

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

2024年2月28日

株式会社 ブルーライン

②事業者情報

名称: かがやき	種別: 生活介護事業 就労継続支援B型事業
代表者氏名: 栗原 志乃	定員(利用人数): 30 (28) 名
〒 359-0004	
所在地: 埼玉県所沢市北原町935-1	Tel 04-2941-4105

③総評

◇特に評価の高い点

(1)【働きやすい職場作り】

職員健康診断やストレスチェックが実施されており、産業医や法人相談室に相談出来る仕組みが設定されています。ワークライフバランスへの配慮や働きやすい職場づくりとして、以下の目標が設定されています(年休取得9日以上・残業年48時間/月18時間以内・新規採用者女性30%以上・親の職場を見る「子供参観日」実施等々)。又、女性の活躍推進に積極的に取り組んでいる「プラチナ認定企業」として埼玉県に認可されています。

(2)【就労支援】

団子の販売先開拓や新たな地域行事への参加により、販売の場の拡大に努めています。又、市の「農商工連携の為にきっかけ作り交流会」にて障害者雇用につき協議を行ったり、観光協会と作品の展示/販売の検討を行っています。その他、地域の企業や就労支援センター等、関係機関と連携して就労支援を行ったり、利用者や地域の障害者が離職した場合等の受入や支援も行っています。しかしながら、一般就労への道は中々難しい。

(3)【中長期計画～年度事業計画】

理念・基本方針を踏まえた中長期計画が策定されています。中長期計画で抽出された課題は、年度の事業計画に重点テーマとして具体的に実行可能な計画として展開されており、単なる「行事計画」にはなっていません。事業計画は年2回の進捗確認が行われ、PDCAの改善サイクルとして評価・見直しもされています。

(4)【質の向上への取り組み】

法人内施設のサービス管理責任者会議に於いて、共通の課題として質の向上に関するPDCAが展開されています。又、イベント後にアンケートを行い課題につき支援会議にて分析・検討を加え、次年度の開催にフィードバックされています。

◇特にコメントを要する点

(1)【職員自己評価の実施】

年度毎に職員の自己評価が行われていない為、そこからの質の向上に結び付く課題の抽出は行われていません。自己評価を継続的に行う事で改善課題が明確になってきたり、それによる質の向上に結び付くのではと感じます。

(2)【実習生・ボランティアの受入れ】

実習生やボランティアの受入れはされていません。外部の人たちを受入れて一緒に仕事をしたり教育する事で、職員の皆さんのモチベーションを高めたり活気有る職場に変わっていったり、又、教える事の難しさや楽しさを味わったり出来るのではないのでしょうか？ 先々、こちらの職員を希望して入所すると云う例も多々ある様ですので、再度、前向きな検討をされてはと感じます。

(3)【ヒヤリハット事例の収集】

ヒヤリハットの記録はされていますが、1項目が1行にまとめられています。ヒヤリハットが100件有ったら3件の重大事故の可能性があると言われていています。事例をリストとして積んでおくだけではなく、要因分析をし対応策を検討し実行し、その結果を確認して最終的には再発の有無まで確認する様にして集計・分析して行かないと宝の持ち腐れとなってしまいます。危機管理上ももっと大切にヒヤリハット事例の収集を活かされてはと感じます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価結果の中で、評価の高い点に関しては長所と受け止め、継続して取り組み、更なる向上を目指したいと思っております。改善が必要な点については課題が具体的にわかり、今後取り組んでいく中でサービスの質の向上、福祉の充実に努めてまいります。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。				
1	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。	a	理念・基本方針は法人として定められた内容を掲げており、パンフレットやホームページに掲載されている。内容から施設の使命や目指す方向や考え方を読み取ることができる。又、職員の行動規範となる様、具体的な内容となっている。毎年年初の支援会議にて職員に周知がされ、同様、年初の保護者会総会で案内され周知を図っている。

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。				
2	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	法人内の事業経営協議会、及び運営会議に於いて各事業所の利用率や収支状況・利用者状況を確認し、経営分析を行っている。又、所沢市施策推進協議会等に参加し、地域福祉の情報収集、及び情報共有に努めている。
3	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	毎月事業経営協議会に於いて理事長、及び理事に経営状況を報告し課題の共有を図っている。課題については、中長期計画で検討されているのと併せ、支援会議を通じて職員に周知し取り組んでいる。

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。				
4	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	理念・基本方針を踏まえた中長期計画が策定されており、抽出された課題は年度の事業計画に重点テーマとして具体的に展開し、年2回の確認を行いPDCAの改善サイクルとして評価・見直しもされている。
5	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	中長期計画で抽出された課題は、年度の事業計画に重点テーマとして具体的に実行可能な計画として展開されており、単なる「行事計画」にはなっていない。事業計画は年2回の進捗確認を行いPDCAの改善サイクルとして評価・見直しもされている。
I-3-2 (2) 事業計画が適切に策定されている。				
6	I-3-2 (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	事業計画策定にあたり、サービス管理責任者が中心となり職員からの意見を集約し反映されている。事業計画は年2回の進捗確認が行われPDCAの改善サイクルとして評価・見直しもされている。
7	I-3-2 (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	事業計画は利用者向けに分かり易い資料を作り直したり、説明の工夫を行っていないが、保護者会の際に配布し説明している。

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 (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) -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	法人内施設のサービス管理責任者会議に於いて、共通の課題として質の向上に関する課題のPDCAが展開されている。第三者評価は今回が2回目の受審となっている。職員の自己評価は行われていない。
9	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	年度毎に職員の自己評価が行われていない為、質の向上に結び付く課題の抽出は行われていない。自己評価を継続的に行う事で改善課題が明確になってきたり、それによる質の向上に結び付くのではと感じる。

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 (1) 管理者の責任が明確にされている。				
10	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図っている。	b	管理者は年初の広報誌等でこれからの1年の所信を表明する様な事は行っていないが、職務分掌に於いて自らの役割と責任に付き明示している。有事の際の責任者の権限委任に付いては、消防計画に明記されている。
11	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	法人全体にて法令遵守に取り組み、会議等において法令等の情報共有に努めている。管理者は法令遵守に関する研修や研修の中で紹介された変更法令の紹介等を、研修後、支援会議の中で報告している。
II-1-2 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
12	II-1-2 (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	法人内施設のサービス管理責任者会議に於いて、共通の課題として質の向上に関する課題のPDCAが展開されている。又、イベント後にアンケートを行い課題に付き支援会議にて分析・検討を加え、次年度の開催にフィードバックされている。
13	II-1-2 (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、月次の報告として人事・労務・財務等に付き纏める中で分析を行っている。職員の働きやすい環境整備として、シニア活動推進宣言を行いシニアの定年や継続雇用の制度を見直したり、多様な働き方実践企業として県の認定を受けている。
II-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
14	II-2-2 (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	規程の範囲での員数を人員計画としており、欠員が出たら補充を行う。人材確保は求人サイトやハローワークの利用、ホームページや学校での採用活動等、法人主体で行われている。介護福祉士の資格取得を推奨しており、補助金の対応もされている。

		第三者評価結果	コメント
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	人事評価制度(キャリアパス制度)にて職員個々が目標設定する為に行動規範が策定されており、期待する職員像を明確にしている。キャリアパス(目標管理)制度導入により、人事基準や評価が明示されている。評価面談により職員とのコミュニケーションが図られている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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	職員健康診断やストレスチェックが実施されており、産業医や法人相談室に相談出来る仕組みが設定されている。ワークライフバランスへの配慮や働きやすい職場づくりとして以下の目標が設定されている(年休取得9日以上・残業年48時間、月18時間以内・新規採用者女性30%以上・親の職場を見る「子供参観日」実施等々)。又、女性の活躍推進に積極的に取り組んでいるプラチナ認定企業として埼玉県に認可されている。
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	キャリアパス(目標管理)制度導入により、人事基準や評価方法が明示されている。行動規範が策定されており、期待する職員像を明確にしている。職員一人ひとりの目標設定は、先ず目標水準のランク付けがされ目標の軽重がレベリングされ公平な目標設定とされている。中間・期末と評価面談が行われ、進捗や達成度の確認が行われる。
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。	a	行動規範が策定されており、期待する職員像を明確にしている。研修委員会に於いて階層別研修始め、各種計画が策定されており、技術向上や資格取得を目指しカリキュラムが設定されている。研修計画は年度毎に評価・見直しがされている。
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	業務マニュアルに従いOJTが行われている。新任職員研修始め、新任職員フォローアップ研修・介護技術研修・虐待防止/権利擁護研修・安全運転研修等、幅広く行われている。職員への指導支援はサビ管に託されている。
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。			
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	実習生受入れマニュアルが策定されており、育成に関する基本姿勢を明文化している。社会福祉士資格取得に関する実習生を受け入れていたが、今年度は実習指導者の資格要件を満たしていない為、実習生の受け入れができない状況である。
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。	a	法人ホームページ、及び法人報にて情報公開している。法人報においては年4回発行し、施設利用者や関係機関・地域の方々等、広く配布している。苦情・相談の仕組み付き、公表している。又、福祉向上の為の取組として、暮らしの相談事業や彩の国あんしんセーフティネット事業に参加している。
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	経営規程により事務・経理・取引等に関する権限、及び責任が明確化されている。法人監事による年2回の監査が行われており、外部の会計士・社労士・弁護士による監査を行い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。			
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	理念や基本方針に地域との関わり方についての基本的な考え方を表明している。地域の情報を掲示板の利用等で利用者に提供したり、行事に自主製品販売の為に参加する事により地域との交流を図っている。【買い物や通院動向は非該当】
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。	c	基本的にボランティアの受入れは行っていないが今後は取組んで行く方向となっている。学校教育への協力に付いては法人全体で取り組んでいる。
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・団体のリストが策定されており、協議を通して交流を図っている。具体的には相談支援事業所とサービス調整会議・自立支援協議会の研修部会に参加・農商工連携の為にきかけ作り交流会にて障害者雇用につき協議・観光協会と作品の展示/販売の検討、等を行い協働して課題に取組んでいる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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	地域の方々や学校関係者と運営協議会を開催し、地域のニーズや課題把握に努めている。
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	地域の福祉ニーズに基づき、彩の国あんしんセーフティネット事業・くらしの相談事業・小学校での福祉出張講座等、地域住民が利用できる活動を行っている他、地域の障害者施設・消防署との合同防災訓練を行っている。福祉避難所にも指定されており、備蓄や炊出しの備えもしている。
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。	b	経営理念の中で利用者の個性を尊重する事を掲げ、行動規範に於いても多様性を尊重する事に取り組んでいる。倫理綱領が策定されており懲罰規定に付いては就業規則の中で規定されている。虐待防止・権利擁護研修を実施している中で、人権の配慮についても理解を深めている。標準的な実施方法である業務マニュアルには利用者を尊重した基本姿勢等は明記されていない。
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	倫理綱領にプライバシーに付き独立した規程が策定されており、個人情報保護とは分けて定義されている。設備的対応として、ロッカーのレイアウトを工夫し入ってすぐには中の人が見えなく設置したり、視線が気になる人には隣席とのパーテーションで対応している。プライバシー保護に関する取組は家族等には案内されていない。

		第三者評価結果	コメント	
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	分かり易く写真・図・絵等を使用した施設パンフレットや法人報を相談事業所や特別支援学校・市役所等、関係機関に配置している。見学等で来訪した利用希望者には資料を用いた丁寧な説明をしている。
31	Ⅲ-1-1 (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	契約書・重要事項説明書を用いて分かり易く説明を行い、同意の押印を貰っている。利用者毎にアセスメント・個別支援計画の作成を行い、意思決定が困難な利用者にも個別に作成する事で対応している。
32	Ⅲ-1-1 (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	利用者・保護者・相談支援事業所・担当ケースワーカーと連携し、情報共有を図りながら個別対応を行っている。変更に当り従前の内容から著しい不利益が生じない様に配慮している。引継ぎ文書として必要に応じ個別支援計画を渡している。相談は逐次受け付けている。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。				
33	Ⅲ-1-1 (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	法人内施設のサービス管理責任者会議に於いて、共通の課題として質の向上に関するPDCAが展開されている。又、イベント後にアンケートを行い課題に付き支援会議にて分析・検討を加え、次年度の開催にフィードバックされている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	第三者相談委員会規程が整備され、重要事項説明書に第三者委員会相談窓口を記載しており、苦情受付担当者、及び苦情解決責任者についても明記し周知している。又、仕組みを分かり易く説明し所内掲示もしている。苦情記入カードの配布やアンケートは実施していない。記録は適切に行われており、標準の実施方法に採用できる事案が発生した場合はマニュアルを改訂している。
35	Ⅲ-1-1 (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重要事項説明書に明記されており、市や県の相談窓口も紹介されている。所内に掲示されており、相談場所も確保されている。
36	Ⅲ-1-1 (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	お茶会と云う形で利用者部会を実施し利用者が意見を述べ易い環境作りに努めている。出された意見については適切に対応している。相談対応マニュアルの策定はされておらず、意見箱の設置やアンケートの実施もされていない。相談内容から標準の実施方法に採用できる事案が発生した場合は業務マニュアルを改訂している。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	サービス管理者連絡会に於いてリスクマネジメントに関する案件の協議がなされている。事故発生対応マニュアルが策定されており、ヒヤリハット、及び事故発生時は報告・連絡・相談を迅速に行い適切に対応している。事故報告書を作成し会議等を通じて法人全体で共有し再発防止に努めている。事故防止策等実施状況や実効性に付いて、定期的に評価・見直し等は行われていない。
38	Ⅲ-1-1 (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	感染症対策に付き対応マニュアルを整備し職員に周知徹底しており、年1回見直しを行っている。体調不良者が出た際には、対応マニュアルに則り対応している。看護師や嘱託医による講話にて理解を深め感染予防に努めている。
39	Ⅲ-1-1 (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	安否確認方法の周知を含んで年3回行われる避難訓練の他、地域での合同防災訓練・炊き出し訓練・参集訓練を実施している。BCP計画の整備・周知も行い、災害時の対応に取り組んでいる。
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) -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	標準の実施方法として支援マニュアルが策定されているが、策定の主旨等の中に利用者の尊重や権利擁護に関わる姿勢は織り込まれていない。追加の改善項目が発生した都度、職員に周知しているが、職員による内容全体の見直しや実施されているかどうかの確認等は行われていない。
41	Ⅲ-2-1 (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	標準の実施方法としての支援マニュアルの見直しは変更事案が発生した都度、適宜支援会議で確認されている。同様に個別支援計画や職員・利用者の意見の中から改善提案があった場合にもマニュアルに反映される。
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 (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	アセスメントの様式が策定されており、入所時に適切に確認が行われている。アセスメント段階、及び個別支援計画策定段階で課題があれば、保護者始め、相談事業所・看護師・職員が一堂に会し調整会議を行っている。個別支援計画はニーズ整理票の確認・計画立案・実施・年2回の評価/見直しが作成手順として行われる。支援が困難な利用者にも支援計画を個別に作成する事で対応している。
43	Ⅲ-2-2 (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	個別支援計画はニーズ整理票の確認・計画立案・実施・年2回の評価/見直しが作成手順として行われる。変更事案が発生した場合は逐次内容の変更がされる。見直し等で変更された内容は、関係職員に周知するべく全員に閲覧される。個別支援計画の中から改善提案があった場合に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 (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、職員間で共有化されている。	a	利用者の身体状況や生活状況等は個人記録(個別支援計画に転写)に個別状況を記録している。職員で記録内容や書き方に差異が生じない様、書き方研修を行い提出時にも上長の確認・指導が行われる。情報は発信時に回覧を主に分別される。情報共有を目的とした支援会議が部門横断で定期的に開催され共有が図られている。
45	Ⅲ-2-3 (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・公文書管理規程を定め、記録の保管・保存・廃棄・情報の提供に関する規定を定めている。個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法は就業規則に規定されている。職員には個人情報保護に関する研修受講が義務付けられている。家族には入所時に個人情報保護に付き説明し確認印を得ている。

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント	
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	経営理念では利用者の個性を尊重する事を掲げ、行動規範に於いては多様なニーズを尊重する事を明記し、誠実に取り組んでいる。利用者の権利について、課題が発生した都度支援会議にて理解・共有する機会を設けている。【趣味等や生活ルールは非該当】
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	虐待防止規程や個人情報保護規程等により、職員に権利擁護に付き周知をしている。定期的に開催される虐待防止委員会にて権利侵害の防止と早期発見する為の具体的な取組等を協議している。原則禁止されている身体拘束に付いて、実施する際の手続き・方法を保護者に説明し理解を促している。虐待が発生した場合には、法人内相談事業所への届け出が義務付けられている。

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	利用者一人ひとりの自律・自立生活に配慮し対応している。見守りや支援を行う中で、重度高齢化や心身の状況に合わせてその都度支援内容を協議し、適切な支援に努めている。【後段3件は非該当】
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	言語コミュニケーション以外にも障害特性に合わせて筆談やジェスチャー・文字カード・写真等を活用している。自傷・他害等の行動に対しても意思表示と捉え、利用者の真意を探る事に努めている。
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	利用者の休憩時間や食事提供後等、リラックスした時間帯に話せる機会を設けたり、利用者の理解度に合わせて意思決定支援の方法を掲示し意見がくみ取れる様、対応している。相談内容に付き、サービス管理責任者への報・連・相を徹底し情報共有を図っている。相談内容は記録され個別支援計画に反映される。
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。	a	利用者個々の要望・課題に着目し個別支援計画を作成している。利用者の意向をくみ取り、日中活動やレクリエーションを行っている。地域の各種情報の提供を行っている。支援内容の見直しは個別支援計画の評価・見直しに合わせ、行われている。
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	法人内の動画研修や外部の研修に参加し、障害に関する専門知識習得、及びスキルの向上に努めている。障害特性や利用者状況に応じてクールダウン部屋を設ける等、環境の調整を行っている。利用者のトラブルの際には仲介し、利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。
A-2-(2) 日常的生活支援				
8	A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	a	食事支援に関し行事食を取り入れたり、嗜好調査を行い利用者個々に合わせた食事提供を行っている。又、排せつや移動・移乗等の生活支援に関しても同様に、利用者の状況に合わせて行っている。【入浴支援は非該当】
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。	a	利用者の日中活動や支援を通じて、利用者の健康状態の把握に努めている。又、毎年、健康診断、及び歯科検診を実施している。体調変化時には看護師が中心となり迅速な対応を行っている。嘱託医による講話を行う事により健康の維持・増進に努めている。利用者の体調変化等の対応に付き、医療機関との連携・対応を適切に行っている。【障害児は非該当】
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	【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。	a	家族等との連携・交流にあたっては、利用者が望む望まないの意向を尊重して対応を行っている。連絡ノートや電話連絡にて、家族等との情報共有に努めている。年1回、個別面談や保護者総会を開催し、又、行事等に於いても家族等と意見交換する機会を設けている。利用者の体調変化等の対応に付き、先ず家族に連絡する事を徹底している。

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。	a
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
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。	b