

評価細目の第三者評価結果

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	理念・基本方針は、ホームページ等、外部への発信には掲載されていない。年度初めに全職員に配布し周知されている。理念・基本方針からは施設の目指す所を読み取ることができ、職員の行動規範となる様、具体的な内容となっている。利用者には入所時及び毎年4月に法人基本理念・基本方針・施設基本理念・基本方針を配付し説明している。法人の理念・基本方針も合わせて展開されており、施設の内容との整合性が担保されている。

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	さいたま市障害者総合支援計画、埼玉県障害者支援計画を基に、近隣の就労支援センターと情報を共有し、潜在的な福祉ニーズ(特に若年層のニーズ)の把握・分析に努めている。毎月月初に稼働率等を法人へ報告しており、又、施設内において収入と支出を基に経営状況を確認している。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	経営環境や実施する福祉サービスの内容等に付いては、法人の分析内容等から課題を抽出し具体的な取り組みを進めている。年度毎に人員体制を検討し予算に反映しているが、基本的には法的に許容される範囲内での調整に留めている。サービス会議の中で経営状況や改善すべき課題に付いては職員に周知している。経営課題で一番大きいのは、就労支援事業であると云う事から、毎年10名前後が旅立って行く事で、その補充が必ず必要になり対応が課題となっている。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a	法人経営基本計画に基づき、経営委員会が中心となり、法人取組計画を策定し、施設において具体的な重点目標を掲げた施設取組計画を策定している。そのPDCAの展開に当たっては、確認の時期・手順等が法人として決められており、評価・見直しが行われる。
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	法人取組計画、施設取組計画を基に年度事業計画を策定している。その中では、中期の中から出された新たな課題は重点テーマとして取り上げられ継続テーマと併せ、事業計画としてまとめられている。尚、評価に当たっては「～やります」「～やりました」方式での報告の記述が多いが、実施状況の評価となっている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	職員が主体で事業計画案を策定し、サービス管理責任者及び管理者が確認している。一つの事業が終了すると事業報告書を提出。年に一度、全体の事業報告を法人へ提出し、評価を受ける。年度の初めに事業計画書を全職員へ配付し、解説している。各計画の確認は、完了スケジュールの1ヶ月前に行う事になっており、毎月対象となる課題に付き、進捗の確認・評価・見直しが行われるルールとなっている。まとめは、毎年、年度末と始めに全体のPDCAの確認が行われる。
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	事業計画は、利用者や家族には説明されておらず、周知されていない。事業計画を利用者等に理解して貰う事は、施設としての今後の運営をよりスムーズに、又、協力的に進められる事に繋がるのではと考えられる。施設と職員・利用者の協力の元で施設運営がなされる事が望ましいとされている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	年に1回、利用者アンケート・施設サービス自己評価を実施し、評価結果をサービス会議等で評価や分析・検討を行い、施設サービスの充実に努めている。第三者評価等も定期的な受審している。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b	サービス会議にて検討された内容は報告書にまとめられており、職員間で課題の共有化が図られているが、課題を具体的に改善する為の計画は確認出来ない。依って、改善計画の見直しも行われていない。

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	理念・基本方針を周知徹底すると共に、年度目標を明確にし職員全員へ配付している。職務分掌を作成し業務分担表の配付により、自らの役割と責任を明確にしている。又、年度初めの広報誌等に所信表明を掲載し周知している。緊急時における施設長不在時の役割等は運営マニュアルに明記し配付・周知を行っている。
11	II-1-(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。	a	管理者は、法人の法令順守責任者と連携し管理者向け研修等に参加し、研修内容を内部に報告する事で、職員への周知を図るのと併せ、法改正等があったときには逐次、報告している。法令遵守に関する内外の研修には、職員を積極的に派遣している。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a	利用者の満足度調査を年1回行い、サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。又、営業・地域活動推進会議・運営会議・サービス会議等を通じて職員の意見を聴取、或いは具体的な取組を明示し、質の向上に努めている。今年度からはあり方検討会を設置し、施設の運営・経営の評価・分析に努めている。

		第三者評価結果	コメント	
13	II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	管理者は法人への報告の内容としても、人事・労務・財務等を踏まえ分析を行っている。あり方検討会・運営会議・サービス会議等を通じて職員の意見を聴取し、或いは具体的な取組を明示して働きやすい職場環境整備等を行っている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
14	II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	法人の経営基本方針に必要な福祉人材に関して明記されている。人材の確保に付いては、職員配置に付き、内部の昇格対象になる為の資格要件を満たす様、計画的に配置して準備する場合がある。欠員が出た場合、時給職員は施設募集、月給職員は本部募集として管理されている。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	期待する職員像等は運営規程等で明示されている。人事基準に付いては、基本、年功による昇給・昇格となっており、職員は自己管理として目標管理シートにより課題の確認を進めている。それは法人として職務に関する成果や貢献度等を評価する仕組にはなっていない。依って、評価面談も行われていない為、職員の意向・意見を聞き管理者からも職員に対する期待等を伝える事ができていない。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
16	II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータ等、労務管理に付いては、管理者の法人への報告内容でもあるので、把握されている。年1回、メンタルチェックを行っており、心身の健康確保に努めている。職員の相談窓口は法人内部と外部にも設定されており、職員が相談しやすい様、配慮されている。各種補助金の設定がされており、福利厚生の実施を図っている。年休は1時間単位、子どものいる職員には子どもの発熱等に対応する為、特別休暇(15分単位、1人の子どもに付き5日)が用意され、ワークライフバランスの一助となっている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。				
17	II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	期待する職員像等は運営規程等で明示されている。職員は自己管理として目標管理シートにより課題の確認を進めている。それは法人として職務に関する成果や貢献度等を評価する仕組にはなっていない。依って、評価面談も行われていない為、職員の意向・意見を聞き管理者からも職員に対する期待等を伝える事ができていない。
18	II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	法人の経営基本方針に「高い専門性と豊かな人間性を備えた人材を育てます」と謳い、「期待する職員像」と併せ職員に必要なとされる専門技術や専門資格を明示している。事業計画にある専門性の向上を基に毎年度、職員研修計画を作成し実施状況を確認している。研修委員会により策定された研修計画や内容・カリキュラムは年度末に評価・見直しが行われる。
19	II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	職員の知識・技術水準・専門資格の取得状況等は把握している。新任職員に対しては、標準的実施方法として作業マニュアルによりOJTが適切に行われている。研修委員会により階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等の計画が策定され、又、外部研修情報を職員にガイドし参加を勧奨している。年1回は少なくとも職員が参加できる様、配慮している。
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。				
20	II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	実習生受入れマニュアルが整備されており、専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。学校で準備されたプログラムと併せ、専門職種の特性に配慮した実習プログラム、スーパービジョンに沿って実施している。実習指導者には、相談援助実習指導者講習修了者を配置している。

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。				
21	II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b	法人ホームページに、理念や基本方針・提供する福祉サービスの内容・事業計画・事業報告・予算・決算情報が適切に公開されており、法人・施設の存在意義や役割を明確にする様に努めている。地域のスクールサポートネットワークに参加しており、地域の福祉向上に貢献している。第三者評価の受審状況や苦情・相談の体制・内容に付いて公表しているが、印刷物や広報誌の配布は行っていない。
22	II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	経理規程により、事務・経理・取引等に関するルールが規定されており、職務分掌に権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。法人内の監事等による内部監査が行われており、又、公認会計士等による外部監査も行われ、運営上のアドバイスを得て指摘に対する報告もしている。

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。				
23	II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	地域との関わり方に付いての基本的な考え方は、法人経営基本方針・施設運営規程・事業計画書等に明記されている。地域のイベント等は、掲示板で利用者に案内しており、七夕祭等の催しものに参加する際には職員やボランティアが支援を行っている。地区社協の催しやスクールサポートネットワーク・老人会等に参画し、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 【買い物や通院の動向は非該当】
24	II-4-(1)-②	ボランティア等の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	ボランティア受入マニュアルが策定されており、受入れ基本姿勢を明文化している。ミラクルワーク(中学生の職場体験)受入れを事業計画にも挙げており、学校教育への協力を行っている。マニュアルには、登録手続、ボランティアの配置・事前説明等に関する項目が記載されており、オリエンテーションで案内している。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
25	II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	地域の関係機関・団体に付いて、サーバーの中でリスト化され職員に周知・共有されている。必要に応じて地域における関連機関と協議を行っており、又、利用者の居住する地域の関連機関との連携も行っている。さいたま市北区の就労支援連絡会に参加しており、共通の課題に対し解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。				
26	II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	地域団体や学校・支援機関・個人等の見学者の受入れを年間200名程度行っている。地域老人会や地区社協・小学校等での会議に参加し地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。

		第三者評価結果	コメント
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	子ども避難所110番やロードサポート事業・帰宅困難者一斉帰宅抑制対策等に参加し地域貢献に関わる事業・活動を実施している。事業計画にも含んで展開されている。又、地域老人会や地区社協・小学校等での会議に参加し、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。地域での消防援助協定や共同防災訓練に参加しており、被災時の備えや支援の取組を行っている。

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			
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	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。	a	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、倫理綱領や人権侵害対策マニュアル・運営指針・運営マニュアルを策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。利用者の尊重や基本的人権への配慮に付いて、職員は人権擁護研修や虐待防止研修を受講している。サービス会議やサービス自己評価等を通じて評価、見直しを行っている。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	プライバシー保護に付いて、運営指針に個人情報保護とは区分された記述があり、倫理綱領の解説版にこの概念の違いが解説されている。この指針に基づき、プライバシーに配慮した支援が実施されている。休憩時や見学者の来訪時等に利用者を隠す為のパーテーションやカーテンを設置している。又、利用者等にプライバシー保護に関する取組を周知している。
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b	施設を紹介するパンフレットは、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にもわかる様な内容にしているが、公共施設等には配置していない。利用希望者には、来訪の際、個別に説明を行い、見学や体験入所・一日利用等の希望にも対応している。情報提供の資料は、変更があった都度、見直しを実施している。
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	サービス開始・変更時の説明と同意にあたっては、同意書に判を頂く事で、利用者の自己決定としている。説明には、重要事項説明書やパンフレット・分かり易くルビをふった資料等を使用し理解しやすい配慮を行っている。支援困難ケースへの配慮に付いては、個別支援計画の中で展開し、個別に対応している。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	事業所の変更や家庭への移行等にあたり、著しい変更や不利益が生じない様、終了時に終結モニタリング(今後の支援について)を実施している。移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書等は定めていない。退所後の相談方法や担当者に付いて説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	利用者アンケート・モニタリングや利用者への個別の相談面接・聴取を実施し、満足度の向上に努めている。家族会、利用者会は設置していない。満足度について、収集した情報の結果を分析・検討する為に、利用者参画の元での検討会議の設置等は行われていない。又、その結果に基づく具体的な改善等も行われていない。
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	苦情解決の仕組み(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されており、重要事項説明書に明記し説明を行っている。又、事業所内に掲示もされている。苦情記入カードや意見箱の設置等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。対応策に付いては、利用者等にフィードバックされた内容が得られた内容に付いて公表している。この中から質の向上に結び付く内容は、標準的実施方法に反映され改訂される。
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a	苦情解決の仕組みは合わせて相談の仕組みでもある為、それに従い重要事項説明書に明記し、説明を行っている。又所内掲示もしており、相談しやすいスペースとして相談室も用意されている。
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	苦情記入カードや意見箱の設置等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順・対応策の検討に付いては、運営マニュアル・苦情解決事務に関する手引きに記載されている。検討に時間が掛かる場合は、その旨を伝え迅速な対応に心掛けていく。対応策の中から質の向上に結び付く内容は、標準的実施方法に反映され改訂される。対応マニュアル等に付いても定期的な見直しを行っている。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b	事故発生時の対応と安全確保に付いては、運営マニュアル及び事件事故対策マニュアルが策定されており、職員に周知されている。ヒヤリハット事例の収集が行われ、要因分析・再発防止策の策定・実施を踏まえ、3ヶ月後及び6ヶ月後に実施状況や実効性に付いての検証が行われている。尚、リスクマネジメントに関する委員会等の設置は行われておらず、職員に対して安全確保・事故防止に関する研修も行われていない。
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b	感染症の予防と発生時等の対応マニュアルに付いては、インフルエンザ・コロナ及びノロウイルスに付いてのみ記載されているが、他にも多くの感染症が存在し各々の対応方法が異なっており、感染症毎にマニュアル化して備えておく必要があると思われる。感染症予防や対応方法に付いての研修体制も不十分で、喫緊の課題と捉える事が望まれる。
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	防災計画により災害時の対応体制が決められており、BCPに付いても策定済となっている。利用者及び職員の安否確認の方法が防災訓練計画で決められ、全ての職員に周知されている。食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。近隣企業と有事の際の援助協定を結び、協力関係を確立している。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	標準的な実施方法については、運営マニュアルに明示されており、適切に文書化されている。利用者の尊重やプライバシーの保護・権利擁護については、運営指針に規定されている。併せて運営マニュアルの見直しを行い、標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認している。
41	Ⅲ-2-(1)-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。	a	標準的な実施方法の検証・見直しは、年1回、運営会議やサービス会議にて行われ、モニタリングの内容もフィードバックされる。個別支援計画や職員・利用者からの意見や提案の中から、質の向上に結び付く内容は、標準的な実施方法に反映され改訂される。
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画(個別支援計画)を適切に策定している。	a	サービス管理責任者が責任者となり、アセスメント表に基づく聴き取り(ニーズの確認を含む)やサービス等利用計画書の作成、モニタリングの実施等が行われる。その際、課題のある利用者に関しては、必要に応じて内部の関係職員や相談支援専門員、又、就労支援センターや生活支援センター等の外部の関係者の同席の下、協議を実施している。これは個別支援計画策定の際にも、必要に応じて同様の協議が行われる事がある。3ヶ月毎に行われるモニタリングにより、個別支援計画通りに支援が行われているかを確認する仕組みがある。支援困難ケースへの配慮については、個別支援計画の中で展開し、個別に対応している。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	個別支援計画の見直しに付いて、行う時期(就労移行支援は3ヶ月に1回以上、就労継続支援B型は6ヶ月に1回以上のモニタリングを実施)や参加職員・利用者の意向把握と同意を得る為の手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。個別支援計画の変更が必要となった場合は、定期的にメンテされる。質の向上等に結び付く内容は、標準的な実施方法に反映され改訂される。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況(個別支援計画)の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a	利用者の身体状況や生活状況(個別支援計画含む)等は、職員によりサーパーに記録され、1ヶ月毎に内容を確認し記録内容や書き方に差異があれば、上長より指導される。職員への情報の分別は、管理者が発信する際に行われる。情報共有を目的としたサービス担当者会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。施設内での情報共有はネットワークの使用により行われている。
45	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。	a	個人情報保護規程や文書管理規程等により、利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供等に関する規定を定めている。情報セキュリティ対応マニュアルに情報漏洩時の対応に付き、規定されている。個人情報保護に付いての教育研修は計画的に行われ、職員は理解し遵守している。利用者に対しては重要事項説明書にて説明している。

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重			
1	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a	利用者の自分で決めて行く力を尊重し、個別に支援を行っている。作業等も選択肢を準備し、利用者が選んで自分で決めて行く事を促しながら、支援している。生活に関わるルール等については、グループワークで話し合い決定できる場を設けている。利用者の権利を尊重し、職員は利用者がどうしたらできるのかを検討しながら支援に取組んでいる。 【衣服・理美容は非該当】
A-1-(2) 権利擁護			
2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a	利用者の権利擁護については、人権侵害対策マニュアル・虐待防止マニュアルを策定しており、利用者や家族には重要事項説明書を用い説明している。職員は虐待防止委員会に於いて、内容を検討する機会を定期的に設けており、そこで権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、利用者理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。 【権利侵害防止・身体拘束は非該当】

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本			
3	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	d	【就労支援事業には非該当】
4	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a	利用者の状況に応じて、LINEやショートメールを使用したり、個別面談を行ったり、選択肢を提示して判断して貰ったりして工夫をしながら支援を行っている。時には自宅に連絡して保護者に仲介して貰い、コミュニケーションをとる場合もある。
5	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a	利用者から面談希望があった場合や、状況・状態に合わせた面談を実施している。言葉だけではなく選択肢を示し、目で見て判断して貰う様に促している。必要があれば、相談内容に付いて関係職員による検討と理解・共有を行っている。相談内容は個別支援計画に記録され、支援の調整が行われる。
6	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	d	【就労支援事業には非該当】
7	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a	職員は、外部研修及び内部研修を受講する事により、障害に関する専門知識の習得と支援の質の向上をはかっている。利用者の気持ちに沿って障害の程度に応じた支援方法をサービス会議等で検討し、理解と共有を図っている。又、行動障害等に対しても個別に適切な対応を行っている。
A-2-(2) 日常的な生活支援			
8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	d	【就労支援事業には非該当】

A-2-(3) 生活環境		第三者評価結果	コメント
9	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	d	【就労支援事業には非該当】
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
10	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	d	【就労支援事業には非該当】
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
11	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	d	【就労支援事業には非該当】
12	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	d	【就労支援事業には非該当】
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a	就業移行では、社会生活力確認プログラムや社会生活力向上プログラムを実施しており、就業継続B型では、社会体験学習を実施している。 【外出・外泊・学習支援は非該当】
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	d	【就労支援事業には非該当】
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a	モニタリングや個別支援計画の説明の際は、本人に家族の同席に付いて希望を確認してから行っている。定期的に家族等への報告を行い、又、家族等と意見交換する機会を設けている。相談に付いては、家族からの直接の相談にも対応している。利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ、適切に行われている。
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	d	【就労支援事業には非該当】
A-4 就労支援			
A-4-(1) 就労支援			
17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a	アセスメントや日々の観察の中から利用者の働く力や可能性を引き出す様な取組や工夫を行っており、障害特性に合わせた就労支援を行っている。就労に必要なマナーや知識・技術習得・能力向上を支援しており、職場見学や実習も体験している。定期的に仕事や支援に付いて、利用者への報告と話し合いを行っている。
18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a	利用者の意向や障害の状況に応じた仕事時間・内容・工程等となっている。作業工程は細分化し提供している。又、多様な仕事の内容・工程等を提供するための工夫を行っている。工賃は作業に従事した時間で支給。賃金(工賃)を引き上げるための取組や工夫を行っている。労働安全衛生に関する配慮は適切に行っている。
19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a	関係機関と連携し、随時求人情報の収集・提供を行っている。企業との連携もできており、マッチングも十分に行えている。就職後、6ヶ月は定着支援義務もあり、定期的に訪問する等、定着支援を行っている。令和3年度に企業就労した方の離職者は"0"であった。地域の企業等との関係性の構築や障害者が働く場における「合理的配慮」を促進する取組・働きかけを行っている。