

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名：株式会社 中部評価センター (認証番号:24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成25年2月5日(火)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人榎の木福祉会 (施設名)榎の木作業所	種別:(施設種別)生活介護、就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)只井 秀明	定員(利用人数):40名
所在地:〒494-0018 愛知県一宮市富田字漆畑16番地	TEL: 0586-61-6055

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆障害者に対する地域理解 障害を持った人が地域で健常者と同じような生活を享受できるようにするためには、「地域の理解」の必要性を強く感じており、法人ぐるみの取り組みがある。毎年秋に開催される「榎の木フェスティバル」には、地域住民を含め2000名の来場者がある。このイベントにはボランティアも多く参加し、地域の障害者に対する理解の浸透に寄与している。</p> <p>◆他法人事業所に対する研修機会の提供 その時その時に応じた適切な法人の勉強会(講演会)が開催されている。法人内の各事業所から参加者を募ることは当然であるが、地域(主として市内)の同業他法人事業所にも参加を呼び掛けている。障害者福祉を、単に一事業所や法人だけのフィールドで考えず、「利用者の最善の利益」を追い求める同じ目的を持った事業所が共働することで、地域福祉の向上があると考えている。</p> <p>◆家庭訪問による情報収集 利用者の満足度を向上させるためには、利用者や家族の意見・要望を把握することが必要との考えから、直接のコミュニケーションの他に利用者の家庭訪問を積極的に行っている。通所事業所であるため、日中の支援の中からだけでは十分な情報が収集できず、家庭訪問から貴重な情報を得ている。これが実際の支援に活かされ、顧客満足度の向上にも役立っている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆マニュアルの整備 マニュアルの役割の一つは「手順の標準化」である。それには単に、仕事の進め方を定めるだけでなく、「なぜそうしなければならないのか?」に明快に答えるべき「意義」や「目的」を含んでいなければならない。業務の区切りには、P-D-C-Aのサイクルを回す意味からの、評価(C)をすることが求められる。その時には、「意義」や「目的」に照らしての評価が要求されることから、それらを含んだマニュアルの作成が必要となる。整備が遅れている「実習生の受け入れ」や「ボランティアの受け入れ」のマニュアルに関しても例外ではない。</p> <p>◆余暇の有効活用 通所事業所での生活の中では、作業等の主たる活動を除くと、利用者が自由に時間を利用できる「余暇」は少ない。利用者の一部は、昼食後の休み時間等を利用して自らの趣味や楽しみごとにあてているケースはある。しかし、ぼんやりと興味のないテレビ画面を眺めていたり、何をするのもなく無意味に時間を費やす姿も目に付く。それが静養であれば、それも余暇の目的にはなるが、やはり、余暇は利用者の希望に沿った取り組みとしてほしい。家庭訪問が実施されており、その情報の中に余暇の有効活用のヒントが隠されているのではなかろうか。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価は三年目を迎えて、本当に少しずつ前進しているという状況である。指摘されたことについて、全て改善されなければならないのだが、何度も同じ指摘を受けている部分もある。好評価に甘んじることなく、地道に運営内容を見直し、常に改善を心掛けていく必要がある。

⑤第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	障 1	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

本年度より、新たな「理念」と「基本的援助方針」を掲げ、法人設立の熱い思いを今に伝えるべく周知にも力を入れている。事業年度の開始に当たり、全職員に「理念」と「基本的援助方針」を配布し、管理者がその言わんとするところを詳細に説明した。利用者には通常の活動の場面で、保護者には保護者会の場を借りて説明したが、法人設立時のいきさつを知らない保護者にとっては、馴染みの薄いものとなっている。

I-2 計画の策定

		第三者評価結果	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	障 5	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人の「中・長期計画検討委員会」が策定した「檜の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)があり、それに基づいて「平成24年度檜の木作業所事業計画」が作成されている。事業計画の作成は、管理者、サービス管理責任者を中心に進められているが、部門ごとの活動計画や年間の行事計画等に関しては、一般職員(責任者)が検討に加わって作り上げている。また、事業計画の作成に先んじ、前年度の事業報告書を作成しており、重点課題の取扱い等に関してはそこからの反映もある。利用者本人への周知の方法については、さらなる工夫が求められる。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-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。	障 10	㉠ ・ b ・ c
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	障 11	㉠ ・ b ・ c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	㉠ ・ b ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

尾張西部圏域のアドバイザーを務める管理者は、事業所内外にその役割や存在感を示している。さらに、全職員を網羅した「平成24年度桧の木作業所部門担当・係分掌とその業務内容」が作成しており、事業所内の位置関係を明確にしている。

法人の中・長期計画の策定や人事考課制度の検討を始め、今回の第三者評価受審に関しても中心的な役割を果たしている。経営や業務の効率化を検討する時期に来ている中で、主要な職員の退職も予定されており、今後の指導力が期待される。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	㉠ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	㉠ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

管理者が尾張西部圏域のアドバイザーを務める関係から、事業環境の把握はいち早く取得することができ、各種の研修会参加によっても新たな情報を取得している。それらの情報を法人内へ提供し、自らの事業所内においても的確な事業運営に結びつけている。外で得た情報を会議の席を使って職員にも伝え、現状の課題を共に考え、多くの職員の意見を事業所の運営に反映させている。

第三者評価の継続した受審を続けているが、会計・財務面での外部からの監査は受けていない。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果	
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a ・ ㉠ ・ c
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	a ・ ㉠ ・ c

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
	II-2-(2)-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。	障 19	Ⓐ ・ b ・ c
	II-2-(2)-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。	障 20	a ・ Ⓑ ・ c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
	II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	Ⓐ ・ b ・ c
	II-2-(3)-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組が行われている。	障 22	Ⓐ ・ b ・ c
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 23	a ・ Ⓑ ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
	II-2-(4)-① 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、積極的な取組をしている。	障 24	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

「檜の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)からは、具体的な人事プランが見えてこない。利用者ニーズや施設整備に加え、必要人材の育成に関する方向性を示すことが望まれる。人事考課の制度が、試行錯誤を繰り返しながら動き出した。今後の展開が注目される。福利厚生面では、メンタルヘルスへの対応が遅れており、早期に着手することが望まれる。

「24年度檜の木福祉会研修について」で研修計画を示しており、それに沿った研修の実施がある。実施後の研修効果の評価・検証に関しては、仕組みがない。毎年多くの実習生を受け入れているが、受け入れの意義や目的を示すマニュアルがなく、本来目的に沿った評価や効果測定ができない状態となっている。

II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	Ⓐ ・ b ・ c
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	Ⓐ ・ b ・ c
	II-3-(1)-③ 利用者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。	障 27	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

毎月実施される防災訓練では、毎回状況設定を変えて実施しており、年に1度は消防署立ち会いの下での訓練も行っている。自然災害、各種事故や感染症・食中毒等の予防や対応のマニュアルを取り揃えており、飲料水や食料の備蓄にも取り組み、事業所内にAED装置の設置も計画されている。

正規職員全員が普通救命講習を受講し、事故をはじめ緊急時の意識づけにはなっている。しかし、事故発生後に作成される「事故報告書」には「原因追究・分析」の欄が無く、再発防止を目的とする改善活動の盲点ともなっている。

II-4 地域との交流と連携

			第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
	II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	Ⓐ ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	Ⓐ ・ b ・ c
	II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	障 30	a ・ Ⓑ ・ c

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	障 31	Ⓐ ・ b ・ c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	Ⓐ ・ b ・ c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	Ⓐ ・ b ・ c
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人が主催する一大イベント「桜の木フェスティバル」には、2,000名ともいわれる地域住民を含んだ来場者がある。法人職員を対象に企画される研修会には、近隣の他法人の職員の参加を呼び掛けたり、地域対象の講演会を開催したりもしている。事業所内にボランティア担当者を置いて、組織的な活動へと昇華させようとの試みはあるが、「実習生の受け入れ」と同様、ボランティア受け入れの意義や目的を明確にする文書が無く、担当者の口伝え(伝授)に頼る危うさを内包している。

管理者自らの情報収集に加え、法人内の相談事業所、地域の自立支援協議会等から得た情報等によって福祉ニーズの把握をしており、それを基に、ケアホームを増設する等の施設整備を行っている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
	Ⅲ-1-(1)-① 利用者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組を行っている。	障 35	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38	a ・ ⑥ ・ c
	Ⅲ-1-(3)-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。	障 39	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

マニュアル類は24.4.1付けの記述があり、作成や定期的な見直しが実施されたことが確認できる。利用者や家族の意見・要望を把握するため、直接のコミュニケーションの他に利用者の家庭訪問を積極的に行っており、ここからも貴重な情報を得ている。これが実際の支援に活かされ、顧客満足度の向上にも役立っている。

苦情解決の環境整備について、利用者に対しての対応手順や必要な様式の理解等、現場でさらに改善を進めることのできる余地が残っている。「苦情解決規程」で定めた第三者委員から、「集めた事例からデータ分析を行って予防的活動につなげる」ことの必要性を指摘されており、待ちの姿勢から積極的な活動への変革が期待される。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

			第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価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。	障 42	a ・ ② ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 43	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	障 44	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障 46	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 47	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

毎年継続的に第三者評価を受審しており、その評価の結果を職員会議で報告して周知を図っている。その後改善活動が実施され、多くの課題や指摘事項についての改善や取り組みが確認できるが、記録として残されているものは極めて少ない。課題の明確化、改善への目標、実施責任者やスケジュールを含んだ計画の策定について職員間で検討したこと、さらに途中の経過や結果、可能であれば実施後のフォロー（再発の有無等）等を記録に残すことが望ましい。管理上では、整備途上のマニュアルもあったが、支援に必要なマニュアル類は揃っており、見直しも適切に実施されている。記録物の作成、保管については適切な運用ができていた。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

			第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-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。	障 48	① ・ b ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 49	① ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 50	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

広く一般には、ホームページを適宜更新し、法人広報誌「きぼう」を使って事業紹介をしている。利用希望者のいる特別支援学校へも、受け入れ可能な現状説明と共に必要な情報を提供している。さらに、一宮市内の福祉マップを作成し、自立支援協議会で配布してもらったりもしている。利用開始に先立って、説明同意は決められた契約書や重要事項説明書に沿って行われている。法人の相談支援事業部門と連携し、円滑な移行や継続への支援を行っている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 53	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者の状況を確認するためのアセスメントを行い、それに基づいて1年間の「個別支援計画」が作成されている。計画はその人の生活を支援する上で必要なことが記載されるのが望ましく、計画の見直し時(年間2回のモニタリング時)においても、利用者や家族の思いや意向の変化に着目したり、食事や排泄等でも一般的・標準的な方法と異なる支援が必要な場合は、その支援策を明らかにすることが望まれる。

ケアホームは今年も3軒の新規計画を持っており、利用者一人ひとりの「個別支援計画」の中に、ケアホームの利用を含む「地域移行の推進」に関する支援内容を含めようとの試みもある。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	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。	障 55	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ Ⓑ ・ c

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 65 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67 非該当
Ⅲ-5-(5)-②	衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69 非該当
Ⅲ-5-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70 非該当
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 71 非該当
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 72 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-5-(9)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75 a ・ (b) ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77 非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(11)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-③	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80 (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

通所事業であるため入浴支援は一般的ではないが、自宅では入れない等の希望者には入浴を支援している。食事は嗜好調査を行ったり、検食簿にも希望を書き込む等で意向を確認している。給食センターから弁当の形で食事が届き、ご飯と汁物は事業所内で盛りつけている。昨年度の評価時より適温で提供できるように改善されていた。

健康管理や緊急時対応については、マニュアルに沿って適切に実施されている。薬は極力預からないが、やむを得ず預かる場合もあり、その保管については確実に薬品庫等で行われている。預かり金は規程に基づいて管理されていた。余暇の時間を充実させるためには、家庭訪問時の情報を活用する等の工夫も望まれる。