

## 〔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： 愛知県社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価事業所 (認証番号:24地福第3-1号)
訪問調査 実施日： 平成26年9月26日(金)

#### ②事業者情報 障害福祉施設 多機能型事業所

名称:(法人名)社会福祉法人若竹荘 (施設名)あけぼの作業所	(基準の種類)障害福祉施設版
所在地:〒422-0007 豊川市大崎町下金居場55番地	

#### ③総評

◇特に評価の高い点
<ul style="list-style-type: none"><li>・多くの人材を投入することで利用者さんが満足し、明るく主体的に取り組む姿勢につながっている。</li><li>・どの部屋も鍵がなく出入り自由になっている。</li><li>・利用者の「仕事が好き」「自分が社会で役に立っている」という自信とそれを支える施設職員全体の努力と人に対する優しいまなざしがある。</li><li>・管理者のリーダーシップにより、職場改善に取り組み、どの職員も委員会に入り、運営・利用者処遇支援に隙間なく援助できる組織づくりに努力し民主的な運営がされている。</li><li>・マニュアル・手順書が整備されている。</li><li>・利用者が主体的に活動できる仕組み(自治会、勉強会、要望を計画に組み込む等)があり、利用者の意欲と自信につながっている。</li><li>・個別支援計画はエンパワメントの理念に基づき目標が設定され、職員は利用者自らが課題を解決できる能力を獲得できるように支援している。</li></ul>
◇改善を求められる点
<ul style="list-style-type: none"><li>・理念・基本方針をやさしく理解できる言葉に修正されることを希望する。</li><li>・中長期計画を作成されたい。</li><li>・個々の研修計画策定及び職員研修終了後の管理者の講評を添えるとよい。</li><li>・施設と職員が持つ専門的技術・知識を地域に積極的に還元できるとなるとよい。地域への情報発信も期待される。</li><li>・服薬管理については、服薬状況、効用等を把握し、希望者のみの管理ではなく、必要性に応じた管理が必要である。</li><li>・家族会や懇談会などで、家族の要望を聞いたり家族への情報発信する仕組みはあり、家族との交流を大事に考えているが、今後、利用者の将来設計を含め、より一層の家族支援が求められる。</li></ul>

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回の受審は、平成22年の受審後、また建物の全面改築以降初めての受審で、職員一同大変良い勉強になりました。</p> <p>前回の評価結果に続き、中長期計画の確立、職員の人事育成、事業の具体的な見直し等の指摘をいただき、常に見直しや改善を積極的に進めてきましたが、まだまだ不十分であると、改めて痛感しました。</p> <p>中長期計画については、建て替え計画が完了したことである程度ニーズに応えてきたとホッとした感があり、今後さらに法人・事業所として検討を行っていくことが重要と思いました。</p> <p>人材養成の点では相談支援専門員の養成研修やサービス管理責任者研修の受講を進めたり、資格の取得に対しての施設としての応援して職員一人ひとりに合ったソーシャルワーカーとしての面を持つ人材育成に力を入れていきたいと考えます。</p> <p>事業の具体的な見直しについて障害や本人の希望を考慮してグループごとの活動を行って機能分化を進めてきましたが、今後はニーズ把握や職員配置の根拠の定期的な見直しを具体的に取り組んでいきます。</p> <p>第三者評価調査については定期的に受審を行う予定ですので今後ともよろしく願いいたします。</p>
--

#### 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。

# 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

- ・若竹荘理念及びあげぼの作業所として利用者を尊重し、権利擁護と地域社会に貢献することが明文化されている。
- ・「安心で希望と誇りが持てる障害者福祉をサービス」を目指して、職員の資質向上と関係機関との連携を深めるとあり、実行可能にしている。
- ・法人理念・あげぼの作業所理念を年度当初に、職員に説明している。
- ・ルビは振ってあるが、利用者が理解できるやさしい言葉に修正し、周知されるよう検討されることを希望する。

### I-2 事業計画の策定

			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	a ・ b ・ Ⓒ
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	a ・ b ・ Ⓒ
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

- ・幹部職員は計画の必要性は理解し、中長期計画策定委員会を立ち上げ準備は整っているが、実際に稼働していない。
- ・作業課毎の反省評価が総括委員会に上がり、それを基に事業計画の検討・評価・反省・分析が行われている。また、それを踏まえた次年度の事業計画案が策定されている。
- ・総括委員会から提案された事業計画を、全職員に周知できるように説明している。
- ・自治会・保護者会に説明している。又、作業課によっては、個々に説明利用者に行っている課もある。
- ・利用者がより理解しやすい文言に修正されると良い。

### 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

・職務分担表があり、管理者として職務内容を会議において表明している。  
 ・関連する法令等をリスト化し職員に説明している。  
 ・職員が担当以外の部署に入っても、対応できる力を兼ね備えられるよう、職員の質の向上を持って、処遇改善につながるよう、指導力を発揮している。  
 ・経営や業務全体を職員が考えられるように委員会制度を立ち上げ、全職員の参画によるシステムを構築し、管理者も積極的に関与している。

### 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 ・ b ・ ㉡

#### 評価機関のコメント

・国の施策により施設のおかれている立場を理解し、新たな法律に添って利用者や保護者にも説明している。  
 ・行政・相談支援事業者・特別支援学校と連携し今後の利用者の推移を把握している。  
 ・事業運営委員会があり、その委員会の中で、経営状況の把握・分析を行い職員同士で検討している。

## 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ㉓
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	a ・ ⑥ ・ 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	㉓ ・ b ・ 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	㉓ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ㉓
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、積極的な取り組みをしている。	障 24	㉓ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・「望ましい職員として資質や態度」と題する文書には、必要な人材としての基本的な考え方や人事管理としての方向が示されている。</li> <li>・職員と個別面談をして要望などを聞いている。</li> <li>・人材確保に関する具体的なプランはないが、利用者処遇を改善するために多くの人材が投入されている。</li> <li>・なぜそれだけの職員が必要なのかを利用者の状況に合わせて書面に現し、管理者としての具体的なプランを表明すると良い。</li> <li>・客観的な基準が設けられていない。</li> <li>・職員の個別研修計画は策定されていない。</li> <li>・職員の能力・技量を推し量り、組織として求める資質向上が図られるよう個別の研修計画の取り組みを望む。</li> <li>・実習生には、将来利用者になるであろう方に向けた実習と資格取得者（養成校）向けの実習があり、双方ともに基本的な姿勢が明確に示してある。</li> </ul>
--

## 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	㉓ ・ 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	㉓ ・ 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	㉓ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故・感染症に対するマニュアルが整備されている。</li> <li>・悪戯で物を破損し利用者が怪我をした場合、看護師・管理者・家族に連絡するなど、突発的な事故に対する連絡・協力体制が整備されている。</li> <li>・地域の福祉避難所として今ある専門性を活かしたいと前向きに考えている。</li> <li>・利用者の薬の持ち込みなど、安全確保の為にどのような対策を取ると良いか等について検討されたい。</li> </ul>
--

## 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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	㉖ ・ 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	a ・ ㉗ ・ 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	㉖ ・ b ・ 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	a ・ ㉗ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

- ・若竹荘が主催する「たけのこ祭り」があり、地域の方々の参加がある。
- ・パン製造・販売にあたっては、同じ敷地内にある保育園の保護者や地域の方の購入があり、日常的に地域との関わりがある。
- ・在宅障害者・家族に対する相談事業や体験利用を行っている。
- ・ボランティア受入に対する基本姿勢を明文化し体制が整えられている。
- ・月に10人～20人のボランティアを受入れている。
- ・社協からの要請を受けて、ボランティア養成・体験学習に協力している。
- ・施設と職員が持つ専門的技術・知識を、より積極的に還元できるとなおい。

## 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	障 37	㉖ ・ b ・ 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	㉖ ・ b ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

- ・理念・基本方針には人権尊重と利用者を主体としたサービスの提供が謳われており、職員研修も行われている。
- ・法人・あけぼの作業所のマニュアル集があり、利用者に対するプライバシー侵害に対する規程がある。
- ・利用者満足に関する調査を定期的に行っている。
- ・作業で困ったこと・改善してほしいことがあれば、専門業者にお願いすることもある。
- ・重度の方は保護者の方よりお話を伺うなどして、利用者満足の上昇に努めている。
- ・「なんでも相談」が毎週木曜日に実施され、意見や相談を言いやすい体制を執っている。
- ・利用者が相談する職員を選ぶことができ、より話しやすい工夫がされている。
- ・「苦情等申出の方法について」のファイルがある。
- ・相談室を設け意見や相談を述べやすい配慮がある。

### 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	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-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・改善計画を立て実施している。	障 42	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

- ・毎月、全職員が「サービス提供点検表」を用いて自己評価を行っている。また、年に一度、施設評価も行っている
- ・事業運営委員会で改善策を検討し実施している。
- ・改善計画は事業計画の中で立案している。
- ・サービスの実施マニュアルが整備され、職員一人一冊ずつ各種マニュアルを持っている。
- ・見直しがあった場合、終令で周知したり、各課ごとに周知の方法を考え取り組んでいるが、徹底できていない。
- ・各課ごとにケース記録、利用状況表を毎日記載している。
- ・記録については規定があり順守されている。
- ・LANを整備し、基本情報の共有化に努めている。
- ・毎日の情報は、職員会議録で確認する仕組みとなっている。

### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

- ・パンフレットを関係機関に置いている。
- ・利用者、家族、成年後見人等の立会いのもと、利用契約、重要事項説明を行い、書面で同意を得ている。
- ・サービス利用開始時には、サービス管理責任者がアセスメントシートに従いアセスメントを行う。

### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

- ・サービス利用開始時には、サービス管理責任者がアセスメントシートに従いアセスメントを行う。
- ・具体的に達成可能な目標設定をし、利用者が意欲的に取り組めるようにしている。
- ・グループホームを立ち上げ、地域生活ができるように自立支援を行っている。
- ・現在の利用者や家族に対しては、将来を見据えた情報提供や要望の聴取を繰り返し行っていくことが求められる。

### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉑ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉠ ・ 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	a ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(5)-② 衣服の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	㉠ ・ 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	a ・ b ・ c
	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	a ・ b ・ c
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	a ・ b ・ c
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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ b ・ c
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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

- ・利用者は絵や写真、図により一日の流れや作業工程を理解することができている。
- ・利用者による自治会を発足し、利用者側から意見や要望が出せる場となっている。
- ・必要な支援については、利用者等と話し合い、支援計画に基づいた支援が行われている。
- ・エンバワメント委員会を設置し、利用者自らが問題解決できる能力を獲得できるように検討している。
- ・栄養健康調査票があり、懇談会で説明し、利用者・家族に記入してもらっている。
- ・利用者の希望メニューを取り入れる仕組みを作っている。
- ・課ごとに食事の時間をずらして、混まないように配慮している。時間は年度ごとに変えている。
- ・保健衛生委員会において健康管理に関するマニュアルを作成している。
- ・緊急時には近隣の病院の支持を仰ぎ、緊急対応している。
- ・服薬は、希望者のみの管理ではなく、必要性に応じた管理が必要である。
- ・余暇・レクリエーションは、職員から情報や提案をし、各課ごとに相談し決定している。
- ・マニュアルを整備し、金銭管理方法の統一が求められる。
- ・新聞・雑誌については、利用者の希望に応じて随時購入している。
- ・嗜好品は基本的には本人の希望に合わせている。
- ・煙草は決められた場所で休憩の時間にのみ吸うことができる。