

[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	京北やまぐにの郷	施設種別	障害者支援施設
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成29年2月2日

総 評	<p>京北やまぐにの郷は、山や田畑に囲まれた場所にあります。平成元年に開所した施設ですが、その後、職員からの意見等を基に改築、改修を行っています。例えば、利用者の平均年齢が上がったことに伴い、スロープや手すりを設置した浴室に改装し、車いす用のトイレを設けました。また、静養室は、感染症対策のために、個室内にトイレ、シャワーが出来る設備を整えました。居室は4人部屋を2人部屋に改装し、プライバシーが保てる空間にしました。さらに、作業場や生活スペースは、利用者一人ひとりの状況に合わせた空間となっており、利用者にとって過ごしやすい生活の場となっています。</p> <p>これらの取り組みから、職員全体で法人の基本理念である「利用者のニーズに対応した多様な支援」が出来るような創意工夫に努めておられることがわかります。今後、さらにサービスの質の向上を目指して取り組まれることを期待いたします。</p>
特に良かった点(※)	<p>○地域との交流</p> <p>作業室の2階が交流スペースとなっており、地域住民も利用できる場所となっています。製作した品物は、地域住民の目に触れる場所、道の駅「ウッディ京北」で常設販売しています。また、近隣の小学校で、障害についての出前講座を実施しています。</p> <p>○日中活動の取り組み</p> <p>作業は生活の場から離れた作業室で、下請け作業、織物、木工製作等4つのグループに分かれて行っています。利用者のできる作業を見つけ、出来ること伸ばしていくという方針で、利用者の意向を聞きながら、一人ひとりの利用者に応じた作業しやすい環境を整えておられています。</p> <p>○個別支援計画の作成</p> <p>今年度より個別支援計画立案について検討する個別支援作成会議を設け、6か月ごとのモニタリングを実施し、利用者や家族の意向に沿った計画となるように努めています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○マニュアルの作成</p> <p>サービスの内容について、一定の水準を保つためにマニュアルに取り組みたいかがでしょう。一定の水準を保つ上で、それぞれの利用者に応じた支援が必要だと考えます。サービスの提供方法を定めていることで、内容についての見直しや課題の明確化がしやすくなると思います。</p> <p>○中長期計画の策定</p> <p>年度ごとに事業計画を立て、評価を行い、次年度の計画に反映するように取り組んでいます。中長期を見据えて計画の策定が出来ていません。今後は、施設の様々な状況分析を行い、課題や問題点を明らかにした上で、先を見据えた計画を策定し、年度の計画に反映されていかれてはいかがでしょうかでしょう。今までにも、施設の課題を上げ、施設の改修などにも取り組まれていますので、より長期的な計画として取り組まれると良いと考えます。</p> <p>○研修計画の策定</p> <p>年間の取り組みで「療育研修」を実施しておられますが、計画的な実施には至っていません。職員一人ひとりの技術や知識に応じた研修計画を立てることで、受講の結果が目に見える形になれば、職員の積極的な受講につながると思います。</p> <p>○職員の意向の把握</p> <p>職員との個別面談の機会を設けてはいかがでしょうかでしょう。職員の仕事に対する能力向上の意向や就業状況の希望を把握し、働き甲斐のある仕事の環境を整えていくことで、利用者に対するサービスの向上にもつながると思います。</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	京北やまぐにの郷
施設種別	障害者支援施設
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28年11月21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。	B	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	B	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。	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。	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。	C	C
		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	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	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。	C	C
		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	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。	C	B
		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	B

【自由記述欄】

I-1-1(1)①理念は利用者の自立支援や個人の尊厳を守り、人権を擁護する等、利用者主体のサービス提供の考え方を、具体的に示しています。

I-1-1(1)②基本方針は法令の遵守、利用者の権利擁護、地域貢献と社会参加等、職員の行動規範となるように運営目標に明文化しています。

I-1-1(2)①理念・基本方針は役員には周知していますが、職員には年度当初の職員会議で理念を明文化した行動規範を配布しているだけで、説明等はできていません。

I-1-1(2)②年1回の家族会において理念・運営目標・事業計画等を要約版で説明していますが、利用者に対してはできていません。

I-2-1(1)①中長期計画は策定していません。

I-2-1(1)②事業計画は福祉サービスの情勢を踏まえながら策定していますが、数値目標等が掲げられたものとはなっていません。また、年度末には職員参画のもと、年度計画に対する取り組み・評価・課題をまとめていますが、年度途中での事業計画の実施状況の把握や評価ができていません。

I-2-1(1)③事業計画の重点目標を職員会議において説明し、また、いつでも閲覧できるようにしており、職員に周知しています。

I-2-1(1)④事業計画は法人理念同様に年1回の家族会において説明していますが、利用者本人の周知が不十分です。

I-3-1(1)①管理者としての職務に取り組んでいますが、自らの役割と責任等について、文書化したものは作成していません。

I-3-1(1)②管理者は法令遵守等の研修会に積極的に参加しています。平成28年度は虐待防止委員会を設置して研修会を開催する等、具体的な取り組みを行っています。また就業規則は、全職員に配布しています。

I-3-1(2)①管理者は月1回開催の職員会議や随時開催の主任会議等に参画して職員の意見を聞いています。そこでの意見等により、静養室の改修や居室の4人部屋を2人部屋へ分割改修を行う等、具体的な取り組みも行っていきます。ただし、サービスの現状についての評価・分析は、行っていません。

I-3-1(2)②管理者は経営や業務改善に向けての分析を行っています。勤務表に休憩時間を記載して、職員が確実に休憩を取ることできるように改善しました。しかし、組織内において経営や業務の効率化、改善に向けての組織的な体制はありません。

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	B
		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。	C	B
		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。	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	B
		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。	C	B
		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-(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。	C	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	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	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。
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	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	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。	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各種協議会・団体に加盟し、研修会に積極的に参加するなどして社会福祉事業の動向や福祉サービスのニーズ把握に努めています。ただし、把握した情報等が中長期計画や事業計画に反映できていません。

Ⅱ-1-(1)②業務委託している経営コンサルタントが経営分析を行い、経営改善に努めていますが、改善すべき課題を職員に周知できていません。

Ⅱ-2-(1)①職種・役職に求められる役割や責任等はキャリアパス基準によって定めています。必要な人材等の基本的な考え方や方針は確立していますが、具体的な人材確保に関する計画はありません。

Ⅱ-2-(2)①年次有給休暇の消化率や時間外労働等に関する定期的にチェックし、主任会議において協議しています。職員との個別懇談は定期的に行っていないため、相談しやすい体制となっていません。

Ⅱ-2-(2)②府共済会への加入等、職員処遇の向上に向けた取り組みがあります。職員のメンタルヘルス研修は今後実施予定ですが、外部カウンセラー等、相談できる機関の紹介は行っていません。

Ⅱ-2-(3)①資格取得に向けた勤務時間の配慮をしています。職員に研修目標を示していますが、研修に対する基本姿勢や専門技術について、明確にできていません。

Ⅱ-2-(3)②施設内で、年7回の療育研修を計画し、実施していますが、職員一人ひとりの教育・研修計画がありません。また年度研修計画はありますが、研修の詳細な内容まで明示できていません。

Ⅱ-2-(3)③研修終了後は報告書を作成して、全職員が閲覧できるようにしており、職員会議でも報告を行っています。しかし、研修成果を評価・分析できていないため、次回の研修計画の見直しに反映できていません。

Ⅱ-2-(4)①「研修期間中での留意点」を用いて、実習生に説明しています。実習のプログラムを定めて、学校と実習内容について連携を図り、実施しています。

Ⅱ-3-(1)①「個人情報保護に対する基本方針」を職員に配布しています。契約時に「情報提供同意書」で、利用者の個人情報の利用目的について了解を得ていますが、開示請求の対応方法等を明確に表記していません。

Ⅱ-4-(1)①右京消防団への加入や京北病院との連携など、地域との協力体制をとっています。安全確保のため、防災・事故・感染症の担当を設けて、利用者の医療情報を記したファイルを作成しています。リスクマネジメントを検討する委員会等の組織はなく、また、事故対応マニュアルが不十分です。

Ⅱ-4-(1)②年4回の避難訓練を実施しています。宿直者を主とした防火・防災マニュアルはありますが、全職員への周知は不十分です。利用者の週末の帰宅時等、外出中の災害・事故についての支援体制は今後の課題との事です。

Ⅱ-4-(1)③事故報告書を掲示して職員に周知を図っていますが、委員会等の仕組みがないため分析や対策の検討が不十分です。職員研修は今後実施の予定です。

Ⅱ-5-(1)①町内会に加入し、ふるさと祭り等の地域の行事で交流を図っています。地域行事の企画には、利用者本人の参加は難しいため、職員が実行委員会に出席する形で参画しています。

Ⅱ-5-(1)②子育て支援や子どもの療育に貢献するために、地域の小学校で自閉症に関する講演を行ったり、人権週間の行事にも協力しています。また、府立ゼミナールハウスにて他事業所と共同で作品展を開催したり、京都市内のデパート等でも定期的に情報発信のコーナーを設け啓発事業を行っています。

Ⅱ-5-(1)③施設の性格上、ニーズに合うボランティアが少なく、現在は元職員によるボランティア以外の受け入れはありませんが、どうすれば施設を理解してもらいボランティアを希望してもらえるかを、職員間では常に話し合っているとの事です。ボランティアの受け入れマニュアルなどは整備していません。

Ⅱ-5-(2)①地域の社会資源・関係機関等の連絡先を支援室に表示しています。京北病院をはじめ、精神科クリニックや歯科医院等とは常に情報交換を行っています。月1回の精神科医の訪問時に、利用者の状況について相談を行っており、必要に応じて家族が同席することもあります。

Ⅱ-5-(2)②週末に帰宅する利用者が多く、帰宅時には施設だよりや連絡票を渡し、本人の日常の様子を家族に知らせています。帰宅が困難な利用者は、状況を手紙または電話で家族に伝えています。

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	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	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。	B	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	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。	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。	B	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。	B
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	B
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	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。	C
	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。	C	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	C

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①ホームページで施設の情報を提供しており、道の駅「ウッディ京北」にパンフレットを置き、イオン五条店に設けられている右京福祉情報提供のデジタル掲示板で施設の一部を紹介するなど、サービスの情報提供を行っています。

Ⅲ-1-(1)②重要事項説明書を用いて利用者や家族に説明を行っており、サービス利用契約書を交わしていますが、資料や契約書を本人が理解しやすい工夫は特に行っていません。

Ⅲ-1-(2)①施設や病院への移行があり、課長が窓口となって福祉事務所等と相談し引継ぎを行っていますが、引継ぎの手順書や引継ぎ文書は特に決めていません。

Ⅲ-2-(1)①「利用者アセスメント票」を用いて、担当職員がアセスメントを行い、多職種の意見を聴取し、個別支援計画立案に反映しています。

Ⅲ-2-(2)①担当職員が個別支援計画書案を作成し、ケース会議で検討しています。今年度から個別支援計画作成会議を開催し、利用者の視点立った計画となるように話し合いをしています。会議の内容は職員に周知しています。

Ⅲ-2-(3)①6か月ごとにモニタリングを行い、複数の職員の意見を反映しています。モニタリングシートは職員全員が、パソコンで確認することが出来ます。

Ⅲ-2-(4)①記録はパソコンに入力していますが、計画に基づくサービスを実施しているかの記録が不十分です。また、記録の内容に差異が生じないような工夫は行えていないとのことです。

Ⅲ-2-(4)②記録管理の責任者は設置していますが、文書管理規定が確認できませんでした。

Ⅲ-2-(4)③生活支援担当と日中活動担当の間で情報を共有する他、定期的にケース会議を開いています。日々の引継ぎを申し送りや書面で行い、職員間で共有しています。

Ⅲ-3-(1)①利用者ニーズを充足するための姿勢を法人理念や行動規範に掲げ、職員に周知しています。利用者や家族から聞き取りを行い、ニーズの把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)②個別支援計画見直し時に、ケース会議を開催し検討を行っていますが、本人参画での検討会議等は実施していません。

Ⅲ-3-(2)①家族との連絡ノートや、お便りと一緒に「ご意見用紙」を同封し、意見の聴取に努めています。また、個別に面談できる相談室を設けています。利用者に向けて、相談や意見に対する支援体制があることを伝える工夫が不十分です。

Ⅲ-3-(2)②「苦情処理規定」に手順を定め、苦情受付書に記録しています。苦情対応の結果については施設だよりに報告を同封して、全家族に送付しています。

Ⅲ-3-(2)③「京北やまぐにの郷 苦情解決マニュアル」を整備し、職員に配布しています。苦情や要望は速やかに対応できるように取り組んでいます。マニュアルの定期的な見直しは行っていません。

Ⅲ-4-(1)①サービスの一定の水準を確保するための実施方法を明記したマニュアル等は整備できていないとのことです。

Ⅲ-4-(1)②業務マニュアル等、サービスの水準を確保するための文書を作成していないので、見直し等はできていません。

Ⅲ-4-(2)①今回、第三者評価を受けるにあたり、複数の職員が担当し自己評価を実施していますが、サービスの内容について、組織的に自己評価する体制はありません。

Ⅲ-4-(2)②評価が不十分で、課題の注出や計画の見直し等に反映できていません。

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) 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。	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。	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。	B	A
	Ⅳ-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	B	B
		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) 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) 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	B
	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	B
-------------------------	---	--	---	---

【自由記述欄】

IV-1-(1)①「京北やまぐにの郷 職員心得」に行動規範を明記しています。職員に配布し、利用者のプライバシー保護、人権擁護について説明しています。同性介助となるような配慮をし、また、個別に作業できるような場所を設定しています。プライバシー保護についての勉強会や研修会は実施していません。

IV-1-(1)②意思表示のサインを見逃さないように努めており、図や絵を用いてコミュニケーションを図る工夫をしています。

IV-1-(1)③保護者会で、利用者の活動について協議する機会を持っていますが、利用者の自治会等がない為、利用者との協議する機会はありません。

IV-2-(1)①浴室の段差解消や手すりの取り付け等の改修を行い、安全に配慮しており、カーテンを利用してプライバシーにも配慮しています。入浴記録表に気づいたことを記入し、一人ひとりの対応や注意事項を分かりやすく明記していますが、マニュアルは整備していません。

IV-2-(1)②利用者の意向を尊重し、衣類の購入を職員と一緒に行き、希望を聞き取るなどの配慮をしています。衣類の仕分けや洗濯等は利用者の状況に応じて支援しています。

IV-2-(1)③1か月に1回、出張理容の実施があり、利用者、家族の意向に沿えるように努めています。

IV-2-(2)①利用者の障害特性に配慮して睡眠環境を整備しています。必要に応じて嘱託精神科医に相談を行い、服薬調整を図ることもあります。夜勤日誌等の記録で引継ぎを行っていますが、睡眠に関する対応のマニュアル等の整備はできていません。

IV-2-(2)②排泄記録や支援記録の特記事項を記録して、個別に支援を実施していますが、共通の排泄対応マニュアルは整備はできていません。

IV-2-(2)③年2回健康診断を実施しています。発熱時、下痢、頭部外傷時の対応についてマニュアルを作成し、利用者医療ファイルを整備しています。月1回、精神科医の訪問診療があり、歯科医の定期的な受診や訪問診療も受けています。

IV-2-(3)①年2回嗜好調査を行い、給食会議を実施しています。利用者の状況に応じて食形態やメニューを変えたり、行事食や誕生日にはリクエストに応じるなどメニューを工夫しています。食事の場所も一人ひとりの状況に応じて、配慮しています。

IV-2-(4)①活動は希望や障害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。賃金について「作業収益還元規定」を基に、説明しており、働く意欲を持てるよう努めています。

IV-2-(5)①日中のプログラムは個々の利用者に応じて対応しています。金銭管理の学習として、小遣いの管理を職員と一緒に行うなどの配慮をしています。生活のルールを設けて分かりやすく生活の場の決め事を伝えていますが、利用者の自治会などがないため、利用者との話し合いによる取り決めは行っていません。

IV-2-(5)②個別の希望に応じて買い物に職員が同行するなどの支援を行い、日帰り外出の活動を実施し、信号待ち等の交通ルールを伝えています。職員が保険証や緊急連絡先を持参して外出の付き添いを行っています。可能な限り利用者の希望に添えるようにしていますが、自由に外出できる体制になっていません。

IV-2-(6)①地域のイベントの情報を伝えて参加できるように支援しています。余暇の過ごし方を利用者の希望に応じて配慮しています。