

[様式 9 - 1]

## 福祉サービス等第三者評価結果

## 総合評価

受診施設名	なかまの家	施設種別	共同生活介護・共同生活援助
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

平成26年11月4日

## 総 評

社会福祉法人宇治東福祉会は、1978年に親や関係者が中心になって宇治共同作業所として開所しました。宇治市内の障害者ニーズに応える形で事業を展開され、2004年に法人化を達成されました。2004年から2013年までの10年間に新規施設や新規事業を開設してこられ、現在では、就労継続支援B型、生活介護、障害者生活支援センター、短期入所、日中一時支援、居宅介護、グループホームなど、幅広い事業に取り組まれています。

今回評価を受診された、『なかまの家』は、7カ所のグループホームで計46名の利用者にサービス提供されています。日中はそれぞれの、職場や作業所、生活介護事業所等で過ごされた障害のある人たちが、4名～10名定員のそれぞれのホームに戻り、食事や入浴・排泄・睡眠などの支援を受け暮らしています。

利用者の障害程度や自立度に合わせ、住宅街にある民家型のホームや完全バリアフリー型のホームに、女性と男性に分かれて入居し、職員が同性介助で支援されています。民家型のホームでは、ベテランの世話人が、利用者の精神的な変化にも気を配り、コミュニケーションをうまく取りながら、自宅のようにリラックスできる雰囲気支援していました。また、身体介護の支援が必要な利用者の住むバリアフリー型のホームでは、利用者の移動や排泄等も支援し、快適で安全な生活支援サービスが提供されていました。また、どのホームも利用者の意見を聞き、入浴や食事、余暇等の日常生活支援が提供されていました。

しかし、非常勤職員が多いホームもあり、会議の時間が取りにくいことから、事業計画の周知や事故・緊急時対応研修等に課題が感じられました。法人全体の課題としては、中・長期計画の明文化や職務分掌や各種マニュアル等の策定、職員一人ひとりの育成プログラムの構築等に課題が感じられました。

法人化した2004年から昨年までは、ハード面の整備や新規事業の開設に力を注いできたため、職員数も年々増加し、質の向上が今後の課題と感じておられると伺いました。今後は、中・長期計画を明文化し、職員の質やサービス内容の向上に取り組まれることを期待します。

具体的なアドバイスを下記に記します。

- ・ グループホームが7カ所に点在し、職員の勤務時間もバラバラのため利用者や世話人に対して、事業計画の周知が不十分とのことでした。今後は、管理者や施設長がホームを巡回し、世話人に対して事業計画を周知し、各世話人からホームの利用者に事業計画を周知する等の取り組みを実施されては如何でしょうか。
- ・ 職員一人ひとりの研修計画書の策定や、計画書の見直し等が出来ていませんでした。個々の職員の研修受講履歴や資格取得状況を

	<p>管理し、必要な研修受講計画を作成することで、各職員の質の向上が図られると考えます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ リスク対応に関するマニュアルの整備や職員に対してのリスクマネジメント研修が実施されていませんでした。ホームでは夜間に体調不良や事故等が発生することも考えられるため、世話人等の職員には、対応マニュアルの周知や研修の実施が大切だと考えます。</li> </ul>
<p>特に良かった点 (※)</p>	<p><b>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b> 毎月、なかまの家部会議や世話人代表者等の会議に施設長やサービス管理者が参加して、事業計画の実行や日常の問題解決に必要な意見を述べ、リーダーシップを発揮している。サービス管理者は経営や業務の効率化と改善に向けて、職員の業務分担整理や社会保険労務士と相談する等の具体的な取組みを行っている。</p> <p><b>III-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。</b> 利用者のニーズの充足のため、直接本人より聞き取りを行っている。家族会や必要時の家族面談等を通じてニーズの把握を行っている。利用者に担当職員を決め、面談等でニーズを把握し、アセスメント表やサービス利用計画書にニーズを記載している。必要なことは関係機関と連携し解決を図っている。</p> <p><b>IV-2-(1) 清潔・みだしなみ。</b> 入浴は基本的に毎日実施している。利用者の入浴手順や好みの湯温、入浴時間を把握し、希望に沿った支援をしている。 衣服は本人の好みを尊重すると共に、季節に合った服装が出来るように支援している。</p>
<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p><b>I-2-(1) 事業計画の策定について</b> 中期計画や長期計画が明文化されていない。 単年度の事業計画は策定され、職員会議や保護者会等で常勤職員や保護者に対しては説明できている。しかし、非常勤であるグループホーム世話人や利用者に対しては、配布はしているものの、きちんと説明出来ていない。</p> <p><b>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</b> 管理者の業務内容は今までの慣習により決まっており、職員には理解されているが、職務分掌等もなく役割や責任が明文化されていない。管理者は研修や勉強会への参加や、インターネット等で情報収集を行っているが、関係法令等のリスト化や職員への周知が出来ていない。</p> <p><b>II-4 安全管理</b> 事故やヒヤリハット事例を収集し、管理職を中心とする経営会議の中で定期的に検討し、必要な対策を現場職員へ周知している。また、救命救急講習や感染症への対応等の法人内部研修を実施している。しかし、リスク対応に関するマニュアルの整備や職員に対してのリスクマネジメント研修の実施、災害時に備えての食糧や医療品等の備蓄は出来ていない。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

# 京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

---

## 【障害事業所版】

# 評価結果対比シート

---

受診施設名	なかまの家
施設種別	
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	2014年7月24日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	a	a
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	a
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	b	b
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	b	b
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	c	c
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	a
		③ 事業計画が職員に周知されている。	b	b
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	b	b
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。	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	b
		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。	b	b
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	a	a
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	a	a
[自由記述欄]				
I-1-(1)	①「東宇治福祉会は、なかまの想いに寄りそいゆたかな明日をめざします」という法人の理念が明文化され、ホームページやパンフレットにも掲載されている。 ②理念に基づいた4つの基本方針が明文化され、パンフレット等にも掲載されている。4つの基本方針は職員の行動規範となる具体的な内容となっている。			
I-1-(2)	①毎年の業務計画や業務報告説明の時に、理念や基本方針を職員に再確認し、周知に努めている。各グループホームの世話人への周知は出来ていない。 ②法人内の日中活動事業を利用される利用者には周知出来ているが、日中に他法人の事業に通われている利用者には周知出来ていない。			
I-2-(1)	①中期・長期計画は現時点では明文化されていない。 ②単年度の事業計画は作成されており、各部署ごと、業務ごとの計画も作成されている。 ③事業計画を全職員に配布して、職員会議等でも説明している。職員会議や研修会等に参加できないグループホームの世話人に対する周知が徹底できていない。 ④事業計画を利用者や家族に配布し、保護者会でも説明している。利用者には配布はしているが、説明は出来ていない。			
I-3-(1)	①管理者の業務内容は概ね理解されているが、職務分掌等もなく役割や責任が明文化されていない。 ②管理者は研修や勉強会に参加したり、WAMネット等で情報収集をしているが、関係法令等のリスト化や職員への周知が出来ていない。			
I-3-(2)	①なかまの家部会議や世話人代表者会議等の会議に参加し必要な意見を述べたり、事業計画の実行や日常の問題解決にリーダーシップを発揮している。 ②管理者は経営や業務の効率化と改善に向けて、職員の業務分担を整理したり、社会保険労務士と相談する等の具体的な取り組みを行っている。			

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	a
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	b	a
II-2 人材の確保・養成	II-2-1(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	b	a
		II-2-1(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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。	b
	② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	b	
	II-2-1(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	b
		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。	c	b
③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	c	b		
II-2-1(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	c	b	
II-3 個人情報の保護	II-3-1(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	c	b
II-4 安全管理	II-4-1(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	b	b
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	b	b
		③ 障害のある本人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。	b	b
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-1(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	b	a
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	a	a
		③ ボランティア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。	c	b
	II-5-1(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	b	b
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	a	a
[自由記述欄]				
II-1-1(1)	①各障害者関係団体から送付される資料の分析を行ったり、宇治市障害者生活支援センターと連携して地域のニーズを把握している。収集した情報やデータを単年度の事業計画に反映している。 ②管理者は会計担当者と連携し、常に経営状況の把握に努めている。経営分析結果や改善すべき課題に基づき、経営改善を実施している。			
II-2-1(1)	①法人の人材育成方針に基づき、社会福祉士・介護福祉士の有資格者を増やすために資格取得に対して費用負担等の支援を行っている。新人・中堅・リーダー・サービス管理者等の職員のレベルに応じて外部研修に参加させている。			
II-2-1(2)	①有給休暇の取得率や時間外労働のデータを定期的にチェックしている。職員からの意見をサービス管理者や管理職が把握し、管理職会議や経営会議で議論し、改善策を検討している。 ②毎年、健康診断や腰痛検査を実施すると共に、社会福祉施設職員共済会に加入している。上司に職員が相談できる仕組みはあるが、外部カウンセラー等の専門家に相談できる仕組みがない。			
II-2-1(3)	①職員の資格取得に対しては費用負担や勤務調整・公休などの配慮を行っているが、職員の教育に関する基本姿勢を明示した中・長期計画がない。 ②職員一人ひとりの技術水準や知識レベルを把握し、資格もファイル管理していたが、一人ひとりの教育・研修計画は策定されていない。 ③職員が研修参加後の報告書作成や職員会議での研修報告は実施されていたが、研修成果に関する評価分析や、次の研修計画への反映は実施できていない。			
II-2-1(4)	①法人内の他部署では実習生を受入れており、実習内容全般を計画的に学べるプログラムは用意されていましたが、事業所内での実習生受入れはなく、責任体制の明確化や実習指導者への研修実施が行われていない。			
II-3-1(1)	①重要事項説明書に「ご利用者の記録や情報の管理・開示について」を記載し、利用契約時に開示請求の対応方法を明示しているが、個人情報保護に関する規定は策定されていない。			
II-4-1(1)	①職員研修として救急救命講習を実施したり、経営会議の中で定期的に事故やヒヤリハットを検討している。しかし、安全確保のために把握すべきリスクについての対応マニュアルは整備されていない。 ②耐震診断を実施し、診断結果に応じて補修工事を行ったり、年2回の避難訓練を実施しているが、災害時に備えた備蓄は出来ていない。 ③ヒヤリハット事例の収集や感染症への対応策は実施しているが、職員に対して事故や緊急時対応等のリスクマネジメント研修は行っていない。			
II-5-1(1)	①地域の自治会に加入し、自治会の会合等に事業所のスペースを貸し出している。障害のある本人が地域の人たちと一緒に「さくらまつり」に参加している。 ②法人内の「宇治市障害者生活支援センターそら」で地域の福祉ニーズの把握や、在宅で暮らす障害者や家族への相談支援事業を行っている。障害者啓発講座を毎年開催している。 ③法人全体でボランティアの受入れについて職員が協議したり、ボランティア受入れの基本姿勢を明文化しているが、ボランティアに対しての研修は実施できていない。			

Ⅱ-5-(2)	①関係機関と連携しながら生活改善を図っているが、非常勤の世話人も多く、職員間での情報共有は確実に出来ていない。 ②保護者との懇談会を実施し、日常の様子等を家族に知らせたり、情報交換を行っている。
---------	--

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果		
			自己評価	第三者評価	
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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。	b	a	
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	a	a	
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	a	a	
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	b	a	
		Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	b	b
		Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	c	a
		Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	a	a
② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	b		b		
③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	b		a		
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	b	a	
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	c	a	
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	a	
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	b		
③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。		b	a		
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	c	b	
		② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	c	c	
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	b	c	
		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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	c	c	
[自由記述欄]					
Ⅲ-1-(1)	①ホームページやパンフレットに写真等も使用しわかりやすく情報提供している。宇治市福祉まつりの中でも、事業所の紹介を行っている。グループホームに空室がある時は体験入所も実施している。 ②サービス開始にあたり、サービス内容や料金等が記載された重要事項説明書等の資料を用意し、利用者・家族に説明し、契約書を取り交わしている。				
Ⅲ-1-(2)	①利用者や家族等が相談できるように担当者を設置している。他の事業所や地域生活への移行にあたり、個人調査票や介助方法を定めた引継ぎ文書を作成し、継続した取り組みができるようにしている。				
Ⅲ-2-(1)	①利用者の身体状況や生活状況、ニーズや課題等が定められたアセスメント様式を使用し記録している。利用者・家族の意向を聞き取り、目標を策定してサービス提供を実施している。				
Ⅲ-2-(2)	①個別援助計画の作成担当者を決め、責任者が取りまとめている。個別支援計画は利用者本位の視点に立ち作成されているが、グループホーム世話人への周知の手順が定まっていない。				
Ⅲ-2-(3)	①利用者の状況等に変化があった場合は、随時モニタリングを行い、必要な場合には再アセスメントを実施している。				
Ⅲ-2-(4)	①利用者一人ひとりの様子を業務日誌やケース記録に記録している。 ②文書取扱規程に保管・保存・廃棄に関する事項を定めている。個人情報保護規程は定められておらず、職員への研修等も実施されていない。 ③各グループホーム内の職員で業務日誌やケース記録等で情報共有している。なかまの家部会で月に1回、7つのグループホーム全体の情報を共有している。				
Ⅲ-3-(1)	①利用者のニーズの充足のため、直接本人より聞き取りを行っている。家族会や必要時の家族面談等を通じてニーズの把握を行っている。 ②利用者ごとに担当職員を決めて面談等でニーズを把握し、アセスメント表やサービス利用計画の中にニーズを記載している。ニーズの解決のために必要なことは関係機関と連携を図っている。				
Ⅲ-3-(2)	①各グループホーム内に相談・苦情の受付や解決に関して明記した文書を掲示している。利用者・家族が相談等がある場合は、世話人や担当者だけでなく、直接管理職に話ができる体制を整備している。 ②苦情受付担当者や苦情解決担当者・第三者委員の設置等の苦情解決体制を整備している。苦情を記録し解決を図っているが、苦情内容や対応結果の公表は出来ていない。 ③意見・苦情・要望等の受付や対応手順等を規程したマニュアルを整備し、利用者や家族に解決策などを回答すると共に、サービスの改善に反映している。				
Ⅲ-4-(1)	①個別的なサービス実施方法については個人ケースに明記されているが、実施するサービス全般にわたる業務手順や業務マニュアルについては整備出来ていない。 ②業務マニュアル等がなく、サービス提供方法の見直しに関する時期や方法が組織として明確に定められていない。				
Ⅲ-4-(2)	①年1回以上の自己評価が実施出来ていない。グループホームとして、第三者評価の受診や評価体制の整備が出来ていない。 ②組織としての自己評価や課題の共有化、改善策の立案等は出来ていない。				

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人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。(プライバシーへの配慮)	b	b
		② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a	a
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	b	a
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	a	a
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	a	a
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	a	a
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	a	a
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	a	a
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	b	b
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	a	a
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	非該当	
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	b	a
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	b	a
IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	b	a	
[自由記述欄]				
IV-1-(1)	①「職員の指針」中であるべき姿を明記して利用者本人を尊重したサービス提供に努めているが、プライバシー保護についての規程やマニュアルが整備されていない。 ②利用者固有のコミュニケーションを大事にし、必要に応じて文字盤等を活用する等、工夫しながら支援している。 ③利用者が事業所の所長に要求を言える「所長交渉」の場を設けている。保護者会を定期的実施している。なかまの交流会等の行事の中で他事業所と交流する機会がある。			
IV-2-(1)	①ホームでの入浴は基本的に毎日実施している。利用者の入浴手順や好みの湯温、入浴時間等を把握し、希望に沿った支援をしている。 ②衣服は本人の好みを尊重するとともに、季節に合った服装ができるように支援している。 ③本人の選択を大切に、必要に応じて職員が付添なども行い、好きな店で理美容ができるように支援している。			
IV-2-(2)	①利用者はそれぞれの身体状況や好みに合わせた寝具を使用している。各ホームで巡回や体位変換、夜間の排泄支援等を実施し、安眠できるように支援している。 ②利用者の身体状況に合わせてホーム内のトイレの改修工事を実施する等、障害の状況に応じた排泄環境を整備している。利用者の個別支援マニュアルを作成し、尿瓶の使用やトイレへの定時誘導実施等、個人の障害特性に合わせた排泄介助を実施している。 ③必要に応じ、看護師が訪問して、健康管理を行っている。夜間も巡視を実施する等、体調の異変に気を配っているが、健康管理や緊急時対応のマニュアルが整備されていない。			
IV-2-(3)	①おかやホームでは、厨房で調理された食事を各ユニットで盛り付け、家庭的な食事が提供されている。それ以外の少人数のホームでは世話人が利用者の好みに配慮しながら調理し提供している。利用者も参加する給食委員会を開催し、利用者の希望を把握するよう努めている。			
IV-2-(4)	①日中活動は、作業所や職場等、それぞれの心身の状況に合わせて他事業所で活動しており、グループホームでは支援していない。			
IV-2-(5)	①金銭等の自己管理が出来るように、お小遣いの使い方のルール作りをして支援している。酒・たばこ等の嗜好品の摂取などは個々の利用者に応じて注意を促している。 ②事業所外での活動や行動は、利用者や家族の希望を尊重した取組みを行っている。法人内の他事業所(日中活動事業所)と連携し、利用者の外出プログラム作りを支援している。			
IV-2-(6)	①他のホーム利用者との交流会やホーム内での誕生会を開催している。日中活動事業所での音楽コンサートや福祉まつり等、地域のイベントへの参加を支援している。地域のガイドマップやイベント情報を収集し、利用者提供している。			