

評価細目の第三者評価結果

（障害者・児サービス分野）

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
I-1-1 (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、自立支援局のホームページや重要事項説明書に明記されており、法人理念との整合性が確認でき目指す方向や考え方を読み取る事が出来る。所内掲示がされる事で職員には周知されており、利用者・家族に対しては重要事項説明書により分かり易く説明されている。継続的に周知状況を把握する取組は出来ていない。

I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
I-2-1 (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	地域の相談支援事業所の情報や眼科医会の分析データから動向を把握している。そこから高齢視覚障害者の今後の対応や同行援護者の不足、伴う転員の必要性等を課題としている。国としての事業である事から、採算に合わない課題にも対応している。
I-2-1 (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	国の施設である事から組織体制や設備の整備・財務等は国主体で管理されている。現状での課題・問題点として掲げているのは、組織目標にも掲げている歩行訓練の研修体制や高齢視覚障害者の今後の対応・弱視者の支援の推進等であり、職員にも周知されている。

I-3 事業計画の策定

I-3-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-3-1 (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	全部門が統一した書式で策定されており、5年を1期として理念・基本方針を実現する為の方策を具体的な課題まで落とし込んで明示されている。定期的に評価・見直しが行われ、PDCAが分かり易く展開されている。
I-3-1 (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	年度の事業計画は、中期計画を踏まえた課題を職員の検討の中から抽出し、組織の計画にまとめられている。内容は具体的に実行可能な計画となっており、数値目標の設定等により評価が行える内容となっている。
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-3-1 (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	年度の事業計画は、中期計画を踏まえた課題を職員の検討の中から抽出し、組織の計画にまとめられている。定期的(年3回)にPDCAの展開がされており、数値目標や成果の評価を行ない、併せて見直しを行なう仕組みが確立している。
I-3-1 (2) -②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	事業計画の中から、特に高齢視覚障害者に対する対応や終了者アンケートの実施等を説明し利用者の理解を促している。視覚障害者が対象と云う事から、CD等により音声での説明を行なう等、周知・説明の工夫を行なっている。

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 (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。			
I-4-1 (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。	b	ニーズの確認を定期的(最初は2ヶ月後、その後は3ヶ月後)に行なっており、質の向上に取組んでいるが、職員の自己評価は行なわれていない為、自己評価に関する分析・検討等は行なわれていない。
I-4-1 (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。	c	自己評価を行なう仕組みがない為、評価結果の分析や改善策の策定・実施は行なわれていない。

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 (1) 管理者の責任が明確にされている。			
II-1-1 (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促している。	b	管理者は自ら、及び職員の役割と責任に関する職務分掌を策定しており、周知を図っている。有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任に付いて、不在時の権限委任等は明確にされていない。
II-1-1 (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	国立の施設と云う事からの公務員法始め、社会福祉法・労働法等、関連する法令の遵守は行なわれている。管理者は講習会への参加等から得られた法令の変化や制定に付いて、部門での職員会議や回覧により、職員に情報提供され周知が図られている。
II-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
II-1-1 (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	質の向上に関する調査として、倫理審査委員会の承認を得てアンケートが実施されている。自立訓練終了後の生活状況や、実施した訓練が役に立っているか新たなニーズ等はないかに付いてアンケート調査を実施し、現行のサービス内容の確認や見直し、或いは支援体制の検討の資料に出来る様、データのまとめを行なっている。その中から問題点を抽出し、具体的にどの様に取組んで行くのが今後の課題となっている。

		第三者評価結果	コメント
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	計画的に歩行訓練士の養成を進める等、業務の実効性を高める取組を進めている。職員の働きやすい環境作りの一環として、組織目標に残業の削減やコミュニケーションの増加をテーマに掲げ、職員と課題を共有しながら業務の実効性の向上を目指し、取組んでいる。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

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	基本的には減員が出れば補充し、増員の必要が生じたときには申請し募集して行くと言う考え方で進めており、現状が計画と見なしている。特に歩行訓練士の養成に関しては、2～3年の計画を立てて育成に取組んでいる。
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a	「期待する職員像」は中期計画の中で明確にされている。国としての人事基準も明確に定められ、職員に周知されている。評価には職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等が反映される様になっており、自ら将来の姿を描く事ができる様な総合的な仕組みになっている。

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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b	労務管理は責任者の報告業務でもあり、適切に管理されている。毎年、職員のストレスチェックが行なわれており、課題があれば本人に伝達され専門医のアドバイスも受けられる仕組みとなっている。公務員共済組合では職員の福利厚生もなっており、その中に悩み相談窓口も設置されている。ワーク・ライフ・バランスへの配慮としては、7・8月のフレックスタイム(ゆう活)の導入やノー残業デー・時間単位の年休取得等の取組がされている。今後の改善策等に付いては、具体的な計画等は策定されていない。
-----------	-----------------------------------	---	--

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	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	「期待する職員像」は中期計画の中で明確にされており、目標管理制度も仕組みが構築されている。年2回の評価面談の際に進捗状況や達成度の確認が行なわれ、職員の要望等の確認と併せ、方針の徹底や期待度の伝達等も行なわれる。職員個々の目標は、難易度の水準もチェックされ、評価のレベルが計られている。
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	「期待する職員像」は中期計画の中で明確にされており、とりわけ機能訓練(視覚)の部門では歩行訓練士の教育・訓練に関して重点的に進めており、計画的に進めている。教育・研修計画は定期的に評価と見直しを行っており、内容やカリキュラムは都度改定される。
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を把握した上で、組織としてコア(サビ管・実習指導者・歩行訓練士等)な研修に関しては計画的に派遣するよう配慮している。教科書やマニュアル等、標準的な実施方法に従いOJTは行なわれる。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等に付いては、e-ラーニング等も用いて適切に行なわれている。外部研修に付いては、職員の希望や回覧にて参加を勧奨している。

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。

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。	b	実習生等の教育・育成に関する基本姿勢を明文化しているが、マニュアルは準備されていない。実習指導者は、指導者研修を受講した上で実習に臨んでいる。専門職種の特性に配慮した実習プログラムは準備されており、学校と連携して実習が行なわれる。
-----------	---	---	---

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。

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	理念・基本方針や将来のビジョンを含んだ中期計画は、ホームページにて公開されている。事業計画・事業報告・予算・決算苦情相談体制・改善対応等、その他の情報公開に付いては、紙媒体を含め行なわれていない。
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	国立の施設である為、事務・経理・取引等に関するルールに付いては、国の法令に準じた展開がされ職員も周知している。又、職務分掌により職員の権限と責任は明確にされている。あり方検討委員会や運営委員会等、外部の専門家を含んだ組織の監査や厚生労働省による内部監査により、運営上のアドバイス等を得て経営改善を実施している。

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。

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。	b	理念に利用者が社会の一員として、あらゆる活動に参加できるよう支援すると明文化している。地域の情報に付いては、視覚障害者が殆どである為、毎日のホームルームで情報提供されている。外部の交流会等に利用者が参加を望んだ場合は職員が支援しているが、特段、地域における社会資源を利用するよう推奨等はしていない。
-----------	----------------------------	---	---

		第三者評価結果	コメント
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。	b	ボランティア受入れに関する基本方針等は策定されていない。地域の小学校の子供体験デーに協力している。視覚障害者に対する支援を望むボランティア団体の講習会に講師を派遣している。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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・団体に付いてはリスト化して職員に周知されている。組織として市の自立支援協議会に参加しており、利用者の為の眼科医への説明に訪問したり、同行援護従事者の研修会に講師を派遣したりしており、協働して具体的な取組みを行なっている。利用者は全国から来ており、アフターケア等に付いては、当該地域を訪問してネットワーク化に取り組んでいる。
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	地域住民も参加しての並木祭の開催や、敷地内のグラウンドや体育館の貸出等を行なっている。専門性を活かし、高齢視覚障害者の為の白杖の使い方講習や同行援護従事者の研修会・歩行訓練指導士の派遣等のニーズに対応している。敷地は福祉避難所の指定を受けている。又、市より点字ブロックの敷設に関する相談等も受けている。外部からの相談支援事業は行っていない。
		第三者評価結果	コメント
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	地域の相談支援事業所からの福祉ニーズに関する情報の吸い上げや講師の派遣等の要望に応える事で専門的な機能を地域に還元している。民生委員・児童委員等との連携は実施していない。専門的な知識を活かして、地域からの各種講習会や研修会への講師の派遣要請に対応し地域に貢献しており、事業計画にも織り込んで展開されている。

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。			
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	利用者を尊重した福祉サービスの実施に付いては理念の一番目に掲げられており、職員は公務員として公務員法等の規定に従い取組みを行なっている。標準的な実施方法・マニュアルにも利用者を尊重した福祉サービス提供が表明されている。毎年行なう苦情解決の講習会の中で、利用者の尊重や基本的人権への配慮に付いて確認されている。利用者個々に対しては、年4回の個別支援計画のPDCAの展開の中で確認されている。
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しての規程・マニュアル等は準備されていない。利用者の虐待防止等の権利擁護に付いては、規程・マニュアル等が整備され職員の理解が図られている。設備面では必要部分にはカーテンやパーテーションの設置がされている。職員は虐待防止に関する知識や社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務に関しては熟知しており、権利擁護に関する研修等も実施されている。不適切な案件の対応に付いては倫理綱領等に規定されている。
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。			
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	パンフレットは写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容になっている。パンフレットには理念や基本方針等が記載されていないが、公共施設に置かれている。入所希望者には別の資料を用い分り易い説明をしている。提供する資料に付いては、適宜見直しを行なっている。体験入所、一日利用までにはいたっていないが、見学には応じている。
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。	b	サービス開始・変更にあたっては、利用者の自己決定を尊重しており、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。サービスの内容に関する説明に付いては、視覚障害があっても理解できる様に、音声や触感も使う等の配慮をしている。意思決定が困難な利用者への配慮に付いてはルール化等はされていない。
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	サービス内容の変更や家庭への移行等にあたっては、変更による不利益がない様、配慮している。特にアフターケアに付いては、現地訪問をして関係機関との調整や歩行訓練等も行なっている。引継に関する手順を定めたり引継文書を用意する事はされていない。終了後の相談に応じたり相談方法や担当者を記した文書を利用者に渡している。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	終了時に全員にアンケート調査を行い満足度を把握しており、結果は利用者に周知されている。そのアンケート結果の集計はされているが、改善策の策定等は行なわれていない。利用者会や家族会はないが、毎日30分位のホームルームの開催により利用者満足度を把握している。

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。			
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	苦情解決の体制（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）が整備されている。内容は重要事項説明書に掲載され、入所の際に説明されている。苦情記入カードや意見箱の設置はされていない。苦情の実績は適切に記録され、検討内容や対応策については利用者や家族等に必ずフィードバックされている。結果の公表や質の向上へのフィードバック等は行なわれていない。
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	重要事項説明書に、利用者が相談したり意見を述べたりする際に複数の方法や相手を自由に選べることを分かりやすく説明しており、所内掲示もされている。又、相談や意見を述べる際に、述べ易いスペースが確保されている。
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	特に相談に対応したマニュアル等は整備されていない。依って、見直しもされていないが、職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べ易い様に配慮し適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。意見箱は準備されていないが、必要な際のアンケートは行なわれ、日々のホームルームでも利用者の意見を積極的に把握する様、努めている。
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。			
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。	a	安全管理委員会が設置されておりリスクマネジメント体制が構築されている。有事の際の対応に付いて、各場面別にマニュアルが策定されている。ヒヤリ・ハット事例の収集もされており、発生要因を分析し改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。その分析の結果は分類され、職員にフィードバックされている。又、安全確保策の実施状況や実効性に付いては、定期的に評価・見直しが行なわれている。
		第三者評価結果	コメント
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	感染症対策委員会が設置され管理体制が整備されている。各種感染症に関するマニュアルが策定されており、職員に周知されている。内部の勉強会に付いては、施設内の病院のドクターが講師となり行なわれている。予防策や発生時の対応は適切に行なわれている。マニュアルの見直しは定期的に行なわれている。
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	防災実施要領が策定されている。事業継続計画(BCP)に付いては、センターレベルで詳細な検討が進んでおり、必要な対策が講じられている。有事の際の安否確認の方法に付いては、訓練用のマニュアルに点呼方法として記載されており実際の訓練時に使用されている。食料や備品類等の備蓄に付いては、リストを作成し整備している。
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。			
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付いてのマニュアルが整備されており、利用者の尊重や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。又、研修等によって職員に周知徹底されている。又、職員も参加して内容の見直しを定期的に行っており、その際に正しく実施されているかどうかの確認も合わせて行なわれている。
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・見直しは定期的に職員も参加して内容の見直しが行なわれる。必要に応じて個別支援計画からの改善案件が織り込まれることもある。
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。			
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を適切に策定している。	a	サービス管理責任者の下、情報共有会議としてカンファレンスが開催され、その後、眼科医や看護師、運動機能関連の関係者も参加しての調整会議が開催され、最終的に確認会議として決定会議が開催されている。個別支援計画の策定時には利用者のニーズを盛り込み、アセスメントと同じ手順で計画が作成され、3ヶ月毎にPDCAが展開されている。盲聾の方等には触感等を用いたサービスが提供される。
		第三者評価結果	コメント
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	個別支援計画は3ヶ月毎に評価見直しが行なわれ、適宜必要に応じて修正が行なわれ、最終的には利用者の同意を得て改善が進められる。職員にはカンファレンス・調整会議を通じて情報提供され周知が図られている。個別支援計画のPDCAの展開時には、標準的な実施方法に反映すべき事項や福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	平均在籍期間が5ヶ月と云々事から定期検診等は行なわれていないが、個々の健康情報は健康管理室にファイルされている。記録については上長の確認を経ており、その過程でチェックされ必要があれば訂正や指導が行なわれる。情報の分別はメールの発信時に行なわれ、ファイルはパスワード管理されている。調整会議等で部門横断での情報共有が図られている。

		第三者評価結果	コメント
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	文書管理規定に利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関して等の規定を定めている。又、不適正な利用や漏えいに対しても懲罰規程を含め、規定されている。職員に対する個人情報保護に関する教育については、e-ラーニングの導入により行なわれている。利用者や家族に対しては、入所時に個人情報の取扱いについて説明し、確認の書面を頂いている。
A-1 利用者の尊重と権利擁護			
A-1-(1) 自己決定の尊重			
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	進路指導時に現地に一緒に行き判断の手助けをする等、利用者の意向を尊重しながら、自己決定を促す様に支援を行っている。ブラインドメイク等、女性の興味のある事の手助けを行なっている。生活に関わるルール等に付いては、ホームルーム等で話し合いの機会を設けている。利用者の権利擁護に付いては、理念にも謳われ優先される課題として理解されている。
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b	権利侵害に関しての事例収集等は行なわれていない。サービス管理責任者による面接時に、虐待等を早期発見する為の聴き取りを行なっている。身体拘束に付いては虐待防止マニュアルに規定されているが、この部門では余り関係がない。又、発生した場合の届け出手順等も規定されている。職員の勉強会の中で再発防止策を含め、事例研究等が行なわれている。
A-2 生活支援			
A-2-(1) 支援の基本			
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	当該部門の主業務と思われる、自律・自立生活の為の動機づけ、生活の自己管理支援、行政手続、生活関連サービス等の利用支援等を行なっている。その際は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。
		第三者評価結果	コメント
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	視覚障害者の為の施設と云う事から、日常的にボイスメモや触手話・点字・パソコン等、利用者の状況に合わせたコミュニケーション手段を用いて、利用者への個別的な配慮が行われている。盲聾の方には専門の通訳者を入れてコミュニケーションを図る場合もある。
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	相談は定期的に面接を設けており、個別に対応している。利用者の選択・決定と理解の為の情報提供や説明を行っている。例として理療教育(ハリ・灸)を目指す利用者に対しては、授業を見学等の対応も行なっている。週1回のカンファレンスに於いて情報共有がなされ、必要に応じて個別支援計画に反映されている。
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	メニューに従った訓練であるが、訓練自体の多様性に配慮している。時間割の設定時に利用者の要望も確認している。年1回の遠足やブラインドサッカー・筋トレ・プール、航空公園の視覚障害者のジョギング教室等に自由に参加出来る様、支援を行っている。
		第三者評価結果	コメント
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	職員は視覚障害に関する専門家であり、日常的に知識の習得と支援の向上を図っている。職員間ではカンファレンスや調整会議を通して情報共有が図られている。高次脳機能障害者等、個別的な配慮が必要な利用者には医師と連携しながら支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。
A-2-(2) 日常的な生活支援			
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	食事に付いては嗜好調査等も行なわれており、献立も工夫されている。利用者の心身の状態に合わせた食事の提供と支援等が行なわれている。歩行訓練は当該部門の主要プログラムとなっている。入浴・排泄支援は非該当。
A-2-(3) 生活環境			
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	日中活動の場としての教室等の環境は安心・安全に配慮され、清潔・適温と明るい雰囲気を保っている。居住環境に対する利用者の意向等は、ホームルームで話し合われる。安眠・部屋の一時利用は非該当。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
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。	a	当該部門の主業務である内容。生活動作や行動の中での意図的・主体的な機能訓練・生活訓練、専門的助言・指導、個別支援計画に基づく支援のPDCA等が行なわれている。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
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	平均在籍期間が5ヶ月と云う事から利用開始時以外の定期検診等を行なわれていないが、個々の健康管理に付いては健康面接や眼科医診断、健康教室での体重管理や水分の摂取方法指導等、健康の維持・増進の為に工夫を行っている。利用者の体調変化時等に於いては、施設に併設されている医療機関との連携で迅速な対応を適切に行っている。入浴・排泄は非該当。
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	非該当
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
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	利用者の殆どが社会復帰を望んでいる為、各種情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。学習支援の一環として、工場見学や資格取得対策としての教養訓練等も行なっている。利用者のレベルに合わせた段階的な対応を行なっている。外出・外泊は非該当。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
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。	a	利用者の希望と意向を把握し、居住地の地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供しており、場合によっては現地に出向いて行つての指導も行なっている。実生活での学習支援に付いては、調理訓練やその地域での歩行訓練・同行援助等の支援を行っている。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
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。	b	利用者の意向を尊重しつつ、家族等との連携・交流にあたっている。在籍期間の短い部門と云う事から、定期的な家族への報告や意見交換等を行なわれていない。家族に対する相談支援や利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡等は適切に行なわれている。
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
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			
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
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
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