

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	2008年 11月 1日～ 2009年 3月 31日 (実地(訪問)調査日 2009年 1月 20日)	
評価調査者	HF05-1-0023 HF05-1-0025 HF05-1-0027 HF05-1-0032	

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) 播磨福祉事業館	種別： 旧身体障害者入所授産施設
代表者氏名： (管理者) 弓岡章秀	開設(指定)年月日： 昭和 平成 47年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人 播磨福祉事業会 経営主体：社会福祉法人 播磨福祉事業会	定員(利用人数)H.20.12現在) 50(50)名
所在地：〒 671 - 2234 兵庫県姫路市西脇字西川原1448 - 4	
電話番号：(079) 269 0410	FAX番号：(079) 269 0495
E-mail： <a href="mailto:harimafukushi@meg.winknet.ne.jp">harimafukushi@meg.winknet.ne.jp</a>	ホームページアドレス： <a href="http://www.harimafukushi.com">http://www.harimafukushi.com</a>

(2) 基本情報

<p>理念・方針：</p> <p><b>理念</b> 自立と共生 / 信頼と成長          私たちは、“障害者の自立と自己実現を支える働き”を私たちの使命と銘じ、利用者の皆様とともに、夢と希望を共有しながら、より良質のサービス提供に努め、地域社会との協働による安定成長と信頼確保をめざします。</p> <p><b>方針</b> 利用者の意向を尊重し、多様な福祉サービスを総合的に提供できるよう創意工夫することにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援します。</p> <p>力を入れて取り組んでいる点：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 組織体制の充実</li> <li>2 より良い支援の創意工夫、良質のサービス提供</li> <li>3 新基準に適応した環境整備</li> <li>4 情報発信能力の向上</li> </ol>						
職員配置 ( )は非常勤 職員を明示	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1(0)	事務員	1(0)	主任生活支援員	1(0)
	生活支援員	5(2)	職業指導員	1(0)	看護師	1(0)
	栄養士	1(0)	調理員	5(3)	医師	1(1)
	その他	2(2)				

#### 施設の状況

播磨福祉事業館は、姫路市北西の自然環境に恵まれた場所に定員50名の市内最初の身体障害者の居住施設として昭和47年4月に開設しました。古い歴史の中で、“障害者の自立と自己実現を支える働き”をモットーに、個人の尊厳を保持しつつ、その人らしい生活を送ることができるように、印刷業務を始め、多様な作業活動を提供しています。

### 3 評価結果

#### 総評

##### 特に評価の高い点

1. 日常の安全確保や非常時に備えて、「防災活動隊」が設置され、危機管理マニュアルが整備されています。
2. 防災管理規程が整備され、これに基づいて、地震対策も含めた幅広い防災対策が行われています。
3. 地域ふれあい納涼祭、地域ふれあい運動会、地域清掃奉仕活動など、定期的に利用者と地域との交流の機会があり、内容が充実しています。
4. 毎月の入所者懇談会や利用者の会及びケアプランの策定見直し時の個別の面談によって、利用者の意見を吸い上げるように努められています。
5. クラブ活動や「友情の会」という自治会を通して、利用者の主体性を高めるための支援が行われています。

##### 特に改善を求められる点

1. 中・長期的な視点に立って、事業計画を体系的に策定するように努めることが課題です。
2. 具体的な人事プランや個別の研修計画など、人材養成に関する計画を策定することが必要です。
3. マニュアル作成など、サービスの標準化に向けた明確な仕組みづくりが必要です。
4. 虐待やプライバシーの定義を文書化するなど、権利擁護の取り組みが標準化されておらず、今後、施設の仕組みとして確立に努めることが必要です。
5. 作業活動の見直しも含め、就労や社会復帰に向けたプログラムの策定に努めることが、課題です。

#### 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価を受け、施設としてある程度徹底できている部分と不完全な部分が明確になり、今後の取り組み課題が明らかになった。  
新体系への移行に併せ、不完全な部分を改善していくよう努力したい。

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、基本方針を確立している。	
- 1-(1)- 理念を明文化している。	a・b・c
- 1-(1)- 理念に基づく基本方針を明文化している。	a・b・c
- 1-(2) 理念や基本方針を周知している。	
- 1-(2)- 理念や基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。	a・b・c

#### 特記事項

理念・基本方針は、パンフレット、機関紙に明記され、職員会議や入館者懇談会にて周知が図られています。また、職員倫理規程が定められ、利用者への姿勢も明確になっています。しかし、職員の基本姿勢が、基本方針に盛り込まれておらず、対外的に広く周知するには至っていません。

### - 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している。	
- 2-(1)- 中・長期計画を策定している。	a・b・c
- 2-(1)- 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。	a・b・c
- 2-(2) 計画を適切に策定している。	
- 2-(2)- 計画の策定を組織的に行っている。	a・b・c
- 2-(2)- 計画を職員や利用者等に周知している。	a・b・c

#### 特記事項

中・長期的な視点にたつて、設備計画・新体系移行計画などの計画が課題別に策定されています。また、年次計画は、職員の参画の下に、検討が深められ、事業が具体的に記載されています。しかし、それぞれの計画が、理念、基本方針に沿った一連の計画とはなっていません。今後は、計画の策定・決定に至るまでの手順等の仕組みを整備するように努めることが課題です。

- 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している。	
- 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を発揮している。	
- 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（施設長）は、職員会議や機関紙において自らの役割や考えを表明し、職員に周知されていることがうかがえます。また、法令遵守の研修などに参加し、経営や業務の改善について継続的な取り組み姿勢がうかがえます。

しかし、管理者（施設長）の役割と責任として、サービスの質の向上について、現在の問題点と課題について、自己評価など書面による分析・整理がなされておらず、具体的な体制整備や改善策を提案するには至っていません。

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している。	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)- 外部監査を実施している。	a・b・(c)

特記事項

市場の動向やニーズについては、事業者団体や地域関係団体のセミナーに参画することにより、把握に努められています。また、経営状況については、役員会で経営状況が分析されており、それを基に職員会議において、課題や改善の方向などが説明されています。しかし、その結果を中・長期的な計画に反映するまでには至っていません。

また、運営の透明性の確保などを目的とした外部監査は行なわれていません。

- 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・ <b>(c)</b>
- 2-(1)- 人事考課を客観的な基準に基づいて行っている。	a <b>(b)</b> ・c
- 2-(2) 職員の就業状況に配慮している。	
- 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している。	a <b>(b)</b> ・c
- 2-(2)- 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	<b>(a)</b> ・ - ・c
- 2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	
- 2-(3)- 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。	a <b>(b)</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を行っている。	a <b>(b)</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>(b)</b> ・c
- 2-(4) 実習生の受け入れを適切に行っている。	
- 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体制を整備している。	a <b>(b)</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・ <b>(c)</b>

特記事項

人事考課については、統一した書式を用いて、継続的に取り組んでいることがうかがえます。また、必要に応じて、外部研修に参加し、職員の質の向上に向けた取り組みが行われています。

福利厚生については、福利厚生センターをはじめいくつかの福利厚生制度に加入しています。

人事に関する「基本的な考え方」がうかがえる文書は確認できますが、具体的な人事プランや個別の研修計画など、人材養成に関する計画の策定までには至っていません。

実習に関しては、施設の責務として「実習生受入についての留意事項」を整備し、それに基づいて受け入れが行われていますが、実習のカリキュラムは明確になっていません。

- 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を行っている。	
- 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を整備し機能している。	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

事務長(統括)と主任生活支援員(防火管理者)を主担当とし、日常の安全管理や非常時に備えて「防災活動隊」が設置され、危機管理マニュアルが整備されています。

施設・設備については、各所に段差解消などの日常の安全確保の工夫がなされ、設備の点検などの管理も行われています。また、災害時についても防災管理規程が整理され、これに基づいて、地震対策も含めた幅広い防災対策が行われています。

リスクの把握については、事故報告によって情報収集がなされ、随時検討されていることはうかがえます。さらに、安全対策を充実させるため、ヒヤリ・ハットなど日常生活における安全予防の情報収集や定期的な改善策の検討が課題となります。

- 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果
- 4 -(1) 地域との関係を適切に確保している。	
- 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) 関係機関との連携を確保している。	
- 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を適切に行っている。	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、事業・活動を行っている。	a・(b)・c

特記事項

地域ふれあい納涼祭、地域ふれあい運動会、地域清掃奉仕活動など、定期的に多様な地域交流の機会があり、内容が充実しています。

また、ボランティアの受け入れマニュアルを整備し、施設の行事をはじめ、多岐にわたってボランティアを受け入れています。事業所が有する機能の地域への還元は、具体的な活動が確立されていません。

関係機関との連携については、関係協力団体をリスト化し、社会資源を明確にされています。しかしながら、具体的なネットワークを確立するまでには至っていませんので、今後のさらなるネットワークの充実と連携強化が期待されます。

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・ <b>c</b>
- 1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	
- 1-(2)- 利用者やその家族等の意向の把握と満足の上昇への活用に取り組んでいる。	a・ <b>b</b> ・c
- 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	
- 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。	<b>a</b> ・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>b</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>b</b> ・c

特記事項

<p>利用者満足の上昇については、毎月の入所者懇談会や利用者の会及びケアプランの策定見直し時の個別の面談によって意見を吸い上げるように努めています。</p> <p>苦情解決の体制は明確になっていますが、フィードバックの手順は不明瞭な点がございます。</p> <p>利用者本位の姿勢は、倫理規程にはうかがえるものの、具体的な取り組みが明文化されておらず、利用者からの相談や意見がサービスの改善に反映される仕組みが確立されていません。</p>
---

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
- 2-(1) 質の上昇に向けた取組を組織的に行っている。	
- 2-(1)- サービス内容について定期的に評価を行い、取り組むべき課題を明確にしている。	a・ <b>b</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・ <b>c</b>
- 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、サービスを提供している。	a・b・ <b>c</b>
- 2-(2)- 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	a・b・ <b>c</b>
- 2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
- 2-(3)- 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a・ <b>b</b> ・c
- 2-(3)- 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・b・ <b>c</b>
- 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>b</b> ・c

特記事項

<p>サービスの質の確保については、本評価を契機に取り組みが開始されています。今後、本評価を踏まえ課題を明らかにし、改善していく仕組みを確立されることが課題です。</p> <p>全般的に、個々のサービスについて、標準的な実施方法の文書化ができていません。</p> <p>今後は、マニュアル作成などサービスの標準化に向けて明確な仕組みづくりが必要です。</p> <p>サービスの記録については、個別に整備され、コンピュータネットワークによって共有されていますが、記録の保管管理についてのマニュアルが整備されていません。</p>
--

- 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っている。		
- 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を行っている。		
- 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。	a・b・(c)

特記事項

<p>サービス提供の開始にあたっては、重要事項説明書にサービスについての具体的な内容を明示し、説明が行われていることがうかがえましたが、利用者にも、分かりやすいものとするための工夫については確認できませんでした。</p> <p>サービスの継続や退所後の支援については、引継ぎ文書や事後の対応などのフォローはうかがえますが、様式や方法が定まっておらず、体系的な取り組みには至っていません。</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を行っている。		
- 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・(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を策定している。		
- 4-(2)-	サービス実施計画を適切に策定している。	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>サービス実施計画については、利用者一人ひとりのアセスメントから目標を明示し、毎月の「個別支援計画作成会議」を経て、計画が策定されていることがうかがえます。</p> <p>計画の評価や見直しは定期的に行われていますが、利用者の意向が把握され、計画に反映されているかどうかについては確認できませんでした。</p> <p>アセスメントから計画策定、見直しに至るまでの管理と具体的な手順を示した文書は、確認できませんでした。</p>
---



評価対象 実施する福祉サービスの内容

- 1 利用者の尊重

	第三者評価結果
- 1-(1) 利用者の尊重	
- 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をしている。	a (b) c
- 1-(1)- 利用者の主体的な活動を尊重している。	a (b) c
- 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を整備している。	a (b) c
- 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)
- 1-(2) 利用者の権利擁護	
- 1-(2)- 利用者の権利の行使を支援するための具体的な取り組みを行っている。	a (b) c
- 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)
- 1-(2)- 利用者のプライバシー確保のための支援や工夫をしている。	a (b) c

特記事項

利用者を尊重する取り組みとして、クラブ活動や「友情の会」という自治会を通して、利用者の主体性を高めるための支援が行われています。また、コミュニケーションについては、必要な利用者には文字カードを用いるなど、個々のニーズに応じた支援が行われています。  
施設において、虐待やプライバシーの定義した文書が無く、利用者の人権擁護について具体的な議論や研修は確認できませんでした。

- 2 日常生活支援

	第三者評価結果
- 2-(1) 食事	
- 2-(1)- サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。	a (b) c
- 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
- 2-(2) 入浴	
- 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
- 2-(2)- 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a (b) c
- 2-(3) 排泄	
- 2-(3)- 排泄介助は快適に行っている。	a・b (c)
- 2-(3)- トイレは清潔で快適である。	a・b (c)
- 2-(4) 衣服	
- 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
- 2-(4)- 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a (b) c

- 2 - (5) 理容・美容		
- 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
- 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)
- 2 - (6) 睡眠		
- 2 - (6)-	安眠できるように配慮している。	a・(b)・c
- 2 - (7) 健康管理		
- 2 - (7)-	日常の健康管理は適切である。	a・(b)・c
- 2 - (7)-	必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	a・(b)・c
- 2 - (7)-	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・(b)・c
- 2 - (8) 趣味・嗜好		
- 2 - (8)-	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。	(a)・b・c
- 2 - (8)-	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を尊重している。	a・(b)・c
- 2 - (9) 居室		
- 2 - (9)-	居室等の環境は適切である。	a・(b)・c

特記事項

基本的には生活スタイルについては、利用者本人の意向が十分に汲み取られており、障害の状況に合わせて生活の支援が行われていることがうかがえます。

健康管理については、医療機関との連携は行なわれていますが、体調不良時や服薬時の手順など、支援方法の標準化が不十分です。

趣味・嗜好品については、利用者との話し合いがもたれ、利用者の意志を尊重したルールが定められています。しかし、日常生活の支援全般について、記録が少なく、標準化には至っていません。

- 3 社会生活支援

- 3-(1) 余暇・レクリエーション		
- 3-(1)-	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行っている。	a・(b)・c
- 3-(2) 外出・外泊		
- 3-(2)-	外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・(b)・c
- 3-(2)-	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮している。	(a)・b・c
- 3-(3) 所持金・預り金の管理等		
- 3-(3)-	預り金について、適切な管理体制を作っている。	a・(b)・c
- 3-(4) 就労・社会参加		
- 3-(4)-	就労に関する取り組みを確立している。	a・(b)・c
- 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

行事やクラブ活動は充実しており、その企画から実施に至るまでの段階において、利用者の意向が反映されていることがうかがえます。また、外出・外泊については、利用者の意向を尊重しつつ支援が行われていますが、社会参加活動の位置づけが不明瞭です。  
 作業活動は、種類も多く、利用者の状態にあわせた活動が行われていますが、就労や社会復帰に向けたプログラムの策定には至っておらず、作業活動の種類や内容の見直しも含め、今後の課題となっています。

- 4 障害特性支援

- 4-(1) 障害特性支援		
- 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
- 4-(1)-	行動障害のある方への特別な支援を行っている。	非該当
- 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
- 4-(2) 家族支援		
- 4-(2)-	家族に対する支援、助言を行っている。	a・(b)・c

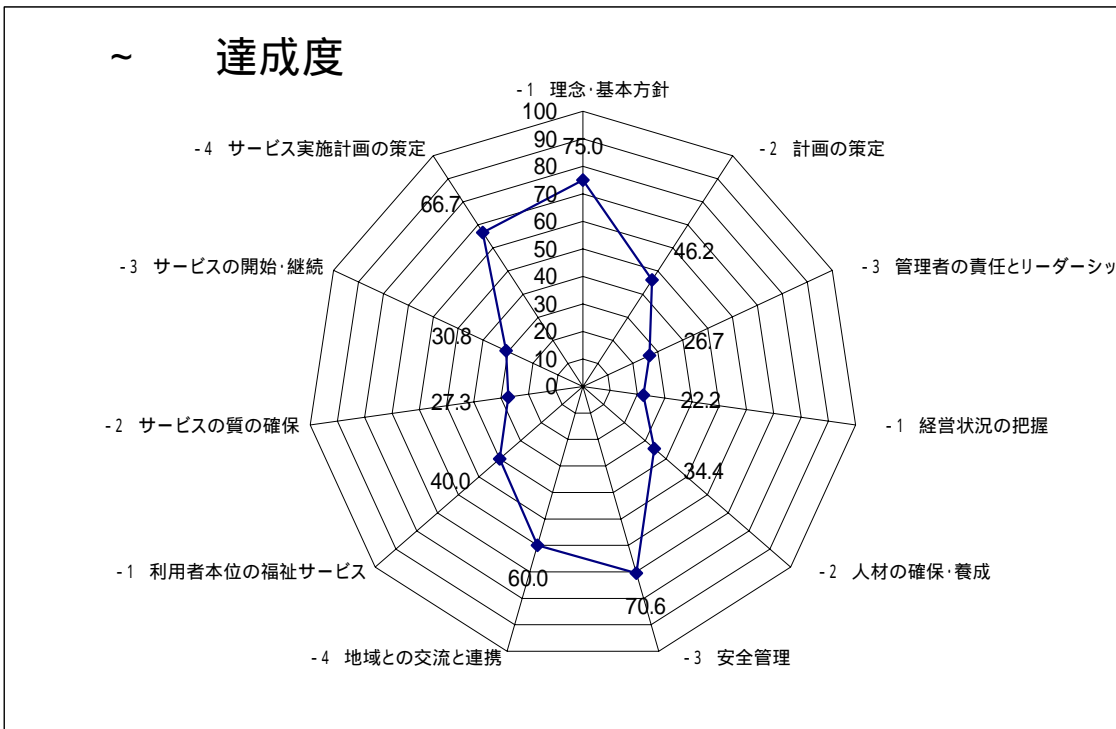
特記事項

障害特性支援については、アセスメントにより障害特性を把握し、その特性に応じた設備や環境の整備が行われています。しかし、多様な障害特性に応じた研究やプログラムの確立には至っていません。  
 家族支援については、定期的に連絡を取っていることは確認できましたが、日頃の情報交換や制度説明、援助技術指導などの取り組みはうかがえませんでした。

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	8	6	75.0
-2 計画の策定	13	6	46.2
-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	4	26.7
-1 経営状況の把握	9	2	22.2
-2 人材の確保・養成	32	11	34.4
-3 安全管理	17	12	70.6
-4 地域との交流と連携	20	12	60.0
-1 利用者本位の福祉サービス	20	8	40.0
-2 サービスの質の確保	22	6	27.3
-3 サービスの開始・継続	13	4	30.8
-4 サービス実施計画の策定	12	8	66.7
～ 合計	181	79	43.6



## 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 - (1) 利用者の尊重	16	7	43.8
1 - (2) 利用者の権利擁護	11	2	18.2
2 - (1) 食事	8	6	75.0
2 - (2) 入浴	8	4	50.0
2 - (3) 排泄	10	0	0.0
2 - (4) 衣服	5	4	80.0
2 - (5) 理容・美容	5	1	20.0
2 - (6) 睡眠	5	3	60.0
2 - (7) 健康管理	14	6	42.9
2 - (8) 趣味・嗜好	6	5	83.3
2 - (9) 居室	4	1	25.0
3 - (1) 余暇・レクリエーション	4	3	75.0
3 - (2) 外出・外泊	7	6	85.7
3 - (3) 所持金・預かり金の管理等	3	1	33.3
3 - (4) 就労・社会参加	8	1	12.5
4 - (1) 障害特性支援	8	3	37.5
4 - (2) 家族支援	3	1	33.3
合計	125	54	43.2
総合計	306	133	43.5

