

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。	b	理念・基本方針については、法人HP始め、パンフレット・重要事項説明書等に記載されており、一部、目指す所が共有されていると読み取る事が出来る。只、各々の内容や表現に差異があり、法人の理念・基本方針との整合性が不明確になっている。基本的には文言は兎も角、目指している方向が共通していると感じられる表現を検討されてはと感じる。又、職員や利用者に対する周知や説明に関しても、不十分な部分がある。

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	事業経営を取り巻く環境や経営状況の把握・分析については、法人本部にて行われている。その他、近隣地域については、特別支援学校での協議会やさいたま市の障害者総合支援計画、相談支援事業等より人員の推移やニーズを把握し、送迎出来る範囲での状況・動向を把握している。
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	経営環境や実施する福祉サービスの内容、具体的な課題や問題点については、法人全体の取り組みとしている。施設としての直近の課題(稼働率の向上、重複や重症の利用者の増加、送迎サービスの向上等)については、施設長のヒアリングや施設取組計画の検討等を通して職員に周知・共有が図られている。

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。			
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	法人の経営基本計画の下、経営実施計画、法人取組計画、施設取組計画等が策定されている。中期計画は、経営課題を明確にした上で年度毎に解決・改善に向けた具体的な内容になっている。又、年度末には評価・見直しを行い、必要に応じて追加・修正が行われる。
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	年度の事業計画は、中期計画より重点ポイントを抽出し計画に展開したとみられる部分が確認できる。しかしながら、その結果をまとめた事業報告は、計画に関連付けた評価・見直しの部分が確認出来ない。長年の慣例で毎年の報告内容に変化が殆ど認められず、計画の重点ポイントさえも明確な報告がされていない。
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。	b	事業計画は一部職員に検討が分担され、決められた時期に施設長がまとめる方式で策定される。只、評価のプロセスでは、結果の分析・検討を踏まえ見直しがされ、報告されている訳ではなく、計画にあまり関係なく事業報告がまとめられていると云う印象を受ける為、PDCAが上手く展開されていないと感じる。尚、行事に関してはアンケートを実施し、評価・見直しが行なわれている。
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。	c	施設の行事計画は、配布物と共に説明がされているが、年度の事業計画としては、配布・掲示・説明等はされていない。施設が年度の中で何を重点的に改善して行こうとしているのか保護者等にも理解して貰い課題を共有し、より良くする為に参加を促し意見を反映出来る様な仕組みも今後の検討課題と思われる。

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。	a	利用者アンケートを毎年実施すると共に、施設サービス自己評価や施設運営状況自己評価等を実施している。その中から出てきた課題に関しては改善の取り組みを行い、評価・見直しをしてきている。
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。	a	施設サービス自己評価や施設運営状況自己評価は法人としてまとめが行われており、施設としては自己評価の結果の考察から改善点を抽出している。その改善点は職員間で共有され実施の結果は、職員会議にて評価、見直しがされている。

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。	b	施設長は、自らの役割と責任を職員に対して明確に表明すると云う機会を持つ事はないが、年初の広報誌に一部役割と責任に関し、伝えている。又、職務分掌を詳細に策定し職員に周知している。有事の際の権限委任等に関しては、今後の課題となっている。
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。	b	職員に対しては、法令の改定のあった機会や研修後の報告の中で都度説明を行っている。又、法人としてはコンプライアンス規定を策定し、周知を図っているが、具体的に順守すべき法令等を説明する機会を持っていない。今後の課題である。
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	利用者満足度調査を毎年実施すると共に、施設サービス自己評価や施設運営状況自己評価等を実施している。確認された個別の課題に関しては、改善の取り組みを行い、評価・見直しをしてきている。職員室は全員に声が届く広さで、何かあれば全員で確認し検討できる環境となっている。

		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。	b	組織の理念や基本方針の実現に向けての、環境整備や具体的な取組み等には不十分さを感じるが、組織をまとめ日々質の向上に対しての改善活動は、少人数であるが故の風通しの良さで、確認・検討が進められている。人事、労務、財務等に関しては、法人の毎月の会議での報告事項でも有り、詳細な分析が行われている。

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	従来の人事計画に沿った対応を進めてきた結果、現在の状況が計画を満たした状況となっており、以後は欠員の補充や急な休職等に対応した採用活動(正規職員は法人本部、臨時職員は施設の担当)が行われる。
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」については、法人HPの理事長あいさつで明確に表現されている。施設では、人事管理の一環として目標管理制度を導入しているが、給与と直接結び付いた運用となっていない為、職員処遇に関わる基準等は曖昧な印象となっている。又、職員とのコミュニケーションの機会として面談が義務付けられているが、職員の意見や意向・要望等を個別に聴き、期待やアドバイスを伝える機会として有効に活用してはと感じる。
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り組んでいる。	a	職員の各種労務管理データについては、毎月の法人への報告データにもなっており、施設長が管理している。職員の心身の健康と安全の確保については、メンタルヘルス制度が有り相談窓口も設置されている。又、ストレスチェックも毎年行われている。男性の育休を認める等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っており、働きやすい職場作りに配慮している。福利厚生については、各種補助金・祝いの支給制度がある。
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。	b	「期待する職員像」については、法人HPの理事長あいさつで明確に表現されている。目標管理制度が仕組として策定されている。しかしながら、その運用では人事考課制度として給与と直結している訳ではない為、制度としては曖昧な物となっている。評価に基づく年2回の面談に付いても、確実な実施が望まれる。
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。	b	専門資格や専門技術の取得については、自己研鑽の範疇で進められているが、取得の際の補助金の制度は策定されている。研修委員が各施設におり、法人内研修(階層別/職種別/テーマ別等)や推奨される研修の案内等を行い、研修計画の策定を進めている。又、研修計画とカリキュラムの評価・見直しを定期的に行っている。尚、基本方針の中に組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示していると云う事はない。
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	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は教育・研修計画の基礎データとして把握されている。教育制度としてOJTが導入されており、教育の際の作業基準マニュアルが一部策定されている。法人規定の各種研修(階層別/職種別/テーマ別等)に加え、研修委員により教育情報を元に職員の研修の機会は確保されている。
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。	b	実習生向けのマニュアルが準備されており、その中で実習に対する基本姿勢を明示している。又、実習内容については学校と連携して内容やプログラムを策定している。只、実習指導者としての要件を満たした職員がおらず、専門職種の特性に配慮したプログラム等は準備されていない。

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。			
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HPに理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報等、各種情報が適切に公開されている。苦情・相談体制については、重要事項説明書に詳細に記載されており、入所の際に説明されていると共に、施設玄関に全ページが掲示されている。苦情・相談の結果に付いて、周知する必要がある物は公表されている。
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	事務決済規程や文書管理規程、経理規程等が法人として策定されており、ルールが明確にされ、職員等に周知している。又、職員各位の職権に付いても、職務分掌が策定されており、詳細に規定されている。内部監査は職員の中から任命された内部監査委員により定期的に行われている。外部監査も外部の専門家により行われており、事業・財務に関する指導の他、経営改善に付いての指摘やアドバイスも受けている。

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	法人の基本方針に地域との交流については触れられている。地域からポスターの掲示依頼等があれば対応している。地域の行事や活動への参加については、利用者が重度である事もあり、中々難しい。買い物や食事会に地域の店舗を積極的に活用している。
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	ボランティア受入れマニュアルが策定されており、登録手続、保険関連、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されている。オリエンテーション時に説明事項や交流の仕方等、注意事項を伝達している。学校との連携については、未来くるワーク(職場体験)や音楽やダンス等の発表の機会としても活用されている他、近隣中学の美術部とのコラボレーションで作品を作っている。

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・団体に付いては、行政でまとめた冊子に殆どの団体が掲載されており、内容が必要充分であるので職員に配布され周知されている。相談支援連絡会や地区の社会福祉協議会の集会に於いて、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ている。又、中央区ネットワーク会議が設置されており区内のネットワーク化が推進されている。
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	年に1度ではあるが、施設に通う利用者家族を対象に静的弛緩誘導法の講習会を行っている。ここにはボランティアの助けを借りて開催されるが、地域からの参加は受入れていない。その他の講演会や研修会、地域サークル活動、住民参加の支援活動等は行っていない。また、災害時の地域協定等もなく、役割等も付与されていない。
		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	当施設常設の相談支援事業は現在行われていない。地域の福祉ニーズに関しては、法人主体の活動の中で把握が行われているが、現状では具体的な課題は確認できていない。新たな福祉ニーズに基づいた事業としての展開も、予定されていない。

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。	b	理念や基本方針にも利用者を尊重した福祉サービスの提供が触れられており、「倫理綱領」始め、規程等も各種準備されている。只、職員に周知され行動規範として機能しているかどうか、疑問が残る。標準の実施方法に付いては、利用者の多くが重度の障害がある為、個々個別に対応方法が違っており、中々標準化して介助方法を統一して実施することが難しい。
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	利用者のプライバシー保護に付いては、個人情報保護と分けて対応する必要がある。個人情報保護に関しての規程は策定されているが、プライバシーに触れた規程・マニュアル等は準備されていない。職員は利用者のプライバシー保護や虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務を持って介助に当たっており、プライバシー保護と権利擁護に関しては、熟知している。私物の収納ロッカーも改修しプライバシーが守れる様、工夫している。
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。	b	施設紹介資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしてあるが、市のHPへの掲載や公共施設等に置くことはしていない。見学、体験入所、一日利用等の希望者には、紹介文書に従い丁寧な説明がされている。紹介資料は、年度毎に更新されている。
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	サービスの開始・変更時には、重要事項説明書に従い利用者がわかりやすい様に説明している。サービス内容に関する説明と同意にあたっては、最終的には同意書を頂く事で利用者の自己決定を尊重している。利用者は重度の方が多いので、殆どが意思決定が困難な利用者であるが、家族に対し適正な説明を実施し、運用が図られている。
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	他の福祉施設・事業所への変更や地域・家庭への移行にあたっては、従前の内容から不利益が生じない様に配慮している。福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書が定められており、相手先により対応している。変更や移行後も担当者が相談窓口となり、相談等に対応している。
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	家族会が年5回開催され、利用者の満足度も都度確認されているが、改善案の検討等に利用者に参加できる場面は設定されていない。その他、施設が行う満足度調査は年1回行われ、結果の分析・検討から具体的な改善が進められる。
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	苦情相談窓口の仕組みは確立しており、受付担当者の設置や解決責任者の設置、第三者委員の設置がされており、その他行政の相談窓口も紹介されている。仕組みの内容に付いては、重要事項説明書に記載されており、所内掲示もされ周知が図られている。「皆様の声」と云う箱の設置がされており、苦情相談を申し出やすい配慮がされている。家族に周知の必要がある内容に付いては、申請者に確認の上、公表されている。
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	苦情相談の解決の仕組みの中で受付担当者の設置を始め、解決責任者の設置、第三者委員の設置がされており、その他行政の相談窓口も紹介され、窓口が複数ある事、何処に申し出ても良いことが明示されている。内容は重要事項説明書に明文化されており、相談場所として小部屋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。	a	「苦情相談窓口」が設置されており、記録方法や対応策・報告の手順等を定めたマニュアルが整備されている。職員は日常の色々な場面の中で相談に応じており、多岐に渡る受付窓口の設置・紹介もされている。「皆様の声」と云う箱の設置がされており、苦情相談を申し出やすい配慮と相談しやすいスペースの確保がされている。検討の結果、改善に結び付く内容は公表も含め、取り上げられる。
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	リスク管理規程が策定されており、体制は整っているが、職員への周知や徹底に付いては不十分さを感じる。ヒヤリハット事例の収集が図られ、要因分析・改善策検討・実施等は行われているが、ファイルされているのみで、以後の再発防止策の検討、実施、事例の研究等がなされおらず、再発かどうかの検証も出来ない状態になっている。

		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。	b	看護師3人体制と云う事も有り、管理体制は整備されている。感染症マニュアルは冊子の中に触れられている部分がある程度に準備されている。感染症に関する講習会は、法人の研修計画にも組み入れられている。うがい手洗い等の予防対策は徹底されており、感染症発生時の対応は、看護師により適切に行われている。只、マニュアル等の見直しは行われていない。
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。	b	災害時の対応体制に付いて、事業継続計画(BCP)が法人として検討されている。施設としての対応に付いては、フローチャートの分かり易いマニュアルにはまとめられていない。安否確認方法に付いても曖昧になっている。備蓄に付いては管理者を決め整備している。施設単独での避難訓練は行っているが、地域での合同防災訓練等は実施していない。
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	重度の利用者が多い為、各人の個別支援計画の内容に共通の対応方法は少なく、標準的な作業方法としてまとめる事は難しい状況である。依って、各人の個別支援計画に沿った支援を職員周知の元に行っているかどうかの評価のポイントとなる。個別支援計画の内容に付いては、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されており、実施状況の検証に付いては、個別支援計画のフォローの中でPDCAサイクルが確認されている。
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定義が、本施設では個別支援計画その物と云う事にした為、個別支援計画のPDCAが確実に展開されている現状から、本項目は全ての実施が確認出来る。
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	アセスメントに付いては、規定の様式が準備されており、内容に付いては、手順に従い入所時に詳細に確認される。必要に応じ、医師/相談支援員/市担当職員/PT/OT等の参加によるカンファレンスが開催される。アセスメントに従い、利用者のニーズを織り込んだ個別支援計画が策定され、その手順に基づきPDCAの展開がされる。多くの利用者が支援困難ケースに当たる為、個別支援は適切に行われている。
		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	個別支援計画の内容に付いては、半期毎に評価・見直しを行い、利用者(家族)に説明しニーズの再確認を行った上で、次の計画に結びつけている。各人の個別支援計画の内容に付いては、ケース会議で職員間で確認し、情報共有を図っている。計画の変更には当たっては、利用者(家族)の確認を取った上で変更(改善)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の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a	利用者に関する記録は、アセスメント、個別支援計画始め、日報や連絡票(家族)等の規定様式により記録されている。記録に付いては、主任/主査/園長の確認印が必要で有り、提出の都度、記録内容や書き方に差異が生じない様、チェックし指導が行われている。園に入る全ての情報は、情報收受担当が受け取ってから振り分ける方式となっている為、分別もそこで行われる。職員の情報共有は、定期的な職員会議・ケース会議にて行われている。
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	利用者の記録に関する管理体制は、個人情報保護規程や文書管理規定等により制度化されている。個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対応として、懲罰規定も設けられている。職員に対しては法人始め、施設でも情報セキュリティ講習を受講し、遵守している。個人情報は、施設長の管理の下、ファイリングされている。

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	重度障害者の生活介護の為、非該当部分有。 利用者の自己決定や意向については、本人からの直接の聴取は難しい部分があるが、可能な限り読み取り、極力意向を重視するよう配慮している。希望についても、例えば、食べ物や飲み物を選択する場面を設け、自分で選ぶと云う事を尊重して介助している。
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。	a	職員は利用者の権利侵害や虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務を持って介助に当たっており、身体拘束の禁止や権利擁護に関しては、熟知している。
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	重度障害者の生活介護の為、非該当部分有。 「自立」に関しては、個別支援計画の中で一人ひとりの個性・状況に沿った介助を行っており、自力で利用者がしようとしている事は、見守りの姿勢を基本とした支援を行っている。利用者の状態に応じて、ショートステイや入所施設の経験等も行っている。
		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。	b	利用者との言語的コミュニケーションは難しいが、表情の変化を読み取り意思表示を汲み取ると云う高度な対応になるが、職員は日々努力している。
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	利用者との言語的コミュニケーションは難しいが、表情の変化を読み取り意思表示を汲み取ると云う高度な対応になるが、職員は日々努力している。
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	利用者や家族のニーズを尊重し、個別支援計画を作成しており、利用者の障害の状態や能力に基づいて、支援内容や活動内容を決めている。内容については、ケース会議で職員間で確認し情報共有を図り、検討・見直しを行っている。
		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	支援内容は、一人ひとり対応の仕方が違っている為、利用者の障害による行動や生活の状況等を充分把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。利用者の中に目立った不適応行動はないが、自傷行為等個別的な配慮が必要な利用者について、支援記録等に基づき、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	重度障害者の生活介護の為、非該当部分有。 食事は、時間の制約があまりなく利用者が楽しめる様、配慮されている。排泄介助については、同性介助を遵守し、利用者の習慣や健康状態等に留意し、利用者の状態に合わせた支援を行っている。
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	重度障害者の生活介護の為、非該当部分有。 日中活動の場や食堂・トイレ等は安心・安全に配慮され、清潔が保たれている。他の利用者に影響を及ぼす様な場合、一時的に他の部屋に移す等の対応と支援を行っている。生活環境の改善については、家族等の意見も交え、改善と工夫を行っている。
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。	c	重度障害者の生活介護の為、訓練対応はしていない。
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。	b	生活介護事業だが、入浴サービスを行っていない為、非該当部分有。 日常支援の様々な場面に於いて、利用者の健康状態の把握に努めている。活動の内容の検討に当たっては、PTの指導により歩行訓練を行うなど、利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進の為の工夫を行っている。看護師3名体制(内1名非常勤)により、利用者の体調変化等に迅速な対応が図られている。
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	主治医(指示書を貰う)/嘱託医との連携体制は確保されている。健康診断や歯科検診等、利用者の健康管理は適切に行われている。適切な服薬管理が行われている。看護師も3名体制(内1名は非常勤)で万全を期している。
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。	c	入所施設対象の為、対応していない。
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	一部の利用者については、将来の生活の場を確保するべく地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。又、利用者の希望と意向を把握し、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。	a	施設と家族の間で、利用者に関する必要な情報が共有されている。家族からの相談に応じたり、施設訪問の機会を設けたりしている。保護者会や保護者とボランティアの交流のイベントを企画する等、家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。
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。		評価外
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。		評価外
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。		評価外
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。		評価外