

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2020年2月28日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0029
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 17-001

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)	武藤 洋一	福祉医療保健	第0214号
	(2)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(3)	長濱 章雄	総合	第0252号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活援助			
事業所名称	エール生活支援ステーション			
設置者名称	エール株式会社			
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7月29日	～	2020年2月14日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2020年1月17日			
評価合議日	2020年2月1日			
評価結果報告日	2020年2月28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。				

総評

エール生活支援ステーション（共同生活援助）

<評価の高い点>

1 「個別支援を高める職員の姿勢」

初回の個別支援計画書は、サービス管理責任者が作成しています。サービス利用開始時のアセスメントは、相談支援事業所や家族から利用者情報の詳細な聞き取りを行って作成し、検討会議の開催によって個別支援計画書に反映させています。サービス管理責任者が初回の個別支援計画を作成することで、その後の計画作成の際に担当者による差がでないように指導しています。

7か所まで増えたグループホームを運営していく過程で、サービス管理責任者を核として個別支援の質を高めようとする職員の姿勢があります。

2、「実践的な夜間支援業務マニュアル」

事業所は2020年1月現在、7か所のグループホームを運営しています。各ホームには生活支援員のほか、主に食事を担当している世話人と夜間支援員が配置されています。職員は、一か所に勤務が固定されておらず、複数のホームを受け持っています。賃貸マンションの貸室を利用しているので、一つのホームには7名前後の利用者が入居しています。常の身体介助はないものの、障がいや疾患に応じた様々な支援が夜間の時間帯にも求められます。

入所施設と違うのは、入職後に早期に単独での業務遂行となることです。このため「夜勤者マニュアル」には清掃・除雪等のルーティンワークや緊急時報告フローの他、服薬管理についてまとめられています。また、マニュアルの記載は、利用者の障がいや病状により変更され、実践的な夜間支援業務マニュアルとなっています。

<質の向上のために求められる点>

1、「リスクマネジメントのこれから」

事業所は、リスク対策として札幌市自立支援協議会主催の研修に出席し、グループホームでの事故報告や事例検討、再発防止策などを学んでいます。直近では、例年多発している冬季凍結路面での転倒を防止するために、路面への砂の散布や滑り止め付の靴使用を利用者へ助言しています。リスクマネジメントの手法の一つには、ヒヤリハットの収集・分析があります。事業所のヒヤリハットは「現場状況報告書」に記載されていますが、事故や相談事例等も混在しているので分析が困難となっています。

服薬事故や利用者間のトラブルは「業務マニュアル」に対応が記載されていますが、パート職員への周知には至っていません。災害対策に関しては、非常時の利用者への連絡方法等の課題があります。受審時の自己評価中に様々な気づきがあった経緯から、2019年12月にリスクマネジメント委員会を設置しています。

2020年2月には8か所目のホームが増設されます。「エール生活支援ステーション」の支援を地域に広げるためにも、リスクマネジメント委員会の今後の期待されます。

2、「地域へのソーシャルアクション」

利用者と事業所の契約には町内会の加入事項は入っていません。このため、町内会へは利用者が個人で加入しますが、過去に申し込み段階で婉曲に断られることがありました。通常、町内会の加入は入居時に入会勧誘がされます。賃貸マンション自体が町内会に未加入のグループホーム居室もあり、事業所は、利用者が町内会へ加入するための積極的な働きかけはしていません。

グループホームは、障がい者が自立するためには欠かせません。障がいが高くても病院や施設ではない、個人が尊重される生活の場です。国が推し進める共生社会は、お年寄りも子どもも障がい者もお互い様の助け合いのコミュニティーです。地域で暮らそうとする利用者が町内会の会員になることに何の妨げがあるのでしょうか。利用者個人では抗議できないことは、福祉事業所のソーシャルアクションとして代弁することはできないのでしょうか。

支援費制度から障害者自立支援法へ、そして障害者総合支援法、障害者差別解消法と、どんなに法律が制定され改正されても、人々の心のバリアーを取り払うのは人の心でしかありません。事業所は、利用者の代弁者として機能することが望まれます。

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：エール株式会社

代表者氏名：本間 聡

所在地：〒065-0025 札幌市東区北25条東9丁目2番10号 本間ビル TEL 011-768-7350

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

平成24年10月から当初ケアホームとして、現在はグループホームとして運営を行ってまいりました。自己評価を行うにあたって、法人として取り組めていない事・さらなる取り組みが必要な事の発見が多数ありました。個人でも評価が違い、ピアスタッフからの意見や考えなども含めて、スタッフ一丸となって障害福祉サービス事業所として、利用者によりよい支援を行う為にはどのような取り組みをしていく必要があるのか考える機会となったことに感謝しております。24時間型グループホームの運営に当たり、様々な勤務形態のスタッフがいる中での共有・周知・実践・確認が課題と強く感じ、日々の業務の中で常に検討・アップデートしていきたいと思っております。

【理念、基本方針の確立・周知】

スタッフへの周知はもちろん、利用者や家族に対する周知を行い、更なる福祉サービスの質の向上に努めて参ります。又、グループホーム拡大に伴い、福祉サービスの質の向上に向けての組織的な仕組みづくりやチェック体制の確立・人材育成に取り組んでまいります。

【地域へのソーシャルアクション】

倫理綱領や経営理念にもある、利用者の社会参加、安心できる地域社会の形成、社会貢献の実践のため、町内会参加やボランティアの受け入れやボランティア活動、その他地域活性化の一員となっていきたいと思っております。

【リスクマネジメント】

リスクマネジメント体制づくりがなかった為、第三者評価の自己評価を機会にリスクマネジメント委員会を発足しました。これからの取り組みとなりますが、利用者とスタッフの安全・安心を一番に、事例検討などを行う事でスタッフのスキルアップと利用者支援の向上につながるよう取り組んでまいります。

【利用者ファースト】

苦情解決の仕組みづくりの改善や、利用者アンケートの実施を行う事で、利用者の暮らしがより良いものとなるよう、エンパワメント理念に基づきながら利用者ファーストでの運営を心掛けてまいります。

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：		2019年9月10日	
経営主体 (法人名)	エール株式会社		
事業所名 (施設名)	エール生活支援ステーション	事業 種別	共同生活援助
所在地	〒 001-0030 札幌市北区北30条西9丁目4-8-105		
電 話	011-768-7350		
F A X	011-768-7351		
E-mail	home@vell.n25.jp		
U R L	http://www.vell.n25.jp		
施設長氏名	鈴木麻衣		
調査対応ご担当者	鈴木麻衣 (所属、職名： 管理者兼サービス管理責任者)		
利用定員	52 名	開設年	平成 24 年 7 月 1 日
理念・基本方針： 嘘・偽りのない誠実な支援を行う。			
施設・事業所の特徴的な取組： 手厚い人員体制と手厚い夜間支援体制			
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】

(例) ○○事業 (定員○名)

--	--

【利用者の状況に関する事項】（令和 1 年 9 月 10 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
名	名	2名	2名	7名	3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
8名	7名	8名	5名	5名	3名
					合計
					50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	1名	名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓・ぼうこう他）	1名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	1名	1名	名	名	1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
2名	8名	7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	1名	19名	4名
そううつ病	名	1名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	2名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	1名
その他の精神疾患	名	1名	2名
合計	1名	23名	7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
6名	5名	6名	4名	11名	8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
5名	7名	名	名	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	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： 3年8ヵ月)

【職員の状況に関する事項】 (2019年 9月 10日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	代表取締役	管理者	事務員	サービス管理責任者
常勤	12名	1名	1名	1名	2名
非常勤	31名	名	名	名	1名
	支援員	世話人	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	2名	2名	名	名	名
非常勤	名	17名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	夜勤員	調理員等	医師	その他
常勤	名	3名	名	名	名
非常勤	名	13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	1名 (名)
精神保健福祉士	2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	全てのグループホームが賃貸物件である。 http://www.yell.n25.jp/grouphome/index_1.html (グループホームのHP参照)	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	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)に行き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	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)	☐・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】

・平成 30 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】

・平成 30 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 _____ 人

その他 1 人（法人内の通所事業所にて受け入れし、グループホーム見学を実施した）

【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。

制度上のモニタリングだけではなく、フランクな感じでの面談等。

【その他特記事項】

グループホームが増えて従業員数が増える事で、「報連相（報告・連絡・相談）」や統一した支援を行う事が課題と感じる。

メンバー（利用者）からの声を聞き逃さないよう、なるべく迅速に対応するよう心掛けている。

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-(ⅰ) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
1	Ⅰ-1-(ⅰ)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	c	理念と基本方針は、本第三者評価受審時の自己評価後に「経営理念」「倫理綱領」に集約した。2019年11月に各グループホームの食堂と本社へ「経営理念」「倫理綱領」を掲示し、職員及び利用者に説明している。今後は継続的にミーティングや広報紙媒体でも周知していくことを予定している。尚、公表される理念と基本方針は「嘘・偽りのない誠実な支援を行う」である。この他にも4つの全職員で共有したいことがあげられている。どちらも捨てがたく大切な企業倫理であり支援の質向上には欠かせないので、今一度の文言の整理が望まれる。

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(ⅰ) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	Ⅰ-2-(ⅰ)-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。	b	札幌市内のグループホーム関連動向については、管理者が札幌市自立支援協議会等に出席し情報収集している。ホームの利用率等については、半年をスパンとして定期的に会計事務所が入って経営分析している。市内の福祉動向と経営的センスが結びつくには分析が不十分である。今後は、経営陣だけではなく、職員全体でホーム運営の動向を共有していくことに期待したい。
3	Ⅰ-2-(ⅰ)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	経営課題は経営陣で共有している。課題のひとつには、人材の確保があり、その対策として人員募集を行っている。また、職員の育成について計画を立て、研修参加を促している。職員は、支援の人手が足りないことや、利用者の入院に伴う空室発生による収入減等については心得て業務にあたっている。経営陣は、具体的な経営課題についても職員への周知が必要と認識している。今後は、中・長期的な展望に沿った課題を明確にして、職員に理解を促すことを期待したい。

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-3-(ⅰ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	Ⅰ-3-(ⅰ)-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	「エール株式会社事業計画」は、3～5年後を見据えた経営トップのビジョンを示している。グループホーム利用者数は2018年度を起点として150%を目指し、職員の資質向上とミドルポジションの拡充をあげている。しかし、初受審の自己評価により早急に文書化したので、骨組み段階の立案となっている。次年度の見直し時の具体的な肉付けに期待したい。また、2020年は、ホーム以外の事業所の各々の会計が明確になる予定である。これにより事業所毎の中・長期の収支計画が立てやすくなるので、こちらも今後に期待したい。

5	1-3-(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	グループホームの単年度計画は、「エール株式会社事業計画」の下段に記載されている。中長期計画と同時に短期計画を作成したため、内容の反映が困難である。しかし、有給休暇の取得100%や余暇・レクリエーションによる職員間のつながり強化といった記載から社員を大切に作る姿勢がうかがえる。本項目は、人材育成計画にも波及するので、次年度の見直し作成時には具体的な立案が望まれる。
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	1-3-(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。	c	「エール株式会社事業計画」は、第三者評価初受審に向けて早急に策定された。職員に計画の提示はしたが、実施状況の把握はこれからであり、見直しは次年度となる。次年度には、職員参画のもとに計画の評価・見直しが行われることが望まれる。
7	1-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	「エール株式会社事業計画」は作成されたばかりで、利用者・家族、地域への周知はこれからである。広報誌のような媒体を作成して周知、理解を促す意向がある。今後に期待したい。

1-4 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
1-4-(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	1-4-(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。	c	初めての第三者評価の受審である。定期的な自己評価としては、「業務振り返りチェック表」の活用がある。2019年度は5月、8月、11月の3回にわたり実施した。運営に関するあらゆる面を自己評価しての質向上には、第三者評価基準の活用が有効である。「業務振り返りチェック表」との併用でホームの支援の質向上となることが今後は望まれる。
9	1-4-(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。	c	「業務振り返りチェック表」の活用により個別の改善などは図られてきた。今後は今回の第三者評価結果も活かしたPDCAサイクルの展開が望まれる。

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。	b	「エール生活支援ステーション組織図」「職務における位置づけ」「職務における役割」等で管理者は自らの役割と責任を職務に対して示している。有事の時は「エール生活支援ステーション」にて指揮権は法人代表と位置づけ、不在時の順位が定められている。2020年2月には、8か所目のグループホームを開設することから、より効率的な組織作りにも期待したい。
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	様々な法令の中でも、グループホームの運営においては特に消防法を遵守し、消防署の点検はもれなく受けている。FF式ストーブの外壁から出た煙突が閉塞していないか、随時、注意深く確認をしている。管理者は「障害者虐待防止法」「障害者総合支援法」について、外部研修に職員を参加させている。受講した職員には、講師を任せて伝達研修を実施している。更に、管理者として必要な知識の再確認にも意欲的である。今後も学んだことの法令を遵守するために、管理を職員間で分担していくことにも期待したい。

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。	b 管理者は、毎週金曜日の社員ミーティング時にモニタリングも実施し、それぞれの会議録を作成するとともに、職員の意見を集約して福祉サービスの質の向上を図っている。職員の人員確保については、随時の募集を行っている。支援の質向上については、社内研修のみでは不足を感じ、より充実させる意向があるので今後に期待したい。
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 経営の改善や業務の実行性を高めるために、経営的な案件は代表が会計事務所の助言を受け、支援に関する業務は管理者や職員の裁量を重んじている。事業所内で同様の意識を形成するために、週一回、行動倫理指針の唱和を行っている。有給休暇取得率アップや、残業を減らしていくためにも、人材募集に努めている。人員確保が難しい中、業務の効率化や生産的な運営について職員と話し合っている途上である。今後に期待したい。

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。	b	「エール株式会社事業計画」において、人材確保・人員育成の方向性が示されている。人員確保については、ハローワークの他、民間就活情報誌等を活用している。キャリアアップのため資格取得のサポートも行われているが、職員には十分に伝わっていない。次年度の計画見直しには、具体的な要件等を記載を期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	人事管理の一環として「経営理念」「倫理綱領」「倫理指針」等で期待される職員像を示している。キャリアアップ要件を提示して人事考課の面談を半年に一回実施されている。しかし、この基準については職員への周知や理解が不十分である。考課基準も含めた処遇については、職員が働き甲斐を持てるように提示していく意向がある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	事業所として、ワーク・ライフ・バランスに配慮した介護・育児休暇の他、有給休暇や資格取得に関わる休暇も取れるようにしている。管理者が職員の相談窓口ともなり、意見具申もしている。福利厚生については、設立後、初の全社員参加の旅行を2019年実施した。忘年会等の集まりの席に限らず職員も利用者ともにコミュニケーションを大切にしている。総合的な共済制度として「サポートさっぽろ」に加入して、職員の処遇等の働きやすさと働き甲斐のある事業所として努めているので、今後にも期待したい。
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。	c	職員の目標が人事考課表に記載され、点数化し評価している。目標設定にあたっては、一人ひとりの職員との面談を通じたコミュニケーションのもとでは行われていない。今後は実施していく意向があるので、個別職員の研修計画も含めて実施することが望まれる。

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	事業所の方向性を理解し、自ら考え、発信し、行動できる人材を育てることを目標に「エール生活支援ステーション 2019年度資質向上（研修）計画」は作成されている。計画の別紙「研修取りまとめ」により、核となる職員の主要な研修内容を明示している。研修報告等もあるが、研修自体の評価・見直しはこれからである。「エール株式会社事業計画」には、職員のみドルポジションの拡充が明記されている。計画の実効性を高めるためにも具体的な記載が期待される。
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	職員一人ひとりの教育・研修の機会としては、外部研修の他はOJT（現任訓練）に負うことが多い。現存する業務マニュアルを活用しながら新人指導しているが、業務が多岐にわたるため改めてマニュアルを整備する意向がある。ピアスタッフの雇用もあるため、研修時には当事者の意見も有効活用していくことにも期待したい。
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。			
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。	c	グループホーム事業として実習生は受け入れたことはない。しかし、依頼があれば受け入れる意向はある。実習生を受け入れ、指導することにより職員のスキルアップにもつながるメリットがある。外部からの視線を意識することにより支援の内容・水準等、運営のあり方を見直すヒントにもなる。実習生受け入れのためのマニュアル等の体制を整備しておくことが望まれる。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	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	福祉事業所であるエール株式会社の運営の透明性を確保することも目的として、初めて第三者評価を受審した。ホームページやパンフレット等で、提供する福祉サービスの公開は行っている。会計事務所も入っており健全な会計処理と運営がうかがわれる。しかし、公費による福祉サービスを実施する主体としての説明責任を果たすためには、情報公開として、財務等についても公表していくことを期待したい。
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。	b	事業所は、グループホームの他に日中活動やパン製造の福祉事業を展開している。グループホームは、2020年2月に8か所目のオープンが予定されている。2012年の開設以来、順調な経営成長であり、会計事務所の助言を得て運営している。ホーム利用者の多くが精神障がいを持ち、地域には需要が多い。現状の支援の質を向上させると同時に、ニーズに応じるためには信頼の獲得が欠かせない。そのためには課題としても運営等の透明性をあげている。今後の公正かつ透明性の高い経営と運営に向けた取組に期待したい。

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。	b	「エール株式会社経営理念」に「共生社会への取り組み」として基本的な考えを明文化している。職員が既知の情報を利用し、ライブ等の地域のイベントに参加できるように利用者の支援を行っている。グループホームに入居している利用者が町内会への加入を申し出たが婉曲に断られた経緯がある。障がい者福祉の理解は日々の地道な活動にある。町内会を含めた地域の人々の理解を得られるように、地域と連携できる行事等を検討しているので今後の活動に期待したい。
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。	c	グループホームとしては、ボランティアの受け入れはない。今後は、学校教育に関する協力も含めて受け入れの意向がある。ボランティアを受け入れることで職員のスキルアップにもつながる。外部からの視点で支援内容を意識することは、運営のあり方を見直すヒントにもなる。また、地域交流という面からも有効と考えられる。受け入れに際しては、事業所としてボランティアを受け入れる基本姿勢の明文化から始め、体制をつくっておくことが望ましい。
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	札幌市自立支援協議会北区地域部会に参加して、エコマップや支援機関の一覧表を作成している。グループホームの利用者は、相談支援事業所に登録して総合相談を受けている。ホームの退所にあたっては、相談事業所の関与もあるので円滑なサービスの継続となっている。北区地域部会のほかに特定非営利活動法人札幌支援協会の担当者会議で、関係機関との連携・情報共有を図っている。利用者の地域生活の充実には関係機関のみならず地域情報からの社会資源化が必要で、その実行に意欲的なので今後期待したい。
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	札幌市自立支援協議会北区地域部会に参加するほどに、福祉分野外での貢献には課題を感じている。グループホームの食堂スペースを活用しての地域交流や教室の開催などで、地域貢献を検討している。専門性を活かした活動により、障がい者福祉の地域への啓発となることが望ましい。
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	札幌市自立支援協議会北区地域部会に参加し、地域ニーズの把握に努めているが、具体的な事業・活動には至っていない。地域との関わりでどのような貢献・事業ができるのか、次年度の事業計画への反映も含めて検討中である。独居老人を支援するために複数の事業所との共同設立が検討されている。具体的に進捗すれば町内会を含めた地域の人々の障がい者理解にもつながる。活動に着手できるように計画化することが望ましい。

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	利用者の尊重については「経営理念」「倫理綱領」「倫理指針」に謳われている。「倫理指針」は各ホームに掲示され、毎週の本部ミーティングで読み上げを行っている。また、福祉サービスの基本理念に関わる研修へ職員を派遣し、伝達研修を行っている。パート職員へは2019年5月から実施している個人面談で、利用者の人権等について理解の浸透をはかっている。今後はパート職員向けの資料作成や研修を検討しているので期待したい。
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	北海道社会福祉協議会の研修や、札幌市自立支援協議会北区地域部会に参加し、利用者の権利擁護に配慮したサービスの提供に努めている。虐待防止委員会年2回実施している「業務振り返りチェックシート」の結果を基に、管理職が職員面談を実施している。「障がい者虐待の防止と対応時マニュアル」は、虐待の判断・留意事項・未然防止が記載されているが、事案発生時の対応については記載が乏しい。利用者のプライバシーに関しては、2020年1月にパート職員向け・新人職員向けのマニュアル作成に着手しているので、活用に期待したい。
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	ホームページでは各ホームの間取りを紹介しており、広い部屋など人気の物件へは利用者からの問い合わせが多い。2019年には、ホームごとに住所・部屋の写真や特徴を掲載したパンフレットを刷新し、「1日の流れ」を別紙で紹介している。見学希望者には随時対応し、利用時の注意事項を説明している。体験については生活用品の一部貸し出しもしているが、原則、寝具・必要生活用品を準備可能な方に体験契約をかわした上での利用となる。2020年2月に新設するホームがあり、相談支援事業所等の関係機関へのパンフレット配布などを新たに予定しているので今後に期待したい。
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。	a	利用開始の際には「運営規定」「契約書」「重要事項説明書」をはじめ、詳細なルールが記載された「入居同意書」を利用者本人が理解できるよう説明し、承諾を得ている。サービス利用には相談支援事業所と契約していることが前提であり、円滑なサービス開始となっている。サービスの開始・変更時には利用者に個別支援計画を説明しているが、障がいの特性等で十分な意思確認ができない場合は、相談支援事業所や家族と連携している。
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	一人暮らしのための中間施設との位置づけがあり、事業所変更や一人暮らしへの移行など退所は年に5、6件ある。相談支援事業所との契約が利用の前提のため、事業所変更や移行にあたっては相談支援事業所や通院先との連携を欠かしていない。退所時は家事支援や金銭管理の状況が記載された「生活管理表」を基に、関係機関との引継ぎを行っている。今回の受審を機に退所後の窓口を管理者に統一し、連絡先等を記載した文書も作成した。活用に期待したい。

III-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
33	III-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b 利用者とのコミュニケーションは、食事時間や相談申し出、個別支援計画策定時に行っている。雑談や要望・相談が主な内容となっている。花火などグループホーム毎のイベントや、希望者参加の忘年会なども実施している。過去に食事メニューについての意見を求めるため、利用者ミーティングが検討されたが実施には至らなかった。サービスの質向上をめざし、2020年4月に利用者満足度調査を予定しており、項目の選定に着手している。今後は更に、利用者満足度を把握する仕組みが整備されるのが期待される。
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 2019年11月に「苦情解決手順書」を作成し、申し出の手順はホームに掲示して利用者へ周知を図った。それ以前の意見・要望・苦情については「現場状況報告書」で把握し、利用者や事業所で話し合い解決している。利用者や家族からの苦情に関して、職員全体の意識向上や透明性を高めることが課題と認識し、苦情内容の公表方法について検討している。それに伴い、作成された「苦情解決手順書」に公表に関する記載が求められる。また第三者委員の選定にあっても検討されている。苦情解決の客観性など面から、事業所に関係しない複数名の設置が望まれる。
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 利用者へはサービス利用開始時に、世話人・担当職員・管理者の役割を伝えており、相談事や意見を述べる相手は選択可能なことを伝えている。相談場所についても、食堂の利用や居室など利用者の希望にそっている。意見箱は食堂に設置されているが、口頭での申し出が多く利用は少ない。口頭で申し出された要望については利用者からメモ書きでの再提出を依頼し、対応もれないように努めている。相談相手・場所の選択等の自由が利用者へ浸透するために、面談時に改めて伝えることや、文書掲示を検討しているため、今後に期待したい。
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。	b 利用者からの相談・意見については「相談ノート」に記載し、パート職員が受け付けた際は「申し送りノート」で引継ぎされている。対応が急がれる場合は電話やコミュニケーションアプリを活用している。利用者からの申し出から回答・解決まで時間がかかる際は、その旨を伝えて了解を得ている。一連の流れは事業所内で共有されているが、該当するマニュアルは整備されていない。利用者の意見・要望を積極的に把握し、組織的に統一された対応を図るためにもマニュアルの整備を期待したい。
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。		
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 ヒヤリハットは「現場状況報告書」に記載されているが、重要な相談・要望等も混在しているため、分析等に至っていない。札幌市自立支援協議会主催の研修に出席し、ホームでの事故報告や対応事例、再発防止策などを学んでいる。事業所のリスクとしては、冬季凍結路面での転倒の多発が憂慮され、路面への砂の散布や利用者へ滑り止め付の靴底使用を提案している。服薬事故や利用者間のトラブルは「業務マニュアル」で対応が職員に周知されている。2019年末にリスクマネジメント委員会が設置されているため、今後の体制に期待したい。

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。	b	事業開始時に「感染症マニュアル」「衛生マニュアル」を作成し、見直しも実施している。また「業務マニュアル」では台所用品の殺菌消毒や共有スペースの清掃について詳細に記載し、「清掃チェック表」で確認している。食器類の除菌やノロ対策は年間予定表で管理している。利用者への周知として、食堂にうがい・手洗いについての文書を掲示し、流行時には口頭でも注意をしている。札幌市保健所作成の「インフルエンザ感染予防の手引き」等も用意しているが、活用までに至っていない。ノロ対策キットはホームに準備しているが、世話人などパート職員も含めた継続的な実地研修が期待される。
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行っている。	b	2018年9月の胆振東部地震後に「災害時の対応マニュアル」を見直し地震発生時の震度別の対応基準を追加し、社員の連絡網も整備した。水やアルファ米などの非常食と携帯トイレなど、希望者には利用者負担3千円分の災害対応グッズを購入している。利用者の居室には建物外への避難経路図を掲示し、災害時広域避難所等を周知している。年2回の避難訓練を実施しているが、迅速な避難となっておらず災害時の地域との連携とあわせて検討課題となっている。2019年末にリスクマネジメント委員会が設置されたのを機に、あらゆる場面を想定した対策を期待したい。

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。	b	「感染症マニュアル」等の各種マニュアルを整えているところであり、行政資料などを活用しながら社内用のマニュアル整備を行っている。共有空間には利用者向けの確認事項や苦情の受付、避難経路等、生活に必要なものの掲示に努めている。職員研修や個別の指導については各種ミーティングを通して伝達されている。口頭指導が多いので、全職員が周知するために資料回覧方法など、共有化の工夫が今後において期待される。
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	「感染症マニュアル」等は受審を機に見直しを図った。更に整備する予定である。標準的なマニュアルは、定期と都度の見直しが必要であるので今後期待したい。

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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b アセスメントと連動した個別支援計画書を作成する流れは、サービス管理責任者を中心に確立している。個別支援計画書作成の会議は、サービス管理責任者を中心に担当職員とともに定期的に開催されている。個別支援計画書にある利用者の役割項目は2項目以内で、支援内容の幅が狭められていた。しかし2020年1月に導入した新個別支援計画書で改善が図られるところである。今後は、柔軟性と幅のある個別支援計画書の作成が期待される。
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。	b 個別支援計画書の実施については支援日誌等に記録され、サービス管理責任者を中心にして個別支援計画書の変更に活かされる流れができています。個別支援計画書は半年に一度の定期作成が基本となっており、生活変化に応じた適時作成の流れが十分ではない。個別支援計画においては、世話人への内容の周知が十分ではないことと、サービス管理責任者の力量によって作成に差が生じている。新規書式の導入に合わせて作成の見直し、その都度の実施状況の確認、職員間の周知が今後において期待される。
III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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 利用者の状況と支援については支援日誌、モニタリング記録、申し送りなどに記録がされている。各種ミーティングを月2回開催して情報の共有化につなげているが、伝達力や理解度に個人差がある。記録の自由記述欄に適切な内容と表現であるかを検討中である。記入様式の工夫や記述方法の指導によって、記録の適切性が向上が期待される。
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 個人情報の取扱いについては、契約時に本人及び家族に説明がされている。個人情報保護の責任者を設け、本社内の鍵付きロッカーで保管・管理するなどの体制がとられている。ホームでの保管情報については、他の利用者の目に触れないように棚に入れるなどの工夫を行っている。職員と利用者の会話の中で個人情報が伝わったケースがあり、個人情報への取扱いについては具体例をあげて注意を促し、職員の意識の向上を図っている。文書の廃棄規定に関する指針作り着手しており、合わせて情報開示についても詳細なルールや規程の再検討が期待される。

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。	b	権利擁護や自己決定を尊重する研修が設けられており、それらを基にした日常の関りが意識されている。利用者同士の意見交換・話し合いの機会は特別設けていないが、食堂を夕食後に1時間開放したり、利用者個人の要望に応じて部屋を訪問するなど意見の吸い上げに努めている。個人の自己決定は自由で原則受け止めている。世話人向けのパートミーティングを実施しているが、利用者の自己決定や尊重に対する考え方をどのように浸透させるか、課題が見られている。ミーティングの回数や質を見直しながら今後につなげていく段階であり、今後に向けての取り組みが期待される。
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	これまで身体拘束を実施したケースはない。権利侵害が発生した場合には、日誌に残し、申し送りで確認するようにしている。外部の虐待研修等の伝達研修は、一部の職員の参加に留まっており、研修資料の回覧や報告会による全職員への周知ではない。虐待防止マニュアルは行政資料を中心としており、事業所独自の作成においても対応の具体性が乏しい。今後に向けたマニュアルの充実と周知、世話人を含めて全体の意識の向上、身体拘束に対する説明・同意など、定期的な検証の実施に望まれる。

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	基本的な生活面に関して自立している利用者が多い現状の中で、「生活確認書」により状況の把握に努めている。生活自立に向けて清掃などが不得手な利用者には、貸室は原状回復で退去するルール等を説明したり、地域で暮らすための社会的ルールを守るように動機づけを行っている。一人暮らしの要望を持っている利用者に対して家事支援を強化しており、1年単位で見えていくと家事スキル向上が見られていることが多い。また、金銭管理も個々に合わせた段階的な支援を行っている。各段階に合わせた自立度の現状が分かるチェック体制を設けるなど、職員間全体での共有に基づきながらの実施が期待される。
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。	a	コミュニケーションは言語を基本として行われている。障がいを重複している場合等は、利用者個々に合わせた意思疎通を図るために、言い換えやひらがなを書いて伝えるなど工夫している。十分に伝わっていないケースの場合は、相談事業所職員を交えて情報共有・確認を行っている。また、個々の生活状況を確認しながら、必要に応じて意識的に声かけるなどの配慮が行われている。

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。	a	食堂の開放時間に世話人と話をする機会を設けており、相談に応じている。他の利用者が食堂居間において個人的な話ができない場合や、気分が落ち込んだりした場合に電話で伝えてくる利用者もいるため、状況に応じて自室を訪問して相談を受けるようにしている。面談日の設定は特になく、適時対応が可能と利用者に周知している。相談内容は担当者への連絡・申し送りによって共有化を図っている。
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。	b	余暇における外出は個人の自由に任せており、それぞれで実施されている。プロレスや野球観戦等のチケットが入手できた場合には、希望者を募って付き添いを行うこともあるが、個人に合わせた情報の提供は十分ではない。また、町内会に加入していないため、町内活動は行われていない。事業所として町内会に加入することで情報を得ることや、個人の意向を聞き取るためのアンケート実施を踏まえ、個々の状況に応じた個別支援計画書の作成を行うことで、日中活動の充実につながることを期待される。
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。	b	利用者個人の特性や障がい状況などの事前情報を病院や家族などから得ることで個別支援計画書に反映せ、各種ミーティングや申し送りによって情報の共有・理解につなげている。職員の個人的な感覚での支援が行われるなど、世話人・夜勤者への精神障がい者支援スキルの向上を課題として取り組んでいる。利用者の障がいによる支援方法を検討し、全職員の理解が深まることが期待される。
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。	b	食事に関しては、献立メニューの食材配達を利用している。個々の嗜好やアレルギー等に応じたメニュー変更はできていない。しかし、都度の材料配達の利点を生かし、手作りの温かい食事を提供している。食事に関する配慮として、嗜好調査によって利用者に合わせて食事提供内容を広げていく取り組みが期待される。入浴や排泄における支援は基本的に必要としていないが、てんかん発作がある利用者の入浴時の見守りを行うなど個別に応じた配慮は適時行っている。身体的に支援を必要とする際に、人員配置上、要望に添えないことがある。
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。	b	賃貸マンションをグループホームの居室としており、自由な改善には制限があるが、一人暮らしとしての適切な環境が提供されている。喫煙者のたばこチェック、暖房周り、ストーブスイッチの確認は2か月ごとの定期訪問によって確認がされている。浴室やトイレなどを清潔に保つのが難しい利用者に対しては家事支援を適時、導入している。食堂に使っている部屋に関しては、定期チェックにより便座シーートの交換等を行っている。感染症予防の観点から、タオルの交換頻度など、マニュアル内容の改善、実施によって安全性を高めることが期待される。

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。	c 入院など心身の状況によって生活スタイルが大きく変わる場合には、個別支援計画書の作成によって、生活状況の変更に合わせた支援を行っている。グループホームの生活訓練については、日中活動の事業所での提供によるところが大きく、あまり意識はされていない。利用者個々に合わせた機能訓練・生活訓練に向けた個別支援の計画・実施が期待される。
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。	b ホームにおける嘱託医はないが、利用者それぞれの主治医・通院先との連携はあり、適切な受診がされている。薬の変更については残った薬の対応など、医療機関のソーシャルワーカーを窓口として連携している。世話人を中心に日常の体調変化の確認を行い対応するようにしている。感染症予防としてインフルエンザワクチン接種を推奨し、罹患者には自室で静養できるように24時間支援を提供している。ノロ感染対策としての実習が行われていないこともあり、健康管理に関する研修が期待される。
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。	b 基本的には、利用者の通院する病院の指示に基づき支援している。服薬管理は適時行っているが、過去に誤薬事故があり、マニュアルに沿った支援の浸透や、職員の質の向上としての研修を重ねている。誤薬があった際には、薬の内容によって医療機関に連絡をして指示を仰ぐようにしている。世話人を含んだ職員研修の実施やマニュアルの浸透など、更なる服薬および健康管理の強化が期待される。
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 公共交通機関を利用できる利用者がほとんどであり、基本的にはそれぞれで社会参加を行っている。音楽関係やフットサル等のスポーツ教室に通う利用者もいるが、主体性を重視していることからホームからの情報提供は十分ではない。トラブルの防止などのため、知人等の入室は禁止し、外泊も月2~3回と制限をかけている。町内会へ未入会なため、地域の一員としての役割につながっていない。社会参加の充実や目的に合わせた活動は利用者の意欲向上につながるため、個人の意向を確認した適切な情報提供などの支援が期待される。

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 グループホームを退所する利用者は年間5～6人位で、一人暮らしができるような地域生活への移行は1人程度であり、多くは他の事業所グループホームへの変更となっている。退所の場合は必ず相談支援専門員との連携がされている。利用者の主体性にまかせた社会活動が多く、社会資源の情報提供・活用としては十分ではない。しかし、金銭管理や要望による買い物同行などによって地域生活へのモチベーションを高めるように支援をしている。個別支援計画の様式に新たな項目を設け始めたことから、今後の支援に期待したい。
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。	b 自ら実家を訪ねる利用者は多く、家族間における関りにおいても事業所は、本人の主体性を尊重している。家族と疎遠になっている利用者には、家族支援として事業所が間に入って連絡調整を行うようにしている。後見人がついている利用者は2名おり、金銭の収支報告は、本人同意のもとで行っている。入院時の保証や手術の同意の必要時は、利用者の要望があれば家族へ連絡を取っている。日常の服薬変更や個別支援計画書等の書類送付までは家族には行っていない。利用者が家族と音信不通の期間が長くなると関係が悪くなるケースもあることから、利用者家族の状況に合わせながら家族との連携を図ることが期待される。

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