

## 福祉サービス第三者評価結果

### ①第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス
---------------

### ② 施設の情報

名称：松の聖母成人寮		種別：生活介護	
代表者氏名：施設長 片山 義継		定員（利用人数）：10名（11名）	
所在地：鳥取県鳥取市白兔12-1			
TEL：0857-59-0361		ホームページ： <a href="https://t-asunaro.jp/shogai/">https://t-asunaro.jp/shogai/</a>	
<b>【施設の概要】</b>			
開設年月日：平成16年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 あすなろ会 理事長 濱崎 淳子			
職員数	常勤職員： 8名	非常勤職員：	3名
専門職員	管理者 1名	生活支援員	1名
	サービス管理責任者 1名	看護師	1名
	生活支援員 6名	調理員	1名
施設・設備の概要	作業指導室 2室	事務室	1室
	医務室 1室	浴室	1個
	相談室 1室	倉庫	2個
	食堂 1室	障害者用トイレ	1個
	男子ロッカー 1室	男子トイレ	1個
	女子ロッカー 1室	女子トイレ	1個

### ③理念・基本方針

#### ◇法人理念

私たちは、あすなろの木にふりそそぐ光と水のように、愛情と使命感を持ち地域福祉の未来を創造します。

#### ◇法人基本方針

- 1 ご利用者へより質の高いサービスの提供を行い、満足されるものとします。
- 2 職員の資質向上を図り、愛情と使命感で働きがいのある職場とします。
- 3 地域の意見を反映し、地域とともに発展する社会福祉法人を目指します。
- 4 法人事業の継続性を強化し、事業を総合的に運営するための具体的方策を推進します。

#### ④ 施設の特徴的な取組

生活介護事業では利用者ごとに作成される個別支援計画に基づいて、食事・排泄などの介助、生活に関する相談やその他日常生活上の支援、創作的・生産的な活動機会の提供、並びに生活能力の維持・向上を目指した援助等の総合的なサービスが行なわれています。

日中動作やレクリエーション及び簡易の軽作業（段ボールや空き缶収集等）による取り組み及び日常の生活訓練や社会参加等を地域への移行等自立（自律）を目指した生活能力の維持・向上の援助が行われています。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年5月1日（契約日） ～ 令和3年3月15日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

#### ⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○職員の定着に向けての働きやすい職場環境作り

・人事考課による年2回の面談や年に1回匿名で実施されるアンケートが行われ、職員からの様々な意見を吸い上げ、施設運営に活かされることにより、人材確保並びに定着が課題となっている福祉施設の現状を踏まえ、風通しの良い働きやすい職場環境作りを目指し取組まれています。

また、ITCの導入により職員の情報の共有の周知がしやすく、法人全体で同じシステムを使用することにより、内部異動の際にもスムーズに情報を把握することが可能になっています。

○利用者の生活の質の向上のための設備の充実や意見を尊重し、ニーズに応えるサービス提供

・利用者一人ひとりが希望する日中活動についての意見を年度ごとに聴き取り、それをもとに毎月の日中活動の予定が立てられています。

・集団の苦手な方には個室や区切られたスペースを確保し、落ち着いた状況で過ごせるような配慮がされています。

スヌーズレンを行いリラックスできる環境作りのための機材を整備されています。

・利用者の一人ひとりの意向を確認されたり、コミュニケーションがとれるよう、言葉だけでなく、写真や絵、マカトンサイン、指文字、五十音表を使われたり、手の平に文字を書いて思いを伝え合う工夫をされています。

・個別支援計画の作成は、利用者・家族の希望を聴き取り、生活支援員、看護師、栄養士、サービス管理責任の多職種によるケア会議において、よりよい支援計画作成に努めておられます。

◇改善を求められる点

○自然災害時・感染症の予防、発生に関する利用者の安全確保について

・感染症対策マニュアル、消防計画、避難計画等を整備されておりますが、従来より災害に対する体制は十分に整っていますが、昨今の災害事例や感染症対策を含めたより細やかな事業継続計画（BCP）を作成する事を国も示しておりますので、充実した事業継続計画の策定に期待します。

○障がいの多様化、高齢化

・障がいの多様化、高齢化に対応すべく、今後も研修を継続されることに期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

コロナ禍での受審となり、感染症予防への取組のむずかしさや、研修の実施や保護者との交流、特に地域との交流が出来なかった1年となり、新たな解決すべき問題や課題が見え、施設としてやっている事を見つめ直す機会となりました。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

## 第三者評価結果（生活介護）

### 共通評価基準（45項目）

#### I-1 理念・基本方針

##### 1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

		第三者評価結果
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念・基本方針は掲示され、職員必携、ホームページ等に記載されています。</p> <p>職員は、勤務中も名札の裏に理念を常に携行し、愛情と使命感を持って地域福祉に取り組むことを目指しておられます。</p> <p>年度始めの職員全体会では施設長が職員に話され周知が図られています。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

##### 2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

		第三者評価結果
2	I-2-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係団体が主催する自立支援会議や研修を通じて福祉を取り巻く環境や動向について情報収集をされています。また、相談支援事業所、特別支援学校等との連携により、実態把握や情報交換等が行われています。</p> <p>毎月、稼働率を計算し福祉サービスの推移やニーズを把握されています。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回実施されている役員巡回・年2回の人事考課面談時に施設長と役員が、課題や問題点を共有する機会を設け、その他に協議事項が発生した場合は、その都度施設長が役員と協議等をされています。さらに、施設長は法人経営企画委員を兼任されており、隔週開催の会議に出席し経営改善についての早期の対応が行われています。</p> <p>職員への周知については、代表者会議にて決算・補正予算等収支状況・現状をユニット責任者へ説明されています。また、改善すべき課題については、会議の中で協議し改善策等を議事録に記載、学園内の共有フォルダ内に掲載し自由に閲覧できるようになっています。</p>		

### I-3 事業計画の策定

#### 3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

		第三者評価結果
4	I-3-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中長期計画が5年ごとに策定されており、目標は明確化されています。</p> <p>法人内に中長期計画委員会も設置されており、組織的に問題点の解決・改善・評価が行われ、必要に応じて見直しも行われています。</p>		
5	I-3-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中長期計画に沿って事業所の単年度計画は作成された具体的な内容となっており、更に事業所の単年度計画をもとにユニットの利用者アンケートも実施し、利用者意見を取り入れて事業計画を策定し、具体的な実施や成果を評価できるように策定されています。</p>		

#### 3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人、事業所の基本方針を基に代表者会議で事業計画を検討し、匿名の職員アンケートが実施され職員の意見を取り入れながら、目標設定をし、各ユニットでユニット事業計画を作成し、年度末に評価を行い、その後、代表者会議で報告、評価をされています。</p> <p>会議録は共有フォルダに添付し、職員へ周知が図られています。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各ユニットで基本方針に沿った事業計画を作成し、家族と職員で行う家族研修会等で説明し掲示されています。家族研修会に参加されない家族には郵送にて資料を送付されています。</p> <p>利用者には分かりやすくした文章を掲示して周知されています。</p>		

## I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

### 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。

		第三者評価結果
8	I-4-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足度調査・家族アンケートを実施し、分析、検討をユニット会議や代表者会議で行い、サービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>例えば虐待セルフチェックを実施し、虐待マネージャー委員会にて分析したものをユニット会議、代議表会議において周知し、改善策の検討を行なっておられます。</p> <p>また、虐待防止委員会にて結果を報告し、改善に向けた取組みについて意見、要望等を出してもらっています。</p> <p>接遇研修等の各種研修も行われています。</p> <p>年1回職員は自己評価を行い、日々の支援について振り返りが行なわれています。</p> <p>内部監査も行いサービスの質の向上に努めておられます。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足度調査、家族アンケート等についての結果を分析され、課題の改善に向け取り組まれています。</p> <p>定期的にユニット会議を開催し改善策についての見直しも行われています。</p> <p>自己評価の際にチェックした課題は各々問題解決に努めておられます。</p>		

## 評価対象Ⅱ 施設の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

#### 1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

		第三者評価結果
10	Ⅱ-1-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度当初、代表者会議にて法人中長期目標に沿った施設の目標（単年度計画）に加えて、施設全体の事務分掌・業務分担表・組織図の説明が行われ、更に、代表者会議議事録とともに共有ファイルに掲載し職員がいつでも確認できるための取り組みが行われています。</p> <p>有事（災害・火災・事故等）における管理者の役割と責任及び職務権限（不在時の権限移譲含む）については、消防計画・緊急マニュアル等各種の業務関係マニュアルが各ユニット毎に配備され、適切な施設運営が行われるための理解を求める取り組みが実施されています。</p> <p>また、四半期単位に発行される施設の広報誌へ施設としての役割・機能等の周知による地域社</p>		

会への理解を得る取り組みが行われています。		
11	Ⅱ-1-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての倫理要領及び法令遵守マニュアル編成による意識・行動規範である「職員必携」が職員一人ひとりに配布され、職員が必要な時にいつでも確認できる取り組みが行われています。</p> <p>また、職員必携に於ける多様な業務運営マニュアルは、法人組織の各委員会及び各部会による業務指針や各種マニュアル等の改善・見直し（資料の加除修正等）が毎年実施され、職員に周知された組織運営が行われています。</p> <p>更に、福祉法人として「公益通報者保護規定」が整備され、職員の職務として倫理意識を高める体制（コンプライアンス委員会等の対応）整備が行われています。</p> <p>今後にも組織内の職員が強い倫理意識を持ち続けるための法令遵守等の定期的な周知徹底の繰り返しによる組織運営に期待致します。</p>		

## 1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

12	Ⅱ-1-(2)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、法人の理念・基本方針を基に策定された中長期目標に沿った学園の目標を示し、サービスの質に関する課題に対し、プロジェクト会議等の会議に参加され、職員に対し具体的な指導を行っておられます。</p> <p>報酬改定時期には、改定のポイントを代表者会議で提示し、次期の改定に備え理解を促し、改定に向けての取組みについて準備するように問題提起をされています。</p> <p>施設サービス計画検討委員会では多職種によるケア会議を開催し、サービスの質の向上について取り組み、年1回の利用者アンケート・家族アンケートを実施し、更なるサービスの質の向上に努めておられます。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の稼働状況を法人事務局へ報告され、法人全体の稼働状況を法人内・学園内で共有・分析を行っておられます。</p> <p>施設長から年一回全職員にアンケート（ハード面、ソフト面、職場環境）を実施され、職員からの意見・要望を聞き取り環境整備等に活かされ、具体的に取組んでおられます。また、アンケートの結果については、代表者会議で情報共有をし、改善策が協議され、報告書とともに閲覧可能とし施設運営に反映されています。</p> <p>I T Cの導入により事務の時間の軽減を実施され、情報の共有化も促進されています。今後インカムによる音声入力の導入も検討されています。</p>		

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

### 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。

		第三者評価結果
14	Ⅱ-2-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材確保は法人が窓口となり求人募集が行なわれています。</p> <p>ホームページやハローワーク等の活用しておられます。就職説明会にも参加されています。</p> <p>法人のホームページでは、わかりやすい内容で施設情報のほかに、先輩職員の入職後1年コメントを掲載し、就職希望者が応募しやすいような配慮をされています。</p> <p>また、法人職員定数規程の範囲内で利用者の高齢化に伴う福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格者）の配置等も、計画的に行われています。</p> <p>定着については、職員の離職を減らすことを最優先として考えられ、その為、職員との面談や職員アンケート等を実施し、風通しの良い働きやすい環境を作るように取組んでおられます。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の倫理綱領に基づき職員としての責務と役割を明確にし、事業所の玄関に掲示もされています。</p> <p>法人のビジョンで示された「職員の資質向上」について、法人ではキャリアパス研修や資格取得奨励を事業所の目標に掲げ専門性の向上に取組んでおられます。</p> <p>また、職種別、雇用形態ごとに職務基準書を作成し、年2回の人事考課に於いて面談を行い実施し、個々の目標の進捗状況を把握、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等の評価を行いし、本人にその都度フィードバックし自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組み作りが構築されています。</p>		

### 2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16	Ⅱ-2-(2)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は出勤簿等により毎月出退勤時間等確認し職員の就業状況を把握されています。また、年2回の人事考課面談、人事考課表にて職員の意向や希望を聞く機会を設ける他、職員必携にハラスメント相談窓口を掲載する等、職員が相談しやすい体制が整備されています。さらに、毎年一回ストレスチェックを実施し、ストレスの状況についての気付きを促し、個々の職員のストレスを低減させるとともに、検査結果を集計・分析し職場環境の改善に努め、さらにストレスの高い職員を早期に発見し、医師による面接指導につなげることで、職員のメンタルヘルス不調の未然防止に努められています。</p> <p>育児時短制度や有給取得、インフルエンザ予防接種の全額補助、健康診断、腰痛予防検査も行われており、イクボス・ファミボス宣言企業として働き方改革に取り組んでおられます。</p> <p>総合的な福利厚生として、職員主体で職員互助会を運営しており、給付事業のほか余暇活動を充実させるための事業を計画され、職員の福利厚生に努めておられます。</p>		



**2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。**

17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本方針に明示し、職務基準書に基づき年2回人事考課を行ない、人事考課面接時に個人の目標設定及び目標達成度の確認が行われています。</p> <p>考課者研修も定期的に実施されています。</p> <p>面接時には、個人のスキルアップのための研修の希望も聞いておられ、個別研修計画策定に反映されています。</p> <p>新人職員には人事考課の一番の目的が、人材育成であるという本来の趣旨を説明し取組んでおられます。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>必須研修については、基本方針、中長期計画にも明示し、年間職員研修プログラムを策定し実施しておられます。</p> <p>法人として勤務年数や職種別の階層に応じた研修の充実が図られています。</p> <p>学園内に於いても、必要な研修について研修委員をリーダーとした職員研修担当者会議で検討し年間プログラムが策定されます。</p> <p>実施後には、職員の意見を集約して研修プログラムの見直しが図られています。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人及び学園として階層別研修が実施されています。</p> <p>勤務年数や職種別の階層に応じた研修については、人事考課制度とリンクさせた職員一人ひとりの個別研修計画が策定されています。</p> <p>本人の希望があれば介護福祉士取得のための模擬試験や補助もあります。</p> <p>新人職員に対しては新人研修があり、ユニット内のOJTも行われます。異動職員に対してもオリエンテーションを行い、必要に応じてOJTも実施されます。</p>		

**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	Ⅱ-2-(4)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生受け入れの担当者が配置されており、マニュアルの手順に従い、プログラムを作成し受け入れが行われています。</p> <p>また、終了時には意見交換を行い、次回の実習生受け入れの参考にされています。</p> <p>毎年、学校主催の連絡会に参加し意見交換を行うと共に、実習期間中も学校側に様子を伝えておられます。</p> <p>現在、実習は保育士が中心となっておりますが、社会福祉士の実習実績もあります。</p>		

## II-3 運営の透明性の確保

### 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。

		第三者評価結果
21	II-3-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページや障がい福祉サービス等情報システムに、法人の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報等が掲載されています。</p> <p>また、学園の広報誌を定期的に発行され、行事の様子や家族アンケート結果を掲載し、家族や地区公民館等に送付し、地域に対して開かれた学園を目指しておられます。</p>		
22	II-3-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人経理規程に基づき日々の経理処理が行なわれています。</p> <p>経理関係の職務分掌に権限・責任を明確に記載し、いつでも閲覧し確認できる体制があります。</p> <p>さらに、外部の税理士・公認会計士へ法人内各施設の経理報告・内部監査が実施され、経理状況の確認が定期的に行われています。</p>		

## II-4 地域との交流、地域貢献

### 4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

		第三者評価結果
23	II-4-(1)-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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域への交流の輪を広げるための広報誌（四半期）を地区の各区長及び公民館へ配布する取り組みや地区行事である日本海海岸の清掃活動への参加や地区公民館祭などでの工芸・手芸、ワッフルづくりへの体験参加が行われています。</p> <p>また、利用者の要望等に応じて、近所のコンビニエンスストアへの同行による買い物も行われています。</p> <p>地域の意見を反映し、地域が求める福祉サービスの実現を掲げ、地域との関わりを深めるための今年度の事業計画が策定されていますが、新型コロナ禍の外部への活動が厳しい現状にあります。</p>		
24	II-4-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入れマニュアルに基づき、ボランティア受け入れの事前資料作成、事前説明、参加者の氏名登録簿等の対応による受け入れが行われています。</p>		

#### 4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>令和2年度松の聖母学園基本方針に地域社会との連携が明示されており、社会資源を明確にしたリストが作成されています。</p> <p>代表者会議、ユニット会議で検討し、報告書に添付されており、情報の共有が図られています。相談支援事業所と連携し、定期的にサービス担当者会議（モニタリング）が開催されています。</p> <p>また、こころの発達クリニックと連携し、研修会を開催され、事例発表を行い、アドバイスを受けておられます。</p>		

#### 4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	Ⅱ-4-(3)-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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の福祉ニーズは、地域の公民館（区長含む）活動への参加時や相談支援事業所との定期的なサービス担当者会議等の場での情報交換による情報の収集が行われています。</p> <p>施設内の各ユニット選出の企画・運営プロジェクト議会（毎月）メンバー等を中心に、地域の福祉ニーズの把握や組織の課題等の検討や対策が行われています。</p> <p>今年度は、新型コロナウイルス感染対策等、イベントの中止、自粛による活動が出来ない現状にありますが、鳥取県「手をつなぐ育成会」等に参加し地域の福祉ニーズや障がい児・者等の生活課題等の把握等の活動が行われています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今年度は、新型コロナウイルス対策によるイベント等が自粛され、活動の減少の中で、社会福祉協議会等のえんくるり事業活動や地域の福祉ニーズに基づき、グループホーム施設の運営やグループホーム施設の近隣のゴミ拾（清掃）及び日中活動（おひさま班）による公園の清掃活動等が行なわれています。</p> <p>鳥取市との「災害時における要援護者の一時避難の為に施設利用に関する協定書」が締結され、学園の非常災害時、豪雪時の対応手順、役割分担マニュアルに基づいて、要援護者の一時避難施設として対応されます。</p> <p>災害時用の食糧等については、本体の松の聖母学園に備蓄されています。</p>		

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

#### 1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

		第三者評価結果
28	Ⅲ-1-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念・基本方針、令和2年度松の聖母学園基本方針(目標)に利用者を尊重した福祉サービスについて明示されています。ユニット会議で検討し、ユニット事業計画に取入れて福祉サービスの提供に関する倫理綱領や規程等を策定しておられます。</p> <p>職員に対しては、職員必携で配布され、理解、実践を促すために毎朝朝礼時に倫理綱領を確認されています。</p> <p>利用者の尊重や基本的人権についての研修を3月に実施予定です。</p> <p>虐待防止委員会を設置し、年2回の虐待防止セルフチェックや利用者満足度調査を実施し、結果の検討等を行い、サービス向上に努めておられます。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護について法令遵守マニュアルが整備されており、倫理綱領に明示されています。</p> <p>虐待防止等の権利擁護については、障がい者虐待防止マニュアルを整備し、職員必携にも添付され、権利擁護に配慮されたサービス提供が行われています。</p> <p>虐待防止に関する職員全体会議は年1回開催されており、不適切な事案が発生した場合の対応方法等は障がい者虐待防止マニュアルに明示されています。</p> <p>また、広報誌の記事に利用者の写真等が掲載される場合はその都度確認をされ、同意を得ておられます。</p>		

#### 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	Ⅲ-1-(2)-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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人及び松の聖母学園のホームページに於いて、施設の概要、サービス内容等の情報提供が行われており、紙ベースの要覧も作成されています。</p> <p>利用希望者には、見学に応じ、実際に見て頂きながら個別に丁寧な説明が行われています。</p> <p>作業の体験を希望される方にも対応されます。</p> <p>新年度に向け、利用希望者に事業所内での活動がより分かりやすい説明を行なうための資料として新しい動画を作成される予定です。</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始時に相談支援事業所と連携し、本人の意思を確認し、アセスメントを行い、利用者・家族等に重要事項説明書、個別支援計画を使用し、丁寧で分かりやすい説明を心掛けておられます。利用者の自己決定を尊重しながら同意を得ておられます。</p> <p>重要事項説明書は、書面として残し、学園、利用者・家族等がそれぞれ保管されます。</p> <p>重要事項説明書、個別支援計画に変更がある場合にも同様の手順で同意を得ておられます。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本人や家族から相談や希望があった場合は、情報の提供を行ったり、事業所や行政に相談をされたり、意向に添える様配慮をされています。</p> <p>手続きや移行の際に情報提供が必要な場合は、利用者・家族等に承諾を得て情報（引継ぎ文書等）を提供されています。</p> <p>サービスが終了後も相談ができることを伝え、相談受付は各サービス責任者が行なっておられます。</p>		

### 1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に1回、各サービスの担当者が主となり利用者満足度調査を実施され、把握した結果をユニット会議で分析・検討されています。</p> <p>また、嗜好調査も年1回栄養士が主となり実施されています。</p> <p>それぞれの結果に基づいて、改善や代替えが行なわれ満足度の向上に努めておられ、検討内容は記録に残し反映されています。</p>		

### 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	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の苦情解決規程に定められている項目に基づき、苦情解決責任者、相談窓口、第三者委員氏名、連絡先、流れが分かるフローチャートが玄関に掲示されています。</p> <p>また、重要事項説明書にも記載されています。</p> <p>マニュアルに沿って迅速な対応に努め、検討された内容は、フィードバックし信頼回復に努めておられます。</p> <p>年に1回、匿名の家族アンケートも実施されており、自由に様々な意見を書いて頂けるような取組が行なわれています。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-②の 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>学園内や各事業所に意見箱の設置を行い、自由に相談や意見が述べられる事について周知されています。</p> <p>作業や給食の前後の時間には話を聴くようにされており、個別の相談も安心して行えるよう相談室も設けておられます。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>どの職員にでも相談のできる体制があり、相談を受けた職員は一人で判断せず必ず上席に報告し、情報を共有されています。</p> <p>意見箱や満足度調査であげられた意見については、各委員会やユニット会議等で把握し、マニュアルに従い迅速な対応を心掛けておられます。</p> <p>把握した意見は、検討を行ないサービスの向上に向け取組み、必要な場合には改善までの追跡調査（再度聞き取り）も行われています。</p>		

#### 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。

37	Ⅲ-1-(5)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハット事故防止委員会を設置し、月1回報告事例を収集され、評価、分析が行なわれており、その結果をユニット会議や回覧等で全職員にフィードバックし、周知が図られています。</p> <p>報道等を活用し、他施設で発生した事故例を基に取上げ話し合われることもあります。</p> <p>事故発生時には、マニュアルに沿って迅速な対応が取られます。</p> <p>ヒヤリハット事故防止委員会やユニット会議で再発防止策や改善策の検討を行い、再発防止に努めておられます。</p> <p>また、毎月安全衛生委員会が施設内を巡回し、安全点検を行い、状況把握と整備が行われています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策手順マニュアルに沿って対応されています。</p> <p>マニュアルは、毎年見直され、必要に応じた変更や追加が行われています。</p> <p>今年度はコロナウイルス感染症についてのマニュアルが追加され、整備されました。</p> <p>全体会や知的障がい部会等で感染症についての研修や実技を行い、欠席者にはその内容を回覧し周知を徹底されています。</p> <p>以前からノロウイルス対策のための防護服の準備もされていましたが、今年度は、看護師にも各ユニット会議に参加してもらい、新たにコロナウイルス感染症発生時の対応や防護服の着用の講習も実施されました。</p>		

39	Ⅲ-1-(5)-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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時の対応として、消防計画や避難計画を策定され、年に2年回以上避難訓練が実施されています。</p> <p>火災報知器、110番通報システムが設置されており、直接消防署、警察署に連絡が届くようになっています。</p> <p>消防計画と避難確保計画を各事業所に置き周知されています。備蓄品については、リスト作成を行い、本体の松の聖母学園に保管されています。</p> <p>従来より災害に対する体制は十分に整っていますが、昨今の災害事例や感染症対策を含めたより細やかな事業継続計画（BCP）を作成する事を国も示しておりますので、充実した事業継続計画の策定に期待します。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

#### 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。

		第三者評価結果
40	Ⅲ-2-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者への援助サービス提供を実施するための各種マニュアルが整備されています。</p> <p>全職員に配備される職員必携に掲載され、職員が共通の理解をするための取り組みとして、毎朝の朝礼時に倫理要領（各マニュアル手順等）を用いての周知による業務が開始されています。</p> <p>また、サービス管理責任者及びユニット責任者が標準的なサービス提供等の実施状況等を確認する等職員への指導・アドバイスが行われています。</p> <p>更に、職員の知識・技術や援助対応の認識の違いで、利用者の心身の状況変化の異差を読み取り等、援助サービス等の方法等が適切でない場合等は、ヒヤリハット報告に乗せて、職員全体としての共通認識の再徹底等を実施されています。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス提供状況について、職員全体会議（年1回）で報告が実施され、課題等の共有が図られています。組織内のマニュアルプロジェクト委員会による実施方法等の課題の改善等の見直しや職員周知を行っておられます。</p> <p>標準的なサービス実施方法については、職員が共通した意識が持てるよう検討や改善・見直しが定期的に行なわれています。</p>		

## 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。

42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の策定と見直しは、サービス管理責任者により所定の様式、手順に沿って行なわれています。</p> <p>所定のアセスメントを丁寧に実施し、利用者・家族等のニーズや課題を確認されています。アセスメントは利用者全員6か月に1回以上実施し、医療・食事・栄養と生活面に大きく分け、生活では、生活基盤・健康・日常生活・コミュニケーション・社会生活技能・社会参加・労働その他（家族）の8領域の場面からニーズや課題を確認してそれを整理されています。</p> <p>ケア会議は、サービス管理責任者や各ユニット責任者、管理栄養士、看護師が参加し、内容を整理、統合しながら、利用者が目的を持って就労ができる具体的に利用者のイメージしやすい内容で、利用者のための個別支援計画策定を心掛けておられ、同意も得ておられます。</p> <p>個別支援計画通りにサービスが提供、実施されているかは、サービスチェック表で確認されています。</p> <p>支援困難ケースへの対応では外部講師との事例検討会や担当医と相談を行い、そこでの助言等を基にサービス計画を策定し、サービス提供が行われています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、サービスチェック表で毎月評価を行い、6か月に1回総合評価にまとめ、利用者、ユニット担当者、ユニット責任者でユニットケア会議を行い、その後、サービス管理責任者、管理栄養士、看護師、ユニット責任者（担当者）により多職種によるケア会議を行い、サービスの効果や成果を判断しながら、見直しが行われています。</p> <p>入院時や利用者の身体的状況に大きな変化があった場合は、相談支援事業所と連携をし、サービス等利用計画、個別支援計画の随時の見直しが行われています。</p> <p>利用開始当初については、3ヶ月で個別支援計画の評価・見直しが行なわれています。</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。

44	Ⅲ-2-(3)-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、職員間で共有化している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>統一した様式で、行動記録や個別支援計画のサービスチェック表を記録され、作成が行われています。記録内容の記入方法に職員間で差異が生じないように個別記録記入マニュアルを策定し、職員への周知が図られています。また、統一した支援が行えるよう、定期的に、ユニット会議やケア会議記録を確認しながら実施状況の共有化が図られています。</p> <p>障がい事業者向けソフト（パソコン上でのネットワークシステム）を使用することにより、利用者の状況を事業所内で情報共有しやすく、学園内の全事業所で同じシステムを使用することにより、職員もスムーズに対応できています。</p> <p>その他、各会議録は、各部署に配布され、事業所内で情報共有されています。</p>		



45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者に関する記録の管理体制として、法人規程集「情報管理関係 1-1 文書取り扱い規程 第5章 文書の整理、保管および保存第24条～第27条」に利用者の記録、保管、保存等の規程が定められています。また、個人情報に対する対策等の規定は「個人情報の保護に関する規程集」に定められています。</p> <p>個人情報の利用目的については、あらかじめ利用者本人または身元引受人の同意（個人情報使用に係る同意書）を得たうえで慎重に取扱われています。</p> <p>職員に対しても、利用者の個人情報保護に関する誓約書が交わされています。</p> <p>倫理綱領「4 プライバシーの保護」を朝礼時に読み合わせし、利用者の個人情報の保護を確認されています。</p> <p>記録管理の責任者は事務分掌表に記載されており、責任者はユニットリーダーとなっています。紙ベースの物は鍵のかかる書庫に保管されています。</p>		

## 内容評価基準（15項目）（生活介護）

### 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	A-1-(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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿った援助サービスの実施が行われ、6ヶ月単位に利用者・家族等から意見・要望の聞き取り等を踏まえて、生活支援職員、看護師、管理栄養士、サービス管理責任者等によるケア会議により、利用者の特性や要望を反映した個別支援計画の作成に沿った個別のサービス援助支援が行われています。</p> <p>利用者への生活援助（給食、入浴、排せつ等）や自立訓練（簡易作業：段ボール・空き缶収集等）及び散歩等の場所選定など、自らの意識で決定するよう勧められています。</p> <p>また、誕生会のお祝いケーキを選んでもらう時、写真（絵カード）を利用して、自分の好みを選んでもらう等の取組みを行い、利用者本人ができる力を引き出す取組が行われています。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止マニュアルが作成され、整備されています。必要な届け出や報告の手順、身体拘束の手続等が記載されています。</p> <p>虐待防止セルフチェックを年2回実施され、各部署や虐待防止マネージャー会で振り返りと改善について話し合いが行われています。</p> <p>その結果、チェックが多くついた項目については、特に気をつけ、職員がいつでも目にする場所に貼り、注意する項目が意識できるように振り返りをし、自身の支援をチェックできるよう、日々のチェック表を活用する期間も設けられています。</p> <p>利用者の権利侵害について、外部講師を招き、利用者に分かりやすく説明して頂く機会が設けられています。</p>		

### A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一人ひとりの障がいの特性や状況に合わせて、充実した自分の時間を過ごすための移動支援が受けられるよう支援されています。</p> <p>出来ることは利用者自身でしていただき、出来ない部分を職員が手伝うよう努めておられます。会話が可能な利用者は言葉で伝えられるようにコミュニケーションをされ、例えばお茶を自分でコップに入れる等少しのことでも自身でできるような支援を心がけておられます。</p>		

A④	A-2-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの心身の状況を見定めた言語、写真・絵、マカトンサイン、指文字、五十音表、手の平に指で文字を書く等を活用しながら利用者の意向を確認する等のコミュニケーションが行われています。</p> <p>意思表示の難しい方には、短く分かりやすい言葉で話しかけや写真等を見ての選択等が行なわれています。</p> <p>また、表情の変化や体のこわばり等小さな反応も見逃さないよう努められ利用者の少しの変化に対応援助（支援）する等の取組みが行われています。</p> <p>コミュニケーション意思の伝達が改善できるとされるマカトン法を取り入れる手法として、利用者と職員と一緒に歌を歌いながら楽しく学ぶ機会が設けられています。</p>		
A⑤	A-2-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は話しやすい雰囲気作りに努め、利用者からの意見に耳を傾ける姿勢を常に持つよう心掛け、朝の作業時間の始まる前や給食の前後の時間等を中心に話を聴いておられます。</p> <p>各ユニットに「ご意見箱」を設置し、利用者・家族が意見をいつでも言える場を提供されています。</p> <p>ユニットでのケア会議にて本人の意見を丁寧に聴き取り、サービス管理責任者や看護師、栄養士とともに本人の ニーズに合った支援計画の作成に努めておられます。</p> <p>また、外部研修にも参加され、学んでおられます。</p>		
A⑥	A-2-(1)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づき、一人ひとりの利用者のニーズを反映した支援目標が定められ、身体運動や感覚訓練等の日中活動の提供が行われています。</p> <p>個別支援計画に基づき、一人ひとりのニーズに沿った運動等の日中活動を提供されています。歩行を行うコースを選べるように提供したり、利用者によっては歩く時間を相談して決めておられます。</p> <p>利用者一人ひとりが希望される日中活動やレクリエーション活動をケア会議の中で話せる機会を設け、検討、見直しが行われています。</p> <p>地域でのイベントの情報が入り、パンフレット等あれば、掲示をされています。</p> <p>園内の研修にて、利用者と職員と一緒にレクリエーション活動を学ぶ機会も設けられています。</p>		

A⑦	A-2-(2)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>園内の研修にて、医師等から障がいや必要な支援について学ぶ機会が設けられています。個別的な配慮が必要な利用者について、医師や看護師から支援のアドバイスを頂かれたり、他の部署の職員とのグループワーク等を行い、より良い支援の検討に努められています。</p> <p>利用者の高齢化にも対応できるよう、介護研修を行い、職員一人ひとりのサービス提供技術の向上を目指しておられます。</p> <p>集団で過ごすことが苦手な利用者には、個室や、区切られたスペースを提供し、落ち着いて過ごすことができるように工夫されています。</p> <p>また、利用者同士の相性等にも配慮されて、時間差で行動していただくなどの工夫もされています。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの個別支援計画に基づき、ユニット職員や日中活動担当者、栄養士、看護師等が情報の共有を図り、日常活動等の支援が行われています。</p> <p>昼食の摂取状況の記録や利用者の毎月のリクエストメニューの聞き取り、嗜好調査（年1回）等を通して、一人ひとりの食事状況や嗜好に合わせた栄養ケア計画を見直し作成が行われて、家族へのアドバイス等が行われています。</p> <p>一人ひとりの排泄の状況や様子に合せ、着脱や排泄の支援を同性介助で行っておられます。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設環境は木の温もりを感じる明るく広い生活空間の室内も整理整頓が行われ、清潔感を感じる生活環境の中での生活援助や日中活動が行なわれています。</p> <p>事故防止ヒヤリハット委員会、虐待防止委員会、安全衛生委員会等で危険なことについては安心・安全を目指して分析・検討されています。</p> <p>家族アンケート、利用者満足度調査を年1回実施し、結果を評価・分析され、問題点については改善策を検討されます。</p> <p>日中活動における作業室、事務所内、食堂、トイレ等の清掃・消毒は、利用者の利用前後に行われ、更には、安全衛生委員会の定期的な施設内の見廻りによる安全点検が実施され、施設内外建物、サービス提供器具等、利用者への安心・安全な環境確保に取り組まれています。</p> <p>来所時には、利用者一人ひとりの障がい特性に合せ、落ち着いて過ごすことができるよう個々に合わせた個室スペース等の環境整備が行なわれています。</p>		

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況については、日々、家族等と連絡帳でのやり取りや送迎時に連絡を取り合い、情報共有されています。</p> <p>個人の機能・生活訓練はケア会議において、生活支援員、看護師、栄養士で話し合い作成された個別支援計画書に沿って支援されています。</p> <p>利用者の心情状況や医療機関等のアドバイスによる機能訓練やケア会議等での生活支援員、看護師、管理栄養士等で生活・機能訓練等を個別支援計画へ反映させた日中活動等が行なわれています。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者への検温（必要に応じて血圧測定含む）による体調把握による日中活動の開始が行われており、月1度の血圧測定や体重測定等体調管理が行われております。</p> <p>来所中に利用者の体調面に変化があれば、家族に連絡し、相談をされています。</p> <p>支援員の医療的支援に関する研修は、年度当初に新人職員を中心に救急救命法の研修、職員全体会で感染症対策についての研修を実施され、実技研修も行われています。</p> <p>また、支援員で特別に外部等での専門的な研修を希望された方は、研修を受講されています。</p>		
A⑫	A-2-(5)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師が配置され、マニュアルに基づき、職員との日常的な連携による適切な医療的支援等の対応が行われています。</p> <p>昼食時の内服薬は、1週間分を各家庭から預かり、預かった際には、薬局から頂く薬の説明書で薬の内容を確認されています。確認作業は、必ず2名の職員でされています。</p> <p>もし、日付が記載されていない薬があった場合には、台紙に貼るなどして、いつの誰の薬か分かるように注意されています。</p> <p>日々の薬の確認は、薬箱に入れる職員、入った物を確認する職員で2回の確認を行い、服薬時にもマニュアルに沿って事故のないように服薬介助が行われています。</p>		
A-2-(6) 社会参加・学習支援		
A⑬	A-2-(6)-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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画作成時に利用者・家族等の希望を聴き取り、また、年度当初の利用開始前に利用者の希望される活動を伺い、それを基に毎月の日中活動の予定が立てられています。</p> <p>利用者にとって、生活介護に通所する事自体が、社会参加であり、学習支援の場となるように努めておられます。</p>		

A-2-(7) 地域生活への意向と地域生活の支援		
A⑭	A-2-(7)-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支援を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の方は全員、自宅からサポートセンターへ来所です。</p> <p>事業所が計画するレクリエーション（スポーツ大会等）や市街地へのショッピング等を活用して、社会生活のマナーやルール等を身に付ける等、現状の課題を整理する等の個別支援計画を作成しサービス提供されています。</p> <p>利用者が地域社会で生活するための意識を高め、安心・安全に生活する為に更なる工夫に期待します。</p>		
A-2-(8) 家族との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-2-(8)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>在宅で利用されていますので、日々、連絡帳でのやり取りや送迎時に連絡を取り合い、情報共有をされています。</p> <p>利用者の支援の内容については、半年ごとの個別支援計画作成時に家族等の希望を聴き取り、支援に役立てておられます。</p> <p>年に1度昼食試食会を実施し、日々利用者に提供されている食事を食べていただき、感想を聞かれています。</p> <p>また、ユニットごとに保護者懇話会を開催し、利用者の現状についての意見交換もされています。</p>		