

評価細目の第三者評価結果 （障害者・児福祉サービス分野）

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	理念および基本方針は明文化し、館内に掲示しています。また、毎年度の事業計画書に記載し、ホームページにも掲載しています。

I－2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I－2－（１） 経営環境の変化等に対応している。		
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	経営状況については、稼働率や収入に関する月次報告を作成し、職員へ回覧を通じて情報を共有しています。また、法人本部との経営状況に関するヒアリングを年3回、財務担当者とのヒアリングを年1回実施し、経営状況の報告および課題改善に向けた取り組みを行っています。
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	職員会議などで稼働率向上のための方策を話し合い、課題分析を行いながら、収入増に向けた取り組みを進めています。また、経営状況のヒアリング時には、法人本部と経営課題や改善策について情報共有・相談を行い、課題解決に繋げています。

I－3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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	法人が定める経営基本計画および実施計画に基づき、5年間の施設取組計画を策定し、進行管理を行っています。
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	単年度事業計画は、5年間の施設取組計画を包括する形で策定し、これに基づいて運営を行っています。また、法人本部のホームページで単年度の施設取組計画を公開し、具体的な内容の情報発信にも取り組んでいます。
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	単年度の事業計画は、職員会議で話し合い、年度当初に報告書を作成しています。また、施設取組計画については、取り組み計画シートを用いて実績評価と課題分析を行っています。毎年、単年度の事業および施設取組計画の評価報告を法人本部に提出し、情報を共有しています。また、計画の策定と評価にあたっては、業務を分担し、全職員で情報を共有する仕組みを整えています。
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	年度当初に家族懇談会を開催し、行事計画や重要事項に関する説明を行うとともに、当該年度の事業計画について利用者のご家族へ周知しています。また、Instagramやホームページを活用し、幅広い情報提供に努めています。

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	コメント
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	PDCAサイクルに基づき、毎年「施設サービス・運営自己評価」を実施し、課題の抽出を行っています。結果については、分析と課題設定を行い、法人本部と連携しながらマネジメントを進めています。また、運営施設の自己評価はホームページで公開され、サービス向上に向けた組織的な取り組みが積極的に行われています。
I-4-(1)-② 評価結果に基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	運営自己評価の結果をもとに課題分析を行い、課題解決に向けた具体的な取り組みを設定し、マネジメントを行っています。結果は法人本部に提出し、情報共有を図っています。

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	コメント
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	管理者は、施設長会議において雇用管理改善に関する研修を受講しています。また、毎日の朝礼や職員会議では、施設の役割や課題について情報共有・意見交換を行い、「管理者や一部の職員のみが知っている」状況をなくすため、何でも言える職場環境づくりに取り組んでいます。そのため、全職員が情報を共有できるよう、資料の回覧や説明を積極的に行っています。
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	遵守すべき法令の理解を深めるため、最新の改定日や法人の関連規定を一覧化した表を毎年作成し、職員に回覧して周知しています。また、管理者は法改正などがあった際に、必要に応じて遵守を促進するための研修を実施しています。
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	管理者は、児童のニーズに応えられるよう、個人ではなくチームとして取り組むことを目標に指導を行っています。必要に応じて個々の職員の話聞き、支援方法や業務の動機づけを行い、サービスの向上に意欲的に取り組めるよう働きかけています。
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。	a	管理者は、施設で「あたりまえ」になっている業務について、疑問や改善案があれば職員会議などで提起し、改善に向けたアクションを起こしています。解釈や受け取り方は職員によって異なるため、業務に関して根拠を明確にし、全職員が同じ認識で説明できるよう働きかけています。

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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	正規職員および嘱託職員に関しては、法人として人員管理計画を策定し、それに基づいて採用を行っています。さらに、法人として階層別研修を実施しており、本部および外部にメンタルケアの相談窓口を設けるなど、職員の定着に向けた取り組みを行っています。
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a	正規職員および嘱託職員の人事管理（採用、異動、昇給、階層別研修など）は、法人本部で行っています。施設では、それを補完する形で、モチベーション管理や人材育成、勤怠管理などを実施しています。
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	勤務の割り振りは、個々の職員の希望をできる限り反映しています。時間外労働を少なくし、年次休暇が取りやすい職場環境づくりに取り組むなど、ワークライフバランスの促進に努めています。
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 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	法人の定める人事考課制度に基づき、職員個々と定期的に面接を行い、業務遂行能力やモチベーションの向上に向けた取り組みをしています。今年度は、コンサルタントも加わった法人全体のプロジェクトにより、現在共通の人事考課基準を策定中です。 従来の目標管理制度から、より事業所の実態に即した内容へと変更作業を進めており、職員育成に繋がる取り組みを行っています。
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	法人として人材育成方針を定め、研修委員会で研修を企画しています。施設では、年間研修計画を策定し、職員個々の知識やスキルに合わせて研修参加の機会を確保しています。研修については、施設取組計画の中でも目標を定め、計画的に取り組むを実践しています。
Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	a	研修計画に基づく研修受講に加え、研修受講者が行う伝達研修や復命書の回覧、必要に応じて管理者が講師となって行う研修など、さまざまな形で学びを深める機会が確保されています。また、年度終了後には研修報告をまとめています。
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	実習生やボランティアの受け入れに関する要領があり、それに基づいて担当者を定め、受け入れ体制を整えています。社会福祉協議会などから実習の依頼を受けた際には、原則としてすべて受け入れています。

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。	a	法人として、内部監査の結果や財務諸表などをホームページ上で公開しています。施設では、運営規程や重要事項説明書を備え置き、いつでも閲覧できる状態にしています。また、情報開示請求があった場合のマニュアルを整備し、迅速かつ適切に対応できる体制を整えています。
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	職員は、虐待防止チェックや施設サービス自己評価の取り組みを通じて、自らの支援を振り返り、公平性の維持に役立てています。集計結果は、ホームページに掲載しています。支援の様子については、保護者の同意のもと、写真や動画をSNSやホームページで公開しています。また、年に1回、家族を対象にサービスに関するアンケート調査を実施しています。結果は館内に掲示し、ホームページでも公開し、事業所内の取り組みを幅広く発信しています。

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
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	児童と地域との交流は、散歩で会った人に挨拶をすることや、近隣の公民館の催し物の見学などを通じて行われていますが、日常的な交流は十分には行われていません。事業所での自己評価でも、地域の児童関連施設（児童館や児童支援センター）との連携や交流が少ないことが課題として挙げられています。
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	ボランティア受け入れ要領に基づき、受け入れを行っています。事前に職員会議などで情報を共有し、全職員が同じ対応ができるような仕組みを整えています。
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	施設は、ひまわり特別支援学校の学校評議員を務め、児童の担任教諭と年1回の面談を行うなど、学校との情報共有・連携を行う仕組みが整っています。また、西区の地域協議会のこども部会に加わり、地域の事業者との連携を図っています。
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	児童の担当相談支援員と連携し、連絡・調整を通じて地域の福祉ニーズに関する情報を得ています。また、西区の地域協議会に参加し、地域のニーズや課題を共有しています。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	現在、利用児童はひまわり特別支援学校の生徒であり、他校からの受け入れは行っていない。サービスに関する相談は学校に関係なく受け付けており、要望があれば施設見学を受け入れ、相談者に応じた情報提供を行っています。

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	コメント
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	人権侵害対策マニュアルが策定されており、毎年定期的に「人権意識振り返りシート」や「虐待防止チェックリスト」、「施設サービス・運営自己評価表」を用いてセルフチェックを行っています。これにより、施設として考察や課題の抽出を行う体制が整っています。また、結果は法人本部に提出され、法人全体で共有されており、組織的な取り組みが行われています。
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。	a	プライバシー保護については、職員への周知や研修を通じて共通理解を深めています。支援の場面では、排泄（オムツ）の際にパーテーションを使用する、または部屋を閉めるなどの配慮を行っています。さらに、ホームページやSNSに写真や動画を掲載する際には、事前に保護者から同意を得ており、プライバシー保護に配慮した取り組みを行っています。
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	困りごとや要望がある場合には、丁寧に話を聞き、必要な助言を行っています。また、相談支援事業所と情報共有し、解決に向けて連携を図る体制を整えています。施設としては、家族支援を今後の課題と捉え、家族参加型のイベントや研修、ピアカウンセリングなど、実施すべき取り組みについて方策を検討しています。
Ⅲ－１－（２）－② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等に分かりやすく説明している。	a	毎年、重要事項説明会を開催し、提供するサービスの内容について説明しています。法改正により制度の内容が変更された際には、家族にわかりやすく解説を行い、理解を得ています。
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	卒業や転校などによりサービスに隙間が生じる可能性がある場合には、できる限り要望に応じられるよう検討しています。また、他事業所のサービスを併用する場合には、家族の意向を聴き取り、サービスの提供量を調整しています。さらに、セルフプランで利用している17歳の児童については、18歳で相談支援員がつくことを考慮し、情報共有の声かけを行い、スムーズな移行ができるようサービスの継続性に配慮した取り組みを行っています。
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	利用者アンケートを毎年実施しており、その結果は館内に掲示し、ホームページにも掲載しています。また、意見箱を設置し、寄せられた意見に対して回答書を作成し、その都度公表しています。連絡帳や送迎時のコミュニケーション、電話などを通じて要望を受けた場合には記録し、職員会議などで検討を行い、可能な限り要望に応じられるよう努めています。
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	法人の苦情解決制度に則り、適切に対応しています。苦情解決の窓口や第三者委員については、施設内に連絡先を掲示し、保護者への周知を図っています。
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	意見箱のほか、送迎時に困りごとや気になる点があれば気軽に話していただけるよう、日頃からコミュニケーションを心がけています。また、保護者とのやり取りが簡潔に行えるアプリを導入し、意見や要望を言いやすい工夫をしています。
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	児童や家族から受けた相談や意見は、当日の打ち合わせや職員連絡ノートを通じて全職員に情報共有を行っています。検討事項が生じた場合には、定例の職員会議に加え、臨時で職員会議を開き、対応を検討する仕組みを整えています。

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。	a	危機管理マニュアルや事件・事故対策マニュアル、災害時のBCPを整備し、それに基づいてリスクマネジメントを行っています。
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	感染症対策マニュアルを策定し、感染症発生時にはマニュアルに則って対応しています。感染症対策委員会を3か月ごとに実施し、常勤看護師を中心に感染予防対策や研修に取り組んでいます。
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	危機管理マニュアルを整備し、職員間で共通理解を深めています。また、法人として安否確認システムを導入し、定期的に対応訓練を実施しています。 有事の際には、職員・施設と法人本部が速やかに連絡を取れるよう、フローチャートが掲示されています。さらに、毎月の訓練の実施、3日分の備蓄、様々な災害を想定したマニュアルなど、災害時における安全確保の体制が整えられています。

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	こども家庭庁の放課後等デイサービスガイドラインに則り、サービスを提供しています。ガイドラインは職員に回覧し、最新版を保管していつでも確認できるようにしています。また、改訂された際には、管理者が講師となり研修を実施しています。
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	支援の実施方法については、毎月法人全体で開催される関係施設長会議および実務担当者会議に参加し、情報の共有と標準化を図っています。その情報を職員に周知し、一人ひとりの児童の個性に対応した取り組みを行っています。また、毎年実施される集団指導の内容を施設内で共有し、研修の受講などを通じて職員が学びを深める仕組みを確立しています。
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。	b	アセスメント記録はなく、家庭状況報告書を基に聞き取りを行い、個別支援計画を作成しています。そのため、アセスメントの手法や記録の確立には至っておらず、課題となっています。現在、見直しと作成が進められています。
Ⅲ－２－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。	a	6か月に1度、評価（モニタリング）を行い、利用児童と家族の意向を確認し、同意を得た上で計画の見直しを行っています。
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、職員間で共有化されている。	a	サービスの実施状況については、個別支援計画の実施記録と個別記録を作成し、記録しています。記録は決裁・回覧を行い、職員間で情報共有を図っています。
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	危機管理マニュアルが策定され、情報セキュリティ対策および個人情報に関する基本方針が明示されています。それに基づき、記録の管理・保存・廃棄や職員研修が行われています。個人情報に関する記録はファイリングされ、施錠できるキャビネットで管理する体制が確立しています。

A 個別評価基準

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		
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	重度心身障害児（気管切開、胃ろうなど）が主な利用者である中、児童の興味・関心や保護者の代理決定に基づき支援を実施しています。対象児の好みや苦手なことなどを、適宜保護者と情報共有しながら支援に取り組んでいます。支援には向上心を持って取り組んでおり、今後も児童の自己決定に関して、特性に合わせたさらなる支援が期待されます。
A-1-（2） 権利侵害の防止等		
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	虐待防止委員会を実施しているほか、毎月の定例会議やケース会議を通じて、権利擁護に関わる議論が活発に行われています。今年度は、利用者の呼称に関する議題が施設内で上がり、小学生～中学生と高校生で分ける方針を採用しています。また、職員からの疑問点が児童発達支援管理責任者や施設管理者に上がり、会議を行える風土が整っています。

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	利用者の障害特性上、介助が必要なことが多いですが、日常生活においては必要以上の介助は行わず、利用者の残存機能を活かした対応をしています。また、少人数ではありますが、職員が歩行介助をしながら移動の支援を行っています。職員はマンツーマンで支援に入っており、必要に応じた日常生活支援を行っています。
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	利用者とのコミュニケーションは、単語レベルの声掛けや触れ合い遊びなどを通じて行い、利用者の非言語的コミュニケーションを手がかりに意思疎通を図っています。表情の変化（例：笑顔、顔をしかめるなど）や体の反応（例：手を払いのける、声を出す、自分を叩くなど）を職員間で情報共有し、利用者に合わせてコミュニケーションを行っています。
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	利用者とのコミュニケーションは困難ではありますが、A-2-（1）で挙げられたコミュニケーション方法を実施しています。言語的なやり取りは難しいものの、非言語的な表出を汲み取ることで、利用者の意思を尊重することができています。また、ICTを活用した保護者との連絡は密に行い、家庭との情報共有（好きな遊びや物など）を支援の手がかりとして活用しています。
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	個別支援計画は児童ごとにファイリングし、職員と共有しています。毎日、計画通りに支援が行われたかどうかの振り返りを行っています。個別支援計画を立てる際には職員間で協議を行い、各職員が能動的に個別支援計画に関わることができています。介入前にはその日の担当を決め、事前に個別支援計画を確認することができます。
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	重症心身障害児や医療的ケア児などが主な対象で、看護師が1名常駐しています。注入や吸引などを適切に行うことができおり、看護師から必要な指導や助言を受けながら支援を行っています。
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生活支援を行っている。	a	個別支援計画に基づき、主に排泄、移乗、移動（歩行）、食事（おやつ・水分補給）などの日常生活支援を実施しています。長期休みには昼食介助も行っています。利用児童のニーズに合った支援を考慮しながら実施しています。
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	広い支援スペースがあり、利用者はゆったりと快適に過ごすことができます。座位保持クッションなど、利用者にとって合った備品も整備されています。障害物は通路に置かないよう配慮されており、避難経路も確保されています。また、エアコンやスロープも十分に配置されています。

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。	b	介助での歩行練習、日常生活動作練習、マッサージなど、利用者の能力に応じた訓練を実施することができています。実際に生活動作練習を行っていますが、専門職は配置されておらず、利用者ごとの専門的な評価（身体機能面、生活動作面）や支援内容の検討が課題として挙げられています。
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	利用時には家族からの事前連絡を受けるほか、来所時に必ず検温を実施しています。発作などの不測の事態に備え、個別に家族と取り決めを行っています。体調に変化があった際には看護師に報告し、その都度対応を確認しています。対応としては、経過観察、保護者への連絡、救急車の手配などが検討されています。
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	看護師を配置し、医療的なケア（医療行為）については看護師以外の職員が行わないよう体制が整っています。また、医療的な支援に関しては、救命講習や感染症に関する研修を職員向けに開催しています。
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。	b	散歩途中で公民館の行事を見学したり、避難訓練の際に近隣中学校との交流を持つなどして、社会参加を促しています。しかし、社会参加に関して代理決定者である保護者からのニーズが少なく、回数が少ないことが課題として挙げられています。学習面については、非該当となっています。
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	卒業する年代に関しては、希望に応じて移行支援会議に参加し、情報共有を行うなどの支援を実施しています。他の年代に対しては地域生活への支援が不十分と感じていますが、支援の対象となる利用者を見極め、適切に支援を行うことができています。
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	ICTを活用した連絡ツールや家族懇談会、個別面談を通じて、きめ細やかに家族と連携・交流を行うことができています。令和6年5月には、仮設園舎での変更点や重要事項の説明、今後の取り組みについて家族懇談会を実施しました。

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。	a	重症心身障害児や医療的ケア児が主な利用者であり、自己決定が難しいケースが多いですが、成長に合わせて個々のニーズに応えられるよう、学校や保護者と情報共有しながら日々の支援を行っています。利用者それぞれの成長に応じて、その変化（成長）を家族と共有し、支援に活かすことができています。
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。	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。	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。	非該当	