5-(1)②市役所で行っている「ほっこりんぐ」、社協祭りに参加し、地域住民と交流しています。また地域の事業所と協力して学習会を企画しています。「あらぐさひろば」を通じて、地域の人に障害の特性や福祉について理解してもらうように取り組んでいます。

Ⅱ-5-(1)③散髪や三味線などのボランティアの受け入れはしていますが、受け入れに関するマニュアルは策定していません。

Ⅱ-5-(2)①障がい者ネットワーク連絡調整会議に出席し、乙訓地域の事業所や医師会などと定期的に意見交換を行っています。

Ⅱ-5-(2)②毎年4月にグループごとに懇談会を開催し、年2回個人面談を実施して家族に利用者の状況を伝えて、相談に応じています。また、連絡帳を通じて情報の交換しています。

### 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。	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-(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	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	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。	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。	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。	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。	A	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	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。	A	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	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
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	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。	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。	C	B

**【自由記述欄】**

Ⅲ-1-(1)①ホームページやパンフレットを作成し、公共施設に置いています。見学者、体験利用の方にも配布しています。

Ⅲ-1-(1)②個別に面談を実施し、個別支援計画を説明し同意を得て、年度の途中にも中間評価の懇談を実施しています。書類にはフリガナを打つなど、利用者が理解しやすい工夫をしています。

Ⅲ-1-(2)①他の事業所への移行の際は、アセスメントシートを用いて引継ぎをしています。また、相談事業所と連携し、移行がスムーズに進むように配慮しています。

Ⅲ-2-(1)①アセスメントシートで個別に身体状況、生活状況等をまとめています。利用者や家族の意向を聞き、個別支援計画を作成しています。

Ⅲ-2-(2)①サービス管理責任者が、アセスメントの内容、利用者のニーズ、グループ会議の意見を踏まえて、個別支援計画を作成しています。

Ⅲ-2-(3)①半年ごとに個別支援計画の中間評価を行い、本人家族に説明し、年度末に終了時評価を行い、次年度の計画に反映しています。

Ⅲ-2-(4)①記録管理システムを使用し、統一した内容で記録できるようにしており、利用者の日々の状況を個人ごとに記録しています。

Ⅲ-2-(4)②個人情報保護管理規程を策定し、記録の保管、廃棄に関する規程を定めています。日常管理記録(記録管理システム)を使い、書式に従って行うことで統一されたものになっています。個人情報保護、情報開示に関しての研修は実施していません。

Ⅲ-2-(4)③職員は、記録ソフトを用いて情報を共有しており、また、全体会議・ケース会議・グループ会議などでも共有しています。

Ⅲ-3-(1)①職員は年2回の利用者との個別面談、グループごとの懇談会を定期的に行い、利用者のニーズを聞き取っています。職員が家族会にも参加し、ニーズの把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)②言語表現だけでなく、個別に写真・絵カードなどで提示しています。職員は、利用者との販売促進会議や利用者自治会に参加し、利用者の希望や意見を聞き取っています。利用者の要望で、旅行の行き先などを決めています。

Ⅲ-3-(2)①日常的に、グループ担当職員、センター長、統括事業長が、利用者からの相談を受けています。また、個別支援計画作成時や個人面談の機会を利用し、利用者や家族の相談や意見を聞く機会としています。利用者や家族から相談、意見、苦情を訴えやすくなるための工夫は不十分とのことです。

Ⅲ-3-(2)②苦情受付のポスターを玄関に掲示しています。苦情解決要綱を策定し、苦情を受けた場合は「苦情受付簿」に記載して、職員で共有しています。苦情解決要綱に沿った苦情はない為、公表はしていません。

Ⅲ-3-(2)③利用者の意見や意思表示はその都度受け止めるようにし、職員間で共有していますが、相談対応等のマニュアルは整備していません。

Ⅲ-4-(1)①事業計画で年度の活動は明記しています。利用者一人ひとりの介護方法のマニュアルはありますが、標準的な実施方法についてのマニュアルは策定していません。

Ⅲ-4-(1)②標準的な実施方法についてのマニュアルは策定しておらず、見直しをする仕組みがありません。

Ⅲ-4-(2)①第三者評価は3年に1回の受診をしています。定められた評価基準に基づいての自己評価は行っていません。

Ⅲ-4-(2)②第三者評価の結果から、記録システムを導入して個別支援計画の共有シートの統一化、簡素化して改善に取り組みました。定期的な自己評価は実施出来ていない為、課題分析や改善の取り組みは出来ていません。

#### 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	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。	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。	B	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(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-2-3(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-2-4(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(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	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。	A	A
	IV-2-6(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(1)①職員の行動規範を策定し、利用者のプライバシー保護、人権擁護について明記して読み合わせをしています。年1回虐待防止研修を実施していますが、プライバシー保護の規程やマニュアルは策定していません。

IV-1-1(1)②言語やしぐさだけでなく、意思表示のサインを見逃さないように努めており、写真や絵カードを用いてコミュニケーションを図る工夫をしています。グループごとに利用者の様子について情報共有し、いつもと違う行動等があれば、担当職員に伝えています。

IV-1-1(1)③利用者本人が参加する仲間の会があり、サークル活動の内容や旅行の行き先を決めており、利用者の主体的な活動を行っています。自主制作の作品を展示する「創～えがおの手しごと展」やイベント「あらぐさひろば」に他事業所の家族を招いて交流を図っています。

IV-2-1(1)①入浴事業は行っていませんが、入浴に関する状況を家族より聞き、相談に応じています。必要があれば相談支援センターにつなげています。

IV-2-1(1)②利用者は着替えを持参しており、汚れたり、汗をかいた時は着替えが出来るようにしています。必要に応じて家族に着替えについて気になることを連絡をしています。

IV-2-1(1)③2ヶ月に1回、散髪ボランティアの実施があり、本人、家族からの希望を確認して、散髪を受けられるようにしています。

IV-2-2(1)①睡眠について家族から聞き取り、把握に努めています。看護師が眠剤を把握し、睡眠が不十分な利用者は日中の活動内容を考えたり、静かなスペースで過ごせるように配慮しています。

IV-2-2(2)②バイタルチェックシートに排泄状況を記録し、個別に排泄介助の方法を記載していますが、共通の対応マニュアルは作成していません。

IV-2-2(2)③年2回内科、歯科検診を実施し、健康状態の把握に努めています。日々のバイタルチェックを行い、必要に応じて家族と相談しています。月1回、歯科衛生士のチェックを受けています。

IV-2-3(1)①年1回、給食委員会が嗜好調査を行い、利用者の意見を聞いています。利用者の状況に応じて食形態を変えて対応しています。食事時間は利用者の状態に合わせて配慮しています。

IV-2-4(1)①利用者の日中の活動は利用者の希望に応じて選べるようにしており、一人ひとりのニーズに応じて活動を計画しています。利用者話し合い賃金について説明しており、働く意欲を持てるように配慮しています。

IV-2-5(1)①利用者本人と賃金について話し合いをしており、外食、お出かけ時に現金での支払いを体験できるように工夫しています。

IV-2-5(2)②利用者の希望を聞き、旅行や外出の活動を実施しています。職員が保険証や緊急連絡先を持参して付き添いをしています。利用者の希望に応じて、外出支援のガイドヘルパーを紹介しています。

IV-2-6(1)①グループごとに外出活動を実施しており、お花見、紅葉狩り、クリスマス会等の季節行事を行うなど様々なレクリエーションに参加できるように工夫しています。