

# 評価細目の第三者評価結果

## 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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
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。	b	施設としての理念・基本方針は、法人文書、HPや重要事項説明書、あげお経営方針、中期経営計画、年度事業計画等々、色々な表現・文書内容で掲載されているが、その表現は様々であり一部を除き各々の関連性を読み解く事が難しい。これは色々な場面で色々な方が発信された結果として、「理念・基本方針の整合性」が分かり難い状況になっている様に思われる。

### I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
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	毎月、地域の自立支援協議会に参加し、地域の福祉ニーズの把握、及び地域の施設等と意見交換を行っており、利用者数・利用者像、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。又、法人としての相談支援事業を通じて地域ニーズの把握に努めている。
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	中期経営計画において、経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析に基づき、具体的な重点課題を掲げ取り組んでいる。中期経営計画については、役員会で確認・承認され経営間での共有がなされる。又、職員に周知され年度の事業計画に向け、具体的な取り組みが進められる。

### I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
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。	b	中期計画は策定されており、重点課題を明確にし課題によっては1年毎の数値目標が掲げられている。しかしながら、目標に対する実績値は年度の事業計画に於いて把握されるが、中期計画の見直しは3年毎にしか行われぬ。この仕組の場合、未達の目標に対しどの様な対応・修正を行うのか、タイミングも逸してしまわないのか、と云う懸念が生じる。
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。	b	単年度の事業計画は、中期計画の重点課題を引継ぎ策定されている。計画は実行可能な具体的な内容となっているが、計画は目標値を掲げている内容と文言のみとなっている(毎年同じ文言も多い)内容が有り、達成度の評価が難しいと感じる。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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	事業計画は、基本的には役付け会議での検討を経て策定されるが、フロア会議や各種委員会での提案も計画に織り込まれ、職員会議にて周知される。重点目標が決められ、中間評価(10月)、最終評価(3月)を行い、進捗状況と達成度の確認・見直しを行っている。
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	年度初めの家族会において資料を配布し、前年度の重点目標の達成度及び本年度事業計画及び重点目標の説明を行い周知を図っている。分かり難い部分については、絵や写真・図などを用い補足している。

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。			
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	毎年度2回、利用者支援におけるサービス自己評価を実施すると共に、2ヶ月に1回、施設独自の職員の行動基準チェックを実施している。その結果を職員に周知すると共に、問題点については権利擁護推進委員会でも検討され、速やかに改善する様、努めている。
I-4-(1)-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。	a	年2回のサービス自己評価や2ヶ月に1回の行動基準チェックに基づき、課題の明確化や改善の取組が行われている。具体的な内容については、権利擁護推進委員会にて確認・評価・見直しが行われ、改善策や改善計画が策定される。

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
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。	b	施設長は、年初の施設便り「あげおだより」にての所信表明や事務分掌に於いて、自らの役割・責任等を明らかにしている。又、職員会議に於いても周知されている。有事の際の不在時の権限委任については、特に決められていない為、フローの作成と合わせ、至急明確にする必要を感じる。
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	管理者は研修等を通じ遵守すべく法令を理解しており、年2回実施しているサービス自己評価において、法令順守に関する点検項目を設け職員に確認を促している。又、法人が策定した「事業団と関係法令」に従い、新任職員に周知が図られている。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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	サービス自己評価や利用者の満足度調査を通して、支援の質に関する評価と分析を行っている。又、課題毎に策定されるPJ(後、委員会に改変)に於いて、利用者支援に関する課題の把握や支援方法についての検討を行っている。

		第三者評価結果	コメント
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	人事、労務、財務面では予算・実績管理を踏まえ、適正値を把握した上で毎年度必要に応じて法人に対して組織・定数要求を行い適正な運営体制を確保している。又、業務の実効性を高める為に、施設内に委員会やPJを設置し、課題の解決に努めている。

II-2 福祉人材の確保・育成

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。			
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	施設における正規職員と契約職員の必要数(職種別の数を含む)を定数として定め、適正な管理を行っている。正規職員の採用については法人の本部事務局が行うが、契約職員については、各施設において計画的に採用事務を行っている。
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a	法人の人材育成計画に期待する職員像として「元気・優気・根気」が明示されている。人事基準については、就業規程、能力評価要綱の人事管理に関する規程等が定められており、総合的な人事管理・育成を行う体制が整備されており、職員に周知されている。都度、評価面談が行われ、職員の意向や要望を聞くと同時に職員への期待を伝える機会としても実施されている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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	有給休暇や時間外労働の実績は毎月報告され、管理項目として把握されている。ストレスチェックの実施や事業団として心理士による相談窓口を設置する等の配慮がされている。3年間の育児休暇や子供の病気や学校行事時には有休の特別休暇が認められており、ワークライフバランスに配慮した働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。福利厚生については、職員互助会や外部の福利厚生センターに加入する等が準備されている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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	法人の期待する職員像は、「元気」「優気」「根気」という端的な表現で示されている。目標管理の仕組みは、詳細な評価基準や評価時期、面談の実施等、詳しく策定されており、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。年2回の評価面談を通し、達成度の確認を行う事と合わせ、コミュニケーションの場としても有効に活用されている。
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	職員能力評価制度における職能等級基準及び職能等級基準説明書により明確に定められている。毎年度の職員能力評価結果に基づき、今後の指導・育成に関する方針が定められ、研修委員会にて個別研修計画が策定され、適正に教育・研修が実施されている。又、定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しも行われている。
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	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等に付いては、実習履歴簿により把握している。新任職員の教育に関しては、OJTを主体に業務内容のチェックリストを活用しながら行われる。階層別研修や職種別研修・テーマ別研修、及び外部研修が準備されており、経験・能力に応じた適切な研修機会が準備されている。又、平等に研修機会が得られる様に、職員の意向も確認して研修機会を確保している。
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。			
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	実習生受入れ要領に、専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。又、マニュアルを整備しており、研修を受講した社会福祉士が担当となり、看護師・栄養士等の専門職による講義も含め、適切な対応を行っている。実習前にはオリエンテーションを実施し、円滑な実習の実施に向けた取組みも行っている。

II-3 運営の透明性の確保

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。			
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	法人のHPに理念・基本方針始め、事業計画・報告、予算・決算、等の情報が開示されている。地域との関わりについては、自治会に加入し自治会向の説明会も適宜開催されている。苦情・相談の体制そのものは構築されており、第三者委員の任命を含め、行われている。第三者評価は今回が1回目。
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	法人内の事務、経理、取引等に関するルールについては、会計規程に規定されており、経営上の課題等については、弁護士等に助言を得ている、又、内部監査については、法人の経理担当者による監査や監事による監査が行われている。外部監査として公認会計士による監査も行われ、経営改善を実施している。

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
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。	a	地域との連携については、基本方針に明示されている。地域の祭りや作品販売会等、定期的なイベントに利用者が参加している。又、地域のイベント等については事前に利用者に周知し参加の意向確認等を行っている。会議室やグラウンドなどの施設資源を地域に開放しており、地域住民と利用者は定期的に交流している。
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	ボランティア受入れに関しては、受入れ要項・マニュアルに基本姿勢を明文化している。受入れ担当を決め、登録手続・配置・事前説明等、オリエンテーションを開催し、説明している。看護学生や中学生に対しては、体験学習としても受け入れている。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-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	地域の関係機関・関連団体のリストは作成されている。その内容は、職員にも共有されており、自立支援協議会や発障協に於いては、定期的な連絡会等を行い、課題の解決に向かい、協働して対応している。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-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	行政機関や地域住民からの要望に応える為、施設機能の積極的な開放に努めている。特に多目的ホールは、地域の文化サークルや太極拳等の活動に貸し出されており、地域住民の交流に寄与している。生活支援センターの相談支援事業により、地域に対しての支援活動を行っている。又、福祉避難所としての指定を受け、職員が市町村職員や近隣住民を対象に福祉避難所開設訓練を実施している。
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	法人としての短期入所支援事業や支援センターの相談支援事業を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。又、民生委員・児童委員等と見学会の際の意見交換会等により、定期的な情報交換も行っている。そこで得られた情報に基づき、新事業の検討が中期計画の中で行われている。事業所の施設を開放して、「アップী体操(上尾市推奨の体操)」の活動拠点となっている。

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			
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
III-1-(1)-①	利用者を尊重した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	利用者の権利擁護については、理念・基本方針にも謳われており、会議や研修の機会を通して職員に周知徹底を図っている。又、利用者を尊重した福祉サービスの提供に付いては、倫理綱領に規定されている。権利擁護委員会の活動や行動基準のチェックを通して、職員に日々の支援の振返りを促すと共に、理解し実践する為の取組を行っている。
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	職員行動規範に利用者の権利擁護に関して規定されている事と合わせて、プライバシー保護に付いてもマニュアルが整備されている。職員は、行動規範を理解した上で、権利擁護委員会等を通し利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等に付き熟知しており、内部研修も実施している。2ヶ月に1回行動基準チェックを行い、職員の振り返りが図られており、保護者には「あげおだより」にて適宜、周知されている。全員が1人部屋である点、特筆される。
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。			
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。	a	施設の紹介資料等は、個人情報保護の観点から公共施設等には置いていないが相談支援事業等で対応している。利用希望者や見学・短期入所・1日利用の希望者には、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかる様な内容の説明書を渡している。資料は年に1回更新している。
III-1-(2)-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。	a	契約書や重要事項説明書を提示した説明を必ず行い、必要な事項に付いては本人若しくは家族の同意を得ている。説明の際、分かり難い内容等に付いては、図や絵、或いはタブレット端末を用い、分かり易く説明している。又、利用開始前に施設見学を実施する等の対応を行っている。
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。	a	原則、相談事業所を介して、利用者の不利益にならない様に、関係機関、家族との調整を十分行い、利用者及び家族の不安を取り除く対応を図ると共に、退所後は職員が訪問や電話連絡を行うなどアフターケアに努めている。特に他施設への移行(特に高齢者施設)に付いては、円滑な移行に当たっての事例集を作成する等、現在整備を進めている。
III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
III-1-(3)-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。	a	利用者満足度調査を毎年度実施し、利用者の要望に応えられる様に改善が進められている。日常の中では、月1回の生活委員会(利用者代表参加)や保護者会に於いても満足度を確認する事と併せて、満足度調査の結果等も公表されている。
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。			
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。	b	基本的に、苦情解決の仕組みの中では第三者委員も窓口になり得る事が原則であるが、仕組みの説明や掲示の中ではその事に触れていない。又、当施設の例では、施設の重要事項説明書や所内掲示には第三者委員への連絡方法の表示はあるが、HPにはその表示がされていない為、仕組みとして機能していない様に思われる。
III-1-(4)-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。	b	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べる事を要綱には明記されていない。相談しやすい個室スペースは確保されている。
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。	b	相談受付に関するマニュアルは準備されておらず、その為、マニュアルの定期的な見直しはされていない。日常の利用者(保護者)からの相談は、相手が述べやすい様に配慮し傾聴に努めている。中には標準的な実施方法にフィードバックされる事案も発生している。必要な相談内容は、個別支援計画等に記録されている。意見箱は設置されているが、投書の実績はない。

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。			
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。	b	リスクマネージャーの選任は行われ、リスクマネジメント実施要綱も準備されている。しかし、有事に於ける責任、手順を明確にしたマニュアルは準備されておらず、毎月行われている防災訓練の中でも、報告ルートや伝達順序等が不明のまま実施されており、その効果の程に不十分さを感じる。ヒヤリハット情報に関しては、要因分析から解決策に至る一連の仕組が出来ており、事後の終了確認まで適切に定められている。
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	感染症に関しては、感染症毎の対応方法を記したマニュアル(文章)が準備されており、保健委員会の活動を通して、職員に周知され、予防対策等も適切に指導を図っている。マニュアルの見直しは年度毎に行われ、常時新情報となっている。
		第三者評価結果	コメント
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。	a	あげお非常対策計画に災害時の対応体制が決められており、安否確認の方法や食料の備蓄ルール等、詳細に決められている。地元の行政・消防・自治会・関係福祉施設等との総合防災訓練も含め、訓練が毎月行われている。事業継続計画(BCP)も想定被害毎の詳細に付いてまでの検討がされており、万全の準備と感ずる。
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保			
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。			
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	業務マニュアルが標準的な実施方法として策定されている。業務マニュアルは運営規程から派生しているが、運営規程に利用者の尊重、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る。フロア会議に於いて職員間での確認や見直しがされており、周知徹底の場ともなっている。
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	適宜、支援調整会議やフロア会議(月1回)等で標準的な実施方法の検証・見直しを実施している。全体的には3月に年度1回の見直しがされている。
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。			
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	寮長(サービス管理責任者)が個別支援計画責任者となっている。アセスメント用様式が定められており、事前策定会議にてアセスメントの内容に関するカンファレンス(参加者:相談事業所・医師・看護師等を含む場合有り)も行われる。主訴(ニーズ)調査書確認から個別支援計画が策定され、必要に応じカンファレンス(参加者は前回と銅)が行われる。以後、個別支援計画のPDCAが開始される。
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	個別支援計画は、フロア会議にて半年に1回、評価・見直しがされ、必要であれば逐次修正がなされる。又、標準的な実施方法に反映すべき事項等が確認された場合は、業務マニュアルの変更を含め、検討がされている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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、職員間で共有化されている。	a	統一された記録様式により、利用者の身体状況や生活状況等を記録している。日常の出来事は、全て、個別支援計画に記録されており、個別支援計画策定実施要領により書き方や記録の仕方が標準化されている。合同フロア会議・フロア会議が定期的開催され、情報の周知・徹底が図られる。ネットワークや回覧の発信コントロールにより、情報発信の分別がされている。
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	文書管理規程により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。個人情報の漏洩対策として懲罰規定も準備されており、入所の際には誓約書の提出が義務付けられている。個人情報保護に付いては、職員に対し教育・研修も行われている。利用者や保護者にも重要事項説明書により説明がされている。

IV 適切な処遇の確保

IV-1 サービスの実施			
IV-1-(1) 個別支援計画または個別療育計画に基づいた適切な支援について。			
IV-1-(1)-①	個別支援計画または個別療育計画を適切に作成している。	a	アセスメント時にニーズの確認がされ、利用者や家族の意向・要望を尊重し、個別支援計画が作成されている。日中活動プランや生活活動プランに於いて、利用者の障害の状態や能力に基づく訓練内容や活動内容を決めている。
IV-1-(1)-②	個別支援計画または個別療育計画に基づいて、適切にサービスが提供されている。	a	職員により支援の仕方に違いが出ない様、フロア会議にて情報共有を行っている。サービス提供に当たっては、利用者の障害の特性や個性に合わせて、ジェスチャー・図/絵/写真の使用等、コミュニケーションの工夫を行っている。年2回の評価・見直しにより、修正が加えられる。
IV-1-(2) 利用者の状態に合わせたサービスの実施について。			
IV-1-(2)-①	食事に関しては、おいしく楽しく食べられるよう工夫されている。	a	食事に関しては、一人ひとりの状況に合わせた形態に対応している。献立は、管理栄養士によるバランスの取れた物となっており、年1回の嗜好調査の結果のフィードバックや、季節のイベントに合わせた行事食を織り込んでいる。食事時間は、2時間の中で済ませる様、配慮されており、BGMの流れる落ち着いた雰囲気のある食堂となっている。
IV-1-(2)-②	入浴に関しては、利用者の希望や事情を反映した支援を行っている。	a	入浴は月・水・金の週3回となっており、全員が週3回入れるシフトとなっている。入浴時には、安全確保、事故防止に努め、浴室3名、着脱3名が必ず付いており、同性介助が徹底されている。失禁した場合等は、シャワーにて洗体している。

		第三者評価結果	コメント
IV-1-(2)-③	排泄に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	排泄介助に関しては、利用者の健康状態や習慣に配慮している。基本個室で行うが、確保できない場合もカーテンで遮る等の配慮を行っている。トイレは、使いやすさに配慮すると共に、常に清潔で快適な環境にある。
IV-1-(2)-④	整容その他に関しては、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	月1回の訪問理美容を利用して貰い、清潔を保ち好みを尊重して実施している。身の回りの事に関しては、不十分な部分の手伝い程度に留める様、配慮している。着衣は利用者の好みを尊重している。
		第三者評価結果	コメント
IV-1-(2)-⑤	利用者の健康を維持するための支援を行っている。	a	嘱託医や看護師・利用者の主治医等と連携し、健康管理を適切に行っている。健康診断(年1回)、歯科検診(一部毎月)や毎日のバイタルチェックで健康管理が適切に行われている。高齢化してきており中々運動に繋がらないが、歩行中心に動く様、工夫したイベントを行っている。
IV-1-(3) 利用者の自主性と家族との交流について。			
IV-1-(3)-①	利用者の自主性を尊重し、主体的に施設での生活が送れるような取り組みを行っている。	a	利用者の寝床の好みに応じて、ベッドや布団を選べる配慮をしている。満足度調査の実施や意思確認・意思決定への支援を行う事で主体的生活を支援している。行事の際、利用者の希望を聞いたり、生活委員会等、利用者主体の活動を行っている。外出・外泊・面会は原則として自由である。
IV-1-(3)-②	金銭管理その他利用者の財産を管理するための支援を行っている。	a	利用者所持金金銭管理要領に基づき、適正な管理体制をつくっている。利用者の希望があれば、自己管理もして貰っているが、全て任せると云う事はない。
IV-1-(3)-③	利用者の自立(自律)に向けた取り組みを行っている。	a	女性は調理実習の機会を設け、献立づくり、買い物、調理、食器洗い等に関して、利用者一人ひとりの状況に応じた楽しみ方が出来る様、配慮している。整容・入浴・排泄等に関しては、基本的には本人に任せ出来ない所を手伝うと云うスタンスで支援している。外部の人との関係が作れる時間も用意する様にしている。
IV-1-(3)-④	利用者の就労を支援するための取り組みを行っている。	d	非該当
IV-1-(3)-⑤	施設と家族との交流・連携を図っている。	a	月1回の家族会(くすの木会)があり、その機会に家族との交流を図り、連携すると共に、情報の共有も行っている。帰宅中に於いても、電話連絡を行い、その間の様子を確認している。