

# 評価報告概要表

## ■第三者評価機関

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 名称    | 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 |
| 評価調査日 | 令和2年 11月 5日 (木)   |

## ■福祉サービス事業者情報

|            |   |          |              |
|------------|---|----------|--------------|
| 名称         | 華の浦   | 種別       | 障害者支援施設      |
| 代表者氏名      | 施設長 岡村 育子   | 開設年月日    | 昭和47年6月1日    |
| 設置者        | 山口県社会福祉事業団  | 定員(利用人数) | 34名(34名)     |
| 所在地        | 〒747-0833 防府市大字浜方205-1  |          |              |
| 電話番号       | 0835-22-3280  | FAX番号    | 0835-22-3279 |
| ホームページアドレス | <a href="http://jigyodan-yg.jp/hananoura/">http://jigyodan-yg.jp/hananoura/</a> |          |              |

## ■総 評

### 全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

#### ◇特に評価の高い点

- 定期的な第三者評価の受審や毎年実施している自己評価、さらに家族、利用者への満足度調査など、法人の理念である「その人らしさを大切に」の実現を目指し、計画的かつ具体的な中長期計画を策定してそれを基に施設の事業計画が作成されている。また、その実現のため施設長はリーダーシップを発揮し、具体的な数値目標を示して着実な施設経営が行われていることと確認した。
- 今年度から新たな人事評価制度を導入するとともに、職員個々の研修計画や評価シートを活用して職員の目標達成に向けた取組が実施され、また全職員が内外研修の機会があり、資格取得助成制度やチューター制度による職員の定着、育成への取組は高く評価できる。
- ボランティアや実習生の積極的な受け入れ、災害時の福祉避難所の指定を受けている。地域交流スペースを利用した行事や地域の高齢者を対象とした配食サービスの提供、さらに小学校での介護教室への職員派遣等、地域福祉ニーズに基づいた公益的な活動が行われている。

#### ◇改善を求められる点

- 平成29年5月から障害児・者併設施設として移転・新築され、4年目を迎えたところであるが、この間児・者同一の事業計画が策定されている。利用対象者が違えばそれぞれの特性や支援方法も異なると思われるため、児・者別の事業計画を作成し、それに沿った支援を実施されることが望まれる。
- 事故報告書から服薬時の事故が多く報告されている。内容からは同様な事故が繰り返されている傾向にあるため、今一度職員全員で検証し、安心安全な支援ができるよう再発防止策を周知徹底していただきたい。
- 利用者の特性もあり、個々の地域移行は困難なケースが多いと推察されるが、利用者のエンパワメントや自立支援の視点を常に持ち、社会性の取得を目指す支援が充実することを期待する。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

障害者支援施設華の浦は、平成29年5月から障害児・者併設施設として移転・新築し4年目を迎え、「児施設から者施設」への円滑な移行のため支援する職員の意識改革や支援内容の向上に取り組んでいます。

今後も利用者の気持ちに寄り添いながら、生き甲斐を持って安心して暮らせるよう支援内容のさらなる充実を目指したいと思います。

また、利用者の「エンパワメント」に係る視点や「自立支援」等のための地域移行を見据えた、社会性の取得のための支援内容の充実も図っていききたいと思います。

# 評価報告概要表

## ■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

| I 福祉サービスの基本方針と組織  | a | 9 | b | 0 | c | 0 | Na | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| <p>●理念、基本方針は、施設内に掲示されるほか、ホームページやパンフレットへ掲載し、広く周知がはかられている。また利用者等への周知も分かりやすくする工夫がなされている。</p> <p>●施設長は、定期的に防府市社会福祉施設連絡協議会等に参加し、地域福祉の動向を把握するとともに、経営課題について数値化し、職員会議等で職員が共有して取り組んでいることが議事録から伺えた。</p> <p>●5年ごとに中長期計画を策定され、目標も数値化し、PDCAに基づいた法人経営が実施されている。ただ、施設の事業計画が児・者で一つのものとなっており、それぞれの対象利用者や事業が異なるため、それぞれの特性と支援方法を踏まえた事業計画の策定が望まれる。</p> <p>●定期的に第三者評価を受審、毎年実施している自己評価や利用者・家族への満足度調査の実施など、福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に実施されている。</p> |   |   |   |   |   |   |    |   |

| II 組織の運営管理  | a | 18 | b | 0 | c | 0 | Na | 0 |
|---|---|----|---|---|---|---|----|---|
| <p>●施設長の役割と責任は、会議等で表明するとともに、法令遵守責任者として高いコンプライアンス意識をもって施設運営にあたっており、稼働率等を数値化して職員間で共有するなどリーダーシップを發揮している。</p> <p>●職員個々の研修計画、評価シートを活用し、目標達成に向けた取組が実施され、全員が内外研修への参加機会が確保されている。また、新入職員にはチューター制度で育成・定着に向けた取組が実施されている。</p> <p>●ボランティアや実習生の積極的な受け入れ、災害時の福祉避難所の指定、地域住民が利用できる交流スペースの設置、地域の高齢者への配食サービスの提供、小学校での介護教室への職員派遣等地域との交流が活発で地域の福祉ニーズに基づいた公益的な活動が積極的に実施されている。</p> |   |    |   |   |   |   |    |   |

| III 適切な福祉サービスの実施   | a | 18 | b | 0 | c | 0 | Na | 0 |
|--|---|----|---|---|---|---|----|---|
| <p>●職員倫理規程や行動規範が整備されており、利用者を尊重する姿勢やサービス提供の重要性が明示されている。また毎年「人権侵害ゼロの職員の誓い」を全職員から提出させている。</p> <p>●サービス向上委員会や人権擁護委員会が設置され、個別支援計画は、利用者・家族から定期的実施する満足度調査の結果を反映するための見直しが行われるなど、サービスの質の向上や利用者の権利擁護への取組が充実している。</p> <p>●ヒヤリハットや事故報告書から、問題に早期に対応し、その経過や結果の職員への周知も図られており、組織的な安心、安全に取り組む姿勢が伺えた。</p> <p>●重要事項説明書に虐待防止にかかる市の相談窓口の連絡先の記述がなされていないので、記載することが望ましい。</p> |   |    |   |   |   |   |    |   |

| IV 良質な個別サービスの実施  | a | 13 | b | 2 | c | 0 | Na | 3 |
|--|---|----|---|---|---|---|----|---|
| <p>●夢プランやLEPの取組、意思決定支援会議等で利用者の特性を踏まえて、できうる範囲で絵カードや写真などでコミュニケーションを図り、個々の意向を尊重した支援が実施されている。</p> <p>●虐待防止マニュアルや人権擁護マニュアルが整備され、職員に周知されるとともに委員会が設置され、外部講師による研修も実施されている。スタッフルームには標語を掲示し、朝礼時に唱和するなど権利擁護について職員の意識向上が図られている。</p> <p>●服薬マニュアルやダブルチェック体制が取られているものの、事故報告書で服薬に関する事故が多いことから、今一度マニュアルの見直しや方法について職員間の連携を図り、安心・安全の向上について周知されることが望ましい。</p> |   |    |   |   |   |   |    |   |

# 第三者評価結果表

施設名 障害者支援施設 華の浦

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

| 【 評価項目 】  |                           | a | b | c | Na |
|---|---------------------------|---|---|---|----|
| <b>1 理念・基本方針</b>  |                           |   |   |   |    |
| <b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>  |                           |   |   |   |    |
| 1   | 1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)基本理念、基本方針ともに施設内に掲示され、パンフレットやホームページでも確認できた。関係者、利用者への周知についても説明の工夫がなされている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |                           |   |   |   |    |

|  |                                   |   |  |  |  |
|--|-----------------------------------|---|--|--|--|
| <b>2 経営状況の把握</b>   |                                   |   |  |  |  |
| <b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>   |                                   |   |  |  |  |
| 2  | 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。 | ○ |  |  |  |
| 3  | 2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。       | ○ |  |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)施設長は定期的に市内の福祉関係者が集まる会議に出席し、地域福祉の動向を把握する機会を確保している。経営課題についても数値化し、会議等で職員に周知、改善に取り組んでいる。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |                                   |   |  |  |  |

|  |   |   |  |  |  |
|--|---|---|--|--|--|
| <b>3 事業計画の策定</b>   |   |   |  |  |  |
| <b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>   |   |   |  |  |  |
| 4  | 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。               | ○ |  |  |  |
| 5  | 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。                | ○ |  |  |  |
| <b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>  |   |   |  |  |  |
| 6  | 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。 | ○ |  |  |  |
| 7  | 2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                 | ○ |  |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)5年ごとに法人の中長期計画を策定、目標も数値化されPDCAに基づいた法人経営が実施されている。単年度の計画も中長期計画を踏まえたものになっており職員への周知も図られている。</p> <p>(改善が求められる点)障害児施設「はなのうら」と障害者施設「華の浦」が同一の事業計画となっているが、事業及び利用対象者が異なるため、それぞれの事業計画が策定されることが望ましい。</p> |   |   |  |  |  |

| 【 評価項目 】  |  | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| <b>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>  |  |   |   |   |    |
| <b>(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。</b>   |  |   |   |   |    |
| 8   | 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。          | ○ |   |   |    |
| 9   | 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。 | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)定期的に第三者評価調査を受審され、自己評価も毎年実施、その結果から改善に向けた取組を行う組織的体制がある。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |  |   |   |   |    |

**評価対象Ⅱ 組織の運営管理**

|   |                                     |   |  |  |  |
|---|-------------------------------------|---|--|--|--|
| <b>1 管理者の責任とリーダーシップ</b>   |                                     |   |  |  |  |
| <b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>   |                                     |   |  |  |  |
| 10  | 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。  | ○ |  |  |  |
| 11  | 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。      | ○ |  |  |  |
| <b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>   |                                     |   |  |  |  |
| 12  | 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。 | ○ |  |  |  |
| 13  | 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。    | ○ |  |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)施設長の職務分掌は文書化され、会議等で役割と責任を表明している。遵守すべき法令や福祉サービスの向上、経営の改善に向け職員に周知し取組への指導力を発揮している。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |                                     |   |  |  |  |

| 【 評価項目 】  |   |   | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>2 福祉人材の確保・養成</b>   |   |   |   |   |   |    |
| <b>(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。</b>  |   |   |   |   |   |    |
| 14  | 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。        | ○ |   |   |    |
| 15  | 2 | 総合的な人事管理が行われている。                                | ○ |   |   |    |
| <b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>   |   |   |   |   |   |    |
| 16  | 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り組んでいる。              | ○ |   |   |    |
| <b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>   |   |   |   |   |   |    |
| 17  | 1 | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                         | ○ |   |   |    |
| 18  | 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。         | ○ |   |   |    |
| 19  | 3 | 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。                       | ○ |   |   |    |
| <b>(4) 実習生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。</b>   |   |   |   |   |   |    |
| 20  | 1 | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)職員個々の研修計画、評価シートを活用し目標達成に向けた取組が行われている。新人職員にはチューター制度により育成に向けた取組が実施されている。全職員を対象に職場内外研修に参加の機会がある。年間多くの実習生を受け入れ、積極的な姿勢が伺われる。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |   |   |   |   |   |    |

|   |   |                                  |   |  |  |  |
|---|---|----------------------------------|---|--|--|--|
| <b>3 運営の透明性の確保</b>  |   |                                  |   |  |  |  |
| <b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>   |   |                                  |   |  |  |  |
| 21  | 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。       | ○ |  |  |  |
| 22  | 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。 | ○ |  |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)ホームページ等を活用し、必要な情報公開がなされている。内部監査、外部監査体制が確立しており、法人組織としての公正性、透明性の確保のため指導や指摘事項に対し、改善に努めている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |   |                                  |   |  |  |  |

| 【 評価項目 】   |  | a | b | c | Na |
|--|--|---|---|---|----|
| <b>4 地域との交流、地域貢献</b>   |  |   |   |   |    |
| <b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>  |  |   |   |   |    |
| 23   | 1 利用者との交流を上げるための取組を行っている。                      | ○ |   |   |    |
| 24   | 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。           | ○ |   |   |    |
| <b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>   |  |   |   |   |    |
| 25   | 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。 | ○ |   |   |    |
| <b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>  |  |   |   |   |    |
| 26   | 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。                  | ○ |   |   |    |
| 27   | 2 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。              | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)地域交流マニュアルを整備し関係機関との連携も適宜実施されている。地域交流スペースを利用した防災・介護教室を開催、福祉避難所としての協定も結んでいる。地域や学校からの要請で介護教室へ職員を派遣する取組も実施されている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |  |   |   |   |    |

| 【 評価項目 】  |   | a   | b | c | Na |  |
|---|---|---|---|---|----|--|
| <b>評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</b>   |   |   |   |   |    |  |
| <b>1 利用者本位の福祉サービス</b>   |   |   |   |   |    |  |
| <b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>  |   |   |   |   |    |  |
| 28  | 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。        | ○ |   |    |  |
| 29  | 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。               | ○ |   |    |  |
| <b>(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。</b>  |   |   |   |   |    |  |
| 30  | 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。             | ○ |   |    |  |
| 31  | 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。              | ○ |   |    |  |
| 32  | 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。 | ○ |   |    |  |
| <b>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>  |   |   |   |   |    |  |
| 33  | 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>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>   |   |   |   |   |    |  |
| 34  | 1 | 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                      | ○ |   |    |  |
| 35  | 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。              | ○ |   |    |  |
| 36  | 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>(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。</b>  |   |   |   |   |    |  |
| 37  | 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。       | ○ |   |    |  |
| 38  | 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。      | ○ |   |    |  |
| 39  | 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。                | ○ |   |    |  |
| <p>(特に評価が高い点)利用者満足度調査を定期的に行うとともに、各種マニュアルを整備し人権への配慮がなされている。ヒヤリハットや事故報告書からは問題に迅速に対応し職員の共有が図られていることが伺えた。</p> <p>(改善が求められる点)重要事項説明書に虐待防止にかかる市の相談窓口の記載がないので記載されることが望ましい。</p> |   |   |   |   |    |  |

| 【 評価項目 】  |   |   | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>2 福祉サービスの質の確保</b>  |   |   |   |   |   |    |
| <b>(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。</b>  |   |   |   |   |   |    |
| 40  | 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。 | ○ |   |   |    |
| 41  | 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>(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。</b>  |   |   |   |   |   |    |
| 42  | 1 | アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。                | ○ |   |   |    |
| 43  | 2 | 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。                    | ○ |   |   |    |
| <b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>   |   |   |   |   |   |    |
| 44  | 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、職員間で共有化されている。   | ○ |   |   |    |
| 45  | 2 | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                      | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)各種マニュアルが整備され個別支援計画書は、利用者、家族の意見も取り入れながら作成され定期的に見直す仕組みが出来ている。福祉サービスの実施状況の記録は適切に実施され職員間で共有されるとともに、規定に沿った管理がなされている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |   |   |   |   |   |    |



#### IV 良質な個別サービスの実施(障害者施設:居住サービス)

| 【 評価項目 】  |  | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| A-1 利用者の尊重と権利擁護   |  |   |   |   |    |
| (1) 自己決定の尊重   |  |   |   |   |    |
| 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。              | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)「夢プラン」やLEPの取組、意思決定支援会議等で利用者の特性を踏まえて、できうる範囲で絵カードや写真などでコミュニケーションを図り、個々の意向を尊重した支援が行われている。</p> <p>(改善が求められる点)</p>                      |  |   |   |   |    |
| (2) 権利侵害の防止等  |  |   |   |   |    |
| 2   | 1 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。                  | ○ | / |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)虐待防止マニュアルや人権擁護マニュアルを整備し、周知しているとともに委員会が設置され、外部講師による研修も実施されている。スタッフルームには標語を掲示し、朝礼時の唱和等権利擁護について職員の意識高揚が図られている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |  |   |   |   |    |
| A-2 生活支援  |  |   |   |   |    |
| (1) 支援の基本   |  |   |   |   |    |
| 3   | 1 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。                 | ○ |   |   |    |
| 4   | 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。 | ○ |   |   |    |
| 5   | 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。           | ○ |   |   |    |
| 6   | 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。             | ○ |   |   |    |
| 7   | 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。                | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)職員は日常の支援の中で情報収集のほか、意思決定会議による聞き取りなどで利用者が意思表示しやすいような機会を設け、利用者一人ひとりの思いや希望を把握して支援を実施している。</p> <p>(改善が求められる点)</p>                       |  |   |   |   |    |

| 【 評価項目 】   |   | a                                  | b | c | Na |
|--|---|------------------------------------|---|---|----|
| <b>(2) 日常的な生活支援</b>  |   |                                    |   |   |    |
| 8  | 1 | 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。         | ○ |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)個別支援計画に基づき、栄養ケアマネジメント計画書、食事・入浴・排泄基準書さらにリハビリ計画等が作成されており、個別の生活支援が実施されている。</p> <p>(改善が求められる点)</p>  |   |                                    |   |   |    |
| <b>(3) 生活環境</b>  |   |                                    |   |   |    |
| 9  | 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。    | ○ |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)建物全体が明るく清潔に保たれており、温度や湿度の管理も行き届いている。すべてのトイレの清掃が行き届いており、居室も全室個室ということで、利用者が快適に生活できる環境にある。</p> <p>(改善が求められる点)</p>                                       |   |                                    |   |   |    |
| <b>(4) 機能訓練・生活訓練</b>   |   |                                    |   |   |    |
| 10   | 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。      | ○ |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)理学療法士の専門性を活かした個々のリハビリ計画書が作成され、機能訓練が実施されている。</p> <p>(改善が求められる点)</p>  |   |                                    |   |   |    |
| <b>(5) 健康管理・医療的な支援</b>   |   |                                    |   |   |    |
| 11   | 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。 | ○ |   |    |
| 12   | 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。    |   | ○ |    |
| <p>(特に評価が高い点)看護師に24時間連絡できる体制が整えられている。定期的に歯科衛生士によるブラッシング指導で健康管理が実施されている。</p> <p>(改善が求められる点)服薬マニュアルやダブルチェック体制が整えられているものの、服薬事故(誤薬事故)の件数が多いため実際の運用方法の改善が必要と思われる。</p> |   |                                    |   |   |    |
| <b>(6) 社会参加、学習支援</b>   |   |                                    |   |   |    |
| 13   | 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。 | ○ |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)ボランティアを講師とした生け花教室や音楽療法等の文化的な活動が行われている。ガイドヘルパーを利用し、外出の機会を持てるよう努めている。</p> <p>(改善が求められる点)</p>  |   |                                    |   |   |    |

| 【 評価項目 】  |  | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| <b>(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</b>   |  |   |   |   |    |
| 14  | 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。 |   | ○ |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)</p> <p>(改善が求められる点)施設内に地域移行体験室が設置され移行に向けた取組はあるが実績は乏しい。個々の障害から見て地域移行が難しいと決めず、利用者のエンパワメントに着目した自立支援等への充実に期待したい。</p> |  |   |   |   |    |
| <b>(8) 家族等との連携・交流と家族支援</b>  |  |   |   |   |    |
| 15  | 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。               | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)保護者説明会の開催、日常的な連絡帳の活用、アンケートの実施等の取組が行われている。コロナ禍にあつてLINEやタブレットを活用する工夫がみられた。</p> <p>(改善が求められる点)</p>                  |  |   |   |   |    |
| <b>A-4 就労支援</b>   |  |   |   |   |    |
| <b>(1) 就労支援</b>   |  |   |   |   |    |
| 16  | 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。              |   |   |   | ○  |
| 17  | 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。        |   |   |   | ○  |
| 18  | 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。          |   |   |   | ○  |
| <p>(特に評価が高い点)</p> <p>(改善が求められる点)</p>  |  |   |   |   |    |