

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : ハピネスさつま

(障害者支援施設)

評価実施期間 2013年12月27日 ~ 2014年4月30日

実地(訪問)調査日 2014年2月28日

2014年5月2日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名 称	特非) 播磨地域福祉サービス第三者評価機構
所在地	姫路市安田3丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階
評価実施期間	2013年 12月 27日～ 2014年 4月 30日 (実地(訪問)調査日 2014年 2月 28日)
評価調査者	HF05-1-0023 HF10-1-0004 HF06-1-0045 HF10-1-0011 HF12-1-0008

契約日から評価
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名)ハピネスさつま	種別： 障害者支援施設
代表者氏名： (管理者)宗行 正明	開設(指定)年月日： 昭和・平成 17年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人 博由社 経営主体：社会福祉法人 博由社	定員 55名(利用人数)
所在地：〒675-0301 加古川市志方町大沢847-35	
電話番号：079-453-1177	F A X 番号：079-453-1188
E-mail： happiness-1@cotton.ocn.ne.jp	ホームページアドレス： http://www.hakuyusha.org/

(2) 基本情報

<p>理念 「忠恕」-真心と思いやりの心-</p> <p>基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. いのちと人としての尊厳を大切にします。 2. 主体性のある生活をしていただけるようお手伝いします。 3. 笑顔で生活していただけるよう努めます。 4. 社会参加のお手伝いをします。 5. 気づきのある関わりに努めます。 6. QOLの向上に努めます。 7. 感謝の心を大切にします。 <p>力を入れて取り組んでいる点 利用者の処遇向上のため「ハピネスさつま利用者処遇向上推進委員会」、いわゆる第三者委員会を設置して、運営改善計画を策定している。</p>

職員配置	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
()内非働	看護師	2(1)	社会福祉主事	13(0)		()
	社会福祉士	5(0)	ホームヘルパー	7(3)		()
	介護士	2(0)	その他	9(3)		()

施設の状況

ハピネスさつまは、加古川市の北端に位置し自然環境に恵まれ緑豊かな地に平成17年4月、知的障害者の生活施設として開設しました。

障害者(主に知的障害者)のある方に福祉サービスを提供する播磨圏域の中核施設として、福祉サービスを利用希望される方々を受入れ、ご本人やそのご家族、地域にお住まいの皆さんに障害福祉への理解を浸透させるように努めています。

3 評価結果

総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>利用者満足向上の取り組みがなされています。</p> <p>理念及び基本方針に利用者尊重の姿勢が明示されており、職員に周知されています。また、利用者満足の向上にも取り組んでおり、利用者満足向上を意図した取り組みが多数みられました。支援の場においては、利用者の状況を見守り、変化に気付きたときには迅速に職員同士が話し合うことで、柔軟かつ、きめ細やかな対応が施設を挙げてなされていて、利用者の安心した生活・活動に繋がっています。</p> <p>管理者のマネジメント力やリーダーシップなどが十分に発揮されています</p> <p>サービスの質の向上や業務の効率化について、管理者はリーダー会議に参加することにより現場の状況を把握したり、職員間のコミュニケーションの改善に指導力を発揮されています。また、地域との交流と連携では、地域の社会資源の活用や地域行事への参加、地域関係機関とのネットワークや協働などで活発な取り組みがされています。</p>
<p>特に改善を求められる点</p> <p>個々のニーズに対応できるよう、マニュアルやプログラムの整備が必要です。</p> <p>現在は、各場面において、障害や生活の状況に応じた個別支援が行われており、検討が必要な場合には、会議で話し合い、利用者個々の対応を決めるなど支障なくサービスを提供されていますが、個々の取り組みにとどまり施設の仕組みには位置づけられていません。業務水準の確保や継続的・安定的にサービス水準を保つことは必要と思われることから、基本的な業務の標準化について話し合いを進め、順次マニュアルやプログラムを整備していくことが望まれます。</p> <p>重度の方に対する個別ニーズを把握できる仕組みの確立が求められます。</p> <p>当施設は、「利用者主体」をモットーとして、「本人らしさ」を表現できる支援を行っています。そのため、利用者個々の意向や要望を抽出するため、一人ひとりの意見を聞いたり、利用者自治会が活発に行われています。重度の障害特性を持った利用者に対しても、現物を見せたり、写真を見せたりして意向を図る工夫をしています。しかし、職員の判断により、「うかがい知る」ことが現状であり、重度の方の個別ニーズをより把握できるスキルの開発が必要です。</p>

第三者評価結果に対する事業者のコメント

改善計画を定め、改善中の方向と第三者評価の結果が同じであり、意を強くした。

各評価項目に係る第三者評価結果
(別紙1)

各評価項目に係る評価結果グラフ
(別紙2)

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
- 1-(1) 理念、基本方針を確立されている。	
- 1-(1)- 理念を明文化されている。	a・b・c
- 1-(1)- 理念に基づく基本方針を明文化されている。	a・b・c
- 1-(2) 理念や基本方針を周知されている。	
- 1-(2)- 理念や基本方針が職員に周知されている。	a・b・c
- 1-(2)- 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・b・c

特記事項

事業所の基本理念は、施設内の掲示をはじめ、ホームページに掲載されています。基本方針についても、ホームページに明文化され、理念との整合性が読み取れます。
 また、理念においては、毎日の朝礼で唱和する取り組みがなされており、毎月の職員会議において実践状況の確認がされています。
 今後は、障害のある利用者にとってよりわかりやすい周知の方法を確立していくことが望まれます。

- 2 計画の策定

	第三者評価結果
- 2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にされている。	
- 2-(1)- 中・長期計画を策定されている。	a・b・c
- 2-(1)- 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定されている。	a・b・c
- 2-(2) 計画が適切に策定されている。	
- 2-(2)- 計画の策定が組織的に行われている。	a・b・c
- 2-(2)- 計画が職員や利用者等に周知されている。	a・b・c

特記事項

各年度の事業計画は具体的に策定されていますが、理念・基本方針を踏まえた中・長期の計画は策定の段階にあります。
 現在、重点目標を明確にし、現状把握・分析を行い事業運営における課題・問題点を明らかにしています。
 今後、これらの計画の周知と定量的に分析・評価していく仕組みの確立が望まれます。

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
- 3 -(1) 管理者の責任を明確にされている。	
- 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・b・c
- 3 -(1)- 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・b・c
- 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組に指導力を発揮している。	a・b・c
- 3 -(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。	a・b・c

特記事項

管理者は自らの役割と責任について表明すると共に広報誌に掲載されています。また、安全対策・設備・行事企画・生活改善・利用者自治会の委員会活動の内容についてリーダー会議等を通じて把握し、サービスの質の評価と改善の指示によって、指導力を発揮されています。

法令遵守の取り組みとして研修への参加は伺えますが、文章化されていないため、取り組みが明確ではありません。

今後、研修記録の整備や伝達研修をしていくことで取り組みの明確化が求められます。

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
- 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を的確に把握されている。	a・b・c
- 1-(1)- 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。	a・b・c
- 1-(1)- 外部監査等が実施されている。	a・b・c

特記事項

事業経営を取り巻く環境は、兵庫県知的障害者施設協会の参加や東播磨地域の複数の特別支援学校と緊密な連携を通して、地域における状況や潜在ニーズの把握が行われています。
 経営状況については、コスト・利用状況などの分析が行われていますが、改善すべき課題が事業計画に反映されておらず、職員に経営上の課題を周知するまでには至っていません。
 今後は、改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に具体的に示され、周知されることが望まれます。

- 2 人材の確保・養成

	第三者評価結果
- 2-(1) 人事管理の体制を整備している。	
- 2-(1)- 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	a・b・c
- 2-(1)- 人事考課を客観的な基準に基づいて行われている。	a・b・c
- 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を構築されている。	a・b・c
- 2-(2)- 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a・ - ・ c
- 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。	a・b・c
- 2-(3)- 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a・b・c
- 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。	a・b・c
- 2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	
- 2-(4)- 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にした体制を整備している。	a・b・c
- 2-(4)- 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	a・b・c

特記事項

職員の質の向上に向けた取り組みとして、経験・職種に応じて教育・研修計画が策定されています。
 今後は、職員個々の技術・知識・資格に関する把握を行い、個別の教育・研修計画の策定を積極的に行っていくことで、一体的な人材確保と養成の仕組みを確立していくことが求められます。

- 3 安全管理

	第三者評価結果
- 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。	
- 3 - (1) - 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a・b・c
- 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・b・c
- 3 - (2) 積極的に防災に関する取組を行っている。	
- 3 - (2) - 防災や安全確保のための設備の工夫を行っている。	a・b・c
- 3 - (2) - 災害時(火事、地震、台風など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a・b・c

特記事項

事故や感染症の発生時などの安全確保のための体制は整備され、検討会が月1度実施されています。また、リスク把握の取組も行われており、会議や検討が行われています。今後は、リスク検討の結果を含めた安全確保対策の実施状況や実効性について、定期的に評価し、見直していくことが求められます。

防災に関する取組は、定期的に防火訓練を実施して設備や器具の研修を行うと共にAEDの救命講習も実施していますが、災害時の体制整備については、十分でないのが現状です。今後は、火災以外の災害について安全確保の体制を整備していくことが必要です。

- 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。	
- 4 - (1) - 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a・b・c
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
- 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・b・c
- 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・b・c
- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	a・b・c
- 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。	a・b・c

特記事項

施設は利用者が地域の人々と交流を持ち良好な関係を築いていくことを目指していますが、地域行事や活動に参加する際に職員やボランティアの援助を得る体制づくりまでには至っていません。

今後、事業所も地域の社会資源の一つとして、地域や関係機関との連携を深めていくことが望まれます。

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
- 1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	
- 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組を行っている。	a・b・c
- 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。	a・b・c
- 1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	
- 1-(2)- 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a・b・c
- 1-(2)- 利用者満足の向上に向けた取り組みをおこなっている。	a・b・c
- 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・b・c
- 1-(3)- 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	a・b・c
- 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・b・c

特記事項

理念及び基本方針に利用者尊重の基本姿勢が明示され、各サービスの実施に具体的に反映されています。また、利用者自治会や保護者会を通して、利用者満足の向上を意図した仕組みが整備されています。

しかし、利用者からの相談や意見や苦情などについての相談方法が標準化されておらず、記録についても不十分な点が見受けられました。

今後、利用者の意思疎通の状況に応じた支援体制を構築するとともに相談支援の標準化が求められます。

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
- 2 -(1) 質の向上に向けた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・b・c
- 2 -(1)- 評価の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いる。	a・b・c
- 2 -(1)- 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・c
- 2 -(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。	
- 2 -(2)- 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供されている。	a・b・c
- 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。	a・b・c
- 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。	a・b・c
- 2 -(3)- 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・b・c
- 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。	a・b・c

特記事項

サービスの質向上に向けた取り組みは、今回の第三者評価の他に職員が課題や議題を出すことを目的とした「職員議題ボックス」の取り組みがあります。

職員議題ボックスに投かんされた意見は、職員会議やグループ会議で取り上げられ、改善できるものは迅速に取り組む、計画を立てて改善するものは事業計画に反映されていることを伺いました。

今後、今回の評価結果を各職員へ周知することにより、施設全体で課題に向けた取り組みが期待されます。

個々のサービスについての標準的なマニュアルは、文章化されていますが、定期的なマニュアルの周知や実施状況の確認までは至っていません。

今後は、サービスマニュアルについての定期的な研修と見直しをする仕組みの整備が求められます。

- 3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
- 3-(1) サービス提供の開始を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・b・c
- 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・b・c
- 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が行われている。	a・b・c

特記事項

<p>ホームページや施設のパンフレットにサービスの詳細についての記載があり、見学や短期入所を通じて、情報を提供しています。</p> <p>契約の手続きについては、重要事項説明書に基づいて説明し、契約が交わされています。</p> <p>サービスの移行にあたっては、移行の事例を伺いましたが、担当窓口や引き継ぎ手順は定められていませんでした。</p> <p>今後、移行後の相談窓口の明記を含め、引き継ぎ手順を定めていくことが求められます。</p>

- 4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果
- 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が行われている。	a・b・c
- 4-(1)- 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a・b・c
- 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されている。	a・b・c
- 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・b・c

特記事項

<p>利用者本人と家族の意向を確認し、希望や願いに基づいた個別支援計画書を作成し、同意を得て、支援を実践しています。</p> <p>また、個別支援計画には、健康、生活基盤、日常生活、社会生活活動など全般にわたる支援について記載されていますが、作成の過程や計画の見直しの際の手順等については明確ではありません。</p> <p>今後、評価・見直しを含めた個別支援計画の策定の手順を明確にするるとともに、緊急時に個別支援計画を速やかに変更する仕組みの確立が求められます。</p>
--

評価対象A 実施する福祉サービスの内容

A - 1 利用者の尊重

	第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重	
A-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。	a・b・c
A-1-(1)- 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
A-1-(1)- 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。	a・b・c
A-1-(1)- 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・b・c
A-1-(2) 利用者の権利擁護	
A-1-(2)- 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等)等の人権侵害について、防止対策を図っている。	a・b・c

特記事項

利用者を尊重する取り組みとして、利用者自治会やサークル活動を中心とした主体的な活動の支援が行われています。

見守り支援については、出来ないことを一緒に取り組まれています。支援の方針が明確ではありません。今後は、見守り支援の具体的な支援方針の確立が求められます。

利用者の権利擁護については、虐待防止の研修や事例検討は行われていますが、虐待防止を記した規程又はマニュアルの整備までには至っていません。今後、虐待等を発見したときの対応や処分を含めた虐待防止マニュアルの策定が求められます。

A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 食事		
A - 2 - (1) -	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a・b・c
A - 2 - (1) -	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している。	a・b・c
A - 2 - (1) -	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・b・c
A - 2 - (2) 入浴		
A - 2 - (2) -	入浴は、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。	a・b・c
A - 2 - (2) -	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
A - 2 - (2) -	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・b・c
A - 2 - (3) 排泄		
A - 2 - (3) -	排泄介助は快適に行われている。	a・b・c
A - 2 - (3) -	トイレは清潔で快適である。	a・b・c
A - 2 - (4) 衣服		
A - 2 - (4) -	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。	a・b・c
A - 2 - (4) -	衣類の着替え等の支援や汚れに気づいた時の対応が適切である。	a・b・c
A - 2 - (5) 理容・美容		
A - 2 - (5) -	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。	a・b・c
A - 2 - (5) -	理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
A - 2 - (6) 睡眠		
A - 2 - (6) -	安眠できるように配慮している。	a・b・c
A - 2 - (7) 健康管理		
A - 2 - (7) -	日常の健康管理は適切である。	a・b・c
A - 2 - (7) -	必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	a・b・c
A - 2 - (7) -	内用薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・b・c

特記事項

利用者の日常生活全般について、現実的にはきめ細やかな利用者対応が行われていますが、担当職員による個別対応になっている傾向が強く、活用できるマニュアルが不足している面が見受けられました。

今後、利用者に応じた継続的な支援が提供できるよう早い段階での体系的なマニュアルの整備が求められます。

A - 3 社会生活支援

A-3-(1) 余暇・レクリエーション		
A-3-(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。	a・b・c
A-3-(2) 外出・外泊		
A-3-(2)-	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
A-3-(2)-	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a・b・c
A-3-(3) 所持金・嗜好品等		
A-3-(3)-	預り金について、適切な管理体制が作られている。	a・b・c
A-3-(3)-	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a・b・c
A-3-(3)-	嗜好品（酒、たばこ、コーヒー等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a・b・c
A-3-(4) 就労・社会参加		
A-3-(4)-	就労に関する取り組みを確立している。	非該当
A-3-(4)-	社会参加に関する多様な機会を確保している。	a・b・c

特記事項

社会生活支援の一環としてのサークル活動は、ドライブや買い物、外食等があり利用者の楽しみになっています。また、地域移行を目的とし、対象の利用者に金銭管理の練習や外出訓練が行われています。
 今後は、利用者の意向や特性に応じた社会参加支援の充実が期待されます。

A - 4 障害特性支援

A-4-(1) 障害特性支援		
A-4-(1)-	利用者個々の障害の特性に応じた支援を行っている。	a・b・c
A-4-(1)-	行動障害のある方への特別な支援を行っている。	a・b・c
A-4-(1)-	重複障害のある方への特別な支援を行っている。	a・b・c
A-4-(2) 家族支援		
A-4-(2)-	家族に対する支援、助言を行っている。	a・b・c

特記事項

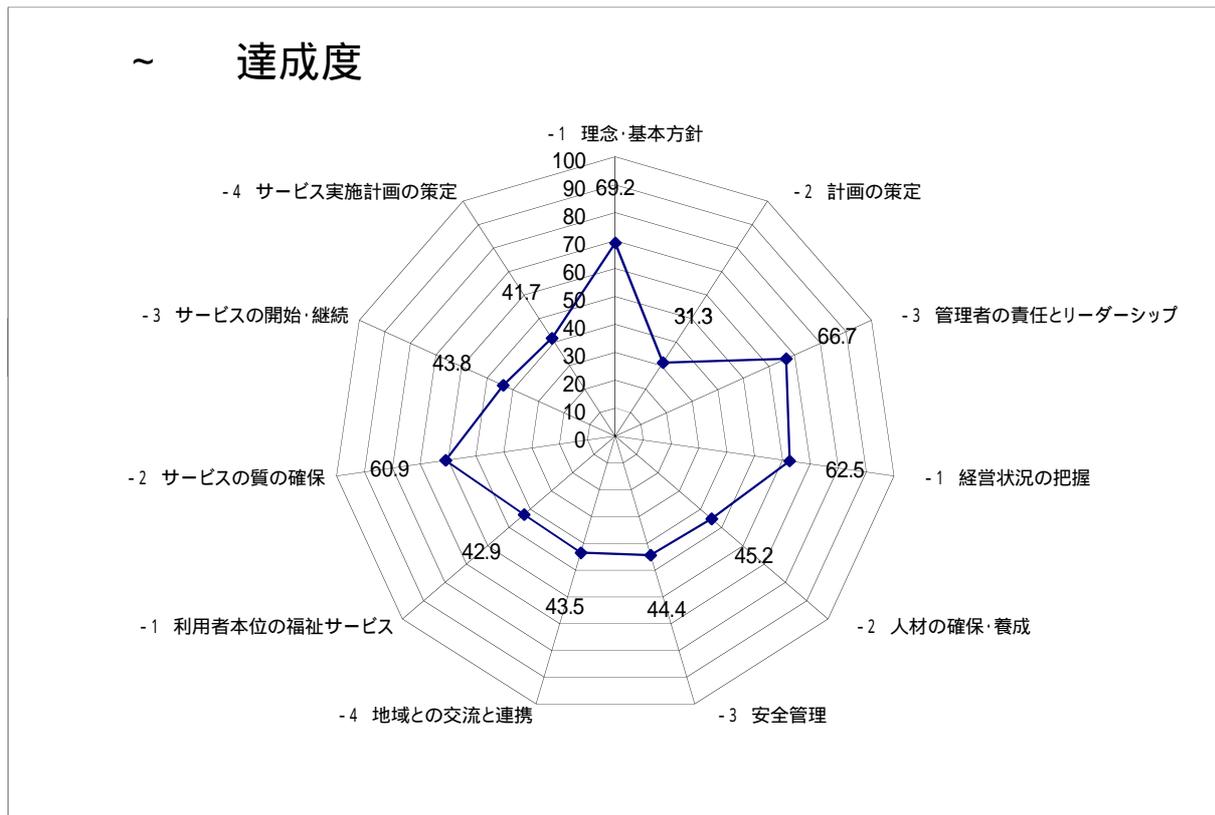
職員の利用者支援の基本姿勢として、傾聴や見守りを大切にしており、利用者の自主性を尊重しつつ側面的な支援ができるように努めています。
 なお、直接利用者に支援が必要な場合についての検討やどのような支援方法が適切なのか、声掛け方法はどうか等、障害特性を踏まえた支援方法について職員間でさらに検討し実践して行くことが期待されます。

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

～ 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
-1 理念・基本方針	13	9	69.2
-2 計画の策定	16	5	31.3
-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	10	66.7
-1 経営状況の把握	8	5	62.5
-2 人材の確保・養成	31	14	45.2
-3 安全管理	18	8	44.4
-4 地域との交流と連携	23	10	43.5
-1 利用者本位の福祉サービス	28	12	42.9
-2 サービスの質の確保	23	14	60.9
-3 サービスの開始・継続	16	7	43.8
-4 サービス実施計画の策定	12	5	41.7
	203	99	48.8



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 - (1) 利用者の尊重	17	8	47.1
1 - (2) 利用者の権利擁護	4	2	50.0
2 - (1) 食事	12	10	83.3
2 - (2) 入浴	8	7	87.5
2 - (3) 排泄	10	7	70.0
2 - (4) 衣服	6	5	83.3
2 - (5) 理容・美容	5	4	80.0
2 - (6) 睡眠	5	4	80.0
2 - (7) 健康管理	14	8	57.1
3 - (1) 余暇・レクリエーション	5	3	60.0
3 - (2) 外出・外泊	7	3	42.9
3 - (3) 所持金・嗜好品等	11	4	36.4
3 - (4) 就労・社会参加	3	1	33.3
4 - (1) 障害特性支援	12	4	33.3
4 - (2) 家族支援	3	2	66.7
	122	72	59.0
	325	171	52.6

A 達成度

