

## 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>b</b>	法人として明文化され事業計画書等やHPに明示している。事業所内においても掲示をし周知を図っているが、法人の理念・基本方針と比較し、パンフレット・重要事項説明書等に表現されている内容に整合性が弱く、各々が独立した文章で構成されている様に読み取れる。又、年初始めに内容を確認する機会を設ける等、継続的に周知する取組は行なっていない。

#### I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等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。	<b>a</b>	法人に於いて中(経営実施計画5年)・長期計画(経営基本計画10年)を策定しており、その中で社会福祉事業全体の動向に付いて、把握・分析を行なっている。又、施設が位置する地域での利用者の潜在的ニーズや利用者の推移・利用率・コスト等、経営環境や課題を把握し分析している。
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。	<b>a</b>	法人にて実施されている「経営戦略会議」が中心となり、経営の課題に取り組んでいる。当面の最大の課題は、利用者の利用率の低下であり、職員にも周知されており、併せて特別支援学校訪問等、利用者確保に向けた努力を重ねている。、職員体制や財務状況等は月次報告としても把握・検討がされている。

#### 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。	<b>a</b>	法人策定の中(経営実施計画5年)・長期計画(経営基本計画10年)において、目標を明確にし各施設毎の重点課題を掲げ、改善に向けた具体的な内容を明示している。年度毎にPDCAを展開する仕組が機能している。
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。	<b>b</b>	法人で策定された法人取組計画で各施設の重点テーマを絞り込み、施設毎に施設取組計画が策定される。一方、年度の事業計画では重点テーマは一部のみ展開されており、大半の計画は前年度の継続的表現が殆どである。又、計画で「やります」、報告で「やりました」方式となっている為、成果の程や期間などは不明で、実施状況の評価を行える様な内容にはなっていない。
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。	<b>b</b>	年度の事業計画は、主たる管理者が案を策定しその内容を職員に説明した上で確定される。施設取組計画の評価・見直しは年1回、義務付けられている為、遅滞なく詳細な報告にまとめられるが、事業計画の評価・見直しは年度末に行なわれ、やむを得ず評価・見直しを行なった様な内容で、計画で「やります」、報告で「やりました」方式が多い為、成果の程や期間などは不明で、実施状況の評価と言えるのか疑問が残る。
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。	<b>b</b>	事業計画は、家族会の開催の際に施設長より口頭で案内しているが、資料は行事予定のみで事業計画の配布はない。又、事業計画・事業報告は法人HPに掲載され公開しているが、うえみずとの共通部分の表記や混合の記述となっている為、分かり難い資料となっている様に感じる。

#### 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。	<b>a</b>	法人が設置しているサービス向上委員会による利用者アンケート、職員向施設サービス自己評価、施設運営自己評価を年1回実施し、組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。
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>a</b>	自己評価、アンケート結果の考察を行い課題を明確にして職員間で共有し、職員会議に於いてPDCAの展開をした上で、次年度の施設取組計画にも反映させている。

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。	b 管理者を含め職員の役割と責任については、業務分掌に明記されており職員に周知されているが、施設としての具体的な方針や取組の内容を明示した文書等が確認できず、又、年度始めの広報誌等に掲載や表明もされていない。有事(災害・事故等)に於いて管理者が不在の場合の権限委任に付き、取り決めがない。
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 法人として「コンプライアンス宣言」を行ない、法令遵守の徹底を図っており、法人主体で法令関連の研修や階層別研修にも織り込まれている。管理者が受講した法令関連の研修の内部報告会が行なわれ、職員への徹底を図っている。
			第三者評価結果 コメント
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 法人が設置しているサービス向上委員会による利用者アンケート、職員向施設サービス自己評価、施設運営自己評価を年1回実施している。又、管理者は、職員会議等に於いて組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。職員は接遇改善研修やアンダーコントロール研修等も受講し、質の向上に取り組んでいる。
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 管理者は月次毎の人事管理・労務管理・財務管理等の本部への報告内容を踏まえ、業務の実効性の向上に向け分析を行っており、リーダー会や職員会議に於いて検討されている。職員の働きやすい職場環境整備については、年休取得の勧奨やノー残業デーの設置・15分単位の年休取得可能・男性の育児休暇促進等、ワークライフバランスにも配慮した対応が図られている。
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 経営基本方針に掲げた人材育成計画に基づいた人材を育成する為、法人による研修委員会を中心として、各種研修計画を策定している。法人の人員管理計画に従い職員配置計画が策定されており、現在人員=人員計画となっている。正規職員の欠員補充については法人手配、臨時職員については施設手配にて補充がされる。
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」は基本方針に明示されている。制度として人事基準や貢献度評価基準は定められている。これに基づき、人事考課としての制度でもなく、又、評点も伝えない評価面談を行なっているが、これでは時間を掛けて目標管理を行ない面談を重ねても、職員が自らの将来の姿を描くことが出来るのか、モチベーションをどの様に保てるのか、形だけの目標管理制度になっていないのか疑問が残る。
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り組んでいる。	a ストレスチェック結果により課題のある場合は、総務課の窓口(外部業者ウエルリンク担当)に相談出来る制度がある。管理者は月次の報告業務としても職員の労務管理や就業状況を把握している。福利厚生支給金制度が設置され福利厚生に係る見直しなどを行っている。ワークライフバランスにも配慮した対応については、年休取得12日の勧奨やノー残業デーの設置・15分単位の年休取得可能・男性の育児休暇促進等、働きやすい職場環境整備が図られている。
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。	a 「期待する職員像等」は基本方針に明示されている。目標管理制度に従い、「自己管理シート」の作成がなされ、年度始め(内容)・中間(進捗)・期末(達成度)と年3回、管理者による評価面談を実施しており、制度としては成り立っている。しかし、最終の評点は職員に伝達されず、依って、将来に向け職員自身がどの様に頑張れば良いのかと云う絵が描けるのか、モチベーションをどの様に保てるのか、疑問が残る。
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 経営基本方針に明示された職員像に向けて、法人の研修委員会が中心となり階層別等の研修を行っているが、組織が職員に必要とする専門技術や専門資格を明示してはいない。研修委員会に於いて、研修プログラムの評価・見直しが定期的に行われている。
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 個別に研修計画を策定し、外部研修・法人による研修等へ計画的に参加をしている。標準的実施方法について手順書が策定されており、それに従いOJTが行なわれている。階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等に於いては、研修委員会の計画に基づき実施されている。外部研修は研修委員が募集し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。			
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。	b 実習生受入マニュアルを定め、体制を整え受け入れを行っている。実習内容について、学校側と連携してプログラムを整備すると共に、実習期間中においても継続的な連携を維持していく為の工夫を行っている。専門職種向のプログラムは準備していない。

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。	a 理念・基本方針始め、事業計画・事業報告・予算・決算情報等の情報は法人HPに全て掲載している。地域の福祉向上の為の取組や第三者評価の受審、苦情・相談の体制等も併せて公表している。区役所の支援課や相談支援センター・春岡地区社協等には、パンフレットを配置している。
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 利害関係者に対しては、業務委託説明会や会計責任者向けの説明会を法人が実施している。経理規程・文書管理規定・事務決済規程等に取引に関するルール等が規定されており、職員に周知されている。公認会計士や税理士・弁護士等、外部の監査を受けており、内部に付いては監事が監査を行なっている。その指摘等から経営改善を実施している。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
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 地域との関わりに付いては、基本方針に基本的な考えを表明している。地域や学校の行事の案内等は掲示板で利用者に提供している。春岡地区文化祭や区役所に於いてのピアショップ等への参加に際しては、職員やボランティアが支援を行っている。園外行事(新緑会・収穫祭・買い物活動・外食活動等)を行なう事で、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。
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を整備し、オリエンテーション時に登録手続・配置・注意事項等の事前説明を行なっている。中学生の未来(みら)くるワーク(職場体験)の受入や特別支援学校の実習受入等を行なっており、学校教育への協力も行っている。
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。	b 見沼区の福祉サービス施設と防災に関しての連絡会の開催はあるが、共通の問題に対して解決に向けて協働して具体的な取組を行ったりはしていない。個々の利用者の状況に対応出来る関係機関等を明示したリストや資料は作成されておらず、又、職員間での情報の共有も行われていない。
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b 地域交流の為にレクリエーション行事(新緑会・収穫祭)の実施時には地域住民との交流の機会を設けている。施設の専門性を活かした講演会や研修会の開催はしていない。又、支援を必要とする地域住民の為にサークル活動等も行っていない。災害時の福祉避難所の指定は受諾している。けやきの給食部門で一部、外部からの食事の宅配に応じている。
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 春光園けやきとして相談支援事業部門を有しており、地域の福祉ニーズの把握に努めている。併せて春岡地区の地域福祉行動計画の案画に参加しており、又、利用者からもアンケートや家族会・面談等からもニーズを把握している。把握したニーズに基づいて、高齢宅配食事サービス事業や生計困難者に対する相談支援事業を実施している。

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 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、職員が理解し実践する為の取組を行っている。利用者を尊重したサービスの提供に関する倫理綱領や規程・虐待防止マニュアル等を策定し、職員が理解し実践する為の取組を行っている。標準的な実施方法を記した手順書にも基本姿勢が明示されている。虐待防止に関する研修やチェックリストを使用して確認は随時行なわれている。
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 第三者評価では、プライバシー(人に知られたくない内容)と個人情報(第三者に悪用されると損害を被る内容)を分けて解釈している。依って、明確にプライバシーの定義に基づいた規程・マニュアルを要望している。ここでは規程・マニュアルに関する内容以外(虐待防止対応・プライバシーに関する設備的配慮・職員の懲戒規程等)を評価している。
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。	a 施設が実施しているサービスの内容を絵や図等を利用して分かり易くまとめたパンフレットを区役所や相談事業所・特別支援学校等に配置している。利用希望者には重要事項説明書を用いて詳しく説明している。見学・体験入所・一日利用等の希望にも対応している。パンフレットの見直しは年1回行なっている。
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 サービスの開始・変更時には、重要事項説明書による説明や利用契約書の説明・利用者個別の契約に関する説明を行ない、何れの内容に付いても同意の捺印を頂いている。説明に当たって必要に応じて、絵や写真・図等を使用し理解しやすい様に工夫している。意思決定が困難な利用者への配慮に付いては、個々の個別支援計画の中で対応している。
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。	a 福祉サービスの内容の変更に当たっては、必ず相談支援事業を介しており、その際は引継ぎ文書として個別支援計画等を提供している。退所時の引継ぎや定期的な連絡の実施に付いては、在所時は1対1の担当制となっているので、元の担当者が対応する仕組みとなっている。
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。	a 法人が設置しているサービス向上委員会による利用者アンケート、職員向施設サービス自己評価、施設運営自己評価を年1回実施している。その他、年2回けやき懇談会及び個別面談を実施。又、管理者は、職員会議等に於いて組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。
		第三者評価結果	コメント
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)は整備されている。内容は重要事項説明書にて利用者に説明され、所内掲示もされている。苦情・相談(みんなの声)として用紙の設定・投入箱の設置がされている。苦情内容は記録されファイルされているが、公表等はされない。
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 利用者が相談したい場合、複数の相手や場所があることを、重要事項説明書に明記し入所時の案内の際、説明している。重要事項説明書は所内掲示がされている。相談室が設置され、意見を述べやすいスペースが準備されている。
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 苦情解決事務に関する手引きに、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めマニュアルとしている。内容の見直しを年1回行なっている。「みなさまの声」として意見箱や用紙の設定がされており、把握した内容に付いては迅速な対応を心掛けており、公開できる内容は張り出している。
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 事故防止委員会の設置がされており、事故防止マニュアルに従い事故発生時の対応と安全確保に付いて、職員に周知している。ヒヤリハットに付いては、委員会で対応策の検討がされるが、以後の施設での安全確保策の実施や実効性の検証がされない為、ファイルしただけとなっている。職員に対して救命救急や災害に付いての研修は行なわれている。
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。	b 感染症対策マニュアルが策定されているが、文章での表現のみであり、又、数種の感染症のみの対応策の記述となっている。具体的な病名に対応したマニュアル(フローチャート化が望ましい)が不足していると思われる。尚、看護師が在籍している為、発生時の適切な対応や内部勉強会等は開催されている。
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 防災計画の策定されており、それに従い防災訓練が年2回行なわれている。有事の際の天災対策マニュアルの策定もされ、安否確認の方法等も職員に周知されている。事業継続計画(BCP)は法人としての策定が終了、施設案の策定中。食料等の防災備蓄がされており、管理者を決めて管理されている。

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。	a 運営指針・運営マニュアルが標準的な実施方法の手順書として策定され、職員に周知されている。利用者の尊厳の尊重や権利擁護に関しては、理念・基本方針にも謳われており、マニュアルの根幹として織り込まれている。実施された中で変更が必要と思われる内容は見直しの際に修正される。
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 福祉サービスの標準的な実施方法として運営指針・運営マニュアルが策定され、概ね3～5年毎にそれまでに提案された個別支援計画運用時に出た改善内容や職員・利用者等からの意見を反映し、検証・見直しがされる。
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 様式に従いアセスメントが行なわれている。アセスメント段階や個別支援計画策定段階に於いて、外部を含む各部門の参加の上で利用者についてモニタリング会議を開催して確認を行なっている。又、定期的に行われるモニタリング会議にて個別支援計画通りにサービスが行われている事を確認する仕組みとなっている。個別面談の実施により利用者のニーズが確認され、個別支援計画に織り込まれている。
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 確認された個別支援計画での改善点や利用者ニーズの確認に基づき、年2回モニタリング会議にて個別支援計画の見直しを行なっている。見直し後の個別支援計画は、回覧により職員に周知されている。この見直しから出された改善内容で標準的な実施方法に反映すべきとされた項目は、マニュアルに反映される。
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の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a 各人の日々の記録に関しては、記録表に記入され個別支援計画にも掲載される。利用者の身体状況等についても、健康状況確認書に記録される。記録の報告は上長の確認の捺印を得てファイルされる為、その際に間違いがあれば指導される。情報の分別は回覧方式に於いて区分される。職員間での情報共有は、職員会議や各種委員会にてなされる。
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 利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供等に関しては、個人情報保護規程や文書管理規程に規定されている。不適正な利用や漏洩については、情報セキュリティ対策マニュアルに対応方法が規定されている。研修は法人研修も設定されており、職員は理解し、遵守している。入所時に利用者に対して説明し同意を得ている。

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 日中活動や園外体験の実施に於いて、利用者の自己決定を尊重した個別支援を行なう為、個別面談の実施やルビをふる・選択制にする等の工夫をしている。趣味・理美容や利用者同士の話し合いについては、理解出来る利用者に対しては各人の状況に合わせて支援を行っている。
			第三者評価結果
			コメント
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
2	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 権利侵害に関しては、虐待防止マニュアル策定及び配布、外部研修への参加や伝達講習実施、虐待防止委員会の設置等がされており、職員への周知・徹底がされている。緊急且つやむを得ない場合の身体拘束に関しては、手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。利用者に対して権利侵害の内容や事例を提示・周知等はしていない。

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 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 利用者とのコミュニケーション手段として、写真や図・絵・タブレット端末等を使用して分かり易く説明をしたり、利用者が選択出来る準備をし意思表示がし易い様にして、利用者個々に対応した配慮をしている。
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 利用者の意思を尊重する支援をする為に、個別面談時の要望等を把握したり、家族ノートで情報を得たりして配慮している。申し出し易い様に写真や図・絵・タブレット端末等を使用して分かり易く説明をしたり、利用者が選択出来る準備をし意思表示がし易い様にしてしている。
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 個別面談等にて日中活動の希望の確認を行い支援に反映させている。利用者の希望に応じメニューの多様化を図り、活動やプログラム等へ参加する為の支援を行っている。又、参加しないという意思表示も尊重している。
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 職員は障害に関する専門知識を得る為の講習を受けたり、自己研さんにより資格を取得している職員もいる。利用者の障害による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。高度行動障害のある利用者への対応については、専門研修を受けた職員中心に支援方法の検討や見直し・環境整備等を行なっている。又、利用者同士の相性も考慮し関係の調整等を必要に応じて行っている。

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 食事に関しては、給食に関するアンケートや嗜好調査を実施し利用者が美味しく、楽しく食べられる様、工夫している。又、利用者の状況に応じた食形態での給食を提供している。その他、利用者の希望や状況に合わせて、入浴支援(特別な利用者のみ)や排せつ支援、移動・移乗支援等を行なっている。
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。	d 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 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 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 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。	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			
		第三者評価結果	コメント
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