

# 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・基本方針の表現が資料毎に違っており、法人の物との整合性も分かりにくい。特にパンフレットと重要事項説明書に記載されている内容が括り方も内容も違う表現になっている(パンフレット=支援目標/支援方針、重要事項説明書=目的/運営方針)。理念・基本方針は家族向けの説明資料が策定され、職員も参加しての年1回開催される家族会で周知されている。

### 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	運営法人が策定した第4次発展強化計画・第5次地域福祉活動計画in所沢に於いて、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向と内容、及び利用者数・利用者像等や経営環境・課題を含め、状況を把握し分析している。コスト分析に付いては、報告業務として月末に収支データの確認を行っている。
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	理事会や評議員会・経営会議・管理職会議等で経営環境や実施する福祉サービスの内容や組織体制・設備の整備・職員体制・人材育成・財務状況等の課題や問題点を明らかにしており、課題に付いては役員間で共有されている。又、それらの課題は職員にも周知され、解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。

### 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	運営法人が策定した第4次発展強化計画及び第5次地域福祉活動計画in所沢により、中・長期計画を策定しており、経営課題から重点テーマを抽出し具体的な内容としている。各施設より定期的に業務評価シートにて進捗状況がまとめられ、調整会議・現場担当者会議にて定期的に評価・見直しを行っている。
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	中期計画より抽出された重点テーマに加え、毎年度継続しているテーマを加え事業計画が策定されている。内容は実行可能な具体的な内容となっており、評価・見直しがされる。事業報告は計画と対比して確認出来る様、工夫された様式となっている。
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	事業計画は年度末の職員会議に於いて職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。事業計画は最終的に期末の評価・見直しが職員会議に於いて行われている。事業計画の評価・見直しの結果は次年度の策定の元となっている。
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。	a	事業計画は分かり易く表現された内容に修正し、家族会や利用者集會時に配布・説明を行っている。利用者に対しては、写真や図・絵等を使用して理解がし易い様に工夫して説明を行っている。

### 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	サービス管理責任者連絡会議に於いて利用者満足度調査を実施し、回答の集計・分析を行っている。その後、職員会議や支援検討会議等で評価・見直しを行いサービスの質の向上に繋げている。年に1回自己評価を行うと共に定期的に第三者評価を受審している。
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	サービス管理責任者連絡会議において実施された利用者満足度調査を分析した結果を各事業所で確認している。課題の明文化や改善計画の立案・評価/見直し等は行われていないが、一部会議体を設けて(運行会議)継続的にPDCAを展開している。

## 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	管理者は年度初めに広報誌に於いて所信を表明して方針と取組を示している。又、職務分掌を策定し自ら及び職員の役割と責任を表明し、周知を図っている。管理者は有事の際、不在時の権限委任に付き組織図に明記している。
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	管理者は参加した研修等から得た法令等に関する情報、及び県や関係機関からのメール配信等により法律の改正等の情報を収集し、必要に応じて職員会議や朝夕の職員ミーティング等で周知している。資料等はいつでも閲覧できるようにファイリングしている。
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。	b	サービス管理責任者連絡会議において実施された利用者満足度調査を分析した結果を各事業所で確認している。課題の明文化や改善計画の立案・評価/見直し等は行われていないが、一部会議体を設けて(運行会議)継続的にPDCAを展開している。職員の介助技術の向上を図る為の研修を行っている。
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	管理者は月次の報告業務でもある為、人事・労務・財務等を踏まえ、データを把握し分析している。ノー残業ディの実施や1時間単位の年休使用・シフト策定時の便宜等で職員の働きやすい職場作りを行っている。日常的に施設長・サビ管・リーダーでの打合せを行い、実効性の向上に努めている。

		第三者評価結果	コメント	
<b>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>				
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。	b	人材育成基本方針や採用計画に人材や人員体制に関する基本的な考え方を明示している。又、専門職(社会福祉士・介護福祉士等)の資格取得を推奨し、掛かる費用の一部を補助している。人材育成については、研修担当者会議で作成された研修計画に基づき実施している。処遇改善計画に基づいた手当を支給する事により人材確保や安定性に繋げているが、現在の所、常勤1名の欠員状態が6ヶ月続いている。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	人材育成基本方針に「期待する職員像」を明確にしている。目標管理システムを導入し職員による自己目標の設定・年2回の達成度確認・評価面談と、一連の仕組に従い評価がされ、最終的には賞与に反映されている。評価面談の際には、職員の評価値や期待値を伝え、併せて職員からも要望や意見等を聞く機会としているが、職員の意見からは将来の自分の姿に付き疑問が残る所となっている。
<b>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>				
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。	b	有給休暇の取得状況や時間外勤務について定期的にデータを確認している。年3回の施設長面談や職員個々の状況に応じての随時面談を実施し、日頃から心身の健康維持に努め、年1回のメンタルヘルスチェックの実施や法人内の職員相談窓口の設置等を行っている。外部組織(ウィズ)を利用し職員の福利厚生に役立てている。ノー残業ディの実施や1時間単位の年休使用・シフト策定時の便宜等で職員の働きやすい職場作りを行っている。現在の所、常勤1名の欠員状態が6ヶ月続いている。
<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。</b>				
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。	a	人材育成基本方針に「期待する職員像」を示し、研修担当者会議で年間研修計画と全体計画を企画・実施している。又、目標管理システムに基づき職員一人ひとり目標設定・課題別シートを作成し、年度初・中間・年度末と年3回の個別面談を実施し、双方で進捗状況を確認して目標達成に向けて取り組んでいる。評価面談の際には、職員の評価値や期待値を伝え、併せて職員からも要望や意見等を聞く機会としている。
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。	b	人材育成基本方針に「期待する職員像」を示し各年度毎に職員研修計画を作成している。基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格は明示されていない。研修計画には、階層別研修や分野別研修等が組み込まれ、職員として必要な専門性や社会福祉に関する研修が受講できる様になっている。研修計画の評価・見直しは研修担当者会議にて行われている。
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	研修履歴簿を作成し職員の資格取得状況を把握しており、必要な研修の機会を確保している。新任職員に対しては業務マニュアルに従いOJTが適切に行われている。職員には内部研修を含めて年6回受講できる様、調整している。又、外部からの研修情報を回覧にて提示し積極的に参加を推奨している。
<b>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。</b>				
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	実習生の受入れマニュアルを整備し基本姿勢を明文化している。実習担当者を配置し、事前オリエンテーション等で実習の目的等を共有している。実習期間中は、学校の指導教員による巡回指導を受入れている。
<b>II-3 運営の透明性の確保</b>				
<b>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。</b>				
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。	a	法人のホームページに理念・基本方針・事業計画・事業報告及び予算・決算情報等を明示している。地域からの要望で出前講座や車椅子貸出/講習・小学生の体験学習や中学生の職場体験の受入れを行っている。苦情・相談の対応体制を整備し内容を公表している。定期的に第三者評価を受審している。地域のイベントでパンフレットの配布等を行い、理念・基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明している。同様、広報誌やパンフレットを学校やまちづくりセンターに配布している。
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	事務・経理・取引等に関するルールについては経理規程・決済規程・事務管理規程に規定されている。法人の監事(内部)・公認会計士(外部)により監査が実施され指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。
<b>II-4 地域との交流、地域貢献</b>				
<b>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>				
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	運営方針に地域との関わりにつき表明しており、地域に根差した施設づくりを目指している。三ヶ島ふれ合い祭り等、可能であれば職員・ボランティアも参加したり、地域の情報については掲示板を使用したりチラシで利用者に案内している。市民フェスティバルや市の作品展や地区の文化祭等の地域行事で自主生産品を展示・販売することで地域との交流を図っている。
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	「ボランティアさんへの期待」にボランティアの受入れを明記し、広報誌等で希望を募っている。マニュアルを準備しオリエンテーション時に注意事項等を伝えている。夏休みに「夏のボランティア体験」として児童生徒を受け入れている。又、中学生の職場体験も受入れている。
<b>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>				
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・団体をリスト化して掲示し、職員に周知している。相談事業所とのカンファレンス・特別支援学校や小中学校・三ヶ島町まちづくり協議会等と、地域の課題・問題に付き、解決に向け協働して具体的な取組を行っている。

		第三者評価結果	コメント	
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	2ヶ月1回、相談事業所を開設し、又、地域福祉活動作成委員会のメンバーとして地域の福祉ニーズや生活課題等の把握・解決に努めている。
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。	a	地域のまちづくり推進会議に出席して、地域の課題等の共有を図っている。市民フェスティバルや市主催の作品展や地区の文化祭等で自主生産品を展示・販売する事で地域との交流を図っている。地域に対して車椅子の貸出し事業を計画的に行っている。又、地域からの要望で出前講座を行っている。福祉避難所としての役割も位置付けられている。
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。	b	運営方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施に付いて明示し、職員が理解し実践する為の取組を行っている。倫理綱領等は策定されていない。業務マニュアルの基本姿勢として利用者の尊重は明示されていない。利用者の尊重や基本的人権への配慮に付いて、研修を実施している事と合わせ、虐待防止セルフチェックを年2回行っており状況の把握が行われている。
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。	b	プライバシー保護に関するガイドラインが策定され、プライバシーに配慮した支援が行われている。又、設備的な配慮の必要性にも触れられているが家族にはプライバシーに付いての説明はされていない。
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。	a	法人のホームページや写真や図・絵で分かり易く工夫したパンフレット等で施設の沿革や概要等を説明しており、地域のまちづくりセンター・相談事業所・特別支援学校等にもパンフレットを置いている。入所希望者には施設設備や活動場面の見学等を含め、丁寧に説明を実施している。資料は年1回見直しをしている。
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	利用開始時は、パンフレット・重要事項説明書等を丁寧に説明している他、実際に見学もして頂いている。契約書の押印で自己決定とさせて貰っている。意思決定が困難な利用者への配慮としては、個別支援計画で1:1の支援方法を策定し対応している。
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っては、本人や家族と丁寧な聞き取りを行い、各関係機関と連携を図りながら対応しているが手順や引継ぎの文書は策定されていない。退所後の相談等に付いては、何時でも相談出来る事を説明し対応している。
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	利用者満足度調査を実施し結果に付いてはサービス管理責任者会議等で集計・考察・検討してサービスの向上に繋げている。この他に利用者/家族面談・家族会等に於いてご意見やご要望を伺う機会を活用して、満足度の向上に努めている。尚、満足度調査から分析・検討し改善のPDCAまでは展開されていない。
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。	b	苦情申し立ての実績は最近ないが、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)は整備されており、所内掲示重要事項説明書に記載して配布・説明をしている。苦情記入カードの配布はされていない。過去に於いての苦情内容は記録として保管している。結果は家族等の同意を得て公表する仕組みとなっている。
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	要望・苦情等の相談に付いて、施設の窓口・法人窓口・第三者委員・県の窓口・市の担当窓口の連絡先が記載された重要事項説明書を配布し、周知して所内掲示している。又、利用者、又は家族から相談の申立があった場合は、相談しやすい環境を確保できる様に配慮している。
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。	b	要望・苦情等の相談として対応しており、日々の相談や意見に対してグループ会議や毎日のミーティングで共有し、ケース記録に記載している。要望・苦情相談の仕組みをマニュアルとしており、相談があった場合は検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。相談に基づく改善が質の向上に結び付いた事はない。
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	リスクマネジメント委員会の設置は今後の課題となっている。安全管理危機管理マニュアルの策定がされており、職員への周知が図られている。ヒヤリハットアクシデント報告書に基づき、グループ会議で検証や対策等の検討やフィードバックの確認を行い、1ヶ月後に再発の有無の確認もっており、職員会議等で全体周知を図っている。又、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。
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。	a	感染症対応マニュアルを作成(随時更新)し、職員に周知されている。感染症予防への研修(県社協によるZOOM研修や実技研修等)を実施し、職員に周知徹底している。予防策も講じられ、発生した場合には対応も適切に行われている。
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	災害時の安全管理・危機管理マニュアルが整備されている。災害時のBCP(事業継続計画)が策定されている。安否確認については、職員はグループライン・緊急連絡網等を活用し、利用者は緊急連絡網を整備している。災害対策として備蓄を行っている。地震・火災を想定した自衛消防訓練を年2回実施(避難誘導訓練・水消火器訓練・通報訓練)している。
III-2 福祉サービスの質の確保				
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。	b	訪問調査後にご提示頂きました「基本業務マニュアル」を標準の実施方法として認定致しますが、他の内容が確認出来ませんので”b”判定と致します。

		第三者評価結果	コメント
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。	c	上記同様、確認出来ない内容ですので、「c」判定と致します。
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	アセスメントは決められた書式に従い入所の際に行われる。その際、必要に応じて関係機関との連携(ケースカンファレンス等)を行い、多面的に利用者個々のニーズを把握している。この様なカンファレンスは個別支援計画策定段階でも行われている。又、内容の確認は年3回(策定時・中間・年度末)行われている。尚、支援困難ケースへの配慮としては、個別支援計画で1:1の支援方法を策定し対応している。
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。	b	個別支援計画は、グループ会議・支援検討会議・半年に一度の中間評価を行い、面談を通じて利用者及び家族と確認をしている。又、年度末評価や利用者面談を実施し、次年度の個別支援計画に反映している。計画の内容を緊急に変更する場合は随時対応している。評価・見直しから出てきた改善等を標準的な実施方法に反映する仕組みはない。
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	日々の利用者記録は、身体状況については決められた様式に記録されている。又、生活状況については、利用者毎にまとめられ記録されている。書き方等の確認は、上長へ提出した時に押印されるが、内容に齟齬があればそこで指導されている。情報の分別は、回覧時の名札への指名でされている。支援検討会議や職員会議・給食会議・グループミーティング・終礼等で、利用者の様子について情報共有し支援に繋げている。
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、情報公開規程、文書管理規程等を整備し適正に記録を管理する体制を整えている。漏洩等の不適切事案については、個人情報保護規程や就業規則に懲罰規定を含め規定されている。職員には個人情報保護に関する研修が義務付けられており、理解し遵守している。又、家族へも説明され周知している。

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	個別支援計画の作成にあたり、利用者面談・家族面談・前年度担当者からの引継ぎや日頃の利用者個々の活動の様子・障害特性等から職員の意見を集約して、利用者の意向を確認している。週1回の利用者集会で生活に関わるルール等について話し合われる。利用者の権利擁護に関する研修等も受講している。
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	プライバシー保護に関するガイドライン・身体拘束等の適正化に関する指針等を周知し、権利擁護への意識化を図っている。虐待防止セルフチェックを年1回実施しフィードバックしている。虐待と思われる事案があった場合には、障害者相談支援センター及び市に通報する手順となっている。ヒヤリハットアクシデント報告の仕組の中で検討しグループ会議で検証や対策等の立案やフィードバックの確認を行っている。

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。	a	相談事業所等関係機関と連携して、福祉サービスに関する情報提供や福祉サービス利用への支援を行い、利用者が地域で生活を続けられる様に対応している。支援は利用者のエンパワーメントの力や成功体験を期待し、見守りの姿勢で行っている。
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	個々の利用者の障害特性等に配慮した対応をしている。会話を集中できる様に姿勢や位置を工夫したり、話すスピードや仕草、写真(タブレット)、道具等を使用してながら、より適切なコミュニケーションが図れる様に対応している。又、利用者の興味・関心がある話題を見つける為に職員間で話し合う事もある。利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解する為に、発声や仕草・動きに注目し取組んでいる。
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	利用者個別面談や家族面談・利用者集会等で自分の意見を伝える(発表する)機会を設定し、ニーズの聞き取り等を行っている。又、利用者からの非言語(表情や発声・仕草等)的なコミュニケーションや写真や現物を利用しながら意思決定支援へと繋げている。相談内容については、随時サービス管理責任者と関係職員が検討・共有を行い、全体周知している。
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。	a	日中活動と利用者支援等は個別支援計画に基づいて実施している。月末に1か月間の利用者の様子や支援を振り返り、見直しや検討を行っている。また、半期に1回、個別支援計画の評価や見直しを行っている。利用者会での希望等から、選択できる日中活動(支援・メニュー等)の多様化を図っている。
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	外部の研修や法人内のPT派遣等を通じて職員研修を行い、専門的な知識の習得と最新の情報収集を図っている。又、毎日のミーティング・グループ会議・支援検討会議・職員会議等を通じて、個別支援計画や利用者の障害特性を考慮した支援を検討・周知している。利用者間の関係については、個々に応じた対応を行っている。
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。	a	個別支援計画と個々の配慮事項に基づいて支援を行っている。食事に付いては、嗜好調査や選択メニューを実施し利用者の嗜好を取り入れる様にしている。利用者の障害特性に応じた、食事の提供(アレルギー対応等)・入浴支援・排せつ支援・移動/移乗支援等を行っている。
A-2-(3) 生活環境			
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。	a	居室の空調は昨年全て新規に置き換えられているので、居室・食堂・浴室・トイレ等は快適な環境になっている。横になるスペースも用意されている。他の利用者に影響を及ぼす様な場合、他室やパーティションの利用に対応している。週1回の利用者会で出された要望等に付いては、極力対応している。

		第三者評価結果	コメント	
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	【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。	a	毎月1回健康チェック日を設け、体重・血圧測定を行っている。更に、年1回健康診断として採血・検尿・触診を実施。又、健康相談(月2名)を設け、家族の同席も可能となっている。緊急時の対応として、個々に掛かり付け医等を記載した書類を整えている。職員は利用者の健康管理に付き、看護師による勉強会等によりスキルアップしている。
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。	a	医療的ケアについては、法人の障害者・児施設医療的ケア実施要領に基づき対応している。実施にあたり、個々のマニュアルが整備され看護師2名で対応している。アレルギーについては、献立メニューの配慮や食器の分別等で対応している。服薬管理については、書類を整備し看護師が管理している。又、緊急時用として予備薬を預かっている。職員は利用者の健康管理に付き、看護師による勉強会等によりスキルアップしている。
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。	d	【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	【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。	d	【非該当】
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	【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。	d	【非該当】
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。	d	【非該当】
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。	d	【非該当】