

## 福祉サービス第三者評価結果

## 第三者評価機関名

株式会社 ブルーライン

## 事業者情報

名称： 草加市総合福祉センター であいの森	種別： 地域活動支援センター
代表者氏名： 桑田 敏明	定員(利用人数)： 21 (40) 名
〒 340-0001 所在地： 埼玉県草加市柿木町261-1	048-936-2791

## 総評

## 特に評価の高い点

- (1) 全体の事業計画に準じた形で本年度の重点テーマが別途設定されており、そのフォローに於いては職員主体の展開方法により運営され数値目標も掲げられています。3ヶ月毎に実施状況の確認・評価・見直しと云った一連のPDCAの改善サイクルが組織的に行われ、仕組として機能しています。
- (2) 利用者の安全を脅かす事例の収集をヒヤリハット報告として体制を整備した上で実施しており、要因分析や対応策の策定後、1ヶ月の運用期間を経て振り返りを行い、再び評価・見直しを図っています。
- (3) 福祉サービスに関する地域ニーズの傾向や法人としての役割・方向付けに基づき、プロジェクト的なワーキンググループ会議が施設内に設置され、複数年に亘り課題の解決策の検討・実施を進めてきています。
- (4) 食事は利用者一人ひとりの障害の状況や体調に応じて調理方法等を工夫したり、時間的にも各人のペースで食べられる様、適切な食事介助を行っています。又、管理栄養士の指導のもと、栄養バランスを考慮したものとなっており、個々の嗜好やアレルギーを調査し、場合によってはメニュー以外の物も提供していま

## 特にコメントを要する点

- (1) 理念・基本方針/中・長期計画/年度事業計画の定義付けや関係性・位置付けが曖昧になっている様に感じます。組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示す理念・基本方針を礎として、取り組むべき目標(ビジョン)を実現する為に、組織体制や重点課題・設備の整備・職員体制・人材育成等を含めた具体的な計画を示す中・長期計画、それを受けて単年度に於ける事業内容を具現化すべく実行可能な計画として策定する事業計画。この一連の連続性や継続性を踏まえ、利用者や職員に説明・周知する事で、施設が何を目指し何をしようとしているのか、将来的にどの様に改善されて行くのかが理解され、地域にも発信する事でより貢献出来るより身近な施設となって行くのではないのでしょうか。
- (2) 事業団として階層別教育研修計画が策定され、資格を取得した対象の職員に付き研修が義務付けられていますが、人事管理に関する基本的な考え方や方針、組織が目指す福祉サービスを実施する為に職員に求める基本的姿勢や意識、或いは専門技術や専門資格等が確認出来ず、又、職員一人ひとりに付いての教育・研修計画に付いても策定されていません。
- (3) 利用者尊重や基本的人権への配慮、身体拘束・虐待防止等に関しては理念や基本方針にも明示され、教育・研修等により職員に周知されていますが、日常のサービス内容に関わる標準的な実施方法が示されたマニュアル等が確認出来ません。職員個々の支援方法の違いを少なくする為や、新入職員に対する教育内容の不統一を防ぐ為には、やはり標準的な支援方法を定めたマニュアル等が必要ではと感じられます。
- (4) 年1回の利用者満足度調査や相談面接時の聴取等を行い、支援に於ける課題の抽出・改善案の策定・実施は進められていますが、利用者懇談会や家族会は開催されていない為、施設の改善内容や中・長期計画/事業計画も含めて伝達しきれていないと感じます。施設がサービスの向上に付いて何を考え、どの様に進めようとしているのかは利用者とのより良い関係を構築する意味からも、丁寧に説明する事が望ましいと思われれます。

## 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価結果を真摯に受け止め、改善に事業団事務局、であいの森地域活動支援センター一体となり対応していきたいと考えます。特にC評価を受けた項目につきましては、早急に管理者、職員間で再度問題点を提起し、検討、改善に向けていきたいと考えます。また、良い評価を得た項目につきましても、今後着実に継続していくよう、しっかりと確認していきたいと考えます。

今回の評価結果が、各職員の意識改革に繋がり、職員一丸となって、より良い施設運営に向けて行動し、利用者へのサービスの質を高めていくことに繋がるよう努力していきたいと考えます。

今後の施設運営に当たり、貴重なご意見、ご指摘を頂きましてありがとうございました。

## 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

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

## - 1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
- 1 - ( 1 ) 理念、基本方針が確立されている。		
- 1 - ( 1 ) - 理念が明文化されている。	a	法人として経営理念・サービス理念が設定されており、ホームページや案内文書に明記されている。
- 1 - ( 1 ) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念同様、法人として経営方針が設定されており、ホームページや案内文書に明記されているが、センター内の各種文書の表記に色々な表現が有り、判り難いのではと感じる。
- 1 - ( 2 ) 理念、基本方針が周知されている。		
- 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	所内掲示もされており、朝のミーティングの際、月1回全職員で唱和して確認をしている。
- 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	入所の際に重要事項説明書に記載された内容を説明しているが、利用者会等を開催していない為、継続的・定期的な取組にはなっていない。

## - 2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
- 2 - ( 1 ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
- 2 - ( 1 ) - 中・長期計画が策定されている。	b	年度毎の事業計画には目標等を明記しているが、中・長期計画としては策定されていない。
- 2 - ( 1 ) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	年度毎の事業計画には、重点課題に付き数値目標も設定され、3ヶ月/回の評価・見直しも行われ仕組みとして組織的に取組がされているが、中・長期計画が策定されていない為、将来へ向けての連続性・継続性としては確認出来ない。
- 2 - ( 2 ) 事業計画が適切に策定されている。		
- 2 - ( 2 ) - 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画は職員参画の元で検討され、その中の重点課題に付いては、3ヶ月毎に実施内容の確認・評価・見直しと云った一連のPDCAのサイクルが組織的に行われている。
- 2 - ( 2 ) - 事業計画が職員に周知されている。	a	全体の事業計画に準じた形で重点課題が設定され、そのフォローに於いては職員主体の展開方法により運営されており、3ヶ月毎に実施内容の確認・評価・見直しと云った一連のPDCAのサイクルが組織的に行われている。
- 2 - ( 2 ) - 事業計画が利用者等に周知されている。	c	年度の事業計画に付いては、利用者会や家族会が開催されていない為、利用者等に説明する機会がない。施設がサービスの向上に付いて何を考え、どの様に進めようとしているのかは利用者とのより良い関係を構築する意味からも、丁寧に説明する事が望ましいと思われる。

## - 3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
- 3 - ( 1 ) 管理者の責任が明確にされている。		
- 3 - ( 1 ) - 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者は、年度始めの広報誌に所信として明示しており、職員会議等に於いても自らの役割と責任について表明している。
- 3 - ( 1 ) - 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	管理者は、各種研修の中で遵守すべき法令に関して把握し、職員にも周知する為の情報伝達を行っているが、環境関連法やその他の関連する法令を把握する為のリスト化等は行っていない。
- 3 - ( 2 ) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
- 3 - ( 2 ) - 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	管理者は、各々の内部会議の内容に応じ、指示・情報伝達・検討・計画策定・評価・見直し等を直接指示、或いは指導を行っており、毎日の申し送り会議やケース会議に極力参加出来る様、配慮している。
- 3 - ( 2 ) - 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	本年度から次年度に向けての事業内容の変更に伴う検討事項に対応する為、プロジェクト的なワーキンググループ会議を開設し、自らもその活動に積極的に参画し指導力を発揮している。

## 評価対象 組織の運営管理

## - 1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
- 1 - ( 1 ) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
- 1 - ( 1 ) - 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	草加市の福祉サービスに関するニーズの傾向や法人としての役割・方向付けに基づき、現在のワーキンググループ会議が発足し、複数年に亘り課題の解決策の検討を進めてきている。
- 1 - ( 1 ) - 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	一部の課題に付いてではあるが、複数年に亘り課題の解決策の検討・具体化への施策の実施が職員の参画の元、プロジェクトにより推進されて来ており、改善が進められている。
- 1 - ( 1 ) - 外部監査が実施されている。	a	毎年、公認会計士による財務監査・経営状況監査が実施されており、指摘内容に付いては改善が進められている。

## - 2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
- 2 - ( 1 ) 人事管理の体制が整備されている。		
- 2 - ( 1 ) - 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	事業団として階層別教育研修計画が策定され、資格を取得した対象の職員に付き研修が義務付けられているが、人事管理に関する基本的な考え方や方針・具体的なプランは策定されていない。
- 2 - ( 1 ) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	客観的基準に基づいて各人の人事考課が行われ、その内容を元にフィードバック面談が持たれており、今後の希望・要望や職場の環境改善に付いての意見等も聴取されている。
- 2 - ( 2 ) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
- 2 - ( 2 ) - 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	職員の意見や要望に対しては、人事考課の際の面談や日常の中でも相談に応じているが、相談室やカウンセラーを置いて職員が相談し易い様な体制は準備されていない。
- 2 - ( 2 ) - 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	外部の福利厚生センターに加入し、職員の福利厚生や健康の維持に取り組んでいるが、悩み相談窓口やカウンセラーを置いて、職員が相談し易い様な体制は準備されていない。
- 2 - ( 3 ) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
- 2 - ( 3 ) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	c	基本方針や中・長期計画の中に、組織が目指す福祉サービスを実施する為に職員に求める基本的姿勢や意識、或いは専門技術や専門資格等は明示されていない。
- 2 - ( 3 ) - 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	個別の職員の技術水準・知識・専門資格の必要性等を把握し、研修案内が有れば都度、対象者を決めて参加させているが、職員一人ひとりに付いての教育・研修計画は策定されていない。
- 2 - ( 3 ) - 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	研修を終了した職員は、報告レポートの作成と研修内容の発表が義務付けられており、研修後の業務に生かされているか等の確認も行われているが、個別に教育・研修計画がない為、研修内容やカリキュラム等の見直しには至っていない。
- 2 - ( 4 ) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
- 2 - ( 4 ) - 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	c	現在の所、実習生の受け入れ態勢は整っておらず、マニュアル等も策定されていないが、来年度以降に付き、受入の準備を進めている。

## - 3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
- 3 - ( 1 ) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
- 3 - ( 1 ) - 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	リスク別緊急時対応マニュアルが策定されており、担当者・担当部署を明記したフローも所内掲示されている。又、設備点検後や避難訓練後の反省会等、安全確保に関する検討会も開催されている。
- 3 - ( 1 ) - 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行なっている。	a	毎年2回の避難訓練を実施しており、災害時の対応体制を整えている他、施設内のレストランに食料や備品の備蓄を行っている。
- 3 - ( 1 ) - 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	利用者の安全を脅かす事例の収集をヒヤリハット報告として仕組みを整備した上で実施しており、要因分析や対応策の策定後、1ヶ月の運用を経て振り返りを行い、評価・見直しを図っている。

## - 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
- 4 - (1) - 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	経営方針等にも地域福祉の向上や利用者の自立した日常生活・社会生活を営む事が出来る様に支援すると謳い、地域のサークル活動・行事等の案内を掲示し情報提供を行うと共に、であいの森祭り等の交流の機会も設け、地域との関わりを大切にしている。
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	身体障害者対象の音楽講座やリフレッシュ健康講座を開講し市広報誌を通して募集を行っている他、介護相談等の窓口を設置し地域支援を行っている。
- 4 - (1) - ボランティア受け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	受入マニュアルに従い、ボランティア希望者に対して事前に登録・施設見学・説明・当日のオリエンテーションを行った上で受け入れをしている。(25年度実績 254名)
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
- 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。	a	当該地域の関係機関・団体に付いて、リストを作成し掲示の上、職員に周知している。
- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	草加市福祉課・ケースワーカー・他施設との担当者会議・機関相談事業所等と連携し、共通の問題の解決に向けての協議や定期的な連絡会等を開催している。
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	a	草加市福祉課・ケースワーカー・地域住民に対する相談事業等を通じて地域の福祉ニーズを把握し、具体的に事業内容の改編等に繋げている。
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b	関係機関との連携や相談事業を通じて把握された地域の福祉ニーズに基づき、具体的に事業内容の改編等が進められている。この内容は複数年に亘り展開されているので、中・長期計画が策定されると理解し易いと思われる。

## 評価対象 適切な福祉サービスの実施

## - 1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果	コメント
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
- 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り組みを行っている。	b	利用者尊重や基本的人権への配慮、身体拘束・虐待防止等に関しては、理念や基本方針に明示され研修等により職員に周知されているが、サービス内容に関する標準的な実施方法が示されたマニュアル等は確認出来ない。
- 1 - (1) - 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b	法人として「プライバシーポリシー」を策定しており、ホームページにも公表しているが、内容として個人情報保護に関わる記述のみで、プライバシー保護規程とはなっていない。只、職員はプライバシー保護に関する基本的な知識や社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識は十分に理解していると思われる。
- 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。		
- 1 - (2) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行なっている。	b	年1回の利用者満足度調査や相談面接時の聴取等を行い、課題の抽出・改善案の策定・実施は進められているが、利用者懇談会や家族会は開催されていない為、改善内容を伝達しきれていないと感じる。
- 1 - (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
- 1 - (3) - 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	利用者からの相談に関しては随時対応しており、相談室も設定されている。又、であいの森として投書箱も設置されており、使用方法を明記した書面を掲示している。
- 1 - (3) - 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	であいの森として投書箱の設置と併せ、苦情解決責任者・受付担当者・外部窓口の設置がされており、重要事項説明書や内部掲示文書にも明記され説明がされている。又、苦情内容のフィードバックも提起者には勿論、全体に関わる内容については掲示し公表もしている。
- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	対応マニュアルを策定し、掲示する事で周知を図っており、必要があれば都度改訂がされている。改善の必要がある課題については、適宜、具体的な展開が図られている。

## - 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
- 2 - (1) 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
- 2 - (1) - サービス内容について定期的 に評価を行う体制を整備している。	a	年1回の自己評価と併せ、第三者評価の受審がされており、評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。
- 2 - (1) - 評価結果に基づき組織として 取り組むべき課題を明確にして、改善策・改善実施 計画を立て実施している。	a	第三者評価の評価結果に基づき、重点課題の抽出・改善策/改善実施計画の策定・実施・評価・見直しと云った一連の改善サイクルを、担当・スケジュール等を設定の上、展開して行くべく確認された。
- 2 - (2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
- 2 - (2) - 提供するサービスについて標 準的な実施方法が文書化されサービスが提供されて いる。	b	標準的な実施方法を規定したマニュアルは策定されていないが、OJTや個別の指導等により職員が理解する為の方策を講じている。又、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢に付いても職員に周知徹底が図られている。
- 2 - (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。	b	日常行われている支援方法に付き、マニュアル等に標準化はされていないが、改善提案が有った場合は実施方法を見直し、改善すべき点は改訂がされている。
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
- 2 - (3) - 利用者に関するサービス実施 状況の記録が適切に行われている。	b	サービス実施内容は、決められた各種フォーマットに記録され管理されているが、記録要領は策定されておらず標準的な記録方法は決められていない。
- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体 制が確立している。	b	記録管理責任者が設定され、利用者の記録の保管、保存、廃棄に関して文書管理規程が策定され運用されている。個人情報保護に関しては職員は理解し遵守しているが、情報開示に関しては規程の策定がされていない。
- 2 - (3) - 利用者の状況等に関する情報 を職員間で共有化している。	b	利用者の状況等に関する全ての情報は紙ベースでファイリングされており、職員全員が何時でも確認できる状態にしておく事が望ましい為、情報の分別等の必要はない。情報共有を目的としたケアカンファレンスは適宜開催されている。

## - 3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
- 3 - (1) - 利用希望者に対してサービス 選択に必要な情報を提供している。	a	法人のホームページに当施設の案内が掲載されており、パンフレット等も写真・図・絵等を使用し、分かり易く工夫され関係施設にも配置されている。見学・体験入所・一日利用等の希望には随時対応している。
- 3 - (1) - サービスの開始にあたり利用 者等に説明し同意を得ている。	a	サービス開始時には分かり易く工夫された重要事項説明書に従い料金等を含め説明し、同意を得て契約を取り交わしている。
- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
- 3 - (2) - 事業所の変更や家庭への移行 などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を 行っている。	b	事業所の変更や家庭への移行等に際しては、当施設での個別支援計画や関連情報を引き継ぎ文書として渡し、その後、もし相談等が有った場合は、窓口は設置していないが職員が随時対応する様、配慮している。

## - 4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
- 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている。		
- 4 - (1) - 定められた手順に従ってアセ スメントを行っている。	a	入所の際、定められた手順に従い決められた様式にアセスメントの内容が記録され、年1回の見直しも実施されている。又、アセスメント時に必要が有れば部門を横断したケアカンファレンスが実施されており、利用者の具体的ニーズも確認されている。
- 4 - (2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
- 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策 定している。	a	サービス管理責任者を計画策定の責任者としてサービス実施計画が策定され、必要が有ればケアカンファレンスが開催されており、年2回実施内容の評価・見直しも仕組みとして機能している。
- 4 - (2) - 定期的にサービス実施計画の 評価・見直しを行っている。	a	サービス実施計画の評価・見直しに付いては、年2回定期的な見直しが必要に応じてカンファレンスが開催されており、各職員に周知すべく情報開示されている。又、変更事案が発生した場合は、都度改訂がされる仕組みとなっている。

## 評価対象 適切な処遇の確保

## - 1 サービスの実施

	第三者評価結果	コメント
- 1 - ( 1 ) 個別支援計画または個別療育計画に基づいた適切な支援について。		
- 1 - ( 1 ) - 個別支援計画または個別療育計画を適切に作成している。	a	個別支援計画は利用者や家族の意向・要望を尊重し、利用者の障害の状態や能力に基づいて訓練内容や活動内容を決めている。
- 1 - ( 1 ) - 個別支援計画または個別療育計画に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	6か月ごとに個別支援計画の評価・見直しを行い、実施状況を検討し次の支援計画作成にあたっている。職員間での利用者の情報の共有は、適時確認される事で統一的な対応が図られている。
- 1 - ( 2 ) 利用者の状態に合わせたサービスの実施について。		
- 1 - ( 2 ) - 食事に関しては、おいしく楽しく食べられるよう工夫されている。	a	食事時間の1時間の中で各利用者のペースで食べられる様、配慮されており、利用者一人ひとりの障害の状況や体調に応じて調理方法等を工夫したり、適切な食事介助を行っている。又、管理栄養士の指導の元、栄養バランスを考慮したものとなり、個々の嗜好やアレルギーを調査し、場合によってはメニュー以外の物も提供している。
- 1 - ( 2 ) - 入浴に関しては、利用者の希望や事情を反映した支援を行っている。	b	入浴に関しては希望者に対して月、水、金の午後で対応しているが、高齢者デイケアと共有している為、他の時間帯での対応は出来ていない。入浴時の介助は、一人ひとりの障害の状況や健康状態に配慮して行うと共に、人格やプライバシーにも配慮して行われている。
- 1 - ( 2 ) - 排泄に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	排泄介助に関しては、一人ひとりの人格やプライバシーに配慮し、利用者の習慣や健康状態等に留意して支援を行っている。トイレは、使いやすさに配慮すると共に、常に清潔で快適な環境にある。
- 1 - ( 2 ) - 整容その他に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	利用者により歯磨き後のチェックを行う等、必要に応じて利用者の清潔を保ち、不快感を感じないように配慮しながら、身の回りの事に関する支援を行っている。
- 1 - ( 2 ) - 利用者の健康を維持するための支援を行っている。	a	毎朝、バイタルチェックを行い、異常があれば医療機関と連携する様な体制が確保されている。又、活動プログラムに散歩や体操等を取り入れ、利用者が適度な運動ができる様な配慮をしている。
- 1 - ( 3 ) 利用者の自主性と家族との交流について。		
- 1 - ( 3 ) - 利用者の自主性を尊重し、主体的に施設での生活が送れるような取り組みを行っている。	b	利用者や家族の意向を把握し、要望をサービスに反映させる取り組みを行っており、活動プログラムを工夫しながら支援を行っているが、選択肢は当日のプログラムに参加するか自由になっているかの二者択一になっている。
- 1 - ( 3 ) - 金銭管理その他利用者の財産を管理するための支援を行っている。	非該当	
- 1 - ( 3 ) - 利用者の自立（自律）に向けた取り組みを行っている。	a	入浴や排泄に関しての支援を行っているが、極力自分で出来る事は自分でする様に促し、自立（自律）に配慮した支援を行っている。
- 1 - ( 3 ) - 利用者の就労を支援するための取り組みを行っている。	非該当	
- 1 - ( 3 ) - 施設と家族との交流・連携を図っている。	a	日々の支援内容に付いては、連絡帳のやり取りや家族からの相談に随時応じ、利用者に関する必要な情報が共有されている。又、施設の催し等に招く事により、家族との交流・連携を図っている。