

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業所名 ディライト評価実施期間 2020年2月6日～2月6日

1 評価機関

名称	公益社団法人鹿児島県社会福祉士会
所在地	鹿児島市鴨池新町1番7号 社会福祉センター5階

2 事業者情報【2020年2月6日現在】

事業所名称： (施設名)	社会福祉法人 常盤会 ディライト	サービス種別：	施設入所支援 生活介護事業所
開設年月日：	平成3年4月1日	管理者氏名	施設長 澤田 元
設置主体：	社会福祉法人 常盤会	代表者役職・氏名	理事長 久木元 司
経営主体：	社会福祉法人 常盤会	代表者役職・氏名	理事長 久木元 司
所在地：	〒891-1205 鹿児島市犬迫町5975番地		
連絡先電話番号：	099-238-0529	FAX 番号：	099-238-0133
ホームページアドレス	http://www.tokiwakai.com	E-mail	Myojyou- s@tokiwakai.com

基本理念・運営方針

【法人理念】

- ・地域の方々の社会福祉支援を目的に誠心誠意のサービスを行います。
- ・地域の方々が安心安全にご利用いただける社会福祉サービスを行います。
- ・すべての職員は、倫理理念を遵守し、専門性を高め、地域社会の一員として社会福祉の充実を目指します。

【基本方針】

- ・利用者の年齢・特性を十分尊重し、自ら生きる力を生み出すための支援を行います。
- ・利用者への権利擁護の意識を強く持ち、より専門的な支援ができるようスキルアップに努め、地域とともに歩む福祉活動の展開を図ります。

【運営方針】

- ・利用者個々の特性に応じた支援の提供
- ・利用者の家族等との連携強化と深い信頼関係の構築
- ・地域福祉の拠点として、事業の発展的な展開の構造
- ・第三者評価基準に基づく、質の高い福祉サービスの実現
- ・計画的な研修の推進と人材育成
- ・施設設備の計画的な整備
- ・多角的な分析と数値化による目標達成のための取組
- ・新体制に対応した計画の立案と積極的推進

【施設事業所の特徴的な取組】

- ・障害のある方々が自立した生活ができることを目的として、一人ひとりの障害の実態に合わせて健康状態の把握や栄養管理が行われ、家族等と連携しながら日常生活や社会生活に適応できるように生活の場が提供されています。
- ・また、障害のある方の個性を大切に、日常の活動や趣味活動、希望調査に基づいた社会参加・交流が行われており、自らの意思の表出や生きる力の発揮が図られるように尊厳を大切に支援が行われています。

【利用者の状況】

定員	生活支援 40 名、施設入所 30 名	利用者数	生活支援 36 名、施設入所 30 名
----	---------------------	------	---------------------

【職員の状況】

職 種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
施設長		2			1.0	1.0
サビ管等	1				1.0	1.0
支援員等	19		1		19.6	15.3
栄養士	1				1.0	
看護師		1			0.8	1
事務員	1		1		1.6	
前年度採用・退職の状況			採用		常勤 2人	非常勤 人
			退職		常勤 0人	非常勤 人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						4.7年
○直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数						4.4年
○常勤職員の平均年齢						29.8歳
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						27.1歳

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年11月6日(契約日) ～ 2020年2月6日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	5回(平成28年度)

4 評価の総評

◇特に評価が高い点

- ・社会福祉法人常盤会は、福祉サービス第三者評価事業に率先して取り組み、当該事業所「ディライト」も定期的受審(5回目)と自己評価を行い、施設運営の全般に渡って福祉施設に必要とされる条件を整えていかれる姿勢は高く評価できます。
- ・法人の理念や基本方針は、法人広報誌の「常盤会だより」やホームページ、毎年度の事業計画等に明示され、使命や目指す方向が明確にされています。

- ・事業計画の達成に向けては、少人数グループでの話し合いから始まり、そのグループ代表が話し合うチーフ会議、管理者会議と階層に分けて話し合われ、提案ができる仕組みが確立されています。また、上層の会議で決められた内容は、管理者が職員に伝達して組織全体で共有できています。
- ・職員一人ひとりが成長できる仕組みとして、新人職員に対してはOJT制等により、また教える側の職員に対してはトレーナー制で段階ごとに成長する仕組みができています。また、職能等級フレームや個人面接目標カード等を用いて主任や管理者と面談し、自己成長していくシステムが構築されています。
- ・有給休暇の取得などについては管理者が面談を行い職員の意向を確認するなど、偏りなく取得できるように対策がとられ、労働環境の改善に取り組まれています。
- ・毎日の朝礼や職員会議、園内研修等を通じて目指す方向が管理者から示され、職員一人ひとりが利用者の日々の生活を大切に支援を行っていることが確認できました。
- ・利用者に対しては個別支援計画作成マニュアルがあり、担当職員が原案を作成し、サービス管理責任者と協議・共有できる仕組みができています。また、個別支援計画を作成するときは「推定される本人の意思、手掛かりとなる情報」欄を設け、意思表示が困難な方々の特性に配慮した計画が作成されています。さらに、日々の支援日誌には、個別計画書で抽出された課題が明記されており、個別計画を意識した支援ができるようになっています。
- ・利用者・家族・職員との信頼関係を深めるために、4月の総会や定期的な個別面談、家族会のふれあい旅行などを通じて、家族との交流や家族支援が行われています。

◇改善が求められる点(期待)

- ・中・長期計画や単年度の事業計画は策定されていますが、収支計画との連動を確認することはできませんでした。具体的な計画は策定されていますので、事業計画と収支計画を連動させて実効性の高い事業の実施につなげられることを期待します。
- ・実践や研修等を通じて得られた支援のノウハウがデータ化され、活用できるような仕組みが構築できれば、支援のさらなる向上と利用者のQOLの向上の手助けになるのではないかと思います。
- ・法人内では障害者の人権や支援する中で困難事例等の研修が活発に行われていますので、地域の方等の参加(案内)があれば障害のある方への理解も深まり、また中・小規模の障害者の事業所の参加(案内)があれば、常盤会の存在意義を高め、地域への貢献と障害者福祉事業全体のスキルアップを行う牽引となるのではないかと期待します。
- ・事業所の特性から、多数のボランティアの受け入れは難しいと思われませんが、障害者への理解や自立に向けた歩みを地域の方と進めていくことがいっそう求められます。そのためには法人の長い歴史と取り組みを鑑みれば、ボランティアの養成や福祉に関する研修の実施等とおして、地域に還元することで基本理念に掲げている地域とともに歩む事業所としてさらなる社会貢献ができると期待されます。

5 第三者評価を受けての感想

- 前回受審後3年間の工夫・改善の取組が評価されたことは、大きな成果として今後につなげていきたいと思えます。
- 今回の結果の中で(b)評価が多かった項目は「地域との交流」「地域貢献」に関する内

容でした。このことについては、次のような観点から工夫・改善策を検討していきたいと思ひます。

- ・ボランティアの受入れについては、これまで同様に受入れの門戸は開放しつつ、ボランティア団体や大学・専門学校などとの連携を図り、定期的な情報交換や研修の案内などの実施を検討していきたいと思ひます。
- ・関係機関との連携については、これまで築いてきた信頼関係を生かしながら、さらなる連携の充実に向けて、定期的な連絡や情報交換などができるように、連絡体制の構築や情報交換の場の確保などを協議する場について検討していきたいと思ひます。
- ・地域のために福祉施設としての機能を還元することについては、これまで取り組んできていますスポーツレクリエーションなどをおした交流や地域行事への積極的な参加を継続しながら、事業所のスペースや設備を効果的に活用する方法について検討していきたいと思ひます。また、法人や事業所で行う講演会や研修会などに地域の方々が参加できる体制づくりについても検討していきたいと思ひます。

今回の受信に当たりましては、公益社団法人鹿児島県社会福祉士会の皆様の熱心な審査をいただき感謝申し上げます。社会福祉法人常盤会ディライトでは、法人の倫理理念に基づき、今後も使命を果たすべく努力してまいります。

福祉サービス第三者評価基準 (様式2)

【 共通版 】 障害者・児福祉サービス用

令和2年2月17日策定

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・理念・基本方針は、法人のパンフレットやホームページに記載され、事業所の事業計画にも明文化されています。また、「常盤会だより」にも毎回掲載して内外に発信できています。 ・法人及び事業所の使命や目指す方向を読み取ることが出来ます。 ・理念・基本方針は、玄関や職員室にも掲示され、利用者・家族、職員へ周知できています。 ・職員に対しては職員各自に配布されている「常盤会マインド」の活用や職員会議で周知されています。また、家族に対しては家族会総会（「希望の会」）で周知が図られています。 		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島市の事業計画の策定動向や知的障害者連絡協議会への出会などをもとに社会福祉事業全体の動向、地域での福祉に対するニーズの動向などを把握し分析しています。 ・事業所が位置する伊敷地域または北部地域での福祉サービスのニーズの把握に努めています。また、通所サービスは隣市からの利用者もあることから、広く地域のニーズに対応しています。 ・法人で毎月行われる管理職会議で各事業所からの月次報告を行い、利用者数や稼働率等の情報を共有して地域での課題についても把握・分析しています。 		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・課題検討は小単位のグループで話し合い、その課題をチーフ会で検討し、職員会議で更なる検討を行う仕組みが出来ています。それをもって法人の管理者会議に提案され、役員間での共有も図られています。 ・管理者会議での経営状況や改善すべき課題については、管理者より職員会議や施設内研修にフィードバックされ全職員に周知が出来ています。 		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針の実現に向けた中・長期計画を戦略スケジュールとして目標に定め明確にしています。 ・経営課題や問題点の解決・改善に向けて、課題を「利用者本位の福祉サービス」「時代を担う専門性豊かな人材の育成」「地域のニーズに即応した法人経営・ネットワークで結ぶ福祉サービス」と項目ごとに分け、それに対しての取組が具体的に示されています。 ・計画は策定されていますが、収支計画との連動を確認することは出来ませんでした。 		
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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・単年度の事業計画は、法人の中・長期計画を反映した具体的な内容となっています。 ・事業計画が単なる行動計画にならないように、職員一人ひとりが事業計画の進捗状況の把握をする仕組みができています。 ・数値目標や具体的な成果等の設定はなされていますが、収支計画との連動については、確認できませんでした。 		
I-3-(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。	a ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、全職員に実施する「業務に関するアンケート」や職員会議で意見を集約し、施設長・主任・チーフで構成される課題検討会議で検討し策定されています。 ・事業計画は、中間と年度末に職員一人ひとりから、進捗状況や達成度などを定められた手順のもとづいて評価されています。 ・事業計画は、職員会議や職場内研修で説明し、全職員に周知が図られています。 		
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、月1回の利用者自治会や家族も出席される総会、春と秋に開催される交流会で利用者・家族に説明し、周知されています。 ・説明用の資料は、利用者・家族に分かりやすいように漢字にひらがなを振る、写真を用いるなどの工夫をしています。 		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・質の向上に向けてQCサービス向上委員会を法人に設置し、事業所においては年2回の職員へのアンケートや利用者・家族へのアンケートを実施し、委員会で課題分析や検討を行い事業所の職員会議などで共有できています。 ・4グループのチーフによる課題検討会議を行い、10月の中間評価を経て、年度末に事業計画に反映する仕組みができています。 ・第三者評価を定期的を受審することにより、法人全体で各事業所が第三者評価基準にもとづく自己評価を実施し、改善点などを把握し分析ができています。 		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・QCサービス向上委員会の取組や第三者評価の評価結果にもとづいて課題が文章化され、計画の見直しに反映されています。 ・取り組むべき課題については、職員会議やチーフ、グループ会議で共有化が図られています。 ・実施状況を評価し、年度末に改善計画の見直しも図られています。 		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人共通の「管理者の役割と責任」「リーダーシップ宣言」を設定し、管理者の基本的な責務や役割を明確にしています。 ・施設長は、責務と役割を職員室に掲示して明確に表明しています。 ・責務と役割は、職務分掌にも明示されており、勤務表では不在時などでも補佐する立場の職員が分かるようにしてあります。 ・非常災害時の管理者の役割や不在時の補佐についても明示しており、朱字で「避難時」と大きく記載された冊子を玄関や職員室に置いてあります。 		

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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の法人での管理者会議で、時事の法令等を含めたコンプライアンスについての知識を得ています。外部研修や経営者研修、施設長等研修会なども幅広く受講しています。 ・会議や研修での内容は職員会議で周知を図っています。また遵守すべき法令等の整理がなされ、規定の整備にもつなげています。 		
II-1-(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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝の朝礼や職員会議、QCサービス向上委員会の実施などで定期的・継続的に評価や分析につなげています。職員が「備えるべき10の資質」を活用し、管理者や主任参加のもとケース検討を行い、職員に周知されています。ディライト通信で職員に対し書面でも配布され、理解できるようにしています。 ・職員の教育・研修は、職員一人ひとりが「目標面接カード」で年間計画を立て、外部研修も積極的に参加できるように支援しています。また、4グループでそれぞれ事例を作成し、法人全体で発表する機会があり、職員の資質の向上につながっています。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の管理者会議では現状の取組だけでなく、QCサービス向上委員会のアンケートの分析や職員会議などから挙げた課題も取り上げられ、業務の効果を高めるための話し合いがなされています。 ・職員は休憩時間をしっかりとることや有給休暇取得が少ない職員へは管理者が面談を行うなど、職員の働きやすい環境整備に取り組んでいます。 ・支援員については、基準人員以上の手厚い配置とし、質の向上や働きやすい環境が整備されています。 		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(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。	a・b・c
評価概要		

- ・中・長期計画などに「時代を担う専門性豊かな人材の育成」を掲げて、基本方針や育成計画が策定されています。求められる職員の在り方も「常盤会マインド」に明示されていて、OJTやトレーナートレーニー制で育成が図られています。
- ・管理者は有資格者を増やすための数値目標を揚げ、質の高い福祉人材の育成に努めています。
- ・職員の採用は法人で行っており、事業所において必要な人員を確保できるよう採用活動を行っています。

15

② 総合的な人事管理が行われている。

a・b・c

評価概要

- ・計画に基づいて法人で人材確保を行い、事業所にて育成が来ています。中・長期計画にも人事管理について基本方針や育成計画が策定されています。
- ・専門職の福祉人材の配置や確保等については、具体的な計画が作成され、求められる職員の在り方は「常盤会マインド」や「備えるべき10の資質」も活用し説明されています。また、OJTやトレーナートレーニー制で職員の育成も図られています。
- ・管理者は「個人目標面接カード」により面談するなど、異動希望の確認を行っています。職能等級フレームを用い、職員自らが将来を描ける仕組みもできています。

II-2-(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。

a・b・c

評価概要

- ・職員に公休の希望を確認して勤務を組む、有給休暇の取得については、管理者が面談を行い、職員間で偏りがないように調整するなど休暇を取りやすい環境を整えています。また、育児休業を取得しやすいようにワーク・ライフ・バランスに配慮した取組が行われています。
- ・福利厚生の一環として、法人全体で本年度からスポーツレク大会が開催されています。
- ・パワーハラスメントやセクシュアルハラスメントへの対応に関する掲示は確認できました。また、健康面を含めて年3回面談が行われていますが、メンタルヘルスの相談窓口の設置、相談受付の掲示を行うなど、更に職員が相談しやすい体制を整えるなどの取組をされることを期待します。

II-2-(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。

a・b・c

評価概要

- ・組織として期待する職員像は、法人の理念等に明確に示され、それらが記載されている「常盤会マインド」を職員は常に所持しており、朝礼などで読み合わせるなどの方法で周知が図られています。
- ・法人では職員一人ひとりが業務の個別目標を立て、目標管理を行う仕組みが構築されています。
- ・年度初めに目標を設定し、中間で主任や管理者が面談を行い、取組状況について確認し、目標

達成できるよう助言などを行っています。 ・ディライト通信で職員への指導を行っています。		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や事業計画に「時代を担う専門性豊かな人材の育成」として具体的に期待する職員像を明示してあります。 ・実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえ、事業計画に人材育成の目標を明示しています。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・「個人目標面接カード」や個人研修ファイルを活用し、職員一人ひとりの知識や技術水準、専門資格の取得状況を把握し研修の機会を確保しています。 ・新任職員には、採用前に個人情報、社会人としてのマナーなどについて、3日間の教育プログラムが用意されています。 ・新任職員をや職員の経験や習熟度に配慮して、OJTやトレーナートレーニー制を取り入れることで職務や必要とする知識・技術習得ができる体制が整えられています。 ・職員を4グループに分けて職員が研究課題を作り上げていく仕組みや、OJTやトレーナートレーニー制でフォローする仕組みもできています。 		
II-2-(4) 実習生等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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・実習推進委員会を中心として、福祉サービスに関わる専門職の研修や育成について基本的な姿勢を明確にした体制が整備されています。 ・実習生受け入れマニュアルを社会福祉士、介護福祉士、保育士など専門職ごとに特性に配慮したプログラムを作成し活用しています。 ・法人として専門職の実習指導者に対する育成研修もあり、経費面や勤務体制からも支援されています。 		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページには、法人や当該事業所の理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されています。直近の更新では地域で行われたグランドゴルフ大会の様子が記載されて、活動を知らせていました。 ・第三者評価の受審状況はホームページで公開されており、苦情・相談等の内容は年3回発行の「常盤会だより」に掲載すると同時に利用者・家族に配布され公開されています。 ・ハートピアかごしまに理念や基本方針、事業所の活動などを記載したリーフレットや「常盤会だより」を置き、社会・地域に対しても法人の存在意義や役割を明確にするよう努めています。 		
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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所における事務、経理等に関する取り決めが明確にされているとともに、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員に周知されています。 ・公正性と透明性を確保し適切な取組が行われるように、年1回の内部監査の実施や公認会計士による会計監査を受け、専門家による助言や指導を受けています。 		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・犬迫地区のグランドゴルフ大会に参加することで利用者の活動範囲が広げられ、地域との交流が図られています。 ・事業所主催のスポーツレクリエーション活動を行い、地域と事業所の相互交流を促進する取組を行っています。 ・社会体験活動は、障害の特性に応じて地域に出やすい工夫を行い、地域との交流を広げることに取り組んでいます。 		
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。	a・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> 受け入れに関する基本姿勢は、事業計画に「開かれた施設づくり」と明文化されています。 法人の実習推進委員会でボランティア受け入れマニュアルを整備し、受け入れ手順やボランティアへの事前説明など、受け入れに関する取り組みが組織的に行われています。 ボランティア団体や大学・専門学校等と連携し、受け入れに努めています。また、保護観察更生事業にも積極的に取り組んで地域貢献も行われています。 定期的に情報交換などを行うことで、利用者との交流を図る視点で必要な研修や支援を行うことが期待できます。 		
Ⅱ－４－（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。	a・ ⑥ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 地域の社会資源をリスト化し、職員室で閲覧できるようにして情報の共有化を図っています。 必要な時は関係機関と連絡や連携を図っていますが、定期的な連絡や情報収集までは図れていないとのことでした。 鹿児島市と災害時の福祉避難所設置に関する協定を結び、事業所が地域資源として提供できる体制にされていることや、鹿児島市と連携して生活困窮者の支援に積極的に取り組んでいました。 		
Ⅱ－４－（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。	a・ ⑥ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉避難所として、台風など災害時の宿泊場所提供できるよう協定を結んでいます。 地域との交流はスポーツレクリエーションなどが行なわれています。事業所のスペースを活用して地域住民との意図した交流の取り組みは確認できませんでした。 地域住民に役立つ講演会や研修会等の開催はありませんでした。知識・技術や情報などを提供することで、地域の理解を深めることにつながると期待できます。 		
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。	a・ ⑥ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 法人全体として鹿児島市役所と連携を行い、生活困窮者の受け入れに取り組んでいます。 地域福祉避難所として台風など災害時の宿泊場所を提供できるよう協定を結んでいます。 地域の夏祭りには役員として参画し、当日は利用者も参加できています。また、地域にある「やふさ神社」の清掃などに利用者とともに参加するなど、地域の住民として取り組んでいます。 地域住民と交流するさまざまな機会を設けていますので、その機会を活用して具体的な地域の福祉ニーズの把握を行うことで、いっそう地域社会における福祉の向上を支援する役割を果たされることを期待します。 		

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ－１－（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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本理念や目標に、「倫理理念」を遵守し利用者主体の福祉サービスの提供と実践が明示されています。 ・運営規程にも運営方針として利用者の個性を尊重したサービスの提供が規定され、利用者支援についての事前アンケートをもとに事業所内の研修等も実施されています。 ・朝礼で「常盤会マインド」の活用や人権擁護ハンドブックの読み合わせも行われています。 ・標準的なサービスの手順・実施方法や個別支援計画書作成マニュアルが作成されており、利用者を尊重したサービス提供のための計画手順や提供方法が統一されています。 ・人権擁護委員会が設置され、人権に関する研修も法人内や事業所内で計画的に実施されています。また、職員室等にも利用者を尊重したサービスの提供を意識づけるための掲示がされています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護、虐待防止等の権利擁護についてはマニュアルが整備され、法人全体や職場内研修で理解を深めるよう研修が計画的に行われており、周知徹底されています。 ・利用者や家族に対しては、重要事項説明書の説明の際にプライバシー保護、情報提供の同意書をもらうなど、取組みの周知に努めています。 ・個人情報管理規程等で個人情報の管理についての方針が明示され、福祉サービスの提供に当たっては自己評価等でも評価するシステムができています。 		
Ⅲ－１－（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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページには法人の行なうさまざまな事業が掲載されており、また、ディライトの利用者の社会体験の様子などの活動状況等も写真を交えて適宜紹介されています。 ・施設を紹介するリーフレット等が県の障害者自立交流センター（ハートピア）等に置かれてあり、生活介護や施設入所支援のサービス内容についても簡潔に紹介されています。 ・施設の利用希望者や見学等に対しては、利用希望者が鹿児島市の内外の広域に及ぶことから、ホームページでの広報や来園いただいで説明等の方法により分かりやすい対応されています。 		

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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> サービス利用希望者と家族への説明等は、利用契約書、重要事項説明書、プライバシーに関する同意書とあわせて施設サービス利用に関する同意書などで説明し、写真を提示するなどして利用者が分かりやすいように工夫しています。 支援内容については支援グループで話し合い、チーフ会、職員会議で話し合われ、利用者・家族に同意していただけるよう工夫がされています。 サービス変更の必要が生じた時は、個別支援計画作成におけるマニュアルや個別支援計画書の「推定される本人の意思、手がかりとなる情報」欄等を活用し、計画の変更を検討し、検討した内容を利用者・家族と決定し、書面で説明して同意を得ています。 意思決定が困難な利用者に対しては食事のセレクトメニューを写真で提示し、利用者の取組む活動内容がわかるよう写真等で選択できるような工夫がされています。 		
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> サービス事業所の変更や退所に係る他の福祉施設等との連絡には「つなぎシート」を利用し、サービスの継続性に配慮されています。 家庭への移行自体は少ないとのことでしたが、普段から行政や他の施設等とのネットワークも構築されており、継続的な移行が可能な体制ができています。 退所後も「退所者・卒園者に関するマニュアル」に沿って、困ったときの相談を呼びかけるリーフレットも準備され、家族に配布されています。 		
Ⅲ－１－（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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> QCサービス向上委員会による満足度調査や食事委員会による嗜好調査が定期的に行われています。 相談・苦情を解決するマニュアルや相談・苦情解決要綱が整備されています。 利用者自治会において要望を把握し、職員会議等で検討し法人本部へ報告し、利用者満足の向上に努めています。 希望の会（家族会）とも連携し、意思表示の困難な利用者の思いを把握するための配慮がされており、様々な改善や取組みが行われています。 		
Ⅲ－１－（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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 苦情解決については、重要事項説明書等で苦情解決責任者や第三者委員の連絡先が明示されて 		

<p>います。また、事業所内に相談する職員を選択できるように職員の写真が掲示されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情の申し出があった場合は直接責任者が対応することとなっており、全ての苦情等については理事長まで報告される体制ができています。また、年1回は第三者委員へも報告されています。 ・法人全体については苦情解決委員会で各事業所の苦情等について報告され、内容は申し出者の了解のもとでホームページや「常盤会だより」の送付の際に家族に対しても公開されています。 ・苦情の申し出に対して改善の評価も行われ、サービスの向上のための取り組みがされています。 		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内に職員の顔写真と相談できる旨の文章が掲示されており、意見箱も設置されています。 ・利用者や家族には「サービス利用の手続」や分かりやすい文章の「ときわかいのやくそく」が配布されており、いつでも相談できる旨の説明を行い、常時受け付ける体制の整備に努めています。 		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談や意見を把握する取組として、日々のコミュニケーションや利用者の態度から感じ取る意識が職員間で認識されています。 ・利用者・ご家族からの相談・苦情を解決するためのマニュアルが整備され、マニュアルは担当者からの提案により定期的に職員会議で検討、見直しされる仕組みになっています。 ・利用者等からの相談等は課題検討会等で検討し回答することにはしていますが、迅速な対応が必要な場合は朝礼時に施設長や主任等の意見を交え対応することになっています。 ・相談や意見に対する回答は、利用者や家族に理解してもらうことが大切なことから、理解が得られるまで時間をかけて説明をしています。 		
<p>Ⅲ－１－（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。</p>		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメントに関しては、法人の設置する事故防止・防災委員会に施設の担当責任者を配置しており、事故発生時の対応と安全確保については「事故防止(予防)マニュアル」や「事故対応マニュアル」などにより手順等が明確にされており、職場研修や朝礼等で職員に周知されています。 ・ヒヤリハット事例をもとに、職員研修や定期的開催する課題検討会で発生防止策や改善策が検討されています。 ・不審者対応訓練や危険予知訓練も行われており、利用者の安心と安全の確保に対する組織的な取組が行われています。 		

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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策については感染症（予防・対応）マニュアルが作成され、保健安全部門の責任者や安全衛生推進者を選任するなど役割が決められています。 ・感染症の予防については、流行時期前に計画的に研修が実施されています。 ・調査日当日は、感染者がいることから居室での感染予防策が適切に講じられていました。 ・マニュアルは見直し時期が定められており、保健衛生委員会で計画的に見直されています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対応については防災マニュアル（非常災害対策計画）が策定され、非常災害時の対応についての事業所内研修も行われています。 ・立地条件等の把握のために防災マップが活用され、職員緊急連絡網を使った招集方法も決められており、防火管理者を中心に防火・防災に関する訓練も計画的に実施されています。 ・緊急時の行動手段のフロー図が各所に掲示され、職員や利用者への周知が図られています。 ・消防署や警察等との連携した訓練を法人内他施設と連携して実施しています。 ・食料等の備蓄リストも作成され、栄養士によってリストに沿った備蓄管理がされています。 		

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ－２－（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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの提供は、「標準的なサービスの手順及び実施方法」など細分化された支援者関係マニュアルが整備されており、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されています。 ・標準的な実施方法は、特に新人職員にはトレーナー（教育係）制度によりOJT研修として指導されており、全職員に研修や朝礼・職員会議などで伝達することにより周知徹底が図られ、実施状況について課題検討会などで確認する仕組みがあります。 ・実施の確認は支援日誌等での確認するほか、管理者との面談等で「備えるべき職員の10項目」等を通して自己評価し、数値で「見える化」されています 		
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。	㉑・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル等はQCサービス向上委員会で定期的な見直し作業が行われており、コンプライアンス等についてはチェックを受ける仕組みがあります。 ・見直しについては、利用者からの意見集約は困難な面もあることから、各スタッフの意見をグループで検討するなどの方法で取り組んでいます。 ・支援内容についてはグループで話し合い、チーフ会、職員会等で話し合われており、サービス内容に変更等があれば全職員が共有できる体制になっています。 		
<p>Ⅲ－２－（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。</p>		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は「個別支援計画書作成におけるマニュアル」にもとづき、主任が計画策定責任者として配置され、担当支援員が中心になり策定されています。 ・担当支援員が中心となり作成することで身近なニーズが支援計画に反映されやすく、また、支援員の職務のステイタスアップにも繋がっています。 ・利用者それぞれのニーズについて月2回ケース検討会を開催し、各担当者グループ職員と施設長、主任等との合議により検討し、適切なサービスの提供に努めています。 ・支援困難ケースについてはその都度グループ会議で検討され、必要に応じて緊急に支援計画の変更もでき、変更された内容は朝礼や回覧等で共有する体制ができています。 		
43	② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画担当者会議（6ヶ月に1回）により支援計画の見直しが行われ、支援者マニュアル、支援会議運営マニュアルに基づき実施されています。 ・緊急に支援計画の変更が必要な場合もグループ会議で協議し、変更された内容は朝礼や回覧等で共有する体制ができています。 ・福祉サービスを十分に提供できない内容（ニーズ）については支援計画の見直しの際にも検討し、今後の課題として全職員に共有されています。 		
<p>Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりの身体状況や生活状況のアセスメントは、個別支援計画に結果が記載されています。毎日のサービス実施状況は「支援日誌」として記録され、記録内容等に差異が生じないように朝礼等で指導されています。 ・新人職員には、「職員の目線」が同じになる様に先輩によるOJTやトレーナーによる個別指導が行われています。 ・記録は朝礼及び回覧により全職員が共有できる仕組みになっています。 		

45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録は、個人情報管理規程、基本方針が定められ、記録管理の責任者が配置されています。 ・適切な管理については、「常盤会マインド」の読み合わせによる意識づけ、事業所内研修や法人研修などによる教育がなされています。 ・個人情報の取扱いについては利用者や家族に対して説明し、毎年同意をもらっています。 		

福祉サービス第三者評価基準 (様式2)
【 障害者・児福祉サービス版 】 H29年3月1日改定

評価対象IV

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A1	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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の自己決定を尊重するためにアセスメント時にニーズや意向を聞き、エンパワメントの視点に基づいた個別支援が行われています。例えば、衣服は1日着たら洗濯に出すことや、意思表示カードを使って今日の衣服を選択し、色なども選択してもらうような配慮をしています。 ・生活にかかわるルール等を決める自治会では、職員が意思表示カードなどを用いて意思表示を確認できるように工夫するなど、合理的配慮が行われています。 ・利用者の権利については、法人研修や職員会議、事業所内研修で検討する機会があります。 ・「約束カード」を使いモチベーションを高める工夫もありました。 		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		第三者評価結果
A2	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。	㉠・b・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・権利侵害となる事例は本年度を含め過去3年なかったため、利用者には具体的な事例は提示されていませんでした。万一発生した場合はマニュアルに従うように取り決めてありました。 ・管理者自ら人権については学習を重ねて、朝礼や職員会議などで職員へ周知を図っています。職員は「人権擁護ハンドブック」を所持し、朝礼で読み合わせもしています。 ・職員室には人権擁護に関するポスター等を掲示し、啓発への取組が行われています。 ・権利擁護の防止と早期発見をするための取組としてディライト通信に人権擁護の記事を載せたり、現場での事例を検討するなど研鑽する機会を職員会議などで設けています。
--

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A3	① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・心身の状況や生活習慣や望む生活は、利用者と家族も一緒にアセスメントを行い、一人ひとりの自律・自立に配慮して個別支援を行っています。動機付けを行うことで自分の部屋の掃除が出来る様になった方もいました。 ・個別支援計画書で「推定される本人意思・手がかりとなる情報」を活用し、目標設定をされています。 ・預り金がある場合は、預り金管理契約と預り金マニュアルに基づいて管理されています。 		
A4	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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションの取り方については、写真やふりがなを振った文字を使用して分かりやすく説明する、タッチなどを活用するなど心身状況に応じて工夫されています。 ・コミュニケーションが十分にできない、また意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望を理解できるよう積極的に声を掛け、寄り添い、見守るなどの配慮を行っています。意思表示カードを使い選択肢を絞り、そのいずれかを確認するなどの丁寧な支援が行われています。 ・意思表示が困難な利用者については、身体状態の変化のサインを見逃さないよう細やかな観察と配慮を行っています。 ・社会体験活動で地域の方などとの触れ合いを通じ、コミュニケーション能力を高めることにも繋がっています。 		
A5	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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が相談しやすいように職員から声をかけるなどのアプローチを行い、誰でも相談できる雰囲気を作っています。文字を書ける利用者は紙に書いて相談することもあります。 ・相談を受けた内容は、職員会議などでサービス管理責任者等と職員によって検討し、理解・ 		

共有を図っています。また、個別援助計画にも反映させています。		
A 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。	a・ ⑥ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が選択できるように複数の日中活動が用意されています。塗り絵、貼り絵などの創作活動のほか自治会での意向を取り入れて、ドライブや温泉での入浴などの外出活動を行いました。 ・地域の方々との触れ合いの機会を確保することは難しいと思いますが、日中活動の中で地域と触れ合う機会を提供するために、支援内容の検討、メニューの作成などに取り組まれることを期待します。 		
A 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。	⑤ ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・選択できるプログラムは、体力維持、紙細工、リトミック、農業教室、陶芸教室、フラワーアレンジメント、カラオケと多様に用意されています。 ・日頃の生活やサイクルと異なる状況が発生した利用者への支援は、不適応行動（行動障害）を理解して個別かつ適切な対応を行えています。 		
A-2-(2) 日常的な生活支援		第三者評価結果
A 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。	⑧ ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画にもとづき、心身の状況に応じた食事、入浴、排泄、移動・移乗支援が各マニュアルに沿って行われています。 ・食事は嗜好調査を行い、栄養士、委託事業者との連絡、連携が図られています。また、セレクト食が実施され、利用者は食べたいものを選択することができます。 ・移動・移乗の支援も食堂までの廊下に手すりが設置されるなど、改善されています。 		
A-2-(3) 生活環境		第三者評価結果
A 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。	⑨ ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・階段や廊下には利用者の作品等が展示され、各階にプレイルーム（特に2階は開放的で眺望もよい）が設けられ、その中で思い思いに過ごせるように工夫がされています。 ・情緒不安定になり他者とのトラブルになる方や感染症に罹患した方に対しては、空き室等を利用して個別の対応を行うような配慮もされています。 ・自治会や家族から出された「居室と廊下との段差への改善要望」に基づき、平成27年度に1階、平成29年に2階の改修を行い、生活環境の整備が図られていました。 ・その他にも改修すべき箇所も把握され、年度計画にもとづき段階的に改修される予定があります。 		

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
A10	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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が主体となり、機能訓練や生活訓練を行うために定期的にモニタリングを行い、支援内容の検討や見直しが行われています。 ・また、作業療法士の指導のもとで関係職種が連携し、体力維持のための園庭の散歩や階段昇降、フットケアを行い、機能訓練・生活訓練が行われています。 ・平均年齢が50歳台前ということで、利用者の加齢にともなう機能の維持のための訓練も課題と捉え、支援の検討・見直しが行われています。 		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
A11	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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・毎日検温を行い、体調不良者については看護師が状態を確認し、状況に応じて、安静や通院などの支援を行っています。 ・入浴やトイレなどの際には皮膚や排せつ物の状態を観察し、体調等について確認され、健康状態の把握に努めています。 ・健康管理については看護師が中心となり、職員研修が行われています。家族への助言や情報提供は連絡帳を活用し、てんかん発作・発熱時などは随時連絡をするなどして対応がされています。 ・静養室だよりを月に1回、リハビリ通信を3か月1回発行するなど、利用者や家族への定期的な情報提供がされており、意欲の向上につながるような取組も行われています。 ・利用者の体調の変化の際は、緊急時対応マニュアルの活用や協力医療機関と連携して適切に対応されています。 		
A12	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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・医療的な支援の実施については法人で定められた方針にもとづき、施設長を管理者として適切な手順や安全管理体制が構築されています。 ・服薬等の管理や慢性疾患への支援は、看護師を中心に実施されています。 ・生活支援の場では、医師や看護師の指導助言のもと医薬管理規定、健康管理マニュアル、応急処置マニュアル、誤与薬マニュアル、感染症マニュアルに沿って適切に支援されていました。 ・利用者の加齢にともない医療的ケアへの対応の必要性も高まっていますが、健康管理マニュアル、感染症マニュアル、緊急時対応マニュアル等の検討がされ、グループ会議、職員会議での情報の共有が図られています。 		

A-2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
A13	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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望と意向は自治会で確認されており、外出の希望に対しては買い物のほか、家族とのふれあい旅行、温泉、地域の行事等への参加も行われています。 ・鹿児島市のふれあいスポーツ大会やわくわく交流福祉フェスティバル等の催し物にも参加され、交流や学習もされていました。 ・学習支援は本人や家族の意向を踏まえてアセスメントを行い、文字の練習をされる方への支援などが行われていました。 		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
A14	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。	a・Ⓑ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者へのアンケート調査でも、地域との連携について地域住民やボランティアなどの外部の人と触れ合う機会が少ないと感じている方がおられます。今後、地域との交流を進められるような取組を行い、改善できれば利用者の満足度の向上につながると思います。 ・グループホームへの入所希望の方にはグループホーム関連の情報提供を行い、隣接施設の相談支援専門員と連携して体験利用等ができるように配慮されています。 ・地域生活への移行や地域生活のための支援については、行政機関や地域の関係機関等と連携・協力体制ができています。 		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
A15	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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・家族とは連絡帳や電話等での適宜の連絡、外出や外泊時の情報交換で行われています。家族からの意向は、支援日誌の備考欄に記入されるなど、いつでも利用者・家族の意向を把握できる体制になっています。 ・体調不良や急変時の家族への報告や連絡は、緊急時対応マニュアルのほか連絡網等が整備されており、職員間や家族への連絡や対応がスムーズに出来る体制ができています。 ・定期的な個別面談が年2回行われ、そのほかに家族会総会や懇親会、ふれあい旅行等が行われ、利用者、家族と職員との信頼関係が深められています。 ・社会体験活動の一環として、家族等を交えての食事会や10月の一日遠足、12月の忘年会など、一年を通じて家族等との連携や交流と家族支援が行われています。 		

A-3 発達支援

	第三者評価結果
--	---------

A-3-(1) 発達支援		非該当
A16	① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
評価概要		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		非該当
A17	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。	a・b・c
評価概要		
A18	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。	a・b・c
評価概要		
A19	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。	a・b・c
評価概要		