

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。			
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。	a	使命や目指す方向・考え方を表した理念・基本方針は、法人のホームページや事業計画・第5次発展・強化計画に記載されており、運営方針や職員行動指針に具体的な内容を示し、職員会議等で周知している。又、家族会向けに資料を作成し分かり易く説明している。

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。			
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	法人が策定した第5次発展・強化計画及び第5次地域福祉活動計画in所沢にて社会福祉事業全体や地域の福祉計画の動向についてや地域の課題・利用者の推移・利用率等を含め、具体的に把握し分析している。
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	法人が策定した第5次発展・強化計画及び第5次地域福祉活動計画in所沢にて具体的な課題を明らかにし、業務評価シートで重点課題の進捗状況等を把握している。又、理事会や評議員会・管理会議・経営会議等に於いて役員間で課題共有がされ、職員にも職員会議や運営会議で周知している。

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。			
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	法人が策定した第5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いる。調整会議・現場担当者会議等でP D C Aサイクルにより重点実施計画の評価・見直しを定期的に行っている(年2回)。
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	第5次発展・強化計画及び第5次地域福祉活動計画in所沢を踏まえ、具体的で実行可能な年度事業計画を策定し、成果等を設定する事等により実施状況の評価を行える内容となっている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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	一部職員と検討し策定された年度事業計画を年度当初に職員会議で説明を行い、3ヶ月に1回評価・見直しを行っている。実施状況等は職員会議等を通じて周知・確認を行っている。
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	年度の事業計画について、年2回の家族会や個別面談等で資料配布し説明を行っている。計画の中止・変更については、事前にお知らせを配布周知するなどし理解を促している。

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。			
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	サービス管理責任者連絡会議において利用者満足度アンケート調査を実施し得られた回答を精査分析しており、職員会議・運営会議にフィードバックしてP D C Aの確認を行い、質の向上に取り組んでいる。定められた評価基準に基づいた自己評価は行われていない。
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。	c	自己評価が実施されていない為、関連した内容は確認出来ない。

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。			
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	職員会議・運営会議の場で組織図・業務分掌表等により管理者の役割と責任を明示し周知している。年初の広報誌に所信を表明している。又、B C Pに管理者不在時の権限委任等を含め明確化されている。
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	研修や県からのメール配信等により法改正に関連する情報収集を行い、職員にも朝礼・会議等で周知している。行政からの環境アラート等に対応し、外出を控える等の対応を行っている。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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	サービス管理責任者連絡会議において利用者満足度アンケート調査を実施し得られた回答を精査分析しており、職員会議・運営会議にフィードバックしてP D C Aの確認を行い、質の向上に取り組んでいる。職員はキャリアアップ研修や階層別研修により質の向上に関し受講している。
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	管理者は月次毎の報告として人事・労務・財務等につき集計・分析している。休憩の取り方やシフトの調整・ノー残業デイ・1時間単位で年休取得可等、働きやすい環境整備として行われている。予算管理の中で経営の改善や業務の実効性の向上に向けて確認を行い、支援協議会議等の中で具体的な展開を行っている。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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	法人作成の人材育成基本方針に人材の確保と育成に関する方針が明示されている。採用計画に沿って専門職の人材確保が進められており、社会福祉士や介護福祉士等の専門資格取得を推奨し、費用の一部補助を実施している。欠員の補充は常勤は法人、非常勤は施設で募集される。
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a	人材育成基本方針に「期待する職員像」を示し、配置・異動・昇進・昇格等の人事基準が明確に定められており、昇進・昇格は昇任試験の結果で判断される。目標管理システムが導入されており、職務遂行能力や職務に関する成果・貢献度等により人事考課制度として年2回評価される。併せて自己申告書の提出や処遇改善についても織り込まれ、評価面談が行われる中で職員が自らの将来の姿を描く事が出来る様なコミュニケーションが持たれる。
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。	a	施設長は有給休暇の取得や時間外勤務状況のデータを定期的に把握確認している。又、定期的な職員面談と併せ、メンタルヘルスチェックや産業医との連携・企画総務課の相談窓口設置・ハラスマント相談担当の選任等々、職員の心身の健康維持に努めている。福利厚生としては、外部組織のウィズの利用や福利厚生会の慶弔金制度・予防接種補助金・レクリエーション・ハッピーホリディ利用補助等々の策定、又、ノー残業デイの実施や年休以外の各種休暇(病気休暇・特別休暇・妊娠出産・生理休暇・結婚・忌引・感染症・社会貢献活動等)が導入されており、働きやすい職場づくりに取組んでいる。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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」を示している。目標管理システムにより、職員一人ひとり目標設定(目標項目・目標水準・目標期限が明確にされた課題別シートを作成)がされる。期首・期中・期末の3回個別面談を実施して内容や進捗状況を双方で確認し目標達成に取組んでいる。
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	人材育成基本方針に「期待する職員像」を示している。年度毎に研修担当者会議で年間研修計画・全体研修を企画している。又、スキルセットで決められた階層別研修・分野別研修等が組み込まれ、専門性の向上と視野の拡大を図っている。研修内容やカリキュラムについては研修担当者会議に於いて定期的に評価・見直しが行われる。
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	法人が研修履歴を管理している。新任職員を始め、職員の経験や習熟度に配慮したOJT育成計画を整備し業務の標準化を図っている。又、階層別研修・分野別研修等が組み込まれ、専門性の向上と視野の拡大を図っている。外部研修は職員が選んで受講する方式になっている。研修担当者が職員への支援を行う取組がされている。
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。	a	基本姿勢を明示したマニュアルを整備しており、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。特に感染症予防対応については、学校側と綿密な調整を行い、体調不良等への対応についても共有している。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連携している。

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。			
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	法人のホームページ等に理念/基本方針や事業報告・収支決算・事業計画・收支予算等を公開している。又、施設の紹介ホームページにて活動や過去の広報誌の閲覧が出来る様にしている。苦情・相談の仕組や窓口の案内も同様に公表されているが、改善・対応の状況は確認出来ない。地域の自治会連合会等に出向いて施設の概要を説明したり、広報誌を市役所やまちづくりセンター・相談事業所・特別支援学校等に配置している。
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	経理規程や決算規程等の規程を定め適正な運営に努めている。法人監事による定期的な内部監査を実施している。又、法人として公認会計士等の外部監査を受審し指摘事項があった場合は対応している。

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。	a	地域福祉の推進を理念・基本方針に掲げ地域との関わりを意識した運営に心がけている。地域のイベント情報等を掲示板で案内すると共に、積極的に参加している。具体的には、地域のフードバンタリーへの協力や主催する団体へ事業所で収穫した野菜等の提供・リサイクル作業活動（アルミ缶回収）・市民フェスティバルへの出店・市主催の作品展等の地域行事に積極的に参加している。 * 買い物・通院は非該当
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	基本姿勢を明示したマニュアルを整備しており、ボランティア担当を配置し受け入れ体制を整備している。中学生の職場体験や夏休み期間に「夏の体験ボランティア」として児童生徒を受入れている。民生委員がボランティアとして活動の協力や利用者との交流を行っている。
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	当該地域の関係機関・団体についてリスト化し交流を図っている。相談事業所・ケースワーカー等、関係機関との連携を図っており、又、市の自立支援協議会の専門部会に参加する事により協働して課題の解決に当たっている。関係機関とはモニタリング・ケースカンファレンス等でネットワーク化されている。
III 適切な福祉サービスの実施			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。

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	地域福祉の推進を理念・基本方針に掲げ地域との関わりを意識した運営に心がけている。地域のイベント情報等を掲示板で案内すると共に、積極的に参加している。「暮らしおの相談事業」を明記し相談所を開設している。又、法人のコミュニティソーシャルワーカーや民生委員・児童委員協議会と連携する事で地域の福祉ニーズ等を把握している。
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	C SWや民生委員・児童委員協議会と連携する事で地域課題を共有し地域の福祉ニーズの把握に努め、事業計画に含んで課題解決に向け連携協力をしている。地域で活動するボランティア団体等に施設で収穫した野菜や賞味期限が近づいた災害備蓄食品を提供し、フードバンタリー活動等に役立てて貢っている。車椅子の貸出しや出前福祉講座・感染症講習会等、専門的な情報を地域に還元する取組を行っている。施設は福祉避難所に認定されている。

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)-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	利用者を尊重した対応については、事業計画に明記し虐待防止・権利擁護に関する研修を実施している。又、年1回虐待防止セルフチェックを実施し、利用者対応等についてフィードバックする機会を設けている。倫理綱領が策定されており、職員に周知徹底されている。業務マニュアルや職員行動指針にも利用者を尊重した対応につき触れられている。
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。	a	プライバシーについては「プライバシー保護に関するガイドライン」が策定され定義づけされており、「利用者個別配慮事項」にて職員に周知され実施されている。利用者の状況に応じ、個室の使用やパーテーション・カーテンの利用で設備的にプライバシーに配慮している。利用者や家族に対しては、ガイドラインを配布し説明して理解を促している。

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。

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	関係各所に配置されているパンフレットやホームページ等で、施設の概要・生活介護事業所の役割等を説明している。見学や体験利用等の希望に対応しており、来訪時には図や写真を使用し分かり易く編纂されたパワーポイント資料で丁寧な説明を実施している。利用希望者に提供する情報については、適宜見直しを行っている。
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。	a	福祉サービスの利用開始時には、運営規程や契約書・重要事項説明書等を丁寧に説明し同意を得て押印を頂いている。又、福祉サービスの変更時等は、本人・家族からの聞き取りや面談等を行い絵やカードを使用して分かり易く説明し同意を得ている。意思決定が困難な利用者には個別支援計画や個別配慮事項に詳細の補足をつけて対応している。
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	本人・家族から詳細な聞き取りや協議を行い、各相談事業所や市C W等関係機関と連携し、又、個別支援計画や個別配慮事項を引継ぎ文書として発行し、安心して変更・移行できるよう努めている。サービス終了後も相談支援等施設として対応している。

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

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	利用者満足度調査を定期的に実施し、結果をサービス管理責任者等で分析・検討して運営会議で共有し、又、家族会や利用者ミーティングで報告しサービスの向上に努めている。家族会・利用者家族面談等、あらゆる機会にご意見・ご要望を伺い満足度の向上に努めている。
-------------	---------------------------------	----------	---

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。	a	福祉サービスの適正運営に関する規程を策定し、要望・苦情解決体制を整備している。重要事項説明書に掲載されており行政等、他の窓口も紹介されている。事業所内に要望・苦情解決体制に関する掲示をしている。又、個別面談・家族面談を定期的に実施し意見等述べやすい体制の確保に努めている。苦情は数年ないが、苦情記録ファイルは準備されている。同様、苦情があれば必要に応じて公表される。苦情内容から標準的実施方法にフィードバックされる様な改善案件があった場合は、織り込まれて改訂される。
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・苦情等の相談について、施設窓口・法人窓口・第三者委員・県窓口・市役所窓口等の連絡先が記載された重要事項説明書を配布し、周知している。また、利用者から相談申し出があった際は個室を用意するなど相談しやすい環境の提供に努めている。
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。	a	相談の対応に付いては、要望・相談の仕組に従い対応している。日々の相談や年2回の定期面談等で出された意見については面談記録・ケース記録に記載し、緊急的な事項については毎日のミーティング・運営会議等で対応を検討し迅速に改善を図っている。意見箱の設置・利用者アンケートを行い、申し出し易い様、配慮している。
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。			
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	緊急対応マニュアルが整備されており年2回のリスクマネジメント研修を開催し、その中でヒヤリハット事例に基づき要因分析や対応策等を協議し共通理解に努めている。只、実施状況の確認や実効性についての評価・見直しは行われていない。
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	感染症について安全管理・危機管理マニュアルが整備されており職員に周知されている。職員は感染症予防研修を定期的に受講している。施設内のゾーニング訓練等、マニュアルに従い予防や発生時の対応が適切に行われている。感染症対策委員会の開催により感染症情報の周知・徹底を行っている。法人の衛生委員会等で産業医の指導を受けながら発生時等の対策を講じている。
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	災害時BCPや安全管理・危機管理マニュアルに於いて、安否確認方法含め災害時の対応体制が決められている。災害備蓄品リストに基づいて整備している。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。又、消防訓練の他に地域の総合防災訓練にも参加している。

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。			
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	利用者の尊重やプライバシーの保護・権利擁護に関わる姿勢等が明示された業務手順書等を整備し、標準的な実施方法を明文化している。特に新人職員に関しては、新人研修・育成マニュアル・OJT育成計画を整備し法人として組織的に取組んでいる。職員会議等で標準的実施方法に基づき実施されているかどうかの見直しを年1回行い、変更点等の修正が行われる。
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	標準的な実施方法としての業務手順書等については、必要に応じて見直しや修正が行われる。又、職員会議等で標準的実施方法に基づき実施されているかどうかの見直しを年1回行い、変更点等の修正が行われる。
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。			
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	アセスメントについては、利用者面談や家族面談・相談事業所による定期的なモニタリング・関係機関との連携（ケースカンファレンス等）により、多面的に利用者個々のニーズを把握し策定される。個別支援計画の策定時に於いても、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）が行われる。個別支援計画は年2回評価・見直しが行われ必要があれば修正される。支援困難ケースへの対応については、個別支援計画の中で個別に対応している。
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、ケース支援会議で半年に一度中間評価（アセスメント）を行い、利用者及び家族と面談等を通じて確認をしている。又、年度末に年間評価を行い、次年度の個別支援計画に反映出来る様に利用者からの聞き取り面談を行っている。緊急に対応等を要する場合には関係機関によるケースカンファレンス等を随時開催し対策を講じている。個別支援計画の見直しから発出した改善案件は標準的実施方法にフィードバックされ織り込まれて改訂される。
III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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	健康診断の結果等は決められた様式に記録されている。年2回の個別支援計画の評価・見直しにより、実施内容の確認がなされている。個別支援計画は上長に提出し押印される仕組となっている為、書き方の確認等がされ齟齬があれば訂正される。全体の情報共有や情報の分別等は回覧でなされている。個別支援計画の内容は職員会議で確認され共有されている。
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情報公開規定・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。不適正な利用や漏えいに対する対応に関しては、服務管理委員会規程に定められている。個人情報保護に関する研修の受講や新たな法改正等の情報収集を積極的に行い、情報共有している。職員は個人情報に関する誓約書の提出を義務付けられている。個人情報の扱い等に関して利用者や家族には重要事項説明書を説明する際、確認印を貰っている。

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	個別支援計画の作成に当り、利用者面談や家族面談・前年度担当者からの引継ぎ・職員の意見の集約等から、利用者の意向を確認している。又、利用者ミーティングを開催し利用者間で話し合う機会を設け、事業所内のルールや余暇活動の内容等を自ら決定している。個別支援に当たっては、個別配慮事項を尊重し、支援共有会議等で情報共有している。 *趣味、衣服、理美容は非該当
-----------	-----------------------------	----------	---

A-1-(2) 権利擁護

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	職員倫理綱領や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定め、周知し権利擁護への意識醸成を図っている。定期的に年2回の虐待防止セルフチェックを実施し結果を運営会議や職員会議等で共有している。利用者や家族には事業計画に含み説明されている。やむを得ない場合の身体拘束に関しては、家族等に説明し押印を貰っている。事案が発生した場合は虐待防止に関する方針に従い個別配慮事項に含み対応し、届け出は法人の虐待防止センター及び市障害福祉課に連絡する手順となっている。
-----------	-------------------------	----------	---

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	個別支援計画に利用者の心身の状況や生活習慣・望む生活等が実現できる様に織り込み、一人ひとりの自律・自立に配慮した支援を行っている。相談事業所等関係機関と連携して、利用者が地域で生活を続けられる様に対応している。
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	個々の利用者のコミュニケーション能力に応じた手段と方法（会話スピードへの配慮・ジェスチャー・イラスト・写真等を用いた説明等）により適切なコミュニケーションが図れる様、対応している。
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	利用者個別面談や家族面談・利用者ミーティング等を定期的に設定し、相談・要望の話ができる機会を設けている。相談内容については、記録や日々の支援共有会議等で情報共有を図り統一した支援体制をとっている。又、必要に応じて関係機関等とケースカンファレンスを行い意思の尊重を図っている。
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	日中活動と利用者支援は個別支援計画をもとに実施している。半年に1回見直しをしており利用者ニーズに変化等がある場合は、利用者・家族等に確認の上、個別支援計画の変更を行い支援を行っている。余暇活動などは、利用者ミーティング等により利用者間で意見交換し自ら企画段階から参加し計画している。地域のさまざまな活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。
第三者評価結果			コメント

A-2-(2) 日常的な生活支援

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的な研修を受講し、正しい知識の習得や最新の情報収集を図っている。毎日のミーティングや職員会議等で利用者個々の状況の変化等、情報共有している。又、個々の利用者の障害特性を考慮した個別支援計画を作成し施設全体で支援を行っている。利用者の精神的な安定を図る為、物の配置等、環境面に配慮した支援も行っている。
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	食事については、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。支援方法に変更が生じた時には、その都度全職員で共有し安全に実施している。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。入浴や清拭・排せつ支援・移動/移乗等は生活介護の基本として支援している。

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	施設内の物の配置等を工夫し、安心・安全な環境に配慮している。施設内は消毒を徹底し清潔で明るい雰囲気を保っている。利用者が興奮気味の時や疲労が見受けられる時は、静養室やパーテーションで仕切る等、静かな環境を設定している。生活環境への要望等があれば利用者ミーティング等で確認している。
-----------	---------------------------------	----------	--

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	個別支援計画に常勤の理学療法士による運動療法（筋力維持や関節可動域を広げる訓練、ストレッチ）を織り込んで支援を実施している。又、理学療法士の助言・指導の下、支援員が運動やストレッチを実施している。同様に外部の言語聴覚士の助言・指導により支援員等が訓練を実施している。これらの内容により個別支援計画の評価・見直しを行っている。
-----------	-------------------------------	----------	--

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	利用者の健康状態については、登所時に健康観察カードの提出を求めており、又、利用者の様子や食事の量等から把握している。医師（月1回）又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。利用者の体調変化等については、救急対応同意書に救急対応の手順を決めている。職員は医師や看護師等から専門的な指導を定期的に受けている。
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4名で対応している。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、災害時や緊急時用として予備薬を預かっている。職員は医師や看護師、或いは外部研修等から専門的な指導を定期的に受けている。

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。	d	生活介護事業により非該当。
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。	d	生活介護事業により非該当。
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。	a	日々の連絡ノートの活用や利用者個別面談・家族面談・利用者ミーティング等を定期的に設定し相談・要望の話ができる機会を設けている。利用者の日々の活動が分かる様、活動発表会の実施や家族説明会を定期的に実施している。又、相談支援事業所や関係機関等と連携・情報共有し、利用者や家族等に必要な情報提供や助言等を行っている。利用者の体調変化等については、救急対応同意書に救急対応の手順を決めて取り交わしている。

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	子どもの評価基準の為、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	生活介護事業により非該当。
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	生活介護事業により非該当。
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	生活介護事業により非該当。