

[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	知的障害者デイサービスセンターあっぷ	施設種別	生活介護 (旧体系：)
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和元年 7 月 1 2 日

総 評	<p>知的障害者デイサービスセンターあっぷは、知的障害のある方が、地域で安定した生活を営めるよう、日中活動を中心とした支援を行うデイサービスセンターとして平成11年に開設されました。</p> <p>事業所の特徴としては、幅広い年齢層(18歳～60歳代後半)と知的障害と併せて様々な障害(身体障害、視覚障害、高次脳機能障害など)を併せ持つ方が利用されています。事業所を利用される方の目的としては、近い将来に就労をイメージして作業に取り組む方もおられれば、日中の居場所として利用をされている方もおられます。そのような様々な利用ニーズに対応できるよう日中活動のメニューも幅広い選択肢を用意できるように取り組んでいます。</p> <p>利用者については、月曜日から金曜日の平日を利用している方と土曜日のみを利用している方に分かれています。土曜日は、主に余暇的なプログラムが準備され、平日は他の生活介護事業所に通っておられる方や平日は仕事をされており日中一時支援事業所を利用される方もおられます。利用者・家族の希望や意向を尊重し可能な限り意思を尊重した日中の過ごし方を提供されています。</p> <p>一方で障害のある本人の安全確保のためのヒヤリハット報告が一定の書面で残されず、業務日誌の特記事項への記述でとどまっています。朝礼・夕礼時に報告を受け直ぐに改善できるとのことでしたが、発生要因を分析し未然防止策を検討する取り組みは、組織として情報を共有し、危険への気づきを促す意味でも有効です。今後とも、利用者の事故防止・安全確保に努めるとともに、さらなる福祉サービスの質の向上と障害のある本人の「行き場」「よりどころ」としての機能を重視した貴施設の取り組みに期待します。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅱ－２－（１）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。 キャリアパスで職員階層毎に求める職員像を明確にし、「7つの誓い」を柱とした職員育成計画があります。キャリアアップシートを用いて個々の職員を定期的に評価し、能力向上に関する希望が把握されています。</p> <p>Ⅲ－３－（１）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。 利用者のニーズを把握する目的で利用者自治会「あっぷの会」に職員が出席しており、活動プログラムへの意向に関するアンケートや年2回の聞き取りを行っています。ご家族に対しては、連絡ノート等で日常的に対応し、年2回の家族交流会を実施しています。</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。 「権利擁護に係るチェックリスト」を用いて自己評価を行うとともに、施設の事業計画の中間・年度末評価を職員参画の下で行っています。また、法人内で「サービス向上プロジェクト」を設置し、他事業所の管理者による訪問調査を受診しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>Ⅲ－３－（２）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。 第三者委員が設置されており苦情解決の手順などの仕組みは整備されていますが、苦情受付件数が0件とのことで公表するに至っていません。意見・要望・苦情に対する対応の体制が確立されておらず、充分機能しているとはいえません。</p> <p>Ⅲ－３－（２）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。 苦情対応マニュアルは整備されていますが、定期的な見直しが行われていません。意見や要望等も含めて、個別のケース記録に残すだけでなく、対応記録としてまとめて一覧に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	知的障害者デイサービスセンターあっぷ
施設種別	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	2019年3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(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。	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)	法人理念が明文化され、案内パンフレットやホームページにも記載されている。
	法人全体の基本方針が明文化され、各事業所の事業計画のもととなっている。基本方針は、法人理念との整合性が確保されている。
I-1-1(2)	年度初めの施設会議の場で、基本方針及び事業計画を管理者より説明し、書面を配布し周知している。職員の行動基準「7つの誓い」を制定している。携帯している名札の裏面に明記し、意識を高めることに努めている。
	利用契約者に法人の広報誌等を配布している。春秋の保護者交流会の場で説明を行っている。
I-2-1(1)	ネクストビジョン2025を制定し、法人の今後10年の計画を取りまとめている。
	「3月施設会議」で事業報告を発表し、事業計画の評価を行うとともに次年度事業計画について全体で検証を行っている。
	年度初めの施設会議で事業計画書を配布し各項目についての説明を行っている。社内メールも活用している。
	本人、家族等には、市事業計画の策定時に配布している。管理者が朝の会でわかりやすく説明している。
I-3-1(1)	業務分掌一覧の中で、管理者の業務内容を記載し、年度初めの会議で確認している。年度初めの広報誌のあいさつ文で新年度体制等について報告している。
	順守すべき法令リストは、パソコンで管理し必要な情報はいつでも取り出せるようにしている。
I-3-1(2)	管理者・主任会議を毎月1回開催し、「あつが打合せ資料」を用いて行っている。課題の共有と改善の方向性を確認している。
	管理者が月2回の施設長会議に出席している。人事、労務、財務等について、法人本部の担当者と協議し、現場での業務改善に取り組んでいる。

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
		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
	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	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。	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。	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)	<p>法人として経営協等とも連携し、福祉事業全体の動向について把握している。自立支援協議会への参画や支援学校進路担当との日常的な連携等により、地域の福祉ニーズを把握している。インターネットを活用した地域住民へのアンケートなども行い、結果を中長期計画策定の際に反映している。</p> <p>法人本部に各事業の状況を集約し、分析を行なっている。分析結果を踏まえ、事業所の利用定員を見直す等、具体的な改善策が実施されている。法人規模に応じて、監査法人によるチェックを受けている。</p>
II-2-(1)	キャリアパスで職員階層毎に求める職員像を明確にし、「7つの誓い」を柱とした職員育成計画がある。階層別の「キャリアアップシート」を用いて個々の職員を定期的に評価し、能力向上に関する希望が把握されている。
II-2-(2)	<p>法人事務局が労務管理を行っている。事業所として管理職との個別面談や「業務改善アンケート」の実施(年2回)により就業上の課題を把握し、具体的な改善策を検討されている。</p> <p>法人で職員互助会を組織している。京都市民間社会福祉施設職員共催会に加入している。法人内診療所に内科医の他、精神科医も週1回、職員からの個別相談にも応じる体制がある。</p>
	<p>「7つの誓い」に明記した求める職員像を基に、法人として教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。資格取得に関する研修を法人で実施すると共に、外部研修での資格取得希望があれば、勤務上の配慮がされている。</p> <p>入職年数や職員階層に応じた研修が計画的に実施されている。法人に設置された「人材育成マスタープラン委員会」で研修体系を適宜見直している。法人に外部から招いたスーパーバイザーを置き、事例検討会や研修を実施している。</p> <p>研修に参加した職員にはレポート作成を義務付け、外部研修に参加した場合は職員会議で報告している。研修成果に関する評価・分析・研修計画の見直し等は「人材育成マスタープラン委員会」で実施されている。</p>

II-2-(4)	<p>実習生の対応は法人事務局で一括実施されている。あっぷでは正規職員の配置が少ないため、この間の受け入れ実績は少ないが、実習指導者講習の受講など、必要な体制は整備されている。</p>
II-3-(1)	<p>法人として必要な規定が整備されている。契約時には重要事項説明書による説明を行い、個人情報の使用について同意書を得ている。</p>
II-4-(1)	<p>法人、事業所にリスク委員会を設置している。業務マニュアルをリスト化し管理している。利用者個人の緊急時に必要となる情報は個人ファイルで管理されている。</p> <p>併設の入所施設と合同で、年3回の災害時の避難訓練を実施している。利用者の緊急連絡先をまとめた表を作成している。福祉避難所の開設訓練を、自治会や社協、消防とも連携して実施している。</p> <p>事故時は「事故報告・業務改善提案書」により、具体的な改善策の提案も含めて挙げるようにしている。ヒヤリハット報告は実施していないが、業務日誌の特記事項への記述や、夕礼・朝礼での周知などにより周知している。京都知的障害福祉施設協議会の「リスクマネジャー養成研修」を職員が受講している。</p>
II-5-(1)	<p>地域の催し物等の情報を利用者に提供している。地元の人たちとの協働を目指して、近隣の清掃活動を事業計画に位置づけ取り組みを始めている。市の障害者スポーツ大会の実行委員会に職員が参画している。利用者の意見を集約して、検討に活かすよう心がけている。</p> <p>法人として介護教室や実践研究発表会を開催している。個別の相談ニーズには法人の相談支援事業所と連携しながら対応している。</p> <p>法人全体でボランティアの受入規定を策定。新規の受入の際には、注意事項や利用者の特性等を説明している。</p>
II-5-(2)	<p>個々に利用されている社会資源については、利用開始時の聞き取りにより把握し、プロフィール票にまとめている。関係機関の連絡先リストを作成している。自立支援協議会に参画し、情報交換や協議を行なっている。</p> <p>送迎時のやり取りや連絡ノートによる連絡・相談を日々行なっている。</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。	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	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) 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	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。	b	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。	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-(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)	<p>ホームページや広報誌で設備や活動内容を写真入りでわかりやすく情報提供している。事業所のサービス内容の案内を市役所や相談事業所に置いており、希望があれば、支援学校の保護者向けには施設見学会、障害のある本人には一日体験利用を実施している。</p> <p>利用開始時には重要事項説明書や利用契約書を用いて、できるだけわかりやすく説明する工夫をし同意を得ている。重要事項説明書や利用契約書はルビうちをしてわかりやすいように配慮している。</p>
Ⅲ-1-(2)	サービス内容変更の場合は、相談事業所との連携で対応している。他事業所に移行される場合は、ケース担当者や主任が窓口となり、ケース会議や引き継ぎ事項の情報提供を行う仕組みがある。
Ⅲ-2-(1)	ADLや本人・家族の希望、行動特性など決まった様式でアセスメントを実施している。上記の様式以外にも、本人から年1回活動プログラムなどの希望の聞き取りを行い、毎日の送迎時や連絡ノートで家族からの情報を得て補っている。
Ⅲ-2-(2)	個別支援計画は本人や家族の意向を反映されており、各種職員会議で周知するなどサービス提供の軸となっている。事業所独自で「個別支援計画の考え方と書き方」を作成し、内容に偏りが無いよう工夫すると共に、サービス管理責任者と連携して内容の精査に努めている。

Ⅲ-2-(3)	モニタリングは、複数の職員の意見を反映させながら、担当者とサービス管理責任者で6ヶ月に一度定期的実施している。本人の状況に変化があった場合も随時実施している。
Ⅲ-2-(4)	<p>利用者1人1人のケース記録は、パソコンのソフトを活用して個別支援計画と連動して管理されている。ケース記録の書き方のマニュアルにより、職員により差違が生じないよう工夫している。</p> <p>「個人情報に関する文書管理規程」等により記録の保管、保存、廃棄についての規程が定められており、「個人情報の適正管理に関する基本事項」を全職員に年1回配布して、個人情報保護や情報開示について説明している。</p> <p>朝礼や夕礼、各会議等を通じて利用者情報が職員間で共有されている。また、パソコンネットワークや紙媒体で全職員が閲覧できる環境が整備されている。</p>
Ⅲ-3-(1)	<p>利用者のニーズを把握する目的で利用者自治会「あつぷの会」に職員が出席しており、活動プログラムへの意向に関するアンケートや年2回の聞き取りを行っている。家族に対しては、連絡ノート等で日常的に対応し、年2回の家族交流会を実施している。</p> <p>利用者自治会「あつぷの会」で聞き取った本人のニーズを施設会議で取り上げて職員間で検討している。その結果は本人参加の場で報告した上で、掲示板に貼り出している。</p>
Ⅲ-3-(2)	<p>相談に関する支援体制については、重要事項説明書に記載され、施設内にも掲示されている。家族に対しては毎日の連絡帳で意見が言える環境を整えており、必要に応じて個別面談や家族交流会などの案内を出している。</p> <p>第三者委員が設置されており苦情解決の手順などの仕組みは整備されているが、苦情受付件数が0件とのことで公表するに至っていない。意見・要望・苦情に対する対応の体制が確立されておらず、充分機能しているとはいえない。</p> <p>苦情対応マニュアルは整備されているが、定期的な見直しがされていなかった。意見や要望等も含めて、個別のケース記録に残すだけとなっている。</p>
Ⅲ-4-(1)	<p>サービスの一定の水準を確保するために業務マニュアル(日課表)を策定し、職員室に掲示している。各種業務マニュアルはファイリングされ、職員室に常備されている。利用者の状態に応じた個別的な支援サービスについては、職員会議等で検討されている。</p> <p>各種業務マニュアルについては、利用者、家族や職員の意見を反映して年に1回定められた時期に見直しをしている。</p>
Ⅲ-4-(2)	<p>「権利擁護に係るチェックリスト」を用いて自己評価を行うとともに、施設の事業計画の中間・年度末評価を職員参画の下で行っている。法人内で「サービス向上プロジェクト」を設置し、他事業所の管理者による訪問調査を受診している。</p> <p>業務アンケートを年2回実施し、集計結果を職員全体に周知し、課題検討会議を開催している。アンケートや聞き取りで挙げた職員の意見を参考にし次年度の事業計画に反映させている。</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(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	b
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。	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(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-2-2(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。	a	a
	IV-2-2(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-2-2(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常生活を送ることへの支援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-2-2(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(1)	<p>南山城学園職員「7つの誓い」において利用者本位の福祉サービスが展開されるように明示している。職員は、権利擁護のためのセルフチェックを実施し、利用者の意思を尊重したサービスの振り返りを行っている。</p> <p>個々人の状況に応じて絵カードや予定表、スケジュールを作成し適切な理解と確実な表出ができるように取り組んでいる。精神科医や自閉症支援の法人スーパーバイザーと連携し、本人の要望が出しやすい工夫をしている。</p> <p>利用者自治会(あっぷの会)があり、意見等に対する返答を朝の会や掲示板に張り出している。家族会はあっぷ設立当初より家族の意向があり設定されていない。</p>
IV-2-1(1)	<p>希望者のみ入浴を実施している。入浴介助マニュアルがあり、配慮のポイントを確認しながら入浴介助を行っている。</p> <p>更衣マニュアルがあり、送迎時の確認と日中活動の場でも確認を行っている。着衣の仕方に不適切などころがあれば、個々に話しかけ、対応している。</p> <p>地域の理髪店に行くことが難しい利用者は、希望を募り、併設する入所施設の有料訪問カットサービスが利用できる支援を行っている。</p>
IV-2-2(2)	<p>睡眠に課題がある場合は、相談や助言、他事業所の職員や医師への相談を実施している。随時、家族とは情報交換し連携して対応している。</p> <p>排泄マニュアルがあり、個別の状況に合わせて誘導や介助に努めている。</p> <p>ご家族と送迎時の引継ぎや連絡帳を通じて健康状態の把握に努めている。必要に応じて検温やバイタル測定を実施している。</p>
IV-2-2(3)	<p>個々の状態に配慮した食事形態(刻み食など)で食事を実施している。メニュー表を全員に配布し、写真で示したものを食堂に掲示する等して情報提示に努めている。定期的に栄養士が来園し、利用者からの情報収集に努めている。</p>
IV-2-2(4)	<p>年度当初に個別のあっぷプログラム希望アンケートを実施し、希望する活動に参加できるよう配慮している。働くことをイメージするため、自立支援協議会の情報の掲示、インターンシップの企画に職員同行で参加している。</p>
IV-2-2(5)	<p>たばこ等嗜好品を楽しむ場合は、時間を決めたり写真で示したり一定のルールを理解してもらう工夫をしている。</p>
	<p>本人の意向に合わせて、移動支援の事業所やサービスを紹介するなど積極的に情報提供を行っている。</p>
IV-2-2(6)	<p>施設内での余暇活動については、個々に応じた過ごし方ができるよう個別の空間や必要な物品の準備などに配慮している。</p>