

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2020 年 12 月 8 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0022

住所

札幌市手稲区手稲本町2条1丁目4-5

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 20-001

代表者氏名 鈴木 正子

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)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(2)	高村 一文	組織運営管理	第0053号
	(3)	木村 靖子	福祉医療保健	第0033号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活援助			
事業所名称	共同生活援助事業所 あしり			
設置者名称	社会福祉法人 はるにれの里			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2019 年 8 月 23 日	～	2020 年 10 月 28 日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2020 年 9 月 29 日			
評価合議日	2020 年 10 月 10 日			
評価結果報告日	2020 年 12 月 8 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<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運営者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

サード・アイ合同会社

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人 はるにれの里

代表者氏名：理事長 木村 昭一

所在地：〒061-3211 石狩市花川北1条5丁目171番地

TEL 0133-62-8360

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

別紙参照

◇改善を求められる点

別紙参照

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、福祉サービス第三者評価を「サード・アイ合同会社」にご依頼して事業運営及び経営の側面、そして障がい福祉サービス全般に渡り点検していただく機会を得たことは貴重な経験となりました。評価結果を得るまでのプロセスの中で、私たちの事業所がサービス提供している内容と質はどうか、利用者や地域のニーズを適切に把握して、そのニーズに応える事業運営がなされているだろうか等々、支援現場の職員や管理職同士が話し合う時間をこれまでになく持てたことはとても意味あることでした。この見直し作業の中で、いくつもの気づきがありました。その気づきこそが、評価していただいた成果であり、評価結果でありました。今後もより一層、利用者とそのご家族、そして地域社会のニーズに応えるべく福祉サービスの質を高めながら、関係する情報を地域社会に対して広く発信するしくみを整えたいと思います。また、自閉症や周辺の発達障がい、知的発達症の人達の個々の能力や特性に応じて、環境にある大切な情報に気づき、理解していただけるよう視覚的な支援をはじめとする様々な手立てや工夫をしながら個々のバリアフリー環境を整え、ひとりひとりが地域社会の中で自分らしく暮らしていけるよう寄り添っていきたいと考えています。

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： 2020 年 7 月 20 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 はるにれの里		
事業所名 (施設名)	共同生活援助事業所 あしり	事業 種別	共同生活援助
所在地	〒 006-0004 札幌市手稲区前田9条17丁目2番30号		
電 話	011-676-7320		
F A X	011-676-7320		
E-mail	houjin@harunire.or.jp		
U R L	https://www.harunire.or.jp/care_home/top.html		
施設長氏名	真鍋 龍司		
調査対応ご担当者	佐々木 綾香 (所属、職名： あしり 業務課長)		
利用定員	94 名	開設年	平成 17 年 6 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>【理念】 あしりは、地域社会の中で自分らしく生きることを支えます。 重たい障がいを抱えていても、入所施設や病院ではなく、生まれ育った地域社会の中で、一市民として生きることを支えます。そして、一度しかない人生を自分らしくやりがいや生きがいを感じながら充実した日々を過ごせるよう様々な人や機関と協働しながら寄り添っていきます。</p> <p>【基本方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) その人の障がいの特性を理解し、その特性に応じた合理的配慮(バリアフリー)を地域社会の中に構築していきます。 2) 家族との協働 3) 適切な環境や支援を提供するためにアセスメントを重視します。 4) その人の強みを生かした活動やプログラムを計画します。 5) 二次障がいである「行動障がい」の予防のための取り組みをします。 6) 自閉症スペクトラム症の人への支援方法は、構造化された支援を中心に、その効果が立証されている方法論を活用します。 7) 個別支援計画は、その人の人生のシナリオです。丁寧にニーズをくみ取り計画します。 8) 行動障がいの支援よりも、その人の生きがい支援を優先し取り組みます。 9) 地域社会に基盤をおいた支援を生涯に渡って提供します。 <p>【自閉症支援の哲学】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 根拠を説明できる方法であること 2) 誰もがができる方法であること 3) 続けられる方法であること 4) 意味が伝わる方法であること 5) 便利になる方法であること 6) 幸せになれる方法であること 7) 家族が応援してくれる方法であること 			
<p>施設・事業所の特徴的な取組：グループホームの開設の仕方に特徴があります。開設の前の段階から地域生活への移行を目標に支援を進めてきた数名の利用者の人たちが入居者の候補となり選考され、ひとりひとりの障がいの特性やニーズに応じて、居住環境のバリアフリーが計画、設計され建物づくりや改修が行われて共同生活援助サービスの利用が開始されます。既存の建物があって入居者はいませんかという風にはなっていません。</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)			

【当該事業に併設して行っている事業】

該当なし

【利用者の状況に関する事項】（令和 2年 7月 20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	2名	10名	26名	19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
16名	10名	4名	0名	0名	1名
					合計
					88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	1名	名	名	1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	1名	名	名
肢体不自由	名	1名	名	名	名	1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）	1名	名	名	名	名	名
合計	2名	1名	名	2名	名	1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
71名	14名	2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	2名
合計	名	名	2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
1名	名	4名	名	12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
9名	名	8名	4名	7名	3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
16名	3名	名	5名	名	5名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
4名	2名	5名	名		

(平均利用期間: 9年9ヵ月)

【職員の状況に関する事項】(令和2年7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	サービス管理責任者	生活支援員
常勤	55名	1名	2名	4名	47名
非常勤	67名	名	名	名	6名
	世話人	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	1名	名
非常勤	60名	名	名	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	1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	7名 (名)
介護福祉士	9名 (名)
	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【グループホームとまと】

(1) 建物面積	274.23	m ²
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ	
(3) 建築年	平成 24年	
(4) 改築年	平成 年	

○成人施設の場合【グループホームふりっぱー】

(1) 建物面積	151.549	m ²
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ	
(3) 建築年	平成 24年	
(4) 改築年	平成 年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)		m ²
(2) 園庭面積		m ²
(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)に行き外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(4) 建築年	昭和 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)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積		m ²
(3) 敷地面積		m ²
(4) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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 1 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 1 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。

意見や要望があった際には適宜面談を実施、意見の内容を確認し改善に向けて調整している。

【その他特記事項】

総 評

「共同生活支援事業所 あしり」

<評価の高い点>

1、「成人後の人生のゆたかさ」

日常生活のさまざまな選択場面において、利用者から明確に「こうしたい」との表出があれば、その支援に向けて職員は動くことができます。しかし、意思表示が困難な方に対しては、支援者が日頃の観察から予測して決定を支援するかたちとなります。

グループホームに新しいルールが必要な時には、職員が原案を考えて利用者に持ちかけて、話し合っ決めていきます。現在、誕生会の企画があり、利用者が主役として、内容を決める予定もあります。日常的には、おやつや献立のメニュー、外出先の候補を設けています。

家族から離れてホームでの生活が長くなるほどに、家族よりも職員の利用者理解が深くなることもあります。幼少期からを知る家族にとっては、本人の選択肢の広がりや意外性を感じる場合もでてきます。一人ひとりの思いを推察する職員の努力が、利用者の人生を豊かにすることにつながっています。

2、「地域支援は共生社会の礎」

職員には、グループホームで利用者が安心して暮らせる環境を作るのは自分たちの責務との自覚があります。また、近隣住民に障がいについて理解を働きかけることも業務のうちと心得ています。利用者が近所迷惑な行為をした場合は、即日に謝罪や説明を行っています。

事業所として、利用者がホームで暮らす意欲をもって生活するために必要な、余暇支援の継続的な展開を課題としています。障がいのある方の社会参加や学習支援とも通じるところで、利用者が一人の時間を無為に過ごさない工夫を職員は日々、考えています。このような事業所の意識と姿勢は、地域住民と利用者が分け隔てられない共生社会の実現への礎となります。

3、「利用者に安心な職員配置と体制」

「社会福祉法人はるにれの里」は、昭和62年より事業を開始、現在は多岐にわたる福祉サービス提供と事業規模の有利性を備えています。

グループホーム職員は、夜勤があり一名勤務が基本です。状況に応じた様々な判断を即決するため、実務経験のある職員が求められます。「あしり」共同生活援助事業所では、同法人の他事業所で経験を重ねた職員を配置するように考慮されています。

法人全事業所で新人研修のほか、「エルダー・メンター制度」（新人職員の仕事上の悩みや不安を解消・軽減するために、気軽に相談できる立場の人を設定。ストレス軽減を図ると同時に、職場内のコミュニケーションの活性化に繋げ、新人職員の定着を目指す制度）が導入されており、新任職員が安心して、福祉の実務を積むことができます。広範囲に点在するグループホームの緊急時には、近隣の同法人事業所から職員が駆け付

けてバックアップする体制があります。利用者に安心な職員配置と体制からは、障がい
が重くても地域で暮らすことを支える法人の理念がうかがえます。

<質の向上のために求められる点>

1、「自律・自立の生活とコミュニケーションの促進」

日常の生活では、利用者が洗濯物のたたみ等の自分でできること（ADL・日常生活
動作）が低下しないように職員が目を配っています。自分で洗濯できるように使用方法
を書いた紙を洗濯機に貼っています。

利用者はその日の体調や気分により、できたりできなかつたりすることがあります。
洗濯洗剤の分量がわからなくなると職員に尋ねることもありますが、都度に対応してい
ます。発語による要求がない利用者には、家族からこれまでの生活を聞いたことを参考
にして選択肢を設けています。

楽しい話は利用者自ら語ることもできて、嫌だったことや内容によっては職員に言
い出しにくいことがあります。この解決策として、職員から利用者の居室へ訪問して話
ができるように「カード（お話がありますので来てください。）」を廊下に張り出してい
ます。

家族に頼りがちな方のコミュニケーションは、生活用品等の身近な物事の選択決定か
ら行えるように働きかけています。

文字や絵のカードを利用した意思疎通は、従前より行われています。現在、タブレッ
ト端末を使用して単語プラス動詞の文節までの伝達手段に進む試みを行っています。生
活訓練・機能訓練及びコミュニケーション支援にも通じる動機づけとして、利用者が楽
しんで行える新しいメニューを職員は考案中です。視覚的な情報処理が優位な方のため
にIT機器を駆使した支援の充実にも期待します。

2、「権利擁護と福祉サービスの質向上」

権利侵害防止に関連して、セルフチェックシートや職員アンケートを実施、結果は研
修時に伝えられます。研修では同じ悩みや困ったときの対応方法、支援者のストレス解
消となる休日の過ごし方、利用者の余暇の過ごし方など様々な情報交換を行っています。
グループホームにより利用者の障がい特性が違うので、学んだ支援方法が自分のホーム
の方に対して直接には使えるとは限りません。しかし、学んだことを柔軟に考え直すこ
とで活用できることもあるという気づきを得ていることは貴重です。

法人規程は揃っていますが、グループホーム専任職員の他に世話人、アルバイト職員
も勤務しており、全職員への権利侵害防止の徹底としては十分とはいえません。意思伝
達が困難な利用者への支援は、「どのように伝えたらよいだろうか」と考えること自体
が、障がい者の権利養護や権利侵害防止の手立てになります。

権利侵害の自己評価項目では、職員自身が目指す伸びしろを自覚していました。グル
ープホーム「ふりっぱー」「とまと」に留まらない「あしり」共同生活援助事業所の今
後に期待します。

3、「苦情解決の公表」

重要事項説明書には苦情受付の担当者及び責任者・第三者委員は明記されています。しかし、苦情解決責任者や苦情解決の状況を公表することについては明記されていません。利用者や家族に対して苦情解決の仕組みを積極的に周知するための仕組みや、連絡先を明記したポスターなどの掲示も見当たりません。

共同生活の場であることから人間関係の苦情は多く、利用者は直接職員に訴えています。職員は、利用者の中に入り調整を行っていることから、記録としての苦情の受理は0件となっています。

尚、社会福祉法第82条における苦情の範囲には、事業所が提供する福祉サービスの援助の内容も含まれています。事業所として苦情解決の仕組みの見直しが望まれます。

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	コメント
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	グループホームを運営する共同生活援助事業所「あしり」は、昭和62年に厚田村において、重度自閉症者の入所施設からスタートした「社会福祉法人はるにれの里」を法人本部とする。「あしり」では、「法人本部はるにれの里」の6つの事業運営理念を基本に置きつつ、グループホーム事業に則した、理念、基本方針が別途作成されている。「あしり」の理念、基本方針は、職員には会議や研修会で、利用者家族へは家族会等での説明が行われ、広報誌での周知も行われている。但し、総合パンフレットに「法人本部はるにれの里」の事業運営理念の掲載はあるが、「あしり」の理念・基本方針との整合性が取れていない。文言の整理と表記の統一性が期待される。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
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	法人が運営する様々な福祉サービス事業所の利用者から、今後のグループホーム利用希望等を聞き取ることで、潜在的な利用者に関するデータ収集が行われている。また、道央圏の「知的障害者福祉協会」主催による教育と福祉の情報交換会への参加等、法人外部からの情報収集も行われている。月次決算の実施により、適時に財務状況の把握が行われている。2020年度より、四半期ごとの財務状況分析から課題を抽出し、改善計画を立て、速やかに改善を実施していく取組が始まっている。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a	法人本部では、経営状況の把握・分析、経営課題の抽出、課題解決の提案を行う専門部署が組織されている。経営や課題については、地域担当者会議を通じて職員へ周知され、課題解決が行われている。グループホーム建て替え等の長期的な課題については、長期計画に組み込まれている。「あしり」は、石狩市から札幌市東区まで広範囲に21カ所のグループホームを運営している。法人本部が所在する石狩市から支援者を急行させることは、距離的にもホーム数からも難しい状況にある。そのため、夜間勤務を含め現場での対応は職員個々の判断に委ねる場合が多くなり、職員にとっては心理的負担が大きい勤務となっている。そこで、特別委員会として「グループホーム支援体制会議」を設置して、グループホーム事業固有の課題解決を、スムーズに行うための体制がとられている。また、緊急時には、最寄りの同法人事業所からスタッフが支援に駆け付ける体制を構築している。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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。	b	「中・長期計画【法人5ヶ年計画の重点項目】」の他に「中・長期計画【2020.7作成あしり5ヶ年計画】」（2020年～2024年）と「あしりサービス、今後5年分の財務予想シート一覧表」（2018年～2025年）が作成されている。「あしり5ヶ年計画書」は、ページごとに年度の目標をたてる形式となっている。また、「あしり5ヶ年計画」の目標の一つとして挙げられている「サービスの質の向上」は、5ヶ年を通して段階的に目標設定が行われている。計画は、第三者評価受審の年度に立案されているため、見直しは今後となる。毎年度の見直し時には、各年度の課題設定と達成状況が具体的にされることが期待される。
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。	a	2020年度 社会福祉法人はるにれの里 共同生活支援事業所あしり事業計画」が策定されている。単年度の事業計画は5ヶ年計画の目標が反映されており、収支計画は各グループホームの状況を分析し、策定されている。職員の要望は会議等で確認されており、それを基にスタッフが作成した計画は、あしり地域支援担当者会議で検討される。その後、法人本部のグループホーム体制整備会議での協議を経て、法人本部の経営委員会で承認され、最終的な短期計画が策定されていく流れになっている。
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。	a	2020年度の短期事業計画では、「あしり」全体の目標策定と、各グループホーム職員の意見が反映された、21カ所のグループホームごとの目標が策定されている。「あしり」は、2020年度初めて2つのグループホームが、「第三者評価」を受審した。短期計画の全体目標では、第三者評価受審の目的が明確に示され職員の理解を促している。短期計画についての中間報告が実施されており、計画の進捗状況は会議等で職員に周知され、理解を促している。
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	事業計画は事業説明会にて家族へ周知されている。利用者へは、利用者の障がい特性に応じた伝え方が行われている。重度の障がいの利用者への説明は難しいところがあるが、個別支援計画の説明時に、できるだけ、伝えるように心がけられている。ホームページでは、資金収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表、現況報告書、役員報酬規程等が公開情報として掲載されているが、事業計画はない。利用者・家族・地域へ理解を促すためには、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料等をホームページに掲載することにも期待したい。

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	コメント
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	サービスの質の現況を確認するために、法人スタッフが毎年度ピックアップしたグループホームで自己評価を行っている。2020年度は、現状分析と課題改善を強化するために、客観的な視点でのサービスの現況把握が重要と認識して第三者評価の受審に至っている。第三者評価受審では、グループホーム職員の全員参加で行われる自己評価から、自ら、自己のサービスを見直す機会が生まれる。今後、職員の新たな視点からの気づきによる、更なるサービスの質の向上への取組を継続していくことが期待される。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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	法人本部スタッフが内部で行った自己評価の結果は、職員へ配布されると共に会議での周知が行われ、改善策が検討されてきた。利用者の部屋に入るときのノックの徹底といった実行可能なことは、直ちに対策が取られている。しかし、21カ所あるホームの形態や、利用者の障がい特性により、すぐに改善策を講じることが難しいものは、現状の維持に留まっている。それらの課題についても、今後、あしり地域支援担当者会議やグループホーム体制整備会議での協議で具体的な改善策をはかり、翌年度の計画や長期計画に記載していくことで、確実に改善を実行していくことが予定されているので、今後に期待したい。

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	コメント
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	職務分掌、組織図、運営規定等で管理者の役割と責任が、明文化されている。会議の場での役割と責任の表明の他、半年に一度行われる職員面談の場で、助言等を行っている。
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。	b	法令遵守の要として、権利擁護等の研修には法人を上げて力を入れている。法人本部において3日間の新人研修が行われ、半年後には、フォローアップ研修が行われている。研修委員会が組織され、グループホームの職員への研修が実施されている。但し、入職時に利用者の情報をどう取り扱うかの講義が組まれているものの、以降には継続的なカリキュラムとはなっていない。法令遵守には、社会的ルールや倫理も含むので一層の取組が期待される。

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、サービスの質の向上には人材の育成が不可欠との信念を持ち、日々の活動を行っている。具体的には、法人全体のグループウェア（グループでのネットワーク）で報告された日報やメール連絡を毎日確認し、その日のうちに適切な指示を出している。さらに、重要度の高い案件については、迅速に現場へ赴き、職員から直に報告を受け、改善策等を協議し、職員に理解を促し、サービスの質の向上は勿論、経験から対人援助技術が高まることを考慮した対策を指示するよう心がけている。
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。	a 管理者は、人事考課の職員面談で個々に話をすることで、職員の悩みや要望等の把握を行っている。また、法人本部会議で現場状況を説明し、ホームの課題解決策を提案している。法人本部には、特別委員会としてグループホーム支援体制会議が設置されており、グループホーム特有の問題について改善を図っている。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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。	a	「社会福祉法人はるにれの里 人事管理制度基本要綱」に、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が明記されている。人事部では新人採用計画を立て、広報部とも連携し、法人紹介の為の学校訪問や就職セミナーへの参加等、必要な人材の確保に向けて組織的に活動が行われている。人材の定着には、キャリアアップが目指せる人事考課を用意している。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	経営コンサルタントの指導を受け、法人内で検討を行い作成した人事管理制度を2007年度より導入している。導入後も、実施後の状況分析を重ね、法人の運営に則した人事管理制度となるよう改定を繰り返している。人事考課制度の中で、職員のキャリアプラン実現を強化していくことが予定されている。昇格・昇進の基準について明記されているが、職員への周知には至っていないので、今後に期待したい。
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組んでいる。	b	グループホーム事業固有の課題解決を、スムーズに行うために、特別委員会として「グループホーム支援体制会議」が設置されている。2017年より女性の視点から、業務時間、業務内容、夜勤時間等女性が働く上での問題点をピックアップし、改善するために「女性の働きやすさ向上委員会」が設けられている。メンタルサポートの相談窓口があり、相談電話番号が記載されたカードを各職員が携帯し、相談しやすい環境が整備されている。有休消化率は把握され、義務化されている年5日の有休休暇の取得も行われている。今後、事業環境の厳しさが予測されるが、職員のモチベーションを高め、質の高いサービスを提供していくためにも、さらなる有休消化率を高める取組が期待される。

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	資格取得を希望する職員に対して、既に資格を取得している者との相談会が設定されており、経験者からの助言を受けることができる。ヘルパー研修への研修費補助等、一定の資格取得については事業所の費用補助が行われている。資格取得を希望する職員については、勉強時間の確保の為に、公休と有給休暇を組み合わせるよう配慮されている。人事考課での面談等を通して、職員1人ひとりの意向確認が行われている。今後は、人事考課制度の中で、職員個々のキャリアプランの進捗状況を確認し、適時・適切な助言でプランの実現につなげることを期待したい。
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。	a	自閉症について先進的な実践研究をもつアメリカの大学への海外研修派遣制度があり、職員のモチベーションを高めると共に、法人の福祉サービスの質を高めていく姿勢を職員へアピールしている。法人本部で研修委員会が組織されており、年間の研修計画が策定されている。職員の希望により、外部研修へ参加することも、奨励されている。グループホームである「あしり」職員向けとして、グループワークを中心とした研修が年2回開催されており、「あしり」全体の情報を共有し、研修を通し、それぞれの職員の業務上の悩みも全員で分かち合っている。
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	法人本部において新人研修が行われており、「エルダー・メンター制度」（新人職員の仕事上の悩みや不安を解消・軽減するために、気軽に相談できる立場の人を配置する。ストレス軽減を図ると同時に、職場内のコミュニケーションの活性化に繋げ、新人職員の定着を目指す。）を導入し、新人職員の定着率向上が図られている。グループホーム職員は、夜勤もあり、一人で様々な判断を行わなければならない状況が多い、そのため、ホーム職員は同法人の他の事業所で経験を重ねた職員を配置している。世話人の業務は主に食事・清掃等であるが利用者や接する場面もある。権利擁護について教育の機会は、広く世話人にも設けることを期待したい。
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。	b	実習生を受け入れるにあたっては留意事項が書かれた書面を作成し配布している。実習生に関しては、日中活動の場である生活介護事業所と共に実習プログラムが作成されている。グループホームは夜間帯のプライベート空間での支援となることから、主に講義と建物内の見学が中心となっている。見学の際には、利用者の具体的な生活状況なども説明することで、より実習生の利用者理解にはつながっているが、更にグループホームにおける支援の実際についても実習できる体制の整備を期待する。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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。	b	広報誌の「はるにれ」と「しりぼっけ」を利用者家族やグループホーム所在の町内会へ配付している。法人ホームページの公開情報のページには、競争入札情報、資金収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表、現況報告書、役員報酬規程等が掲載されている。また、法人ホームページで「あしり」の21カ所のグループホームの所在地区名と外観写真を見ることができる。社会福祉法第75条により、提供するサービス情報の詳細についても公開が期待される。
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	会計と労務について専門家のコンサルティングが毎月行われている。そこで、課題の指摘があった事項については、経営委員会での協議が行われ、改善策の立案、改善の実施が行われている。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
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	地域に溶け込み支え合う事業を法人の事業運営理念としており、地域と交流する機会は多い。町内会に加入しており、可能な限り行事に参加している。地域のイベントに中核的役割を果たしているホームがある。また、当事者の会で活動している利用者に対しては、職員が送迎の支援を行っている。買い物などの利用者個々の外出に関しては、グループホーム専任職員や地域支援職員・生活介護職員の他、居宅介護事業の外出支援等の複数のサービスを適宜調整している。
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	ボランティアの受け入れ規定は定められているが、専門職ではないボランティアを個人の生活の場であるグループホームで積極的に受け入れるということは検討されていない。ボランティアを受け入れるには、福祉に関する専門性を有する福祉事業所が地域の社会資源のひとつとして、学校教育施設や体験教室の学習等に協力することである。ホームの環境整備等としてのボランティアの導入について検討し、合わせて学習会などを開催してボランティアを養成教育していくという視点を期待したい。

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。	b	法人固有のサービスとしてコンサルティング部門がある。必要な場合は連携して法人内コンサルティング担当者が定期的に利用者と面談を行うことがあり、法人全体として必要なサービスが提供されている。「あしり」全体で21か所のグループホームが石狩・札幌両市内の広範囲にあるため、エリアごとに職員連携会議を開催し、地域の情報の共有や課題について話し合っている。自立支援協議会については、地域の防災等の議題時には「あしり」の職員も参加している。地域の社会資源については、個々の職員が利用者に情報提供を行っているが、組織としての情報の整理はされておらず、今後、体系化していく中で、更なる他機関との連携の強化が期待される。
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	c	利用者の生活の拠点であるグループホーム「あしり」は、プライバシー問題があり、施設機能の還元は考慮されていない。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c	法人では、地域交流スペースを利用した相談で、グループホーム利用についての説明を行うことはある。グループホーム「あしり」においては、職員が町内会の中核的な役割を担っているホームもある。しかし、地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組としては、明確に行っていることはない。

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	コメント
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	法人は「TEACCH」（構造化を主とした発達障がいへの支援方法の1つ）をベースとしたサービス提供を展開している。「職位行動」は、職員としてのあるべき姿を示し、倫理綱領を整備している。虐待マニュアルを作成しており、グループホームにおける虐待防止委員会と責任者を定め、研修は年2回開催している。内容は一方通行の講義形式ではなく、グループワークを取り入れて職員が自ら思考するよう工夫している。アルバイト職員に対しては、教材DVDの提供と個別指導を行っている。各グループホームの状況を把握しやすくするために、職員のセルフチェックリストを年2回実施している。集計結果についてはフィードバックしているが、その分析結果を支援にどう反映させるかは、現段階では検討課題となっており、今後が期待される。

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	<p>利用者の部屋にはロックをして意思を確認してから入室することや、個人を尊重した呼称を使用するなど、プライバシーや権利擁護に関する職員の意識は高く当然のこととして実践されている。女性のホームの場合には、男性の家族の来訪希望時には、他の利用者に了解をとる配慮がなされている。利用者が私生活上の自由のある暮らしとなるためには、職員がプライバシーを保護している具体的な配慮事項をホーム内にわかりやすく掲示したり、利用者や家族に書面で周知することが期待される。</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）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。	c	<p>先に入居候補者があり、障がいが重度であっても地域の中で自立した生活を可能とするために建築の段階からハード面も検討し、個々の特性に合わせてグループホームを新設してきた経緯がある。希望があれば随時見学に対応は行っているが、空き室が出ることは稀である。利用者向けのグループホームのリーフレットは作成されているが、サービス選択のための積極的な情報発信は行っていない。法人のホームページではグループホームの建物の写真は公開されている。グループホームの特徴や、どのような支援が提供されているのかといったサービス選択のための情報提供が望まれる。</p>
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	<p>サービスの開始にあたっては、運営規定に説明する内容と方法については示されており、書面にて同意を得ている。契約時には家族に重要事項を説明する場合や、利用者に概要をわかりやすく説明するなど個々の状況に合わせて行っている。サービスの変更も同様である。利用者は、情報の提示方法によっては、理解のしやすさが違ってくる。絵や図、文字の大きさや表記方法等の視覚から入る情報提供の方法を工夫するなど、利用者自身がどのようなサービスを受けられるのかを振り返って確認できる書面などの工夫を期待する。</p>
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。	b	<p>個々の利用者に合わせ各グループホームを設置している経緯から、他事業所への変更や家庭への移行などの利用者の移動は数少ない状況である。そのため、引継ぎに対する手順書や引継ぎ文書などの定めはない。しかし、グループホームで作成している基本情報や詳細なアセスメントから纏められた特性シートが整理されており、変更や移行時には、すぐに情報を提供することができる。サービスの継続性に配慮するために、外部に情報を提供するにあたっての利用者や家族へ同意をとる手順や、終了後の相談の受け付けや対応窓口の設置などについても検討を期待する。</p>

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a 法人の事業所ごとに家族会があり活発に活動しており、家族は直接、職員に要望を伝えやすい環境となっている。各事業所の家族会は連絡協議会として法人全体でも活動しており、法人内の家族にアンケートを実施している。アンケート結果は、法人としてもその結果を分析しホームへ伝えている。各ホームを定期的に巡回しサポートできる職員体制を整えており、利用者の特性に合わせて個々に定期的な面談日を設定したり、都度の訴えを受け相談対応している。グループホームによっては担当職員とコミュニケーションアプリなども活用し、利用者によって伝えやすい方法を選択している。
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。		
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。	c 重要事項説明書には苦情受付の担当者及び責任者・第三者委員は明記されている。しかし、苦情解決責任者や苦情解決の状況を公表することについては明記されていない。利用者や家族に対して苦情解決の仕組みを積極的に周知するための仕組みや、連絡先を明記したポスターなどの掲示も見当たらない。利用者は共同生活の場であることから人間関係の苦情は多いが、利用者は直接職員に訴えることができている。職員は都度、利用者の中に入り調整を行っていることから、記録としての苦情の受理は0件となっている。社会福祉法第82条において苦情の範囲には、事業所が提供する福祉サービスの援助の内容も含まれており、事業所として苦情解決の仕組みの見直しが望まれる。
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 言葉による意思の表明や判断することが難しい利用者に対しては、日々の表情や行動を観察する中、職員から声をかけ自己決定が容易になるよう、選択肢を複数用意したり視覚からの情報提供の方法を工夫するなど意見をくみ取っている。グループホームによっては利用者と職員がコミュニケーションアプリを使ってやり取りをするなど、個々の特性に合わせた対応がなされている。グループホーム専任職員の他、複数のグループホームを巡回して利用者と個別に面談ができる体制もできており、利用者は相談する職員を選びやすい。しかし、その仕組みを積極的に周知するまでには至っていない。相談する方法や相手、また職員以外の第三者委員や他の相談機関など、複数の選択肢をイラストなども使いわかりやすく明記し、自由に選んで相談できることを説明した書面を利用者や家族に配布したり掲示することで、より意見を述べやすい環境づくりを期待する。
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。	b グループホームは広範囲な地域に渡り立地している。利用者は意見や要望を直接職員に訴えることが多い。法人内で構築しているウェブの連絡システムを活用することで、関係職員全体がタイムリーに情報を共有し対応を検討、対応している。職員は利用者からの訴えに対し丁寧に対応しており、ホーム内における利用者間の関係調整を求める相談も多い。少人数での共同生活の場であるという特性から、双方が納得し解決するまでに時間がかかる場合もある。解決に時間がかかってしまう場合は、①対象利用者へのタイミングで進捗を説明するのか、②利用者間の関係調整に対する事業所としての考え方や対応方法、③対応した結果の公表などについて、以上の①～③を検討して、標準的な手順書などの整備を期待する。

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。	b	建物における事故防止のチェックリストが作成されており、安全確認や定期メンテナンスの重要性について認識している。ヒヤリハット及び事故報告書の定められた書式があり、報告に関する流れは職員に周知されている。事故や事故につながりそうな案件が起きた場合は、発見者は報告書を作成し地域担当職員に報告と記録を行っている。事故報告書に関しては、事故防止委員会にて分析し結果も含めて全体に周知し再発防止に努めている。しかしヒヤリハットと事故報告書の仕分けに関する基準は明確になっていない。ヒヤリハットのデータを集約し分析しフィードバックすることで職員の「危険への気づき」が促進され事故を未然に防ぐ効果がある。職員へのヒヤリハットの意義の周知と報告のルール作りを期待する。
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	法人内で感染症対策本部を設置している。看護師がエリアごとに配置されており、定期的に事業所を巡回指導している。感染予防の研修は毎年実施し、感染予防マニュアルも作成、見直しは看護師が行っている。2020年の新型コロナウイルス感染症に対する対応マニュアルに追記され、職員研修を開催し看護師による指導がなされている。グループホーム内の消毒については、職員より個別に指導を受けた世話人が行っている。利用者に感染が疑われるような症状がみられた場合は、担当職員は発見直後に地域支援員に連絡し、地域支援員が看護師への連絡の必要性を判断して必要な指示を仰ぐという流れとなっている。
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	事業所の立地条件を分析し、想定される災害に応じた非常災害対策計画を立案している。「非常持ち出し物品・防災点検チェック表」「非常時持ち出しリスト」の他、利用者の医療情報や緊急連絡先を記入した「防災カード」「非常食ストックリスト」「在庫チェック・期限チェック表」等を作成している。職員への緊急時の連絡体制も明確になっており、利用者家族への連絡方法も定められている。法人として防災委員会を設置し、各ホームの詳細な状況確認と職員への注意喚起としての意味合いも兼ねて、職員を対象に災害に対するアンケートを実施している。法人の災害時の危機管理に対する意識は高い。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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。	a	世話人向けマニュアルは、グループホームごとに手順書が作成され、これにもとづきサービスが提供されている。ケアを担当する支援員の業務マニュアルは、ホームとしてのマニュアルの他、利用者一人ひとりに対して時系列の手順書も作成されている。支援者が替わっても、統一した方法でサービスが提供できるよう作成されている。
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。	a	利用者個々のサービスの手順書は、月1回、担当職員・地域支援員職員で会議を開催し現場の意見を反映した見直しが行われている。検討内容はグループホーム会議録に記載され、モニタリングを通じて検証している。個別支援計画との連動性については担当者会議においてサービス管理責任者や地域職員が実施状況を確認している。
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。			
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	個別支援計画書の様式はエクセルで独自に作成し事業所で統一して使用している。計画策定は、3か月に1回の連携会議において前回の計画での課題を地域担当職員とグループホーム担当職員とサービス管理者の三者で作成し、他の専門職が入ることはない。三名の職員より多くの関係者が集うのは連携会議となる。この会議で、アセスメントとモニタリングの経緯を個別支援計画の確認事項欄に記載している。利用者本人が望むホームの生活を目標にした支援のために、3名の主担当職員から多数での協議により立案している。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	個別支援計画は、前期後期の年2回の見直しが行われている。計画の急な変更が起こらないように見直しを行い、気が付いた点は利用者個別の支援のマニュアル（タイムスケジュール）に記載している。目標・課題達成により計画は見直される。また、利用者に新たな不適応行動が起こると計画を見直している。計画の変更・見直しというより、更によくするための手順として行われている。利用者の落ち着いた生活の維持のために、障がい特性に応じた職員の動きを個別の支援マニュアル（タイムスケジュール）の見直しにもなっている。利用者の自己決定支援として、より具体的な日常生活支援の設定や余暇活動の選択肢を増やす社会資源の開拓など、個別支援計画の見直しで図られることは多い。今後の利用者の目標の妥当性や具体的な支援と不適応行動の解消にも努めている。

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。	a	グループホームでの日常生活の「引継ぎ」は、パソコンのデスクトップに貼り付け、当日担当職員が始業時に確認している。グループウェアを導入し、引継ぎ事項も共有されている。世話人は掃除チェックリストに記入する程度で記録は行わない。ケース記録、会議録など紙媒体よりもグループウェア内の記録を確認することで、過去と照らし合わせている。職員間の情報共有として効果をあげている。
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	グループホームの職員室は職員不在時には施錠しており、支援職員以外はパソコンにログインして記録を見ることはできない。個人情報管理規定など必要な対策は法人で行っている。入職時研修に利用者の情報をどう取り扱うかの講義が組まれている。開示請求に備え、読まれることを前提の記述に努めている。本評価の基準は最新版より一つ前の内容であるため、最新の個人情報に関するガイダンス等を参照して、グループホーム職員に再度必要と思われる必要事項を入職以降も継続して伝達することにも期待したい。

評価対象 障がい者・児施設 内容基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
1-(1) 自己決定の尊重			
A 1	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。	a	利用者から明確に「こうしたい」との表出があれば、その支援に向けて職員は動くことができる。しかし意思表示が困難な方が殆どなので、支援者が日頃の観察から予測して決定を支援するかたちとなる。例えば、ホームに新しいルールが必要な時には職員が原案を考えて利用者に提案し、話し合っ決めていく。また、誕生会の企画があり、利用者が主役として、内容を決めてもらう予定もある。日常的にはおやつや献立のメニュー、外出先の選択肢を設けている。家族から離れてホームでの生活が長くなるほどに家族よりも職員の利用者理解が深くなり、余暇活動の選択肢を広げることにもつながる。
1-(2) 権利侵害の防止等			
A 2	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c	権利侵害防止に関連して、セルフチェックシートや職員アンケートを実施、結果は研修時に伝えられる。研修では同じ悩みや困ったときの対応方法、支援者のストレス解消となる休日の過ごし方、利用者の余暇の過ごし方など多様な情報交換を行っている。ホームにより利用者の障がい特性や個性が違うので、学んだ支援方法が自分のホームの方に対して直接には使えない。しかし、学んだことを柔軟に考え直すことで活用できることもあるという気づきを得ている。法人規程は揃っているが、グループホーム専任職員の他に世話人、アルバイトも勤務しており、全職員への権利侵害防止の徹底としては十分ではない。意思伝達が困難な利用者への支援は、どう伝えるかと考えること自体が権利侵害防止の手立てになりうる。本項目には評価点bがないが、自己評価では職員自身がaを目指す伸びしろを自覚している。グループホーム「ふりっぱー」「とまと」に留まらない今後の取組に期待したい。

A-2 生活支援

2-(1) 支援の基本			
A 3	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。	b	日常生活では、利用者が洗濯物のたたみ等の自分でできること（ADL・日常生活動作）が低下しないように職員が目配りして支援している。自分で洗濯できるように使用方法を書いた紙を洗濯機に貼っている。利用者はその日の体調や気分により、できたりできなかったりすることがある。洗濯洗剤の分量がわからなくなると職員に尋ねることもあるが、都度に対応している。発語による要求がない利用者には、家族からこれまでの生活を聞いたことを参考にして選択肢を設けている。文字や絵のカードを利用した意思疎通が従来から行われている。現在、タブレット端末を使用して単語プラス動詞の文節までの伝達手段に進む試みを行っている。生活訓練・機能訓練及びコミュニケーション支援にも通じる動機づけとして、楽しんで行える新しいメニューを職員は考案中なので今後期待したい。

A 4	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。	b	楽しい話は利用者自ら話ができても、嫌だったことや内容によっては職員に言い出しにくいことがある。この解決策として、職員から利用者の居室へ訪問して話ができるように「カード（お話がありますので来てください。）」を廊下に張り出すようにしている。家族に頼りがちな方のコミュニケーションは、生活用品等の身近な物事を選択決定から行えるように支援している。文字や絵のカードによるコミュニケーションは既に導入済みで、職員室には予備のカードがストックされている。単語のみ発語の利用者へ新しい試みとしてタブレット端末でのやり取りを始めている。今後は、視覚的な理解に優れた利用者のためにIT機器を駆使した支援の充実にも期待したい。
A 5	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。	b	自分から話しかけることができる利用者もいるが、多くの方は身近な職員からの意思を尊重した支援に頼っている。このため職員個々の支援における観察と推理の力に負うことにもなる。世話人・夜勤のアルバイトの勤務時の情報は、担当職員を通して収集され利用者の意思を読み取り推察している。利用者の意思を尊重した支援としての相談業務は、場面観察として行われているが、利用者個々の生活の質にかかわることなので、職員個々の力量アップのための仕組みが期待される。
A 6	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。	a	グループホームでの利用者は、土日祝日を自室でゆっくり過ごす、帰省する、外出支援サービスを受けるなどしている。平日は、個別のタイムスケジュールによる支援で落ち着いた日々を過ごしている。計画の変更は3か月に1回の連携会議に図られる。2020年の新型コロナ予防対策による外出自粛を受けて一般就労の出勤停止や帰省中止があった。こうした状況にも柔軟に対応している。
A 7	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。	a	強度自閉症の利用者対応には、グループホームが申請すると同法人の機関から専門的助言が得られる。障がい種により対象とならないホームでは、1年以上にわたる職員の地道な支援で生活リズムを取り戻している。どちらの場合も担当職員以外の意見を聞く効果があったと自覚している。専門的助言を受けた後は、当該機関へ報告して知見の蓄積としている。
2-(2) 日常的な生活支援			
A 8	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。	a	食事は食材配送サービスの献立を使って世話人が提供している。体重増減の管理が必要な利用者には栄養士が献立を改めている。食べてむせた食品があれば世話人が伝達記録として職員に知らせている。口腔ケアは職員が仕上げ歯ブラシをしている。排泄を促す文字カードの使用や、シャワーチェアといった福祉用具の活用もある。移動に関しては、公共交通機関と送迎車を利用する方のそれぞれに応じた支援をしている。日中活動からホームに戻ってからの支援は、個人別に時間割で行う支援が決められてタイムスケジュール化されている。土日・祝日には外出支援サービスを利用して、一日中部屋で過ごして活動の低下を招かないように留意している。

2 - (3) 生活環境		
A 9	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。	a ホームは入居する利用者を前提に建設されているので、特性に応じた建築構造となっている。防音設備やバリアフリー、外壁には外気温の変動が少ない仕様とするなど、家族がけん引して障がい者グループホームの建設が促進した。予め利用者の相性も考えた部屋配置も決められているが、トラブル回避のために食事や洗濯の時間が被らないように支援の時間に差を設けている。入居後に生活音に過敏となった方には家具の配置換えなどで対応している。
2 - (4) 機能訓練・生活訓練		
A 10	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。	b 理学療法士の処方箋を元に、腕を上あげる動作を日常生活で取り入れられるように利用者へ整理整頓をすすめている。また、利用者が居室内を楽しみながら動くように「宝探しゲーム」とネーミングして働きかけている。基本的には、自分でできたことをやらなくならないように、職員が適時に介入している。利用者の心身に応じた機能訓練・生活訓練として意識化していなかったため、明確に支援に位置付けることが期待される。
2 - (5) 健康管理・医療的な支援		
A 11	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。	a 年間4回、看護師の巡回があり、事前に準備した具体的なテーマで講義を行っており、前回は食事場面の見直しを協議している。職員は利用者健康について看護師に電話で問い合わせできるが、その前段階として既読すべきマニュアルが準備されている。体重管理には栄養士による献立の指示がある。ホームは時間帯をずらして支援員、世話人、夜勤アルバイトなどが勤務するので、その日の利用者の体調不良はパソコンの引継ぎ画面などで確認しており、連絡先の掲示や対応がマニュアル化されている。健康の維持のために口腔ケアにも努め、本人の歯磨き後に職員が仕上げをしている。
A 12	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。	a ホーム利用者に、食事対応の必要なアレルギーのある方は1名おり、喀痰吸引や経管栄養等の医療行為の必要な方はいない。服薬マニュアルとお薬カレンダーが職員室に置かれている。与薬の事故は他ホームでは報告があるので十分な注意喚起を行っている。
2 - (6) 社会参加、学習支援		
A 13	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。	b 自立度の高い利用者は、サッカー等のスポーツや「よさこいソーラン」等の活動へ出かけている。過去に学習ドリルを使用した利用者はいるが、現在、学習のための支援はない。希望する社会参加の意思表示が困難な利用者には、家族からの意向も聞いて外出支援サービスを調整している。福祉会館で実施された「そば打ち」の蕎麦のおすそ分けを頂くホームもあり、地域社会の一員として参加可能なきっかけがある。自己実現を利用者自ら申し出ることは少ないので、支援する職員からの働きかけに期待したい。

2 - (7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A 14	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。	b	グループホームで今後も利用者が安心して暮らせる環境を作るのは職員の責務との自覚がある。地域住民に障がいについて理解を図ることも業務のうちと心得ている。利用者にホームで暮らし続ける意欲を持ち続けてもらうには、余暇支援の継続的な展開を課題としている。社会参加や学習支援とも通じるが、利用者が一人で何もしない空き時間を長く過ごさない工夫を職員は日々、考えている。グループホームから一人暮らしを希望する利用者が1名いるが、長期計画にいくつもの段階を設けて具体化する必要がある。地域職員とも連携してスモールステップの案を設けるなどの具体的な個別支援計画の作成に期待したい。
2 - (8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A 15	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。	a	利用者の怪我は、小さな傷でも即時に家族へ連絡している。家族会の開催には職員も出席しており、議案の過多により開催頻度はグループホームで異なる。職員が家族と直接会って話す機会はこの他、帰省時の送迎である。都度、要望などを聞き、必要な物品の購入を伝えている。帰省ノートでホームでの普段の様子を伝え、写真を添えることもある。また、家庭での様子や対応を聞き取り、ホームだけではなく日中活動の事業所とも連携した支援に活かしている。

A-3 発達支援

3 - (1) 発達支援			
A 16	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。		評価外

A-4 就労支援

4 - (1) 就労支援			
A 17	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。		評価外
A 18	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。		評価外
A 19	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。		評価外