

# 障害福祉施設 評価結果表

## 評価項目(細目)の評価 (よりよいサービスの質の向上を目指して)

第三者評価は、現時点でのサービスの提供過程の中で、改善点があるのかどうか積極的に見出し、質の向上へむけてステップアップしていくためのきっかけです。  
評価結果のみにこだわることなく、  
評価内容を第三者評価の本来の目的であるサービスの質の向上・利用者様への情報提供として活用していただける事を期待します。

評価記入日	<u>平成23年 12月12日</u>	
施設名	<u>サポートくすの木</u>	
評価機関名	<u>株式会社 中部評価センター</u>	
評価者氏名	宍戸 秀之	
評価者氏名	<u>安藤 慎治</u>	
連絡先電話番号	FAX番号	
<u>052-623-7401</u>	<u>052-623-7400</u>	

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名: 株式会社 中部評価センター (認証番号:21地福第785号)
訪問調査 実施日: 平成23年12月12日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人くすの木福祉事業会 (施設名)サポートくすの木	種別:(施設種別)生活介護・日中一時支援 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)渡辺 浩昭	定員(利用人数):55名
所在地:〒441-0311 愛知県豊川市御津町御馬塩浜29番地の2	TEL 0533-76-2276

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>めまぐるしく変化する障がい福祉の制度・政策の中ではあるが、施設長の豊富な情報力と、菓子製造業務に自ら従事するその行動力は、職員からの厚い信頼を得る結果となっている。</p> <p>他の事業所の利用を断られ、行き場を失っていた利用者を受け入れたり、一人の利用者のためだけに日中一時支援事業を展開したりと、熱い情熱と行動力に溢れた事業所運営が展開されている。</p> <p>また、職員採用においても、菓子製造部門にパティシエ、クリーニング部門にクリーニング師等の専門職員を配置するなど、障がい者施設でも一般企業と肩を並べて競争できるという方針を持って取り組んでいる。ノーマライゼーションの意義を、単に障害を持った利用者個人が、健常者と分け隔てなく社会生活を送ることだけに求めず、事業所自体も一般の企業群に伍して生きていこうとする共生(ソーシャル・ノーマライゼーション)の実践ともいえる。これらの積極的な施策は、今後の事業展開に大きな強みになるものと思われる。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>中・長期計画について、法人本部や施設長等の幹部職員は理解しているが、明文化されていないこともあり、職員周知においては不十分な面が見られる。</p> <p>職員の力量把握は施設長が行っており、外部研修への参加も施設長判断に委ねられている。職員教育を計画的に実施していくために、個人の力量把握、研修の効果確認などが組織的に行われることが望まれる。</p> <p>作業について、菓子製造部門、クリーニング部門、木工部門に比して、委託作業部門は、その受託作業のサイクルが短いこともあって、工程等の手順の文書化が遅れ、職員の経験則に頼っている部分が多い。利用者の特性を考慮しながらの文書化は、多くの労力を要すことになろうが、職員異動による作業の質の低下を防ぎ、そのサービス提供の質的向上を図るためにも、早急な着手が求められる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>日頃はさまざまな業務に追われ、つい後回しになっていたりと、整備されていないものを明示していただき、今回、第三者評価を実施してよかったですと思います。</p> <p>全ては、施設サービスを御利用いただく方々につながるということを念頭に置き、質の高いサービスの提供を目指していきたいと思っております。</p>
---

⑤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。

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 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

		自己評価	第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	障 1	a ① ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	a ① ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	a ① ・ b ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	b a ・ ① ・ c

#### 評価機関のコメント

理念や基本方針が明記された事業計画書が、保護者、職員に配付されている。支援目標においても、「やさしく」「こんきよく」「すこやかに」という3つの柱が立てられ、利用者にもわかりやすいものとなっている。

### I-2 計画の策定

		自己評価	第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	障 5	b a ・ ① ・ c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	c a ・ ① ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	b a ・ ① ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	b a ・ ① ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	b a ・ ① ・ c

#### 評価機関のコメント

単年度の事業計画は、前年度事業報告とともに整理されている。また、職員配置において、パティシエの資格を持つ職員を菓子製造部門に採用している。これは、自主製品の質において、障がい者施設であっても、一般企業と競合していくための菓子製造に関する専門性に着目した経営であり、明文化はされてはいなかったが中・長期的視点をもった人材採用と思われる。利用者増加によって施設が手狭になっていることから、近隣の土地買収についても検討しており、法人本部や施設長には中・長期計画として想定されていた。今後はこれらの中・長期計画を明文化し、毎年の事業計画に組み入れていくことが望まれる。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		自己評価	第三者評価結果	
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。				
I-3-(1)-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。	障 10	b	a ・ ㉔ ・ c
I-3-(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。	障 11	b	a ・ ㉔ ・ c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	a	㉔ ・ b ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	a	㉔ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

現施設長就任の平成21年度からの職員会議での議題一覧においては、待遇、職員行動規範、利用者虐待など現場レベルのものから自立支援法、障害程度区分、障害者自立支援基盤整備事業などの政策・制度に至るまで、多岐にわたる内容がタイムリーに説明されている。  
愛知県知的障害者福祉協会の役員を務める傍ら、菓子製造業務において、繁忙期には自らその業務に当たることもあるという姿勢が、職員との厚い信頼関係を成り立たせている。

### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

#### Ⅱ-1 経営状況の把握

		自己評価	第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。				
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	b	a ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	b	a ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a	a ・ ㉔ ・ c

#### 評価機関のコメント

愛知県知的障害者福祉協会、豊川養護学校、自立支援協議会、地元の障がい者団体等との情報交換を積極的に行い、地域や障がい者のニーズ把握に努めている。その取り組みは、近年の施設利用者の推移状況や、自立支援法への移行前の準備期間の取り組み状況を見ると、利用者数の増加という結果となって現れていた。  
外部監査においては、法人役員である税理士による監査を実施しているとのことであったが、「広く法人の外部の専門家によるチェック」という評価基準の考え方に照らし、b評価としたい。

#### Ⅱ-2 人材の確保・養成

		自己評価	第三者評価結果	
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。				
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a	㉔ ・ b ・ c
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	b	a ・ ㉔ ・ c

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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	障 19	b	a ・ ㉑ ・ c
II-2-(2)-②	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	a	㉑ ・ b ・ c
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	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	b	a ・ ㉑ ・ c
II-2-(3)-②	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組が行われている。	障 22	c	a ・ b ・ ㉑
II-2-(3)-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。	障 23	b	a ・ ㉑ ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。				
II-2-(4)-①	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。	障 24	b	a ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

社会福祉士だけでなく、パティシエやクリーニング師も配置され、専門資格の必要性が把握されている。人事考課については、去人内での取り決めによって、フィードバックは実施されていない。  
職員に対する教育・研修については、施設長が職員個々の力量を判断し、必要な外部研修に参加させたり、内部研修を実施したりしている。研修計画は事業計画書に示されているが、受講者や実施時期などについての個別の記載はなかった。

## II-3 安全管理

		自己評価	第三者評価結果	
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。				
II-3-(1)-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。	障 25	b	a ・ ㉑ ・ c
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	b	a ・ ㉑ ・ c
II-3-(1)-③	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。	障 27	b	a ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

避難訓練を年4回実施しており、通所施設であっても大規模災害への備えとして、食料や日用品を備蓄している。インフルエンザ対応マニュアルも整備されていた。今後は、報道されているこの地域での大震災の発生に備え、地域住民との連携した災害対策の実施が課題となっている。

## II-4 地域との交流と連携

		自己評価	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。				
II-4-(1)-①	利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	b	a ・ ㉑ ・ c
II-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	b	a ・ ㉑ ・ c
II-4-(1)-③	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。	障 30	b	a ・ ㉑ ・ c

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	障 31	b	a ・ ㉞ ・ c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	a	㉠ ・ b ・ c
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	地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	c	a ・ ㉞ ・ c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	c	a ・ ㉞ ・ c

#### 評価機関のコメント

ホームページには、事業所の活動の様子が詳しく掲載されており、夏祭りやバザー開催など、地域との良好な関係が一目瞭然に示されている。クリーニング事業は、法人内施設の寝具等を扱うのではなく、あくまで地域を対象として事業展開である。関係機関としては、自立支援協議会や愛知県知的障がい者福祉協会就労部会、東三河セルフなどがあり、利用者の受入、バザー参加、自主製品の販売促進など、関係機関連携による具体的効果も見いだせる。地域に向けての広報誌を定期的に発行し、内容の充実も図られており、職員の注力度の高さがうかがえた。日中一時支援事業については、実質1名を対象としており、その利用者は生活介護利用も考えられるところではあるが、ニーズを重視し、まさしく一人の為の事業展開となっている。他には、法人でグループホーム・ケアホームを開設している。

### 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

		自己評価	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。				
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。	障 35	a	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(1)-②	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。	障 36	b	a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。				
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	b	a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-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。				
Ⅲ-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38	b	a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	障 39	b	a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	a	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

倫理綱領が掲示され、利用者尊重については職員会で取り上げられ、プライバシーの保護に関しても周知が図られている。利用者自治会の存在は、事業計画にも明確に位置づけられており、組織表や役割分担、週当番活動等が文書化されている。評価日当日には自治会が開かれており、活発な意見交換が行われていた。日頃から、利用者が意見を言いやすい環境であることが推察できる。苦情解決の仕組みが事業計画に明示され、利用者、保護者への周知が図られている。22年度においては、苦情・相談の受付件数は0件となっていた。職員は、利用者の障がい特性から、苦情に対する理解度が十分でないところを考慮し、日頃から信頼関係を十分に培い、その相談や意見を汲み取ることに注力している。具体的には、昼食後や作業中に、利用者からの意見に耳を傾けている職員の姿が確認できた。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		自己評価	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-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。	障 41	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	障 42	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-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。			
Ⅲ-2-(2)-①	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。	障 43	a ㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(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。	障 44	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	a ㉑ ・ b ・ c
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。	障 46	a ㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-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。	障 47	a ㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

事業計画には、前年度の報告、評価、反省、今後の取り組みについての詳細が述べられており、次年度事業計画に反映されている。「食事」、「排泄」、「保健」についてのマニュアルも整備されていた。

個別支援計画においては、サービス管理責任者、生活支援員、看護師などが連携して支援会議を実施しており、適切な管理状態である。各利用者の状況においても、事業所内のネットワークを構築しており、どのパソコンからでも個々の情報閲覧や記入などが行える環境が整っている。

日中の各種作業において、菓子製造部門では、衛生管理マニュアルや各種レシピが整備され、木工部門では、電動のこぎり等危険な作業工具を扱うため、利用者の適性確認についての厳密な取り決めがある。また、クリーニング部門においては、各工程が写真でわかりやすく掲示されている。

一方、委託作業においては、作業工程変更のサイクルが短く多くの作業があることから、具体的な手順書までは作成されずに職員の経験則によって作業が遂行されている。今後は、委託作業だけでなく、他のサービス実施の方法についても文書化を推進し、施設独自のサービスを明確にし、その質的向上に役立てることが望まれる。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		自己評価	第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-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。	障 48	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	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。	障 49	b ㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設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。	障 50	b a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

重要事項説明書、契約書、個別支援計画書など必要な書類は整備されており、利用者の同意も得られている。利用前には、見学や体験入所も実施されている。

他事業所から利用を断られた利用者であっても、「他がだめでもうちで引き受ける」という強い信念の下、その利用開始に注力している。実際、他事業所では通えなかった利用者でも、当事業所に通所して数ヶ月の利用実績を挙げているケースがあった。



### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		自己評価	第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-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。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-4-(2)-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。	障 53	a ㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	b a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

個別支援計画は、事業所が定めたアセスメントに基づき策定されている。サービスの実施においても、「ケース記録」「サービス提供記録」などにおける記録を基に、サービス管理責任者、生活支援員、看護師など全職員が参加する職員会議でカンファレンスを実施し、その検証、見直しを行っている。それらの内容について、連絡帳や保護者会を通じ、保護者への周知も図られている。

利用者や保護者の高齢化が進む中、利用者を地域に移行させる取り組みについては多くの課題を抱えており、法人としても大きな問題意識を持っている。

### Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		自己評価	第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 55	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	b a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	a ㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	a ㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	a ㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	非該当
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

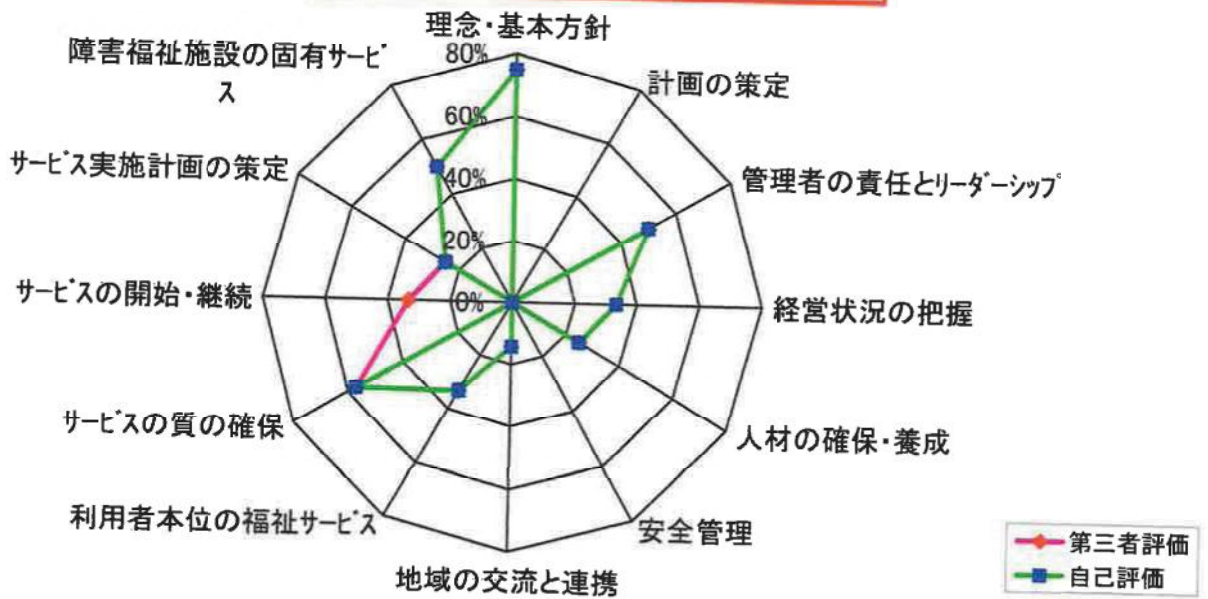
Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	b	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	b	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67		非該当
Ⅲ-5-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	b	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69	b	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	a	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71		非該当
Ⅳ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	a	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	a	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	b	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-5-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	a	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76		非該当
Ⅲ-5-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77		非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78		非該当
Ⅲ-5-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79	a	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80	a	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

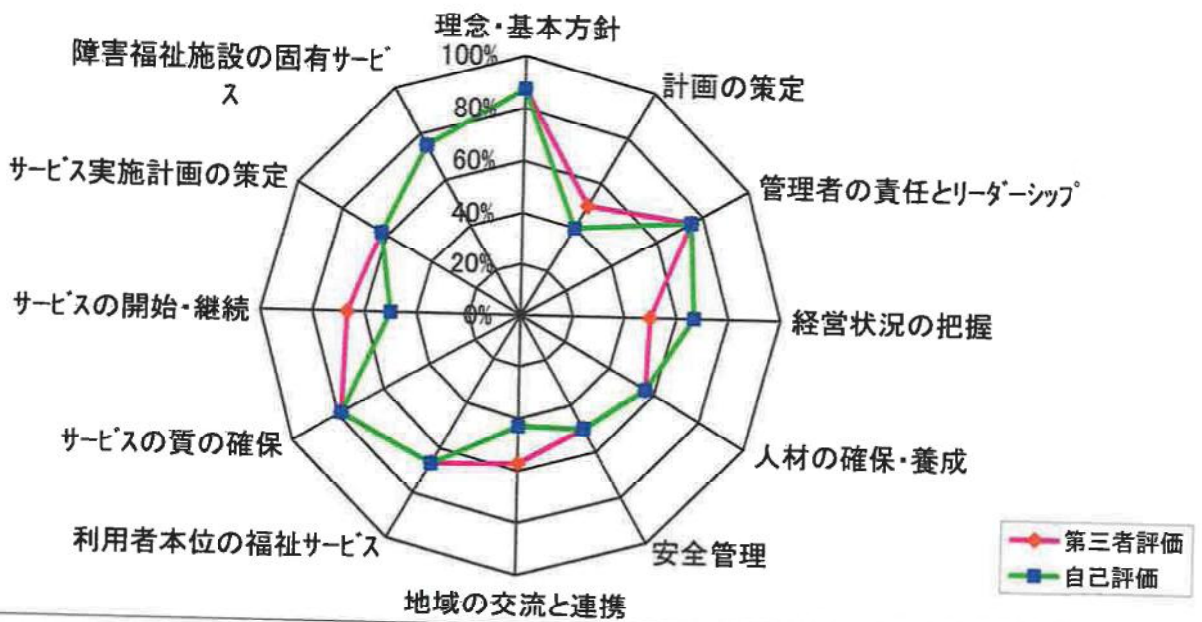
エンパワメント発現の具体例として、理髪店に行くことのできない利用者に対して、個別支援計画において、「一人で理容店に行ける」という目標を設定し、結果的にその目標を達成したケースがあった。ただし、単に利用者の自主・自立を促すだけでなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会の実現を目指すエンパワメントの理論からして、事業所が用意しているプログラムの数は十分とは言えない。一般社会をも巻き込んだプログラムの用意が期待される。

給食においては、バイキングメニュー、選択メニューも取り入れられ、誕生日には、対象者のリクエストメニューも実施されている。旅行や施設行事においても、利用者自治会からの要望が取り入れられて実施されている。

評価項目数に対してa(出来ている)項目数の割合



評価項目数に対してb(ある程度出来ている)項目数の割合



評価項目数	第三者評価							自己評価							
	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数	
理念・基本方針	4	3	1	0	75%	25%	0%	88%	3	1	0	75%	25%	0%	88%
計画の策定	5	0	5	0	0%	100%	0%	50%	0	4	1	0%	80%	20%	40%
管理者の責任とリーダーシップ	4	2	2	0	50%	50%	0%	75%	2	2	0	50%	50%	0%	75%
経営状況の把握	3	0	3	0	0%	100%	0%	50%	1	2	0	33%	67%	0%	67%
人材の確保・養成	8	2	5	1	25%	63%	13%	56%	2	5	1	25%	63%	13%	56%
安全管理	3	0	3	0	0%	100%	0%	50%	0	3	0	0%	100%	0%	50%
地域の交流と連携	7	1	6	0	14%	86%	0%	57%	1	4	2	14%	57%	29%	43%
利用者本位の福祉サービス	6	2	4	0	33%	67%	0%	67%	2	4	0	33%	67%	0%	67%
サービスの質の確保	7	4	3	0	57%	43%	0%	79%	4	3	0	57%	43%	0%	79%
サービスの開始・継続	3	1	2	0	33%	67%	0%	67%	0	3	0	0%	100%	0%	50%
サービス実施計画の策定	4	1	3	0	25%	75%	0%	63%	1	3	0	25%	75%	0%	63%
障害福祉施設の固有サービス	18	9	9	0	50%	50%	0%	75%	9	9	0	50%	50%	0%	75%
合計	72	25	46	1	35%	64%	1%	67%	25	43	4	35%	60%	6%	65%