

# 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12月18日（金）

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	柳井ひまわり園	種 別	障害者支援施設
代表者氏名	施設長 今元 恵二	開設年月日	平成13年4月1日
設 置 者	社会福祉法人 さつき会	定員(利用人数)	50名(50名)
所 在 地	〒742-1352 柳井市伊保庄4472		
電 話 番 号	0820-24-1100	FAX番号	0820-22-0020
ホームページアドレス	<a href="http://satsukikai-oshima.com/himawari/">http://satsukikai-oshima.com/himawari/</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

・今回の第三者評価はコロナ禍にも関わらず3年ぶり3回目の受審となり、施設として福祉サービスの質の向上に向けた高い意識が感じられます。施設長は独自に作成された運営方針を掲げ、職員に説明されると共に施設内の各種会議に積極的に関わり、福祉サービスの質の向上に強い意欲を持たれ、指導力を発揮されています。事業計画は職員参画のもと策定され、中間、年度末に評価分析が行われ、中長期計画や法人と連動した計画となっており、利用者にも分かり易い表記で記載され、説明されています。

・職員の就業環境の整備では、職員自己申告票に基づいた面接を行い、メンタルヘルス研修の実施を含め、相談しやすい悩み相談の窓口を設置するなど、働きやすい職場づくりに取り組まれています。  
・感染症対策や災害対応のマニュアルが整備され、リスクに対し被害を最小限に抑え必要なサービスが継続できるよう事業継続計画(BCP)が併せて策定され、組織的に利用者に対し、安心・安全なサービス対応に取り組む姿勢が評価されます。  
・利用者一人ひとりの心身の状況に応じた個別支援計画がサービス管理責任者を中心に横断的に作成され、散髪や買物、食事等利用者の自己決定や自己選択を尊重した支援が行われています。利用者との信頼関係を深めるために担当制度を設け、生活に関わる悩みや思いなど個別の相談を行っています。また、利用者の居室は安全に配慮のもと、生活空間が利用者好みにアレンジされ、楽しい時間が過ごせるよう工夫されています。

#### ◇改善を求められる点

・職員の質の向上に向けた体制の確立では、職員一人ひとりの目標管理のための取組が必要とされます。それは、ただ単に、教育・研修の機会の確保だけでなく、仕事に対するモチベーションをいかに高めるかが大切であり、その為には一人ひとりの職員と管理者等との面接を通じたコミュニケーションを深めることが重要です。  
・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ることは大事なことです。職員間における利用者の状況に関する情報の流れと共有化は更に大切です。伝達が必要な情報が正確に伝わるよう職員間での普段からのコミュニケーションを図るよう望みます。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

改善を求められる点として、ご指摘をいただいた点は、まさに私どもの課題です。また、高い評価をいただいた項目も「課題が全く無い」ということではないと認識しています。

とかく、人も組織も現状に満足して怠慢に繋がる傾向が見込まれます。その意味において、数年毎の節目に『福祉サービス第三者評価事業の受審』が、私どもに必要とされています。

事業所のPR…ハード面では、令和2年度大規模改修工事によって利用者の生活環境が改善されました。今後は、ソフト面における課題共有を図り、改善に努めていく所存です。

# 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	7	b	2	c	0	Na	0
<p>・法人の理念や基本方針等をもとに施設経営方針が策定され、ホームページやパンフレット等を通じて施設内外への周知に取り組まれています。事業計画は、職員参画のもと策定され、中間、年度末に評価・分析が行われ、中長期計画や法人と連動した計画となっています。特に利用者にとってわかりやすい言葉や表記にした事業計画が策定され、理解しやすい環境づくりに努められています。</p> <p>・今回の第三者評価は、新型コロナの影響下にも関わらず3回目の受審となり、福祉サービスの質の向上に向けた高い意識が感じられます。施設の支援会議や運営会議等で組織として取り組むべき課題の分析について協議されているにもかかわらず、改善面で十分ではないという自己評価がされており、段階的に課題の改善に向けての体制づくりが必要と思われます。</p>								
II 組織の運営管理	a	11	b	7	c	0	Na	0
<p>・施設長は独自に作成した運営方針を掲げ、自らの思いを職員に伝えようと取り組み、施設内の各種会議に積極的に関わり、福祉サービスの質の向上に強い意欲を持ち、指導力を発揮されています。職員一人ひとりの育成に向け、職員育成計画及び人材育成マニュアルが整備され、新人職員の育成計画によるチューター制度も実施されているものの、期待された効果が得られていないようです。</p> <p>・職員の質の向上の確立では、職員自己申告票に基づいた面接を行い、メンタルヘルス研修の実施を含め、相談しやすい悩み相談の窓口を設置するなど、働きやすい職場づくりに取り組まれています。更に職員一人ひとりを大切な「人材・人財」ととらえ、きめ細やかな面接等によるコミュニケーションを取り、職員の仕事に対するモチベーションを高めることが求められます。</p> <p>・隣接する小学校と定期的な交流や公園整備や海岸清掃など地域との交流を大切にされ、自立支援協議会、部会や併設の相談支援事業所等を通じ地域の福祉ニーズの把握に努められ、あいサポーター研修の実施が行われていますが、施設の特長や強みを生かし、他の社会福祉法人とも連携の上、地域公益的活動についてさらに検討していく必要があります。</p>								
III 適切な福祉サービスの実施	a	16	b	2	c	0	Na	0
<p>・倫理綱領や施設独自の行動規範が職員に周知され、職員心得を毎朝唱和するなど利用者を尊重した福祉サービスの提供に向け共通理解を図る取組が行われています。年2回の利用満足度調査の実施や自治会での個別による聞き取りを行うと共に、サービス管理責任者、各棟主任による分析・検討を行うなど、その向上に向けて取り組んでいます。苦情についても組織的に対応され、利用者や保護者が意見を述べやすい環境が整備されていますが、意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、情報の共有化が十分ではないため、勉強会や研修会等により意識の向上に努める必要があります。</p> <p>・感染対策や災害対応のマニュアルが整備され、リスクに対し被害を最小限に抑え必要なサービスが継続できるよう事業継続計画(BCP)が合わせて策定され、組織的に安心・安全なサービス対応に取り組まれています。提供する福祉サービスの標準的な実施マニュアルが整備され、一人ひとりの状況に応じた個別支援計画がサービス管理責任者を中心に担当者や医務、栄養士など多職種連携で策定されています。</p>								
IV 良質な個別サービスの実施	a	15	b	0	c	0	Na	3
<p>・利用者一人ひとりの心身の状況に応じた個別支援計画がサービス管理責任者を中心に横断的に作成され、散髪や買物、食事等利用者の自己決定や自己選択を尊重した支援が行われています。利用者との信頼関係を深めるために担当制度を設け、生活に関わる悩みや思いなど個別の相談を行っています。利用者の居室は全室個室で、心身の状況に応じ安全に配慮して、利用者のライフスタイルや好みを理解したうえでその人らしい暮らしが送れるよう支援されています。</p> <p>・入浴や排せつなど日常的な支援の場面において、看護師や支援員の連携のもとプライバシーに注意しながら適切な支援や記録が行われ、利用者の身体的な状態に応じ嘱託医や医療関係機関と連携・対応が行われています。虐待防止マニュアルや身体拘束ゼロ対応マニュアルが策定され、やむをえず身体拘束が必要な場合は、マニュアルに沿って人権委員会が開催され、保護者への説明・同意を得た上で行き、適正な記録も整備されています。</p>								

# 第三者評価結果表

施設名 障害者支援施設 柳井ひまわり園

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。	○		
(特に評価が高い点) ・法人の理念、基本方針は、ホームページや事業所パンフレット・事業計画に明文化され、施設内にも掲示されている。 ・職員に対しては、職員会議で周知を図り、利用者には理解しやすいよう分かり易い言葉で表記されたものを配布し、保護者には、保護者会で説明している。					

<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。	○		
(特に評価が高い点) ・山口県知的障害者福祉協会や柳井圏域地域自立支援協議会などを通して事業経営を取り巻く環境の動向を把握した上で、事業所の幹部職員等が参加する運営会議において、事業所の経営状況を把握・分析している。 ・経営課題については、法人理事会や施設長会議において協議されると共に、課題の解決・改善に向けた具体的な取組が進められており、職員に対しては、運営会議や職員会議を通して情報を共有し周知されている。					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「中・長期計画」の内容が具体的に反映された単年度の事業計画が策定されると共に、数値化された収支計画が設定されている。</li> <li>・事業計画は、職員参画のもとに策定されており、幹部職員が参加する中間及び年度末の運営会議において評価・見直しが実施され、職員への周知も行われている。</li> <li>・利用者が理解しやすいように工夫された事業計画が施設内に掲示され、保護者との連絡会においても周知されている。</li> </ul>					
<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナの影響の中にあって、3回目の第三者評価を受審され、福祉サービスの質の向上に意欲的に取組んでいる。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にはしているが、PDCAサイクルにおけるD(評価)とA(改善)の部分においては、効果的な取組が十分とはいえない。組織的には、異動等により経験年数の浅い職員が増えていることを踏まえ、必要に応じて自己点検等を行い段階的に課題の解決へ向かって取り組んでいくことが望まれる。</li> </ul>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na	
<b>評価対象Ⅱ 組織の運営管理</b>						
<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、自ら作成した運営方針の資料を基に職員に理解を促すと共に、運営会議や職員会議などを通して自らの役割と責任について表明している。</li> <li>・施設長は、法令遵守の観点での研修などに積極的に参加し、職員に対しても遵守すべき法令等を運営会議や職員会議を通して周知している。</li> <li>・施設長は法人の施設長会議や運営会議での協議の上、組織内に運営・経営会議を設置し、経営の改善や業務の実効性を高めるために指導力を発揮している。</li> </ul>						
<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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<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)          ・やまぐち健康経営企業認定による取組や、有給取得状況・時間外労働状況の把握の他、職員自己申告票に基づいた面接を行い、メンタルヘルス研修の実施を含め、相談しやすい悩み相談の窓口を設置するなど、働きやすい職場づくりに積極的に取り組まれている。</p> <p>(改善が求められる点)          ・職員の質の向上に向けた体制の確立では、職員一人ひとりの目標管理のための取組が必要とされる。それは、ただ単に、教育・研修の機会の確保だけでなく、仕事に対するモチベーションをいかに高めるかの設定であり、そのためには一人ひとりの職員と管理者等との面接を通じたコミュニケーションが重要となる。更には、新人職員を始め職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTや、職員間で学びあう機会と体制作りも求められる。</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)          ・情報公開について法人・事業所のホームページで適切に情報公開が行われており、利用者には、わかりやすい文言で作成された資料を施設内に掲示し、保護者にも保護者会で説明されている。</p> <p>(改善が求められる点)          ・さらに公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のためには、外部の会計に関する専門家による監査支援等を取り入れることが望まれます。</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 利用者地域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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・隣接する小学校との定期的な交流やボランティアとの共同作業、地域の公園整備や海岸清掃など、利用者地域との交流を積極的に行っている。</li> <li>・市や地区社会福祉協議会、自立支援協議会、学校施設との連携の他に、併設する相談支援事業所を通じて各関係機関との情報共有が図られている。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の福祉ニーズに基づく公益的な活動については、施設の特長や強みを踏まえた上で、公益的業務として継続的かつ効果的な取り組みが求められ、更には、事業計画等で明示することが望まれる。</li> </ul>					

**評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施**

<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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念・基本方針を始め、倫理綱領や施設独自の行動規範が職員に周知され、人権に関する各委員会において、利用者を尊重した福祉サービスの共通理解を持つための取組が行われている。</li> <li>・年2回の利用満足度調査の実施や自治会(施設内)での個別による聞き取りを行うと共に、サービス管理責任者、各棟主任による分析・検討を行うなど、その向上に向けて取り組んでいる。</li> <li>・感染予防マニュアルや新型コロナウイルスの感染防止対策・事業継続計画が整備され、保健衛生委員会の看護師を中心に組織的に感染症の予防と対策が適切に行われている。</li> <li>・非常災害対策計画や事業継続計画が策定され、月1回、火災や水害地震などあらゆる災害を想定した訓練を実施するなど、利用者の安全確保のための取組が組織的に行われている。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や保護者からの相談や意見に対して、運営委員会で検討し報告を行う体制は整備されているが、意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、情報の共有化が十分ではない。</li> </ul>					



【 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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・提供する福祉サービスの標準的な実施方法である支援マニュアルが整備され、必要に応じて定期的な検証と見直しが行われている。</li> <li>・個別支援計画は、サービス管理責任者を中心に、担当者、看護師、栄養士など多職種連携で策定され、6か月のモニタリングと1年毎の見直しを行う他、必要に応じ随時見直しが行われている。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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ることは大事なことです。職員間における利用者の状況に関する情報の流れと共有化は更に大切です。伝達が必要な情報が正確に伝わるよう職員間での普段からのコミュニケーションを図るよう努めることを望みます。</li> </ul>					

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。		○			
(特に評価が高い点) ・自治会の運営や献立委員会など、利用者が意見を述べ主体的に関わる機会があり、買い物や散髪、食事等利用者の自己決定や自己選択を尊重した支援が行われている。 (改善が求められる点) 特にありません。							
(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。		○	/		
(特に評価が高い点) ・虐待防止マニュアルや身体拘束ゼロ対応マニュアルが整備され、利用者の権利擁護に関する研修の他、虐待防止対策委員会による職員チェックリストの実施などが行われている。やむを得ず身体拘束が必要な場合は、マニュアルに沿って人権委員会が開催され、家族の説明・同意を得た上で行い、記録等についても適正に整備されている。 (改善が求められる点) 特にありません。							

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身状況や生活習慣・嗜好等について理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮したその人らしい個別支援が行われている。</li> <li>・利用者と職員との信頼関係を深めるために担当制度を設け、生活に関わる悩みや思いなど個別の相談を行っており、相談内容については、サービス管理責任者を中心に担当職員による検討と共有を行い、個別変更や調整を行っている。</li> <li>・毎月1回及び必要に応じ随時開催している棟会議において職員間で支援方法等の検討と理解・共有が取り組まれており、強度行動障害者支援班においても日中活動の個別対応の班活動が実施されている</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特にありません。</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)  ・利用者一人ひとりの心身の状況に応じた日常的な生活場面での支援が行われており、食事は、利用者の聞き取りを実施し月2回の献立委員会においてリクエストメニューが作成され、個別の栄養ケア計画と併せて食事の提供や支援が行われている。  (改善が求められる点)  特にありません。</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)  ・利用者の居室は、空調設備が整備された個室が提供され、利用者の意向に応じたベッド・布団・マット等の寝具が用意されており、車いすのまま入浴できる特殊浴槽が整備されている他、防犯カメラや赤外線センサーの設置など、安心・安全に配慮している。  (改善が求められる点)  特にありません。</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)  ・日常的な活動の中、定期的に理学療法士の助言・指導を受けた上で、看護師を中心に、利用者一人ひとりの心身の状況に応じた機能訓練や生活訓練が実施されており、モニタリングと見直しも適切に行われている。  (改善が求められる点)  特にありません。</p>						

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<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)  ・入浴や排せつなどの日常的な支援の場面を通して、看護師や支援員による健康状態の把握に努めると共に、利用者一人ひとりの状況に応じた定期往診を始め、必要に応じて医師や医療機関との連携・対応が適切に行われている。  (改善が求められる点)  特にありません。</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)  ・農園活動などの屋外活動や近隣の公園整備、海岸清掃活動など社会参加活動の支援が行われ、外泊や個別外出も適切な衛生管理のもとに実施されている。  (改善が求められる点)  特にありません。</p>					
<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)  ・生まれ育った地元に戻りたいという利用者の強い意向を尊重し、相談支援員との連携の下、グループホームへの移行を支援しており、利用者の社会参加に関する情報提供や学習支援を行っている。  (改善が求められる点)  特にありません</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)  ・毎月、利用者の生活状況や預り金の報告などを月初めに文書で報告すると共に、日常的な連絡や年2回の保護者会議の開催、施設行事への参加案内や保護者によるボランティア活動など、家族等との連携・交流と家族支援が行われている。  (改善が求められる点)  特にありません。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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。				○
(特に評価が高い点)					
(改善が求められる点)					