

### 第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名			
株式会社 ケアシステムズ			
②施設・事業者情報			
名 称	えとわる+	種 別	共同生活援助
代 表 者 氏 名	管理者 河野 啓史	定 員 ( 利 用 人 )	7
所 在 地	〒216-0012 川崎市宮前区水沢3-6-41		
電 話	044-982-0335	ホ ー ム ペ ー ジ	<a href="https://www.misasakai.or.jp">https://www.misasakai.or.jp</a>
【施設・事業所の概要】			
開 設 年 月 日	2019年4月1日		
経 営 法 人 ・ 設 置 主 体 ( 法 人 名 等 )	社会福祉法人三篠会		
職 員 数	常勤職員： 9 名	非常勤職員：	3 名
専 門 職 員	専門職名称	人数	
	介護福祉士	6 名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)	
	7	居室・世話人室・浴室・脱衣場・消火設備等・便所・キッチン等	
③理念・基本方針			
最重度・重度の知的障害の方でも、入所施設から出て、地域で生活できるようにお手伝いする。さらに、えとわる+での生活を経て、地域のグループホームへ移行していけるように支援する。			
④施設・事業所の特徴的な取組			
障害支援区分4以上の重度の知的障害を持つ利用者の受け入れを行い、必要最低限の支援を目指した支援に取り組む。			
⑤第三者評価の受審状況			
評価実施期間	2025年7月10日（契約日）～2026年4月20日（評価結果確定日）		
受審回数（前回の受審時期）	0回（年度）		

⑥総評
◇特長
<p><b>その人らしく1日を過ごせるように支援している</b></p> <p>1日の中で決められた日中活動への参加プログラムを除いては、時間的な制約を設けておらず、自由に過ごしてもらえるようにしており、自宅での生活の延長になるように配慮している。事業所の見学を行った際にも、思い通りに生活している様子がうかがえた。また、利用期間中に新たな要望などを受け付けた際には、家族や成年後見人、相談支援事業所などと確認を取り、同意を得た上で迅速に対処している。苦情や要望、ヒヤリハットや事故などについては報告書を定め、迅速に対処することに取り組んでいる。</p>
<p><b>計画書には詳しい支援内容を明示し適切に提供できるようにしている</b></p> <p>個別支援計画は、関係機関や相談支援事業所から提供される各種の情報をもとに、アセスメントシートなどの情報を盛り込みながら作成することになっている。内容としては、長期や短期の目標を明示し、自立支援を基調としながら個別支援が掲載（提供）できるようにしている。特に短期目標については、6か月間で達成できる目標を設定し、日々の生活に具体的に反映できるようにしている。6か月ごとに利用者や関係機関と面談して達成状況を確認し、次期に繋げる仕組みも整っている。</p>
<p><b>組織的な意思決定と人材育成の仕組みにより質の高いサービス提供が行われている</b></p> <p>本施設（事業所）は、多層的な会議運営と人材育成を連動させ、実効性ある組織運営とサービスの質向上に努めている。施設長（管理者）は主任者会議や各種会議体を通じて運営状況やサービス実施状況を継続的に把握し、各課代表者の意見を踏まえながら課題の整理と意思決定を的確に主導している。これにより事業計画の実現に向けた方向性が組織全体に明確に示されている。職員に対しては面談を通じて役割や責任、課題を具体的に伝え、目標の共有と実践につなげている。さらに、倫理要綱や職員行動規範、「歩・実・心」のハンドブック、各種研修の活用により法令遵守と倫理観の定着を図っている。こうした取り組みにより、経営の実効性とサービスの質の向上が一体的に推進されている。</p>
<p><b>多様な人材確保と段階的育成の仕組みにより安定した組織運営が実現している</b></p> <p>本施設（事業所）は、法人本部と施設が機能的に役割を分担した採用体制と、体系的な人材育成の仕組みを組み合わせることで、人材確保と定着を高い水準で実現している。新規卒業者は法人本部が就職説明会などを通じて計画的に採用を行い、中途採用者や専門職は障がい者支援施設みずさわと連携した施設単位で採用することで、多様な人材の確保につなげている。採用後は新入職員研修を経て、施設のニーズを踏まえた適材適所の配置が行われている。さらに、期待する職員像を明確に示し、階層別研修やキャリアアップ研修を体系的に実施するとともに、人事考課制度と目標管理制度を連動させることで、育成と処遇を一体的に運用している。</p>
◇今後期待される点
<p><b>指定特定相談支援事業所との連携をさらに深めることを目指している</b></p> <p>施設では、地域の相談支援事業所と日頃から連携を図っており、利用者の支援計画書の作成や新規利用者の紹介などを受けている。各事業所とは連携も取りやすく、連携を図りながら解決を必要とする課題の共有や解決に向けて、適宜連携できる体制も整いつつある。ただし、各事業所は背景や経験が異なることから、相談事業や他事業所等との連携や役割分担をより明確にするとともに、利用者本人に加えて家族の課題についても支援できるよう、情報共有や連携を図ることを目指している。</p>
<p><b>地域社会のに関わられた事業所運営を目指されたい</b></p> <p>施設の運営母体である社会福祉法人三篠会は、地域において複数の障害者福祉サービスを運営していることなど、地域社会の信頼が厚いことがうかがえる。また、利用者へ地域情報を提供したり、地域の社会資源を利用者に還元することに取り組んでいる。ただし、施設の専門性を還元する取り組みについては、できていないことがうかがえる。障害者施設は地域を選ばず、地域社会が一定の距離を保つ特性があることを前提として、地域社会に関わられた事業所運営を目指されたい。</p>
<p><b>組織全体の自己評価体制を整備し質向上の循環を明確化することが望まれる</b></p> <p>事業計画において「常にサービス向上へと向かう組織体制づくり」を掲げ、主任やリーダーの役割を明確にし、研修などを通じて質の向上に向けた取り組みが体系的に進められている。これに連動し、職員は半期ごとに個別目標を設定し、期末には自己評価と責任者面談により成果と課題を整理し、次期の取り組みへとつなげている。このような個別の改善プロセスを組織全体の質向上へと発展させるためには、施設全体としての自己評価の枠組みを整備し、自己点検表などの活用や多職種による検証を通じて評価結果を共有することが重要となる。さらに、改善計画の策定から実施、再評価までを一体的に運用することで、質向上の循環がより明確に機能することが期待される。</p>

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は、当法人が運営する共同生活援助えとわる+にて、第三者評価を実施していただき、ありがとうございます。

当事業所が開設してから7年目となり、この度初めて第三者評価を受審しました。第三者評価を受審することで、事業所の現状をありのまま見て、評価していただき、今後の課題を明らかにすると同時に、現在できていることや事業所のいいところを改めて確認することができました。

利用者への聞き取り調査では、非常に高い満足度が得られたとのことで、とても嬉しく思っております。職員自身にもプラスにつながっていくものと認識しております。

今回の評価を受け、評価の高い点については今後さらに伸ばしていけるように、課題としている点については十分検討を行ったうえで、職員一体となり、サービスの質の向上に努め、より良い施設を目指して努力してまいります。

⑧第三者評価結果 別紙2のとおり

<別紙2 障害者グループホーム版>

事業所名 えとわる+

第三者評価結果と評価機関からのコメント

I 福祉サービスの基本方針と組織（共通評価 I-1～4）

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 (努力・工夫していること、課題と考えていること)	評価機関からのコメント
1	<p>(I-1 理念・基本方針) パンフレットへの基本方針の記載、見学対応時等に説明を行っている。</p>	<p>理念および基本方針は、HPやパンフレットに記載されているほか、見学対応時などに説明を行っている。また、法人の理念と基本運営方針を示したハンドブック「歩・実・心（あゆみのこころ）」を全職員に配付し、入職時のオリエンテーションや研修、諸会議、法人内研修などの機会を通じて継続的に説明することで、職員への周知を図っている。さらに、倫理要綱、職員行動規範の整備により、職員として求められる姿勢や価値観の共有が具体的に進められている。利用者や家族に対しても利用開始時やカンファレンスなどを通じて丁寧に説明し、理解の促進に努めている。</p>
2	<p>(I-2 経営状況の把握) 制度改正等の情報は積極的に取り入れ、施設の運営に反映させている。</p>	<p>社会福祉事業を取り巻く環境については、厚生労働省や神奈川県、川崎市の行政通知や障がい福祉計画などを通じて継続的に情報を収集し、制度改正や施策動向を踏まえた分析が行われている。得られた情報は事業所運営に適切に反映され、経営判断に結び付けられている。また、月1回の主任者会議（障がい者支援施設みずさわと合同）を意思決定の中核と位置付け、施設長（管理者）を中心に各課代表者の意見を踏まえながら事業計画の推進と課題の明確化を図っている。会議では職層を超えて問題意識を共有し、抽出された課題は検討を重ねるとともに、必要に応じてプロジェクトチームを編成し、経営層も参画して具体的な改善に結び付けている。</p>
3	<p>(I-3 事業計画の策定) 年度単位での事業計画の策定を行っている。また、年度単位で部署目標の策定も行っている。</p>	<p>法人の中長期計画を基盤として単年度計画が策定されており、運営の基本方針やサービス提供の方向性が具体的に定められている。計画の実施状況は、毎月開催される主任者会議において予実の比較や稼働率の分析、各会議体・委員会および各部署の進捗が月次報告として共有され、課題の把握と検証が継続的に行われている。これにより、計画の進行管理と見直しが組織的に機能していることがうかがえる。また、利用者への周知については、特性により一律の説明が難しいことを踏まえ、疑問や関心に応じて個別に説明するなど、理解度に配慮した柔軟な対応が図られている。</p>

4	<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) 外部の研修等へ積極的に参加している。また、障がい者支援施設みずさわで行う研修への参加を通し、知識の研鑽に努め、質の向上を目指している。</p>	<p>事業計画において「常にサービス向上へと向かう組織体制づくり」を方針に掲げ、主任やリーダーの役割を整理するとともに、組織力の強化や内外研修への参加を通じて、質の向上に向けた取り組みを進めている。さらに、職員は半期ごとに個別目標を設定し、期末には自己評価と責任者による面談を通じて成果と課題を整理し、次期の取り組みへとつなげる仕組みが機能しており、質の向上に向けた取り組みが継続的に行われている。一方で、事業所全体の自己評価の枠組みは十分に構築されているとはいえ、自己点検表の整備や多職種での検証を通じて評価と改善の循環を明確化することにより、より実効性の高い質の向上が期待される。</p>
---	---	--

## II 組織の運営管理（共通評価Ⅱ-1～4）

	<b>第三者評価を受審してホームが認識した取組状況</b> （努力・工夫していること、課題と考えていること）	<b>評価機関からのコメント</b>
5	<p>(Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ) 状況把握を行い、その場に必要なもの事の判断をしている。</p>	<p>施設長（管理者）は主任者会議や各種会議体を通じて運営状況やサービスの実施状況を継続的に把握し、課題の整理と意思決定を主導している。会議では各課代表者の意見を踏まえながら事業計画の実現に向けた検討を行い、組織全体の方向性を示している。また、職員面談を通じて一人ひとりの役割や責任、課題を具体的に伝え、目標の共有と実践につなげている。倫理要綱や職員行動規範、「歩・実・心」のハンドブックの活用や研修の実施により、法令遵守と倫理観の理解を深めている。さらに、人事・労務・財務の視点を踏まえた会議運営や職員の意見を反映した環境改善を通じ、経営の実効性とサービスの質の向上に指導力を発揮していることがうかがえる。</p>
6	<p>(Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成) 新しく入った職員に対しては、みずさわの職員育成プログラムに準じ、OJTを行っている。</p>	<p>新規卒業者については法人本部が採用を担い、就職説明会などを通じて計画的に人材確保を行う一方、中途採用者や専門職は施設単位（障がい者支援施設みずさわと合同）で採用を行うなど、役割を分担した採用体制が構築されている。採用後は新入職員研修を経て、施設のニーズに応じた適材適所の配置が行われている。法人として期待する職員像を明確にし、階層別研修やキャリアアップ研修を体系的に実施するとともに、人事考課制度と目標管理制度を連動させることで、育成と処遇を一体的に運用している。また、定期面談や各種制度を通じて職員の状況把握と職場環境の維持に努めている。</p>

7	<p>(Ⅱ-3 運営の透明性の確保)</p> <p>第三者評価については、今年度初の受審となるため、非該当としている。</p> <p>会計については、定期的のみずさわと同様に外部会計士による会計監査を受けている。</p>	<p>HPや事業所パンフレット、広報誌、重要事項説明書、運営規程の掲示などを通じて事業所の活動や運営内容を具体的に開示し、地域社会に対する情報発信を継続的に行っている。これにより、外部に対して開かれた運営が実践されている。また、公認会計士による年2回の財務監査において会計および運営状況の確認が行われ、指摘事項には適切に是正対応が図られている。さらに、法人本部およびブロック単位での内部監査を定期的を実施し、事務・経理・取引・財務諸表の確認と改善を重ねることで、公正性と透明性を確保した経営・運営が組織的に維持されている。</p>
8	<p>(Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献)</p> <p>定期的な買い物支援及び不定期の外出行事を行うことで、地域資源の利用を行っている。また、その際は職員が付き添いを行うことでトラブルのないよう配慮している。</p>	<p>定期的な買い物支援や不定期の外出行事を通じて地域資源の活用を図り、利用者が地域社会と関わる機会を継続的に確保している。外出時には職員が同行し、安全面に十分配慮した支援が行われている。また、自治会や近隣小学校、医療機関、福祉事業者などで構成される「ゆ〜ず連絡会」に参画し、地域の福祉課題について関係機関と協働して取り組む体制が構築されている。さらに、連絡会で得られた情報は主任者会議において共有され、課題の整理と対応方針の検討に結び付けられており、地域との連携を基盤とした実効性のある取り組みが展開されている。</p>

### 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（共通評価Ⅲ-1-(1)～(5)）

	<b>第三者評価を受審してホームが認識した取組状況</b> <small>(努力・工夫していること、課題と考えていること)</small>	<b>評価機関からのコメント</b>
9	<p>(Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢の明示)</p> <p>「意思決定支援」として、個別支援計画策定の際に各利用者と個別面談を行っている。</p>	<p>入職時のオリエンテーションや継続的な各種研修を通じて、法令や規程、倫理に関する理解を深め、利用者を尊重した支援の共通認識の形成を図っている。新任研修では秘密事項誓約書の提出を求め、個人情報の適切な取扱いに対する意識付けを行っている。また、法人として個人情報保護規程を整備し、利用開始時には同意書に基づく説明と同意取得を徹底している。支援場面においては排泄や更衣時の同性介助を原則とし、尊厳やプライバシーへの配慮を具体的に実践している。さらに、個別面談を通じた意思決定支援により、利用者の意向を踏まえたサービス提供が行われている。</p>
10	<p>(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))</p> <p>施設紹介については分かりやすく写真を使用したパンフレットを用意している。また、実際の入居等に係る決定については、本人への意思確認を行ったうえで決定している。</p>	<p>利用希望者や家族、地域に対しては、パンフレットやHPを活用し、事業内容や生活の様子を具体的に伝えている。写真を用いた事業所紹介により理解しやすさを高め、入居の決定に際しては本人の意思確認を丁寧に行っている。サービス開始時には契約書や重要事項説明書などに基づき、理解が得られるまで説</p>

		<p>明を尽くし、書面による同意を得ている。サービス内容の変更時にも同様の手順で対応している。さらに、地域移行時には関係機関と情報共有を行い、移行後も必要に応じて支援を継続するなど、切れ目のない支援体制が整えられている。</p>
11	<p>(Ⅲ-1-(3)利用者満足の上昇) 満足度調査については、食事に関する聞き取りを年2回程行っている。</p>	<p>年1回の利用者アンケートを実施し、その結果を職員間で共有することで、サービスの質の把握と改善に結び付けている。食事に関する聞き取りも年2回程程度実施し、日常生活に密接した分野から利用者の意向を具体的に把握している。さらに、施設内で実施される発表会(障がい者支援施設みずさわと合同)では支援内容を共有し、評価された取り組みを他の支援へ展開することで、組織的な質の向上につなげている。6か月ごとのモニタリングでは、個別支援計画の進捗と利用者の満足度を確認し、必要な見直しを行っている。これらの仕組みにより、利用者満足の上昇に向けた継続的な取り組みが実施されている。</p>
12	<p>(Ⅲ-1-(4)利用者が意見等を述べやすい体制の確保) 開設から現在まで、大きな苦情はいただいていない。苦情対応については、重要事項説明書に窓口の明記をすることで知らせている。</p>	<p>苦情解決の仕組みは重要事項説明書への記載や事業所内掲示により周知が図られ、苦情受付担当者、解決責任者、第三者委員を配置するなど体制が明確に整備されている。また、「要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口」を明示することで、利用者や家族が相談しやすい環境が確保されている。寄せられた相談や意見は、日々の申し送りや会議体を通じて共有され、組織的に対応方針を検討したうえで迅速な対応につなげている。さらに、相談内容や対応経過を記録として蓄積し、対応の振り返りや改善に活かす仕組みが機能しており、意見などを受け止める体制が整えられている。</p>
13	<p>(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) みずさわと合同のリスクマネジメント委員会・感染症対策委員会・BCP・それらに関する研修や訓練に参加することで、ホームでの安全対策にも努めている。</p>	<p>リスクマネジメント委員会や感染症対策委員会に参画し、研修や訓練を通じて安全対策の強化を図る体制が整えられている。事故発生時には委員会において原因分析を行い、改善策や再発防止策を検討し、その内容を他部署へ共有することで組織全体での再発防止に取り組んでいる。感染症対策については、委員会を中心に研修の実施やマニュアルの定期的な見直しを行い、発生時には要因分析と対策の検証を行うなど、計画的な対応がなされている。災害時には事業継続計画を整備し、訓練の実施や3日分の備蓄管理、消防訓練を通じて、利用者の安全確保に向けた実効性のある取り組みが進められている。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保（共通評価Ⅲ-2-（1）～（3））

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 （努力・工夫していること、課題と考えていること）	評価機関からのコメント
14	（Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立） 基本的にはサービスの内容は個別支援計画をもとに実行されている。	法人として各種のマニュアルを設け、標準的な業務の実施方法が文書化されている。さらに、研修などを通じて職員に周知を図り、適切に運用されているかを確認する仕組みを設けられたい。
15	（Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定） サービス管理責任者を中心に利用者の日常の様子について共有し、個別支援計画の策定を通してそれぞれの利用者の課題を把握し、解決に努めている。	6か月ごとのモニタリングを通じて、個別支援計画に沿った支援がなされているかを確認しており、その際にはアセスメントの見直しに取り組んでいる。よって、常に利用者の心身状況を適切に把握して計画を策定していることがうかがえる。
16	（Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の適切な記録） 統一した様式（アセスメントシートや月まとめ）を活用し、全利用者の状態の記録を行っている。	日常的に心身状況を把握する手段として、利用者個別のケース記録を取っており、月単位でサービス管理責任者が読み込んで共有する流れとしている。情報共有を目的とした会議の定期的な開催も望まれる。また、記録などの個人情報の取扱いに関する研修なども設けられたい。

A-1 利用者の尊重と権利擁護（内容評価 A-1-（1）、（2））

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 （努力・工夫していること、課題と考えていること）	評価機関からのコメント
17	（A-1-(1) 自己決定の尊重） 月に1回の利用者会議を行うことで、利用者自身の希望などを確認している。	利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら支援を行うことにしている。月1回利用者会議を開催して、意向や要望の把握に努め、衣類などは職員と一緒に買いに行く、あるいはネットショッピングをするなど、意向に添う対応としている。また、申し送りや周知ノートなどによって職員間の情報提供にも取り組んでいる。
18	（A-2-(2) 権利侵害の防止等） 虐待防止などのマニュアル内に、利用者の権利について記載し、それらを毎年研修することで全職員が理解できるように周知している。	権利擁護についてはマニュアルを設ける等が整備され、職員の理解が図られている。ただし、具体的な取り組みの利用者や家族への周知については課題としている。さらに、利用者の問題行動等に関しての職員の対応（言い方）などは改善を目指している。

A-2 生活支援（内容評価 A-2-（1）～（8））

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 （努力・工夫していること、課題と考えていること）	評価機関からのコメント
19	（A-2-(1) 支援の基本） 個別支援計画策定の際に個人面談を行い、生活に対する各利用者の希望を聞いている。また、日常生活の中での発言についても共有し、月まとめに記録として残すことでサービス提供の見直しにも役立つよう工夫している。	利用者一人ひとりの自立に配慮した個別支援を基調としている。また、利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要に応じて排泄や入浴介助をはじめ、洗濯、金銭管理、買物などは個別性に配慮している。ただし、行政手続、生活関連サービス等については、保護者や行政のワーカー、相談支援事業所などと連携して対応している。

20	(A-2-(2) 日常的な生活支援) 食事は安全に摂取することができるよう、必要に応じて食具の検討や専門家による摂食評価、その結果に応じた食事形態の変更を行っている。	食事に関しては日中活動に全員参加しているため、朝夕2食対応としている。また、嗜好調査として、定例の利用者会議において意向や要望を把握して、イベント食などに対応できるようにしている。さらに、排泄介助も含めてできる限り自立を促しながら、日常的な生活支援に取り組んでいる。
21	(A-2-(3) 生活環境) 利用者ごとにバスマットを変える、定期的にシーツ交換を行う、服は毎日洗濯するようにしている。	清潔確保の一環として、入浴は毎日できるようにしており、浴室や脱衣室などの清掃も都度実施している。洗濯は自立支援の一環として、できる限り自ら行ってもらっている。居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っていることが事業所見学の際にも確認できている。
22	(A-2-(4) 機能訓練・生活訓練) 基本的には自身で行えることは自身で行っていただくよう、必要最低限の支援を行うように心がけている。	利用者の居室は、それぞれ階上に位置しているため、日常的に階段を使う生活になっている。また、運動プログラムを設けたり、日中活動の事業所とは連絡帳によって情報共有して、利用者の日々の活動を把握している。ただし、事業所では運動量を更に確保することを目指している。
23	(A-2-(5) 健康管理・医療的な支援) 定期的な往診の導入を行い、緊急時にもすぐに医療関係者と連絡が取れる体制を整えている。また、医療行為の必要な利用者は現在該当者がいない。	定期的な健康診断をはじめ、緊急時の対応としての往診医の配置や隣接する法人施設の看護師の指導・助言を仰ぐ体制が整っている。また、常用薬などの服薬に関しては、全て事業所の管理のもとで実施する流れとしている。手洗い、うがい、歯磨きなどについては、自立を促しつつ個別支援としている。
24	(A-2-(6) 社会参加、学習支援) 利用者が希望するレストラン等へ行って外食することがある。	日中活動の事業所と連携を図りながら、社会参加への支援を行っている。近隣のコンビニへの買物、外食、地域の小学校で開催されるイベントの参加などへの支援を提供している。また、意向や要望、情報提供などは利用者懇談会で把握し、個々の心身状況に沿って個別対応を原則としている。

	第三者評価を受審してホームが認識した取組状況 (努力・工夫していること、課題と考えていること)	評価機関からのコメント
25	(A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援) 地域でのイベントがあった際には参加できるよう、職員が付き添いを行うことがある。	地域の社会資源は限られているが、情報収集を図りながらできる限り支援することを心がけている。また、地域生活の移行について、利用者、関係機関などとの連携を図りながら、支援する流れとしている。現在1名の地域移行者が報告されているが、重度化・高齢化などによって難しいことを事業所では認識している。
26	(A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援) 面会時等に家族に利用者の様子を伝えている。また、必要時には連絡を取り合い、その際に様子を伝えるようにしている。	6か月ごとに個別支援計画を見直す際には、保護者(家族)や相談支援事業所、必要に応じて行政の担当者などの出席を仰ぎ、情報共有を図りながら支援を提供している。家族等と意見交換する機会の設定や、家族支援については課題としている。

## 利用者調査結果

事業所名：えとわる+

利用者調査概要	利用者調査総合結果
<p>利用者総数： 7名 アンケート調査対象： 7名 アンケート回収者： 0名 ヒアリング調査対象： 4名</p>	<p>アンケート回答が難しかったため、聞き取り調査のみとした。</p> <p>〔総合的な満足度の調査結果〕 対象者の75.0%が「大変満足」または「満足」と回答し、高い満足度が得られている。</p> <p>〔設問ごとの調査結果〕 「ここでの生活は好きですか」、「自分のペースで過ごせていますか」、「職員・スタッフから大切にされていると感じますか」については、全員が「はい」と回答する、大変高い満足度が得られている。 ただし、「ここでの生活に関する不満や苦情を誰かに伝えられるか」については、さらに高い満足度が望まれる結果であった。</p> <p>〔ヒアリング調査の結果〕 利用者は一人ひとりの生活習慣やその時々意向に応じて、自由度の高い過ごし方をしている様子が見えられた。リビングや居室を往復する、リビングでくつろぐ、他利用者の動きに関心を示し屋外へ出るなど行動は多様であり、同一の活動を全員で行う場面は限定的であった。利用者の表情は明るく、各自のペースで生活している状況が確認された。</p>