

[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	かしのき	施設種別	障害者支援施設
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構		

平成29年 4月 3日

総評

本事業所かしのきは、「個別性を重視した生活を」また、「地域でその人らしい生活を」送っていただくことを目指して、利用者一人ひとりの特性を重視し、重い障害があっても可能な限り地域で自分らしく心身ともに安定した生活を送ることができるように支援する施設として、ショートステイを併設し、京都府南丹地域の亀岡で運営されています。

同じ敷地内にあり、生活介護と就労継続支援B型事業を多機能型で運営する「ワークスおーい」とともに、利用者の状況に合わせて、日中生活支援や就労支援が行われています。また、設置主体である社会福祉法人松花苑では公益目的事業として、亀岡駅近くにある「みずのき美術館」運営の他、総合生活支援センターじょうかえん（ホームヘルプ、生活支援、障害者総合相談支援、障害者就業・生活支援各センター）が運営されており、本事業所と連携した支援体制が構築されている状況をうかがうことができます。

施設内は、男性棟と女性棟に別れており、全室個室8名程度のユニット制でプライバシーの保護を意識し、安心して生活を送れるよう改修が進められ今日に至っています。また、利用者の高齢化にともない、入浴場には、特殊浴槽も導入し、利用者にも支援者にもやさしい環境整備が進められていることを施設見学時に拝見することができました。日中は、利用者の状況に合わせて、ワークスおーいとともに生産活動に参加する利用者と、園芸や書道、音楽や体操・リハビリなどに活動する利用者に分かれて利用者それぞれのライフスタイルが構築されている状況を聞き取ることができます。

食堂やトイレなどの手洗い場には使い捨てペーパーではなく、クリーニング業務を生かした使いきりの手拭きタオル（ウエス）が常時置かれており、清潔さとあたたかさを感じることができます。天井の高い明るい食堂ではと一体となった調理場からは直接配膳が行われ、温かいものをすぐに食べられるように工夫されています。また、週に2回メニューが選択できるようになっており、利用者からも好評である声を聞くことができます。

本事業所の「2016年かしのき拠点事業計画」からは、社会福祉法人制度改革の要旨である経営ガバナンス（組織体制）の強化・情報開示の推進・内部留保の位置づけの明確化と福祉サービスへの投下・社会貢献活動の義務化などに対する対応や、京都知的障害者福祉施設協議会の要職就任など、これまで管理者が応えてきた外的要請に対する対応などを踏まえ、現管理者体制から後継への体制移行を図って行くことが、喫緊かつ重要課題として認識されています。これまで強いリーダーシップのもと積極的な運営が行われていましたが、これからはガバナンス強化による統治機能を高めることで、新たな組織づくりへの模索が始まっている状況をうかがうことができます。

	<p>これまで運営されてきた全職員参加による職員会議や各担当会議、工賃向上及び就労支援や虐待防止などの各委員会・部会、対外的ネットワーク参加への各種担当に加え、2016年度からは、利用者の視点に立った運営をめざして、財務や労務の効率化及び適正化を推進し、法人各施設・事業所と連携を図りながら中期的な法人運営機能を担う総務部が創設され、その位置づけと実施計画が策定され周知されていることは高く評価できます。</p> <p>今回、本第三者評価受診にあたっては、組織全体としてしっかりと現状を分析し、「できている、できていない」を明確にしながら自己評価に取り組んでいただいた状況を確認することができます。障害のある利用者の状況や福祉制度、事業所組織体制が大きく変わるなかにあっても引き続き、利用者が地域で安心してその人らしい生活の実現をめざして支援実践を続けられることを期待しています。</p>
特に良かった点(※)	<p>I-2-(1) 法人の中期計画「社会福祉法人松花苑中期ビジョン2014～2018」が策定されています。計画には、現状と課題をはじめ3～5年後のめざす姿・具体的な計画案・資金計画・人材確保・体制整備・人材育成が明記されています。また、「2016年度社会福祉法人松花苑事業計画」には、中期ビジョンを踏まえ、社会福祉法人制度改革に対応するための考え方や事業所としての課題及び改善点が示され、組織としての方向性が明確に示されています。</p> <p>II-1-(1) 経営状況の把握・分析のために税理士など第三者のアドバイスを得ながら、事業所ガバナンス（組織体制）の強化を図るため、法人総務部を設置し、その位置づけと実施計画が明確に示されています。現状をしっかりと認識し、課題解決にむけて組織的に取り組まれていることは高く評価できます。</p> <p>III-3-(1) 障害のある利用者のニーズ充足を意図した利用者自治会が毎月1回開催され、自治会担当職員及び必要に応じて管理者自らも参加し、直接利用者の意向を聞き取っている状況がうかがえます。また、利用者が楽しく安心して過ごすための意向を個別支援計画作成の際に反映させ、利用者本人を交えて検討が行われている状況が見受けられます。</p> <p>IV-2-(1) 月～土曜日までは大浴場で日曜日はユニットバスでの入浴を可能にしており、生活の場としての質の向上が図られています。また、利用者の状況に合わせて、特殊浴・個別浴場の利用を提供しています。</p>
特に改善が望まれる点(※)	<p>II-4-(1) 災害時に対する利用者の安全確保のためのマニュアルを整備し、有事には職員を緊急招集するための連絡網の整備はされていましたが、利用者及び職員に対する安否確認の方法を示したマニュアルやその周知状況については確認できませんでした。利用者の外出・外泊時の対応を含め、整備されますことを期待しています。</p> <p>II-5-(1) 事業所としては、8月の納涼大会や11月のレクリエーション「看看楽市」などが開催されている状況を聞き取ることができますが、地域との関りという視点において、利用者が企画段階から地域の方々と一緒に参加して企画するなどの行事は確認できませんでした。今後の課題として取組みを検討されますよう期待しています。</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	社会福祉法人松花苑 かしのき
施設種別	障害者支援施設・生活介護
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構
訪問調査日	2016年2月21日(火)

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	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。		B	B
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。		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	B
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。		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-(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) 基本理念はパンフレットに明記してあることを確認した。また玄関入り口付近にも掲示してあることを確認した。

I-1-(2) 基本方針は、新入職員採用時に全職員に渡している「重要書類集」に明記してあることを確認した。また職員の名札の裏にも記載されている事を確認した。理事には年度始めの事業計画説明の時にパンフレットを渡し周知している事の説明を受けた。利用者に対しての説明には利用者自治会で過去には説明を行っていたが今年度は実施できていないとの説明があり、毎年行うことの必要性から自己評価通りとした。

I-2-(1) 「社会福祉法人松花苑中期ビジョン」は5年のビジョンで策定されており、それに基づいて事業計画が策定されているのを確認した。また内容はチーフ会議で説明をしており、事業計画の振り返りと次年度に向けての計画策定については議事録で確認できた。利用者本人への周知については工夫がまだ足りないと認識されている説明を聞き取った。

I-3-(1) リーダーの責任については「キャリアパスと育成計画」の中に対応役職と役割が明記されていることを確認した。また遵守すべき関係法令集を作成状況を確認した。

I-3-(2) 毎月社会保険労務士のアドバイスを受けている状況の説明を受けた。質の向上や業務の効率化については、毎月税理士と総務で評価・分析を行っている事の説明を受け、チーフ会議と隨時開く主任会議で共有を図っていることを議事録で確認した。

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。 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	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	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-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
		②	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
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。	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。	A	A
		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
	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	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
		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)事業経営を取り巻く環境については、圏域の支援学校・圏域総合相談支援事業・生活支援センターとも連携して情報収集している説明を受けた。今年度から取り組んでいる施設入所希望者のリストが作成されている事を書面で確認した。

II-2-(1)人材確保・養成については1年に1回本人と面談し、キャリアパスと育成面談シートを作成してある事を確認した。キャリアパスと育成計画の中にOFFJT(職場外訓練)とOJT項目を設けて必要な資格や教養の取得を行っているのを確認した。

II-2-(2)職員の就業状況の配慮については個別に面談を行っている説明を受けた。また年休については年休個人別整理帳を設け部署毎の消化率なども分析されていることを確認した。時間外労働については週に1回の定時間日を設け等の工夫をされているとの説明を受けた。福利厚生については京都府の共済会に加盟するとともに、職員の親睦会を行い事業所より1/2の補助をしている説明を受けた。またインフルエンザの予防接種に補助を行っている事を聞き取った。また来年度は4月から産業医の契約を行うとの説明を受けた。

II-2-(3)職員の教育・研修に関しては中長期計画に明記しており、キャリアパスと育成計画を作成しているのを確認した。また資格取得の助成制度がある説明を受けた。施設外での教育については出張復命書や出張報告書で確認でき、施設内研修も報告書を確認した。

II-2-(4)実習生の受け入れについては「教育実習の手引きと要領」が有り、カリキュラムについてはその都度作成されているのを文書で確認した。

II-3-(1)個人情報保護については「各種規程集運営編」の中に個人情報処理規定が有るのを確認し、重要事項説明書の中に個人情報の取り扱いに関する同意書が有るのを確認した。

II-4-(1)安全管理に関しては、感染症等対応マニュアル、事故発生後対応マニュアル、緊急招集連絡網、健康管理カード、平成28年度総合避難訓練報告書を確認した。事故報告及びひやりはっと集の中での事故報告書纏めと事故報告書分析も確認できた。通番24については障害のある本人及び職員の安否確認の方法を明記したマニュアルは確認できなかった。

II-5-(1)地域との関係については「看看樂市」を11月に、納涼祭を8月に開催している旨説明を受けた。しかし地元自治会には加入しておらず、草刈りなどの日常的な地元との協働事業ができないとの説明を受けたので通番26はB評価とした。

ボランティアの受け入れについては「ボランティアの受け入れについて」というマニュアルとボランティアの皆様へいう説明項目が有るのを確認し、事業計画書にもボランティアの受け入れについて明記されているのを確認した。

II-5-(2)関係機関との連携については、南丹圏域障害福祉相談支援ネットワーク一覧が作成されているのを確認した。家族とは年に3回の家族会を開くとともに「かしのきユニットだより」を作成して送付している説明を受けた。

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	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。 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。 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。		A	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。		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。 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。		B	A

【自由記述欄】

III-1-(1) 利用希望者のサービス選択に際しては、ホームページやパンフレットで施設の紹介、事業所の情報やサービスの内容が記載されていることを確認した。また、圏域で事業説明会が開催され、利用希望者には随時施設の見学などが行われているとの説明を受けた。入所時には、利用契約書、重要事項説明書を障害のある本人(家族・成年後見人等含む 以下同様)に対して理解しやすい工夫のもと説明していることを聞き取り、その際利用者に同意の署名を得ていることを確認した。

III-1-(2) 他の事業所や地域生活への移行の際には、ケース会議等会議で他機関との連携を取っていることを議事録で確認するとともに、「利用者調査票」によって情報提供を行なっていることを確認した。

III-2-(1) 本人や家族からの意向を反映した「アセスメントシート」によって支援目標等が立てられ、アセスメントやニーズの把握が行なわれていることを確認した。また、アセスメントシートをもとに、担当者会議でのモニタリングを通して「個別支援計画」が作成されていることも議事録から確認できた。

III-2-(2) 個別支援計画は、本人の意向をもとにサービス管理責任者である主任が作成し、半年ごとに見直しを行うとともに、本人や家族の要望等により随時変更を行なっていることを聞き取った。また、計画の作成にあたっては「個別支援計画作成マニュアル」があることを確認した。さらに、個別支援計画は各ユニットでファイリングし、ユニット会議で共有を図っていることを議事録で確認した。

III-2-(3) 個別支援計画の評価(モニタリング)に関しては、毎月開催の担当者会議にて個別支援計画のモニタリングが行なわれていることが、会議の議事録で確認できた。モニタリングの内容の把握・共有は、「支援記録システム」を活用することで行われ、会議等を通じて計画の見直しが行われることを聞き取った。

III-2-(4) サービス実施状況の記録は、「ケース記録」により適切に行なわれていることが確認できた。採用時やユニット会議時に日々の支援記録の研修を行うことにより、職員による記載内容・表現の仕方のばらつきを防止し、全職員が的確に把握・共有できる工夫がなされていることを聞き取ることが出来た。利用者に関する記録の管理については、「運営規程」「記録関係保管方法一覧」に記録の保管、廃棄、情報開示等について定め、記録管理の責任者(主任)を設置して適切に管理されていることが確認できた。

III-3-(1) 利用者の状況等の情報を職員間で共有するために、朝の連絡会議での確認事項を文書で各部署に配布しているとの説明を受けた。また、チーフ会議、各部署の担当者会議を実施し、支援の方向性などについても話し合うとともに、パソコンの「支援記録システム」を使って情報共有が行なわれていることを聞き取った。利用者のニーズを把握するために「意見・要望・苦情などについての連絡票」を使用していることを確認するとともに、職員が個別の聞き取りを行ったり、毎月一回開かれる「利用者自治会」に担当職員や管理者が参加することで、利用者の要望に沿った企画や安全面での予防策等を検討しているとの説明を受けた。また、「食事提供連絡会議」で食事のメニューや食堂などについて検討していることも確認した。要望に対する具体例としては、当日の担当者が誰であるかが一目でわかるように、ユニットの入り口に顔写真入りの担当者名を掲示する工夫がされているのを確認した。

III-3-(2) 施設内には相談内容や利用者の状況に応じた相談室などが設置され、相談しやすい環境が整備されていることを確認した。苦情解決の体制としては、第三者委員会が設置されているとの説明を受けた。利用者からの意見等への対応については、「意見・要望・苦情などについての連絡票の活用について」の文書が確認でき、意見や要望に応じる仕組みはおおむねできているようであったが、その記録の方法や報告の手順、対応策等をマニュアル化したものは確認できなかった。

III-4-(1) サービスの確保については、「業務の振り返りチェックシート」を活用し、支援の水準を確保できるように取り組んでいることが確認できた。また、ユニット会議やチーフ会議を通じてサービスについての各種マニュアルを整備し、職員間で共有、必要がある場合は見直し等していることも議事録により確認した。

III-4-(2) 前回の第三者評価を受けて、前回出した課題をチーフ会議などを通して分析し、「実施計画」に反映されていることが確認できたため、評価を自己評価のBを見直し、A評価とした。今後は組織として職員全体を巻き込み、今まで以上に課題の明確化、改善に取り組むことを聞き取った。

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)	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 A
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。	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。	A 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 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) 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)利用者のプライバシー保護については、「利用者のプライバシー保護について」のマニュアルを確認した。また、重要事項説明書や就業規則においてもプライバシーへの配慮について記載されていることを確認した。コミュニケーション手段の確保については、機能低下によって会話が難しい方には利用者のジェスチャーの意味を職員間で共有するなど、個々の利用者とコミュニケーションが図れるよう工夫を行っているとの説明を受けた。利用者の主体的活動を支援する仕組みとして「利用者自治会」があり、担当職員支援のもと毎月一回開催するなかで、意見交換や交流が行われているとの説明を受けた。自己評価はBであったが、風船バレーやミニコンサートへの参加等、他事業所との交流を行っていることを聞き取ることが出来たため、自己評価をBをA評価とした。今後、職員の労働時間や労働環境とのバランスを考えながら、他事業所との交流をさらに検討していくことを聞き取った。

IV-2-(1)入浴については、「入浴業務マニュアル」を男女別に作成し、特浴のための専用の機械浴用浴槽を購入するなど、個々の利用者の状態・要望等に配慮していることが確認できた。衣服については最大限利用者の要望、こだわりを尊重する中で、利用者とともに外出して購入するなどの工夫をしていることを聞き取った。理美容については、外出が可能な利用者については希望の店舗を選択して引率・送迎することで対応し、重度の利用者は訪問カットを利用して対応しているとの説明を受けた。また、男性利用者に対しては、職員が髭をそるなどで身だしなみを整えていることも聞き取ることが出来た。

IV-2-(2)安眠への配慮については、「就寝・起床マニュアル」を確認するとともに、全室個室による配慮、医師の処方による睡眠導入剤の使用など、利用者が安眠できるような工夫を行っていることを聞き取った。排泄環境の整備については、「排泄介助支援マニュアル」を確認するとともに、利用者本人の状況にあわせた排泄環境を整えていることを聞き取った。利用者の健康維持については、利用者の状態に応じた検診を定期的に行うとともに、急な状態変化などの場合は、隣接する花ノ木医療福祉センターで受診が可能であるとの説明を受けた。歯磨きは利用者自身の能力に応じて、可能な場合はまずは利用者自身で行い、その後職員がケアするなどの工夫を行っていることを聞き取った。

IV-2-(3)食事の提供に関しては、「食事業務マニュアル」を確認するとともに、年に一回の「嗜好調査」や食事提供連絡会議、「利用者自治会」からの要望などにより、常勤の栄養士によるメニューの作成や見直し、改善が行なわれていることを聞き取った。また、毎朝食についてはパン・ご飯を自由に選択でき、昼食についても週2回選択メニューを実施、温かいメニューは温かく、冷たいものは冷たい状態で配膳するなどの工夫がされていることを確認した。

IV-2-(4)日中の活動については、併設する通所施設で、利用者の状況や希望に応じてクリーニング・清掃・工芸・農園芸・製パンの生産活動を行うほか、高齢や個々の心身の状況から活動が難しい場合はリハビリ体操や音楽プログラム、書道などのプログラムを提供していることが確認できた。

IV-2-(5)金銭管理については、OJTの中で買い物時に自分で財布から支払いをさせたり、お釣りを計算させるなど個々の状況に応じた管理が出来るよう工夫を行っていることを聞き取った。外出時には「連絡カード」を利用者の財布に入れるなど安全確保や不測の事態に備えるとともに、事業所外での活動や行動にサポートできる体制を整えているとの説明を受けた。

III-2-(6)利用者それぞれの趣味・関心を把握・共有し、土曜音楽クラブやドライブ、鑑賞会などを行ったり、自治会主催のクリスマス会やバレンタインデーなど季節ごとのイベントを実施しているとの説明を受けた。