

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5年 11月 28日 (火)

■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)	38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	http://jigyodan-yg.jp/hananoura/		

■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

- 平成29年5月に障害児・者併設施設として移転・新築され、新施設として事業を開始されて今年度で7年目を迎えました。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、定期的に第三者評価調査を受審し、その結果を受け、会議を通じて全職員と共有し、委員会や会議を通じて改善策の実施に組織的に取り組まれています。また計画的かつ具体的な中・長期計画及び事業計画のもと、施設長がリーダーシップを発揮し、着実な施設経営が実施されるなど、福祉の向上を目指す意識の高さは評価されます。
- 組織図や各種規程・マニュアルが手厚く整備されており、会計監査人が設置されるなど、ガバナンスとコンプライアンスの視点で健全な組織運営が行われています。
- 法人の中・長期計画で「人材の確保・定着・育成」が掲げられ、人事評価制度や各職員からの自己申告書、ヒアリングを通じて一人ひとりの意向が確認されています。職員研修計画に基づき、新人研修や階層別研修、職種別研修が行われ、職員自らが「個別研修計画」の中で「なりたい職員像」を記載し、個別面接において具体的な取り組みを支援されるなど人材育成に取り組まれています。新たな人事評価制度の導入や職員一人ひとりととの面談、人材育成・定着のためのチューター制度、資格取得助成制度などの取り組みは、職員が働きやすい職場づくりに寄与しており、これらの取り組みは高く評価されます。
- また職員間の良好なコミュニケーションのもと、情報共有の徹底が図られており、利用者個々の特性を踏まえた福祉サービスが提供されている点は高く評価できます。
- ボランティアや実習生の積極的な受け入れ、各関係機関との交流を通じ、地域のニーズを把握する取り組みが行われており、地域からの要請に応じて、介護教室へ職員を派遣するなど、地域との協力や交流を通じて、地域社会に貢献する活動が展開されています。さらに、災害時には福祉避難所としての機能も果たし、地域住民が利用できる交流スペースの設置、地域の高齢者を対象とした配食サービスの提供、小学校での介護教室の実施等、地域との交流機会が多く、地域の福祉ニーズに基づいた公益的な活動が行われている点は高く評価できます。
- 「夢プラン」や「意思決定支援会議」といった利用者個々の自己決定や自己選択を尊重した取り組み、人権標語の作成及び唱和、満足度アンケートの実施等、利用者の尊重と権利擁護に向けた取り組みの充実は高く評価できます。

◇改善を求められる点

- 障害児・者併設施設という特性もあり、児・者で一つの事業計画が作成されている。児・者それぞれの特性や支援方針も異なるため、各領域での事業計画のもと、支援が実施されることが望まれます。

評価報告概要表

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

華の浦では、利用者のニーズに沿った質の高いサービスを提供するため、職員一人ひとりの意識改革や能力及び資質の向上に取り組んでいます。

また、併設の相談支援事業所を中心に地域の関係事業所等との連携の下、生活介護や短期入所などのサービスの充実を図り、質の高い住宅サービスの提供に努めています。

今回の評価を励みに、今後も「その人らしさを大切に～みんなの笑顔のために～」の基本理念の下、利用者の尊厳を守りながら、「自己決定支援」を心がけ、利用者の立場に立ったサービスの提供と支援内容の更なる充実を目指します。

■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>●基本理念と基本方針は文書化され、施設内の情報発信は、掲示物、ホームページ、およびパンフレットを通じて実施されています。名刺にも基本理念を入れるなどの工夫をされ関係者に周知されています。利用者に対しても、理解しやすい表現を心がけ、積極的な周知活動が行われています。</p> <p>●施設長が定期的に福祉関係者の集まる会議等に参加し、地域福祉の動向を把握すると共に、数値化された施設の経営状況を職員間で共有し、経営課題に取り組んでいます。</p> <p>●法人の中期経営計画は、5年ごとに作成されており、ビジョンや目標も明確です。中・長期計画にリンクした単年度計画も職員参画のもと職員からの意見が収集・集約され、小さな意見も適切に考慮されており、職員、利用者、および保護者に対する情報の周知を図るための仕組みも確立されPDCAに基づいた経営が実施されています。一方、施設の事業計画が児・者で一つのものとなっており、それぞれの特性と支援方針を踏まえた各領域での計画の策定が望まれます。</p> <p>●福祉サービスの向上については、定期的な第三者評価受審、年1回の施設の自己評価、利用者・家族に向けた満足度調査の実施等、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に実施され、利用者を主体とした真摯な取り組みがうかがえます。</p>								
II 組織の運営管理	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>●施設長の考えや方針は会議等において表明されており、委員会や支援現場において自らが福祉サービスの質の向上への指導にあたり、業務分掌に関する事項を文書化し、会議や研修などで自らの役割と責任を明確にし、職員に周知を図るなどリーダーシップを発揮しています。</p> <p>●法人の、「職員紹介制度」と「資格取得助成制度」を積極的に活用し、必要な人材の確保と育成に尽力しています。また、人材の定着を促進するため、新人職員に対する「チューター制度」の導入等、職員の育成と定着への工夫が見られます。</p> <p>●職場の風通しも良好で、健全な職場風土が構築されていることが窺えました。医師への相談体制や研修の実施等、メンタルヘルス体制も整備されています。</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、地域の高齢者を対象とした配食サービスの提供、小学校での介護教室の実施等、地域との交流機会が多く、地域の福祉ニーズに基づいた公益的な活動が積極的に行われ地域社会に貢献する活動が展開されています。</p>								

評価報告概要表

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>●倫理規程、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ます。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ます。</p> <p>●サービス向上委員会、人権擁護委員会が設置され、年1回の満足度調査(ご利用者・ご家族)や毎月開催の「華会」の開催、利用者・家族に向けた満足度アンケートの定期的な実施など、利用者の声を聴く機会を設けるほか、日常生活で職員が対応する中での聞き取りなどを通じ、利用者の声を積極的に取り入れ、要望などをサービスに反映する仕組み、および定期的な評価および見直しを行う仕組みが確立されています。また、人権標語の作成及び唱和、不適切な事案に対する事例検討等、サービスの質の向上、利用者の尊重と権利擁護に向けた取り組みが充実しています。</p> <p>●ヒヤリハットの件数が多く、組織として安心・安全な福祉サービスの提供に向けたリスクマネジメントの意識が高く、委員会を中心に取り組んでいます。</p> <p>●各支援におけるマニュアルが作成され、各委員会において定期的に見直しも行われています。個別支援計画も標準的な実施方法で適切に作成されており、職員間の共有も徹底され、組織的な支援が実施されています。</p>								
Ⅳ 良質な個別サービスの実施	a	15	b	0	c	0	Na	3
<p>●「夢プラン」や「意思決定支援会議」といった意思決定会議による聞き取りなど、利用者が意志表示しやすいように機会を設け、思いや希望を把握する取り組みが行われています。また、利用者の中には自分の意思や希望を言葉で表現できない方にも、職員は利用者の表情や行動から気持ちや微細な変化に気づけるよう努め、利用者一人ひとりに配慮した支援が行われ、利用者個々の希望の実現に向けて、利用者の自己決定、自己選択を尊重した取り組みが実施されています。</p> <p>●利用者の特性に応じて、絵カードや写真を使って、利用者の意思を汲み取る工夫が見られる等、コミュニケーション手段の確保が行われています。</p> <p>●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、リハビリ計画書等が作成されており、介助方法、個人的状況、プライバシーに配慮した支援が実施されています。</p> <p>●服薬管理に関して、マニュアルが整備され、薬剤師による研修も実施されるなど、事故防止に向けた取り組みがなされており、事故が発生した場合も、検証、改善が行われ、再発防止策が徹底されています。</p> <p>●日常的な生活場面において利用者の便の硬さも数字表記で記録されるなど健康状態の把握に努められ、看護師を中心に各職員と連携して健康管理や医療的支援が行われ、その記録は職員間で共有する取り組みが行われています。</p> <p>居室は原則個室で、好みの玩具・人形などを持ち込めるなど、くつろげる環境づくりに取り組まれ、自ら部屋の施錠ができるなど、快適性や安心・安全に配慮されています。</p> <p>●地域生活への移行に向けて自立支援と自己決定をサポートする取り組みがあり、希望が生じた場合に備えて、迅速な情報提供、支援協力、および関係機関との連携を図り、適切な支援体制を整えています。</p> <p>●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中で、前年に1名が地域移行を達成したことは評価できます。</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
1 理念・基本方針					
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。					
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) 施設内の掲示物やホームページ、パンフレット、職員名刺などを通じて、関係者に情報を周知しています。また、利用者の理解を得るために、利用者が集まるホールでも、分かりやすい言葉を使って掲示され、視覚的に分かりやすく工夫された掲示物が展示されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
2 経営状況の把握					
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
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) 社会福祉協議会等の会議に積極的に参加し、地域のニーズを把握、収集する機会を確保しています。毎月の運営会議では、経営状況と課題の把握に注力し、特に利用者の稼働率などの課題に関しては、数値目標の職員全体の共通理解を促進するための取り組みを積極的に行っています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
3 事業計画の策定					
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
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。	○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●法人の中・長期計画は5年ごとに作成されており、現在3期目です。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ます。 ●単年度の計画は、職員からの意見が収集・統合され、小さな意見も適切に考慮されていました。さらに、職員、利用者、および保護者に対する情報の共有を促進するための仕組みが確立されています。役職者のほか、若手職員も参画し、法人本部にて策定されており、施設内の周知も図られています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●障害児部門の「はなのうら」と障害者部門の「華の浦」が同一の事業計画となっているが、事業及び利用者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です。 					

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組					
(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	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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●定期的な第三者評価受審のほか、毎年施設の自己評価や利用者・家族を対象にした満足度調査が実施されています。また、規程も整備され、組織的に機能しています。 ●サービス向上委員会を中心に、改善策の検討立案がされており、PDCAサイクルが確立されています。 <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし</p>					

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ					
(1) 管理者の責任が明確にされている。					
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。	○			
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。					
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)</p> <p>施設長の考えや方針は会議において文書及び発言で十分表明されています。また委員会にも出席し、自らが福祉サービスの質の向上への指導や取り組みの参画にあたっています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na	
2 福祉人材の確保・養成						
(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	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。	○			
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。						
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。	○			
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。						
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。	○			
(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。						
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) 新人職員研修はチューター制度に基づいて実施され、新任職員を慎重かつ個別なサポートにより育成する体制が確立されています。実習生の受け入れにおいては、実習生受け入れマニュアルに準拠し、福祉サービスに関わる専門職の養成に積極的に取り組んでいます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>						
3 運営の透明性の確保						
(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	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) 法人内部監査の定期的な実施と会計監査人による指導を受けることにより、より高度なチェック体制、運営の公正性と透明性の確保が図られています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>						

【 評価項目 】		a	b	c	Na
4 地域との交流、地域貢献					
(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
23	1	利用者地域との交流を広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。	○		
(2) 関係機関との連携が確保されている。					
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。	○		
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
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) コロナ禍にて回数は減少しているが、ボランティアを積極的に受け入れ、利用者からも喜ばれており、良好な関係性が構築されています。 関係機関との連携は適宜行われており、地域の協議会にも参画し、協働による取り組みも実施されています。 地域交流スペースを設け、防災教室や介護体験教室を実施し、地域住民が利用しています。また、災害時の福祉避難所の指定も受けています。 独居高齢者を対象にした配食サービス、小学校での介護教室などの公益的な活動が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					

評価対象Ⅲ 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					
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。					
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。	○		
(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	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。	○		
(3) 利用者満足の向上に努めている。					
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。	○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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	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。	○			
(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	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) 利用者を尊重する姿勢については、倫理規程、行動規範の整備、満足度調査や人権標語の掲示、唱和等の取り組みが充実しています。 ヒヤリハットの件数も多く、組織としてリスクマネジメントの意識が高いことが窺えます。年1回の利用者およびご家族向けの満足度調査の実施や、「華会」の開催など、利用者の声に耳を傾けるための機会を設けるとともに、日常生活において職員が対応しており、利用者からの相談や意見表明がしやすい環境を提供しています。 防災用発電機の設置や予備電力の整備など、災害時の対策も十分に行われ、利用者の安全を確保しながら、事業の継続に向けた体制が確立されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					

2 福祉サービスの質の確保					
(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	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。	○			
(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	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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
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) 定期的な評価および見直しを行う仕組みが確立されています。システムの導入により、利用者の身体状況や生活状況などが詳細に記録され、情報が効果的に共有されるように整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</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) 障害の状況に応じたコミュニケーション方法や絵カードの工夫などの取り組みが確認でき、また、「夢プラン」や「ソロ活動」では、利用者一人ひとりの意思決定を尊重した支援を行う取り組みは、非常に高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</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) 人権擁護・虐待防止委員会を設置し、外部講師による研修を実施しています。スタッフルームには標語を掲示し、朝礼での唱和や職員へのアンケートも年3回実施し、権利擁護について職員の意識向上に努めています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</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) 利用者特性もあり、自立に向けた支援やコミュニケーション等が困難な状況であっても、職員は、日常の支援の中での情報収集のほか、意思決定会議による聞き取りなどを通じて、可能な者には個別プログラムの中で掃除等の生活技能向上への支援や、絵カード、写真を使って意思を汲み取る等の工夫が見られます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 日常的な生活支援					
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) 個別支援計画にもとづき、栄養ケアマネジメント計画書、食事・入浴・排泄基準書、リハビリ計画書等が作成されており、個別の生活支援が提供されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
(3) 生活環境					
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) 建物内は明るく、清潔に保たれています。全室が個室でプライバシーも確保され、温度・湿度をチェックし、空調管理や照明も利用者の希望に合わせて配慮されています。また、トイレも清掃が行き届いており、利用者が快適に使用できる環境にあります。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
(4) 機能訓練・生活訓練					
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りハビリ計画が立てられ、訓練が実施されています。また、散歩などの日中活動を通じて、機能訓練が実施されています。また、可能な者には掃除等の生活技能向上に向けたプログラムを取り入れています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
(5) 健康管理・医療的な支援					
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) 看護師が配置され、常時の健康管理が行われています。また、栄養士や支援員等の多職種間連携による栄養ケアも取り組まれています。 服薬管理に関して、マニュアルが整備され、薬剤師による研修も実施されるなど、事故防止に向けた取り組みがなされています。事故が発生した場合も、検証、改善が行われ、再発防止策が徹底されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(6) 社会参加、学習支援					
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) 利用者の希望によりガイドヘルパーを利用した外出機会の確保等、利用者の意向に沿った支援が行われています。ボランティアを講師とした文化的活動機会も確保されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
(7) 地域生活への移行と地域生活の支援					
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) 地域生活への移行を希望する利用者が生じた際には、迅速な情報提供、支援協力、および関係機関との連携を図り、適切な支援体制を整えています。また、利用者が地域移行した実績があります。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
(8) 家族等との連携・交流と家族支援					
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) 説明会や定期的な報告を通じて、家族に対して利用者の状況を伝達していた他、家族が面会する際にも声かけを行っており、連絡帳を活用し、日常の様子や特記事項などを家族に適切に伝えていました。コロナ禍にあっては、LINEやタブレットを活用する等の工夫がみられます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
A-4 就労支援					
(1) 就労支援					
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>					