

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2022年7月5日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 001-0010
 住所 札幌市北区北10条西4丁目1 SCビル2F
 電話番号 011-717-6001
 評価機関名 特定非営利活動法人シーズネット
 認証番号 北海道22-001
 代表者氏名 理事長 奥田 龍人



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	奥田 龍人	総合	第0219号
	(2)	藤原靖広	総合	第0210号
	(3)	箭内宏行	総合	第0257号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活援助			
事業所名称	こまちハイツ2号館			
運営法人名称	社会福祉法人 小樽高島福祉会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2022年5月20日	～	2022年7月5日	
利用者調査実施時期	2022年5月20日	～	2022年6月1日	
訪問調査日	2022年6月6日			
評価合議日	2022年7月1日			
評価結果報告日	2022年7月5日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人シーズネット

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人 小樽高島福祉会

代表者氏名: 理事長 森谷 英昭

所在地: 〒047-0041 小樽市手宮1丁目5番28号 Y u i たかしま3階 Tel. 0134-64-7520

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

1. 管理者のリーダーシップ

管理者は、自らの役割と責任を職員に常日頃表明しており、障害福祉サービスの新しい動きや報酬改定などにも目配りして、自らの提供するサービスに求められることを職員に説明している。また、サービスの実施にあたり必要な人材や資源等について法人本部と交渉し、職員の処遇改善などを目指しており、利用者の生活環境も常に見直し、利用者がより暮らしやすくなる環境づくりを念頭に置いて活動している。

2. 地域との交流

入居者は、地域の行事に参加したり、買い物やイベントなどに自主的に参加するなど社会参加の機会が多い。また、法人拠点内にある地域交流スペースでは地域住民が趣味のサークルで利用するなどしており、入居者もそこで地域住民と触れる機会があり、知的障害者への地域の理解を深めている。

3. 入居者のコミュニケーションへの配慮

法人では、このホームの他にも16のグループホームを運営しており、普通の住宅もあればバリアフリーの住まいもある。年齢層や障害への配慮などで利用者により適したホームを用意することで入居者間のコミュニケーションがより活発になるように配慮している。また、世話人も複数のホームを掛け持ちし入居者の特性などをより広く把握できるようにしており、入居者とのコミュニケーションに心掛けている。

4. 地域移行支援への配慮

グループホームから地域に移行して姉妹で暮らしたいと要望がある利用者について、地域でのアパート暮らしの課題を掘り下げ、その課題克服のプログラムをつくり実施している。また、同法人のサテライトスペースを利用して、常に支援者がいない状況での暮らしの体験を行わせることで、課題克服のための動機づけを強化している。法人として、グループホームからの卒業を念頭に置いた支援をしている。

◇改善を求められる点

1. 中長期計画の策定

障害福祉サービスの度重なる制度変更もあり、法人ではその都度の対応をしているが、中長期計画の策定には至っていない。今後は、設備投資や人材育成などの中長期的な見通しを立て、法人が描く将来像を具体的な計画として落とし込むことが求められる。

2. 福祉サービスの質向上に向けた取り組みの強化

職員は年1回自己評価を行っているが、その分析の取り組みが不十分である。自己評価の結果を職員も参画の上でフィードバックする仕組みが求められる。

3. 職員の育成・教育のシステムづくり

計画的に外部研修に参加するなどしているが、職員個々がスキルアップできるよう個別の目標設定とそれに基づく具体的な研修計画の作成には至っていない。今後は階層別や職種別に必要とされる専門知識や技術などを明示し、個別の目標設定と研修計画が一体となった育成のシステム作りが望まれる。

4. 実習生の受け入れ体制の整備

実習生は受け入れているが、実習生等の福祉サービスの専門職育成についてのマニュアルや専門職種の特性に配慮したプログラムが整備されていない。今後の人材確保を目指す上でも実習生を積極的に受け入れ育てる視点が求められる。マニュアル等を整備し、指導者自らが研修受講等により指導能力を高めることが望まれる。

5. 利用者支援に関するマニュアルの整備

現在は、個別支援を中心としてOJTによる伝達などで支援しているが、チームによる支援のベースとなる具体的な手順をマニュアル化して、支援の内容を文章化していくことが望まれる。最善の支援方法をスタンダードなものとすることによって、ヒヤリハット事例による見直し、バージョンアップの仕組みづくりが期待される。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度の第三者評価受審によって当事業所の長所や短所、そして抱えている課題などがより明確に浮き彫りとなった良い機会と捉えております。今回の受審結果を踏まえ、長所と評価を頂いた点はより向上をはかり、改善が必要とご指導いただいた点については、一つ一つ解決をしていきながら、良質な支援が継続して提供していけるようにと考えています。そして、押し寄せつつある重症化、高齢化の波にしっかりと対応していく乗り越える力を蓄えていきたいと思っております。職員一丸となって日々の業務改善に励み、次回受審時には、今回以上の評価を頂けるよう取り組みをしていきます。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和4年 6 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽高島福祉会		
事業所名 (施設名)	こまちハイツ2号館	事業 種別	共同生活援助
所在地	〒 047-0041 小樽市手宮1丁目5-24		
電 話	0134-27-8000		
F A X	0134-27-8001		
E-mail	life@takashima.or.jp		
U R L	http://www.takashima.or.jp/		
施設長氏名	高野名 千試 (たかのな せんし)		
調査対応ご担当者	高野名 千試 (所属、職名：たかしま館 管理者)		
利用定員	5 名	開設年	平成 26 年 4 月 20 日
<p>理念・基本方針： 利用者が自立を目指し、地域において共同して日常生活を営むことができるよう、当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、その者の支援を適切に行うとともに、指定共同生活援助の提供を漫然かつ画一的なものとならないよう配慮するものとします。入居者一人ひとりが安定した生活を送ることのできる場所（環境）づくり及び日常生活に必要な活動を営むことを支え、透明性のある運営に努めます。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組： 当法人では下宿タイプ1・アパートタイプ16（サテライト2舎）の17のグループホーム事業を展開しています。そのメリットを活かし、利用者皆さんの相性や、変化する支援度など様々なニーズに合わせたグループホームへのご案内が可能で、夜間の介護や緊急時など支援が必要な場合の支援体制も確保されております。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		0 回	（平成 年度）
開所時間 (通所施設のみ)			
<p>【当該事業に併設して行っている事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障がい福祉サービス 多機能型（生活介護・就労継続支援B型）小樽地区3か所 札幌地区2か所 ・障がい福祉サービス 就労継続支援B型 小樽地区2か所 ・障がい福祉サービス 共同生活援助 小樽地区：18寮 札幌地区：2寮 ・指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所 小樽地区1か所 ・介護保険サービス 地域密着型通所介護・介護予防通所介護 小樽地区1か所 			

【利用者の状況に関する事項】（令和4年6月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	0名	1名	1名	0名	0名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
1名	0名	1名	0名	0名	1名
					合計
					5名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
0名	4名	0名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	1名
合計	名	名	1名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	名	名	名	名	名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	名	2名	名	1名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	2名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 10.8年)

【職員の状況に関する事項】(令和4年6月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	生活支援員	世話人
常勤	3名	1名	名	2名	名
非常勤	5名	名	名	名	4名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	1名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	1名(名)
介護福祉士	名(名)
保育士	名(名)
	名(名)
	名(名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	重要事項説明書に記載 (130.53㎡)	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	26 年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園 (300平米ぐらい) に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
(4) 建築年	平成	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	☐・大舎制	☐・中舎制	☐・小舎制
(2) 建物面積	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	
	耐震	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

令和 元 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

--

【実習生の受け入れ】

令和 3 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

意見箱の設置、職員巡回などによって意見やニーズなどを聞き取る。また、法人内の他施設との情報交換などでも意見やニーズを掘り起こしている。

--

【その他特記事項】

--

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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	2022年度こまちハイツ2号館の評価 (案)
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
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。	b	当事業所の母体である社会福祉法人小樽高島福祉会の経営理念、基本方針は明文化しており、法人本部の年度事業計画書にも記載されている。当事業所を統括するライフサポート・たかしま館においても事業計画書に基本方針や年度目標を記載している。法人の概要、定款や組織概要、財務収支等はホームページにて掲載して公開している。また、法人の広報紙を年4回発行して、関係先に周知するよう努めている。職員への周知は、年度当初の会議で口頭で説明しており、利用者や家族には、サービス利用契約時や利用契約の更新時に説明し周知に努めている。しかし、理念は職員の意識に根付かせるためにも、平日頃の活動の場で確認、共有する機会を意図的に増やしていくことが望まれる。また、利用者や家族にも、年度当初などの機会に書面にて周知するよう努めることを期待したい。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価 (案)
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
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	行政の担当機関や知的障がい者施設協会等と連携した3ヶ月に1回の会議等があり、施設長が参加して経営環境などの情報把握や意見交換を行っている。また、施設長や各所長は都度情報集して経営状況の把握に努めている。所在地でもある小樽市の障害福祉計画等を分析し、地域に密着した経営環境の把握・経営状況の分析をしている。
3	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。	b	経営課題については、施設長会議で設備や職員体制、人材確保など検討しており、最近では、コロナウイルス感染症対策や報酬改定への対応の検討など具体的に進めている。また、職員には法人内研修や会議で説明し周知に努めている。設備の改善や財務面については、会計事務所や法人監事と連携して検討している。しかし、都度の対応となり、将来を見据えた経営課題への取り組みについては施設長も課題と認識しており、今後の取り組みを期待したい。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価 (案)
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	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。	c	中・長期計画の策定には至っていない。設備投資や人材育成など検討し、できるところから実行に移しているが、都度の対応となっている。将来を見据えた重要事項は中・長期計画で検討することが望ましいので、今後は中・長期計画の作成に取り組むことが望まれる。
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。	c	単年度の事業計画として、基本方針や年度目標、活動方針や各種業務事項が盛り込まれた計画を作成している。今後は、中・長期の事業計画と連動した単年度計画の作成が望まれる。

I-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。	b 事業計画は、日常業務の中で職員からの意見や提案を聞き取り、情報収集した中で、法人本部が主導的に検討し立案している。法人全体の目標として、地域交流の推進に力を入れている。年度当初に研修や会議で職員に説明し周知しており、日々打ち合わせも行っているが、今後は手順を定めて職員参画のもとに事業計画の作成を期待したい。
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。	b 事業計画は、利用者や家族等には利用契約時や更新時に説明している。また、家族会の「ゆい・援護会総会」にて説明しているが、参加者が限られており、広報誌等で広く周知する取り組みを期待したい。

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	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
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	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。	b	法人で定めた評価基準に基づいて職員会議で指示し、年1回自己評価を行っている。しかし、自己評価の分析の結果から改善すべき課題を文書で明示していないため、質の向上に向けた取り組みが不十分である。今後は自己評価をフィードバックする仕組みをつくり、改善に向けた取り組みができるように期待したい。
9	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。	b	自己評価の結果は、職員会議等で報告し課題の共有化が図られているとするが、改善策を計画的に設定していないため、質の向上に向けた取り組みの明確化が不十分である。自己評価の結果分析から改善策に至るPDCAサイクルが回る取り組みを期待したい。

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	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
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	管理者は、施設の経営や管理に関する方針と取組や自らの役割と責任について、職員会議や広報誌等で表明している。また、災害等有事におけるBCPを作成しており、不在時の権限委任等が明確化されている。
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	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、外部の施設長研修も受講し知見を広め行政関係者等の利害関係者との適正な関係を保持している。事業所の環境リスク（津波・落石など）への法律遵守など、具体的な取り組みを行っている。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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	管理者は、職務の指示形態を決めており（施設長⇄支援員⇄世話人）朝と昼の一日2度の打ち合わせを行い職務の進捗状況や課題などを協議し、毎回議事内容も記録して指導している。年1回の個別面談も実施しており、職員の意見も把握している。
13	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。	b	法人本部に人事部があり人事や労務、財務を担当している。施設長は人事部の担当を兼ねており、人配置等の働きやすい環境に取り組んでいる。待遇面での改善を進めるために各種の加算、補助金等のインセンティブにも取り組んでいるので、具体的な成果を今後期待したい。就労支援などとも連携して新しい商品開発なども企画しており、経営改善と処遇改善の相乗効果が出る取り組みも期待したい。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
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	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。	b	人員体制に関する基本的な考え方を明記した福祉人材の確保と育成に関する方針は作成されており、様々な媒体を利用して募集するなど工夫もしているが、待遇面での改善が課題となっており期待される人材確保には至っていない。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	総合的な人事管理は、法人本部の人事部が行っている。法人の理念や基本方針に基づく職員像は「共同生活援助の職員行動規範」に明記しており、各職員はその行動規範に基づき職務にあっている。しかし、キャリアパスの仕組みが明確ではないので、職員が自ら将来像を描く総合的な仕組みづくりを期待したい。
II-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	施設長は、職員の勤務時間や有給休暇の取得状況なども確認しており、時間外勤務を極力させない様にしている。健康診断の上乗せとして人間ドッグなども法人負担で受診するなど福利厚生充実を図っている。職員の個別面談も年1回行っており、新人職員については、隔週及び月単位で行うなどサポートしている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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。	b	「ライフサポート・たかしま館」として共同生活援助の職員行動規範を作成しており、「期待する職員像」を明示している。しかし、行動規範に基づく職員の目標設定等の仕組みが構築されておらず、個別面談も目標達成度を前提としたものとなっていない。今後は、職員一人ひとりの目標設定や育成計画、達成度確認の為に半年毎の定期的な個人面談を行い個別の育成支援を行う仕組みづくりを期待したい。
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。	b	内部研修を計画的に開催しており、キャリアアップ助成金等を活用して計画的に外部研修に参加するなどしている。しかし、職員個別の具体的な研修計画は作成しておらず、キャリアアップを目指す仕組みが十分ではない。今後は、職員の個別目標と連動した教育・研修計画を企画し、育成していくことを期待したい。
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。	b	職員個別の知識や技術水準、専門資格などは法人本部人事部で管理把握している。また、サービス管理者研修は計画的に受講させており、その他の外部研修会にも計画的に参加させたりしている。今後は、階層別や職種別に必要とされる専門知識や技術習得などを高める教育研修の仕組みづくりを期待したい。
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。			
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c	昨年度の実習生の受け入れは無い。それ以前は育成先から希望があれば受け入れているが、実習生等の福祉サービスの専門職育成についてのマニュアルや専門職種の特性に配慮したプログラムが整備されていない。今後は、マニュアル等を整備し、指導者自らが研修受講等により指導能力を高めることが望まれる。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
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	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	法人の定款や事業概要、財務状況などをホームページに掲載しており、法人の案内パンフレットや広報紙を年4回発行して、町内会や関係先に配布するなどして、積極的に情報公開を行っている。
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	法人として、事務、経理、取引等に関する規則を制定し、職務分掌と権限・責任も明確になっており、職員にも周知している。また、財務や経理等の取引については会計事務所により定期的に確認されており、外部監査も受けている。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
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。	a	地域交流事業計画を作成して、賛同する地域事業所などに配布している。法人の拠点施設内の地域交流スペースで行われている絵手紙の会では利用者も参加し作品作りを行い町内会の文化祭に出展するなどしている。また、日常的に支援員が利用者につき添い市内の商店街に買い物に行ったりして地域と交流している。
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。	b	地域交流事業計画の中で、ボランティア等の受入れを明文化しており、法人内の他事業所ではボランティアも受入れている。受入れ等の登録手続きや事前説明などのマニュアルも整備しているが、ボランティアへの研修などは実施されていない。今後は、より積極的に受け入れ体制を構築することを期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	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	地域交流事業計画の中で、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料などを作成しており、職員間での情報共有もなされている。関係機関・団体等とは定期的に部会などの連絡会を行っており、また広報活動にも取り組んでいる。
II-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。	a	地域交流事業計画に公益的な事業活動を位置付け、障害福祉関係のニーズについては、知的障がい者施設協会や関係団体などと情報交換している。地域においては、相談等については民生委員・町内会等と相互の情報提供ができています。また、民生委員の研修にバスを貸与するなどの協力もしている。福祉事業所としての専門性を活かした研修会等も企画している（コロナ禍で見合わせている）。
27	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。	a	法人の拠点施設内に地域交流スペースがあり、年間を通して絵ハガキの会、絵手紙の会、本の読み聞かせなど様々な地域の交流事業を行っている。また、就労支援事業所のパン屋の中の喫茶スペースは、地域の民間サークルに開放しており、地域活性化に役立っている。デイサービス事業も地域貢献事業として行っており、自主事業も取り組んでいる。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
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。	b	法人ではグループホームの支援員、世話人等の入居者への基本的な関わり方を示すガイドブックを作成している。その中に「グループホームとは」、「そこで生活される一人一人の方に対して職員がどのような姿勢で関わる必要があるか」などを明示しており、毎年度当初に全職員に周知をさせ、新任職員にはその都度配布して説明している。利用者への支援方法については、職員間での口頭での伝達が多く、ガイドブックでは業務内容のポイントは示されているがその手順が示されていない。また職員個々がどれだけ利用者を尊重したサービスについて理解をしているのかを確認する仕組みが十分ではない。今後は、世話人も含めて共通の理解が出来るよう勉強会などの取り組みを期待したい。
29	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。	b	グループホームの職員、世話人、夜勤者の入居者への基本的な関わり方を示すガイドブックに、心得としてポイントが示されている。しかし、プライバシーのマニュアルや標準的な実施方法の整備が不十分である。今後は、権利擁護に対する意識を高めるためにも、具体的に取り組んでいるプライバシー保護の事項をグループホームに掲示したりすることで内外の意識を高めていくこと、職員間でその意識が共有出来るような研修会の実施なども期待したい。
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。			
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	外への情報発信としては広報誌を地域に配布することとホームページでの情報提供を行っている。グループホーム見学者については、その都度説明・対応し、希望により体験も可能としている。ただホームページの情報はグループホームの一覧にとどまり、ホームでの生活がイメージできるようなものとはなっていない。ホームページにホームの特徴（男 女別や間取りなど）や支援などの取り組みがより分かるような内容として、利用希望される方が理解し選択が出来るような情報提供を期待したい。
31	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。	b	サービス開始にあたり、契約書や重要事項説明については、規定に従って説明や同意を得ている。書面にはふりがなはあるものの、平易ではない表現もあり、利用者が自分がどのような支援を受けられるのか理解出来ていないことも考えられる。利用者それぞれで理解出来る方法には相違があるので、今後はその利用者に沿った方法を工夫しルール化すること、また意思決定が困難な方についての配慮に関するルール化も期待したい。
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。	a	年齢層や障がいへの配慮などで利用者により適したホームへ移動してもらうようにしている。その際には、これまでの支援が引き継がれ利用者が混乱しないように工夫している。また世話人がいくつかのグループホームを兼務しているので移動があっても継続した関わりも可能である。サービスが終了した後の窓口や相談はサービス管理責任者が対処しており、データを共有しているので、個別支援に必要な情報を提供する体制がある。

Ⅲ-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。	b 食事の嗜好調査を年1回実施している。方法としては、紙面で行い、記載できない利用者には世話人や職員が聞き取りをしている。その結果についてはその後のメニューに反映している。普段から食べ物についての嗜好チェックは随時対応している。他のサービス提供に関する調査などは実施していない。家族会には新型コロナの影響で職員が参加することが出来ていないが、電話連絡、広報誌に写真などを掲載してこちらの生活状況を伝えている。また、コロナ禍以前は東京地区の利用者のために東京で家族懇談会を実施していた。今後は、潜在的なニーズを引き出す工夫も必要であり、食事以外の満足度を把握できる仕組みづくりを期待したい。
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	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 法人で苦情解決の体制は整備しており、重要事項説明にも明示されている。ここ6年間、苦情は一つも無いということだが、苦情を伝えやすい環境づくりが不十分である。意見箱は設置されているが目立たない場所にあり記入用紙も備えておらず、第三者委員の連絡先などもファイルに保管しているだけで掲示されていない。今後は、苦情や意見を伝えやすい環境づくりが望まれる。また、苦情にはサービスの援助内容も含まれるので、介護相談員のように外部の方が潜在的な苦情を聞く仕組みづくりなども期待したい。
35	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 利用者の話しは職員がグループホームを巡回する中で話しを聞いている。また世話人は利用者の普段と違う表情や言動から変化に気づき、それを巡回職員に伝えて、話しをする機会を作るなどの取り組みを行っている。その巡回の職員や世話人で自分が話しやすい人を相談者として自分の部屋で話しをすることも出来る。ただ利用者へは相談が出来る仕組みなどを積極的に周知するには至っていない。職員以外に第三者委員や他の相談機関にも相談が出来ることを分かりやすく明示し本人や家族にも掲示や配布をするなど、意見や悩みが打ち明けやすい環境をつくることを期待したい。
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 苦情解決委員会のマニュアルをもとに相談・意見に関する対応の流れを決めており、相談・意見等が出された場合は、朝の引き継ぎ場面で担当職員からその内容が出されて職員が共有している。管理者は迅速にその解決策を検討し実行している。検討を要する場合は、利用者や受け付けた職員や関係者に進捗状況を伝えている。
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。		
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 災害、火災、感染症それぞれに委員会を設置し、それぞれに関する規定も整備されている。最近では、感染症に関する研修会を全体で実施してその予防に事業所全体で取り組めるようにしている。委員会では状況に合わせて規定を検討するなど、見直しも実施している。また事業所では防火、防災の訓練を年2回行っている。事故報告も規定に沿って行われ、その結果は今後活かされている。昨年、別事業所で受審した第三者評価でアドバイスをを受けてヒヤリハット報告メモを記載する仕組みをつくり、職員の事故に対する意識が高まってきている。今後も大きな事故の予防としてヒヤリハット報告メモを積み上げて、利用者の安全・安心な生活に繋がるよう継続して取り組んで頂きたい。

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	現在のコロナ禍における感染症防止マニュアルを含めた規定が策定され、管理者を責任者とする体制を整えている。予防については職員研修を行い、日常的な手洗いの徹底、利用者と職員の体温などの情報の共有を、毎日クラウドで行っている。疑いがある場合は、ゾーニングの措置が取れるようにしている。職員からの感染予防にも徹底し、全職員に私生活でもその予防に努めてもらうよう指導している。実際にコロナ感染者が発生したがゾーニング等の適切な対応により、クラスターには至らなかった。また現時点でのBCPも作成して、不測のトラブルに対する準備も行っている。
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している。	a	災害時の訓練は年2回実施している。災害時対応マニュアルも具体的で、地震の際の声掛けなども例示して場面ごとに記載している。備蓄は担当者を設けて5年保存のものを倉庫に用意しており、就労支援でフリーズドライの機械を導入したので、その製品が備蓄にもなっている。安否確認の方法は周知されている。地域との連携では、消防団や地域の方々も協力して訓練参加もしてくれている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
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	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。	b	グループホームの職員、世話人、夜勤者への入居者の基本的な関わり方を示すガイドブックが作成されており、支援のポイントは示されているが、服薬管理に関する手順、金銭管理の手順、火気の管理など細かな手順については口頭伝達となり、指導する側の職員の経験値をもとにOJTで教えていた。しかし、それでは、職員間でのサービス提供において差異が生じ、サービスの質にも影響が出ることから法人の他事業所の第三者評価の受審をきっかけに細かな手順作りに着手をしているところである。
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。	b	今まではイレギュラーな事に対して支援方法が変更になった場合も口頭で説明していたが、支援の手順書を作成することで職員自身が自分の行っているサービス提供の見直しができるようにするためにも、ヒヤリハット事例などを反映した手順書をバージョンアップする仕組みづくりを期待したい。
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。			
42	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。	a	個別支援計画については、4名のサービス管理責任者により統一された様式でアセスメントを行い(個々人との面談)、それに基づく計画が策定されている。モニタリングは全体での会議の中で実施する場合もあり、その際には様々な立場の担当者から意見を頂くことが出来る。その上で利用者、家族から計画の同意を得ている。
43	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。	a	定期的に年2回の見直しが実施されている。それ以外にも利用者の状況により必要に応じた見直しを行っている。見直しの手順として、サービス担当者会議の中でモニタリング、評価を実施している。変更した場合の職員の周知は口頭や計画書の閲覧で確認している。計画に記載されなかった課題も別紙を設けて対応している。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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、職員間で共有化されている。	b	サービス実施状況記録についてはソフトを使い、統一した様式でネットワークで情報共有できるようにしている。支援の中でイレギュラーなことがあれば、電話やLINEなど複数の通信方法で迅速に共有を行っている。しかし、サービス提供記録は経過記録に留まり、計画の課題に対しての記録までには至っていない。そのため、サービス管理責任者が課題を説明し、世話人や夜勤者に支援すべき事を意識してもらい記録できるように伝えている。今後は、記録内容に差異がなくなるように記録の要項の作成や指導などの工夫を期待したい。
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。	b	法人で個人情報保護規定は策定されており、記録の保管や開示請求についても明示されている。職員には個人情報の取り扱いに対する誓約書を取っている。また利用者、家族にも情報の取り扱いに関する説明をし、同意は得ている。個人情報の保管は、鍵の掛かるロッカー、パソコンにパスワードでロックをかけ管理されている。情報別にファイルが分かれており、ネットワークにて閲覧も可能になっている。ネットワーク閲覧に関しては職員間での役割に基づいて、閲覧権限が設けられて情報漏洩防止に努めており、記録管理は各事業所の管理者が担っている。ただ、個々の職員への個人情報に関する説明や研修の機会が少なく、今後、十分に理解を得た上で取り組みがなされるよう職員全体への研修等(顧問弁護士など)の機会を設けることを期待したい。

評価対象 障がい者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
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。	A①	b	利用者のライフスタイルを尊重し、趣味活動なども希望に基づいた支援をしている。グループホームでの生活の決まりやルールについては、利用者同士で話し合うという機会はなく、職員が介入してその中でルール作りなどを行っている。意思表示が困難な方については利用者の行動や表情を観察して対応している。しかし、利用者のエンパワメントを引き出すためのプログラムや社会資源の情報提供などが十分ではないので、入居者の言葉や希望を聞く機会を定期的に設けることを期待したい。
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
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。	A②	a	権利侵害防止に関しては会議で取り上げその遵守を徹底している。また職員は年一回アンケート形式で自己評価を行っており、その結果を集計して、出された結果の中の課題などを支援にどのように活かしていくか検討している。また、法人の他事業所の第三者評価の受審をきっかけに権利侵害に特化した研修を世話人を含む職員全体で行い、定例化するようにしている。職員のストレスチェックにも取り組んでいる。なお、身体拘束の事例はない。

A-2 生活支援

		第三者評価結果	2022年度こまちハイツ2号館の評価（案）
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。	A③	a	利用者は言葉で理解ができる方が多く、利用者への支援は世話人が口頭で説明して自分でできることをしてもらっている。できるようになると世話人は見守り、危険な状況の際にはすぐに介入するようにしている。 法人の利用者の中には姉妹で利用している方もおり、姉妹から家族で3人で一緒に暮らしたいという希望があり、現在、その希望に対して地域で生活できるよう準備を段階的に進めている。また姉妹での生活に必要なスキル、住まいでの体験を通して学ぶ機会を提供している。 選挙を希望する方には付き添いをしたり、その手続きが分からない方には方法を伝えて自立に向けた支援を行っている。
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。	A④	b	利用者とのコミュニケーションは言葉でやり取りをしている。 ただ全てを言葉で理解することは困難な部分もあり、そのような場合は、分かりやすい言葉で本人が理解出来るように伝えている。本人の希望や意見については、支援員や世話人が日常の中で聞き取りをするようにしている。しかし、利用者が言葉でのやり取りですべてを理解しているとは限らないため、今後は言葉のみに頼らず、利用者が理解出来るコミュニケーションツールを検討することが期待される。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>相談については、定期的に話しをする機会は設定していない。支援員が各グループホームを巡回する中で利用者の様子を見て様子が違っていたり、本人からの要望があれば、都度、話しをしたりする時間を取っている。コミュニケーションが十分ではない利用者については、職員側の観察と推測に応じた支援がされている。表出された相談ごとはグループホームの記録に残されており、また会議の場で報告されているが、個別支援計画へ反映する手順が十分ではない。支援員等の個人の判断にサービス管理者がスーパービジョンする仕組みづくりや利用者が相談が出来る、しやすくする環境(掲示物など)を整えることに期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>平日は日中活動の場で過ごしている。土日は自室で過ごしていることが多い。外出として、近くのコンビニやスーパーへの買い物を平日の日中活動の時間に行っている。コロナ禍の前には地域のゴミ拾いに年2回参加したり、また地域のお祭りにも参加していた。ホームでのイベント企画は季節的な内容のものを年2回ほど行っている。余暇の過ごし方は本人に任せていて、意図的な余暇支援は行っていない。土日など日中活動がない日について充実した過ごし方をする選択肢を多くするため、地域の社会資源やイベント情報などの情報提供や余暇支援の充実に期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>グループホーム職員が利用者の障がい特性に応じた支援が出来るよう行動援護従業者養成研修などに参加している。世話人に関しては、個別支援会議への参加はせず、業務の引き継ぎ内容を紙面で残し伝達している。また利用者への障がいの理解を深めるための勉強会、研修の計画はされていない。環境的には利用者の障がい特性やそれぞれの利用者の相性などを考慮して、法人内のいくつかのグループホーム間で検討し、グループホームの住まいを選んでいる。そのため、利用者間のトラブルはあまりない。今後は、チームとしての支援として世話人に対しても研修計画を立てて利用者の障がいの特性や支援について学ぶ機会を計画していくことを期待したい。</p>
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>食事は法人の給食センターで栄養士の栄養管理のもと各グループホームに配送され、世話人は盛り付けを行っている。当グループホームには嚥下に障がいがある利用者はいないが、刻み食など食事形態を状態に合わせて提供できる体制はある。病気食についても提供は可能で、利用者の体調不良時にはおかゆなども提供している。食事の嗜好に合わせた選択メニューは用意されていない。入浴、排泄については自立している方が多いが、入浴では高齢の方には、転倒などの心配もあることから見守りを行っている。しかし、経験値に基づいた支援となっていて、より個別支援計画に沿った生活支援の実施を期待したい。</p>
<p>A-2-(3) 生活環境</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>建物はグループホームとして設計されているので設備や環境も整っている。男女で階が分けられており、光も差し込み、明るい住まいである。消防設備、感染予防対策などもされている。共有スペースの整理、清掃は出来ている。グループホームにより冷房が設置されているところもあるが、こちらのグループホームは設置されておらず、扇風機で暑さをしのいでいる。部屋は個室で自分の嗜好によるものが置かれ、本人の希望で冷蔵庫が置かれ買い物で購入したものを入れ自由に食べることができ、過ごしやすい雰囲気である。利用者間でトラブルがある場合は、別のグループホームに入居先を変更するなどの配慮をしている。</p>

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。	a	比較的用户は身の回りの事は自分で出来ている。高齢の方に対しては花壇を用意して花を育てる作業など楽しんで身体を動かす機会を作っている。必要に応じて看護師にアドバイスをもらうことが出来る仕組みは出来ている。外出レクや日中の生活介護などの活動が生活リハビリとなっている。
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。	b	健康状態は、コロナ禍でもあり、検温は1日複数回実施している。また定期的に体重測定を実施し確認している。入居者全員ではないが、慢性疾患があり医師から指示がある者で必要性がある利用者には血圧測定を実施している。体調不良の際には対応手順があり、現場にも周知されている。また法人として年2回の歯科検診を行い、予防に努めている。しかし、緊急の際の対応に関する研修や個別指導の機会が十分ではない。昨年、別事業所で受審した第三者評価でアドバイスを受けてヒヤリハット報告メモを記載する仕組みをつくり報告を受けて改善策を実施しているので、今後はそれらの事例を蓄積して、突発的な体調変化などへも対処できるよう研修などの実施を期待したい。
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。	b	医療的ケアが常時必要な入居者はいない。服薬については、手順に従って服薬支援している。しかし、服薬の効用、副作用などの情報はまとめてはいるがホームには保管されておらず、全ての世話人には周知されていない。誤薬についての対処手順は文章としてあるが、誤薬の際の対応に関する研修や個別指導の機会が十分ではない。服薬に関する情報について、関わる職員すべてが情報共有できるよう個別支援記録でも用いられている情報ネットワークにより誰でも確認出来るような仕組みづくりを期待したい。
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。	a	コロナ禍の前には、地域のお祭り、ゴミ拾い等に参加していた。利用者からの買い物の希望には出来る限り応えている。その際には買い物先の情報を提示して選択が出来るようにしている。平日の日中活動で買い物に出かけている。自分で買い物に行ける人も多いが、中には予定よりも多くのものを購入する方もいるので職員が付き添い支援をしている。買い物が難しい時期には、本人や場合によっては家族からの情報、これまでの支援の積み重ねから分析して職員側で購入することもある。
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。	a	グループホームは普通の暮らしの一つの形態であり、別な生活の場の選択があっても良いと考えて支援している。利用者の中で地域での一人暮らしを希望する方については、家族と本人の思いについて話し合いをし、本人には一人暮らしのための課題を示し、その課題に対して意欲的に取り組みが出来るような支援の工夫を考えている。また体験として地域にある同法人のサテライトで一人暮らし体験を実施している。ゴミの分別などもしっかり出来るよう個別支援計画に反映させている。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
<p>A-2-(8)-① 利用者の家族 A⑯等との連携・交流と家族支援を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>家族会を年1回開催し、家族への情報伝達、家族の意見要望を聞いている。東京都の利用者家族には東京に出向き家族会も行っている（いずれも2021年はコロナ禍で中止）。年2回の広報誌や帰省の際に利用者の状況を伝えている。家族からの相談は電話で対応しており、怪我や体調不良の際は都度家族に連絡している。利用者と家族の交流の要望には、感染予防を徹底した上でできる限り応えている。利用者は高齢の方が多くそれに伴い家族も高齢化しているが後見人がついている利用者はいない。今後、家族なき後や高齢の家族が判断できなくなること、また将来的に入院治療等での契約なども想定し、家族がその時になり慌てることなく後見人制度が活用できるよう情報提供するなどの家族への支援を期待したい。</p>

A-3 発達支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 発達支援		
<p>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。</p>	<p>-</p>	<p>該当せず</p>

A-4 就労支援

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 就労支援		
<p>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。</p>	<p>-</p>	<p>該当せず</p>
<p>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。</p>	<p>-</p>	<p>該当せず</p>
<p>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。</p>	<p>-</p>	<p>該当せず</p>