

## 福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

### ① 第三者評価機関名

静岡県社会福祉協議会

### ② 施設・事業所情報

名称：障がい支援 ひかりの丘	種別：生活介護事業所	
代表者氏名：小川 淳子	定員（利用人数）： 20名（23名）	
所在地：静岡県富士市厚原672-2		
TEL：0545-72-3963	ホームページ： <a href="http://www.shinai-kai.jp/hikarinooka/">http://www.shinai-kai.jp/hikarinooka/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成5年1月7日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 信愛会		
職員数	常勤職員： 12名	非常勤職員 5名
専門職員	（専門職の名称）	
	看護師 1名	
施設・設備の概要	（居室数） 8	
	多目的室・訓練作業室、給湯室（2）、便所（4）	（設備等） 消火器・火災報知機

### ③ 理念・基本方針

【理念】愛・信頼・貢献

【綱領】

- 1 私たちは、人間愛に基づき、利用者を中心とした安心と信頼を与える福祉サービスを実践します。
- 2 私たちは、ノーマライゼーションの理念に則り、利用者の人格を尊重したサービスの提供に努めます。
- 3 私たちは、社会福祉法人の本分をわきまえ、関係機関と協調し、地域社会に貢献します。
- 4 私たちは、常に公正・公平・堅実を旨とし、長期に亘って安定的な経営を目指します。
- 5 私たちは、法人傘下ならびに姉妹法人各施設と相互に協力し、連携を密にして効率的で良質なサービスの提供を行います。
- 6 私たちは、時代の趨勢に目を向け、時代のニーズに合致した運営を目指します。
- 7 上記各項目を誠実に実施して行くために、良質の職員の確保と人材の育成に努めると共に、より良い職場環境の醸成に努めます。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- \* 保護者や利用者の希望に応じて、入浴支援を実施しており、より安全で使いやすい浴槽設備にするために、浴室改修の計画を立てています。
- \* 在宅生活継続のために必要な短期入所に関し、現在は、近隣等の施設と連携を図り、送迎を行い、利用に繋げていますが、将来的には、同一法人内介護施設と連携して、共同型短期入所サービス事業として利用できるように、計画を立てています。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年5月28日（契約日）～ 令和元年12月13日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	一回（平成 年度）

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

- \* 職員の行動規範となるよう具体的に記述された基本方針の小冊子を作成しています。
- \* 利用者本位サービスを提供するため、「基本方針」に、利用者尊重の姿勢が明示されています。その姿勢は「ケアマニュアル」にも反映しています。定期的に状況の把握・評価を行うため、権利擁護チェックリストを毎月1回提出し、権利擁護委員会で評価等を行っています。
- \* 「期待する職員像」を明確にし、目標管理に関する仕組みを構築し、職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っています。
- \* 高齢者とは違い、通所での入浴支援を実施しない事業所が多い中、保護者・利用者の希望に応じて、入浴支援を実施しています。
- \* 意思表示が難しい利用者について、コミュニケーション方法や確認方法を工夫し、難しいことを理解したうえで、一人一人に対応しています。

#### ◇改善を求められる点

- \* 遵守すべき法令等を正しく理解するための具体的取組（リスト化・担当者配置・研修等）を行っていません。
- \* 法人で経営分析する場である「マネジメント研修」にも参加していないなど、経営の改善や業務の実効性を高めるための積極的な取組が求められます。
- \* 苦情解決状況のホームページによる公表が求められます。
- \* 事業所変更等にあたり、手順と引継ぎ文書を定めてなく、担当者や窓口も設置していないなど、サービスの継続性に配慮した対応が求められます。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

私どもは日頃から法人理念であります「愛・信頼・貢献」に基づいてご利用者の生活支援にあたっております。その中で、今回の第三者評価において、支援の基本としての、個別ニーズへの対応や日常生活への支援などが評価されたことは、大変励みになりました。

一方、改善すべき点も多くご指摘いただきました。ただ、その多くは取り組みをしても記録が不足し、不十分なお説明になってしまっていたことによるものが多いと考えております。そこで、今後、私どもとしては、仕組みやマニュアルなどの明文化をし、全職員への周知の仕方を改めてまいります。また、評価の着眼点を通じ、施設運営についても法人との協議により、今後安定的なサービス提供ができるよう努めてまいります。

### ⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
- b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
- c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 評価対象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
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。	a
<コメント>基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容の小冊子になっている。 職員周知は、新入職員研修時講義を受け、日常的には、事務所に掲示し職員会議で唱和している。周知状況は、毎月開催の権利擁護委員会で、「チェックリスト」を用いて確認している。		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に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。	c
<コメント>「ひかりの丘の今後」で、経営の環境と状況が的確に把握・分析されているが、過去のものであり、直近ものとして法人のケアマネジメント研修の資料はあるが、その研修に当事業所としての参加はなく、事業経営の環境と状況が直近のものとしてはない。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	c
<コメント>経営状況や課題について、法人のケアマネジメント研修を通し明確にしているが、その研修に当事業所としての参加がない。当事業所としての分析や職員周知ができていない。		

##### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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
<コメント>中・長期計画を策定しているが、過去（平成23年度～28年度）の計画に比して、現状分析など具体的内容面で後退し、収支計画もない。		
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
<コメント>事業計画には、利用者予定数の数値目標や実行可能な具体的事業内容が設定されているが、中・長期計画の31年度にある「入浴設備調査・エアコン」についての記載が、事業計画にない点で、反映が十分でない。		

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。	c
<コメント>職員会議録等に職員参画を明らかにする記録がなく、手順などの仕組みも定めていない。		
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
<コメント>「保護者懇談会」の場で、事業計画を配布し説明しているが、わかりやすい資料などの作成がなく、より理解しやすい工夫の面が十分でない。		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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。	c
<コメント>毎月、サービス向上委員会が開かれ、平成16年から自己評価も実施しているが、評価の仕組みを定めていない。		
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。	c
<コメント>自己評価を実施後、集計し数値化したものはあるが、その段階で留まり、それに基づき課題を明確にした文書はなく、改善計画等も立てていない。		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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。	c
<コメント>自らの考えを、広報『ひかりの丘』にて定期的に表明し、「危機管理マニュアル」にて、指揮系統を明確にしているが、「業務担当表」に施設長の役割の記載がない。		
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。	c
<コメント>「コンプライアンス規程」はあるが、(パソコン内にはあるが、プリントアップもされていないなど)活用されていないなど、担当者等も決めていない。リスト化がなく、研修会等の参加もない。		
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。	b
<コメント>研修の充実を図り自己評価も実施しているが、評価の仕組みを定めていないなど、改善のための体制づくりが十分でない。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	c
<コメント>法人で経営分析する場である「マネジメント研修」にも参加していないなど、組織内の体制に積極的に参画しているとは言えない。		

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt;中・長期計画に「将来を見据えた人材育成」の方針を明確にして、教育担当者を「教育担当者研修」に参加させているが、採用活動としては、チラシを配る程度で効果的な人材確保を実施していない。人材や人員体制に関する具体的な計画もない。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;「期待する職員像」を明確にし、人事基準を定め、評価もされ、キャリアアップの仕組みも作っているが、職員処遇の水準の評価・分析の取組がなく、改善策の検討もない。</p>		
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組んでいる。	c
<p>&lt;コメント&gt;定期的に個別面談を実施しているが、責任体制の明確化やデータ化はなく、就業状況等を把握する仕組みの構築もない。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;「期待する職員像」を明確にし、「人事考課実施マニュアル」で仕組みを構築している。職員一人ひとりの目標は、適切に設定され、面談・進捗状況の確認も適切に実施されている。</p>		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt;「期待する職員像」を明確にし、計画に基づいて研修を実施しているが、計画に専門資格等の明示がなく、計画の評価や見直しも行っていない。</p>		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt;法人としての研修体制が整っていて、「参加履歴簿」があり、外部研修参加も勧奨しているが、実際にOJTが適切に実施されているかを確認できる文書等がなく、研修成果の評価・分析も実施していない。</p>		
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c
<p>&lt;コメント&gt;基本姿勢を明文化したマニュアル等の整備がなく、指導者に対する研修も実施していない。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;ホームページに事業報告や決算等を公表し、広報誌には、苦情内容の記載はあるが、ホームページでの苦情体制や内容の公表がない。社会や地域に対しての明示・説明の取組がない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;会計士による外部監査を毎年実施し、経営改善を行い、取引等に関するルールも、「経理規程」で定めている。職務分掌と権限・責任は法人の「職務権限一覧表」に記載しているものの、わかりづらい表であり、職員への周知が十分でない。</p>		

### II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;基本的考えを明確にして、交流の機会を定期的に設け、地域における社会資源の利用を推奨しているが、情報の収集・提供がなく、地域活動参加の支援体制も整っていない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;マニュアルを整備し、基本姿勢を明確にしているが、学校教育等の協力について基本姿勢を明文化してなく、ボランティアへの研修等も行っていない。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;関係機関との定期的な連絡会等に参加し、リストも作成しているが、その情報が職員間で共有化されていない。</p>		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt;自立支援協議会に主任が参加し、その連携の中でニーズの把握に努めているが、アンケートを実施するなど主体的に動くことはしていない。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c
<p>&lt;コメント&gt;計画相談、ライフサポートや日中支援等の事業を実施し、公益事業として生活保護家庭への昼食支援を実施しているが、公益事業の方は、事業計画の記載がない。地域コミュニティの活性化等への貢献がなく、防災対策取組や事業所ノウハウの地域に還元する取組も行っていない。</p>		

## 評価対象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

		第三者評価結果
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 利用者を尊重した福祉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
<p>&lt;コメント&gt;職員に配布された「基本方針」の小冊子に、利用者尊重の姿勢が明示され、職員規範を載せている。その姿勢は「ケアマニュアル」にも反映している。定期的に状況の把握・評価を行うため、権利擁護チェックリストを毎月1回提出させ、権利擁護委員会で評価等を行っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;プライバシー保護規程があり、「ケアマニュアル」にも、サービス場面ごとに、プライバシー保護への留意事項が記載されているが、職員研修がなく、周知の取組が十分でない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;利用希望者には、パンフレットを活用して、丁寧に説明し、見学・体験実習等の希望にも対応しているが、公共施設へのパンフレットの配布はなく、情報提供の見直しも実施していない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;重要事項説明書等で十分説明し、家族等の同意を得て、その内容を書面で残しているが、わかりやすくする工夫がなく、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化もない。</p>		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt;手順と引継ぎ文書を定めてなく、担当者や窓口も設置していないなど、サービスの継続性に配慮した対応をしていない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;定期的に面談が行われ、サービス利用計画に反映しているが、分析・検討の記録が残されていない。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;体制は整備され、実施しているが、出しやすい工夫はされていない。公表は行われているが、申し出た方へのフィードバックの記録が残されていない。</p>		

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。	b
<コメント>方法等を利用者家族に口頭で伝えているが、文書やその掲示はない。相談室が設置され、聞き取りが行われた内容は記録されている。		
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。	b
<コメント>積極的に行われ、意見・取り組みは記録されている。マニュアルは作成されているが、内容の見直しは行われていない。		
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
<コメント>危機管理マニュアルが作成され、周知されている。ヒヤリハットや事故報告も記録されているが、安全確保策の定期的な見直しは行われていない。		
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。	a
<コメント>委員会が設置され、看護師が中心になりマニュアルが作成され、職員への研修も定期的に行われ、発生時も迅速に対応している。		
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
<コメント>安否確認等防災訓練は定期的に行われ、防災倉庫の対応、地域との連携は行われている。体制はマニュアルで決められているが、BCPは現在作成中である。		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。	c
<コメント>ケアマニュアルがあり、入浴・送迎に関しては具体的な内容であるが、権利擁護等についての記載はなく、サービスがケアマニュアルに沿って提供されているか確認できない。		
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。	c
<コメント>検証・見直しに関するルールの策定や実施はされていない。		
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支援計画を適切に策定している。	a
<コメント>統一された手順で、必要に応じて様々な職員が参加し、策定されている。支援困難ケースも職員は研修を受け、必要な個人に手順書等を作成している。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a
<コメント>手順が決められ、定期的かつ随時行われ、個別支援計画に反映されている。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	b
<コメント>個別支援計画とリンクした経過表があり、記録内容は共有化されているが、記録		



内容に差異が生じないような研修やマニュアルはない。		
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。	b
<コメント>規定はあり、記録管理責任者も決まっているが、職員に対する研修は行われていない。利用者には重要事項説明書で説明を行っている。		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	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
<コメント>利用者本人とのコミュニケーションを積極的に行い、本人の意向を確認しながら対応している。		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	c
<コメント>身体拘束や虐待に関して、マニュアルや検討・理解の仕組みが出来ている。利用者に周知することは、行われていない。		

### 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	b
<コメント>個別支援計画やアセスメント票を基に、言葉や行動での動機づけを行っている。生活関連のサービス支援も行っているが、生活の自己管理は行っていない。		
A④	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
<コメント>言葉や仕草・表情・家族への確認など様々な方法でのコミュニケーションと確認を実施している。繰り返しのトレーニングで理解力が高まった利用者もいる。		
A⑤	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
<コメント>日常の支援の中で行っており、相談内容は周知、検討されている。個別支援計画の変更も行われている。		
A⑥	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
<コメント>個別支援計画に基づき、日々の活動の選択・実施、外部でのサービス提供の情報提供や参加など希望に応じた支援が行われている。		
A⑦	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
<コメント>職員は研修会に参加し、知識を深めて、必要な利用者に対しては、環境づくりなど個々に対応している。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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
<コメント>日常的な支援は、個別支援計画に基づき、利用者の状況に応じた支援がされているが、トイレ環境でのプライバシーの課題がある。		

A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;広くない環境ではあるが、広く使える工夫をされている。採光・気温・湿度に配慮され、過ごしたい環境で生活できている。トイレのプライバシーの配慮が必要である。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;機能訓練は、利用者の障害の状況に応じて訓練が必要という利用者に対しては、OTの指示を受け訓練している。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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
<p>&lt;コメント&gt;健康状態は、医務記録などで把握確認されている。嘱託医による検診も定期的に行われており健康維持の実践も行われているが、衛生管理等の研修が定期的に行われていない。</p>		
A⑫	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
<p>&lt;コメント&gt;医療的ケアの必要な利用者はいないが、服薬については、管理・服用ミスへの対応が管理され、看護師による研修も定期的に行われている。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	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
<p>&lt;コメント&gt;希望に応じて、電車・新幹線・食事など自由な外出が可能である。食事や利用者の金銭支払いなども工夫され支援が行われている。季節の情報なども提供されている。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;地域生活継続希望をアセスメントで確認しているため、改めて意向を確認していない。</p>		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	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
<p>&lt;コメント&gt;家族との交流は、少なくとも年六回あり、定期的に、意向確認を行っている。急変時に対応マニュアルはある。希望に応じて臨機応変に行う体制ができている。</p>		

### 評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	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。	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

## 評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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。	非該当
＜コメント＞		
A⑱	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。	非該当
＜コメント＞		
A⑲	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。	非該当
＜コメント＞		