

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

名称： あったか生活支援センター	種別： 共同生活援助	
代表者氏名： 小野 嘉久	定員（利用人数）： 10 名	
所在地： 愛知県知多郡東浦町大字緒川字東米田26番4		
TEL： 0562-85-9600		
ホームページ； http://www.aikouen.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 2015年 7月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛光園		
職員数	常勤職員： 9 名	非常勤職員 6 名
専門職員	管理者 1名	
	サービス管理責任者 1名	
	生活支援員 4名	
	世話人 3名	世話人 6名
施設・設備の概要	（居室数） 5室×2	（設備等）
	食堂・居間各1室×2	風呂各1、トイレ2×2

③理念・基本方針

【基本理念】

私たちは、誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会をめざします。

1. 私たちは、誰もが、まず「人として」受けとめられ、地域の中で自分らしく暮らすための支援サービスを提供します。
2. 私たちは、誰もが、必要なときに、必要なサービスを利用できるように取り組みます。
3. 私たちは、誰もが、安心して暮らすために、地域の輪の中で、「共に生きる」実践と運動を進めます。

【共に生きるとは】

支援を必要とするものと支援を提供するものが、互いの生と価値を認め合い、活かしあいながら社会的な営みを行う人間としての基本的な考え方である。

【基本方針】

- ①生命の尊厳、②個人の尊厳、③人権の擁護、④社会への参加、⑤専門的な支援 を自覚し、使命を果たすことを目指していく。

④施設・事業所の特徴的な取組

・1965年重い障がいのある子どもたちの通園施設「愛光園」を開始、1992年障害者地域生活援助事業（グループホーム）を開始した、歴史ある法人の施設である。その後、10か所のグループホームを開設、2003年知的障害者生活ホームを知的障害者グループホーム（仲間の家）へ変更した。その中にある、あったか生活支援センターのグループホームは東浦町西部丘陵地に位置して各ユニットが玄関を挟み隣り合わせに建てられ、食堂兼居間は天井も高く快適な空間になっている。周りは自然豊かなところであり「ブドウ園」「グランド」が隣接、最近では住宅が立ち並び静かな町にある。この一帯にはレストランを運営する「ひかりのさとファーム」を中心に愛光園施設が数多くある。あったか生活支援センターグループホームは「なないろの家 1」「なないろの家 2」の2か所10室のグループホームです。

特徴的な取組

『方針、方法を組織で考え、本人を中心に連携してより良い支援、生活の安寧を目指している』

目的

希望する誰もが安心して地域で暮らすことができるように支援、連携していく地域居住支援を継続して実施している。

運営方針

グループホームで暮らす人々のQOL（生活の質）の向上や自己決定支援のために、ケアマネジメント体制の構築と地域での社会資源の活用連携を進めていきます。
その基本にあるのは、利用者本人のエンパワメントが高まる生き方の支援で、さまざまな障がいのある利用者本人のグループホームにおける自らを全うする生き方や暮らし方が、地域生活の一つのモデルとなり、地域を変えていく力に繋がるように働きかけたいと考えます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 6月 20日（契約日）～ 令和 7年 3月 12日（評価決定日） 【令和 6年 10月 22日・23日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （令和 3年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

・基本理念「共に生きる」・行動規範「14項目」を示している。職員はクレドカード（基本理念、行動規範）を携帯し読み合わせや唱和を行なうなど、行動規範に基づき、様々な機会に日常業務と照らし合わせて、見直しを行いサービスの提供を図っている。地域への情報発信としては機関誌を配布し、あいち健康の森ホールなどにて行政、家族、利用者、職員、地域住民、関係機関を招待、報告会を行い基本理念に基づく支援の実践状況などを発信している。

・個別支援計画見直し時に、利用者現状把握アンケートを依頼してアンケート結果から個別支援計画の見直しをおこなっている。また、ホームからは朝・夕利用者の状況をFAXにてセンター長へ送り、職員間で共有を図り支援に役立てている。個別支援計画のモニタリングにおいてはサービス管理責任者、サービス担当者、世話人が利用者の要望を細かく確認して支援計画の見直しを行っている。職員の負担軽減と利用者へのサービスの質向上として自立度の低い利用者を同じホームに受入れ、夜勤体制を取り支援の効率化を図っている。

・研修会については今年度より非常勤の方にも参加しやすいように「研修動画（5～10分）」をホーム会議にて視聴させている。また、他のグループホームへも配信して展開を図っている。視聴後、学んだこと、気付いたこと、すぐ取り組むことについて報告書に纏め提出させ職員の習熟度確認を行っている。法人では「階層別研修」、「管理者研修」、「テーマ別研修」、「入職者研修」、「メンター研修」、「インシデントプロセス法研修」「アンガーマネジメント研修」、「虐待防止に関する研修」等、数多く研修が計画され全職員が参加できる環境を充実させている。

◇改善を求められる点

・事業計画は年度と次年度の繋がりが分かりにくい。課題を職員間で共有するためにもどんな目的で実施事項を進めるか文書にて明確にされたい。また、進捗状況について、成果目標がない項目がある。そのためには分析を更に原因系迄（人・方法・設備・原理・原則）掘り下げ数値目標を明確にした計画を立てられたい。例えば標準（マニュアル・手順）が不足している内容として、災害・感染症BCPの見直しや標準的な支援マニュアルの不足などが見られるので、早急に手を打たれたい。

・研修への職員負担が高い様に感じる。法人として現在、力を入れている所であり、即低減は難しいが、将来を考えれば研修計画は研修会に参加した結果、サービスの質が期待通りに良くなったのかを振り返り次年度の研修計画に反映するように取り組まれたい。そうすることにより、少しでも職員の研修時間の短縮を図って、効率的な研修が受けられるような企画をされたい。

・このホームは自立度の低い利用者が多いので、夜間での他ホームとの応受援なども検討されたい。また重度障害者支援に対する職員負担低減や18歳以上の医療ケア対応についてもニーズがあるので、継続した取組をされたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業計画は法人の中期計画に基づき策定しているが、ご指摘いただいたように年度ごとのつながりは見えにくいと感じた。また、年度をまたいで取り組んでいく目標についても多くあるので、数値化を含めわかりやすいものにしていきたいと思う。

業務の効率化・生産性向上に向けた取り組みを意識し、働きやすい職場を目指していきたい。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目(64項目)について、判断基準(a・b・cの三段階)に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

【共通評価基準】

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。		
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。	障1	①・b・c
<p><コメント></p> <p>・理念・基本方針がホームページ、愛光園だよりに掲載されている。全職員携帯のクレド「共に」カード(理念、倫理綱領、行動規範)にも記載され法人の使命や目指す方向・考え方が示されている。理念・基本方針はスタッフ会議・全体会議・ホーム会議や各種委員会・研修会などで周知を図っている。職員は行動規範を日常の業務と照らし合わせ職員会議等で振り返りを行っている。家族等・家族後援会や関係機関には、愛光園だよりを年4回配布して周知を図っている。また、利用者・家族勉強会を企画している。</p>		

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		
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。	障2	①・b・c
<p><コメント></p> <p>・事業全体の動向や福祉計画については東浦町障がい者自立支援協議会、社会福祉協議会、東浦町(福祉計画の策定に参加)、相談支援センター等から情報を入手して把握している。年1回運営協議会(理事長が主体となり地域のニーズを傾聴する会議)も開催されている。また、月1回実施される法人の経営小委員会では年初、利用率、収支等や経営課題を確認し経営環境・課題やコストに対する分析を行い、事業計画(収支・事業)策定に反映させている。</p>		
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。	障3	①・b・c
<p><コメント></p> <p>・経営会議や部長会議、運営会議等に挙げた課題や問題点等は理事会や理事懇談会で理事・監事等と共有されている。課題について県内の他法人とも交流を図り海外からの人財確保の取組も行われている。職員等には経営状況や改善すべき課題について、スタッフ会議、管理者との中間・年度末面談において周知を図っている。また、事業所においては「業務改善プロジェクト」を立ち上げ職員全員を巻き込みコスト意識、支援内容の向上を図っている。</p>		

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。		
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。	障4	a・①・c
<p><コメント></p> <p>・法人では中期経営計画 2023 年度から 2025 年度が策定されているが、事業所では中期計画が作成されていない。中期計画進捗状況表にて年度半期毎に実施状況の確認を行ないスタッフ会議等で見直しを行っている。</p> <p>・中期計画は基本方針として3項目に分け実施可能な内容になっている。3項目のうち「経営改善項目」以外の2項目については成果に対する目標が示されていないので成果に対する目標を検討され、実施したことが成果に結びついているかについて分かるようにされたい。また、それぞれの事業所には独自の課題もあるので、事業所としての中期計画を策定されることを期待する。</p>		

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。	障5	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の中期経営計画に基づいて単年度の事業計画が策定されている。単年度計画は重点目標、目標、方法が具体的に示され毎月進捗状況が確認できるように策定している。また、事業計画工程表や月次決算報告書が作成され、収支状況・進捗状況や見直しの時期など明確になっている。 ・中期計画の基本方針の2項目は達成率のみ目標になっていることから事業計画においても成果に対する目標が無いので数値目標を追加されたい。 		
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。	障6	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の行程表に基づいて毎月の三役会議の中で状況を確認のうえ評価を行っている。半期及び年度末にはあらかじめ決められた時期・手順で実施状況の振り返りを行ない、職員会議(全職員参加)で検討の上、次年度の策定に繋げている。また、利用者支援に対する実施状況の把握・見直しについてはスタッフ会議・ホーム会議(世話人参加)にて職員全員参加の元おこなっている。 ・経営改善についてはトップダウンでの取組であることが否めなく、職員全員が理解するまでには至っていない。 		
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。	障7	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は機関誌「愛光園だより」に掲載して、利用者や家族等にも配布し周知・浸透させている。 ・事業計画は関係する内容及び「個別支援計画」などは家族等へは説明している。利用者には個別支援計画のモニタリングにおいて見直し時にも説明を行なっている。事業計画はより理解を得るため分かりやすい資料を用意する等の工夫が望まれる。今年から、利用者・家族勉強会を企画して理解に努めているので今後に期待が出来る。 		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		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。		
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。	障8	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスをより良くするために第三者評価を定期的に受審している。個別支援計画においてアセスメントの段階でニーズ整理表(利用者現状把握アンケート)をお願いして、個別支援の質向上に役立っている。サービス管理責任者会議は隔週開催し、情報共有し改善を図っている。また、毎年半期ごとに進捗状況に基づいて見直しをおこないPDCA サイクルに基づいてサービスの質向上図っている。 ・第三者評価に基づく自己評価を毎年実施されているので、サービスの質についての結果をグラフなどで見える化の工夫をされたい。 		
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。	障9	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・前回の第三者評価結果や毎年の自己評価で明確になった課題は三役会議、全体会議、スタッフ会議等で検討の上、計画を立て改善を図っている。改善としてロボット化・ICT化・地域生活支援の充実などについては中期計画に反映させ法人全体の取組としている。事業所としては経営小委員会、運営会議、経営会議等で討議の上、事業計画に反映している。 ・評価結果を分析したプロセスや結果を文書で残され、P・D・C・Aでの取組を記録に残して今後活用できるものにされたい。 		

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。			
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。	障 10	a · b · c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は事業所の経営に関する方針を事業計画書・事業報告書に纏め、ホームページや愛光園だより(機関紙)に記載して職員への周知を図っている。管理者の役割と責任は「事業所運営規程」にも示しており、また職員会議等の場でも表明している。職務分掌については「スタッフ役割分担表」、「担当者一覧表」にて明確になっている。 ・平常時・有事における管理者が不在時の権限委任等は愛光園「職制規程」に明確にされている。 			
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。	障 11	a · b · c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令は「法令順守規定」、「コンプライアンス規定」、「コンプライアンス一覧表(社会全般・職員関係・利用者関係)」にて職員には周知を図っている。管理者は法人本部の運営会議、経営小委員会等で遵守すべき法令等について情報を共有している。職員には本部の隔月の虐待防止推進会議、事業所隔月主催の虐待防止推進会議(権利擁護研修、虐待防止事例検討)に参加させ理解を図っている。 ・遵守状況についてはクレド(理念・行動指針など)点検チェックリストを活用して把握している。また、虐待防止推進会議においても遵守状況の確認を行っている。 			
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。	障 12	a · b · c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は年 2 回の職員面談時に質向上に関する意見等を聞き業務に反映させる取組みを取っている。法人内の知的障がい支援グループ及び障がい事業部、東浦町自立支援協議会等での意見交換から質の向上につながる事例を取り入れている。管理者は独自に近隣11事業所、5市町村の施設長とグループホーム連絡協議会を立ち上げ意見交換等からサービスの質向上に役立つ情報を掴み、サービスの質向上に取り組んでいる。 ・「利用者現状把握アンケート」、「自己評価表」などから目標達成率・水準などを数値にて分析することにより成果が職員間で共有でき優先順位がわかるので検討されたい。 			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a · b · c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人レベルでは中期計画として「財務体質の強化」が掲げられ、間接業務の ICT 化(タブレット導入)、直接支援のロボット化を進めている。管理者は毎月、法人の運営会議、経営小委員会に出席し運営上の課題、事業所の状況 2 行っている。 ・管理者は経営改善のため職員にコスト意識を向上させるため、月次決算状況を見て認識することを進めているが、まだ途上であるので、業務の効率化については費用対効果を考慮して取組まれたい。 			

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。			
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。	障 14	a · b · c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・正規社員は法人本部が主に養成校から新卒者を採用している。また、他法人と共同でベトナムにおける福祉人材養成と就業支援をしている。人材確保に向けてホームページのリニューアルをおこない、人材確保にも努めている。非常勤については事業所がハローワークから採用している。定着等について、職員には自由に意見交換ができるようにグループワークや面談、世話人には毎月テーマを設けてグループディスカッションを行っている。ま 			

た、メンター・メンティ制度を取入れている。入職後は新入職員研修、2年目研修、3年目研修と手厚い教育を計画するとともに、コンサルタント会社に委託して全職員対象に年2回の満足度調査を実施し結果を分析し定着率の向上に努めている。		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・期待する職員像等はクレドカードに示して周知されている。人事管理・人事評価については職員人事規程、職員人事考課規程で定められている。職員は情意、能力、職能評価基準に従って「自己評価」、外部機関上司による1次評価、フィードバック面談により2次評価をキャリアパス表に基づき、人事考課制度等により評価している。 ・整然とした制度ではあるが、現状の制度についての課題が明確になってきたため、これを解決するために新たな人事管理制度の構築に着手している。 		
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。	障 16	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は職員の有給休暇取得状況や時間外労働について毎月把握している。リフレッシュ休暇を年10日間取得出来る体制を整える等ワークライフバランスに考慮している。また、年2回職員との面談の中で働き方について意向を聞いて職場配置の見直し等に反映している。産業医による保健相談も月1回実施されている。 ・職員への満足度調査を実施して現状を把握している。調査結果を分析し、事業所運営への反映を計画しているところである。福利厚生については「わーくりー知多」、「セラヴィリゾート」など加入して余暇に利用できるようにしている。 		
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。	障 17	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標管理規定に沿って目標管理制度を運用している。目標としては「事業計画に関する項目」、「職能要件の未達成項目」、「本人が伸ばしたい事」等を設定し、自己評価後に管理者と面談し達成状況を確認するとともに次年度の目標を相談している。職能要件を全て達成した時には昇級する仕組みとなっており、人事管理制度に繋がっている。 ・目標管理を職員育成、人事考課、仕事上の成果に紐づけた重要な制度となっているが、年末だけではなく中間でも達成度、進捗を確認し、達成への積極的な支援を行う体制の構築を期待する。 		
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。	障 18	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部は階層別研修を中心として、事業所共通の内容について研修計画を立てている。事業所は内部研修として事業所で必要なテーマについて研修計画を立てている。事業所では県福祉協会、グループホーム学会、市町から研修案内が届くので職員の意向を踏まえて管理者が人選して参加させている。 ・利用者に直接触れ合っている職員としては個々の利用者が持つ様々な障害特性の理解が不可欠である。事業所として必要な知識や技術を明確にしたうえで毎年の研修計画を策定されたい。 		
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。	障 19	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修計画に沿って階層別研修、職種別研修、テーマ別研修が実施されており、教育・研修の機会が確保されている。必要な専門資格については受講計画を立て、取得状況についても把握している。事業所としては内部研修として虐待防止法、感染対策、BCP、強度行動障害などの研修を実施している。また、ホーム会議にて5分間位の動画研修を受講させ全員が視聴できるようにしている。 ・新任職員には法人として入職者研修を実施、事業所ではOJT研修を通常一か月実施しているが、習熟度については先輩職員の判断に任せられている。研修修了の評価基準を明確にされたい。また、職員別の研修受講歴を管理する等、必要な研修をもれなく受講できる仕組の構築も期待したい。 		
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。	障 20	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部では実習生に関する基本方針が明確にされ、マニュアルも整備されている。事業所ではグループホームの受け入れは時間帯の問題もあり難しいが専門大学主体の管理によりプログラムを入手・調整して実習の一部を受け持ち、実習生を受け入れている。 ・実習生受入は今後の採用に繋がるので、実習生受け入れマニュアルを現状に合わせ作成されたい。また、法人内事業所と実習の内容を分担する等、積極的に受け入れに取り組まれたい。 		

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。		
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。	障 21	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページや機関誌には法人の理念、基本方針、行動規範、現況報告書、事業計画、事業報告等が記載されている。また広報紙を発行して地域(他の法人・専門学校・市町村・利用者家族など)に事業所情報が届けられ事業所の活動を知ってもらう取組が行われている。第三者評価結果や苦情については取組方法や処置内容についてもホームページに公表している。 		
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。	障 22	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・経理や事務手続等は経理規程、決裁規程等に記載され、業務はルール通りに行われている。外部の専門家である会計監査人による監査は毎年実施されて、また、内部監査も監事による収支・事業について定期的に行われている。監査報告書を確認したが指摘事項はなかった、指摘事項があれば改善計画書を作成して関係する部門、事業所にて改善して報告する仕組みが確立している。 		

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。		
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。	障23	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念に「地域の輪の中で」を掲げている。東浦町より防災訓練の参加要請があり、地域の方も参加した防災訓練をおこない交流を図っている。多数のグループホームは町内会に入会しており回覧板の届けや、散歩などでの挨拶を行っている。また、地域のドラム教室の参加等、それぞれの利用者が交流している。「ひかりのさと会(ボランティア団体)」や元職員の協力として、ボランティアとしてホームに夕食つくりに来て貰い、利用者との交流を図っている。 		
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。	障 24	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部はボランティアの受け入れに関する基本方針を明文化しており、手順も整備して「ボランティア保険」にも加入している。グループホームではボランティアによる夕食作りや高校生によるゲーム運営の手伝い等行われている。 ・知的障がいグループホームとしては、ボランティア受入れは限定されるが日中通所されている就労支援事業所や法人のイベントなどでの受入れを含めてボランティア受入れを増やしていく取組は継続されたい。 		
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。	障 25	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政、社会福祉協議会、障がい者自立支援協議会、相談員、関係機関等から情報を入手するとともに連携が適 		

切に行われている。関係機関については種別に整理していつでも連絡・活用できるようにファイリングされている。また、医療マップ、障害者関係施設マップなどの連絡先、機能など職員間で共有して利用者が活用できるようにしている。近隣市町のグループホームを運営する事業所が集まり連絡協議会をつくり情報共有している。

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 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。

障 26

① ・ b ・ c

<コメント>

- ・法人本部は社会福祉協議会、民生委員、自治会長、NPO 法人、家族代表等が参加して運営協議会を開催しており、そこでの福祉ニーズの収集が行われている。また、事業所の所在地域は医療支援の必要な方のニーズが多くなっているため入所受入れの取組は継続されたい。
- ・他法人東浦町以外の11グループホームとの定期的な連絡協議会会議を開催して同じ課題や悩みなど意見交換して事業所に持ち帰り参考にし、グループホームの福祉ニーズを共有してグループとしての取組を検討中である。

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。

障 27

a ・ ② ・ c

<コメント>

- ・法人本部では相談、情報提供機関との連絡調整、食事、移動支援、事業所設備の貸出や福祉避難所に登録して災害時に地域に避難所として利用が出来るようにしている。事業所としては地域の大学より講師派遣の依頼があり社会福祉士の試験対策講義をおこなったり、社会福祉協議会からの講師派遣にも対応している。
- ・グループホーム宿泊体験入所については事業計画に掲げられているので、更なる受け入れを増やす取り組みは継続されたい。

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

		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。			
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。	障 28	a・ b ・ c	
<コメント> ・法人で作成された「クレドカード」には基本理念・行動規範・人権の尊重・専門性の向上等が明記され、職員は常に携帯し福祉サービス(個別支援計画)と照らし合せて支援に活かしている。 ・福祉サービスの基本姿勢について年 1 回の全体研修、毎月開催するホーム会議、月2回のスタッフ会議で読み合わせを行ない、職員が理解し、利用者を尊重した福祉サービスの提供が実践できるように取り組んでいる。			
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障 29	a ・ b ・ c	
<コメント> ・「クレド」の行動規範の中に利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供が、明記されている。 ・利用者へのプライバシー配慮に関しての基本的マナーは共通理解した上で福祉サービスを提供しているが、プライバシー保護についての規定・マニュアルの整備は十分とは言えない。			
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。	障 30	a ・ b ・ c	
<コメント> ・理念、基本方針、実施する福祉サービスの内容はホームページに明示され誰でも閲覧することができる。見学・体験希望者に対応し、また一日体験利用者の状況は把握し記録している。 ・見学希望者には丁寧に口頭で説明はしているが、事業所独自のパンフレット等を作成されることが望まれる。			
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。	障 31	a ・ b ・ c	
<コメント> ・福祉サービスの開始、変更時には、管理者とサービス管理責任者が利用者と家族または後見人同席のもと、利用者に合わせてわかりやすく説明のうえ対応している。 ・ただ、利用者に合わせてわかりやすく工夫した資料の作成はされていない。また、意思決定が困難な利用者への配慮も含め、説明の手順やチェック表も必要であり作成されることが望まれる。			
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。	障 32	a ・ b ・ c	
<コメント> ・福祉施設、事業所の変更や家庭や地域への移行時は、サービス担当者会議で検討し、内容の記録も行っている。福祉サービスの利用終了後の相談窓口を設け、管理者やサービス管理責任者が相談に応じている。 ・福祉施設・事業所の変更や地域への移行にあたり福祉サービスの継続に配慮した手順書や引継ぎ文書の整備も望まれる			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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。	障 33	a ・ b ・ c	
<コメント> ・事業所には利用者の会や家族会はない。職員が日常支援の中で聴取した利用者の意向を反映した、個別支援計画を作成している。利用者が通っている通所施設で家族会が開催されているので、そこに管理者が参加し利用者や家族の満足度を把握するよう努めている。また年に一回利用者のニーズについて現状把握アンケートを実施の上、個別支援計画を作成している。			

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。	障 34	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制(苦情解決責任者、苦情受付担当、第三者委員の設置)は整備されている。またホーム毎に「苦情解決制度のご案内」を掲示している。 ・体制は整っているが、意見が少ないのは、利用者や家族への周知が不十分であることが考えられるので、苦情を申し出しやすい工夫が望まれる。 		
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。	障 35	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族に対し相談や意見が有る場合はいつでも職員が対応する事を説明している。事業所に相談場所は、設置していないが利用者の各部屋で相談や意見を聴取している。 ・利用者が、相談や意見を述べるとき複数の方法や相手を自由に選べることへの、分かりやすく説明した文章が充分とは言えないので作成されたい。 		
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。	障 36	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は、日常の福祉サービス提供時に利用者が相談や意見を述べやすいよう配慮している。また把握した利用者の相談や意見は、月2回のスタッフ会議で共有し、迅速な対応につなげている。 ・相談や意見に対しての相談マニュアルは、作成されていないので検討されることを期待したい。 		
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。	障 37	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント体制として、責任者は管理者、事故防止の担当者はサービス管理責任者が定められている。職員は、事業所で作成した事故(ヒヤリハット)事例として「共有シート」をスタッフ会議に持参し、みんなで検討し安心安全な福祉サービスに取り組んでいる。 利用者の移動中の事故やホーム内の転倒など利用者の安全確保、事故防止に関する研修を実施されることが望まれる。 		
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。	障 38	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所は、感染症の研修を感染症の流行期に実施している。 ・感染症対策の責任と役割を明確にした管理体制は、整備が不十分である。また、感染症の予防策や発生時の対応も適切に行われているとは思われないので速やかに感染症や食中毒の対応マニュアルを整備されることを期待したい。平成6年4月から義務化された「感染症対応 BCP」に沿った取組を期待する。 		
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。	障 39	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対応体制は整備され、BCP(事業継続計画)も策定されている、消火訓練は年 1 回、消防署への通報訓練も実施している。地域の防災訓練(総合防災訓練)に年 1 回参加しているが、避難訓練は実施されていない。 ・BCPの作成はされているが、活用は不十分である。災害時の備蓄品は各ホームに任せていて管理が充分とは言えないので備蓄リストを作成し、管理者設置のもと管理されることが望まれる。 		

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。		

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。	障 40	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ホームの一日の流れ、個別の流れ」について福祉サービスの実施方法は、文書化されている。 ・福祉サービス実施方法について各ホームで作成されたマニュアルがあるが、研修も行われていない。標準的な実施法に基づいてサービスが実施されているかどうかの確認をする体制も望まれる。 		
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。	障 41	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの標準的な実施方法のマニュアルは、ホーム毎に作成されているが、マニュアルの検証、見直しの時期や方法は事業所で定められていない。 ・標準的な福祉サービスのマニュアルの見直しをする体制も望まれる。 		
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支援計画を適切に策定している。	障 42	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント用紙への記入要領は定められ、個別支援計画策定の責任者は定められている。利用者一人ひとりの具体的な希望や意向を確認し、個別支援計画を作成している。個別支援計画は利用者の誕生月にスタッフ会議の中で見直している。 ・個別支援計画に沿った福祉サービスの実施がされていることを、確認する仕組みの構築も望まれる。 		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の見直しの手順は、作成されていないが、サービス管理責任者や担当職員で半年に一回、モニタリングのもと個別支援計画に反映している。個別支援計画を急に変更する場合は、サービス管理責任者がスタッフ会議の月例報告で説明している。 ・然し、一時的な入院で入院期間中の支援が変更される場合等は、個別支援計画書に反映されていないので、見直しの手順が明確になるよう文書化されることが望まれる。 		
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)-② 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。	障 44	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・各ホームに「ホーム日誌」が設置され、その日の職員や世話人が利用者に関する内容を記録しファックスで管理者に送信している。職員による記録内容の差異が出ないようにスタッフ会議の中で表現等のアドバイスをしている。 ・利用者のファイルには利用者の身体状況や生活状況等が具体的に記録され、職員間で共有されている。 		
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。	障 45	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対する記録は、各ホームでファイリングしている。記録管理の責任者は管理者で、職員は個人情報保護規程を理解の上遵守し、福祉サービスを提供している。利用者の記録が記載されているPCは管理者がパスワードを設定し、管理している。又、記録の廃棄は法人がまとめて業者に委託している。 ・各ホーム内でも記録管理の責任者を設置され、鍵のかかる場所で利用者に関する記録を保管されることが望まれる。 		

【内容評価基準】

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			
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。	障 46	①・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意思や気持ちを聞き、日常の衣服の選択、外出による理美容日や買い物の決定、毎日の個人選択の昼食など利用者の自己決定を尊重し、利用者一人一人から希望を聞き取り個別支援に反映して支援を行っている。入浴の順番や食事の時間など、要望があれば支援者が間に入り調整しながら生活を組み立てている。 ・利用者間の意見の相違によるトラブル時は自室で個別に話を聞く事やお互いの話し合いの場を設けるなど利用者に応じて対応し、職員間の理解・共有した個別支援の取組をしている。一人一人の興味関心を確認しながら、必要があれば外部サービスも利用して外出の機会を作るなどしている。 			

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障 47	①・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の重点実施項目に権利擁護の推進をあげ、重要事項説明書に虐待防止委員会の設置、責任者を明記し、虐待防止、虐待案件通報、身体拘束等適正化のマニュアルも策定して、職員に配布している。また毎月の会議などで権利擁護に関する自己チェックを行っている。毎年権利擁護に関する研修を職員向けに実施し、グループワークなどを通してそれぞれの思いを共有する機会などを作っている。 ・法人で作成された「もっとモットプロジェクト」のファイルには職員としての行動規範を示した「共に」「自己チェック表」など 10 項目の権利擁護に関する項目があり年 1 回の全体研修、毎月開催するホーム会議、月 2 回開催するスタッフ会議で利用者の権利擁護に関して全職員へ周知し、理解を深める取組を徹底している。 ・各ホームには権利擁護について利用者や家族等にわかりやすく理解しやすい文書を作成して掲示している。 			

A-2 生活支援

		第三者評価結果	
A-2-(1) 支援の基本			
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。	障 48	①・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所が掲げる「利用者の自律、自立による地域生活の支援の充実」を目標に、利用者一人ひとりの状況に配慮した個別支援を行っている。個別支援計画の中で本人の役割を明記し、ご自分でやれることはやれるように支援している。利用者の高齢化等により、自分では難しくなってきた部分などをモニタリングや日々の支援を通して確認し、支援の修正を行っている。 ・利用者は各作業所に日中活動「就労・通所利用等」の継続ができるよう、朝の起床から身だしなみ、出勤支度など心身の状況、生活習慣において必要時の声かけや見守り、又、帰宅後の食事、入浴、就寝など利用者の状況に配慮し自己管理が出来るよう支援している。 			
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。	障 49	①・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントに基づき個別支援について、サービス管理責任者や担当職員は利用者の心身の状況に応じた理解力、会話の状況、表現力などを共有して重度の知的障害や聴覚障害により言葉が話せない利用者とは、言葉以外のジェスチャーや指差し、また絵や写真等視覚的な物を利用してコミュニケーションを取って適切な支援をしている。 ・言葉のキャッチボールが出来ない利用者には、筆談や絵カードの利用、表情観察による個々の対応など職員間でコミュニケーション手段を検討し、個々に応じた支援を行っている。 ・又、「知的障がい者への対応」等の動画を利用し、必要な支援についての職員研修をホーム会議で実施している。 			
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。	障 50	①・ b ・ c

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意思が尊重できる最善の方法を関係職員と連携しながら会議等で検討をしている。 ・利用者から相談が有る場合は、職員や管理者が対応し、内容に応じては関係機関等で相談し利用者支援をしている。相談内容はホーム日誌に記録し、サービス管理責任者や管理者と情報共有をしている。自分から気持ちを伝えることが難しい利用者に対しては、個室でゆっくり話をする時間を設けるなど個別に対応している。 ・利用者から外泊、外出の希望に関する相談や日々の相談を受けた場合は内容を検討し、利用者の意思を尊重した支援を適切に行っている。外出先の選択をしてもらう時に、写真をみながら選んでもらうなど、利用者個別に分かりやすい方法を選びながら支援している。 			
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。		障 51	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ニーズの聞き取り表」に利用者の意向やニーズが記載され、個別支援計画に記載されている。自室での自由時間の過ごし方や、週末の過ごし方など、個別に希望を聞きながら支援を行っている。必要に応じてヘルパー（移動支援）などを利用して、個別外出の機会を作っている。通所事業所によるイベントや地域のイベント・祭りなどの案内がホームに掲示され、利用者の希望に応じた余暇支援をしている。各ホームでは地域内散歩、誕生会などのイベントを予定し、利用者の意向で参加を支援している。 ・利用者の意向を反映した、地域の情報の提供や利用者の選択肢を増やす工夫等を、今後、検討される事が望まれる。 			
A-2-(1)-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。		障 52	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別的な配慮を要する利用者の行動や生活を適切に支援するために、職員会議、スタッフ会議、ホーム会議等で「知的障がい者のある対応～」などの動画を見てどのように支援するか等を適宜、勉強や研修をしている。毎月ホーム会議を行い、利用者の生活状況を共有し、必要な支援について関係する支援者間で話し合い、統一した支援が行えるように努めている。不適応行動障害の利用者間でトラブルが発生した時は、利用者間の関係調整や修復、環境調整など可能な範囲について職員間で支援方法等の検討と理解・共有をして適切な支援をいいる。 ・ホームの変更が困難な状況の中で利用者間行動の違いに対する対応など今後の検討課題が望まれる。 			
A-2-(2) 日常的な生活支援			
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。		障 53	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画に基づき、朝、夕の食事は職員による調理、配膳が行われ、提供されている。業者からの新鮮な食材配達、管理栄養士による献立表、調理方法、一日の摂取カロリーの管理等により、美味しく食べられるような工夫をしている。昼食は職員の支援により、利用者が希望するものを注文している。利用者の心身の状況に応じて入浴時の洗身、更衣支援、衣類の洗濯支援を行っている。又、夜間の排泄支援、看護師の指導に基づくバルンカテーテルの管理等を生活支援員・世話人が利用者の状況に合わせて行っている。入浴支援の時に、皮膚の状態など健康状態の確認も行っている。安全に入浴してもらえるように個別に浴室用椅子など使用している。利用者に応じて排便の状況を記録し、通所先やご家族とも共有している。 ・日常的な支援の中で利用者の嗜好も考慮するなど、問題点の検討も今後の課題と思われる。 			
A-2-(3) 生活環境			
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。		障 54	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内のホームは2棟各5人の個室と食堂、浴室及び洗濯室、便所等があり、各ホームで若干の違いはあるが、天井も高く、明るくゆったり出来る環境が提供されている。 ・法人が建築したホームのリビングは明るく、バリアフリーであり、個室環境は利用者の意向に沿ったテレビや家具の配置がされ、整理整頓されている。利用者の趣味嗜好に合わせて必要になるもの（音楽を聞く CD コンポ、フィギュアを飾る棚など）を購入し、楽しめる居室空間を一緒に整えている。 ・ホームの建物は、ホームとして建てられ、過ごし易く・使い勝手が良い環境を整えている。 			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
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。		障 55	① ・ b ・ c

<コメント> ・個別支援計画と連携し「自分でできる事は自分でする」という事を基本とし、利用者の心身の状況に応じた生活活動そのものを生活訓練として位置づけ職員間で共有して利用者支援をしている ・利用者は日中活動(就労、通所)の参加、公共機関の利用、お迎えバスの利用、日々の日常生活により自立生活を維持している。		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
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	障 56	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・法人内で隔月毎に「看護連携会議」が計画され、看護職による「利用者の健康管理や感染対策等」の職員研修に取り組んでいる。 ・利用者は定期的に通院する事で医師や医療機関との連携が出来ている。ホームの職員は利用者の日々の健康状態を観察し健康管理を行っているが、軽微な変化や急な体調変化の時は管理者、看護師と連携して主治医に連絡するなど迅速な対応を適切に行っている。 ・健康管理マニュアル、体調不良時の迅速な対応方法のフローチャート作成などを検討されることが望ましい。		
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。	障 57	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・薬剤管理は看護師が中心となり、薬剤に関する適切な説明、指導のもとホームの職員が利用者に配薬している。利用者のバルンカテーテルの取り扱いについては、医師の指示に基づく看護職の指導により、職員は安全に利用者の支援を行っている。コロナ感染症に伴う感染予防に関わる研修を行い、支援者間で共有した。また、個別のお薬カレンダーを利用し、定期薬の飲み忘れを防いでいる。 ・各ホーム職員の作成したマニュアルを整理して標準的マニュアルを整備することも検討課題と思われる。		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
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。	障 58	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・利用者の希望や意向に基づき、買い物や見学などに公共交通機関の利用方法を説明したり、外泊に際し関係者との連絡調整を行ったりするなど、社会参加に繋がる支援をしている。利用者に月1回の「ドラムの体験」を提供し現在も継続されている方もいる。ご家族のもと週末帰省される方は、帰省のペースや時間などを本人、家族と支援者が話し合っ決めていく。ヘルパー(移動支援等)を利用して、外出の機会を作っている。地域の障害者スポーツ(ポッチャ)の活動に参加できるよう支援者が付き添っている。 ・利用者の心身状況に応じた、希望、意向を尊重した社会参加などの情報や機会の提供を継続的に検討された。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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の支援を行っている。	障 59	㉠ ・ b ・ c
<コメント> ・「利用者の地域生活支援」を行う事は、事業所の重要目標であり、ホームで利用者の安定した生活を維持するよう継続的に支援している。ご家庭からホームへ移行したい希望のある利用者に対して、相談支援専門員を交えた会議に参加し、移行に向けた話し合いをしている。ホームから一人暮らしをしたい希望のある利用者に対して、相談支援専門員を交えた会議に参加し、移行に向けた話し合いをしている。 ・ホームでの生活継続の中で利用者の希望、意向に応じて独居生活、家庭生活を希望され、利用者、関係者や地域の関係機関等と連携して生活支援、生活環境の整備を行ないステップアップへの支援が出来た事で一人暮らしの地域生活への移行が実現した事例がある。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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。	障 60	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・サービス開始時は利用者、家族等との面談を行い、個別支援計画の大幅な支援内容の変更が行われる場合も		

必ず家族等に連絡しているが、定期的な個別支援計画の評価時は「同意文書、金銭に関する書類」のコピーを家族等に送付している。利用者の健康上の問題が発生した場合は担当者から速やかに家族等へ連絡をしている。
 ・利用者の関係する通所事業所の「自立を考える会」で管理者が家族交流に参加する事はあるが、利用者や家族、兄弟の高齢化、代替わり、家族不在、後見人の問題等が顕在化している中で、家族等との連携・交流は今後の課題と思われる。家族の高齢化に伴い週末の帰省が難しくなってきた方に対しては話し合いを行い、帰省のペースなど調整している。

A-3 発達支援

			第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援			
A-3-(1)-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。	障 61	a ・ b ・ c
<コメント> 評価外			

A-4 就労支援

			第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援			
A-4-(1)-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。	障 62	a ・ b ・ c
<コメント> 評価外			
A-4-(1)-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。	障 63	a ・ b ・ c
<コメント> 評価外			
A-4-(1)-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。	障 64	a ・ b ・ c
<コメント> 評価外			