

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 ブルーライン

②事業者情報

名称: 所沢市立ゆきわり草	種別: グループホーム
代表者氏名: 清水卓馬	定員(利用人数): 7(7) 名
所在地: 〒 359-0004 所沢市北原町924-2	Tel 04-2935-4334

③総評

◇特に評価の高い点

(1) 【地域との交流】

23 経営理念に地域との関わりについて基本的な考え方を明視しており、地域社会への貢献についても記載されています。町内会に加盟し、班長会・環境美化デー・夏祭り・防犯パトロール等、地域行事へ積極的に参加しており、施設や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けています。

(2) 【入所希望者への施設紹介】

30 施設の特性を紹介した資料を、市役所や相談支援事業所等、公共施設の多くの人が入手できる場所に置いています。又、見学や1日利用の他、所沢市として独自に実施されているグループホームの体験入所に対応しています。これは埼玉県でも他に例を見ない取組として特筆されます。

(3) 【入居後の支援】

42 決められた帳票に従いアセスメントが行われ、先ず入所の際に関係機関、関係者によりカンファレンスが行われています。その後、個別支援計画策定前に、ニーズ確認票により本人・家族の要望を確認した上で、調整会議に於いて個別支援計画が情報共有されます。個別支援計画は年2回の評価・見直しが行われ、継続的に適切な支援が行われる仕組が機能しています。

◇特にコメントを要する点

(1) 【リスクマネジメント】

37 ヒヤリハット事例に付いては、法人のサービス管理責任者会議にて総括的な検討が行われています。各種リスクに応じてマニュアル化はされていますが、不足の部分も散見されます。ヒヤリハット事例の収集・処理手順は仕組として策定されていますが、事例がなく収集はされていません。危機管理やリスクマネジメントに関する研修等も確認できません。

(2) 【感染症対策】

38 感染症に関しては、ノロウイルス対応の手順が決められているのみで、各種感染症毎のマニュアルは準備されていません。法人として、増えてきた感染症に対する注意の通達はされていますが、具体的に発生した場合の対応に不十分さを感じざるを得ません。うがい・手洗い・手消毒の予防だけではかなり心許ないと思われ、喫緊の課題として対応が望まれます。

(3) 【標準的な実施方法】

40 全てではありませんが、業務マニュアルが策定されており標準的な実施方法となっています。しかし、この中に利用者の尊重・プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢は明示されていません。標準的な実施方法に関する研修等は設定されておらず、それに基づき職員が実施しているかどうかを確認する仕組はありません。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の受審は、ゆきわり草で行っている業務・支援の不足部分を認識し、今後改善していくための良いきっかけとなりました。

特に、指摘のあった、リスクマネジメント・感染症対策・標準的な実施方法の3点については、早急に対応を検討していきたいと思えます。

利用者・保護者にとって安心して利用できる施設、地域から地域の一員として認められる施設として今後も質の向上を目指していきたいと思えます。

⑤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

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。				
1	I-1-1 (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・基本方針はホームページやパンフレット・重要事項説明書・所内文書に記載されており、所内掲示もされている。内容は端的・簡潔に表現されており、具体的な行動規範ともなっている。

I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。				
2	I-2-1 (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	法人の中・長期計画において、事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されており、サービス管理責任者会議、事業経営協議会、事務局会議、運営会議等により情報共有・状況確認・対応策の話し合いが行われている。
3	I-2-1 (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	法人として、また施設としても現状から将来に向けての大きな課題として、利用者の高齢化問題がある。この内容に対して、中期の中で具体的な計画が進められている。等々、施設として直結する課題が目に見える形で展開されている。

I-3 事業計画の策定

I-3-1 (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)-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	法人において中・長期計画が策定されており、その中で課題を明確にし、実現に向けた取組を行っている。策定や評価・見直しに関する時期に付いても仕組みとして決められており、PDCAサイクルが的確に展開されている。
5	I-3-1 (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	事業計画については、前年度の計画・結果(事業報告)・本年度事業計画が一つの帳票にまとめられている。前年度からの繋がりがや重点課題の差然性などが一目で理解できるレイアウトになっており、PDCAの展開経過がより明確に表現されている。
I-3-2 (2) 事業計画が適切に策定されている。				
6	I-3-2 (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	正規職員2名体制の中で、次年度の計画段階から十分に意見交換しながらまとめられている。定められた時期・手順に従い、PDCAが展開されており、法人全体としてはサービス管理責任者会議にて報告・評価・見直しが行われている。
7	I-3-2 (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	事業計画は、家族には郵送で配付されており、利用者に対しては自分の時間に合わせて確認できる様、閲覧ファイルにて常時見られる状態になっている。利用者の理解度から詳細の説明をしても難しい部分もあり、分かり易い資料を準備する等の対応は行っていない。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-1 (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)-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。	b	日常の介助の中では、課題があれば相談しながら改善を進める体制で対応されている。自己評価に付いては定期的に行われると云った仕組みはないが、第三者評価は2年おきに受審されており、その評価結果から新たな課題として改善に結びつける様な例も散見される。
9	I-4-1 (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。	b	第三者評価による評価結果のまとめから指摘された課題に付き、改善に結びつけた例はあるが、その後の具体的な改善計画の策定や実施については、展開する取組や実績は確認できない。

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。				
10	II-1-1 (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	組織体系図、及び業務分掌を作成し、管理者及び職員の職掌を明示している。又、年初の広報誌において、実施して行く内容の他に自らの役割と責任に付いて明確にしている。只、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任に付いては、不在時の権限委任等を含め明確化されていない。
11	II-1-1 (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	管理者は、法人の管理職研修・埼玉県施設長会議・衛生推進者研修等を通じて得た遵守すべき法令に関する情報を、運営会議や職員会議等で周知に努めている。
II-1-2 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
12	II-1-2 (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	質の向上に関わる内容に付いても事業計画に織り込まれた部分もあり、PDCAの展開がされている。又、サービス管理責任者会議において法人全体としての質の向上に付き協議されており、情報の共有化が図られている。2人体制の中で常時、質の向上に付いての話し合いを持ち、具体的な取組を行っている。
13	II-1-2 (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	人員体制は決まっており、その中では日常のコミュニケーション・情報共有の中から施設内の種々改善について相談し、具体的な取組がされている。2人体制と云う事もあり、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえた分析等は難しい。

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-1 (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)-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 施設長に付いては、サービス管理責任者資格を持っている事とされている。人員体制は正規職員2名+パート職員2名と決まっており、異動や退職があった場合は、この基本を踏まえた補充がなされる。法人としての人材確保は、法人ホームページやリクルート・マイナビにて展開されている。
15	II-2-1 (1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a 法人の行動規範に「期待する職員像等」が明確にされている。仕組としてキャリアパス制度が導入されており、人事基準は明確にされている。評価に当たっての課題(評価内容や評価技術のレベリング・評価面談の完全実施等)は現在検討されているが、総合的な人事管理の仕組として完成度を高める段階にある。
II-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-1 (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 施設としては、グループホームと云う人間関係重視の職場環境の中、少人数のメリットを生かし日々のコミュニケーションを通じて職員の意向の把握に努めており、働きやすい職場となっていると感じられる。組織として衛生委員会を介しての相談体制が準備されており、福利厚生に関しても、外部の社会福祉事業共助会に参加し、職員の便宜を図っている。
II-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-1 (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 法人の行動規範に「期待する職員像等」が明確にされている。目標管理の仕組としてキャリアパス制度が導入されており、人事基準は明確にされている。目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。評価面談も実施され進捗状況や達成度の確認がされている。
18	II-2-1 (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 法人の行動規範に「期待する職員像等」は明確にされている。組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を踏まえて策定された教育・研修計画に基づき、教育・研修が実施されている。研修計画や研修内容・カリキュラム等は法人として定期的に評価・見直しが行われている。
19	II-2-1 (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法人が把握している。法人の教育・研修計画として、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等が策定されており、それら以外にも職員の知識・水準に応じた各種外部研修が準備されている。
II-2-1 (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-2-1 (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。	c グループホームと云う施設の特性上、実習生の受け入れは行っていない。

II-3 運営の透明性の確保

II-3-1 (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)-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 理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が法人のホームページに公開されている。地域に対しては、全員が町内会会員として催しに参加しており、会合等で広報誌を用い施設の活動を紹介している。第三者評価は2年毎に受審されており、苦情・相談の仕組も構築されているが、解決した結果等を出来る物は公表する仕組とはなっていない。
22	II-3-1 (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 経理規程が策定されており、決済規程等を含め、職員に周知されている。税理士・会計士による外部からのアドバイス、及び監事による内部監査等を実施し、公の施設として透明性を意識して取り組んでいる。

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-1 (1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	II-4-1 (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。	a 経営理念に地域との関わりについて基本的な考え方を明視しており、地域社会への貢献についても記載している。町内会に加盟し、班長会・環境美化デー・夏祭り・防犯パトロール等、地域行事へ積極的に参加しており、施設や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。
24	II-4-1 (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。	c グループホームと云う施設の特性上、ボランティアの受け入れは行っていない。
II-4-1 (2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-1 (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 近隣の関係機関や団体に付いてのリストを作成し、施設内で情報の共有を行っている。法人内相談支援事業所、利用者の就労関係機関、町内会等と定期的な情報連携に努め、共通の課題に対して協働して具体的な取組を行っている。所沢市の独自事業として、全国でも珍しいグループホームの体験入居事業を実施している。
II-4-1 (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-1 (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。	c 居住空間であるグループホームと云う性格上、スペースの開放や施設での交流会等は実施できない。
		第三者評価結果	コメント
27	II-4-1 (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。	a 所沢市のグループホーム体験入居事業を実施しており、入所希望者の便宜を図っている。具体的な地域のニーズについては、民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催する等や、相談支援事業の展開により、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。具体的な展開として、新たな施設の展開等、中期計画に明示されている。

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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	III-1-1 (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。	a 経営理念や行動規範・支援方針をホームページに記載しており、職員の行動規範としている他、利用者の尊重の考えを徹底している。倫理要領が策定されており、利用者の尊重に関する内容が明示されている。法人内に虐待防止委員会が組織されており、日常の介助の中での問題点・課題が議論されている。
29	III-1-1 (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。	a プライバシー保護に関しては、倫理綱領に記載されている。日々の支援の中でも、プライバシーの保護には注意して支援を行っている。職員は利用者のプライバシー保護と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・責務等、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関して規程を遵守している。不適切な事案が発生した場合の懲戒規程も倫理綱領に規定されている。
III-1-1 (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-1-1 (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。	a 施設の特長等を紹介した資料を、市役所や相談支援事業所等、公共施設の多くの方が入手できる場所に置いている。又、見学や1日利用の他、所沢市として独自に実施されているグループホームの体験入所に対応している。これは埼玉県でも他に例を見ない取組として特筆される。
31	III-1-1 (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 サービスの開始時には、少人数事業所のメリットを活かし、一人ひとりに丁寧に説明を行っている。又、サービス内容に関する同意に当たっては契約書の取り交わしにより、利用者・ご家族の主体性を尊重している。グループホームの利用者に対しては、理解度に応じ時間を掛け適正な説明、運用が図られている。
32	III-1-1 (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 法人内に相談支援事業所(さぼっと)を有している為、施設・事業所の変更や家庭への移行等に当たっては、全て相談支援事業所を介しての手続きとなっている。そこでは、従前の内容から著しい変更や不利益が生じない様に配慮されており、以後のサービスに配慮した手順や引継ぎ文書が準備されている。
III-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	III-1-1 (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 グループホームの利用者の理解度に応じ、満足度調査を行うのは難度が高く行われていないが、日々のコミュニケーションを通じて利用者のニーズを把握し、利用者満足の向上に努めている。定期的に保護者会を行い、ご家族の意向として満足度の確認をしている。
III-1-1 (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-1-1 (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 苦情・相談の仕組みは策定されており、苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置がされている。仕組みについては重要事項説明書において詳細に明示されており、所内掲示もされているが、記入カードや申し出の箱等は設定されていない。記録や受付後の手順は策定されているが、公表に関する検討等に関しては取り決めがない。
35	III-1-1 (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 日々、生活を共にしている中では、何かあれば相談できる環境が整っていると見え、一人ひとりとコミュニケーションをとる時間を設け、把握に努めている。相談の仕組みについては、重要事項説明書に行政の窓口含め、案内されている。
36	III-1-1 (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 利用者から相談や意見を受けた際には、コミュニケーションの時間を充分取るようにし日誌・引継ぎノートにて情報共有を行い、迅速な対応に努めているが、受付からの手順や対応策の検討等について定めたマニュアル等は整備していない。意見箱の設置やアンケートは行われていないが、充分にコミュニケーションを取る様にしている。
III-1-1 (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-1-1 (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 ヒヤリハット事例については、法人のサービス管理責任者会議にて総括的な検討が行われている。各種リスクに応じてマニュアル化はされているが、不足の部分も散見される。ヒヤリハット事例の収集・処理手順は仕組みとして策定されているが、事例がなく収集はされていない。危機管理やリスクマネジメントに関する研修等も確認できない。
38	III-1-1 (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 感染症に関しては、ノロウイルス対応の手順が決まられているのみで、各種感染症毎のマニュアルは準備されていない。法人として、増えてきた感染症に対する注意の通達はされているが、具体的に発生した場合の対応に不十分さを感じざるを得ない。うがい・手洗い・手消毒の予防だけではかなり心許ない。喫緊の課題として対応が望まれる。
39	III-1-1 (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 火災に対する対応として、安否確認方法を含めマニュアル化されており、年3回の避難訓練、及び年1回の地域の合同防災訓練が実施されている。しかし他の災害に対する備えは不十分であり、食料や備品類等の備蓄に関しても詳細までの策定がされていない。事業継続計画の検討についても、今後の課題となっている。
III-2 福祉サービスの質の確保			
III-2-1 (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)-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。	b 全てではないが、業務マニュアルが策定されており標準的な実施方法となっている。しかしこの中に利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢は明示されていない。標準的な実施方法に関する研修等は設定されておらず、それに基づき職員が実施しているかどうかを確認する仕組みはない。

		第三者評価結果	コメント
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。	b	業務マニュアルは今までの中で改定された履歴が残っており、見直しは定期的に行える様、仕組として整えられているが、継続的に評価・見直しが行われた記録は確認できない。又、実務の中では改善が行われているが、マニュアルのメンテナンスがされていないと云う例も散見される。
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。			
42	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	決められた帳票に従いアセスメントが行われ、先ず入所の際に関係機関、関係者によりカンファレンスが行われている。その後、個別支援計画策定前に、ニーズ確認票により本人・家族の要望を確認した上で、調整会議に於いて個別支援計画が情報共有される。個別支援計画は年2回の評価・見直しが行われ、継続的に適切な支援が行われる仕組が機能している。
43	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。	b	個別支援計画に付いては、6ヶ月に1回の紙のモニタリングに合わせ、調整会議やサービス管理者会議において見直しが行われる。2人体制の中では常時、情報交換を行い、都度、改善の見直しが行われているが、標準的な実施方法にフィードバックされ、変更する迄には至っていない。
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、職員間で共有化している。	a	健康管理に付いては、月1回の体重測定、年1回の健康診断により記録・管理がされている。日常の一人ひとりの管理内容に付いては、日誌・引継ぎノートを使用し、情報共有に努めている。書き方等の指導に付いては、上長によるチェックの際に確認する仕組となっている。2人体制なので、日常の中で情報共有は密に行われている。
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。	a	個人情報保護規程により、保管、保存、廃棄、情報の提供に関して規定されている。不適正な利用や漏洩に関しては、規程の中に懲戒規程も定められており、新入職者には個人情報保護に関する誓約書の提出が義務付けられている。利用者や家族に対しては、契約の際に説明がされている。

IV 適切な処遇の確保

IV-1 サービスの実施			
IV-1-(1) 個別のサービス提供方針に基づいた適切な支援について			
46	IV-1-(1)-① 個別のサービス提供方針を適切に作成している。	a	個別支援計画作成の際には、ニーズ確認票を元に利用者や家族の希望を尊重して、提供方針を作成している。計画は一人ひとりの特性に合わせて検討され策定される。
47	IV-1-(1)-② 個別のサービス提供方針に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	個別支援計画に基づきサービスの提供が行われている。一人ひとりの特性に合わせて支援を行い、日々のコミュニケーションを通じて必要な支援を把握し、チェック表を利用して支援内容の確認を実施している。
IV-1-(2) 利用者の状態に合わせたサービスの実施について。			
48	IV-1-(2)-① 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	利用者の希望、季節を感じられるものを取り入れながら、献立を決定している。各利用者の帰ホーム時間に合わせて提供している。誕生日の際には本人よりリクエストを取ってケーキでお祝っている。月1回の誕生日の食事会は、利用者の大きな楽しみになっている。共有部分は毎日清掃を行い清潔に保っている。
49	IV-1-(2)-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。	a	利用者同士で声を掛け合い、入浴の順番を決めている。気候や利用者の体調に合わせて、その都度、入浴を促す声かけを行っている。失禁の際等には、シャワー浴が利用できる。利用者の安全確保策として、緊急時に浴室から呼び出しできるつり輪がある。入浴時間に付いては出来るだけ利用者自身の判断を尊重し、自立を踏まえた支援を行っている。
50	IV-1-(2)-③ 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	基本的に全員自力で排泄を行う事ができるが、体調不良時等、必要に合わせて支援を行っている。トイレを含め共有部分は毎日清掃を行い、清潔を確保している。
51	IV-1-(2)-④ 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	整容等に関しては個別支援計画の目標としても設定しており、日々利用者への声かけを行っている。衣類に関しては気候等も考慮し、利用者と話しながら支援を行っている。声かけが必要な利用者に対しては、適宜身だしなみについて伝え、支援している。
52	IV-1-(2)-⑤ 利用者の健康を維持するための支援を行っている。	a	日々のコミュニケーションを通して、体調の把握に努めている。体調不良時には各利用者のかかりつけ病院への通院同行を実施している。利用者の状態に合わせ、服薬管理の介助もを行っている。月1回の体重測定や年1回の健康診断を実施し、体調管理に努めている。
53	IV-1-(2)-⑥ 安定的で継続的なサービスを行っている。	a	基本的に利用者在寮時は職員が寮にあり、利用者の不在時や日中は、職員携帯を所持する事により連絡が取れる状態にしている。夜間は所沢学園がバックアップ施設として内線でも連絡が取れる。
IV-1-(3) 利用者の自主性と家族との交流について。			
54	IV-1-(3)-① 利用者の自主性を尊重し、主体的にホームでの生活が送れるような取り組みを行っている。	a	利用者のタイミングに合わせて、在ホーム時にはできるだけコミュニケーションをとる時間を設けている。行事参加・外出・外泊に関しては利用者の判断に任せている。
55	IV-1-(3)-② 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。	a	立替金で月の生活費の分担する金額を算出し、使用した分だけ請求している。週に一度、生活費を渡し、個人で自己管理されている利用者もいる。
56	IV-1-(3)-③ ホームと家族との交流・連携を図っている。	a	家族とは連絡ノートや電話連絡、保護者ホーム訪問時に情報共有を行っている。又、自宅に帰る際、連絡ノートのやり取りをしたり必要に応じて電話で保護者と連絡を取っている。