

第三者評価結果（共通項目）

福祉サービス第三者評価基準【共通版】

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

I-1-1-1	理念、基本方針が確立されている。	第三者評価結果
	I-1-1-1-① 理念が明文化されている。	a
	I-1-1-1-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
<p>評価概要</p> <p>①地域に根ざし、心をこめて福祉サービス（総合的福祉サービス）を提供したいという理念、その実践を支える倫理理念が示されています。具体的に「生命の尊厳」をはじめ6項目にわたって、倫理綱領が定められています。</p> <p>②常盤会の理念に基づき、「発達支援センターひこばえ」の基本方針が明文化されています。前回及び前々回の第三者評価で示されていた基本理念や運営方針が改められています。「発達支援センターひこばえ」の特徴をより分かりやすく、具体化した内容に成文化されています。また「子供」を「子ども」に記述を改めるなど、より子どもの権利に対し敏感な姿勢を感じる事が出来ました。また基本方針に組み込まれていませんが、「育つ療育」という視点を大切にしていることも分かりました。</p>		
I-1-1-2	理念、基本方針が周知されている。	第三者評価結果
	I-1-1-2-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
	I-1-1-2-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
<p>評価概要</p> <p>①運営計画の冊子が全職員に配布され、理念や基本方針が周知されています。また別途玄関入り口にも掲示され、ホームページや常盤会だより、事業計画にも繰り返し示されています。年度当初には理事長からの、また施設長からの理念基本方針に対する説明がなされています。理念や基本方針は新任職員のためばかりではなく、常に全職員に繰り返し、説明されることによって浸透が図られていくと思います。</p> <p>②保護者に対して「通所案内」や「常盤会だより」で法人の理念、施設の基本方針が示されています。新しく契約を結ぶ段階で、施設長や児童発達支援管理責任者からも説明をしています。父母会の総会でも資料を基に施設長から説明があり、欠席している保護者にはその時の資料を送付し、理念や基本方針の周知を継続的に図っています。</p>		

Ⅰ-2 計画の策定

I-2-1	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
	I-2-1-① 中・長期計画が策定されている。	a
	I-2-1-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されて	a

いる。		
<p>評価概要</p> <p>①中長期的計画は理念や基本方針に基づいて策定されています。計画は法人が責任を持ち骨格案を示し、各事業体及び各事業体職員の意見を集約させながら組織的に策定されています。前回の評価で、「中長期的視点にたった収支計画の策定が課題」とされていましたが、その点は今回でも示されていません。しかし、福祉政策が常に流動的であり、長期に計画を立てていくことは難しい面がありますが、具体的に分かりやすくチャート化しています。戦略スケジュールとして平成25年から29年までの間について、福祉サービス、人材育成、法人経営及びネットワークというソフト面に着目した計画が示されています。</p> <p>②策定内容は単年度の施設の事業計画の中に数値目標も含め、具体的に反映しています。</p>		
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		第三者評価結果
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	a
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者に周知されている。	a
<p>評価概要</p> <p>①事業体及び事業体職員の各々の意見を聴取しながら、法人・事業体が連携し、中長期計画の中に位置付けながら組織的に事業計画が策定されています。</p> <p>②毎年施設長が職員会議で説明し、運営計画の冊子が配布されています。また保護者に対しては「通所案内」や「ひこばえの森だより」（毎月）で周知を図っています。前回の評価時に指摘された「年度途中の計画変更や実施状況についてのチェック体制やそのプロセスの明確化」についても改善されています。変更のための方法や変更内容の周知について明示されています。保護者に対しても、連絡帳などで周知を図っています。</p>		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a
<p>評価概要</p> <p>①管理者の役割について文書で明示され、また広報誌や職員会議、父母会などで役割と責任について表明しています。管理者の役割の評価・見直しについては職員との面談やアンケートを通して把握に努めています。また日常の療育現場に常に足を向け、子どもの様子職員の様子を観察し、施設長としての責任を検証しています。</p> <p>②遵守すべき法令を把握し、必要な法令については一覧表にリスト化し、職員が活用で</p>		

きるようにしています。新たな法制度が始まった時には積極的に職員を研修に出し、法令の把握と遵守について取り組みが行われています。	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	第三者評価結果
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a
評価概要 ①事業計画や研修などについて個人面談やアンケートにより職員の意向を集約し、運営に反映するよう取り組んでいます。 ②経営や業務の効率化は法人主体となって押し進めますが、事業体「ひこばえ」として法人と連携した努力がなされています。また「ひこばえ」独自の取り組みとして、業務の効率化のための会議録の見直しや連絡帳の見直しなども実施してきました。特に連絡帳は保護者に活用してもらいたい連絡帳を目指し、毎回のように療育の日常の写真を貼り付けるなどの丁寧な工夫がなされています。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(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
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		a
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		a
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		a
評価概要 ①社会福祉事業及び経営に関する全般的な状況については法人理事長が把握し、各事業体に適切な情報を提供するような体制が構築されています。 事業体としては、施設長が鹿児島市自立支援協議会へ参加、特別支援学校学校評価委員としての役割などを果たす中で、また職員が鹿児島市保健センターのボランティアとして療育実践に携わるなどの活動をとおり、「ひこばえ」を取り囲む福祉サービスのニーズやデータを単に数量把握だけでなく、個別の一人一人の親御さんの相談を受けるとい形にまでつなげながら、経営環境の変化に対応しています。施設長だけでなく、職員自身も経営意識をもって「ひこばえ」の事業に参画していると言えます。 ②各年度の事業計画の振りかえり時に、事業計画の進捗状況を分析し、次年度の事業計画において課題解決に向け、数値化して明示しています。特に障害者福祉サービスの提供システムが事業体としての経営能力を問うシステムになっており、日々状況の分		

析が行われ、必要な事柄は法人本部に伝えられています。また毎日の利用状況、バスの送迎手配等、調整や変更に対応するためのきめ細かい対応がなされています。

③適切に外部監査が実施されています。公認会計士と税理士を兼ねた方による月2回の訪問指導がなされています。

II-2 人材の確保・養成

II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	第三者評価結果
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a

評価概要

①職員配置については法令により基準とされる配置基準を超えて配置しています。中長期計画の中に各専門資格に関する配置に関して具体的なプランを示しています。

②自己評価、児童発達支援管理責任者による評価、施設長による評価を経て、法人本部でそれらをまとめ上げ、まとめた内容を、施設長、職員個々に面談をとおしフィードバックさせ、次年度の目標に寄与させています。また個人の評価のプロセスと結果が書面として蓄積される仕組みとなっています。職員一人一人にはプレッシャーであり、かつ意欲を生み出す考課基準になっています。特に福祉現場での考課基準は曖昧になりがちですが、常盤会における考課基準は一人一人に内容が明示され、公平さが担保される仕組みとなっています。一方で考課基準だけでは評価できない事例もあり得ますので、施設長による柔軟な現況把握が必要になってくると思います。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価結果
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a

評価概要

①有給休暇や時間外労働のデータは児童発達支援管理責任者が把握し施設長に報告しています。有給休暇がとりづらいというわけではないが、結果的に休暇が残ってしまうことがあります。またある意味自主的な時間外労働も発生しています。それぞれ職員の意欲によるものと見られますが、メンタルヘルス面からも就業状況については一人一人の職員に無理や負担にならないように、状況をチェックするだけでなく改善策の検討が望まれます。

多くの福祉職場で平均勤続年数が短いことが指摘されていますが、「ひこばえ」でも同じ傾向がみられます。長期的視野にたった対応が望まれます。

②常盤会として全国組織であるソウェルクラブ（福祉厚生センター）に加入し、法人と

して会費を負担しています。多くの職員がソウエルクラブが提供しているサービスを活用しています。「ひこばえ」単体としての福利厚生はありませんが、職員間の親睦を図るための取り組みは無理のない範囲で自主的に取り組まれています。

Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	第三者評価結果
Ⅱ－２－（３）－① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
Ⅱ－２－（３）－② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a
Ⅱ－２－（３）－③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a

評価概要

①中長期計画や単年度事業計画の中に研修計画が組み込まれ、法人の理念や施設の基本方針、施設の役割と機能に沿って研修計画が立てられています。専門資格の取得については奨励していますが、各自の有給休暇を使うことが基本であり、特に事業体として補助や支援が用意されているわけではありません。

②個別の研修計画が策定されファイル化されています。ファイル化された個別研修記録は保管され、いつでも確認と振り返りのために閲覧できるようになっています。前回の評価で「研修成果の評価・分析については今のところ継続した記録はない」と指摘されていましたが、個別の教育・研修計画の評価・分析及び見直しがなされ、改善されています。

③職員により研修発表の機会や伝達報告などの機会が設けられ、施設長は各研修参加者の報告を検討し、アンケートなどを活用しながら、次期研修計画への反映や研修計画カリキュラムの見直しなどを行っています。

Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。	第三者評価結果
Ⅱ－２－（４）－① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
Ⅱ－２－（４）－② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a

評価概要

①実習生の受け入れに関してはマニュアルが整備され、丁寧な指導がなされています。特に実習日誌は担当職員が読み込みながら記録の初歩的な記述法、実習への取り組み姿勢などについて指導をしています。

②大学や専門学校との連携の中で、具体的なカリキュラムに沿った丁寧な実習指導がなされています。「ひこばえ」では専門職は保育士が主体となっていますが、療育を主体としながらも、施設がセンターとしての機能を果たしていくためにはソーシャルワ

ク的な展開が必要とされます。中長期計画の中に社会福祉士も位置づけられており、今後社会福祉士養成のための実習生受け入れも期待されます。

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	第三者評価結果
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a

評価概要

- ①安全管理については各種マニュアルが整備され、いつでも職員が閲覧できるようになっています。また特に頻繁に必要とされる事項については、イラスト入りで壁に張り出すなどして日常的に注意を喚起しています。また毎年、救急救命法についての研修も実施されています。大型バスの運行について安全意識を高めるよう運転者マニュアルを整備し、単に運転専門としての仕事だけでなく「ひこばえ」の職員としての運転職という意識づけがなされています。子どもが乗車し、かつ細い住宅道路を長時間運転する責任の重い業務であり、安全のための恒常的な研修が求められます。
- ②ヒヤリハット集は事例化され、当該事業所だけではなく、法人傘下のすべての事業所で共有化を図っています。他の事業所での出来事としてみるのではなく、常に自らの事業所でも発生しうる事項として認識し、対応策を立てています。また各種安全マニュアルも整備されています。利用者アンケートの中で事故の発生の項目では約4割が施設内でのケガの体験があるとなっていますが、軽微な事故であっても、すぐに保護者に報告し適切な対応により信頼関係を形成しているとみられます。ただ、避けることが出来たケガと思われる方もいます。事業体として、また職員として、子どもの事故に対する安全意識を常に高めていくことが大切です。

II-4 地域との交流と連携

II-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
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
II-4-(1)-③ ボランティア受け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

評価概要

- ①法人理念の中軸が地域密着であり、地域の小学校、幼稚園との交流、消防や警察との連携、民生委員や婦人会との交流、地域での生活体験活動など地域との交流は意識的

に行われています。また「ひこばえ」の運動会や発表会時には地域の方々を招き、交流しています。社会資源や地域の情報は一覧表としてリスト化されています。

②事業体単体では取り組めない常盤会フォーラムなど大規模なイベントを傘下事業体の総力と法人の持つ力で成功させました。地域だけではなく市内県内関係機関への広報活動は熱心に行われています。今後は地域のセンターとして、さらに地域の人々の生活の中から出てくるニーズに着目し地域貢献をすすめられるよう期待します。また2013年度には鹿児島市内のおはら祭りに常盤会の単独連で参加しました。多くの職員・家族・子ども・関係者が一緒の連で参加しました。

③ボランティアに関しては受け入れマニュアルが整備されています。ボランティア養成のための研修や講座は特に開催していませんが、ボランティアを希望する方々には必要な研修を実施し、双方にとって意義のある活動となるよう体制を確立していると言えます。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	第三者評価結果
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a

評価概要

①必要な関係機関・団体、社会資源については誰にでも分かるようにリスト化しています。特に医療機関については壁に掲示し、情報を共有しています。また施設長だけでなく、職員も各種の会合に参加し、職員全体として関係機関と連携していく重要性を理解しています。

②保育園や児童発達支援センター、特別支援学校等とのネットワーク（北部ネット）に参加しています。また鹿児島市自立支援協議会子ども部会や知的障害者福祉協会に参加し、市や保健所とも連携しています。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	第三者評価結果
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a

評価概要

①関係団体とのネットワークをとおり、また地域の関係機関と連携しながら、地域の福祉ニーズをキャッチしています。次年度からオープンとなる新しい児童発達支援センターもそのような取り組みの中から生まれてきたものといえます。

②幼稚園・保育園・小学校との交流を毎年継続しています。就学先に対しては移行支援シート(つなぎシート)を作成し、療育の継続性・一貫性を意識しています。また法人として地域の福祉ニーズに基づいた活動が多様な形でなされています。

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

Ⅲ-1-1 (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
Ⅲ-1-1 (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り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-1 (1) -② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a
評価概要 ①毎月の職員会議で身体拘束や虐待防止について、意識向上のチェックリストを配り点検をし、それをもって法人の人権擁護委員会に参加し、その内容を職員会議に持ち帰り周知徹底を図り、利用者を尊重したサービスに反映させています。 ②マニュアルを作成し、個人情報や理念の復唱などを朝礼・職員会議で実施して周知を行なっています。	
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の向上に務めている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-1 (2) -② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
評価概要 ①毎月開催される父母の会の役員会に児童発達支援管理責任者が出席し、意見要望収集やQCサービスのアンケート調査を年1回実施、また年2回の父母との個別面談時に要望や悩みを聞き取り、満足向上に向けての仕組みを複数の機会で作成しています。日常的にも子どもの連絡帳を用いて随時の要望に応じています。またアンケート結果に対しては父母の会で文章にまとめ配布説明を行い職員が丁寧に応じています。 ②QCサービスのアンケート結果は法人に設置されているQCサービス向上委員会に担当者が出席して話し合いを行い父母の会で配布説明を行う仕組みも整備されています。欠席された方にも文章配布を行なっています。アンケート結果を分析検討し、行事時期を変えたりして満足向上に努めています。	
Ⅲ-1-1 (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-1 (3) -① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
Ⅲ-1-1 (3) -② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
Ⅲ-1-1 (3) -③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a
評価概要 ①玄関内の分かりやすい場所に「意見箱」を設置しています。契約時に一緒に配布説明	

を行う通所案内に記載してあり意見を述べやすい体制は整備されています。意見箱に意見が投書される事は少ないと聞き取ったものの、利用者満足向上の取り組みで様々な意見要望等を聞く機会があります。アンケートは無記名であり要望しにくい事を伝えられるいい機会ではありますが年1回であり、常設されている「意見箱」の活用を期待します。

②広報誌の「常盤会だより」に家族からいただいた相談要望苦情の声を掲載しています。第三者委員への報告と解決結果も公表しています。法人に設置されている苦情解決委員会に担当者が出席して法人傘下のすべての事業所から上がった内容も「ひこばえ」でも気をつけないといけない事柄と捉え職員会議に持ち帰り周知も図っています。

③「意見に対する手順マニュアル」を作成して迅速に対応する様になっています。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a

評価概要

①毎年自己評価を行い、今回で3回目の第三者評価を受審されています。

②一部の職員で評価作業を行うのではなく、職員がクラスチーフに分析検討内容をあげて、児童発達支援管理者（主任）や施設長で更に分析検討を行う体制が出来ています。それにより明確になった課題に対して職員全体で取り組みが出来ています。

③連絡帳の様式見直しなども職員全体で取り組みされています。日々の活動した内容を伝達する連絡帳の見直しは意思表示がしづらい子どもの特性を理解したうえでの取り組みとして「育つ療育」に反映されていると思います。

Ⅲ-2-(2) 個々の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
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ-2-(2)-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

評価概要

① 食事、歯磨き、排泄、服薬など支援場面に応じて相当のマニュアルを整備しています。内容も絵を使うなど自分で出来るようになる為の工夫が見られます。

②日々の連絡帳や職員会議、アンケートなどを活発に活用して見直しを行っています。		
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		第三者評価結果
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
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
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a
<p>評価概要</p> <p>①個別支援マニュアルや連絡帳記入マニュアル、支援日誌（ケース記録）マニュアルを作成しており、それに基づき職員間で記入にばらつきが生じないように工夫されています。支援日誌も個別支援計画に沿う内容で記入されています。</p> <p>②重要事項説明書や契約書に明確に記載しており、契約時に説明を行なっています。職員はマニュアルに沿って個人情報に関して朝礼で読み合わせるなど、周知を図っています。</p> <p>③職員会議やケース会議、クラスチーフ以上での会議など月内で複数の会議で情報共有が図られています。内容に緊急性がある場合は臨時で終礼を行い情報共有する体制も整えています。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a
<p>評価概要</p> <p>①ホームページでの紹介やビデオでの紹介で必要な情報提供はされています。保健センターや子ども療育センターなど公共施設でもパンフレットが入手出来る様に置いてあります。その他にも子どもの発表会時に家族や来賓者へ施設サービス内容についてスライドショーを上映し情報提供を実施しています。</p> <p>②重要事項説明書や契約書を用い説明を行なっています。更に分かりやすいように通所案内（通所支援計画の流れ）も一緒に用いられています。質問が多い料金等についても表にして分かりやすいように工夫されています。</p>		
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		第三者評価結果
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a

評価概要

- ①サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書である「つなぎシート」を家族の要望等も記載し、特別支援学校就学や転勤や幼稚園保育園への移行の場合でもサービスが継続出来る体制を整えています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。	第三者評価結果
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a

評価概要

- ①利用開始前に家族の意向を聞いて所定のフェースシートやアセスメント表を用いています。
- ②アセスメントにて課題整理（ニーズ）表に整理、分析して個別支援計画に反映される様になっています。

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	第三者評価結果
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a

評価概要

- ①個別支援計画を児童発達支援管理責任者が作成し関係職員を交えて協議し、説明時は作成書面にて家族の同意を得て文書を交付しています。内容は支援時の留意点などが分かりやすいように記載されています。日々のケース記録に記録しやすいように課題番号をふりサービス実施計画通りにサービスが行われていることが確認されやすい工夫もされています。
- ②個別支援計画の見直しは児童発達支援管理責任者、関係職員と半年毎に課題別検討会（職員会議）を実施して課題、支援内容、目標達成度と評価を「個別支援計画の評価」という文書にしています。その文書を用い家族に説明を行い、同意を得る仕組みが出来ています。また家族からの意見要望等は職員会議で共有して見直しに反映させています。