

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	令和元年 11月 21日 (木)

■福祉サービス事業者情報

名 称	重症児・者福祉医療施設鈴が峰	種 別	生活介護事業所
代表者氏名	施設長 加藤 聡	開設年月日	平成12年10月1日
設置者	社会福祉法人 三篠会	定員(利用人数)	15名(22名)
所在地	〒731-5122 広島県広島市佐伯区五日市町皆賀104-27		
電話番号	082-943-8888	FAX番号	082-943-7788
ホームページアドレス	http://www.misasakai.or.jp/		

■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

- 大規模な社会福祉法人でありながら、理事長は施設訪問や幹部職員等との法人会議を通して現場の情報収集・分析をし、職員とコミュニケーションをとっておられます。また、職員は「歩、実、心」という福祉サービスに向けた理念が記載された冊子を所持し、「目標記入シート」の項には法人の理念や基本方針を盛り込んだ個人の目標像を記載し倫理観を醸成しておられることは高く評価されます。
- 月に2回、各部署長が参加するスタッフ会議(スタッフ委員会)において、福祉サービスの質の評価、課題の見直しが行われ、決定されたことは朝礼で職員に徹底されスピーディーに実施されていることは高く評価されます。
- 法人本部に採用・育成の専門員が配置され、人材育成のために人事考課制度を取り入れられています。このシステムは、職員が目標記入シートで自分の将来像を明確にし、業務や研修に励む仕組みです。法人は期待する職員像と職員の目標記入シートの成果の差を人事考課制度に利用されており、総合的な人事管理がなされていることは高く評価されます。
- 併設の相談支援事業所は基幹相談支援センター及び広島市重症心身障害児者相談支援センター事業を受託し、障害者の在宅生活の継続を図る事業を展開されています。このセンターと連携して「出張療育リハビリ相談」では、重症児者の地域生活を支援するため、社会福祉士、理学療法士や作業療法士を派遣されています。また、家庭の生活事情にあわせた、短期入所の定期利用化を調整する「生活リズム支援事業」の拡充を行っておられることは評価されます。

◇改善を求められる点

- 法人の現状分析と今後の目指す方向性はパンフレット等で示されていますが、中長期計画が策定されていないため、事業計画は当面の対応としての単年度計画となっている面は否めません。中長期計画の策定の必要性を文書化し、実施されることが求められます。
- 建物の構造上の課題として、食事、訓練、休憩などすべてがワンフロアで行われていることが挙げられます。利用者が多くなったとのことですが、緊急時の対応やプライバシーへの配慮などについては十分とはいえません。検討課題となっているとのことですが、日々のことですので利用者満足度の向上を図るためにも早急な対応が期待されます。
- 地域との交流、地域貢献のためボランティアの育成が必要です。受入れについて、基本姿勢を明文化したマニュアルを改善し、学校等への協力を求めることが望まれます。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

市内で唯一の重症心身障害児施設に併設されている生活介護事業所であり、地域で生活される重症心身障害者や医療的ケアが必要な障害者の支援を中心としている。日中過ごす環境整備や療育活動は重心施設での経験を活かし、セラピストや看護師、保育士、生活支援員等、専門職での連携を図り、支援にあたっている。また、利用者の重度化が進んでいる中で、施設内での医療的ケアの充実、各関係機関との情報共有や他事業所との連携を図り、ご家族の負担軽減と利用者の方々が様々な体験を通して社会参加ができるよう支援を行っている。

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	5	b	2	c	2	Na
<p>●理念・基本方針について</p> <p>・理念、基本方針はホームページやパンフレットに明文化され、「歩、実、心」という理念や基本方針を記載した冊子を全職員に配布し、朝礼で唱和され職員に周知が図られています。</p> <p>●経営状況の把握及び事業計画の策定について</p> <p>・理事長は施設訪問や幹部職員等との法人会議を通して現場の情報収集・分析をしておられます。また、地域福祉ニーズの動向の分析については、重症心身障害児者地域支援協議会や同法人の相談支援事業所において情報収集し、スタッフ会議で分析され本部で課題への対応が図られています。しかしながら、この情報は単年度単位の分析・対応となっており中長期的な計画に反映されていないため、今後の取組が求められます。</p> <p>●福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組について</p> <p>・福祉サービスの質の評価・課題は、月に2回、各部署長が参加するスタッフ会議(スタッフ委員会)において見直しが行われ、実施については朝礼で職員に徹底されスピーディーに実行されています。</p>							

II 組織の運営管理	a	13	b	4	c	1	Na
<p>●管理者の責任とリーダーシップについて</p> <p>・施設長は、各種委員会や会議等に出席し、サービスの提供や課題等についての解決策や具体的な取組を自ら提案し、指導力を発揮されています。</p> <p>●福祉人材の確保・養成について</p> <p>・法人本部に採用・育成の専門員が配置され、人材育成のため人事考課制度が取り入れられています。職員は、法人が期待する職員像「歩、実、心」を旨とした自分の目標記入シートを作成し、業務や研修に励んでおられます。また、このシートは人事考課制度にも利用され、総合的な人事管理がなされています。</p> <p>●運営の透明性の確保について</p> <p>・公認会計士による会計監査や内部職員による経理チェックが実施されています。</p> <p>●地域との交流、地域貢献について</p> <p>・在宅生活を継続するための事業として、併設の相談支援事業所は基幹相談支援センター及び広島市重症心身障害児者相談支援センター事業を受託し、障害者の在宅生活の継続を図る事業を展開されています。このセンターと連携して「出張療育リハビリ相談」では、重症児者の地域生活を支援するため、社会福祉士、理学療法士や作業療法士を派遣されています。また、家庭の生活事情にあわせて、短期入所の定期利用化を調整する「生活リズム支援事業」の拡充を行っておられます。</p> <p>●ボランティアに係るマニュアルの整備が不十分です。受入れについて基本姿勢を明文化し、学校等への協力を求めることが望まれます。</p>							

評価報告概要表

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	a	11	b	7	c	0	Na	
<p>●利用者本位の福祉サービスについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は「歩、実、心」という福祉サービスに向けた理念が記載された冊子を常に携帯し、「目標記入シート」には法人の理念や基本方針を盛り込んだ個人の目標像を記載し、倫理観を醸成されています。 ・苦情処理要綱が整備され、責任者、受付担当者、第三者委員が定められており、受け付けた苦情等への処理も職員が共有し、回答は施設内に掲示すると共に保護者等に報告されています。 ・インシデント・ヒヤリハット報告は記録され、その日のうちに連絡帳で保護者へ報告がなされ対応も送迎時に話し合われています。 ・医療のニーズの高い利用者がほとんどであるため、病院長である施設長を委員長とする感染対策委員会が設置され、医療法による院内感染防止体制が整い機能しています。 <p>●福祉サービスの質の確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は、個別支援委員会が設置されサービス管理責任者を中心に策定され、定期的な見直しも含め職員が共有し記録も適正に実施されています。 								

Ⅳ 良質な個別サービスの実施	a	14	b	1	c	0	Na	3
<p>●利用者の尊重について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の作成は、個人面談により利用者の意向を取り入れることや他職種によるカンファレンスを経て行う等、自己決定を尊重したものとなっており、それに基づいたデイリーサポート表を掲示し全ての職員がその情報を共有されています。 ・毎月の虐待防止委員会の開催やヒヤリハット報告書の内容、身体拘束についての同意書の取得など、権利侵害の防止についての取組が十分になされています。 ・コミュニケーションの困難な利用者の方が殆どですが、目線、瞬き、表情、手足、身体の動きから思いをくみ取られています。また、アセスメントにおいては「本人の願う生活」項目を設けて本人中心の支援計画を立てておられます。 <p>●日常生活支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・移乗介助は天井走行リフトを使用し、身体への負担軽減に努めておられます。利用者の方の安心した表情が見られました。 ・健康管理についても、医師の指示のもと看護師等による適切な処置がなされており、安全管理体制が確立されていました。 ・建物の構造上の課題として、食事、訓練、休憩などすべてがワンフロアで行われていることが挙げられます。利用者が多くなったとのことですが、緊急時の対応やプライバシーへの配慮などについては十分とはいえません。検討課題となっているとのことですが、日々のことですので早急な対応が求められます。 								

第三者評価結果表

施設名 重症児・者福祉医療施設鈴が峰（生活介護事業所）

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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念、基本方針は、「歩、実、心」という冊子に明文化され、全職員に配布されています。また、法人のホームページやパンフレットにも記載されています。さらに、朝礼で唱和しているとのことで、聞き取りにおいても職員に周知が図られていることが確認できました。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者への理念・方針の周知は障害特性から困難が予想されます。対応として保護者へは日々の送迎時に話し合うこともあるとのことですが、面接時間は限りがあるようですので、さらなる工夫が期待されます。 					
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉ニーズの動向の分析は、重症心身障害児者地域支援協議会、同一敷地内にある相談支援事業所から情報の収集・把握を行い、スタッフ会議で分析を行うと共に、職員には朝礼、会議等で周知が図られています。 ・経営状況や課題は月に2回本部に報告され、具体的な取組がなされています。 ・理事長は施設訪問や幹部職員等との法人会議を通して、職員とコミュニケーションを取り現場の情報収集・分析をしておられます。 <p>(改善が求められる点)</p> <p>特にありません。</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) ・事業計画は単年度のものではありますが、月2回のスタッフ会議で分析・見直しがきめ細かく実効性のあるものとして実施されています。</p> <p>(改善が求められる点) ・ホームページには中・長期の構想が掲げてありますが、具体的な中・長期計画が策定されていません。中・長期計画を基に単年度計画を実行するための手順、職員参加の仕組み、利用者への周知等がマニュアル化されることが求められます。</p>					

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		a	b	c	Na
(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) ・福祉サービスの質の向上のための取組は各委員会で計画的に実施されています。また、月に2回、各部署長が参加するスタッフ会議(スタッフ委員会)において評価の見直しが組織的に行われ、実施については朝礼で職員に徹底され即日実行されています。</p> <p>(改善が求められる点) ・平成27年度の評価結果において指摘している改善すべきところは改善されていますが、長期にわたる計画的な見直しがこれからとのことですので、実施が求められます。</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		a	b	c	Na
(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行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) ・施設長には規程により理事長から権限・責任が委任されており、各種委員会や会議等に出席し、自らサービスの提供や課題等について解決策や具体的な取組の提案を行うなど指導力を発揮されています。また、現場では職員に、利用者への医学的な対応と穏やかな笑顔で接するよう指導されていることが記録や聞き取りから確認できました。</p> <p>(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
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部に採用・育成の専門員を配置し、人材育成のためスキルアップ研修、管理職研修など法人の研修計画を推進し、専門資格取得支援制度を設けて人材育成に努めておられます。 ・職員は、法人が期待する職員像「歩、実、心」を旨とした自分の目標記入シートを作成し、日々業務や研修に従事されています。また、このシートは人事考課制度にも利用され、総合的な人事管理がなされています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習担当責任者を定め、研修に参加されることが望まれます。 							

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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公認会計士による会計監査や内部職員による経理チェックが実施されています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価や苦情、相談等の改善対応についての情報公開が望まれます。 							

【 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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	○			
27	2 地域の福祉ニーズ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"> ・広島市と共同で行う重症心身障害児者地域生活支援協議会の運営や、自立支援協議会佐伯地域部会への参加を通じて地域ニーズの把握や地域課題の検討がなされています。 ・在宅生活を継続するための事業として、併設の相談支援事業所は基幹相談支援センター及び広島市重症心身障害児者相談支援センター事業を受託し、障害者の在宅生活の継続を図る事業を展開されています。このセンターと連携して「出張療育リハビリ相談」では、重症児者の地域生活を支援するため、社会福祉士、理学療法士や作業療法士を派遣されています。また、家庭の生活事情にあわせた、短期入所の定期利用化を調整する「生活リズム支援事業」の拡充を行っておられます。 ・法人として複数の施設が協同して総合的に地域福祉に貢献されています。各事業所は地域の祭り等に施設の機能を提供し、鈴FES(地域相談支援会)、鈴CON(啓発講演会)を開催し地域との交流の場を設けておられます。また、地域に対して研修会や茶話会等の場所の提供をされています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受入れ及び学校教育への協力に関する基本姿勢の文書化が求められます。 					

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等の権利擁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。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 利用者満足の上昇に努めている。					
33	1 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		○		
(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全職員は「歩、実、心」という福祉サービスに向けた理念が記載された冊子を携帯し、目標記入シートには法人の理念や基本方針を盛り込んだ個人の目標像を記載し倫理観を醸成されています。 ・医療依存度の高い利用者がほとんどである中、一人ひとりに丁寧な接遇をされていることが視察において見受けられました。 ・苦情処理要綱が整備され、責任者、受付担当者、第三者委員が定められており、受け付けた苦情等への処理も職員が共有し、回答は施設内に掲示すると共に保護者等に報告されています。 ・インシデント・ヒヤリハット報告は記録されており、その日のうちに連絡帳で保護者へ報告され対応も送迎時に話し合われています。 ・医療のニーズの高い利用者がほとんどであるため、病院長である施設長を委員長とする感染対策委員会が設置され、医療法による院内感染防止体制が整い機能しています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害が重くコミュニケーションの難しい方たちがほとんどですが、工夫してプライバシーが守れるよう配慮されることが期待されます。 					

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個別支援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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援委員会を設置しサービス管理責任者を中心として個別支援計画を策定され、定期的に見直しも行われ適正に記録されています。 ・医療依存度の高い利用者がほとんどであり、日々の変化に対応するためデイリーサポートという掲示板でサービス内容の情報共有をされています。保護者へは日々の連絡帳で状況を知らせ、送迎時の面談で確認しあう体制が確立されています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度の高い利用者の日々の対応のため、個別支援療育計画の策定・評価にかかる見直しが検討されていますが早急な改定が求められます。また、療育活動についても活動領域に限界も感じますが、さらなる工夫が求められます。 					

IV 良質な個別サービスの実施(障害者施設:通所サービス)

【 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) ・コミュニケーションの困難な利用者の方が殆どですが、目線、瞬き、表情、手足、身体の動きから思いをくみ取っておられます。また、アセスメントにおいては「本人の願う生活」という項目を設けて利用者本人中心の支援計画を立てておられます。 ・個別支援計画の作成時、個人面談において利用者の意向を取り入れることや、多職種によるカンファレンスを経て行う等、自己決定を尊重した個別支援計画となっています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

(2) 権利侵害の防止等					
2	1 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	○	/		
<p>(特に評価が高い点) ・虐待防止委員会は毎月開催され、ヒヤリハットの報告は記録と同時にその日のうちに連絡帳で保護者へ報告されています。また、やむを得ず行う身体拘束は内容・時間が記録され、保護者等に報告されて同意を得ています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</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) ・利用者の支援計画に基づいたデイリーサポート表を掲示し、すべての職員がその日の支援情報を共有し一人ひとりの支援にあたっておられます。</p> <p>(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
(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車いすの利用は移動の必需品となっており、作業療法士・理学療法士が必ず作成調整に関わっておられます。 ・移乗介助は天井走行リフトを使用し、身体への負担軽減に努められています。利用者の方の安心した表情が見られました。 ・食事の介助においても会話をしながらゆっくりとした時間配分で実施されていました。 ・介助には看護師と介護士が複数で関られ、利用者の方たちは安心しておられました。 <p>(改善が求められる点)</p> <p>特にありません。</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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フロア、トイレ、浴室など清潔でかつ適温で快適な空間に保たれています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・構造上の課題として、食事、訓練、休憩などすべてがワンフロアで行われていることが挙げられます。利用者が多くなったとのことですが、緊急時の対応やプライバシーへの配慮などについては十分とは言えません。検討課題となっているとのことですが、日々のことですので早急な対応が求められます。 					
(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活支援員と看護師が連携し、利用者一人ひとりの心身の状況に応じて訓練を行い、セラピストの助言を受けながら定期的な評価・見直しも実施されています。 <p>(改善が求められる点)</p> <p>特にありません。</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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師が常時配置されており、医師の指示のもと適切な処置がなされています。安全管理体制については医療安全管理委員会の設置や医薬品管理規程が整理され、医薬品管理業務チェックリスト等は確実に記録されており、万全になされていました。 <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
(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) ・利用者の希望に沿って外食や買い物、映画鑑賞等を実施することにより、社会参加や学習についての支援が計画的に実施されています。 ・社会参加のため、家族と連携しておむつ外しの支援などがなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</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) ・退院前のカンファレンスへ積極的に参加し、必要な医療的ケア、身体介護、生活環境に関する情報収集を行い、在宅での生活のイメージを家族に持っていただけるように支援がなされていることが確認できました。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</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) ・毎日の連絡帳と送迎時の面談で家族との連携は出来ています。また、イベント時には個人面談を開催し、家族との交流が密にされています。</p> <p>(改善が求められる点) ・保護者会の設置について、再三働き掛けているが消極的とのことです。家族の方たちが組織として存在することは施設の運営にとって必要ですので、より一層の努力が望まれます。</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。				○
※非該当項目					